

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN BULIMIA NERVIOSA

COGNITIVE - BEHAVIORAL THERAPY IN NERVOUS BULIMIA

Albornoz Muñoz,
Delia Patricia;

Miranda Ulloa,
Gilberto Enrique;

Solano Carranza,
Cecilia

RESUMEN

La bulimia nerviosa es uno de los dos trastornos de alimentación más importantes que existen, cuya prevalencia en poblaciones jóvenes, así como la morbimortalidad entre los trastornos psiquiátricos, es considerada significativa. El tratamiento es interdisciplinario e incluye distintas intervenciones terapéuticas, como la psicofarmacológica, la familiar y la cognitivo-conductual. El éxito de la terapia cognitivo-conductual en bulimia nerviosa ha sido ampliamente demostrado y se considera la más estudiada hasta el momento en esta patología. El contribuir a mejorar la comprensión de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la bulimia nerviosa y la escasez de publicaciones en nuestro medio nos motivaron a realizar una revisión actualizada de la literatura. Revisamos la teoría original de Fairburn hasta su nueva teoría trasdiagnóstica, mencionamos los perfiles clínicos de la bulimia, proponemos la operacionalización de "conductas alimentarias problema" de las pacientes en dos principales: vómitos autoinducidos y miedo a engordar. Recopilamos las técnicas descritas y utilizadas en bulimia hasta el momento, y concluimos señalando aspectos importantes en la modificación del sistema de autoevaluación disfuncional y propuestas alternativas para la prevención de recaídas.

PALABRAS CLAVE: Bulimia Nerviosa, Terapia cognitivo-conductual.

SUMMARY

Bulimia Nervosa is one of the two most important eating disorders that currently exist, which prevalence in young populations and the morbimortality in the psychiatric disorders is considered significant. The treatment is an interdisciplinary one and includes different therapeutic interventions as the psychopharmacologist, the familiar and the cognitive behavioral.

The success of the cognitive behavioral therapy has been broadly demonstrated and it is considered so far as the most studied therapy in this pathology. Our purpose is to contribute to the understanding of the cognitive behavioral therapy in Bulimia Nervosa. The small amount of literature in our environment and the little practical use of the same motivate us to do a review of texts that deals with the topic in a pragmatic way. We reviewed from the original theory of Fairburn to his new theory trasdiagnostical, we mention the clinical profiles of bulimia, we propose the definition of the problematical eating behaviors in two principals: self induced vomiting and fear of becoming fat. We collected the techniques described and used in Bulimia up to the moment and conclude pointing important aspects in the modification of the self evaluation dysfunctional system and alternatives proposals for the prevention of relapses.

La Bulimia Nerviosa (BN) y la Anorexia Nerviosa (AN) se consideran actualmente como los dos trastornos de la alimentación (TA) más importantes. Las pacientes con estos trastornos suelen afectar considerablemente su desempeño académico, laboral, social, emocional, familiar y físico, básicamente por la preocupación desproporcionada sobre el peso y la comida que las caracterizan¹.

La BN y la AN son trastornos de elevada morbimortalidad. Se encuentran entre los trastornos psiquiátricos que más morbimortalidad reportan². Patton encuentra una tasa de mortalidad 6 veces mayor en un periodo de seguimiento de 7,6 años en 450 pacientes con TA cuando se compara con un grupo control de la población³. Estos trastornos se distribuyen, predominantemente,

en poblaciones jóvenes y de sexo femenino, con una razón hombre/mujer de 1/6 a 1/10⁴.

La prevalencia de vida de BN en mujeres es de 1% a 4,2% a nivel mundial⁵. En nuestro país, según el estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao, la prevalencia de AN es 0%, y de BN es 0,6%. Según el Estudio Epidemiológico de la Sierra Peruana, realizado en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, la prevalencia de BN es de 0,4% en adolescentes y 0% en las adultas⁷. La prevalencia de BN en las adultas de la Selva Peruana es de 0,1%⁸.

El tratamiento es interdisciplinario; se requiere la intervención de un equipo de profesionales^{9,10} e incluye diferentes intervenciones, tales como



Terapia Cognitivo-Conductual en Bulimia Nerviosa

la psicofarmacológica, la familiar y la terapia cognitivo conductual (TCC)^{11,12}. Dentro de las diferentes combinaciones de intervenciones terapéuticas empleadas, la TCC sigue siendo la primera opción en BN¹³, cuyo éxito ha sido ampliamente reportado, considerándose incluso como la terapia que más ha sido estudiada hasta el momento en BN¹⁴.

Existen cerca de 50 estudios controlados sobre la efectividad de la TCC en esta patología¹⁵. En cuanto a las tasas de remisión, se han recopilado resultados de 10 estudios, encontrándose entre 51% a 71% de remisión de los atracones, y entre 36% a 56% de remisión de las conductas purgativas¹⁶. En otros estudios controlados se ha encontrado una superioridad de la TCC frente a tratamiento antidepressivo^{17,18}, y una superioridad significativa de la combinación de TCC con farmacoterapia frente a la medicación sola^{19,20}.

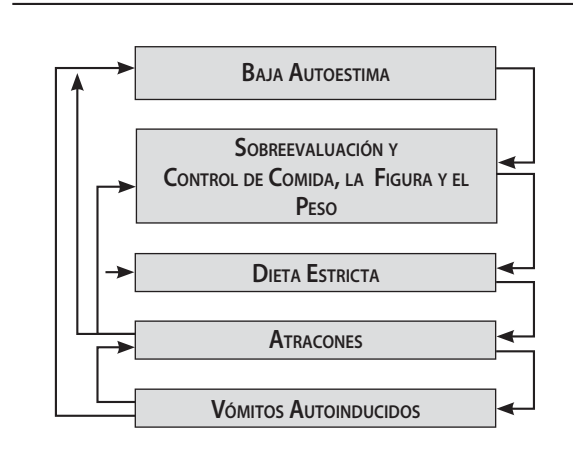
En nuestro país, no hemos encontrado ningún artículo publicado de TCC para BN, y ésta pretende ser el inicio de posteriores publicaciones en el área, para más adelante poder plantear un modelo de intervención adaptado a nuestra realidad. Por ello, el objetivo del presente trabajo es contribuir a mejorar la comprensión de la TCC en el tratamiento de la BN, para lo cual realizamos una revisión actualizada de la literatura y describimos diferentes aspectos de utilidad en la intervención. Revisamos la teoría cognitivo-conductual de Fairburn desde la original hasta su nueva teoría trasdiagnóstica, mencionamos los perfiles clínicos de la bulimia, describimos la propuesta de operacionalización de "conductas alimentarias problema" en dos principales (vómitos autoinducidos y miedo a engordar), describimos aspectos importantes en la modificación del complejo central disfuncional de autoevaluación, y hacemos propuestas alternativas para la prevención de recaídas.

Modelo cognitivo-conductual de Fairburn: desde el origen hasta la nueva teoría trasdiagnóstica

Los conocimientos actuales de la TCC que mostraron éxito en la BN fueron realizados fundamentalmente por Fairburn y col., basándose en las propuestas para la depresión hechas por Beck²¹. A Fairburn y col. les debemos la conceptualización central del tratamiento

cognitivo-conductual en la paciente bulímica²². Conceptualizaron originariamente la BN como un círculo vicioso de conductas y cogniciones que se retroalimentan consecutivamente (Fig. 1).

Fig.1.
MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA MANTENCIÓN DE LA BULIMIA NERVIOSA



De este modo, la baja autoestima de la paciente bulímica origina la preocupación extrema por lograr una figura y un peso idealizado; éste, a su vez, origina una dieta restrictiva, y la restricción dietética precipita los atracones que resultan en las conductas compensatorias, principalmente los vómitos autoinducidos²³. Byrne, en un estudio posterior, encuentra que los altos niveles de dieta restrictiva no predicen los atracones, y sugiere que el ciclo de mantenimiento de la BN pudiera ser ligeramente diferente a lo propuesto en el modelo original de Fairburn²⁴.

Fairburn, interesado en estudiar el mantenimiento de la enfermedad, ha ampliado su teoría original. La nueva teoría de Fairburn tiene dos ejes. En el primer eje, el aspecto central del mantenimiento de la enfermedad es el "complejo central disfuncional de la autoevaluación", que incluye: el perfeccionismo clínico, la baja autoestima nuclear, el humor intolerante, y las dificultades interpersonales. El segundo se refiere a que el mantenimiento se observa no sólo en BN, sino también en AN y en los TA atípicos, por lo que se ha llamado la teoría trasdiagnóstica del mantenimiento de los trastornos de la alimentación²⁵.



Así, Fairburn plantea que existen mecanismos mantenedores de la enfermedad en un subgrupo de pacientes. Estos mecanismos son:

- **El perfeccionismo clínico.** Definido como la sobreevaluación del esfuerzo y logro de los estándares exigentes, a pesar de las consecuencias adversas; cuyo núcleo es un sistema de autoevaluación, en el cual la autovaloración es, en gran parte, atribuida al esfuerzo para realizar y tener éxito en sus exigentes metas. En expresión de otros autores, el perfeccionismo clínico es el constante miedo a fracasar, una atención selectiva y frecuente de su eficiencia y una autocrítica proveniente de una valoración de su desempeño, prejuizada negativamente²⁶. Ha sido reportada anteriormente la presencia del perfeccionismo en un subgrupo de pacientes con TA^{27,28}.
- **La baja autoestima nuclear.** Las pacientes tienen una visión deteriorante, negativa e incondicional de sí mismas, la cual es percibida como parte de su identidad. Sus autocríticas negativas son autónomas y, en gran parte, independientes de los logros, por lo cual representan un verdadero obstáculo al cambio en general y al TA en particular.
- **El humor intolerante.** Se refiere a la ausencia de habilidades para afrontar apropiadamente ciertos cambios emocionales, sobretodo los negativos, siendo por lo mismo vulnerables a la autoagresión y al consumo de drogas.
- **Dificultades interpersonales.** No cabe duda de que los procesos interpersonales contribuyen en una variedad de formas al mantenimiento de los TA. Es un aspecto poco aprovechado en la TCC y más destacado en la terapia interpersonal^{29,30}; y aunque se desconoce cómo logra sus efectos benéficos, hay reportes que han encontrado efectividad^{31,32}.

Perfiles de presentación clínica

La BN es una patología con alta comorbilidad^{33,34}. Las patologías comórbidas más importantes son: depresión³⁵, ansiedad³⁶, consumo de sustancias^{37,38} y trastorno de personalidad³⁹⁻⁴¹. Se suma lo

anteriormente descrito por Fairburn, a favor de que existirían subgrupos de pacientes con características peculiares que les confieren un peor pronóstico, por lo cual consideramos que la BN en la práctica clínica va a tener diferentes perfiles, tales como:

- **Bulimia multiimpulsiva**⁴², que se caracteriza por la presencia de conductas impulsivas como intentos suicidas a repetición, autoagresiones, robo, conducta sexual impulsiva, consumo de sustancias, etc. Merece un artículo adicional, donde se describa el manejo de las prioridades (intentos suicidas, autoagresiones y consumo de sustancias) antes que las conductas alimentarias⁴³. Generalmente se trata de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.
- **Bulimia restrictiva**, en la cual coexisten los atracones y la restricción de alimentos, sin la presentación de conductas compensatorias tales como vómitos o uso de laxantes. El enfoque inicial es similar, con la diferencia de que se requiere el manejo de la ganancia de peso y de la pobre motivación al tratamiento, al igual que AN⁴⁴.
- **Bulimia ansiosa fóbica.** Su manejo incluye las conductas alimentarias problema, además de las conductas de ansiedad social y ansiedad en general.
- **Bulimia depresiva.** Antes del manejo de las conductas alimentarias problema, se requiere el manejo de la depresión, mejorar la autoeficacia y la autoestima⁴⁵, asumiendo lo planteado por Fairburn: que cualquier "fracaso" sería la confirmación del punto de vista negativo de la paciente.

Por lo tanto, la diversidad de conductas hace necesario un análisis cuidadoso y la discusión de un plan individualizado para cada una de las pacientes.

Intervenciones iniciales

La construcción de la alianza terapéutica, la exploración del grado de motivación y la psicoeducación son los pasos previos a la intervención de las conductas alimentarias



Terapia Cognitivo-Conductual en Bulimia Nerviosa

problema. Se puede adquirir información en forma directa, siempre apoyados en las evidencias. Se sugiere adoptar, como estrategia, el diálogo socrático, que consiste en hacer preguntas que incentiven a las pacientes para analizar sus supuestos básicos y los errores lógicos que presentan, además de una participación activa en este proceso por parte del terapeuta⁴⁶.

Es importante conocer acerca de los factores de éxito y recaída en el tratamiento. El mayor nivel de preocupación y ritualización de la alimentación, la menor motivación y el menor tiempo de abstinencia de conductas purgativas se asociaron con recaída⁴⁷.

La autoeficacia respecto al comportamiento alimentario a mitad del tratamiento y la disminución de la restricción dietética^{48,49}, más la reducción de la frecuencia de las purgas⁵⁰ en las primeras 4 semanas del tratamiento, se correlacionan con un éxito al final del mismo.

- **Motivación.** Las pacientes con BN suelen tener mayor motivación al tratamiento que las con AN. Parece ser que la posibilidad de la remisión de los atracones y "su gran temor a engordar" sea el principal factor motivador⁴⁶.
- **Alianza terapéutica.** El trabajo de establecer la alianza terapéutica es delicado y complejo, más aún si se trata de una paciente con trastorno de personalidad asociado⁴⁹.
- **Psicoeducación.** La información tiene que cubrir los siguientes aspectos: la teoría cognitivo conductual de la enfermedad, la acción de los fármacos y de la psicoterapia, las causas y pronóstico de la enfermedad, el mecanismo del hambre, y, remarcar como las dietas restrictivas incrementan la frecuencia de descontrol alimentario^{51,52}. Es importante, la información de las consecuencias físicas de la enfermedad y la ineficacia de los mecanismos de control de peso que utilizan⁵¹.
- **Monitoreo.** Consiste en el llenado del "diario de la alimentación", un instrumento de evaluación que ofrece una visión de la ingesta, mecanismos de control compensatorio, cogniciones y efectos relacionados con la

ingesta alimentaria. Resulta en una guía que ofrece puntos de intervención y facilita el seguimiento. Se han planteado algunas dificultades en adaptación y confiabilidad, que en la práctica son superables⁵³. En la técnica son importantes las instrucciones a las pacientes. Deben llevar su diario a todo lugar, no anotar las calorías, sólo descripciones de las comidas. Deben saber que en toda entrevista se hará una revisión cuidadosa del mismo y es importante no olvidarlo.

Intervenciones en las conductas alimentarias problema

Vómitos autoinducidos

Es la primera conducta problema a tratar, porque la reducción y, sobretodo, la extinción de esta conducta predicen el éxito del tratamiento⁵⁴ y disminuyen el riesgo de complicaciones. Por ello, la meta es la extinción de la conducta en el menor tiempo posible, aunque hay discrepancias según los autores.

El trabajo en esta fase es predominantemente conductual y el "diario de la alimentación" cumple un rol importante. Un aspecto importante para el logro de esta meta es la prescripción de comer con regularidad, así como las autoinstrucciones y el control de estímulos desencadenantes de la conducta⁵⁵.

Miedo a engordar

El miedo a engordar se mantiene por los pensamientos distorsionados, las creencias irracionales, las expectativas y atribuciones erróneas que las pacientes tienen respecto a la comida, el peso y la figura. Es el aspecto más difícil de tratar. La meta sería la disminución de la ansiedad y disconfort que el peso y la figura generan, rebatir los pensamientos distorsionados que mantienen hacia su figura y hacer que se enfrenten a situaciones que generen malestar. Las técnicas utilizadas son principalmente cognitivas.

Diversos autores han estudiado los pensamientos distorsionados. Garner y Berris⁵⁶, como también A. Saggin, describieron pensamientos en relación a la comida, y T. Cash lo hizo respecto a la figura y peso en la llamada "la docena sucia de Cash"



⁵⁷. Borda, estudiando las creencias irracionales, encontró que los pacientes con AN y BN tenían más perfeccionismo, demanda de aprobación, frustración, sobreimplicación, irresponsabilidad emocional y desesperanza que los controles⁵⁸.

Se han descrito 2 esquemas principales: 1) La atribución de valía personal al peso y la figura ignorando y desvalorizando otros parámetros. 2) La delgadez es fundamental para solucionar todos los problemas de la vida. Las personas gordas serían infelices mientras que las delgadas serían exitosas⁴⁶.

Todavía hay controversia en usar o no técnicas específicas para imagen corporal. Los que están a favor inciden en su importancia y su poco estudio^{59,60}, mientras que otros refieren que el principal cambio es el cognitivo¹⁵. Creemos que este aspecto requiere ser ampliado en una publicación adicional.

Otras conductas problema

Nos referimos a aquellas conductas que están relacionadas con las características individuales que predisponen al individuo al desarrollo de un TA, las cuales deben ser abordadas en el tratamiento.

Los altos niveles de exigencia deben ser analizados construyendo perspectivas más realistas. Deben aprender a flexibilizar sus reglas de conducta disminuyendo la presión para su desempeño "perfecto". La percepción que tienen sobre sus capacidades debe ser reestructurada. Es conveniente que empiecen a evaluar más adecuadamente sus habilidades y competencias, mejorando su autoestima y autoeficacia.

Nuevos atributos, además de la apariencia física, deben ser incorporados en la evaluación de la valía personal, y la autoestima debe ser construida en base a nuevos patrones. Nuevos intereses y metas deben comenzar a ser trabajados. Fairburn propone modificar la autoestima nuclear disminuida, crear en el paciente la esperanza de su capacidad de cambio, y luego buscar resultados en áreas distintas a las comprometidas, ya que cualquier "falla" sería la confirmación de su punto de vista negativo.

Es importante recordar que eliminar los atracones y la purga sin ayudar al paciente con nuevas estrategias de afronte es irresponsable y peligroso, ya que los atracones son una forma de evitar su disconfort⁶¹.

Prevención de recaídas

Es considerada la fase final de la TCC en BN^{62,63}. En esta se pretende entrenar a la paciente en forma imaginaria para el afronte de estresores probables en el futuro, planeando estrategias más útiles y evitando así las recaídas. Un estudio reciente en bulímicas tratadas satisfactoriamente con TCC encuentra que el seguimiento a través de visitas domiciliarias redujo totalmente las recaídas en estas pacientes, planteando así que el entrenamiento en prevención de recaídas originalmente propuesto no sería suficiente, y se podría optimizar los resultados con seguimiento a largo plazo a través de llamadas telefónicas o visitas domiciliarias⁶⁴.

Comentarios finales

La TCC es actualmente la primera opción psicoterapéutica en BN a nivel mundial. Cuando se utiliza metódicamente con las técnicas adecuadas los resultados son satisfactorios. En el Perú no hay publicaciones de TCC en BN, y probablemente esté siendo subutilizada. La TCC no se contrapone con la mejoría adicional que pueden brindar al paciente los psicofármacos u otras intervenciones psicosociales.

Es importante decir que el tratamiento de esta patología impone algunas exigencias para el terapeuta y la paciente. Las pacientes necesitan adquirir conciencia de su afección y "fe" en su terapeuta, lo suficientemente desarrollada como para tolerar altibajos de un largo proceso, con dedicación y constancia. Para el terapeuta, no basta con tener una formación rigurosa de la técnica y aplicación correcta, sino además un conocimiento de sus habilidades y fortalezas personales, manejo de la ira y la frustración, amplia experiencia en el manejo de estas pacientes y sus crisis, y, sobre todo, una tenacidad y compromiso a toda prueba¹⁵.



Referencias

1. Halmi KA. Anorexia and Bulimia Nervosa. In Lewis M. Child and adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook. Philadelphia. 2002.
2. Lilly R. Extracts from "best treatment" in Bulimia Nervosa. *Clinical Review BMJ*. 2003; 327(16):380-1.
3. Patton CG. Mortality in eating disorders. *Psychol Med* 1998; (118):947.
4. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2003; 34: 383-96.
5. Yager J, Devlin M, Halmi K, Herzog D, Mitchell J, Powers P et al. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Third edition. [Http://www.psych.org/psych_pract/pq/reviewform.cfm](http://www.psych.org/psych_pract/pq/reviewform.cfm)
6. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2002; 18 (1, 2). Lima.
7. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana. Informe General *Anales de Salud Mental* 2003, 19(1, 2). Lima.
8. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2005, 21 (1, 2). Lima.
9. American Psychiatric Association. Practice guidelines for treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2000; suppl (1): 157.
10. Beber C, Benedetti C, Goldwarg. Los profesionales de la salud: su integración en equipos interdisciplinarios. En Becker E, Benedetti C, Goldwarg N (compiladores) *Anorexia, Bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria. Prácticas interdisciplinarias*. Buenos Aires; 1996. pg. 229-45.
11. Taki, C y col. *Bulimia Nervosa*. São Paulo. Ed psique. São Paulo. p. 124-31.
12. Segal E, Cordas TA, Melo FLG, Larino MA, Alvarenga M, Bucaretychi H e col. *Bulimia Nervosa: Tratamiento*. Em *Bulimia Nervosa*. *J bras psiq* 1995; 44 (sup 1): 25-33.
13. Mitchell JE, Peterson CB, Myers T, Wonderlich S. Combining Pharmacotherapy in the treatment of patients with eating disorders. In Andersen A. (editor). *The Psychiatric Clinics of North America*. *Eat Disord*. 2001; 21(4): 315-25.
14. Vitello B, Lenderhendler I. Research on eating disorders: Current status and future prospects. *Biol Psychiatry*. 2000;47: 777-86.
15. Figueroa G. La Terapia Cognitivo Conductual en los Trastornos de la alimentación. En Behar R, Figueroa G. *Anorexia y Bulimia: Clínica y terapéutica*. Santiago. Ed Mediterráneo; 2004. p.177-200.
16. Craighead LW, Agras WS. Mechanisms of action in cognitive-behavioural and pharmacological interventions for obesity and Bulimia nervosa. *J of Consult Clin Psychol*. 1991; (59): 115-25.
17. Agras WS, Rossiter ES, Arnow B, Telch CF, Raeburn SB, Bruce B et al. Pharmacologic and cognitive behavioral treatment for Bulimia nervosa: A controlled comparison. *Am. J of Psychiatry*. 1992; (149): 82-7.
18. Leitenberg H, Rosen CJ, Wolf J, Vara JC, Detzer MJ, Scrbrik D, et al. Comparison of cognitive behaviour and desipramine in the treatment of Bulimia nervosa. *Behav Res and ther*. 1994; (32): 37-46.
19. Agras, W S. Short_ term psychological treatments for binge eating. In Fairburn CG, Wilson GT. *Binge Eating: Nature, assessment and treatment*. New York. Guilford Press; 1993.
20. Garner DM, Rockert W, Davis R. et al. Comparison between cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for Bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1993; (150):37-46.
21. Beck A, Rush J, Shaw B. y col. *Terapia cognitivo-conductual de la depresión*. Madrid. Ed Desclee de Brouner.; 1983.
22. Fairburn CG. A cognitive behavioural approach to the management of Bulimia nervosa. *Psychol Med*. 1981; (11): 707-11.
23. Wilson T, Fairburn CG, Agras WS. Cognitive-behavioral therapy for Bulimia nervosa. In Garner D. *The handbook of treatment of eating disorders*. The Guilford Press. New York; 1997. p. 278-94.
24. Byrne SM, Mc Lean NJ. The cognitive-behavioral model of bulimia nervosa: a direct evaluation. *Int J Eat disord*. 2002; 31(1): 17-51.
25. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a transdiagnostic theory and treatment. *Behav Res and ther*. 2003; 41(5): 509-28.
26. Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG. Clinical perfectionism: a cognitive-behavioral analysis. *Behav Res and ther*. 2002; 40 (7): 773-91.
27. Bulik C, Tozzi F, Anderson Ch, Mazzeo S, Aggen S, Sulllivan P. The relation between eating disorders and components of perfectionism *Am J Psychiatry*. 2003; 160: 366-8.
28. Srinivisagam N, Kaye W, Plotnicov K, Greeno C Weltzin T, Rao R. Persistent perfectionism, symmetry, and exactness alter long term recovery from anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1995; 152(11): 1630-4.
29. Herlein A. El rol de la psicoterapia interpersonal en el tratamiento de las disorexias y la depresión. En Behar R, Figueroa G. *Anorexia y Bulimia: Clínica*



- y terapéutica. Santiago. Ed Mediterráneo. 2004. p.177-200.
30. Porres Dieguez P. La Terapia Interpersonal de la Bulimia Nerviosa. *Psiquiatría Pública*. 1999;11(2): 118-21.
 31. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O Connor M. Psychotherapy and Bulimia nervosa Long-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry*.1993; 50 (6): 419-28.
 32. Wilson BT. Treatment of Bulimia Nervosa. When the CBT fails. *Behav Res Ther*. 1996; 34 (3): 197-212.
 33. Herzog DB, Nussbaum KH, Marmor AK. Comorbidity and outcome in eating disorders. In Yager J (editor). *The Psychiatric Clinics of North America*.1996; 19(4): 843-61.
 34. Melin P. Comorbidade dos trastornos alimentares. Em Antunes MA, Appolinário JC, Galvão AL, Countinho W. *Trastornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre. Artmed.; 1998. p. 97-110.
 35. Eldestein CK, Yager J. Eating Disorders and affective Disorders. In Yager J, Gwirtsman H, Edelstein C. *Special problems in managing eating disorders*. Am Psychiatric Press. London; 1992. p. 15-51.
 36. Rubenstein CE, Piggott TA, Y'heureux, et al. A preliminary investigation of the lifetime prevalence of anorexia and bulimia nervosa in patients with obsessive compulsive disorders. *J of clinical psychiatry*, 1992; (53) 9: 14-5.
 37. Mitchell J, Specker SH, Edmonson K. Management of substance abuse and dependence. In Garner D. *The handbook of treatment for eating disorders*. New York. p 461-9.
 38. Mitchell JE, Pyle RL, Specker S, Hanson K. Eating disorders and chemical dependency. In Yager J, Gwirtsman H, Edelstein C. *The special problems in managing eating disorders*. Am Psychiatry Press. London; 1992. p. 1-15.
 39. Pendleton L, Tisdale H, Marler M. Personality Pathology in Bulimics versus controls. *Compr Psychiatry*. 1991; 32 (6): 5176-20.
 40. Pope H G, Hudson JI. Are eating disorders associated with borderline personality disorder? A critical review. *Int J Eat Disord*. 1989; 8(11): 1-8.
 41. Wonderlich S, James ME. The role of personality in the onset of eating disorders and treatment implications. In Andersen A. *The Psychiatric Clinics of North America*. Eating Disorders. 2001; 24 (2): 249-270.
 42. Lacey JH, Evans CDH. The multivist: a multi-impulsive personality disorders. *Br J of addiction*. 1996; (81):641-9.
 43. Safer D, Telch C, Agras S. Dialectical Behavior Therapy for Bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2001; (158): 632-4.
 44. Buceta JM. Programas de modificación de conducta para el tratamiento de la anorexia nerviosa. En Buceta JM, Bueno AM. *Tratamiento Psicológico de hábitos y enfermedades*. Editorial Pirámide. Madrid; 1996. p. 309-41.
 45. Thomas J. Special series: samples from four frontiers of eating disorders Research. Overview of the special series *Behavior Therapy*. 2000; (31): 187-93.
 46. Duschesne M. Abordagem cognitivo-comportamental. Em Antunes MA, Appolinário JC, Galvão AL, Countinho W. *Trastornos alimentares e obesidade*. Artmed. Porto Alegre; 1998. p. 97-110.
 47. Halmi KA, Agras WS, Mitchell J, Wilson T, Crow S, Bryson SW, et al. Relapse predictors of patients with bulimia nervosa who achieved abstinence through cognitive behavioral therapy. *Arch Gen psychiatry*. 2002; 59(12):1105-9.
 48. Wilson GT, Fairburn CG, Agras WS, Walsh BT, Kraemer H. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: time course and mechanisms of change. *J Consult Clin Psychol*. 2002; 70(2):267-74.
 49. Constantino MS, Arnow BA, Agras WS. The association between patients characteristics and the therapeutics alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for Bulimia Nervosa. *J of consult clin Psicol*. 2005; 73(2): 203-11.
 50. Fairburn CG, Agras S, Walsh T, Wilson T, Stice E. Prediction of outcome in Bulimia nervosa by early change in treatment. *Am J Psychiatry* 2004; 161(12): 2322-4.
 51. Garner D. Psychoeducational Principles in treatment. In Garner D. *The handbook of treatment for eating disorders*. the Guilford Press. New York; 1997. p. 243-57.
 52. Crispo R, Figueroa E, Guelar D. Grupos psicoeducativos para los trastornos del comer. En: *Anorexia y Bulimia lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Editorial Gedisa; 2005. p. 158-163.
 53. Cordas TA, Das Neves JEP. Escalas de avaliação de trastornos alimentares. *Rev psiq clin*. 1999; 26(1): 41-47.
 54. Fairburn CG. *La superación de los atracones de comida*. Ed Paidos América. S.A. Barcelona; 1998.
 55. Terence W, Fairburn CG. Cognitive treatments for eating disorders. *J Consult and Clin Psychology*.1993; 81(2):261-9,p. 225.
 56. Garner DM, Olmstead MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test. Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982; 12: 871-8.
 57. Raich R. *Anorexia y Bulimia. Trastornos Alimentarios*. Madrid. Ediciones Pirámide; 1999.
 58. Borda M, Del Rio C, Torres I. Creencias Irracionales en mujeres con anorexia y bulimia nerviosa. *C Med Psicomatic*. 2003; (65):16-28.



Terapia Cognitivo-Conductual en Bulimia Nerviosa

59. Gempeler J. Historia fotográfica del cuerpo, exposición y prevención de respuesta e integración sensorial como herramientas terapéuticas integradas para la flexibilización de la distorsión corporal en el tratamiento de la conducta alimentaria. *Rev Colomb psiquiatría*. 2004; 1(23):9-20.
60. Rodríguez M, Gempeler J. La corporalidad en los trastornos de la alimentación. *Body Image Eat Disord*. 1999; 23(4):293-310.
61. Boskind-White M, White W. *Bulimia/Anorexia. The binge/purge cycle and self starvation*. Third Ed. New York. Ediciones Norton; 1997.
62. Roca E, Roca B. La Bulimia Nerviosa y su Tratamiento: La Terapia Cognitivo Conductual de Fairburn. <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/articulo2.pdf>.
63. Tonks A. Information for patients what happens during cognitive behaviour therapy for bulimia. *BMJ*. 2003: 327-8.
64. Mitchell JE, Agras WS, Wilson GT, Halmi K, Kraemer H, Crow S. A trial of a relapse prevention strategy in women with bulimia nervosa who respond to cognitive-behavior therapy. *Int J Eat Disord*. 2004; 35(4): 549-55.

