

Dificultades en el tratamiento de la bulimia nerviosa: recurrencia y abandono de la terapia

El manejo clínico de los pacientes con bulimia nerviosa suele ser complicado, ya que con frecuencia presentan una elevada tasa de recaídas y a menudo siguen el tratamiento de una forma incompleta, lo que contribuye a ensombrecer el pronóstico. No es infrecuente que el trastorno tenga un curso crónico, con remisiones incompletas que antes o después conducen a una reaparición de los síntomas. Russell definió en 1979 la bulimia como un trastorno con mal pronóstico (1). Los resultados de los diferentes estudios clínicos desarrollados desde entonces parecen confirmar dicha apreciación inicial, ya que ponen de manifiesto que en el 80 por ciento de los pacientes persisten distintos problemas tras recibir tratamiento (2). A ello hay que añadir la existencia de importantes dificultades cuando se pretende definir de forma inequívoca el estado clínico del paciente a lo largo del tiempo, ya que no han sido formulados criterios específicos acerca de lo que debe considerarse remisión de los síntomas, resolución del episodio, recaída en el contexto del episodio presente y recurrencia del trastorno.

En función de todo lo anterior, el presente artículo pretende revisar los resultados de algunos estudios recientes centrados en estas cuestiones, ya que la posibilidad de aislar aquellos factores que puedan favorecer el abandono del tratamiento, una remisión incompleta de los síntomas o una reaparición de la sintomatología bulímica tras la remisión puede llevar a una racionalización de los esfuerzos terapéuticos y a un abordaje clínico centrado en la neutraliza-

ción del riesgo. Ello es especialmente importante si tenemos en cuenta que, dada la creciente prevalencia de la bulimia nerviosa y otros trastornos alimentarios, el manejo de los mismos se está convirtiendo en un problema importante para los equipos asistenciales.

En el presente artículo se abordará inicialmente la cuestión de la recurrencia del trastorno y los factores con ella asociados, para hacer referencia, en un momento posterior, al problema del abandono del tratamiento, con un análisis de los factores relacionados con este fenómeno.

La bulimia nerviosa como trastorno recurrente

La tasa de recaídas en la bulimia nerviosa ha sido establecida en diferentes estudios clínicos. Aunque los estudios han sido desarrollados a lo largo de diferentes periodos de tiempo, todos ponen de manifiesto que entre un tercio y dos tercios de los pacientes recaen en los cinco años que siguen al tratamiento. Dos estudios de seguimiento a corto plazo reflejan resultados similares. Así, Freeman y colaboradores, en un estudio de 1985, encontraron que un 41 por ciento de los pacientes tratados con éxito recayeron en un periodo de seis meses (3). En un estudio similar, Pyle y colaboradores establecieron que el 30 por ciento de sus pacientes recayeron dentro de este mismo periodo (4). Una cifra similar, el 31 por ciento, es proporcionada por Olmsted y colaboradores en un estudio de seguimiento a

dos años (5), elevándose esta cifra al 61 por ciento para un periodo de seguimiento de un año y medio, en el estudio de Keller y colaboradores al que se hizo anteriormente referencia (2). De todos modos, la variabilidad de los tratamientos utilizados por los diferentes autores hace difícil la homogeneización de los datos. Sirvan como muestra los resultados aportados por Pyle (4), referidos a cinco formas diferentes de tratamiento y dos periodos diferentes de evaluación, los cuales aparecen consignados en la Tabla I. Por lo demás, tan importante como establecer el porcentaje de pacientes que pueden recaer es determinar en que momento de la evolución es mayor el riesgo de recidiva. De acuerdo con el estudio de Olmsted y colaboradores (5), la mayor parte de las recaídas tienen lugar dentro de los seis meses que siguen a la finalización del tratamiento. La Figura 1, adaptada a partir de los datos de dicho estudio, muestra una línea con una elevada pendiente inicial, que tiende a horizontalizarse a partir del sexto mes, aunque sin abandonar en ningún momento la tendencia a aumentar. Para Keller, que realiza un estudio similar, existirían dos periodos críticos: uno situado entre los dos y los cuatro meses y medio, y otro localizado entre el noveno y el duodécimo mes tras el final del tratamiento (2). La Figura 2, inspirada en su estudio, presenta una gran similitud con la Figura 1, mostrando cómo la eficacia de las intervenciones tiende a decrecer y a estabilizarse con el tiempo, tras un periodo inicial de gran eficacia terapéutica.

La determinación clínica de estos periodos ha llevado a la definición del denominado *punto crítico* (*point of rarity*), es decir, el momento en el que el riesgo de recaída es menor, lo que hace posible determinar el periodo de mantenimiento

del tratamiento que garantiza un mayor nivel de eficacia. Se trataría, a fin de cuentas, del punto en el que la relación coste-eficacia sería mayor, y se ha situado en torno a los 6-9 meses, por lo que ésta parece ser la duración óptima de mantenimiento del tratamiento para aquellos individuos que responden positivamente al mismo. Una intervención más corta, aunque inicialmente eficaz, eleva el riesgo de recaída significativamente (5). El establecimiento de este punto permite, por lo demás, definir los conceptos de recaída y recurrencia del trastorno, considerándose que la reaparición de la sintomatología es producto de una recaída (y estamos, por lo tanto, ante el mismo episodio que motivó la consulta inicial) cuando los síntomas reaparecen dentro de los seis-nueve meses que siguen a la conclusión del tratamiento, mientras que se trata de un episodio recurrente (esto es, de un nuevo episodio) cuando los síntomas aparecen después de seis-nueve meses de remisión completa del trastorno.

Factores asociados a la reaparición de los síntomas en la bulimia nerviosa

Diversos factores clínicos han sido asociados con la aparición de recaídas y recurrencia de la bulimia nerviosa. Olmsted y colaboradores (5) han aislado algunos predictores que podrían ser detectados antes y después del tratamiento. En general, y en lo que se refiere al estado del paciente *antes* del tratamiento, el hecho de ser más jóvenes, de tener una elevada frecuencia de vómitos y de presentar una mayor intensidad global en la sintomatología bulímica, aparece asociado a un mayor riesgo de recaídas. En lo referente a la situación *después* de recibir tratamiento, la existencia de una

DEBATES E INFORMES

mayor frecuencia de vómitos y una mayor desconfianza interpersonal parecen ir asociados a un pronóstico más sombrío. Al analizar los datos globalmente, los elementos asociados con un mayor riesgo de recaída-recurrencia serían los siguientes: 1.º) la intensidad post-tratamiento de los vómitos, 2.º) la intensidad post-tratamiento de la desconfianza interpersonal, 3.º) la intensidad pre-tratamiento de la sintomatología bulímica, y 4.º) la edad. Ello significa que no deberíamos poner fin al tratamiento de un paciente bulímico si sigue presentando vómitos o una grave alteración de sus relaciones interpersonales, ya que el riesgo de que vuelvan a reagudizarse los síntomas es muy grande. En este sentido, parece ser que aquellos pacientes que terminan el tratamiento sin síntomas presentan una tasa de recaída de tan sólo el 20,6 por ciento, mientras que la cifra se eleva al 57,1 por ciento en el caso de pacientes que mantienen una sintomatología subclínica, con una remisión incompleta de la misma (5-7). Ello no significa, sin embargo, que la duración del tratamiento, por sí misma, tenga que ver con el éxito del tratamiento (7), ya que se ha puesto incluso de manifiesto que los pacientes con una mejor evolución suelen recibir tratamientos más breves que los pacientes que evolucionan mal (8). Se trataría, pues, de mantener el tratamiento entre seis y nueve meses en aquellos pacientes que presentasen una remisión completa de los síntomas, y de continuar el tratamiento más allá de este tiempo en los que continuasen vomitando o presentasen una mala adaptación psicosocial, aunque sin alargar el tratamiento innecesariamente, ya que, sobrepasado el *punto crítico*, una mayor duración del tratamiento no va asociada, en modo alguno, a una mejor evolución. Las observaciones precedentes vienen, por otra

parte, a demostrar que los vómitos que encontramos en los pacientes con bulimia nerviosa no tienen solamente una función compensatoria, es decir, que no están sólo al servicio del control del peso («desahaciendo» el efecto de los atracones), sino que, por el contrario, poseen un importante papel como elementos de regulación de los afectos y de manejo del estrés, y que están dotados de una significación simbólica capaz de propiciar su persistencia a pesar de que los episodios de ingesta excesiva hayan sido controlados clínicamente. También ponen de manifiesto dichos estudios la importancia de la adaptación social, revelando la «dimensión psicosocial» de un trastorno que a menudo es concebido desde una óptica exclusivamente individual.

El nivel residual de trastornos actitudinales relacionados con la figura corporal y el peso es otro elemento que parece estar asociado directamente con el riesgo de recaída (9). La persistencia de una tendencia a sobrevalorar el tamaño corporal y la existencia de preocupación por el aumento de peso al final del tratamiento suele asociarse a la reaparición del trastorno. Este hecho ha sido demostrado objetivamente utilizando técnicas de distorsión de la propia imagen mediante vídeograbación (10), por lo que debería ser sistemáticamente valorado antes de decidir poner fin al tratamiento. La persistencia de tales actitudes puede llevar a los pacientes, una vez concluido el proceso terapéutico, a cometer transgresiones dietéticas. Tras las mismas, y aplicando el pensamiento dicotómico *todo/nada* que les caracteriza, podrían volver a utilizar sus técnicas de control, metiéndose de nuevo en el ciclo atracones-purgas, con reaparición de los vómitos.

Abandono del tratamiento en la bulimia nerviosa

Uno de los factores directamente relacionados con una mala evolución de la bulimia nerviosa es el abandono del tratamiento por parte del paciente, ya que, como regla general, es un trastorno con tendencia a evolucionar espontáneamente hacia la cronicidad. De acuerdo con los resultados de algunos estudios, la tendencia a abandonar el tratamiento podría llegar en algunos casos a alcanzar hasta los dos tercios de los sujetos que comienzan el mismo. De todos modos, las cifras varían, en función de la técnica terapéutica utilizada, estando entre el 42 y el 63 por ciento para pacientes tratados con terapia de grupo ecléctica, alrededor del 50 por ciento para técnicas de modificación de conducta, entre el 0 y el 47 por ciento para técnicas grupales de orientación cognitivo-conductual, y en torno al 15 por ciento para la terapia individual cognitivo-conductual (11, 12).

Factores asociados al abandono del tratamiento en la bulimia nerviosa

Aunque existen estudios que no encuentran diferencias entre aquellos sujetos que interrumpen el proceso terapéutico y los que completan adecuadamente el tratamiento (13), la mayor parte de los estudios revelan factores específicos capaces de determinar el abandono. Algunos estudios han aislado factores de tipo individual. Así, por ejemplo, Lee y Rush (14) han evaluado una amplia gama de items, que incluye depresión, ansiedad, dificultades interpersonales, factores cognitivos, severidad de la sintomatología, antecedentes de problemas alimentarios y características del medio fa-

miliar, encontrando que el primero de ellos, es decir, el nivel de depresión, así como la existencia de una mayor intensidad de los síntomas propios de la bulimia (atracones y vómitos), aparecen asociados con una mayor tendencia a abandonar el tratamiento. En un estudio similar, Wilson y colaboradores (15) encontraron que los pacientes con historia previa de anorexia nerviosa presentaban una mayor tasa de abandonos que los pacientes sin tales antecedentes. Para Merrill y colaboradores (16), los pacientes que abandonaban el tratamiento solían ser más jóvenes que los que lo completaban, y también eran solteros y desempleados en mayor cuantía, así como sexualmente menos activos. Estos resultados, no obstante, entran en contradicción con los aportados por Griffiths (11), que no encontró diferencias en lo referente a variables demográficas en su muestra (incluyendo un amplio conjunto de items, tales como edad, parámetros físicos, síntomas bulímicos, estado civil, nivel de empleo o historia de tratamientos previos).

En contraposición con las variables individuales, que no aparecen como útiles a la hora de predecir el riesgo de abandono del tratamiento, parece existir un cierto consenso a la hora de plantear el papel de las variables de corte interaccional. Es necesario aclarar, ante todo, que la mayor parte de los estudios realizados a este nivel han sido hechos sobre pacientes que recibían tratamiento en grupo, lo que sin duda ha favorecido la consideración de variables de este tipo. Así, por ejemplo, en el estudio de Griffiths al que acabamos de hacer referencia (11), los pacientes que completaban el tratamiento se mostraban como más extravertidos que los que abandonaban. Estos últimos, por otra parte, parecen tener más dificultades para la relación interpersonal

DEBATES E INFORMES

en general, según los resultados de diferentes investigaciones (12, 14, 17). También han sido detectadas en estos pacientes puntuaciones más elevadas en el factor «Idea-ción paranoide» de la *Symptom Checklist* (SCL-90) (18), lo que habla de una relación particularmente distorsionada con el entorno. En la misma línea, han sido evidenciadas puntuaciones más elevadas en la subescala «Desconfianza interpersonal» del *Eating Disorders Inventory* (EDI) y en la subescala «Psicoticismo» de la SCL-90 (12). Por todo ello, la actitud desconfiada y recelosa ante el entorno, y la falta de un adecuado apoyo ambiental, parecen ser los elementos más importantes dentro de este apartado, específicamente, y como ya se señaló, en relación con la utilización terapéutica de técnicas grupales, tan útiles en general para el tratamiento de la bulimia nerviosa.

Conclusión: ¿Cómo incrementar el cumplimiento del tratamiento y reducir el riesgo de recaídas en la bulimia nerviosa?

A la vista de lo que acabamos de comentar, esbozaremos algunas estrategias que pueden ser útiles a la hora de mejorar el pronóstico general de nuestras intervenciones terapéuticas con pacientes bulímicos (ver Figura 3). En primer lugar, y en lo referente al tratamiento, es obvio que difícilmente podremos ayudar a los pacientes si no conseguimos implicarlos activamente en el mismo. Como hemos visto, la existencia de altos niveles de depresión y de dificultades interpersonales puede conducir a un abandono del tratamiento, por lo que la evaluación inicial detallada de estos dos parámetros es fundamental para garantizar la continuidad de nuestras intervenciones. En

este sentido, aquellos pacientes que presentan sintomatología depresiva severa podrían necesitar en los primeros momentos tratamiento farmacológico, para reducir de este modo la severidad de la sintomatología afectiva y garantizar la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas posteriores. En el caso de que detectásemos una alta sensibilidad interpersonal y graves dificultades en la relación con los otros, podría estar contraindicado el uso inicial de la terapia de grupo, siendo preferible el empleo de técnicas de terapia individual. Una vez concluido el tratamiento, la reducción del riesgo de recaídas en la bulimia nerviosa podría conseguirse mediante una cuidadosa evaluación del paciente al final del mismo, valorando su situación en relación con tres aspectos específicos: 1.º) la persistencia de vómitos autoinducidos; 2.º) la persistencia de actitudes distorsionadas en relación con la figura corporal y el peso, y 3.º) la existencia de desconfianza interpersonal y otras actitudes capaces de condicionar un deficiente ajuste social. En los dos primeros casos, la utilización intensiva de técnicas cognitivo-conductuales podría conducir a una reducción de la tendencia a vomitar y a una modificación de las actitudes hacia el propio cuerpo. Sin embargo, ya hemos visto cómo en muchos casos los vómitos pueden tener un claro componente simbólico, pudiendo ser este factor el que condicione su persistencia. En este caso, la utilización de técnicas dinámicas que ayuden al paciente a tomar conciencia del significado específico de sus vómitos, podría ser más eficaz. Finalmente, en el caso de perturbaciones en el plano interpersonal es necesario aplicar las técnicas psicoterapéuticas con un planteamiento similar al esbozado más arriba, evitando la utilización de la psicoterapia de grupo y centrando la intervención en la te-

rapia individual, con uso concomitante de terapia familiar o de técnicas encaminadas a incrementar las habilidades sociales y a promover una integración social más adecuada.

Tabla 1
Evolución tras el tratamiento inicial y tras tratamiento de mantenimiento, según el estudio de Pyle y cols. (4)

Tratamiento inicial	% de respuestas	
Terapia de grupo + imipramina	87	
Terapia de grupo + placebo	86	
Imipramina	29	
Total	69	
Tratamiento de mantenimiento	% de recaídas	% libres de síntomas
Imipramina + terapia de apoyo en grupo	22	61
Placebo + terapia de apoyo en grupo	31	38
Terapia de apoyo en grupo	14	62
Imipramina	67	33
Placebo	83	33
Total	30	51

Figura 1.
Tasa de recaídas en diversos momentos evolutivos, adaptado de Olsmed y cols (5)

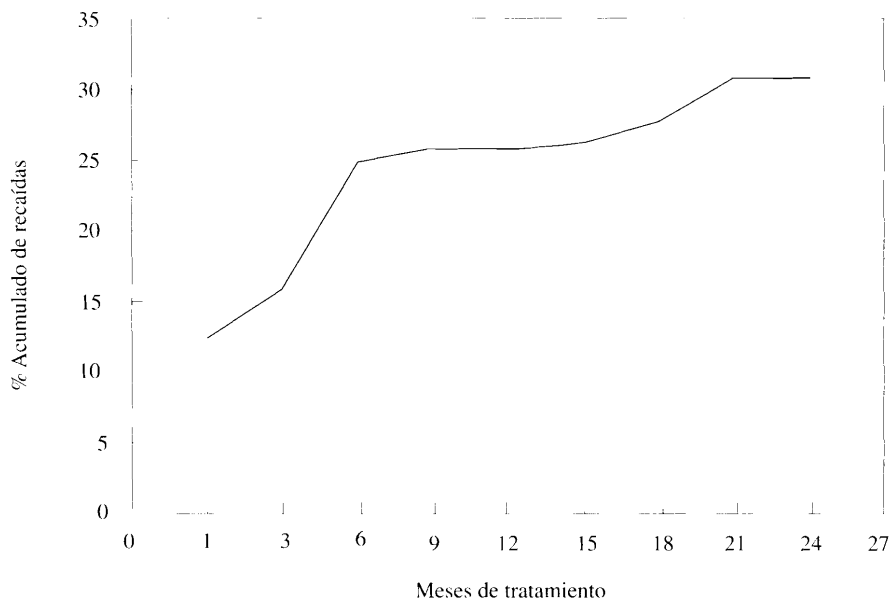


Figura 2
Porcentaje de pacientes sintomáticos en diversos periodos del tratamiento
(adaptado de Keller y cols. (2))

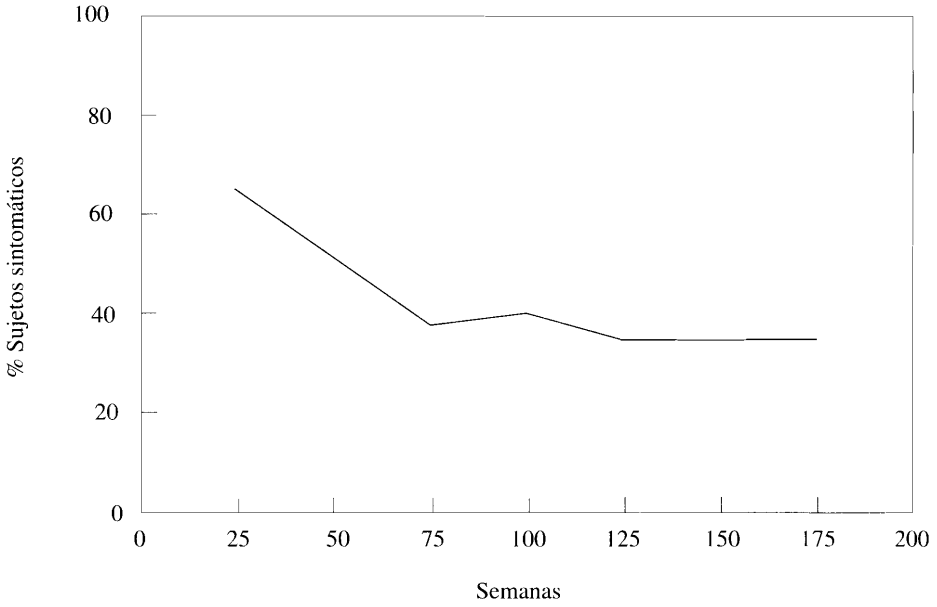
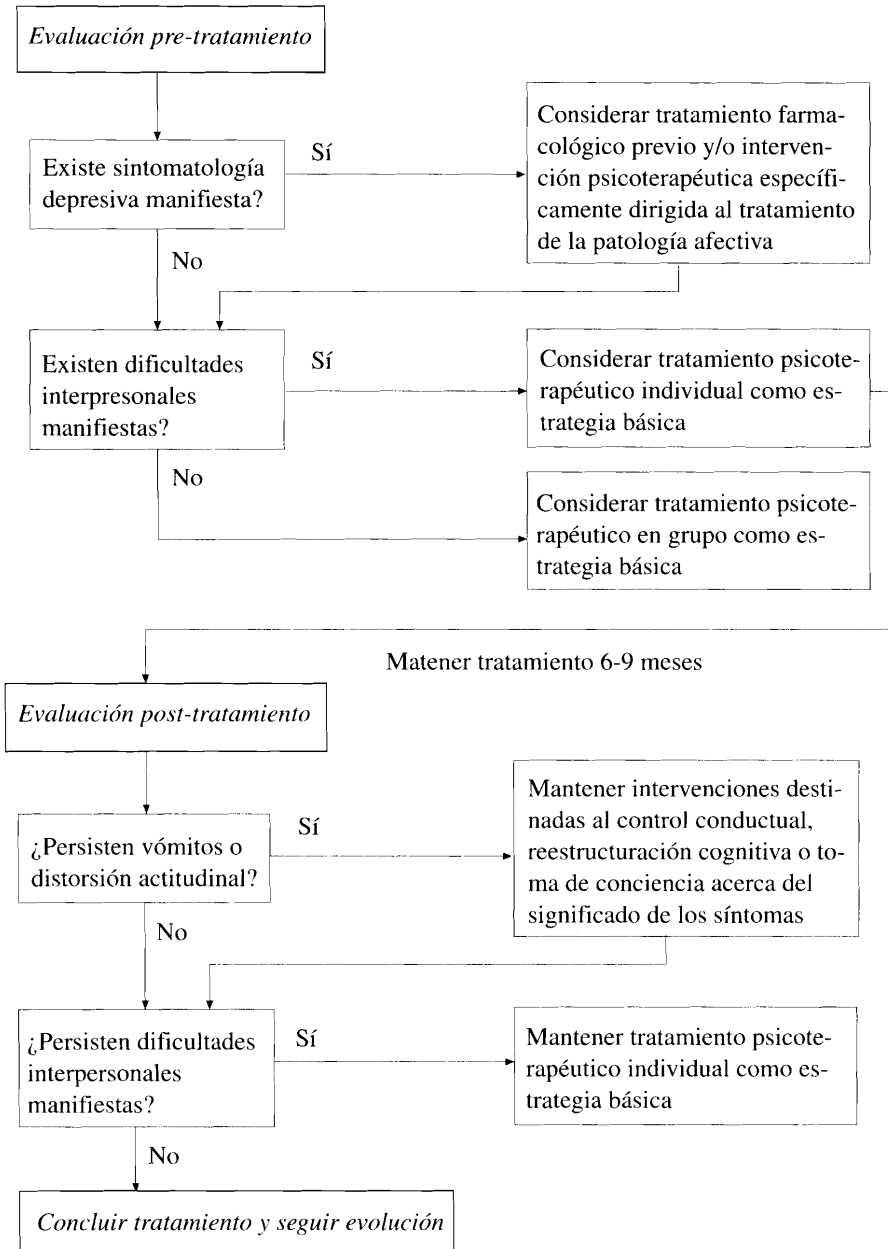


Figura 3
Pauta de tratamiento



DEBATES E INFORMES

BIBLIOGRAFÍA

(1) RUSELL, G. F. M., «Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa», *Psychological Medicine*, 1979, 9, pp. 429-448.

(2) KELLER, M. B., y otros, «The naturalistic history of bulimia nervosa: Extraordinarily high rates of chronicity, relapse, recurrence, and psychosocial morbidity», *International Journal of Eating Disorders*, 1992, 12, pp. 1-9.

(3) FREEMAN, R. J., y otros, «The prediction of relapse in bulimia nervosa», *Journal of Psychiatric Research*, 1985, 19, pp. 349-353.

(4) PYLE, R. L., y otros, «Maintenance treatment and 6-month outcome for bulimic patients who respond to initial treatment», *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147, pp. 871-875.

(5) OLMSTED, M. P.; KAPLAN, A. S.; ROCKERT, W., «Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa», *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151, pp. 738-743.

(6) MADDOCKS, S. E., y otros, «Two year followup of bulimia nervosa: The importance of abstinence as the criterion of outcome», *International Journal of Eating Disorders*, 1992, 12, pp. 133-141.

(7) GARNER, D. M., «Psychotherapy outcome research with bulimia nervosa», *Psychotherapy & Psychosomatics*, 1987, 48, pp. 129-140.

(8) PYLE, R. L., «Maintenance treatment and 6-month outcome for bulimic patients who respond to initial treatment», *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147, pp. 871-875.

(9) FAIRBURN, C. G., y otros, «Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight», *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 1993, 61, pp. 696-698.

(10) FREEMAN, R. J., y otros, «The predic-

tion of relapse in bulimia nervosa», *Journal of Psychiatric Research*, 1985, 19, pp. 349-353.

(11) GRIFFITHS, R. A., «Characteristics of dropouts and completers from hypnobeavorial treatment for bulimia nervosa», *International Journal of Eating Disorders*, 1990, 9, pp. 217-219.

(12) BLOUIN, J., y otros, «Factors affecting dropout rate from cognitive-behavioral group treatment for bulimia nervosa», *International Journal of Eating Disorders*, 1995, 17, pp. 323-329.

(13) VAN STRIEN, D. C.; VAN DER HAM, T.; VAN ENGELAND, H., «Dropouts characteristics in a follow-up-study of 90 eating-disordered patients», *International Journal of Eating Disorders*, 1992, 12, pp. 341-343.

(14) LEE, N. F.; RUSH, A. J., «Cognitive-behavioural group therapy for bulimia», *International Journal of Eating Disorders*, 1986, 5, pp. 599-615.

(15) WILSON, G. T., y otros, «Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: A controlled evaluation», *Behavior Research and Therapy*, 1986, 24, pp. 277-288.

(16) MERRILL, C. A.; MINES, R. A.; STARKEY, R., «The premature dropouts in the group treatment of bulimia», *International Journal of Eating Disorders*, 1987, 6, pp. 293-300.

(17) OLMSTED, M. P., y otros, «Efficacy of a brief psychoeducational intervention for bulimia nervosa», *Behaviour Research and Therapy*, 1991, 29, pp. 71-83.

(18) MARGITAL, K. J.; BLOUIN, A.; PÉREZ, E., «A study of the dropouts in psychopharmacological research with bulimics», *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1987, 16, pp. 297-304.

El presente trabajo se integra en un proyecto de investigación sobre factores de predicción de la respuesta en bulimia nerviosa, subvencionado por la Consejería de Juventud y Educación de la Junta de Extremadura y el Fondo Social Europeo.

* Francisco J. Vaz Leal. Área de Psiquiatría, Departamento de Farmacología y Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura. Badajoz.

Correspondencia: Francisco J. Vaz Leal. Área de Psiquiatría, Facultad de Medicina. Avda. de Elvas, s/n, 06071 Badajoz.

** Fecha de recepción: 20-XII-1996.