

## **¿OBSESIÓN O FOBIA? A PROPÓSITO DE UN CASO DE BULIMIA NERVIOSA**

José Antonio Ruiz Hernández<sup>1</sup>  
*Universidad de Murcia (España)*

### **Introducción**

El caso que aquí se presenta es el de una paciente con bulimia nerviosa tipo purgativo. La bulimia nerviosa tiene como rasgo característico la presencia de episodios recurrentes de sobreingesta voraz percibidos como incontrolables. Estos episodios suelen seguirse del uso de métodos para controlar la ganancia de peso y de cogniciones autculpabilizadoras. Los métodos utilizados pueden orientarse directamente a la evacuación de lo ingerido mediante la provocación del vómito, el uso de laxantes diuréticos o enemas, o bien pretenden compensar la sobreingesta de alimentos mediante conductas inadecuadas como el ayuno o el ejercicio excesivo. Estos dos tipos de métodos conducen a la especificación del trastorno, subtipo purgativo en el primer caso y subtipo no purgativo en el segundo (Ochoa, De la Puente y Graña, 1990; APA, 1995; Williamson, Rabalais y Bentz, 1996).

En general, se ha argumentado que estas conductas están motivadas por un temor intenso a ganar peso y una percepción distorsionada de la silueta corporal similar a la que presentan los pacientes con anorexia nerviosa (Garfinkel y Kaplan, 1996). No obstante, algunas investigaciones han subrayado la existencia de una importante relación entre los trastornos de alimentación, en especial la bulimia, y los trastornos de corte obsesivo-compulsivo (Formea y Burns, 1995; Aragona y Vella, 1998). A este respecto, se han destacado la presencia de similitudes entre ambos tipos de trastornos a nivel neuroquímico (Hsu, Kaye y Weltzin, 1993; Jarry y Vaccarino, 1996). Además, diferentes trabajos han observado que los pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo tenían una mayor probabilidad de presentar bulimia nerviosa (Rubenstein et al., 1992; Tamburrino, Kaufman y Hertzler, 1994) y otros han señalado que los pacientes con bulimia tenían mayor riesgo de presentar síntomas obsesivo-compulsivos, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno obsesivo-

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* José Antonio Ruiz Hernández, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Murcia (España). Correo electrónico: jaruiz@fcu.um.es

compulsivo de la personalidad (Thiel et al., 1995; Shafran, Bryant-Waugh, Lask y Arscott, 1995; Aragona y Vella, 1998; Matsunaga et al., 1999; Cassidy, Allsopp y Williams, 1999). Incluso se ha llegado a afirmar que los trastornos de la alimentación, en general, y la bulimia nerviosa, en particular, pueden ser vistos como un síndrome obsesivo-compulsivo (Rothenberg, 1986, 1990).

El enfoque que se le dio a este caso está en la línea de los trabajos que han destacado el papel de los rasgos obsesivo-compulsivos presentes en la bulimia nerviosa. Así, en vez de abordar el trastorno como una fobia a ganar peso, nos centramos en los rasgos obsesivos y en las percepciones distorsionadas, lo cual tuvo importantes repercusiones sobre la conceptualización del caso y el tratamiento diseñado para el mismo.

### *Sujeto*

Ana era una chica de 17 años, estudiante de COU. Acudió aconsejada por su entrenador de balonmano a raíz de varios desfallecimientos durante los entrenamientos y de una charla con ella, en la que el entrenador constató la necesidad de una intervención psicológica. El motivo de consulta fueron sus «problemas con la alimentación (atracones y obsesión) que me hacen deprimirme».

La paciente medía 1,65 metros y su peso, en el momento en el que acudió a consulta por primera vez, era de 63 kilos. El índice de masa corporal era pues de 23,14, estando dentro del rango 20-25 que indica un nivel de peso normal (Beumont, Al-Alami y Touyz, 1988; Perpiñá, 1996).

### *Instrumentos*

#### ENTREVISTAS

Para la recogida de información se realizaron dos entrevistas. Además, al final de la primera sesión, se le proporcionó a la paciente la entrevista autobiográfica estructurada de Cautela en su versión española (Fernández-Ballesteros, 1983) para que la rellenara en casa, con el fin de completar la información obtenida durante las sesiones.

Se obtuvo información sobre la frecuencia y duración de los atracones, el consumo de laxantes, el inicio del problema y el curso del mismo. En este sentido encontramos que la paciente presentaba una *frecuencia* de 6 ó 7 atracones a la semana, siendo la *duración* de los mismo de entre una y dos horas. En cuanto a los *laxantes*, la paciente informó que tomaba entre 2 y 6 comprimidos al día (la dosis máxima recomendada era de 1 comprimido al día). Respecto al *inicio del problema*, la paciente lo asociaba a la ruptura con su novio (hacia 6 meses) que le gastaba frecuentemente bromas sobre su «gordura» y que finalmente la dejó por otra «más delgada». Un análisis del *curso del trastorno*, permitió distinguir dos fases. Durante una primera fase de dos meses de duración, la paciente llevó a cabo una dieta restrictiva y llegó a pesar 51 kilos. Durante una segunda fase, en la que se encontraba en el momento de pedir asistencia psicológica, realizaba atracones de comida y abusaba

de los laxantes. La frecuencia y duración de ambas conductas fue aumentando progresivamente hasta el mencionado estado que le llevó a consulta.

Además de la conducta alimentaria inadecuada, la paciente presentaba otras conductas y emociones relacionadas con la percepción distorsionada que tenía de sí misma. Evitaba «tocarse» mientras se vestía y se miraba en el espejo lo menos posible con el fin de controlar los pensamientos y emociones que le generaba hacerlo. También presentaba síntomas de ansiedad y depresión cuando alguna prenda de vestir le estaba pequeña.

Otros aspectos relevantes relacionados con el problema que se manifestaron durante el desarrollo de las entrevistas fueron:

1. La madre de la paciente se ponía a dieta con frecuencia y animó a su hija a tomar laxantes comprándoselos ella misma.
2. Abusos sexuales: acoso y voyerismo por parte de un hermano menor (durante años, aunque en el momento de consulta eran muy infrecuentes), y acoso por parte de un tío, hermano de su madre, mientras trabajaba en un negocio familiar (el verano antes de acudir a consulta). Estos abusos le hacían sentir vergüenza y rechazo de su propio cuerpo.
3. Conflictividad familiar, ausencia de refuerzo positivo y educación basada en el castigo, patrones educativos inestables, labilidad emocional de la madre y acusaciones maternas a la paciente ante la solicitud de amparo por el acoso sexual mencionado. Dichas acusaciones agravaban los fuertes sentimientos de culpabilidad y rechazo ante su propio cuerpo.
4. La paciente presentaba una baja autoestima.

A raíz de los autorregistros de pensamientos, se identificó cierta ideación suicida («¿y si me tomo todas (las pastillas) a la vez y termino con todo?», «quiero morir»). Por lo que, también se evaluó el comportamiento suicida mediante la entrevista semiestructurada SSI de Beck, Kovacs y Weissman (1979). Los datos obtenidos, en lo referente a frecuencia, intensidad y duración de la ideación suicida, así como la preparación y elaboración de la tentativa, junto con el análisis de los factores de riesgo y los factores protectores del comportamiento suicida presentes en la paciente, permitieron descartar el riesgo de suicidio.

Igualmente, se analizó el autocontrol percibido con el fin de determinar las capacidades de la paciente para regular su propia conducta. También se prestó especial atención a la motivación para el cambio de la paciente. Los resultados obtenidos en este sentido, pusieron de relieve que la paciente tenía un escaso control sobre sus pautas de alimentación, pero que, no obstante, estaba muy motivada para el tratamiento.

La información obtenida en las entrevistas sobre los determinantes y repercusiones del problema se completaron y confirmaron con los autorregistros.

## AUTORREGISTROS

Durante las primeras sesiones se le proporcionó a la paciente las instrucciones para completar dos tipos de autorregistros.

En uno se recogía información relacionada con sus *pautas alimentarias*: día del registro, tipo de comida (desayuno, comida, cena u otra), hora de inicio, hora de fin, tipo de alimentos ingeridos, percepción de exceso en la ingesta y observaciones (donde se solicitó a la paciente que anotara por qué creía ella que había ingerido en exceso, en caso de que lo hubiera hecho).

En el otro autorregistro se evaluaban los *pensamientos asociados* a los momentos en los que experimentaba malestar. Además, se incluían dos columnas para que anotara el grado de veracidad, expresado en un porcentaje, que concedía a sus pensamientos en el momento en el que experimentaba malestar y el grado de veracidad pasadas unas horas (al acostarse).

Estas dos últimas columnas del autorregistro referidas al grado de veracidad que otorgaba a sus pensamientos, tenían dos objetivos:

- En primer lugar, que la paciente tomara conciencia que durante la situación en la que experimentaba malestar tomaba muy en serio lo que pensaba, mientras que, pasadas unas horas, disminuía la veracidad que le concedía a lo que había pensado en dicha situación. Por ejemplo, es frecuente que las personas piensen que no sirven para *nada* ante un fracaso ocasional y que creen que dicha afirmación es acertada en ese instante. Sin embargo, pasado un tiempo desde el momento en que se equivocaron, se dan cuenta con mayor facilidad de que, en realidad, hay cosas que resuelven eficazmente y otras que no; por lo que, el hecho de «fallar» en una ocasión determinada, no implica que no se sea capaz de hacer *nada en absoluto*.
- En segundo lugar, estas variables permitieron al terapeuta estimar la dificultad que tendría la paciente para enfrentarse a ciertos pensamientos. En general, es más fácil para un paciente modificar un pensamiento que puntúa 80% en la primera columna y 20% en la segunda, que otro pensamiento que puntúe 90% de veracidad en el momento en el que se siente mal, y 90% de veracidad después de la situación que le generó el malestar. De este modo, se puede elaborar una jerarquía de distorsiones cognitivas o pensamientos disfuncionales y entrenar al paciente en la reestructuración cognitiva empezando por pensamientos «fáciles» y aumentando progresivamente la «dificultad» de los pensamientos conforme el paciente va adquiriendo dominio de las técnicas cognitivas, lo cual contribuye a mejorar su percepción de autoeficacia.

Los datos recogidos con el autorregistro de pautas alimentarias sirvió para establecer la línea base de atracones, cuyas características concordaban con los datos anteriormente mencionados en las entrevistas. Por otra parte se confirmó un fenómeno de privación voluntaria de la ingesta durante todas las mañanas lo que parecía justificar los desfallecimientos durante los entrenamientos mencionados anteriormente.

Por su parte, el autorregistro de pensamientos condujo a la identificación de los estímulos precipitantes de los atracones, y de ciertas cogniciones desadaptativas asociadas a los mismos con características topográficas muy similares a las obsesiones. Los tres tipos de distorsiones cognitivas más frecuentes en la paciente fueron: sobregeneralizaciones («lo fastidié todo», «todo se derrumba, mis sueños, mi vida»);

etiquetas globales («soy una gorda asquerosa», «soy una egoísta»); y falacias de control («no lo voy a conseguir nunca», «no lo puedo cambiar»).

Es importante recordar aquí cómo define el DSM-IV las obsesiones, ya que éste es un hecho particularmente interesante para el caso que nos ocupa. Así, las obsesiones son definidas como:

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusivos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos,
2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real,
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos,
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Cuando decimos que ciertas distorsiones cognitivas de la paciente recordaban las características de las obsesiones, es debido a que las percibía como recurrentes, persistentes e intrusivas. Estas distorsiones le generaban una gran ansiedad e intentaba apartarlas de su mente. La paciente reconocía que no tenían suficiente base real aunque no podía evitarlas. Este aspecto es una de las claves de este trabajo, ya que tanto la conceptualización del caso como el diseño del tratamiento se orientaron en esta línea.

#### AUTOINFORMES

Con el fin de obtener información general sobre la presencia de síntomas psicopatológicos, se le administró a la paciente el SCL-90 de Derogatis y colaboradores (Derogatis, Lipman y Covi, 1973; Derogatis, 1975, 1989), consistente en 90 ítems altamente discriminativos puntuados de 0 a 4, que evalúan rasgos de somatización, fobias, ansiedad, depresión, psicoticismo, ideación paranoide, obsesivo-compulsivos, sensibilidad interpersonal y cólera-hostilidad.

La puntuación total media en dicha escala fue de 1,5, y las subescalas con mayores puntuaciones fueron las de ansiedad (media de 2,17), depresión (media de 2,17) y obsesión - compulsión (media de 2). El análisis de los ítems nos reveló que la paciente tenía ideas no deseadas muy frecuentes que se repetían en su mente. Estas ideas se relacionaban, fundamentalmente, con críticas referidas a su aspecto físico, su peso y otras autoatribuciones negativas. Este rasgo obsesivo de los pensamientos de la paciente fue ampliamente contrastado tanto en las entrevistas como en los autorregistros.

También se obtuvo información sobre su comportamiento alimentario mediante el Test de Actitudes Alimentarias («*Eating Attitudes Test*») EAT-26 de Garner, Olmsted, Borh y Garfinkel (1982). Las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas fueron las siguientes:

- Subescala «Dieta»: 26 puntos (media = 2)
- Subescala «Bulimia y preocupación por la comida»: 12 puntos (media =2)
- Subescala «Control oral»: 0 puntos (media =0).

La puntuación de corte de esta escala es de 20 puntos (Perpiñá, 1996), por lo que la paciente sobrepasaba, holgadamente, el criterio que discrimina a la población normal de la población con problemas relacionados con la alimentación.

### Diagnóstico y análisis funcional

La recogida de información permitió formular un diagnóstico y elaborar el análisis funcional de la conducta bulímica de la paciente. Con respecto al diagnóstico DSM-IV, la paciente reunía todos los criterios de la bulimia nerviosa tipo purgativo en el Eje I. Se descartó el de anorexia nerviosa ya que no cumplía el criterio A de la anorexia nerviosa («rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla»). La paciente quería estar más delgada pero estimaba su peso ideal en torno a los 51-52 kilos, lo que arroja un índice de masa corporal de aproximadamente 19 que la situaría en el intervalo de peso bajo-normal, alejada del criterio de 16 puntos para la anorexia nerviosa (Beumont *et al.*, 1988; Perpiñá, 1996) o del 17,5 de la OMS (1992). Tampoco se cumplían los criterios DSM-IV para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo. Por ejemplo, las ideas y comportamientos de la paciente se limitaban exclusivamente a la alimentación por lo que no cumplía el criterio D de dicho trastorno. El diagnóstico completo se muestra en la tabla 1.

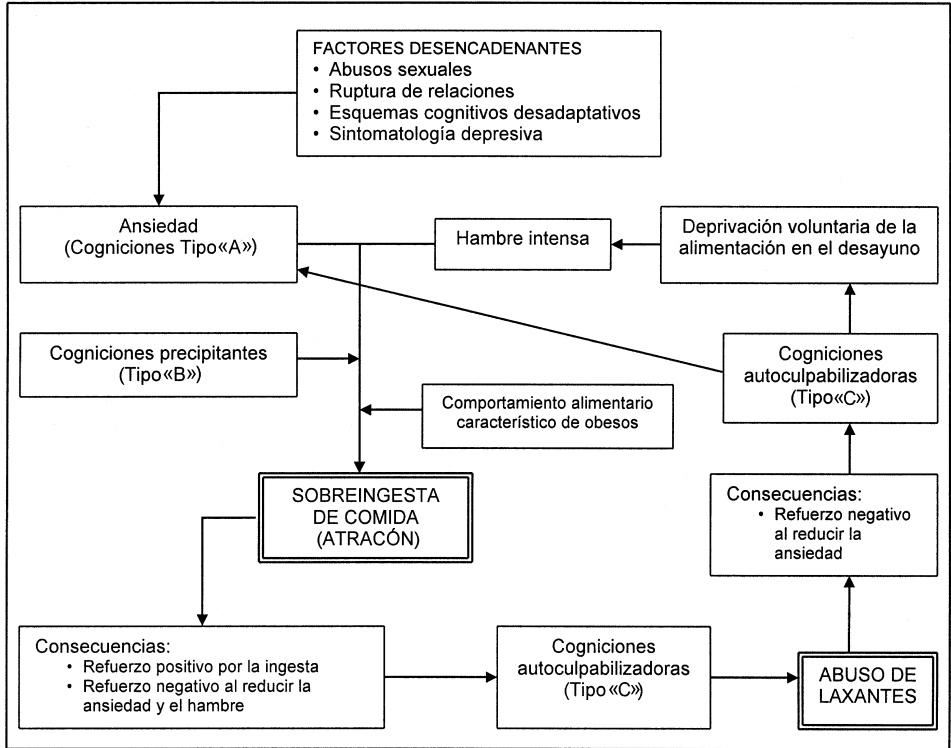
**Tabla 1**  
Diagnóstico DSM-IV de la paciente

Eje I:	Bulimia Nerviosa (307.51). Tipo purgativo.
Eje II:	Ningún diagnóstico (V71.09).
Eje III:	Ninguno.
Eje IV:	Ruptura de relaciones con su novio, problemas familiares.
Eje V:	EEAG= 65 (actual)

En la figura 1, podemos apreciar una representación básica del análisis funcional realizado. En ella se destaca el papel de una serie de factores desencadenantes del problema como son los abusos sexuales, la ruptura de relaciones con su ex-novio, la presencia de esquemas cognitivos desadaptativos y la sintomatología depresiva. Estos factores tenían a su vez interacciones complejas entre sí. Por ejemplo, la relación de los síntomas depresivos con la ruptura sentimental y los abusos sexuales; la aparición de ideas irracionales desadaptativas sobre el propio cuerpo y sobre la importancia del físico para ser querida tenían mucho que ver con los abusos y la ruptura. Estos factores desencadenantes estaban relacionados principalmente con una serie de cogniciones que denominaremos «tipo A» y que generaban ansiedad. Esta ansiedad constituía uno de los factores directamente implicados en la aparición de los atracones.

En general, cabe mencionar que los episodios de atracones venían precedidos fundamentalmente por dos estímulos, uno de origen psicológico (la ansiedad mencionada) y otro de origen fisiológico (hambre). La ansiedad, venía generada como

Figura 1. Análisis funcional del comportamiento de la paciente



consecuencia de ciertas distorsiones cognitivas con rasgos obsesivos (las que hemos llamado «tipo A»). En este tipo de distorsiones podemos destacar las autopercepciones negativas sobre su imagen corporal, así como las relacionadas con el temor a la evaluación negativa de su cuerpo por parte de los demás. En cuanto al hambre, ésta solía aumentar como consecuencia de la deprivación voluntaria a la que ella misma se sometía con el fin de evitar perder el autocontrol comiendo. Un aspecto interesante relacionado con el hambre, fue que la paciente tenía la creencia irracional de que el tratamiento impediría que tuviera hambre («¡Cuánto daría por poder decir: no me he vuelto a dar atracones, he vuelto a la normalidad y ya no volveré a tener hambre!»).

Un aspecto, que resultó decisivo en el tratamiento, fue el descubrimiento, a través de los autorregistros del pensamiento, de ciertas cogniciones permisivas («no pasa nada», «será la última vez»), a las que llamaremos «tipo B», que la paciente tenía cuando comía y que disparaban una cadena de cogniciones automáticas que concluían con la ingesta compulsiva de alimentos. Estas cogniciones permisivas, eliminaban la inhibición que débilmente se autoimponía la paciente para evitar la ingesta copiosa. Además los problemas en el control de su alimentación estaban agravados por ciertas características del comportamiento alimentario de los obesos, como era

comer rápido, utilizando las manos, ingiriendo alimentos que no requerían elaboración, etc.

El atracón, como tal, además de las características que ya hemos mencionado, consistía en la ingestión de grandes cantidades de comida de bollería, chocolates, tartas, galletas y otros alimentos que no necesitaban ser preparadas para su consumo. El atracón tenía como consecuencias iniciales el refuerzo positivo propio de la ingesta y el refuerzo negativo al reducir la ansiedad y el hambre.

Otra consecuencia fisiológica a medio plazo de los atracones, fue el aumento de grasas y peso. Desde que comenzaron los atracones, cuatro meses antes de ir a consulta, la paciente había engordado 12 kilos. Pasados unos minutos del atracón, aparecían cogniciones culpabilizadoras que le acusaban de «falta de voluntad» y otras que le hacían sentir «asco» por su cuerpo. Estas cogniciones, que llamaremos «tipo C», tenían como consecuencia un aumento de la ansiedad, la cual servía de precipitante para la ingesta de laxantes (con el fin de «no tener nunca hambre»). Dicha ingesta de fármacos, se veía reforzada negativamente al reducir, de nuevo, la ansiedad. Sin embargo, conforme iba pasando el día comenzaban a aparecer de nuevo cogniciones autoculpabilizadoras que generaban ansiedad, enlazando con las cogniciones tipo «A», y que la paciente trataba de manejar dejando de comer prácticamente durante la cena y durante el desayuno del día siguiente, con lo cual el círculo vicioso comenzaba de nuevo.

## Tratamiento

### *Objetivos del tratamiento*

Una vez obtenida la información, se le devolvió elaborada a la paciente. Se le explicó en qué consistía su problema, se le presentó el análisis funcional realizado, se determinaron los objetivos del tratamiento, y se le informó de las líneas fundamentales que iba a seguir la intervención, haciendo especial énfasis en la explicación de la terapia cognitiva.

Se establecieron dos objetivos principales en la intervención: por un lado, la eliminación de los atracones y el establecimiento de una ingesta normal de alimentos y, por otro, la supresión de los laxantes como método purgativo. Otro objetivo importante que se planteó, fue la reducción a niveles normales de la sintomatología psicopatológica asociada: ansiedad, depresión y obsesiones. Para conseguir estos objetivos se siguió el procedimiento descrito más adelante haciendo especial énfasis en el trabajo cognitivo ya que considerábamos que esta intervención afectaría a la conducta alimentaria. En función de los dos objetivos principales mencionados se estableció como criterio para considerar el éxito de la fase de tratamiento tres semanas seguidas de ausencia de atracones y de uso de laxantes.

### *Descripción general del tratamiento*

En la primera fase de la terapia, expusimos a la paciente el modelo cognitivo de Beck y colaboradores (esquemas, creencias básicas, estilo atribucional), los sesgos



en la búsqueda de información y los hábitos de selección, y las formas en que las cogniciones, la conducta, los acontecimientos de la vida y el estado de ánimo se encuentran relacionados en el individuo. Aunque es una etapa conceptual complicada, se llevó a cabo con relativa facilidad debido a la capacidad comprensiva de la paciente.

Con el fin de intervenir sobre el consumo de laxantes, se informó a la paciente de los efectos perniciosos del abuso de los mismos. La contundencia de la información, unido a la fuerte motivación de la paciente, fue suficiente para reducir a 0 el consumo de laxantes en sólo dos semanas. Debido a este rápido y eficaz resultado de la información verbal proporcionada, apenas fue necesario la reestructuración cognitiva de las distorsiones obsesivas culpabilizadoras («tipo C») que acosaban a la paciente hasta que consumía los laxantes.

Respecto a la sobreingesta y a los síntomas psicopatológicos asociados, se asumieron las siguientes *hipótesis de intervención*:

1. Si se identificaban las distorsiones cognitivas («tipo A») generadoras de ansiedad y estado de ánimo deprimido y se modificaban, ello impediría la precipitación de la sobreingesta y se reducirían dichos síntomas psicopatológicos.
2. Si se identificaba la cadena de cogniciones permisivas («tipo B») que disparaban la sobreingesta, y se modificaban los primeros eslabones de esa cadena de pensamientos automáticos, generaríamos mayor autocontrol en la paciente.
3. Si la paciente aprendía a relajarse como forma alternativa de reducir la ansiedad, no utilizaría la sobreingesta y el uso de laxantes para sentirse mejor, según el principio de inhibición recíproca de Wolpe.
4. Si se entrenaba a la paciente con el fin de eliminar los patrones de comportamiento alimentario característicos de los obesos, aumentaríamos su autocontrol frente a los atracones. Igualmente si seguía un patrón «normal» de alimentación, eliminando el ayuno, se reduciría el intenso hambre que contribuía al atracón.
5. Otras hipótesis orientadas a la eliminación de otros focos generadores de ansiedad y síntomas depresivos se referían al trabajo sobre la dependencia afectiva que la paciente presentaba hacia su ex-novio y a los sentimientos de vergüenza derivados de los abusos sexuales.

En una revisión general de los tratamientos diseñados para este tipo de trastorno, constatamos que se suelen incluir algunos de los siguientes procedimientos como componentes principales de la intervención: la terapia cognitiva para la modificación de los pensamientos irracionales sobre la ingesta y sobre la imagen corporal, la planificación de comidas, el control estímular, la modificación de la conducta de comer, la exposición con prevención de respuesta a las comidas «prohibidas», la terapia grupal, la terapia familiar y la terapia farmacológica. Sin embargo, y a pesar de que en algunos casos se han señalado las similitudes entre trastorno de bulimia nerviosa y el trastorno obsesivo-compulsivo, no encontramos estudios que utilizaran técnicas características de este último para abordar el trastorno de la alimentación que nos ocupa. Con nuestra paciente, pensamos que sería adecuada la utilización de técnicas como la detención de pensamiento y la aserción encubierta, para controlar los tres tipos de cogniciones que hemos señalado en el análisis funcional

del caso. Además pensamos que previamente al entrenamiento en detención del pensamiento, podíamos ayudar a la paciente a elaborar pensamientos racionales que no contuvieran distorsiones cognitivas y que estos pensamientos racionales serían los que podríamos utilizar como aserciones encubiertas tras la detención del pensamiento.

En otras palabras, lo que se pretendía era que la paciente tomara conciencia de cuáles eran sus pensamientos distorsionados típicos, detuviera dichos pensamientos en los primeros «eslabones» de las cadenas automáticas que se desplegaban, los sustituyera por otros pensamientos sin distorsiones (trabajados mediante reestructuración cognitiva), y después se relajara para reforzar el efecto de «alivio» que aparecía como consecuencia del cambio cognitivo, neutralizando así la aparición de ansiedad.

Respecto a las hipótesis 1, 2 y 3, el tratamiento se dividió en tres módulos en los que trabajamos de forma independiente con la paciente la *reestructuración cognitiva*; *la relajación*; y *la detención del pensamiento y aserción encubierta*. A continuación resumimos el procedimiento seguido con la paciente.

La *reestructuración cognitiva* se inició identificando los tres tipos de distorsiones cognitivas más frecuentes (sobregeneralización, etiquetas globales y falacias de control), se definieron y se buscaron ejemplos concretos procedentes del diario de pensamientos de la paciente.

El objetivo era que la paciente aprendiera a etiquetar sus distorsiones cognitivas con el fin de indicarle patrones o sesgos en su interpretación y en su búsqueda de información, proporcionándole una herramienta para pensar sobre su pensamiento, de modo que el procesamiento de la información fuera, al menos temporalmente, más deliberado. Para ello se utilizó la técnica de las tres columnas. En la tabla 2, se muestran dos ejemplos del uso de la técnica de las tres columnas con algunas de las distorsiones más comunes.

**Tabla 2**  
Ejemplos de Distorsiones de la paciente

Pensamiento automático negativo	Tipo de distorsión cognitiva	Respuesta racional
No puedo hacer nada	Falacia de control	Hasta ahora las elecciones específicas que he hecho han tenido como resultado mi malestar. Sin embargo, si modifico ciertas formas de pensar y comportarme, y aprendo otras nuevas, es muy probable que solucioné mi problema.
Soy gorda	Etiqueta global	Por una parte, no es lo mismo <i>ser gorda</i> que <i>estar gorda</i> . Por otra, dado mi peso y mi complexión, en ningún caso estoy dentro de los criterios objetivos (120% del peso ideal) de obesidad. Tendría que engordar entre 7 y 12 kilos como mínimo para <i>estar obesa</i> .

Para que la paciente aprendiera a identificar distorsiones y a elaborar pensamientos racionales, se le recomendó como tarea para casa que identificara al menos un pensamiento distorsionado de cada uno de los tres tipos de pensamientos más frecuentes (sobregeneralización, etiqueta global y falacia de control) y los trabajara utilizando la técnica de las tres columnas.

Con el fin de facilitarle el aprendizaje, sólo se le pidió que trabajara esos tres tipos de distorsiones, aunque más adelante se le proporcionó información detallada de otros tipos de distorsiones para que también fuera capaz de identificarlas y combatirlas.

Otra creencia irracional que se modificó fue la mencionada respecto al hambre. Se le explicó que se trata de una sensación fisiológica normal y adaptativa a la que no debía temer ni evitar, ya que si la evitaba en exceso, era más probable que la ingesta de alimentos fuera mayor de lo habitual, debido a que cuanto mayor era la situación de privación a la que se sometía, mayor era su hambre.

El siguiente paso fue enseñarle una *técnica de relajación* basada en la imaginación y la sugestión, al estilo de la técnica de Schultz, donde se le pedía a la paciente que se imaginara sensaciones de pesadez. Posteriormente, se le describían paisajes agradables donde debía imaginarse tranquila y relajada. Pasados unos 15 minutos, la paciente alcanzaba un estado de relajación muy profundo. En ese momento, se le pedía que tomara conciencia de la sensación de relajación e hiciera una serie de respiraciones lentas y profundas donde debía decirse subvocalmente la palabra «tranquila» mientras espiraba y relacionar el significado de esa palabra con la sensación corporal de relajación que tenía. El objetivo de estas respiraciones y esta aserción encubierta de la palabra «tranquila» era *condicionar clásicamente* dicha palabra con el fin de alcanzar, una vez aprendida la técnica, un adecuado estado de relajación en pocos segundos mediante dos o tres respiraciones acompañadas de la palabra condicionada.

La última técnica en la que se instruyó a la paciente, fue la *detención del pensamiento*. En realidad, el aprendizaje de esta habilidad se realizó incluyendo el resto de habilidades aprendidas en la secuencia que hemos descrito como núcleo fundamental del tratamiento. Para ello se elaboró una jerarquía de distorsiones cognitivas de menor a mayor «dificultad» de modificación en base a las dos columnas sobre el grado de certeza que la paciente daba a sus pensamientos (ver el apartado de autorregistros). En primer lugar, la paciente debía concentrarse en un pensamiento distorsionado habitual de dificultad leve. Después debía detener el pensamiento utilizando el procedimiento estándar de esta técnica. En cuanto la paciente era consciente de que el pensamiento distorsionado se había detenido, debía introducir el pensamiento racional correspondiente trabajado previamente mediante reestructuración cognitiva. Una vez controlado el pensamiento y sustituido por otro racional, la paciente completaba la secuencia con las respiraciones unidas a la palabra condicionada «tranquila» para relajarse y eliminar la ansiedad. Conforme la paciente iba dominando la técnica, se seleccionaban distorsiones cognitivas más complejas de la jerarquía.

En la tabla 3, se resumen los pasos que se siguieron para la aplicación de dicho conjunto de técnicas.

**Tabla 3**  
Secuencia de las técnicas (hipótesis 1, 2 y 3)

1. Repetición encubierta de una distorsión cognitiva.
2. Aparición de sentimientos negativos (ansiedad, tristeza,...)
3. Interrupción del pensamiento mediante la palabra condicionada «basta».
4. Afirmación encubierta del pensamiento racional correspondiente a la distorsión elegida para el ensayo.
5. Relajación condicionada mediante las respiraciones y la palabra «tranquila».
6. Eliminación de las emociones negativas.

En cuanto a la hipótesis 4, se le recomendó a la paciente una serie concreta de cambios en el comportamiento alimentario, entre los que destacan: la regularidad en los horarios de las comidas, la eliminación de actividades paralelas al comer, pautas para modificar su estilo de comer (velocidad, masticación, uso de cubiertos,...), reducción o eliminación de alimentos en casa que no requirieran elaboración para su consumo y no picar entre horas.

Finalmente, los aspectos mencionados en la hipótesis 5 (dependencia afectiva de su ex-novio, y abusos sexuales) se combatieron, por un lado, mediante una técnica de elaboración de las situaciones de ruptura de relaciones sentimentales; y por otro, mediante un análisis de las creencias irracionales asociadas al sentimiento de vergüenza y de las medidas a adoptar para evitar nuevos abusos. Estos temas fueron abordados a lo largo del tratamiento en distintas sesiones no requiriendo una especial dedicación.

La técnica empleada en el caso de la dependencia afectiva consistió básicamente en la escritura de una supuesta carta dirigida a su ex-novio con tres directrices: expresar sin censuras todo lo que considerara que tenía que decirle; reafirmar la situación de ruptura actual; y encajar lo sucedido como una parte de su biografía. Esa carta, escrita en solitario y sin límite de tiempo ni de folios, debía ser destruida en un lugar agradable para ella tras una última lectura. El objetivo de esta técnica era reformular la situación y aceptarla como una etapa más de la propia vida. Además, como algunas de las ideas irracionales que habían contribuido al desarrollo de su bulimia habían sido generadas por el chico al abandonarla por otra, esto provocó un mayor rechazo hacia su ex-novio, lo que contribuyó de forma indirecta a romper los lazos afectivos con él.

Respecto al acoso sexual, la escucha activa, la aceptación y la discusión de las ideas irracionales sobre culpabilidad y vergüenza fueron suficientes para que la paciente refiriera sentirse mucho mejor al respecto. En cualquier caso, la intervención en este sentido no puede ser tomada como un ejemplo representativo del manejo de la ruptura de relaciones ni del acoso sexual ya que ambos problemas habían sido poco dramáticos, la paciente estaba muy motivada y constituían variables precipitantes pero no moduladoras del problema actual. Además no fue necesario recurrir a una intervención más sofisticada ya que no eran aspectos centrales del tratamiento y no fueron núcleos resistentes al cambio.

En la tabla 4 se muestra un resumen de las principales técnicas utilizadas en el tratamiento de la paciente.

**Tabla 4**  
Resumen del tratamiento

Hipótesis	Técnicas utilizadas
1, 2 y 3	— Información sobre los perjuicios del abuso de laxantes Paquete especial: — Reestructuración cognitiva + — Detención del pensamiento y aserción encubierta + — Relajación condicionada
4	— Control estimular — Modificación de la conducta de comer
5	— Manejo de ruptura de relaciones — Reestructuración de las creencias irracionales asociadas a los abusos sexuales.

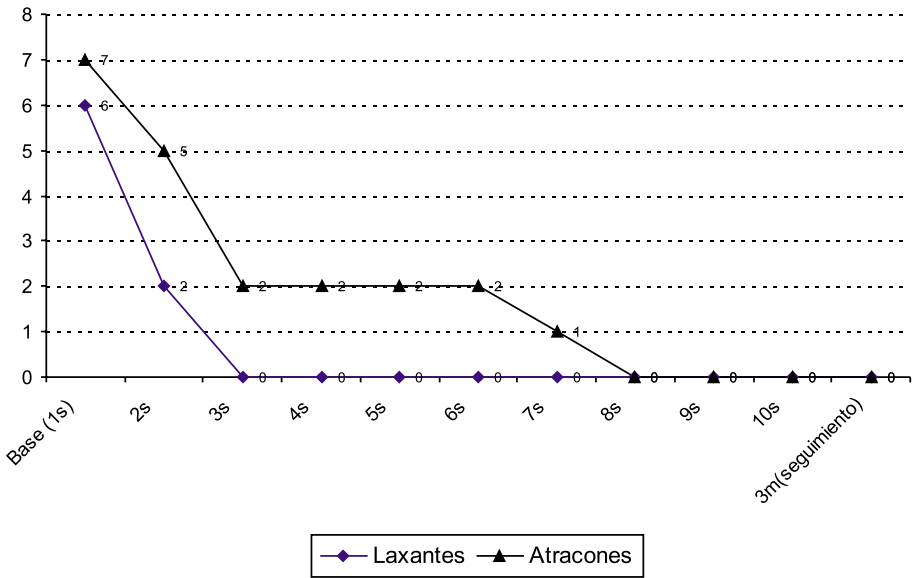
## Resultados

### Resultados tras el tratamiento

El criterio establecido para considerar concluido el tratamiento se alcanzó en tan solo 10 sesiones. Los resultados obtenidos se muestran en las figuras 2, 3 y 4. Como se desprende de los datos mostrados en la figura 2, el uso de laxantes se redujo hasta su eliminación completa en sólo dos semanas. Por su parte, la frecuencia semanal de atracones fue disminuyendo conforme aumentaba el dominio de las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en el tratamiento hasta llegar a 0 atracones en la octava semana de tratamiento.

En la figura 3, se muestran las medias de las puntuaciones obtenidas en las subescalas del EAT-26. Pese a que la puntuación total en este cuestionario tras el tratamiento fue de 22, lo que estaría por encima del punto de corte (20 puntos), la mejoría clínica de la paciente considerada en su conjunto nos indica que se trataría de un falso positivo, aunque también es probable que la accesibilidad en la memoria del reciente problema pudiera haber contaminado las respuestas dadas. En cualquier caso, los cambios son significativos tal y como se observa en la figura 3. Las puntuaciones medias en las subescalas de «dieta» y «bulimia y preocupación por la comida» se redujeron a la mitad. El «control oral» aumentó como consecuencia de las modificaciones en el comportamiento alimentario de la paciente tras la intervención, por lo que hay que considerar este ligero aumento, en principio, como signo positivo de autocontrol sobre la ingesta.

**Figura 2.** Datos referentes a los principales objetivos del tratamiento: Número de atracones (a la semana) y media de laxantes (al día)



**Figura 3.** Escala de Actitudes Alimentarias (EAT-26). Media de puntuaciones

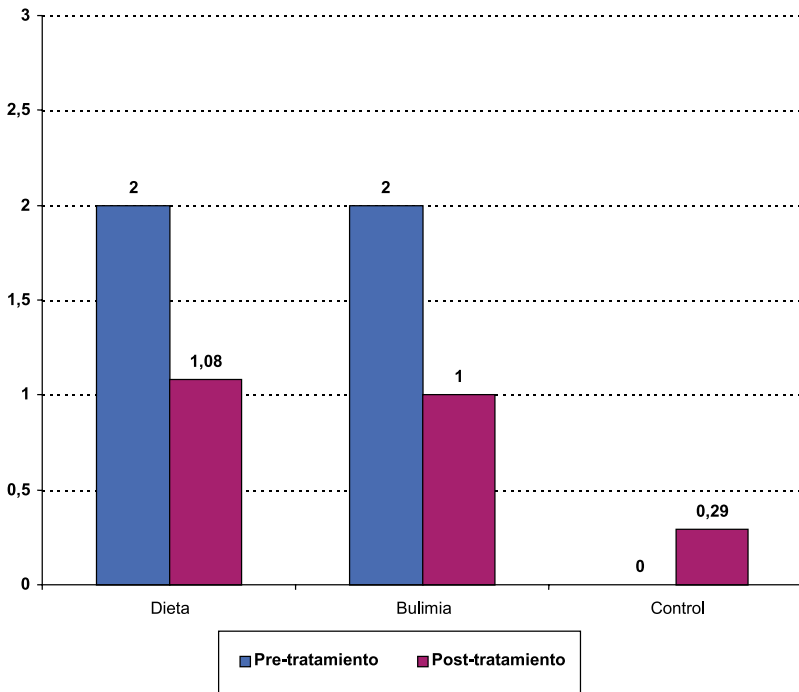
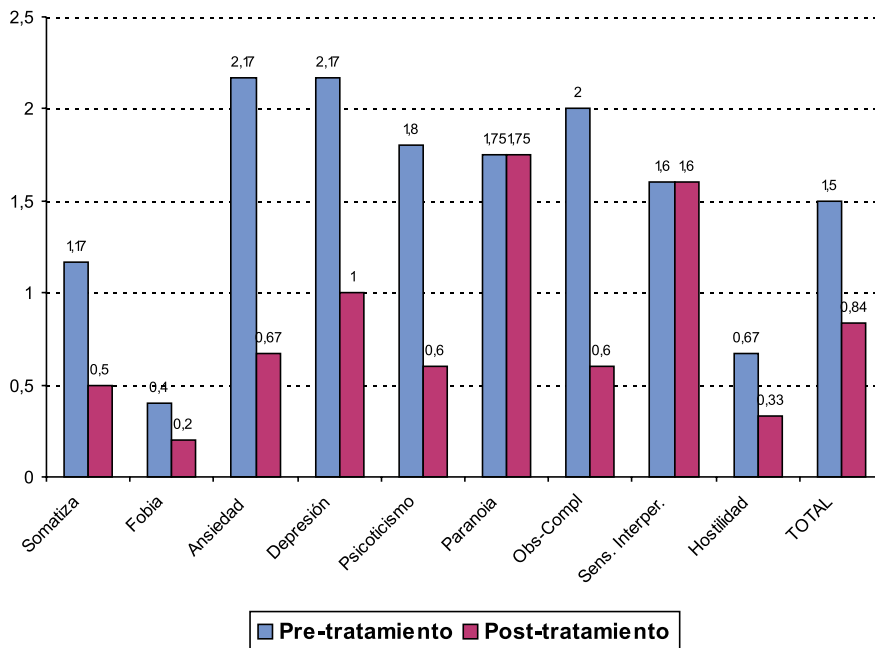


Figura 4. Síntomas Psicopatológicos SCL-90



Finalmente, tal y como aparece en la figura 4, los síntomas psicopatológicos más acusados (de ansiedad, de depresión y obsesivo-compulsivos) disminuyeron sustancialmente tras el tratamiento. Además, la sintomatología total se redujo a casi la mitad tras la intervención psicológica.

Otros resultados que se apreciaron tras el tratamiento, fueron:

- El cambio en la indumentaria de la paciente. Al acudir a consulta, la paciente vestía conscientemente ropas anchas con el fin de ocultar su cuerpo, el cual consideraba «gordo y asqueroso», tal y como había manifestado en repetidas ocasiones. En las últimas sesiones del tratamiento, se observó un cambio progresivo en la forma de vestir, como consecuencia de la aceptación de su propio cuerpo.
- La autoestima de la paciente aumentó, tal y como se desprendía de las afirmaciones respecto a sí misma.
- Los sentimientos de vergüenza, como consecuencia de los abusos sexuales, se modificaron.
- La dependencia afectiva hacia su ex-novio se rompió. Dicho aspecto se puso de manifiesto en que, poco a poco, dejó de pensar en él y encajó la experiencia como una parte más de su historia personal.
- Mejoró sus patrones de comunicación familiar, especialmente con su madre.
- Como consecuencia de la mejora en el comportamiento alimentario al eliminar las sobreingestas y normalizar el consumo de alimentos, la paciente perdió 4 kilos en el periodo comprendido entre la primera y la última sesión.

Es de destacar que la buena relación establecida con la paciente y la altísima motivación para el cambio fueron muy importantes para alcanzar los resultados descritos. También es muy probable que la eficacia del tratamiento se viera favorecida por el hecho de que el problema tenía una historia relativamente reciente.

### *Seguimiento*

Se constató tres meses más tarde que los resultados obtenidos al final del tratamiento se habían mantenido. No habían aparecido atracones ni uso de laxantes. Su estado de ánimo había mejorado. Además, la paciente había perdido dos kilos más como consecuencia del comportamiento alimentario adecuado, situándose en su peso habitual.

## **Discusión**

Lowenkopf (1986) sugirió el empleo de técnicas y modelos de tratamiento característicos de los trastornos obsesivo-compulsivos en las intervenciones en pacientes con bulimia. Investigaciones posteriores han puesto de relieve que la relación entre los trastornos de la alimentación y los síntomas obsesivo-compulsivos es un hecho. Aunque la comorbilidad de un trastorno obsesivo-compulsivo no supone un peor pronóstico para la bulimia (Thiel, Zuger, Jacoby y Schussler, 1998), sí parece que la elevada frecuencia e intensidad de los síntomas obsesivos se relacionan con una mayor gravedad de los síntomas del trastorno de la alimentación y con peores resultados en la intervención (Zubieta, Demitrack, Fenick y Krahn, 1995; Thiel et al. 1995), con lo que parece necesario tener en cuenta los síntomas obsesivos en el tratamiento de los trastornos de la alimentación.

Para entender porqué la utilización de una orientación terapéutica dirigida a los rasgos obsesivo-compulsivos en pacientes con bulimia puede ser eficaz, parece necesario destacar que estos pacientes suelen presentar ideas sobre su aspecto corporal y sobre la alimentación con una topografía muy similar a las obsesiones. Bulik y colaboradores (1992) compararon las características psicopatológicas de pacientes con bulimia nerviosa y pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo y no encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en las subescalas del MMPI ni en las subescalas de ansiedad y síntomas obsesivo-compulsivos del SCL-90-R, aunque sí hallaron mayores puntuaciones en las subescalas de somatización, sensibilidad interpersonal y psicoticismo del SCL-90-R en el grupo de bulimia. Además, estas ideas sobre su aspecto y la alimentación en pacientes bulímicos con frecuencia les causan una importante ansiedad y malestar que les llevan a desplegar una serie de comportamientos (ayunos, ejercicio excesivo, uso de laxantes, no mirarse al espejo, tocarse lo menos posible mientras se visten o desnudan, etc.), dirigidos a evitar las emociones negativas asociadas a sus pensamientos. Esta forma de comportarse recuerda inmediatamente a los rituales que inician los pacientes obsesivo-compulsivos para evitar el malestar derivado de sus obsesiones. Las conductas que ponen en marcha los pacientes con bulimia «deshacen» la ansiedad provocada por comer grandes cantidades de comida, de forma muy parecida a como las activida-



des ritualistas disminuyen la ansiedad de los pensamientos obsesivos en el trastorno obsesivo-compulsivo (Williamson, 1990). Estas similitudes sugieren que los pacientes con trastornos de la alimentación y especialmente aquellos que presentan bulimia, podrían beneficiarse de los hallazgos en los trastornos obsesivo-compulsivos, a través de la utilización de técnicas y planteamientos propios de éstos. En este sentido, el trabajo aquí presentado constituye una prueba de la eficacia de dicho planteamiento.

Aunque el tratamiento presentado es poco ortodoxo si tenemos en cuenta las técnicas habitualmente usadas en pacientes con bulimia, creemos destacable la combinación y secuencia de las técnicas empleadas. En especial la elaboración, mediante reestructuración cognitiva, de aserciones encubiertas para su utilización posterior en la detención del pensamiento.

Según Williamson y colaboradores (1998) el promedio de sesiones de terapia para estos pacientes es de 15, por lo que si consideramos que en este caso los resultados se obtuvieron en tan sólo 10 sesiones (6 si no contamos las de evaluación y aquellas en las que ya habían desaparecido los atracones y el abuso de laxantes), conviene que nos planteemos la necesidad de investigar en la línea propuesta. Es posible que el planteamiento desde el «espectro obsesivo-compulsivo» y la especial combinación de técnicas cognitivas y conductuales utilizada en este caso, puedan contribuir a mejorar el tratamiento de los trastornos de la alimentación que, con tanta frecuencia, resultan resistentes al cambio.

## Referencias

- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª edición) (DSM-IV)*. Barcelona: Masson. (Orig.: 1994)
- Aragona, M. y Vella, G. (1998). Psychopathological considerations on the relationship between bulimia and obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 31, 197-205.
- Beck, A. T., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal ideation: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Beumont, P., Al-Alami, M. y Touyz, S. (1988). Relevance of a standard measurement of undernutrition to the diagnosis of anorexia nervosa: use of Quetelet's Body mass index (BMI). *International Journal of Eating Disorders*, 7, 399-405.
- Bulik, C. M., Beidel, D. C., Duchmann, E., Weltzin, T.E. y Kaye, W. H. (1992). Comparative psychopathology of women with bulimia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 262-268.
- Cassidy, E., Allsopp, M. y Williams, T. (1999). Obsessive compulsive symptoms at initial presentation of adolescent eating disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 193-199.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S. y Covi, L. (1973). *SCL-90: An outpatients psychiatric rating scale: Preliminary report*. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Derogatis, L.R. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometrics Research.
- Derogatis, L.R. (1989). *Description and bibliography for the SCL-90-R and other instruments of the psychopathology rating scale series*. Riderwood, M.D.: Clinical Psychometrics Research.
- Fernández-Ballesteros, R. (1983). *Psicodiagnóstico: cuaderno de prácticas*. Madrid: UNED.
- Formea, G. M. y Burns, G. L. (1995). Relation between the syndromes of bulimia nervosa and obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17, 167-176.

- Garfinkel, P. E. y Kaplan, A. S. (1996). Psicopatología y trastornos de alimentación. En J. Buendía (dir.) *Psicopatología en niños y adolescentes*, 371-400. Madrid: Pirámide.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Borh, Y. y Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Hsu, L.G., Kaye, W. y Weltzin, T. (1993). Are the eating disorders related to obsessive compulsive disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 14, 305-318
- Jarry, J.L. y Vaccarino, F.J. (1996). Eating disorder and obsessive-compulsive disorder: Neurochemical and phenomenological commonalities. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 21, 36-48.
- Lowenkopf, E. L. (1986). Bulimia: The obsession with food. *Psychotherapy Patient*, 3, 47-57.
- Matsunaga, H., Miyata, A., Iwasaki, Y., Matsui, T., Fujimoto, K. y Kiriike, N. (1999). A comparison of clinical features among Japanese eating-disordered women with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 337-342.
- Ochoa, E. F. L., De la Puente, M., y Graña, J. L. (1990). Trastornos de la alimentación. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (dirs.), *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*, 807-826. Madrid: Interamericana/McGraw Hill.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Perpiñá, C. (1996). Evaluación de los trastornos alimentarios. En G. Buela-Casal, V. Caballo, y J. C. Sierra (dirs.) *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*, 675-699. Madrid: Siglo XXI.
- Rothenberg, A. (1986). Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 49, 45-53.
- Rothenberg, A. (1990). Adolescence and eating disorder: The obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*, 13, 469-488.
- Rubenstein, C.S., Pigott, T.A., L'Heureux, F., Hill, J.L. y Murphy, D.L. (1992). A preliminary investigation of the lifetime prevalence of anorexia and bulimia nervosa in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 309-314.
- Shafran, R., Bryant-Waugh, R., Lask, B. y Arcsott, K. (1995). Obsessive-compulsive symptoms in children with eating disorders: A preliminary investigation. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 304-310.
- Tamburrino, M.B., Kaufman, R. y Hertzler, J. (1994). Eating disorder history in women with obsessive compulsive disorder. *Journal of American Medical Women Association*, 49, 24-26.
- Thiel, A., Broocks, A., Ohlmeier, M., Jacoby, G. E. y Schussler, G. (1995). Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 72-75.
- Thiel, A., Zueger, M., Jacoby, G. E. y Schuessler, G. (1998). Thirty-month outcome in patients with anorexia or bulimia nervosa and concomitant obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 244-249.
- Williamson, D. A. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. Nueva York: Pergamon.
- Williamson, D. A., Rabalais, J. Y. y Bentz, B. G. (1996). Trastornos de la alimentación. En V. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2, 241-266. Madrid: Siglo XXI.
- Williamson, D. A., Smith, C. F. y Barbin, J. M. (1998). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la alimentación. En V. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 2, 195-215. Madrid: Siglo XXI.
- Zubieta, J.K., Demitrack, M.A., Fenick, A. y Krahn, D.D. (1995). Obsessionality in eating-disorder patients: relationship to clinical presentation and two-year outcome. *Journal of Psychiatry Research*, 29, 333-342.