



Tratamientos basados en la evidencia para la BULIMIA NERVIOSA

Autora: María Isabel Tamayo Velázquez.
Psicóloga.
Escuela Andaluza de Salud Pública.

Fecha de creación: julio de 2008.

Actualizado por: Carmen Díaz González.
Psicóloga Clínica.
USMC Lucena. Servicio Andaluz de Salud.

Última actualización: febrero de 2011.

ISSN 2254-4046.

Índice:

A) Breve resumen de la evidencia.....	1
Ha demostrado claramente su eficacia:	1
Antidepresivos en general.....	1
Fluoxetina	1
Terapia cognitivo-conductual.....	2
Algunos estudios sugieren que es eficaz:	3
Topiramato	3
Naltrexona	4
Psicoterapia en general	4
Autoayuda	4
Terapia familiar	6
Ejercicio físico	6
B) Recomendaciones	7



A) Breve resumen de la evidencia

Ha demostrado claramente su eficacia:

Antidepresivos en general

- **Los antidepresivos resultan eficaces para pacientes con bulimia nerviosa.**

Meta-análisis en el que se incluyeron 16 ensayos aleatorizados y en el que participaron 1300 pacientes con bulimia nerviosa.

La remisión a corto plazo de los síntomas de bulimia resultó más probable con los antidepresivos que con el placebo. Alta tasa de abandono (33%).

No se pudieron demostrar diferencias en cuanto a la eficacia o tolerancia entre diferentes clases de antidepresivos.

Referencia: [Aust N Z J Psychiatry 2000 Apr; 34\(2\):310.](#)

- **Los antidepresivos son clínicamente eficaces para el tratamiento de la bulimia nerviosa.**

Revisión sistemática en la que se incluyeron 19 ensayos aleatorizados. Se comparaba el efecto de los antidepresivos vs. placebo.

Los antidepresivos resultaron más eficaces que el placebo, produciendo una mayor remisión global, aunque también una mayor tasa de abandono debido a sus efectos secundarios.

Se encontraron resultados similares en cuanto a la eficacia de todos los tipos de antidepresivos.

No hay datos suficientes para determinar si los efectos antibulímicos son independientes de los efectos antidepresivos.

Referencia: [Cochrane Library 2003 Issue 4:CD003391.](#)

Fluoxetina

- **La fluoxetina resulta eficaz en la mejora de múltiples síntomas de la bulimia.**

Ensayo clínico aleatorizado en el que participaron 91 mujeres con bulimia nerviosa.

Las pacientes fueron aleatorizadas a recibir fluoxetina vs. placebo. La mayoría de las pacientes no completaron el tratamiento durante el ensayo.

Las pacientes asignadas al grupo de fluoxetina asistieron a más visitas con el médico, mostraron una mayor reducción de purgas y vómitos, y una mejora en los síntomas psicológicos que aquellas pacientes que recibieron placebo.

Referencia: [Am J Psychiatry 2004 Mar; 161\(3\):556.](#)



Terapia cognitivo-conductual

- **La terapia cognitivo-conductual resulta eficaz en el tratamiento de la bulimia nerviosa.**

Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados para evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual comparada con otras psicoterapias en el tratamiento de la bulimia nerviosa.

Los estudios revelaron una mayor eficacia de la terapia cognitivo-conductual (particularmente la desarrollada para la bulimia nerviosa).

Otras psicoterapias también resultaron eficaces (particularmente la psicoterapia interpersonal).

Referencia: [Cochrane Library 2004 Issue 3:CD000562](#).

- **La terapia cognitivo-conductual se asocia a una mejora más rápida de los síntomas de la bulimia que la psicoterapia interpersonal.**

Estudio comparativo en el que se incluyeron 220 pacientes con bulimia nerviosa.

Los pacientes fueron aleatorizados para recibir terapia cognitivo-conductual o psicoterapia interpersonal.

La terapia cognitivo-conductual resultaba significativamente superior que la psicoterapia interpersonal con respecto al porcentaje de participantes recuperados al final del tratamiento, el porcentaje de remisiones, y el porcentaje de pacientes que cumplían las normas comunitarias sobre las actitudes y conductas alimentarias.

Referencia: [Arch Gen Psychiatry 2000 May; 57\(5\):459](#).

- **La falta de reducción de la conducta purgativa a la sexta semana de terapia cognitivo-conductual predice un fracaso de la respuesta a esta terapia.**

Ensayo clínico en el que participaron 194 mujeres con bulimia nerviosa.

140 de las participantes completaron 18 sesiones de terapia cognitivo-conductual.

El 41% de las participantes paró los atracones y las purgas.

Las pacientes que no redujeron las purgas en un 70% o más antes de la sexta sesión de tratamiento, tenían más probabilidad de fracaso ante la terapia cognitivo-conductual.

Referencia: [Am J Psychiatry 2000 Aug; 157\(8\):1302](#).



- **La Terapia cognitivo conductual (TCC) realizada cara a cara o a través de la telemedicina es igual de efectiva, y el coste de la telemedicina es sustancialmente menor.**

Un ensayo aleatorio controlado de TCC cara a cara frente a la TCC realizada por vía telemedicina. Se seleccionó a ciento veintiocho mujeres con bulimia nerviosa o trastorno de la alimentación no especificados, según criterios DSM-IV. Un análisis de la rentabilidad desde una perspectiva social se llevó a cabo.

Estos hallazgos subrayan la posible aplicabilidad de los enfoques de TCC por vía de la telemedicina para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Referencia: [Behav Res Ther. 2009 Jun; 47\(6\):451-3. Epub 2009 Feb 20.](#)

Algunos estudios sugieren que es eficaz:

Topiramato

- **El topiramato puede reducir los episodios de atracones y purgas a corto plazo.**

Ensayo clínico aleatorizado en el que participaron 69 pacientes con bulimia nerviosa. Las pacientes fueron aleatorizadas a recibir topiramato vs. placebo durante 10 semanas.

Se encontró que el topiramato estaba asociado a una mejora significativa con respecto a los atracones y a las purgas.

Referencia: [J Clin Psychiatry 2003 Nov; 64\(11\):1335.](#)

- **El topiramato es eficaz en el tratamiento a corto plazo de los trastornos alimentarios asociados a la obesidad.**

Se revisaron cinco ensayos clínicos controlados. Dos ensayos con 128 pacientes estudiaron la eficacia del topiramato en la bulimia nerviosa (BN), y tres ensayos (528 pacientes) estudiaron a pacientes con trastorno por atracones (BED).

El tratamiento a corto plazo con topiramato es más eficaz que el tratamiento con placebo en la reducción de: episodios de atracones por semana (grupo de topiramato: -5,0 + / -0,6; grupo placebo: -3,3 + / -1,2), los días de atracones por semana (grupo topiramato: -3,5 + / -0,6; grupo placebo: -2,3 + / -0,7) y mejor resultado en el peso corporal (grupo topiramato: -4,6 + / -2,3; grupo placebo: -0,5 + / -0,6), tanto en la BN y BED.

Se necesitan estudios adicionales para demostrar su eficacia a largo plazo y determinar la dosis efectiva óptima.

Referencia: [Gen Hosp Psychiatry. 2008 Sep-Oct; 30\(5\):471-5. Epub 2008 Jul 23.](#)



Naltrexona

- **La naltrexona se asocia a una reducción de los atracones y purgas.**

Ensayo clínico aleatorizado cruzado doble ciego en el que participaron 19 pacientes con bulimia nerviosa.

Las pacientes fueron aleatorizadas a recibir naltrexona vs. placebo.

La reducción de atracones y purgas resultó evidente durante el periodo en el que las pacientes recibieron naltrexona.

Referencia: [Int Clin Psychopharmacol 1995 Sep; 10\(3\):163.](#)

Psicoterapia en general

- **La combinación de antidepresivos y tratamiento psicológico parece resultar más eficaz que el uso exclusivo de tratamiento psicológico, sin embargo no se encuentra significación estadística.**

Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. Se incluyeron estudios de distintos enfoques psicoterapéuticos, aunque la mayoría de los estudios se centraba en enfoques cognitivo-conductuales.

Las tasas de abandono fueron mayores en el grupo con antidepresivos que en el grupo que recibió psicoterapia.

La combinación de antidepresivos con tratamiento psicológico resultaba mejor que el uso exclusivo de la psicoterapia para el tratamiento de la bulimia nerviosa.

Referencia: [Cochrane Library 2001 Issue 4:CD003385.](#)

Autoayuda

- **El manual de autoayuda puede reducir algunos síntomas del trastorno alimentario en adultos.**

Revisión sistemática en la que se incluyeron 15 ensayos.

El objetivo era evaluar las intervenciones de autoayuda y de autoayuda guiada en los trastornos alimenticios en personas de todas las edades y género, comparado con tratamiento psicológico, farmacológico, tratamiento control y lista de espera.

En cuanto a los resultados comparados con la lista de espera:

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en lo referente a atracones y purgas.

La autoayuda y la autoayuda guiada dieron lugar a mejoras en cuanto a otros síntomas de los trastornos alimenticios.



La autoayuda y la autoayuda guiada dieron lugar a una mejora en los síntomas psiquiátricos excepto en la depresión, y a una mejora en el funcionamiento interpersonal.

En cuanto a los resultados comparados con otras terapias psicológicas, no se encontraron diferencias significativas.

Referencia: [Cochrane Library 2006 Issue 3:CD004191](#).

- **La autoayuda cognitivo-conductual resulta tan efectiva como la terapia familiar en adolescentes con bulimia nerviosa u otros trastornos alimentarios.**

Estudio comparativo en el que se incluyeron 85 adolescentes con bulimia nerviosa u otro trastorno alimentario.

Los participantes fueron aleatorizados para recibir terapia familiar vs. autoayuda guiada cognitivo-conductual apoyada por profesionales sanitarios.

El grupo que recibió autoayuda guiada tuvo una reducción significativamente más notable de los atracones a los 6 meses pero no se encontraron diferencias significativas a los 12 meses.

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a otros síntomas conductuales o actitudinales de los trastornos alimentarios.

Referencia: [Am J Psychiatry 2007 Apr; 164\(4\):591](#).

- **Existe alguna evidencia que sugiere que las intervenciones de autoayuda y autoayuda-guiada basadas en los principios de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) aportan algunos beneficios a personas que padecen bulimia nerviosa y trastorno por atracón.**

Veinte y seis estudios se incluyeron en la revisión: dos ensayos controlados aleatorios (ECA) (n = 195); 16 estudios controlados no aleatorios (n = 1.306), y ocho estudios no controlados (n = 279).

Los ocho estudios no controlados de autoayuda para la bulimia nerviosa obtuvieron reducciones en los atracones (rango 33% a 85%) y vómitos autoinducidos (17% a 80%).

Siete de los ocho estudios que compararon la autoayuda con lista de espera informaron de una ventaja significativa para la auto-ayuda.

Dos de los ocho estudios que compararon la autoayuda a otro comparador activo encuentran diferencias significativas a favor de la autoayuda-guiada en comparación con autoayuda (un estudio) y la gestión estándar (un estudio).

Seis estudios no encontraron diferencias significativas entre los grupos de estudio.

Tres estudios que compararon la combinación de autoayuda con medicamentos resultaron mixtos.



Dos estudios que compararon la combinación de autoayuda y la TCC con la TCC sola, no encontraron diferencias significativas entre los dos tipos de intervención.

Referencia: [International Journal of Eating Disorders 2008; 41\(2\): 97-112.](#)

Terapia familiar

- **La terapia familiar puede resultar más efectiva que la psicoterapia de apoyo para alcanzar la abstinencia de los episodios de atracones y purgas.**

Ensayo clínico aleatorizado en el que participaron 80 pacientes con bulimia nerviosa de entre 12 y 19 años.

Los participantes fueron aleatorizados para recibir 20 sesiones de terapia familiar o psicoterapia de apoyo durante 6 meses y un seguimiento de 6 meses después de finalizar el tratamiento.

Se obtuvo además una reducción más inmediata de los síntomas principales en aquellos pacientes que recibieron terapia familiar que en los pacientes que recibieron psicoterapia de apoyo.

La terapia familiar está asociada a una mayor mejoría que la psicoterapia de apoyo en el postratamiento y a los 6 meses de seguimiento.

71 (89%) pacientes completaron el seguimiento al final del tratamiento y 68 (85%) pacientes 6 meses después.

Referencia: [Arch Gen Psychiatry 2007 Sep; 64\(9\):1049.](#)

Ejercicio físico

- **El ejercicio puede mejorar algunos aspectos biopsicosociales en pacientes con trastornos de la alimentación.**

Revisión sistemática compuesta por 6 estudios con más de 375 participantes en total (no se informó del tamaño de la muestra en un estudio). Cuatro estudios informaron de beneficios estadísticamente significativos para los resultados del ejercicio que incluyen la satisfacción con el cuerpo, el humor y la calidad de vida. El ejercicio no afectó a la ganancia de peso.

No obstante, los autores apuntan la necesidad de futuras investigaciones que confirmen dichos resultados.

Referencia: [Exercise and Sport Sciences Reviews 2008; 36\(1\): 43-47 DARE.](#)



B) Recomendaciones

Recomendaciones según la guía: "Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. National Institute for Clinical Excellence. Enero, 2004.

Intervención psicológica para la bulimia nerviosa

B. Como posible primer paso, debe alentarse a los pacientes con anorexia nerviosa a seguir un programa de autoayuda basado en la evidencia.

B. Los profesionales sanitarios deben animar y apoyar a los pacientes que estén en un programa de autoayuda basado en la evidencia, ya que esto puede mejorar los resultados del programa. Esto puede ser tratamiento suficiente para un subgrupo limitado de pacientes.

A. Una terapia cognitivo conductual adaptada específicamente a pacientes con bulimia nerviosa, debe ser ofrecida a los adultos. El curso del tratamiento debe ser de 16 a 20 sesiones durante 4 o 5 meses.

B. Cuando los pacientes no respondan o rechacen la terapia cognitivo conductual, deben considerarse otros tratamientos psicológicos alternativos.

B. La psicoterapia interpersonal debe considerarse como una alternativa a la terapia cognitivo conductual, pero los pacientes deben ser informados de que la duración de este tratamiento es de 8 a 12 meses para conseguir resultados comparables a los de la terapia cognitivo conductual.

Intervención farmacológica para pacientes con bulimia nerviosa

B. Como alternativa o primer paso adicional al programa de autoayuda basado en la evidencia, puede ofrecerse a adultos con bulimia nerviosa tratamiento con antidepresivos.

B. Debe informarse a los pacientes de que los antidepresivos pueden reducir los atracones y las purgas pero también de que se desconocen sus efectos a largo plazo. Cualquier efecto beneficioso será advertido rápidamente.

C. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (específicamente la fluoxetina) son los fármacos de primera elección para el tratamiento de la bulimia nerviosa en términos de aceptabilidad, tolerancia y reducción de síntomas.

C. La dosis efectiva de fluoxetina es mayor para pacientes con bulimia nerviosa que para pacientes con depresión (60 mg diarios).

B. Aparte de los antidepresivos, no se recomienda otro tipo de fármacos para los pacientes con bulimia nerviosa.

Control de las cuestiones físicas de la bulimia nerviosa

Los pacientes con bulimia nerviosa pueden experimentar problemas físicos como resultado de la variedad de conductas asociadas a este trastorno. Los profesionales sanitarios que trabajen con personas con bulimia nerviosa deben ser conscientes de los riesgos y realizar un control exhaustivo.

C. Es necesario evaluar el equilibrio electrolítico y de fluidos de aquellos pacientes que vomitan frecuentemente o que toman gran cantidad de laxantes (especialmente si se encuentran por debajo de su peso).

C. Cuando se detecta una alteración electrolítica, normalmente es suficiente con eliminar la conducta responsable. En algunos casos en los que se requiere suplemento para restaurar el equilibrio electrolítico, se recomienda la administración oral mejor que la intravenosa, a menos que haya problemas con la absorción gastrointestinal.

Intervenciones a nivel de servicios para pacientes con bulimia nerviosa

La gran mayoría de personas con bulimia nerviosa pueden ser tratadas como pacientes ambulatorios. El papel del tratamiento de los pacientes ingresados con bulimia nerviosa es muy limitado, y está principalmente relacionado con el control del riesgo de suicidios y autolesiones graves.

C. La gran mayoría de los pacientes con bulimia nerviosa deberían ser tratados como pacientes ambulatorios.

C. Debe considerarse el ingreso, el régimen de hospital de día o una atención ambulatoria más intensiva para aquellos pacientes con bulimia nerviosa que se encuentren bajo riesgo de suicidio o de autolesiones graves.

C. El ingreso psiquiátrico para pacientes con bulimia nerviosa debe hacerse en centros con experiencia en este tipo de trastornos.

C. Los profesionales sanitarios deben tener en cuenta que es menos probable que los pacientes con bulimia nerviosa que tienen un bajo control de los impulsos, particularmente un abuso de sustancias, respondan a un programa de tratamiento estándar.

Consideraciones adicionales para niños y adolescentes

C. Los adolescentes con bulimia nerviosa pueden recibir terapia cognitivo conductual adaptada a su edad, circunstancias y nivel de desarrollo, e incluir a la familia cuando se considere apropiado.