

FORMACIÓN CONTINUADA

La terapia interpersonal de la bulimia nerviosa

M. DIÉGUEZ PORRES

Psiquiatra

Servicios de Salud Mental. Instituto José Germain. Madrid

La bulimia nerviosa es el trastorno de la conducta alimentaria más frecuente y se define como una falta de control sobre la comida, con episodios de ingesta compulsiva de grandes cantidades de comida –atracones–, que suelen ir acompañados por conductas compensatorias como consumo excesivo de laxantes o vómitos, incluso con una restricción de la ingesta entre los episodios. Si bien el tratamiento farmacológico, en especial los antidepresivos, ha demostrado su utilidad y aporta ciertos beneficios en el curso del trastorno, existe cierto consenso sobre la necesidad de utilizar algún tipo de abordaje psicoterapéutico como parte esencial del tratamiento.

Antecedentes

Diferentes modalidades de psicoterapia se han ensayado en el tratamiento de la bulimia pero, hasta el momento, parece ser la terapia cognitivo-conductual (TCC) la que ha demostrado una mayor eficacia en los estudios científicos realizados por lo que actualmente se considera el tratamiento de elección. No está tan clara, sin embargo, su eficacia a largo plazo y mucho menos que sea eficaz para todos los pacientes.

Con la idea de encontrar un tratamiento alternativo a la TCC, un grupo de investigadores de Oxford, con Fairbun¹ a la cabeza, diseñó una investigación sobre eficacia comparando la TCC con una psicoterapia focal adaptada de la terapia breve estructurada de Rosen². Esta adaptación se basó en las teorías de Bruch³ acerca del tratamiento psicoterapéutico en pacientes con anorexia nerviosa y en el abordaje psicoterapéutico de Stunkard⁴ para pacientes obesos que tenían episodios de atracón. La nueva técnica diseñada se fundamentaba en que los problemas de alimentación constituyen una solución desadaptativa para otras dificultades subyacentes. El objetivo era ayudar a los pacientes a recono-

cer estas dificultades y entender cómo el trastorno de la alimentación estaba sirviendo para enmascarar –y en algunas ocasiones para perpetuar– las dificultades.

Se hicieron varias modificaciones a la técnica de Rosen para el estudio. En primer lugar, se prestó atención a los acontecimientos y sentimientos que provocaban los episodios de atracón. De acuerdo con Stunkard, los episodios bulímicos pueden servir como marcadores de dificultades que de otra forma permanecen ocultos. En segundo lugar, se adoptó el estilo no interpretativo de Bruch que pone el énfasis en ayudar a los pacientes a tener confianza en sus propias opiniones, sentimientos y necesidades. Se proporcionaba información nutricional y de las secuelas de los vómitos y otros métodos de control del peso utilizados. Por último, se adaptó la estructura de la terapia para remedar el patrón de la TCC en cuanto a la duración y la frecuencia de los contactos. En un primer estadio se identificaban las dificultades subyacentes, revisando el pasado del paciente y el curso del trastorno, para pasar a un segundo estadio donde se focalizaba el tratamiento en analizar estas dificultades, la mayoría de ellas de carácter interpersonal.

Sorprendentemente los resultados mostraron que los dos grupos de pacientes habían mejorado y que los cambios se mantenían 12 meses después. Mientras que algunos resultados favorecían a la TCC, resultó que la psicoterapia focal había producido un mayor impacto en el trastorno. No obstante, la inclusión de aspectos informativos sobre la alimentación en la psicoterapia focal hacía imposible extraer conclusiones definitivas acerca de la mayor eficacia de técnicas no cognitivo-conductuales.

Esto animó a la realización de un segundo estudio donde se compararon los resultados sobre 75 pacientes de tres modalidades de tratamiento psicoterapéutico: terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia de conducta (TC) y terapia interpersonal (TIP). Esta última, al

ser utilizada como control, debía excluir de sus procedimientos todas las técnicas cognitivo-conductuales.

Las tres modalidades tuvieron efectos significativos en el trastorno pero, mientras que con TCC los resultados se producían rápidamente, incluso durante el curso del tratamiento, las pacientes tratadas con TIP continuaban mejorando en la fase de seguimiento y se produjo un impacto sobre los hábitos alimentarios y la actitud en torno al peso y la imagen corporal a pesar de no ser mencionados en ningún momento.

La técnica empleada en este estudio es una modificación de la descrita para el tratamiento de la depresión mayor por Klerman et al y parece ser un tratamiento prometedor en cuanto a prevención de recaídas y que aporta un nuevo enfoque al centrar el trabajo psicoterapéutico en las causas del trastorno.

La terapia interpersonal

En 1984 se publica el *Manual de Terapia Interpersonal de la Depresión*⁵, donde se describe una modalidad de tratamiento psicoterapéutico diseñado específicamente para el trastorno depresivo mayor. Se trata de una psicoterapia breve, focalizada, de tiempo limitado, centrada en trabajar sobre las relaciones interpersonales

conflictivas actuales de los pacientes deprimidos y desarrollada a partir de la teoría interpersonal de H.S. Sullivan y de los hallazgos de numerosos estudios que relacionan determinados acontecimientos interpersonales con la depresión.

La intervención se caracteriza por:

Una determinada actitud terapéutica en la que, a diferencia de otras modalidades de psicoterapia, el terapeuta no es neutral sino que actúa como abogado del paciente, la relación terapéutica no es analizada como una manifestación de la transferencia, el terapeuta mantiene una actitud activa.

Sus técnicas son comunes a otro tipo de intervenciones y la que se elija en cada momento dependerá de las necesidades del paciente y del tipo de problema interpersonal que presente.

Las estrategias suponen desarrollar el trabajo terapéutico en tres fases:

- Las fases iniciales incluyen varias tareas: una revisión minuciosa de los síntomas, que permite en un segundo momento dar un nombre al síndrome e instruir al paciente sobre el trastorno de su tratamiento; otorgar al paciente el papel de enfermo; relacionar la depresión con el contexto interpersonal; hacer un minucioso inventario interpersonal donde se revisan las relaciones presentes y pasadas (por este orden);

Tabla I

Fases intermedias de la terapia interpersonal

Área problema	Definición	Objetivos-estrategias
Duelo	Reacción anormal, duelo retrasado, dificultades en la elaboración	Obj.- Elaborar el duelo y restablecer relaciones e intereses. Estrg.- Reconstruir la relación con el fallecido, revisar las circunstancias de la muerte, explorar sentimientos positivos y negativos y ayudar a expresar afectos.
Disputas interpersonales	Expectativas no recíprocas entre el paciente y otra persona significativa	Obj.- Identificar la disputa, modificar patrones de comunicación. Estrg.- Determinar la fase: <i>Impasse</i> -renegociación; <i>disolución</i> -duelo. Relacionar expectativas no recíprocas con disputas y éstas con la depresión.
Transición de roles	Dificultades para afrontar cambios requeridos por el nuevo rol: pérdida de apoyo y vínculos, manejo de emociones concomitantes, necesidad de nuevas habilidades, baja autoestima.	Obj.- Facilitar el duelo del antiguo rol, adquirir habilidades y restaurar la autoestima. Estrg.- Revisar aspectos positivos y negativos de los roles antiguo y nuevo, explorar sentimientos ante la pérdida y el cambio, y propiciar el desarrollo de nuevos apoyos y habilidades.
Déficit interpersonales	Relaciones interpersonales inadecuadas o insuficientes	Obj.- Reducir el aislamiento, fomentar nuevas relaciones. Estrg.- Revisar aspectos positivos y negativos de las relaciones pasadas, explorar pautas repetitivas, explorar sentimientos hacia el terapeuta (posiblemente la única relación actual).

determinar las áreas problema; identificar una de ellas como foco de trabajo y, finalmente, explicar los conceptos básicos de la TIP y hacer un contrato terapéutico.

- Las fases intermedias. En ellas se trabaja sobre el foco elegido entre estos cuatro: duelo, transición de roles, disputas interpersonales y déficit interpersonales. El foco se habrá acordado previamente con el paciente y, en general, será uno o, como mucho, dos de estas áreas.
- La fase de terminación. La terminación de la terapia se aborda explícitamente algunas sesiones antes del final. Este final supone para el paciente encarar la doble tarea de dejar la relación con el terapeuta y de afrontar los problemas futuros sin su ayuda. El terapeuta debe discutir abiertamente la terminación, reconocer los sentimientos de duelo y propiciarlos y prevenir su interpretación como una recaída y ayudar al paciente a reconocer su autonomía.

Terapia interpersonal de la bulimia nerviosa

El procedimiento terapéutico de la terapia interpersonal para la bulimia nerviosa se describe a continuación tal y como fue diseñada para el estudio mencionado.

Se desarrolla en 19 sesiones a lo largo de 18 semanas (las ocho primeras dos veces por semana; las ocho siguientes semanalmente y las tres últimas quincenalmente). El foco ha de ser exclusivamente en las relaciones interpersonales, de tal modo que no se hace ninguna referencia a los síntomas alimentarios salvo en el período de evaluación.

Los objetivos de las fases iniciales son: establecer una sólida relación terapéutica, orientar al paciente en la forma de trabajar durante el tratamiento y determinar las áreas problema. Una vez revisado el motivo de consulta y el curso del trastorno hasta el momento, se explicitan los fundamentos del tratamiento, los objetivos, la duración y cómo se prevé que será el curso del trastorno. La información que se da al paciente incluye una explicación acerca de que los problemas con la alimentación se mantienen en el tiempo a causa de la existencia de dificultades, que suelen ser de naturaleza interpersonal y que éste será el tema fundamental a tratar durante las sesiones, y no los problemas con la comida y el peso. La curación tiene un sentido diferente a otros trastornos y muchas personas continúan teniendo una vulnerabilidad en torno al peso, la comida y la imagen corporal y pueden tener problemas en este sentido en momentos de estrés. Es habitual conti-

nuar teniendo síntomas al finalizar el tratamiento pero, a medida que se van produciendo cambios en el funcionamiento interpersonal, se continúa mejorando. Se menciona que el resultado puede ser el mismo que en tratamientos más largos y que se requiere un fuerte compromiso por parte del paciente, instándole a que se convierta en una prioridad en su vida y a tenerlo en cuenta incluso fuera de las sesiones.

El siguiente paso será recoger información que nos permita determinar cuál es el área problema, para lo que la evaluación, que durará aproximadamente cuatro sesiones, deberá girar en torno a cuatro aspectos:

1. Una revisión detallada del pasado del paciente, cuyo fin es entender el contexto en el que se originó el trastorno, y cómo se mantiene, con una atención especial a los temas interpersonales. Se revisa:
 - La historia del trastorno alimentario y las fluctuaciones del peso.
 - El funcionamiento interpersonal anterior y posterior al desarrollo de los síntomas.
 - Los acontecimientos vitales importantes.
 - Problemas de autoestima y depresión.

No importa el orden en el que esto se realice; sin embargo, en personas que tienen resistencia o no confían en un abordaje interpersonal, puede ser útil comenzar por los síntomas. Se debe hacer en un plazo de tiempo largo que permita al paciente identificar los sentimientos asociados a los acontecimientos. El objetivo de esta revisión es identificar la relación entre funcionamiento interpersonal, autoestima, ánimo, acontecimientos vitales y los problemas de alimentación.

2. Explorar las características de las relaciones interpersonales actuales exhaustivamente y una por una. Incluye valorar las características de los contactos sociales y laborales, amistades íntimas, familiares, parejas, etc., en términos de frecuencia de los contactos, intimidad, reciprocidad, expectativas y aspectos satisfactorios e insatisfactorios.
3. Identificar los precipitantes de los episodios de atracón que servirán como marcadores de dificultades que, de otro modo, quedarían ocultas. Se pregunta acerca de los episodios de atracón en cada sesión de evaluación, explorando el contexto interpersonal en el que ocurrieron con el ánimo de no interrumpir la línea de investigación en el terreno relacional, pero no se hace ninguna otra referencia al peso o a la imagen corporal.
4. Extraer conclusiones sobre lo explorado e identificar las áreas del problema entre las cuatro mencionadas: duelo, disputas interpersonales, transición de roles y déficit interpersonales. Por último, formali-

zar un contrato terapéutico mencionando el énfasis del tratamiento en los problemas interpersonales actuales, sus causas y los cambios que se pretenden, así como el papel que se espera del paciente en el curso de la terapia.

Las sesiones intermedias no se diferencian de la TIP convencional, con la única excepción de que no se utilizan técnicas cognitivo-conductuales. Cuando el paciente mencione durante las sesiones temas relacionados con el peso, la imagen corporal o la alimentación, el terapeuta debe trasladar la atención hacia las áreas problema mencionando que el objetivo es encontrar la causa.

Las sesiones finales tampoco se diferencian de la TIP. Se aborda el final del tratamiento algunas sesiones antes, con el fin de discutir abiertamente los sentimientos asociados. En ocasiones hay que explicar al paciente, si continúa teniendo síntomas y tiene dificultades

para abandonar, que es una situación frecuente en este tipo de terapia y que es habitual que la mejoría aparezca durante los meses siguientes, a medida que su funcionamiento interpersonal mejore también.

Bibliografía

1. Fairburn CG. Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. En: Klerman G, Weissman MM, eds. *News applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press; 1993. p. 353-378.
2. Rosen B. A method of structured brief psychotherapy. *Br J Med Psychol* 1979;52:157-162.
3. Bruch H. *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books; 1993.
4. Stunkard AJ. *Psychoanalysis and psychotherapy in obesity*. Filadelfia: Saunders; 1980.
5. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ. *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books; 1984.