

# Seguimiento en Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): Eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en la prevención de las recaídas

M.A. Peláez<sup>1</sup>, R. Julián<sup>2</sup>, R.M. Raich<sup>3</sup>, E. Durán<sup>2</sup>

## Resumen

*El presente estudio evalúa la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en la prevención de recaídas en 10 pacientes con “Trastornos de la Conducta Alimentaria” (TCA): 3 con bulimia nerviosa (BN) y 7 con anorexia nerviosa (AN), que habían sido dados de alta del Servicio de Nutrición del Hospital tras su recuperación ponderal y disminución de sintomatología.*

*Los resultados tras un año de seguimiento por parte de un médico de familia y un psicólogo (con visitas mensuales), fueron los siguientes: 1º) 100% de abstinencia de episodios de sobreingesta y vómitos autoinducidos en las pacientes con BN; 2º) incremento del peso y recuperación de la menstruación en todas las pacientes con AN atípica; 3º) disminución en la preocupación por el peso y figura en las 10 pacientes, medido por las subescalas “Obsesión por la delgadez” e “Insatisfacción corporal” del cuestionario EDI-2 (Eating Disorders Examination).*

*En definitiva, ninguna de las pacientes presentó recaída del trastorno.*

*Estos buenos resultados, a pesar del pequeño tamaño de la muestra nos sugieren estimular a los profesionales de Atención Primaria a la formación en lo referente a los llamados “Trastornos de la Conducta Alimentaria”, dado el importante papel que juegan éstos tanto en el diagnóstico precoz, como en la prevención de recaídas de estos cuadros.*

**Palabras clave:** Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia Nerviosa. Bulimia Nerviosa. Terapia Cognitivo Conductual. Eating Disorders Examination (EDI).

<sup>1</sup>Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

<sup>2</sup>Centro de Salud “Doctor Castroviejo” de Madrid

<sup>3</sup>Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona

**Correspondencia:** Rosa Julián Viñals

C/ Acebo, nº 3

28016 Madrid.

Correo electrónico: marianpf@hotmail.com

med011666@saludalia.com

rjulianvi@nacom.es

---

## Summary

*In this study, the authors analyzed the efficacy of Cognitive-behavioral therapy (CBT) for relapse-prevention in 10 patients with "Eating Disorders" (ED): 3 with bulimia nervosa (BN) and 7 with anorexia nervosa (AN). These patients had finished their treatment in the Hospital Nutrition Service after their nutritional recovery and symptomatic decrease.*

*The results after one year supervision for family physician and psychologist (one visit per month) were the following ones: 1) inhibiting binge eating episodes and self-induced vomiting in 100% of BN patients; 2) weight gain and menstruation resumption in all AN patients; 3) decrease in body shape and weight preoccupation in all patients, this was measured by the subscales "Drive for Thinness" and "Body Dissatisfaction" from the Eating Disorders Examination Test (EDI-2).*

*To sum up, no patients presented relapse.*

*This goal, in despite of the small sample, suggest us to encourage to primary care professionals in order to train in "Eating disorders". These play an important role in early diagnosis and relapse prevention.*

**Key words:** Eating disorders. Bulimia Nervosa. Anorexia Nervosa. Cognitive-Behavioral Therapy. Eating Disorders Examination (EDI).

## INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son los principales trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (1-3). Afectan de forma predominante al sexo femenino, con una ratio hombre/mujer de 1/10; y la edad de aparición del trastorno suele rondar la adolescencia (4-6).

Los TCA se han convertido en una patología de creciente actualidad en la práctica clínica, no sólo por el incremento de su prevalencia, (7-9) especialmente en mujeres adolescentes, sino porque pueden llegar a constituir cuadros de extrema gravedad si no se tratan precozmente, lo que ha provocado gran alarma social (10-15). Estos trastornos son un ejemplo excelente de enfermedad psicosomática, ya que en su etiopatogenia se imbrican factores psicológicos, biológicos y sociales (1, 16, 17).

La historia común de un TCA corresponde a la de una mujer adolescente que internaliza el modelo de delgadez corporal como ideal de belleza y como único o principal referente de su valía personal; que comienza a percibir su cuerpo en desarrollo con unas dimensiones desproporcionadas en relación con este ideal y que, en respuesta a esta inseguridad y rechazo que experimenta hacia su cuerpo, inicia una serie de comportamientos con el objetivo de perder peso y modificar su silueta (16, 17).

En el caso de la AN este temor intenso a ganar peso lleva a una drástica restricción en la ingesta, lo que conlleva una gran pérdida de peso, malnutrición y amenorrea; y en la BN se recurre a la práctica habitual de episodios de sobreingesta seguidos de vómitos autoinducidos, abuso de fármacos "adelgazantes", ayunos y/o ejercicio físico intenso como prácticas compensatorias. Sin embargo, la sintomatología restrictiva predominante en la AN y la purgativa, más propia de la BN, pueden coincidir en un mismo paciente; y son frecuentes en la práctica clínica los cuadros de TCA no especificados o incompletos (TCANE), en los que falta alguna característica para el cumplimiento de los criterios de AN o BN. Este hecho unido a la escasa conciencia de enfermedad y/o al ocultamiento de sintomatología, que caracteriza a estos cuadros, dificulta aún más su diagnóstico (10, 16, 17).

Especialmente en las formas incipientes o de gravedad moderadas, resulta complicado establecer el diagnóstico, dado que en ocasiones el paciente puede manifestar a su familia y a su médico disgusto por la pérdida de peso (18).

Por ello, en el tratamiento de estos síndromes resulta de especial relevancia seguir las siguientes indicaciones:

- a) Que se realice desde el principio una detec-

ción precoz y **diagnóstico** correcto siguiendo las clasificaciones del “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM IV) (19) ó de la Clasificación Internacional de las Enfermedades 10ª edición (CIE 10) (20) (Tabla 1), tratando de diferenciar AN, BN o TCANE, al mismo tiempo que se descartan otras enfermedades orgánicas (hipertiroidismo, linfomas, tuberculosis...) o cuadros psiquiátricos (trastornos del estado de ánimo: depresión, manía, cuadros bipolares; trastornos de abuso de sustancias; cuadros psicóticos...), para poder derivarlo a la especialidad que proceda con la mayor brevedad (10,16).

Por lo general, el primer profesional al que acude la familia es el médico de atención primaria y, en la mayoría de los casos, las consultas no constituyen cuadros clínicos tan claros como se describen en la literatura (6).

Algunos autores han apuntado que desde la primera consulta de la familia hasta su diagnóstico transcurre demasiado tiempo. Por tanto, el clínico debe sospechar la presencia de estos trastornos, especialmente ante mujeres adolescentes que presenten pérdida de peso; y no banalizar el cuadro (3, 18, 21).

**b) La intervención de un equipo multidiscipli-**

**plinar** (psiquiatras, psicólogos, médicos, nutricionistas) que garantice la recuperación integral de estos pacientes.

**c) La realización de seguimientos prolongados** (durante años), debido a la elevada frecuencia de las recaídas y a que estos trastornos pueden derivar en cuadros graves, incluso mortales (22).

Se ha estimado la mortalidad del 2 al 10%, siendo el suicidio y las alteraciones electrolíticas las causas implicadas. De ahí la importancia del seguimiento de estos cuadros tras haber sido dada de alta en la consulta hospitalaria (23).

**d) Asimismo, es imprescindible la utilización de una aproximación terapéutica** que haya demostrado ser eficaz o “empíricamente apoyada” (i.e. con soporte empírico o metodológicamente adecuados), por cuestiones éticas (24).

Con respecto a la BN, la **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)** se considera el tratamiento de elección, siendo la primera aproximación terapéutica para este trastorno, descrita en detalle, disponible en manual desde el 85 y que ha demostrado ser *eficaz* (i.e. tratamiento que ha demostrado ser beneficioso en estudios controlados aleatorizados) y *específica* en la reducción de los síntomas cognitivos y conductuales propios

**Tabla 1**  
**Características y evolución de la muestra**

	Dco	Edad act./inic.	Origen 1ºm/12ºm	IMC 1ºm/12ºm	Vómitos 1ºm/12ºm	Amenorrea 1ºm/12ºm	Test (EDI2)
Caso 1	BN	33/21 a	Hosp.	24,5/25,0	Sí/No	No/No	101/38
Caso 2	BN	24/18 a	Hosp.	22,0/22,8	Sí/No	No/No	
Caso 3	BN	20/17 a	Hosp.	22,1/21,3	Sí/No	No/No	127/158
Caso 4	AN	18/14 a	Hosp.	18,3/18,5	No/No	No/No	
Caso 5	AN	17/16 a	Hosp.	18,5/19,5	No/No	Sí/No	7/6
Caso 6	AN	18/16 a	Hosp.	19,9/20,7	No/No	Sí/No	
Caso 7	AN	18/12 a	Hosp.	19,8/21,0	No/No	No/No	44/13
Caso 8	AN	15/14 a	Hosp.	18,1/19,2	No/No	Sí/No	65/41
Caso 9	AN	14/14 a	AP	18,0/21,5	No/No	Sí/No	39/36
Caso 10	AN	24/19 a	AP	19/19,5	No/No	No/No	14/42

Dco= Diagnóstico inicial (BN= Bulimia Nerviosa, AN = Anorexia Nerviosa); Edad (act.= actual, inic.= edad del inicio del trastorno); Origen (Hosp=Hospital, AP=Atención Primaria)

---

de la BN: frecuencia de episodios de sobreingesta, frecuencia de conductas purgativas y preocupación por la forma y peso corporales (25-27).

El promedio de reducción de episodios de atracones y vómitos con la TCC es del 80% después del tratamiento y se alcanzan tasas de remisión del 50-60% en los seguimientos de 6 meses a 1 año (25).

Con respecto a la AN los escasos estudios de eficacia que se han realizado en las últimas dos décadas no permiten establecer conclusiones claras acerca de la eficacia diferencial de los distintos tratamientos por las limitaciones metodológicas de que adolecen la mayoría de ellos (25). No obstante, existe acuerdo en que antes de intentar cualquier tratamiento psicológico debe realizarse la rehabilitación nutricional (28, 29).

En todo caso, cualquier terapia de corte psicosocial o farmacológica debe aplicarse una vez se ha producido la recuperación ponderal y nutricional del paciente con AN (30).

Durante las décadas de los 80 y 90 algunos autores han estudiado la eficacia de la terapia familiar en función del perfil de los pacientes con AN (31-33). Éstos encontraron que los sujetos mayores de 19 años con una cronicidad larga del trastorno (al menos 3 años), tratados con terapia familiar, alcanzaron un buen o intermedio resultado (según las Categorías de Resultado General de Morgan y Russell)<sup>i</sup>; (34) mientras que en los pacientes menores de 19 años con una evolución corta de AN, la terapia individual fue superior a la familiar tanto a corto como largo plazo, utilizando estos mismos criterios. Estos resultados se ven apoyados por revisiones posteriores (35, 36).

En ambos casos, la Asociación Americana de Psiquiatría, recomienda que cualquier terapia de corte psicosocial o farmacológica se aplique una vez se ha producido la recuperación ponderal y nutricional del paciente con AN (30).

En el presente trabajo estudiaremos la eficacia del TCC en el seguimiento de los TCA con pacientes que han sido dadas de alta del servicio de nutrición del hospital, con la intención de prevenir recaídas. Hemos elegido la TCC con esta

muestra, por constituir el tratamiento de elección en BN; y porque las pacientes que fueron diagnosticadas inicialmente de AN habían alcanzado un nivel ponderal aceptable (90-95% del peso ideal) y presentaban una media de cronicidad del trastorno de 3 años al inicio del estudio (6, 10, 12, 37-39).

La versión original de Fairburn de la TCC, incluye los siguientes elementos: fase educativa, prescripción de una pauta regular de ingesta, técnicas de control de estímulos, aprendizaje de conductas alternativas al atracón, eliminación de la dieta, reestructuración cognitiva, entrenamiento en resolución de problemas y prevención de recaídas (40).

## OBJETIVO

Nuestro objetivo principal es **prevenir las recaídas** de los TCA, desde el ambulatorio, tras haber sido tratados y dados de alta en un servicio especializado en TCA en un medio hospitalario. El seguimiento de estos trastornos fue realizado en un Centro de Atención Primaria por el médico de familia y el psicólogo, utilizando como tratamiento psicológico la TCC y realizando seguimiento clínico-nutricional durante un año.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudian 10 casos de TCA. Todos los casos estudiados pertenecían al sexo femenino, con edades comprendidas entre 14 y 33 años. En el momento en que estudiamos a las pacientes presentaban una media de edad de 20 años, aunque el promedio de edad en que fueron diagnosticadas fue de 16 años: 15 años en el caso de la AN y 18 en la BN. (Ver Tabla 1 y Figura 1)

Siguiendo la clasificación del DSM-IV (19) diferenciamos 3 casos de BN y 7 de AN atípica o TCANE (i.e presentaban restricción alimentaria, percepción distorsionada de su imagen corporal y rechazo a seguir ganando peso; sin embargo, todas ellas habían alcanzado en el Servicio de Nutrición un 90-95% del peso ideal, y tres de

<sup>i</sup> Según las Categorías de Resultado General de Morgan y Russell (1975): Buen resultado = Peso dentro del 15% peso ideal y ciclos menstruales regulares; Resultado intermedio = Peso intermitentemente dentro del 15% peso ideal y alteraciones en el ciclo menstrual.



**Figura 1**

Características de la muestra

TCA=Trastornos de la conducta alimentaria  
(BN= Bulimia Nerviosa; AN= Anorexia nerviosa)

ellas habían recuperado su función menstrual). De estos 7 casos, 6 habían cumplido en algún momento los criterios diagnósticos que reseñamos en la tabla 1 para AN. El caso restante (nº11) nunca había presentado amenorrea ni desnutrición severa. Este último caso fue reevaluado posteriormente por un psiquiatra y tras presentar un cuadro psicótico requirió ingreso hospitalario, por lo que se desestima a partir de este momento.

Los 3 casos de BN fueron considerados como BN típica, por cumplir todos los criterios diagnósticos para el cuadro en el momento del estudio.

De los 10 casos estudiados, 8 habían sido dados de alta en el servicio de nutrición del hospital por curación. El resto (2 casos) se diagnosticaron y siguieron por un médico y un psicólogo sin precisar derivación al servicio de nutrición.

Fueron seguidas de forma individual durante un año con una media de visitas mensual.

En la primera y última visitas se administró el *Eating Disorders Inventory-2* (EDI-2) (41-43). El EDI-2 está validado para evaluar sintomatología específica de TCA en población española. Consta de 91 ítems distribuidos en 10 subescalas: *Obsesión por la delgadez (DT)*, *Bulimia (B)*, *Insatisfacción corporal (BD)*, *Ineficacia (I)*, *Perfeccionismo (P)*, *Desconfianza interpersonal (ID)*, *Conciencia interoceptiva (IA)*, *Miedo a la madurez (MF)*, *Ascetismo (A)* e *Impulsividad (IR)*. Nosotros nos hemos centrado en las tres primeras subescalas por constituir un índice fiable para discriminar entre pacientes con TCA y

muestras no-clínicas. Está indicado para administrarse antes y después del tratamiento, ofreciendo una información sobre el comportamiento cognitivo de los pacientes y detectando áreas de preocupación que pueden constituir un riesgo de desarrollar un TCA (6, 12, 41-43).

En cada visita se medían los parámetros antropométricos que mejor valoran el estado nutricional: (4, 10, 16) Talla (en la 1ª visita), Peso e Índice de Masa Corporal (IMC).

El **IMC** se calculó con la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg.)} / \text{Altura}^2 (\text{m}^2)$$

Éste se puede considerar normal si se encuentra entre 20 y 25. Desnutrición leve: entre 18 y 20; desnutrición moderada: entre 16 y 18; y desnutrición grave: por debajo de 16 (4, 10, 16).

La evaluación antropométrica se realizó con la paciente de espaldas a la báscula, con el objetivo de que no conociera su peso, ya que les produce gran angustia saber que han “engordado”, aunque sólo se trate de unos gramos.

Asimismo se valoraba la frecuencia de sintomatología TCA en cada visita. Teniendo en cuenta la tendencia a la ocultación que caracteriza a estos cuadros, además del autoinforme, recurrimos a signos físicos que lo hicieran sospechar (como presencia de carotinemia —coloración amarillenta en la palma de las manos y planta de los pies—; callosidades en los nudillos; hinchazón de las glándulas salivares —que se manifiesta en hinchazón de las mejillas y cuello—; alopecia y fragilidad capilar; erosión dentaria; parestesias y alteraciones musculares) y a alteraciones analíticas (bradicardia, hipotensión) (4, 10, 16).

Junto a ello, se dieron pautas de alimentación y de control de la sintomatología siguiendo el manual de Fairburn (40) para la TCC. Se realizaron 12 sesiones con una frecuencia mensual en lugar de las 20 propuestas por Fairburn (40) (una por semana en las sesiones 1 a 16 y una cada dos semanas en las sesiones 17-20), puesto que el objetivo de nuestro estudio era el seguimiento y prevención de recaídas, y por tanto no precisaban tantos controles porque su sintomatología no era grave.

La distribución de las técnicas que se emplea-

ron con estas pacientes se especifica a continuación por sesiones:

*Sesión 1:* Explicación del mantenimiento de los atracones y conductas purgativas. Relación de los atracones con las dietas. Explicación de la relación entre preocupación excesiva por el peso, figura y baja autoestima.

*Sesión 2:* Educación sobre las consecuencias físicas de los atracones, vómitos y abuso de laxantes; ineficacia de la utilización de vómitos o laxantes para controlar el peso; efectos negativos de la restricción alimenticia y de la inanición y su papel como mantenedor del problema.

*Sesión 3-7:* Entrenamiento en estrategias conductuales para el control del atracón y conductas purgativas: prescripción de un patrón regular de ingesta; realización de una lista de actividades alternativas al atracón; control de estímulos; control de los vómitos autoinducidos; demora, planificación del tiempo y autoinstrucciones; control del uso de laxantes y diuréticos; entrenamiento para hacer frente a las sensaciones de saciedad; entrenamiento en relajación.

*Sesión 8:* Eliminación gradual de la restricción alimenticia. Introducción gradual de los alimentos "prohibidos". Entrenamiento en técnicas de distracción y detención del pensamiento.

*Sesión 9:* Identificación de los desencadenantes de los atracones (ansiedad, cambios en el estado emocional, problemas). Entrenamiento en solución de problemas.

*Sesión 10-11:* Identificación y eliminación de distorsiones cognitivas respecto a la imagen corporal, peso, etc. Introducción de un patrón de ejercicio físico adecuado.

*Sesión 12:* Prevención de recaídas e identificación de situaciones de riesgo.

En las primeras sesiones se hizo especial hincapié en establecer una adecuada relación con cada una de las pacientes para que colaboraran activamente con el tratamiento. Para ello, se evitaban actitudes de sobreprotección o culpabilización, y se establecieron con la paciente los objetivos de su recuperación. Asimismo, se mantuvo una entrevista con la familia, para conseguir su colaboración y obtener información (17,18).

Considerábamos que existía recaída del cuadro cuando en 2 visitas consecutivas, el IMC disminuía por debajo de 18 (desnutrición moderada); aparecían cuadros bulímicos seguidos de vómitos más de 2 veces por semana durante un mes consecutivo; o si la amenorrea duraba más de 3 meses. En ese caso debería derivarse de nuevo a la paciente al Servicio de Nutrición del hospital.

## RESULTADOS

Para un estudio más pormenorizado de los resultados, hemos separado los 10 casos en 3 grupos:

- Casos 1-3: casos de BN derivadas de la consulta de nutrición.

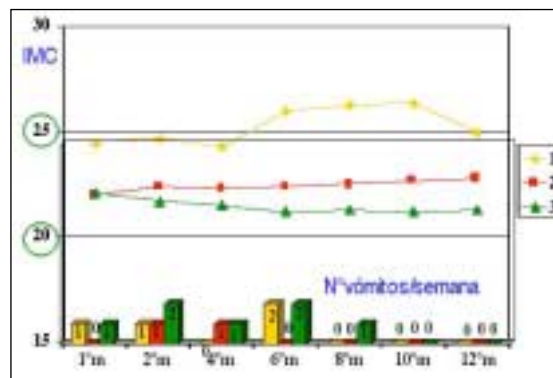
- Casos 4-8: de AN atípica derivadas de la consulta de nutrición.

- Casos 9 y 10 de AN atípica diagnosticados y seguidos por nuestro equipo.

### -Casos 1-3 de BN:

A lo largo del mes de seguimiento el IMC se mantuvo en estas pacientes en un parámetro nutricional normal (20-25) o incluso de sobrepeso (IMC entre 25-30). En ningún caso se apreció desnutrición.

La frecuencia de episodios de sobreingesta seguidos de vómitos autoinducidos presentó fluctuaciones a lo largo de las visitas (Ver Figura 2), pero nunca fue superior a un promedio de 2 por



**Figura 2**  
Evolución del IMC y vómitos  
Casos 1-3 (Bulimia Nerviosa)

semana durante un mes consecutivo. Al finalizar el año ninguna de las pacientes presentó vómito alguno.

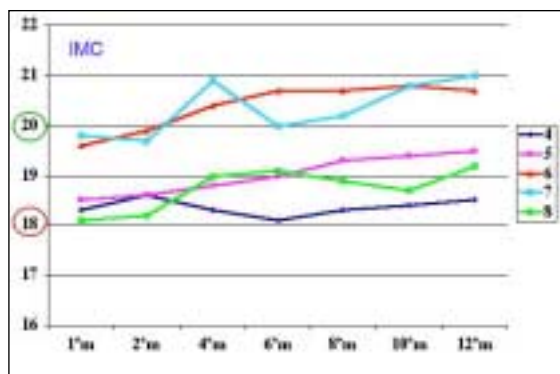
Ninguna de ellas presentó amenorrea.

De acuerdo a los criterios establecidos de recaída, no se apreció ninguna en los casos de BN (casos 1 a 3).

#### - Casos 4-8 de AN atípica:

En las 5 pacientes, el IMC se encontraba al principio del estudio en un nivel de desnutrición leve (entre 18 y 20), presentando ligeras fluctuaciones pero sin bajar por debajo de 18 (desnutrición moderada). Dos de los casos terminaron el año de seguimiento con un IMC > 20 (nutrición normal).

Los cuadros bulímicos en todos los casos fueron anecdóticos (máximo de 2 al mes), por lo que no los hemos representado en la figura 3.



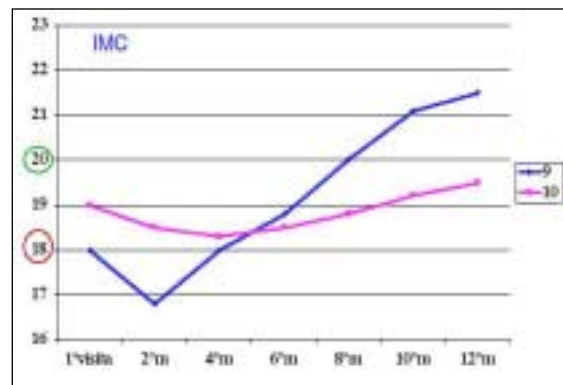
**Figura 3**  
Evolución del IMC  
Casos 4-8 (Anorexia Nerviosa)

Aunque alguna de las participantes comenzó el estudio con amenorrea (como se aprecia en la tabla I) en ningún caso ésta duró más de 3 meses. Al final del año de seguimiento todas ellas recuperaron la menstruación y la mantuvieron durante 3 meses consecutivos.

Por tanto podemos concluir que tampoco se apreció ninguna recaída entre los 5 casos de AN atípica derivados del hospital (casos 4 al 8).

#### -Casos 9- 10 de AN: Figura 4

Estos 2 casos fueron diagnosticados y seguidos en AP.



**Figura 4**  
Evolución del IMC  
Casos 9-10

El caso n°9 de recién diagnóstico comenzó con un cuadro de pérdida de peso que le llevó a una desnutrición moderada pero que mejoró en poco tiempo, por lo que no requirió acudir al servicio de nutrición. Al finalizar el año los parámetros nutricionales fueron normales (IMC > 20). No recurrió nunca a vómitos y la amenorrea que presentó al comienzo se superó cuando mejoró la nutrición (en 5 meses).

El caso n° 10 era un caso especial, con antecedentes familiares de TCA. Presentaba desde hacía mucho tiempo un cuadro de restricción alimentaria, pero no tenía vómitos, ni amenorrea. El IMC se encontró en todo momento en niveles de desnutrición leve, pero nunca por debajo de 18.

Podemos concluir que en estos 2 casos tampoco se apreció recaída alguna.

#### Evaluación de la imagen corporal:

Para ello utilizamos el EDI-2 en 7 de las 10 pacientes (3 de ellas se negaron a realizarlo).

En la tabla 1 se especifica la puntuación global del test al principio (1º m) y final del estudio (12º m). Para analizar si las pacientes presentaron un cambio significativo en las subescalas DT (Obsesión por la delgadez), B (Bulimia) y BD (Insatisfacción corporal) comparamos las puntuaciones centiles (i.e. puntuaciones comparadas con muestras españolas clínicas y no-clínicas) antes y después del tratamiento.

Aunque la puntuación global en el 12º mes fue superior a la puntuación de línea base en 2 de

---

las 7 pacientes (n° 2 y 10), ninguna de ellas presentó un incremento en las puntuaciones centiles de las 3 subescalas consideradas. Dos de las pacientes (n° 1 y 7) mostraron una marcada reducción en la puntuación de las 3 subescalas, evolucionando desde un nivel mórbido (i.e. puntuaciones centiles superiores a 50 al compararse con muestras clínicas) a niveles normales (i.e. puntuaciones centiles inferiores a 50 al compararse con muestras no-clínicas).

Por tanto, podemos considerar que la imagen corporal no ha empeorado tras el seguimiento de las pacientes con TCA. En 2 de los casos se observó una clara recuperación respecto a las preocupaciones por el peso y la figura y respecto a las conductas bulímicas.

En definitiva, y considerando conjuntamente el tratamiento clínico-nutricional y el psicológico podemos aseverar que, tras un seguimiento de un año por parte del equipo multidisciplinar (médico-psicólogo) no se apreció ninguna recaída en los 10 casos estudiados de TCA.

## DISCUSIÓN

El presente constituye un estudio clínico sin grupo control que pretende evaluar la eficacia de la TCC en la recuperación final y prevención de recaídas de pacientes con TCA en régimen ambulatorio, que procedían en su mayoría de una consulta de nutrición hospitalaria, donde llevaron un seguimiento prolongado hasta el alta. La originalidad de este estudio es que ha sido llevado a cabo desde la Atención Primaria, con la intención de que los pacientes no presenten recaídas.

Debido al seguimiento previo prolongado por parte del hospital, las pacientes de nuestra muestra presentaron una media de edad (20 años) considerablemente superior a la media de edad en que recibieron el diagnóstico inicial (16 a). Las pacientes con BN en nuestra muestra tienen una media de edad (18 a.) superior a las pacientes con AN atípica (15 a.). Este hecho ha sido recogido asimismo por otros autores, quienes lo han atribuido a que las pacientes con BN realizan las conductas bulímicas de forma secreta e ignorada por la familia, por lo que tardan más tiempo en solicitar ayuda médica. En el caso de la AN, los síntomas físicos (severo infrapeso, amenorrea) y

comportamentales (rechazo a comer una cantidad adecuada de comida, restricción severa) son más difíciles de ocultar y las familias solicitan ayuda médica mucho antes (23).

En lo que se refiere a los casos de **BN**, el parámetro más importante a investigar es la frecuencia de cuadros "bulímicos". En nuestro caso, al final del año de seguimiento, la abstinencia de episodios de sobreingesta y vómitos autoinducidos fue del 100%. Estos resultados son superiores a los presentados en otros estudios (44-53). La media de abstinencia de sintomatología bulímica después del tratamiento con TCC respecto a la frecuencia pre-tratamiento es muy variable en los diferentes estudios, oscilando entre 29% (45) y 92% (51). Después de un año de seguimiento, la abstinencia se redujo respectivamente al 27% (45) y al 69% (51).

Ante estas diferencias debemos anotar, por un lado, que en estos 10 estudios revisados la muestra de pacientes con BN tratados con TCC fue de al menos 13 sujetos mientras que en nuestro estudio sólo tratamos a 3 pacientes con BN. Por otro lado también debemos hacer hincapié en que ninguno de nuestros casos presentaba especial gravedad al comienzo del tratamiento, y además nuestra intención era prevenir las recaídas.

Respecto a los 7 casos de **AN** atípica o incompleta nuestro interés se centra en el parámetro nutricional (IMC) y en la amenorrea. En nuestro estudio 4 de ellos presentaron amenorrea al comienzo del estudio. Según algunos autores, la mayoría de las pacientes recupera la menstruación aproximadamente a los 6 meses de alcanzar el 90% de su peso ideal (54). En nuestra muestra todas las pacientes con AN atípica tenían al menos un 90% de su peso ideal (i.e. IMC = 18), sin embargo 4 de ellas presentaba aún amenorrea. Este hecho cabe atribuirlo a que, al comienzo del estudio, todavía no habían transcurrido los 6 meses necesarios de recuperación ponderal para recuperar la menstruación.

Al final del período de seguimiento todas las pacientes recuperaron la menstruación y la mantuvieron durante 3 meses consecutivos. Asimismo, el nivel ponderal experimentó un incremento en todas las pacientes, de tal manera que en 6 de los 7 casos el IMC fue superior a 19,0 al final del estudio. En el caso restante (n° 4) el IMC sólo se

incrementó en 0,2 puntos, pero teniendo en cuenta que este caso no presentaba amenorrea al comienzo del tratamiento. Esta reducida recuperación ponderal es a lo máximo que pudimos aspirar, ya que se trataba de un caso de larga evolución.

Los resultados de nuestro estudio pueden asimilarse a los recogidos por Channon et al. (55). En su estudio, las 8 pacientes tratadas con TCC mostraron un incremento significativo en el peso y función menstrual a los 6 y 12 meses de seguimiento.

Respecto a la alteración-preocupación por la **imagen corporal**, hay que señalar que todas las pacientes evaluadas con el EDI-2 presentaron al final del seguimiento puntuaciones similares o inferiores a las iniciales en las 3 subescalas consideradas. En 2 de ellas se observó una clara recuperación respecto a las preocupaciones por el peso y la figura y respecto a las conductas bulímicas. Estos hallazgos son comparables con los presentados en otros estudios que evaluaron la eficacia de la TCC y administraron el EDI (44, 48, 49, 56-58).

Debido a la falta de grupo control y al reducido tamaño de la muestra utilizada en el presente estudio, los resultados deben tomarse con precaución. Sin embargo, es de destacar la clara recuperación de todas las pacientes en la mayoría de las variables consideradas; así como la **prevención de recaídas** en todas ellas.

Dado el aumento de la prevalencia de los TCA en España y su potencial gravedad, resulta de especial relevancia tanto su detección precoz, como la prevención de recaídas. Los profesionales de la salud, especialmente los médicos de AP, a los que acuden las familias ante los primeros síntomas de TCA, deben ser estimulados para una formación más amplia en este tipo de trastornos. Su papel consiste en mantener un moderado índice de sospecha ante cualquier síntoma para diagnosticar estos trastornos de forma precoz, detectar si precisan o no hospitalización y derivarlos con prontitud a servicios especializados que sean necesarios (12, 15, 18, 37, 54, 59-61).

El médico generalista debería formar parte del equipo multidisciplinario que habitualmente trata estos trastornos, donde se incluyen nutricionistas, psicólogos y psiquiatras. Para que esto pueda llevarse a cabo, es necesario que los profesionales de la salud conozcan las aproximaciones

terapéuticas que han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los TCA, así como su formación en dichas estrategias (entre las que se incluye la TCC) de cara a la recuperación y prevención de recaídas de los sujetos afectados por estos cuadros (6, 18, 22, 39).

## CONCLUSIÓN

Después de un año de seguimiento por parte del médico de familia y del psicólogo, de 10 casos de TCA, no se presentó ninguna **recaída** del cuadro.

La **Terapia Cognitivo Conductual (TCC)** ha demostrado ser **eficaz** tanto en la reducción de la frecuencia de sintomatología bulímica (episodios de sobreingesta y vómitos autoinducidos) en las pacientes con BN; como en el incremento de peso y en la recuperación de la función menstrual en las pacientes con un cuadro incompleto de AN. Asimismo ha mostrado una eficacia moderada en la disminución de la preocupación por el peso y la figura en estas pacientes. Estos hallazgos, a pesar del reducido tamaño muestral, confirman la adecuación de la TCC como tratamiento eficaz y específico de la **BN**. En el caso de la **AN** nuestros resultados sugieren que es adecuado este tratamiento, aunque deberían realizarse estudios controlados con muestras más amplias para poder ser confirmado.

Aunque estos buenos resultados deben ser tomados con precaución por el tamaño de la muestra, nos anima a estimular a los profesionales de AP a la realización de actividades preventivas en estos trastornos, especialmente en el diagnóstico precoz y en la prevención de recaídas. Para ello sería conveniente ampliar su formación en lo concerniente a estos cuadros, que parecen haber aumentado su frecuencia en nuestro medio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Toro J.:** Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. FMC 1995; 2(2): 68-80.
2. **Bastidas, Cantó T, Font E.:** Anorexia Nerviosa. Abordaje multidisciplinar. Rev Rol Enf 2000; 23: 423-30.
3. **Gual P.:** Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Medicine 1999; 7 (109): 5092-8.
4. **Julián Viñals R y Ramírez Arrizabalaga R.:**

- Problemas de la alimentación y la autoimagen. En: Guía de Actuación en Atención Primaria. 2ª ed. SEMFYC. Barcelona 2002.
5. **Lázaro L.:** Epidemiología y factores culturales. JANO 1999. I (VI) 1298: 1991-7.
  6. **Walsh JM, Weat ME, Freund K.:** Detection, evaluation and treatment of eating disorders. The role of the Primary Care Phisician. J Gen Intern Med 2000; 15: 577-90.
  7. **Toro J.:** La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. Med Clin (Barc) 2000; 114: 543-4.
  8. **Pérez-Gaspar M, Gual P, Irala-Estévez, Martínez-González MA et al.:** Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes navarras. Med Clin (Barc) 2000; 114: 481-6.
  9. **Ruiz-Lázaro PM y Comet Cortés P.:** Consideraciones metodológicas acerca de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. Med Clin (Barc) 2000; 115: 278-9.
  10. **Ministerio de Sanidad y Consumo.:** Protocolo de atención a pacientes con Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) dirigido a Médicos de Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, Centro de publicaciones, 2000.
  11. **Morandé G, Celada J, Casas J.:** Prevalence of eating disorders in Spanish school-age population. J Adolesc Health 1999, 24: 215-9.
  12. **Pardo Alvarez J, Morón Contreras A, Caballero García F y Graván MJ.:** Papel del médico de familia en la anorexia nerviosa. Aten Primaria 1995; 16: 234.
  13. **Labay Matías M.:** Trastornos de la conducta alimentaria y sus causas. No todo es cuestión de modas ni de medios. An Esp Pediatr 2000; 52:76-77.
  14. **Morandé G.:** Trastornos de la conducta alimentaria. ¿Una epidemia? An Esp Pediatr 1998, 48: 229-32.
  15. **Martínez Martínez A, Menéndez Martínez D, Sanchez Trapiello MJ et al.:** Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria. Aten Primaria 2000; 25: 313-9.
  16. **Gómez Candela C, de Cos Blanco A y González Fernández B.:** Trastornos de la conducta alimentaria. En: Hernández Rodríguez M y Sastre Gallego A. Tratado de Nutrición. Ed. Díaz de Santos. Madrid. 1999.
  17. **Julián Viñals R.:** Tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosa. Salud Rural 2000; XVII (9): 119-26.
  18. **Toro J.:** Detección precoz de anorexia nerviosa. JANO 1996. 50 (1152): 608-13.
  19. **American Psychiatric Association.:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición (DSM-IV). Barcelona: Masson; 1995.
  20. **Organización Mundial de la Salud.:** Décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor;1992.
  21. **Becker A et al.:** Eating disorders. N Engl J Med 1999; 340: 1092-8.
  22. **Castro J.:** Tratamiento de la anorexia nerviosa. JANO 1999. I (VI) 1298: 1919-20.
  23. **Brañas P y Morandé G.:** Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia y bulimia en el adolescente. En: Tojo R. Tratado de nutrición pediátrica. Ed. Doyma Madrid. 2001.
  24. **Chambless DL, Hollon SD.:** Defining empirically supported therapies. J Consult Clin Psychol 1998; 66: 7-18.
  25. **Compas BE, Haaga DA, Keefe J, Williams DA, Leitenberg H.:** Sampling of empirically supported treatments from health psychology: smoking, chronic pain, cancer and bulimia nervosa. J Consult Clin Psychol 1998; 66 (1): 89-112.
  26. **Lewandowsky LM, Gebing TA, Anthony JL, O'Brien WH.:** Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment studies for bulimia. Clinical Psychology Review 1997; 17: 703-18.
  27. **Whittal ML, Agras WS, Gould RA.:** Bulimia nervosa: A meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments. Behav Ther 1999; 30: 117-35.
  28. **Kaye W, Gwirstman H, Obarzanek E, George DT.:** Relative importance of calorie intake needed to gain weight and level of physical activity in anorexia nervosa. Am J Clin Nutr 1988; 47: 989-94.
  29. **Saldaña C.:** Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. Psicothema 2001; 13(3): 381-92.
  30. **American Psychiatric Association.:** Practice guideline for the treatment with eating disorders (revision). Am J Psychiatry 2000; 157 (Sup 1): 1-39.
  31. **Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I.:** An evaluation of family therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Arch Gen Psychiatry 1987; 44: 1047-56.
  32. **Dare C, Eisler I, Colahan M, Crowther C, Senior R, Asen E.:** The listening heart and the chi-square: Clinical and empirical perceptions in the family therapy of anorexia nervosa. Journal of Family Therapy 1995; 17: 31-57.
  33. **Eisler I, Dare C, Russell GF, Szmukler G, le Grange D, Dodge E.:** Family and individual therapy in anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 1025-9.
  34. **Morgan HG, Russell GF.:** Value of family back-

- ground and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: Four years follow-up study of 41 patients. *Psychol Med* 1975; 5: 355-71.
35. **Peterson CB, Mitchell JE.:** Psychosocial and pharmacological treatment of eating disorders: A review of research findings. *Journal of Clinical Psychology* 1999; 55: 685-97.
  36. **Le Grange D.:** Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of Clinical Psychology* 1999; 55(6): 727-739.
  37. **Ruiz Lázaro PJ.:** Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 27: 428-31.
  38. **Toro J.:** Trastornos del comportamiento alimentario. *JANO* 1999. I (VI) 1298: 1889.
  39. **Martínez Mallén E.:** Tratamiento cognitivo-conductual de la bulimia nerviosa. *Jano* 1999; 1 (4) 1298: 1924-31.
  40. **Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT.:** 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*. Nueva York 1993: The Guilford Press: 361-404.
  41. **Garner DM, Olmsted MP, Polivy J.:** The Eating Disorders Inventory: a measure of cognitive-behavioral dimensions of anorexia nervosa and bulimia. En *Anorexia Nervosa: Recent developments in research*. Edited by Darby P. L., Garfinkel, P. E., Garner, D. M., Coscina, P. V. New York, Alan R Liss, 1983, pp 173-184.
  42. **Garner DM.:** *Eating Disorders Inventory-2: Professional Manual*. Odessa, FL, Psychological Assessment Resources; 1991.
  43. **Martínez Saiz PA, González García-Portilla M, Bascarán Fernández MT, et al.:** Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes de enseñanza secundaria: un estudio preliminar. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27: 367-74.
  44. **Agras WS, Schneider JA, Arnow B, Raeburn SD, Telch CF.:** Cognitive-behavioral and response-prevention treatments for bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 215-21.
  45. **Agras WS, Walsh BT, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC.:** A Multicenter Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 459-66.
  46. **Cooper PJ, Steere J.:** A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa: Implications for models of maintenance. *Behav Res Ther* 1995; 33: 875-85.
  47. **Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Connor ME.:** Psychotherapy and Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 419-28.
  48. **Garner DM, Rockert W, Davies R, Garner MV, Olmsted MP, Eagle M.:** Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 37-46.
  49. **Goldbloom DS, Olmsted M, Davis R et al.:** A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Behav Res Ther* 1997; 35: 803-11.
  50. **Olmsted MP, Davis R, Rockert W, Irvine MJ, Eagle M, Garner DM.:** Efficacy of a brief group psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behav Res Ther* 1991; 29: 71-83.
  51. **Thackwray DE, Smith MC, Bodfish JW, Meyers AW.:** A comparison of behavioral and cognitive-behavioral interventions for bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 639-45.
  52. **Thiels C, Schmid U, Treasure J, Troop N.:** Guided self-change for bulimia nervosa incorporating use of a self-care manual. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 947-54.
  53. **Treasure J, Todd G, Brolly M, Tiller J, Nehmed A, Denman F.:** A pilot study of a randomised trial of cognitive analytical therapy vs. educational therapy for adult anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 1995; 33: 363-67.
  54. **Mehler PS.:** Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. *Ann Intern Med* 2001; 134: 1048-59.
  55. **Channon S, de Silva P, Hemsley D, Perkins R.:** A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 1989; 27, 529-535.
  56. **Agras WS, Rossiter EM, Arnow B et al.:** Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 82-7.
  57. **Freeman CP, Barry F, Dunkeld-Turnbull J, Henderson A.:** Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. *Br Med J* 1988; 296: 521-25.
  58. **Kirkley BG, Schneider JA, Agras WS, Bachman JA.:** A comparison of two group treatments for bulimia. *J Consult Clin Psychol* 1985; 53: 43-8.
  59. **Pardo Alvarez J, Caballero García F, Morón Contreras A.:** Trastornos de la alimentación y atención primaria. *FMC* 1995; 2: 113.
  60. **Riggs S.:** Eating disorders in adolescents: Role of the Primary Care Physician. *Med Health RI* 1999; 82: 391-5.
  61. **Sebastian MP, Abasolo RM, Olano J.:** Abordaje de los trastornos de la alimentación en atención primaria. *Jano* 2001; 61(1410): 1806-10.