

## **Tema - 1: Clínica y Diagnóstico de la Bulimia Nerviosa**

- 1. La Bulimia Nerviosa (BN) como síntoma y como Síndrome.**
- 2. Criterios Diagnósticos de la BN (DSM-IV y CIE-10)**
- 3. Fenomenología de los atracones y Ciclo Patológico de la BN**
- 4. Características clínicas de la BN.**
- 5. Diagnóstico Diferencial**

**Docente: Joaquín Díaz Atienza**  
**Médico Psiquiatra del Niño y del Adolescente**

**Lugar: Biblioteca del Hospital Provincial**  
**Metodología: Exposición teórico-práctica (Casos Clínicos)**  
**Información: Unidad de Trastornos Alimentarios**  
**Hospital Provincial**

---

## LA BULIMIA NERVIOSA COMO SÍNTOMA Y COMO SÍNDROME.

Hasta 1979 no se describe la Bulimia Nerviosa (BN) por RUSSEL como síndrome. Este investigador la pone en relación con la Anorexia Nerviosa y la encuadra dentro de los trastornos alimentarios. Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido, todavía se presta a confusiones diagnósticas con otras alteraciones psicopatológicas, confusiones que aparecen, con bastante frecuencia, incluso, en la literatura especializada.

Los motivos que inducen a la confusión diagnóstica podríamos resumirlos en los siguientes (TABLA-1):

1. Las dificultades para precisar con fiabilidad las diferencias entre la bulimia como síntoma aislado o de presentación en otras patologías y la BN, es decir como un síndrome.
2. La presentación de la conducta bulímica en pacientes con anorexia, obesidad y en personas con peso normal.
3. La gran variedad de diferencias individuales.
4. La complejidad de las alteraciones conductuales, debido a la interacción de factores sociales, psicológicos y biológicos.

TABLA-1

<b>DIFICULTADES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA BULIMIA NERVIOSA</b>	
•	Dificultades para distinguir entre bulimia como síntoma y como síndrome.
•	La presentación de la bulimia en la anorexia, otros trastornos psicológicos y en personas con peso normal.
•	Grandes diferencias individuales.
4.	Las diferencias individuales debido a causas sociales, psicológicas y biológicas.

**La Bulimia como síntoma**, y esto es importante considerarlo ya que se presta a confusión en la literatura especializada, es equivalente en su significación clínica a los términos *hiperorexia*, *comer compulsivo* y el término inglés *Binge Eating*. Hace referencia a la alteración conductual caracterizada por la necesidad compulsiva de ingerir grandes cantidades de alimentos y sin necesidad de que existan distorsiones valorativas de la imagen corporal.

Episodios esporádicos de atracones, la presencia de vómitos autoprovocados y el uso de laxantes como conductas compensatorias, la preocupación por la figura corporal, acompañados o no, con problemas emocionales pueden darse en personas que no necesariamente padecen de una BN.

La presentación de este síntoma puede estar presente, tanto en enfermedades psiquiátricas (ej. Trastornos por ansiedad) como orgánicas (ej. Tumores, diabetes descompensadas etc.), tal como veremos más adelante.

Igualmente, existen algunas variantes de comportamientos bulímicos o variantes de la BN que deben ser diferenciados entre sí por las implicaciones que se derivan para el tratamiento. Estas son: *La Bulimia situacional*, que suele darse en adolescentes y en estudiantes durante por ej. Los exámenes sin que se deriven consecuencias importantes. *La Bulimia reductora de estrés* está ligada a situaciones puntuales de gran estrés en personas con dificultades de afrontamiento. En ella no suele existir miedo a la obesidad. *La Bulimia hedónica*: Se trata de personas que siente un gran placer durante la ingesta de grandes cantidades de alimentos sin que se acompañe de miedo a la obesidad y sin que existan conductas purgativas ni compensatorias después de la

ingesta. Por supuesto, también existen conductas vomitadoras sin que existan atracones previos ni cogniciones relacionadas con el peso (TABAL-2).

TABLA - 2

<p style="text-align: center;"><b>LA BULIMIA COMO SÍNTOMA</b></p> <p><input type="checkbox"/> HIPEROREXIA, COMER COMPULSIVO Y <i>BINGE EATING</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>COMO SÍNTOMA EN ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS Y/O ORGÁNICAS.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <u><i>DISNTIGUIR ENTRE BN Y:</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> <i>Bulimia Situacional</i></li><li><input type="checkbox"/> <i>Bulimia reductora de estrés</i></li><li><input type="checkbox"/> <i>Bulimia hedónica</i></li></ul>
--

**La bulimia como síndrome** es lo que actualmente denominamos Bulimia Nerviosa. Tal como mencionamos anteriormente, fue descrita por primera vez con este nombre por Rusell en 1979 con la intención de vincularla psicopatológicamente con la anorexia nerviosa. Con anterioridad a esta fecha han sido numerosos los nombres que ha recibido, sin que por ello se refirieran a la misma entidad clínica con suficiente fiabilidad ni especificidad diagnóstica. Se pueden encontrar denominaciones como bulimia, bulimia nerviosa, bulimarexia, síndrome bulímico, síndrome atracón-purga, síndrome de ingesta nocturna, síndrome de delgadez-obesidad, síndrome del caos dietético, hiperorexia nerviosa, síndrome de control anómalo de peso, comida compulsiva, síndrome del atiborramiento etc.

Actualmente, se ha convenido utilizar el término Bulimia Nerviosa al cuadro psicopatológico descrito por RUSSELL con objeto de evitar la confusión y de poder utilizar con propiedad los resultados de las diferentes investigaciones que se vienen realizando en el ámbito internacional. También se pretende que, clínicamente, quede estrechamente vinculada a la anorexia nerviosa.

Existe un aspecto clínico central en la BN que le da entidad propia: son los episodios de atracones como expresión del sentimiento de la pérdida de control, la utilización de distintos métodos de control del peso y una preocupación patológica por la imagen corporal y por el peso.

Sin embargo, la BN como síndrome, implica más que la presencia de atracones que veremos en el apartado siguiente al referirnos a los criterios diagnósticos de las dos clasificaciones más utilizadas: el DSM-IV y la CIE-10.

### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA BN (DSM-IV y CIE-10)**

En las TABLAS 3 y 4 se recogen los criterios diagnósticos de ambas clasificaciones que difieren muy poco en cuanto a los criterios utilizados. Sin embargo, la CIE - 10 excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa cuando existen atracones recurrentes y la DSM-IV excluye el diagnóstico de bulimia nerviosa si esta aparece exclusivamente en el contexto de una anorexia nerviosa.

---

TABLA - 3: *Criterios para la BN del DSM-IV.*

<p>A. Presencia de atracones recurrentes. Se caracterizan por:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la mayoría de las personas en las mismas condiciones y circunstancias.</li> <li>2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.</li> </ol> <p>B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso.</p> <p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante un periodo de tres meses.</p> <p>D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p> <p>E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p> <p>Tipos:</p> <p>Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes etc.</p> <p>No purgativo: Emplea otras conductas compensatorias inapropiadas: ayuno, ejercicio intenso diferentes al vómito.</p>
---

TABLA - 4: *Criterios para la BN en la CIE-10*

<p><i>Bulimia nerviosa:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Episodios repetidos de ingesta excesiva.</li> <li>2. Excesiva preocupación por el control del peso.</li> <li>3. Vómitos, utilización de purgantes después de las comidas.</li> <li>4. Excesiva preocupación por la silueta y el peso corporal.</li> <li>5. A menudo, pero no siempre, existen antecedentes de anorexia nerviosa.</li> <li>6. Las conductas purgativas conducen a trastornos electrolíticos y complicaciones físicas.</li> </ol> <p><i>Bulimia nerviosa atípica:</i></p> <p>Se utiliza para los casos en los que falta una o más características de la bulimia nerviosa, ej. Peso normal o no presentan la preocupación por el peso o la forma del cuerpo.</p>
---

Los criterios que se exponen configuran lo que entendemos como un *Síndrome Bulímico*, aunque lo característico y definitorio es la presencia de pérdida de control sobre la ingesta resultando de ello la presencia de atracones y la presentación de un patrón anómalo de la alimentación. Los atracones son seguidos, habitualmente, de vómitos, generalmente autoinducidos, el abuso de laxantes, diuréticos y otros medicamentos para adelgazar, así como la hiperactividad y ejercicio como medida compensatoria para adelgazar. La preocupación por peso es considerada como patológica ya que bastante pacientes presentan un peso normal.

Se ha descrito una variante en la que el sujeto come muy lentamente, mantiene los alimentos durante tiempo en la boca y finalmente los escupe. Es el denominado "*Chewing - spitting síndrome*".

A los actuales criterios diagnósticos se llega desde la definición de Rusell en 1979<sup>1</sup> en la que hace especial hincapié en la concurrencia de los episodios bulímicos con los vómitos autoinducidos, el abuso de laxantes, diuréticos y otros medicamentos y con la preocupación mórbida por el peso y la figura y las posteriores

---

1. Como antecedentes históricos de comportamientos bulímicos tenemos a los trastornos denominados como *caninus appetitus* en donde, tras el atracón, aparece el vómito y el *true boulimus*, caracterizado por grandes ingestas seguido de periodos de restricción importante.

precisiones introducidas por FAIRBURN en 1987 que configuran clínicamente, de forma más o menos definitiva, lo que hoy entendemos por bulimia nerviosa. Este autor hace especial énfasis en el sentimiento de pérdida de control sobre la ingesta, las conductas compensatorias y purgativas (vómitos autoinducidos, el uso de laxantes, diuréticos y otros medicamentos con objeto de controlar el peso y la realización de ejercicio físico y de ayunos post-atracón. Finalmente, mantienen la preocupación mórbida por la silueta corporal y el miedo intenso a engordar. Este último aspecto no es imprescindible, según la CIE-10 para hablar de bulimia, aunque tendríamos que denominarla como atípica.

A pesar de todos estos intentos por delimitar semiológicamente la bulimia nerviosa como entidad clínica, existen bastantes cuestiones que aún necesitan de respuesta (TURON GIL, 1997):

- No está claro donde encuadrar clínicamente aquellos casos en donde se suceden conductas restrictivas severas con otras en donde predomina la comida compulsiva y conductas purgativas.
- La evolución hacia determinados rasgos de personalidad con la cronificación que cada vez las asemejan clínicamente más a los pacientes con bulimia.
- Como afirma este autor, estos pacientes nos plantean la cuestión de si no son los trastornos un continuum desde la anorexia a la bulimia.

### **FENOMENOLOGÍA DE LOS ATRACONES Y CICLO PATOLÓGICO DE LA BULIMIA**

Hablar de la fenomenología de los atracones se debe a la gran variedad individual existente e intentando dar una visión de conjunto de las características básicas, a nivel cognitivo y conductual, de lo que entendemos por atracones (VANDERLINDEN y als. , 1992):

- Normalmente, durante el periodo que dura el atracón, los pacientes ingieren grandes cantidades de alimentos ricos en calorías. Las estrategias de neutralización más frecuentes son el vómito autoprovocado y/o la utilización de laxantes y en ellos es donde aparece el patrón de ingesta más irregular. Sin embargo, importa más la experiencia subjetiva de comer compulsivamente y de alimentos prohibidos que la cantidad objetiva de los mismos.
- Los pacientes experimentan una necesidad imperiosa, urgente e incontrolable de comer con gran dificultad para detenerse. El sentimiento es totalmente egodistónico.
- La presentación de los atracones pueden darse cuando los sujetos están solos, en secreto y después del trabajo o la escuela. Aunque lo más frecuente es que se presenten durante la tarde o la noche, pueden suceder a cualquier hora del día. A veces es tal la urgencia del atracón que no llegan a percatarse de la presencia de los demás.
- Emocionalmente, antes del atracón, se experimenta un estado de ansiedad interior intensa y pueden ser inducidos por:
  - Sentimientos irresistibles de hambre.
  - Necesidad de comer alimentos prohibidos.
  - Durante otros estados emocionales como depresión, malestar difuso, soledad etc.
- Aunque la frecuencia puede variar ampliamente entre los pacientes, lo más frecuente es que, al menos, se de uno por día.
- La duración del atracón varia desde varios minutos a varias horas y, a veces, va precedido de rituales.
- Normalmente, existen alimentos preferidos durante los atracones: Alimentos ricos en calorías, alimentos que necesitan poca preparación para ser ingeridos y otras, alimentos habituales aunque en mayores cantidades.
- Frecuentemente los atracones pueden estar planeados con anterioridad, aunque lo habitual es su presentación súbita acompañados de pérdida de control: los pacientes tienen una clara conciencia de lo que sucede, los alimentos carecen de sabor, experimentan un efecto ansiolítico durante el atracón y no experimentan sentimientos de saciedad. Terminan más por las molestias estomacales y el discomfort físico que por la saciedad.
- El atracón es seguido por un sentimiento de llenado y discomfort, sentimientos de desagrado, tristeza y culpa y con la intención de que no vuelva a repetirse.
- Una vez terminado el episodio, o bien se duermen exhaustos o se producen las conductas purgativas y compensatorias.
- El patrón diario de comidas es irregular en frecuencia, cantidad de alimentos y calidad.

Estas conductas se retroalimentan unas a otras y en donde el núcleo central es la fobia mórbida al peso y las preocupaciones por la imagen corporal. En la FIGURA-1 se resumen los aspectos conductuales y cognitivos

---

implicados en el desencadenamiento y persistencia de las conductas bulímicas. Todas conforman lo que se ha convenido en llamar **El Ciclo de la Bulimia Nerviosa**. Todo comienza en los imperativos culturales del culto a la delgadez lo que produce en gran número de sujetos, conjuntamente con las dificultades ante los cambios corporales del desarrollo, la insatisfacción por la propia imagen. La insatisfacción por la imagen se sustenta en una verdadera distorsión errónea de sentirse obesas/os y que, debido a las presiones sociales de rechazo a la obesidad, incrementan de forma mórbida su insatisfacción corporal acompañándose de un miedo intenso a la posibilidad de ser obesas. Este miedo se retroalimenta sobre la base de una cierta tendencia al sobrepeso que suelen presentar estos pacientes (Figura -2) (BUOSOÑO et al, 1994). Normalmente, el paciente bulímico padece de desnutrición a pesar de encontrarse en normopeso. A continuación se inicia una dieta como medida para regular el peso. El inicio de dietas es central como factor desencadenante, tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa. La pérdida de peso produce una alteración de las sensaciones fisiológicas del hambre y la saciedad que inducen a los pacientes a comer en exceso. El sentimiento de miedo a engordar conjuntamente con el malestar, el disgusto y la vergüenza, desencadenarán de forma compensatoria las conductas del ejercicio, los vómitos (en más del 75% de los pacientes) y las demás conductas purgativas.

FIGURA - 1: *Ciclo de la Bulimia Nerviosa*.

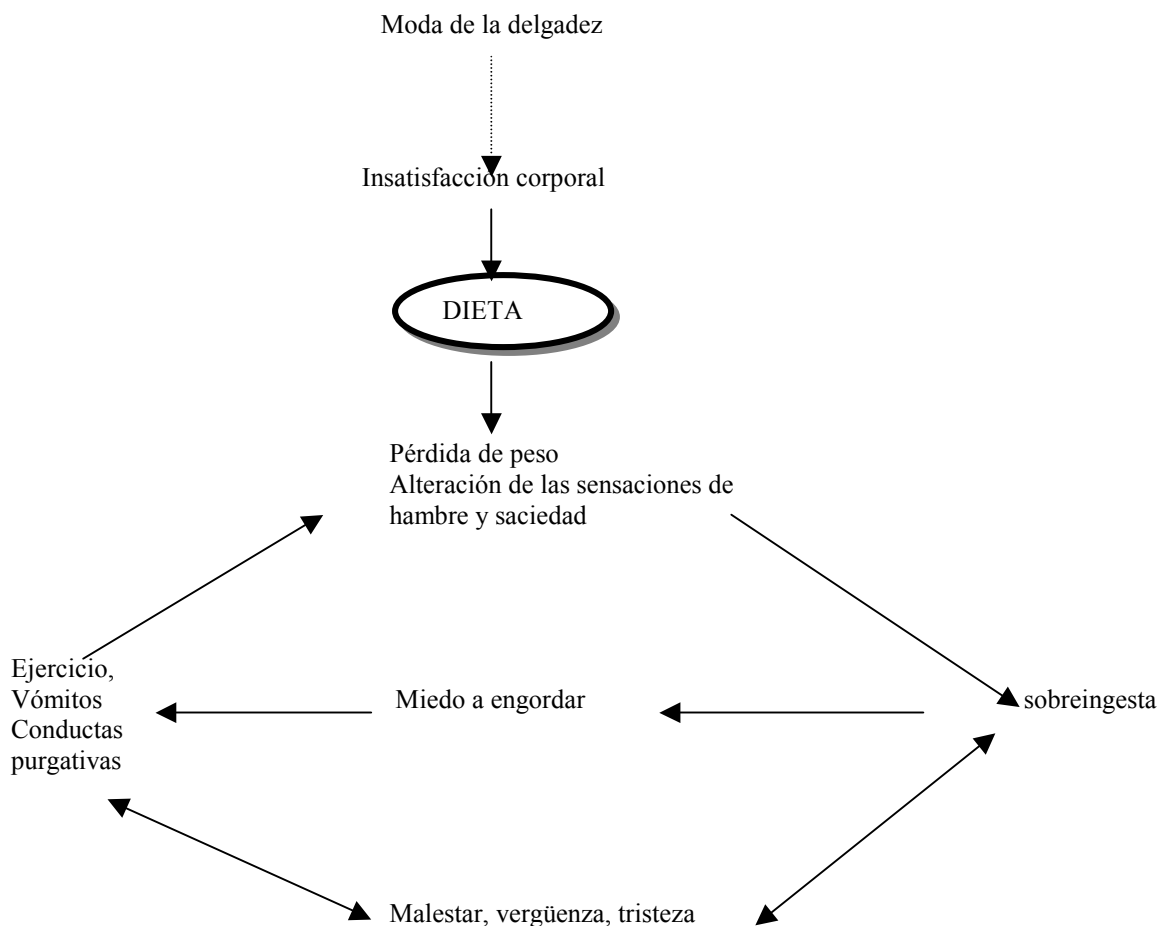
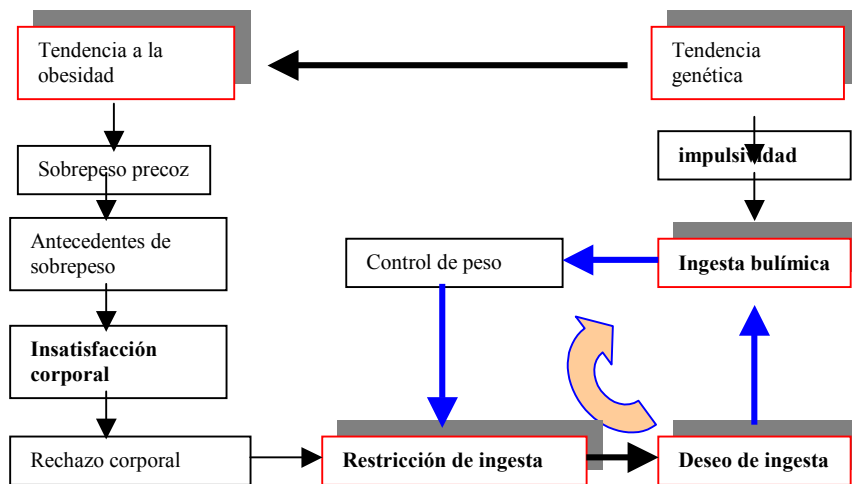


FIGURA -2: Tendencia a la obesidad en la BN.



Existen otros aspectos clínicos en la BN que, conjuntamente con lo expuesto, hacen a este trastorno psiquiátrico, uno de los más resistentes al tratamiento psicológico y/o farmacológico y que lo diferencia netamente de la AN.

La evolución, sobre todo cuando se inicia un tratamiento tardío, es bastante tórpida con comportamientos cercanos a la sociopatía. Pueden aparecer conductas de promiscuidad, las autoagresiones y una persistente ideación suicida con acting out autolíticos. Se vuelven intolerantes con pensamientos de tipo dicotómico y aparece un deterioro progresivo en el ámbito de sus responsabilidades en los estudios o laborales, su autoestima cada vez se ve más afectada con sensación de incompetencia. Ante las dificultades para conseguir alimentos, cuando se controla ambientalmente la posibilidad de acceder a ellos, sea limitando el dinero o a través de medidas como cerrojos y candados, puede aparecer la cleptomanía.

En aquellas situaciones en donde la personalidad presenta rasgos histriónicos, se presenta comportamientos manipuladores más intensos, consumo compulsivo de alcohol y otras drogas y la promiscuidad sexual. En otras ocasiones predomina la incontinencia emocional, procesos cognitivos dicotómicos, sensibilidad interpersonal, necesidad constante de reconocimiento por parte de los demás, sentimiento de ser poco queridos o infravalorados con clara tendencia conductual al acting y frecuentes síntomas depresivos, que revelan un funcionamiento conductual y cognitivo cercano a la personalidad límite.

En la TABLA - 4, recogemos algunos aspectos distintivos respecto a la AN recopilados por CHINCHILLA MORENO (1994).

TABLA-4

- Obesidad previa más frecuente.
- Más vomitadoras y de abuso de laxantes y diuréticos.
- Menor control de impulsos.
- Mayor abuso de alcohol y drogas.
- Mayores conductas suicidas y automutilaciones.
- Cleptomanía.
- Mayor ansiedad e inestabilidad emocional.
- Mayor historia de depresiones en las no vomitadoras y en familiares de primer grado.
- Comienzo de la enfermedad más tardío y mayor duración de la misma.
- El 40-60% tiene un trastorno afectivo en su vida.
- Mayor actividad sexual en general.
- Menor aislamiento social, mayor extraversión.
- Mayor número de acontecimientos vitales previos al episodio.
- Cuadros más crónicos y de peor pronóstico.
- Imprecisión sobre su pertenencia al espectro de AN o de su independencia clínica.
- Más relacionada con déficit serotoninérgico.

### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA BN**

Los síntomas básicos de la BN ya han sido recogidos en los criterios diagnósticos de las diferentes clasificaciones. En este apartado intentaremos profundizar algo más sobre la complejidad semiológica de la BN. En este sentido, lo primero que subrayamos es la profunda relación, tanto evolutiva como en los síntomas cognitivos, que presenta con la anorexia nerviosa.

HERZOG y cols (1991) investigan la frecuente comorbilidad que existe entre la BN y otras patologías psiquiátricas, sobre todo en lo que se refiere a los trastornos de personalidad, los trastornos ansiosos-depresivos y la presentación de conductas relacionadas con la impulsividad.

En cuanto a su relación con *Trastornos de Personalidad*, hay que resaltar que los estudios realizados hasta ahora insisten en que va a depender del momento en el que se realiza la valoración (antes o después del trastorno) para que los resultados difieran de forma significativa. En este sentido, KENDLER y cols (1991), insisten que, tanto los cambios biológicos ligados a la desnutrición como los reiterados intentos de controlar la ingesta compulsiva durante largo tiempo, van a desencadenar cambios en algunos rasgos de la personalidad: incremento del neuroticismo, menor habilidad para el afrontamiento las situaciones estresantes, hipervigilancia hacia la información interoceptiva, mayor incontinencia emocional con dificultades en su modulación. Se calcula que el 20 al 70 por ciento de los pacientes bulímicos presentan trastornos de la personalidad siendo los más frecuente la personalidad límite, la narcisística, la histriónica y la antisocial.

*Los síntomas depresivos y ansiosos*, igualmente, son sumamente frecuentes, ya que entre el 47 y el 73 % de los pacientes con BN presentan algún episodio depresivo a lo largo de su vida, y el 75 % presentan síntomas psicofisiológicos de ansiedad. La presencia de síntomas depresivos configuran un terreno de mayor vulnerabilidad para los acting suicidas (alrededor del 37-40%).

Los síntomas de ansiedad se caracterizan por su elevada frecuencia, estar la mayoría de las veces relacionados con las situaciones vinculadas a la ingesta y, finalmente, por la presencia de una mayor prevalencia de trastornos de pánico, fobias y trastornos de ansiedad generalizada en los pacientes con BN, respecto a la población general.

---



### ***Etiología cognitiva en la BN:***

Dos serían las características de funcionamiento cognitivo en los pacientes con BN: La distorsión de la imagen corporal y la fobia a la obesidad.

**a ) La imagen corporal.** En un estudio realizado por GLEAVES y cols (1993) utilizando en Eating Disorder Inventory y el Body Image Assessment, llegaron a delimitar tres dimensiones fundamentales en la BN. Una de ellas es la insatisfacción de la imagen corporal, otra la preocupación por la imagen y la tercera el miedo intenso a la obesidad. Estos autores insisten en que existe una verdadera distorsión de la imagen con sobrevaloración de la misma y que estaría en relación con una verdadera distorsión valorativa.

**b) Fobia a la obesidad.** El miedo a la obesidad es el aspecto cognitivo esencial en la bulimia. Este podría verse favorecido por la frecuente tendencia a la obesidad encontrada en los pacientes bulímicos. Habitualmente son las conductas restrictivas conjuntamente con las compensatorias post-atacón las que mantienen un peso normal en las pacientes bulímicas, aunque el normopeso suele ir acompañado de signos físicos de desnutrición.

Por tanto, la fobia a la obesidad se va constituyendo a lo largo de la vida infantil y juvenil del sujeto sobre la base de dos condiciones: los imperativos socioculturales con relación a la imagen corporal y sobre la tendencia natural, en la mayoría de los pacientes a la obesidad que controlan a través de las conductas restrictivas y purgativas post-atacón.

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Debido a la frecuente asociación de la BN con otros trastornos psiquiátricos, es importante delimitar con claridad la relevancia de cada uno de ellos y su interrelación, ya que presenta una importancia capital para la toma en cargo terapéutico. Igualmente existen algunos problemas médicos que pueden conducir al diagnóstico erróneo de BN.

Las condiciones con las que habitualmente debemos realizar el diagnóstico diferencial son las siguientes:

- **Trastornos de Ansiedad:** Existe frecuentemente la asociación de hiperorexia con trastornos de ansiedad que cuando coinciden con niveles altos de impulsividad pueden confundirse con comportamientos bulímicos. El aspecto diferencial más importante es la ausencia de los aspectos cognitivos, ya que no suele existir ni miedo a la obesidad ni distorsiones de la imagen corporal.
  - **Trastornos Afectivos:** Igualmente pueden existir alteraciones de la ingesta con incremento del peso consecuente, pero no encontramos el patrón de funcionamiento cognitivo ni conductual de la BN.
  - **Con la Anorexia Nerviosa:** Las características diferenciales se han recogido en la TABLA-4.
  - **Alteraciones de la Personalidad:** Cuando predomina el descontrol de los impulsos.
  - **Hipotiroidismo:** Debido a la obesidad y en aquellos sujetos que presenten patrones irregulares de la conducta alimentaria sin relación a problemas ligados a la imagen corporal o miedo a la obesidad.
  - **Diabetes:** Aunque la asociación entre diabetes y trastornos alimentarios de tipo bulímico son frecuentes, no toda pérdida de control sobre la ingesta de alimentos prohibidos pueden ser catalogados como BN.
  - **Enfermedad de Cushing:** Aunque existe ganancia de peso, esta no se debe a conductas de tipo bulímico.
  - **Tumores hipotalámicos.**
  - **Síndrome de Kleine-Levine:** Suele presentar hipersomnia e Hiperfagia.
  - **Síndrome de Klüver-Bucy:** Comportamiento de desinhibición e hiperorexia. No hay alteración de la imagen corporal.
-

## **BIBLIOGRAFÍA**

DE LA SERNA DE PEDRO, I: Comer no es un placer. Litofinter, SA. Madrid.1998.

CHINCHILLA MORENO, A: Anorexia y bulimia nerviosas. Ergon. Madrid. 1994.

SALDAÑA GARCÍA, M: Trastornos del comportamiento alimentario. Fundación Universidad Empresa. Madrid. 1994.

TURÓN GIL, VJ: Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Masson. Barcelona. 1997.

VANDERLINDEN, J; NORRÉ, J; VANDEREYCKEN, W: A practical guide to the treatment of bulimia nervosa. Brunner/Mazel. New York. 1992.

---

## TEMA - 2: MODELOS EXPLICATIVOS Y DE TRATAMIENTO EN LA BULIMIA NERVIOSA

---

---

*Introducción.*

*Modelo de depresión.*

*Modelo de ansiedad.*

*Modelo psicoanalítico*

*Modelo de adicción.*

*Modelo cognitivo*

*Modelo evolutivo*

*Modelo disociativo*

*Modelo familiar.*

*Modelo feminista*

*Modelo integrador*

---

---

**UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS. ALMERÍA**

---

## INTRODUCCIÓN

Los modelos que intentan explicar la génesis de la bulimia nerviosa son bastante numerosos y se enmarcan, de forma general, tanto en la clínica como en aspectos de tipo sociológico.

Aunque pretenden ser explicativos de la etiopatogenia del trastorno bulímico, solo nos proporcionan aspectos parciales del mismo. Sin embargo, no deja de ser interesante en la medida que nos sirven para encuadrar a los pacientes en el modelo que mejor se adapte a sus circunstancias y, al mismo tiempo, como referencia para implementar los tratamientos y la probabilidad de evaluar sus resultados.

A continuación nos referiremos de forma breve a todos aquellos que han permanecido durante estos años y que recogemos en la TABLA – 1.

<b>Modelo de depresión</b>	<b>Modelo de ansiedad.</b>
<b>Modelo psicoanalítico.</b>	<b>Modelo de adicción</b>
<b>Modelo cognitivo.</b>	<b>Modelo evolutivo.</b>
<b>Modelo disociativo.</b>	<b>Modelo familiar.</b>
<b>Modelo feminista.</b>	<b>Modelo integrador</b>

## MODELO DE DEPRESIÓN

Es de todos conocida la gran asociación que existe entre trastornos depresivos y trastornos alimentarios y de forma especial en la bulimia nerviosa. El problema consiste en determinar si la conducta bulímica, incluyendo la **Bulimia Nerviosa**, es un equivalente depresivo o, por el contrario, los síntomas depresivos, que tan frecuentemente observamos, son secundarios al trastorno alimentario. Los primeros investigadores que se han ocupado de una manera empírica del problema de la relación entre bulimia nerviosa (BN) y depresión han sido HUDSON y POPE (1985). Estos autores exponen una serie de argumentos a favor de la conexión entre ambos trastornos:

- 1. Fenomenológicos:** Los síntomas depresivos son muy frecuentemente observados en la BN, tanto en forma menor como trastornos depresivos mayores, depresión endógena y distimias.
  - 2. Curso de la enfermedad bulímica:** Aunque tratemos los síntomas bulímicos con éxito, con posterioridad nos encontramos con una frecuencia muy significativa de episodios depresivos.
  - 3. Antecedentes familiares:** Los familiares de los pacientes con BN presentan una mayor prevalencia de trastornos afectivos que la población general.
  - 4. Aspectos neuroendocrinos:** Algunos de los test de diagnóstico que se muestran positivos en la depresión (niveles de cortisol y test de la supresión de la dexametasona) también lo presentan los pacientes bulímicos. Este aspecto es poco consistente, si tenemos en cuenta la inespecificidad de los test mencionados.
  - 5. Resultados terapéuticos con los antidepresivos:** Aunque con variabilidad, los antidepresivos presentan resultados beneficiosos en los trastornos alimentarios, y especialmente en la BN.
-

Para CORCOS (1984) existirían varias explicaciones de la relación entre BN y depresión:

- a) **Una vulnerabilidad genética** común entre los trastornos afectivos y los trastornos alimentarios que afectaría a la regulación de algunos neurotransmisores, en especial a la serotonina. Considera a los trastornos alimentarios como una variante fenotípica de los afectivos.
- b) **La depresión sería secundaria** al trastorno alimentario. Son los trastornos metabólicos y endocrinos, la agravación de un estado disfórico basal incrementado por la sobreingesta de hidratos de carbono y el sentimiento de fallo narcisístico por las pérdidas de control, los aspectos que estarían en la base de la depresión en la BN.
- c) **El síntoma alimentario constituiría una protección frente a la depresión.** Ante un narcisismo frágil, el sujeto tolera mejor el síntoma alimentario que el afectivo.

Precisamente, basándose en esta última interpretación, se ha intentado responder a la hipótesis de que, cuanto más pérdida de control en las alteraciones de la ingesta, mayor sería la puntuación en los cuestionarios de depresión (FLAMENT y JEAMMET, 2000). Estos investigadores, en un estudio de campo y clínico, diferencian cuatro tipos de BN en función del control: AN-BN (anorexia con crisis bulímicas), BN-P (bulimia purgativa), BED (hiperfagia bulímica o *Binge Eating*), BN-NP (bulimia no purgativa). Los síntomas depresivos fueron evaluados a través del Cuestionario de Beck para la Depresión. Los autores concluyen que, aunque las diferencias no eran significativas entre los diferentes grupos, sí que existía una tendencia hacia ella, justificando la no significación por el escaso número de sujetos en los diferentes grupos. Esta constatación demostraría que los síntomas depresivos tienen una relación inversa respecto al control de los pacientes sobre la ingesta compulsiva.

En esta misma línea, aunque desde una perspectiva diferente, se encuadran autores como Vandereycken (1987). Mantiene que cuando se analizan los casos detenidamente y contemplando la evolución, puede afirmarse que la semiología depresiva es secundaria al trastorno bulímico y que las similitudes neuroendocrinas se deberían a la misma desnutrición y del uso intermitente de dietas, tal como se ha observado en otras investigaciones.

### **MODELO DE ANSIEDAD**

El modelo de ansiedad interpreta las conductas purgativas del trastorno bulímico similares, fenomenológicamente, a los rituales que presentan los sujetos con trastornos obsesivos, situando ambos síntomas como mecanismos reductores de ansiedad, es decir, se trataría de conductas de evitación que se mantienen a través de reforzamiento negativo. De un modo similar a como el obsesivo, ante el miedo a la suciedad, desencadena unos rituales de limpieza, las conductas de tipo purgativo serían unos rituales que aparecen ante la presencia o ingestión de alimentos que el sujeto supone le producirán obesidad.

Por ello se recomienda la Exposición y Prevención de Respuesta como técnicas psicoterapéuticas. Consiste en la exposición del paciente de forma prolongada a los alimentos que más miedo le producen sin que puedan presentarse las conductas purgativas habituales. Esta exposición debe mantenerse durante el tiempo suficiente como para que se extingan las conductas compensatorias a través de la prevención de respuesta.

Se espera que los atracones desaparezcan gradualmente si el paciente consigue mantener el control respecto a los vómitos y demás conductas purgativas. Los alimentos que provocan ansiedad en el paciente los va consumiendo de forma gradual en función de una jerarquización de los niveles de ansiedad que estos le producen. Al mismo tiempo de la exposición se le va explicando al paciente la irracionalidad de sus pensamientos respecto a los alimentos y su relación con la obesidad. Se ha comprobado experimentalmente que la prevención de respuesta solo es eficaz si no se realizan conductas purgativas al menos dos horas y media después de la ingesta.

Se pretende que el paciente aprenda a resolver los problemas:

---

- Al experimentar que la ansiedad que aparece después de la ingesta de alimentos “prohibidos” es menos agobiante de los que supone.
- Aprendiendo que la normalización de la ingesta no significa automáticamente que vaya a coger peso de forma significativa e indefinida.
- Aceptando que la puesta en práctica de la prevención de respuesta fuera del contexto de la psicoterapia posibilita el control de los atracones si se controlan al mismo tiempo los vómitos y demás conductas purgativas.

Sin embargo, la aplicación del modelo es poco eficaz cuando:

- Existe una asociación débil entre la ingesta y la presentación de las conductas purgativas compensatorias.
- Aquellos pacientes que vomitan sistemáticamente cada comida.
- El ciclo atracón-vómito es atípico.
- Existe un trastorno grave de personalidad que dificulta la adherencia al tratamiento.

Sin embargo, esta técnica es igualmente útil para implementar un patrón regular de comidas y en los pacientes que tienden a vomitar más que a presentar atracones.

No se ha demostrado una mayor eficacia con la introducción de otras técnicas simultáneamente con la exposición y la prevención de respuesta.

Existen críticos respecto a la eficacia real de la exposición y la prevención de respuesta como procedimiento que produzca un descondicionamiento de la ansiedad ligada a la ingesta, argumentando que, tal vez, lo que realmente resulta efectivo terapéuticamente son los procesos cognitivos mediacionales que, inevitablemente, van apareciendo durante la psicoterapia con incremento de la autoestima y sentimiento de autocontrol.

## **MODELO PSICOANÁLITICO**

La interpretación psicoanalítica de los trastornos alimentarios no es unitaria, como ocurre con los demás paradigmas que intentan dar una explicación etiopatogénica. Sin embargo, existen algunos aspectos interpretativos comunes que son los que expondremos en este apartado de forma excesivamente reducida.

### **1- Mecanismos de defensa.**

En un estudio epidemiológico de campo y de casos clínicos (FLAMENT y JEAMMET, ya citado), si bien encontraron diferencias entre casos (anorexia y bulimia) y los controles sanos, entre ambas modalidades de patología alimentaria no aparecieron. Justamente, la no existencia entre ambos trastornos, según estos autores, sostiene la hipótesis de que ambos trastornos pertenecerían a un solo continuo de funcionamiento psicológico, siendo este funcionamiento psicológico un elemento de riesgo para ambos trastornos alimentarios.

En primer término nos encontramos con *la proyección* definida como un mecanismo de defensa a través del cual la persona atribuye, equivocadamente, a los demás sus propios sentimientos, impulsiones y pensamientos. Desde el punto de vista psicoanalítico, la proyección es un mecanismo de

---

defensa arcaico, descrito por Freud en la paranoia. Consiste, por tanto, en atribuir al mundo exterior el origen del displacer: su propia agresividad la vive como un peligro, siendo a través del mecanismo de proyección que él la sitúa en los demás y dirigida hacia él.

La anulación se trata de un mecanismo de defensa común en los trastornos obsesivos. A través de ella el sujeto se ve obligado a realizar conductas y se le imponen pensamientos que le sirven para corregir simbólicamente o negar ideas, sentimientos u acciones anteriores. Con este mecanismo, nos indicaría que en los pacientes con trastornos alimentarios existe un defecto del mecanismo de represión de ciertos deseos o pensamientos inconscientes. El conflicto entre las pulsiones y el yo se resuelve a través del investimento de una pulsión opuesta a aquella de la que se protege el sujeto.

La sublimación es un mecanismo de defensa diríamos maduro a través del cual la pulsión se dirige hacia una nueva meta, no sexual, de objetos socialmente bien valorizados. Sin embargo, este mecanismo de defensa no implica, necesariamente, una buena maduración de la personalidad.

Desde una perspectiva psicodinámica, la bulimia nerviosa sería un intento, por parte del sujeto, de lucha contra la depresión. Igual-mente, la lucha y mecanismos puestos en marcha frente al control del peso, reflejarían las distorsiones perceptivas referentes a la imagen corporal y la dificultad del sujeto para gestionar psicológicamente los límites del adentro y el afuera de la propia corporalidad.

En la bulimia existiría una “patología” de los procesos de asimilación del objeto: de la *incorporación*<sup>2</sup> de la fase del narcisismo primario<sup>3</sup>; de la *introyección*<sup>4</sup>, fase en la que se constituye la representación del yo y el objeto; la *identificación*<sup>5</sup>, fase en la que se produce la distinción clara entre el sujeto y el objeto.

Dependiendo de la gravedad de las conductas bulímicas, la identificación puede ser primaria o secundaria. Así en los casos graves, sería la identificación primaria observándose una fijación pregenital oral y anal con una vivencia arcaica de la relación fusional a una madre omnipresente y devorante. En los casos menos graves, sería la identificación secundaria que pone en juego la identidad femenina mas que la identidad como tal. Se produciría una fijación genital con identificación histérica al objeto materno.

La paciente bulímica intenta mantener un equilibrio psicológico (narcisístico) frente a una necesidad muy intensa de apoyo sobre el objeto materno al mismo tiempo que presenta un temor de fusión reclamado por el imago materno. El control corporal serviría para evitar ser invadida por el objeto maternal, al que se vive como persecutorio en el interior, sin que, al mismo tiempo, se mantenga una cierta subordinación. El ciclo atracón-purga mantiene la ilusión de un control del objeto maternal (fantasma de autoembarazo) que evita las descompensaciones depresivas.

## **MODELO DE ADICCIÓN**

La bulimia, definida como la ingesta compulsiva de alimentos ricos en calorías, puede ser considerada como una adicción. Para VANDEREYCKEN (1990), este supuesto puede basarse en los siguientes aspectos:

1. En la bulimia es muy frecuente encontrar la pérdida de control con respecto a otras sustancias: alcohol y otras drogas.

---

<sup>2</sup> Proceso en virtud del cual el sujeto, de forma más o menos fantasmática, introduce y guarda un objeto dentro de su cuerpo. La incorporación constituye un fin pulsional y un modo de relación de objeto característico de la fase oral. Constituye el prototipo corporal de la introyección y de la identificación (LAPLANCHE y PONTALIS).

<sup>3</sup> Etapa en donde el niño se toma a sí mismo como objeto de su amor antes de elegir objetos exteriores.

<sup>4</sup> El sujeto hace pasar, de forma fantaseada, del afuera al adentro, objetos y cualidades inherentes a estos objetos

<sup>5</sup> Proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones. Se llama primaria cuando no se ha establecido previamente ninguna relación de objeto. Está íntimamente relacionada con la llamada incorporación oral.

---

2. Las adicciones en los familiares de los pacientes con bulimia se presentan con una prevalencia mucho mayor que en la población normal.
3. El perfil de personalidad de los pacientes con BN se parece fuertemente a las personas alcohólicas y otras drogadicciones.
4. Los pacientes con BN comparten con las drogadicciones:
  - La pérdida de control.
  - Preocupaciones con relación a la sustancia que consumen.
  - El uso de la sustancia para ser capaces de enfrentarse al estrés y a los sentimientos negativos.
  - Persistencia del consumo a pesar de las consecuencias negativas.

Se piensa que la pérdida de control en la BN se presenta como consecuencia de la tensión entre la necesidad de restricción y las necesidades fisiológicas de los alimentos.

Este modelo se centra en los periodos entre – atracones ya que estos son los responsables de las consecuencias físicas y psicológicas que padecen los pacientes con BN. A saber:

- Incremento del neuroticismo (sobre todo en las situaciones de muy bajo peso).
- Afectación de la capacidad de trabajo.
- Fuerte preocupación por los alimentos.
- La necesidad por los alimentos se presenta de forma incontrolable.
- Alteraciones en los sentimientos de saciedad y hambre.

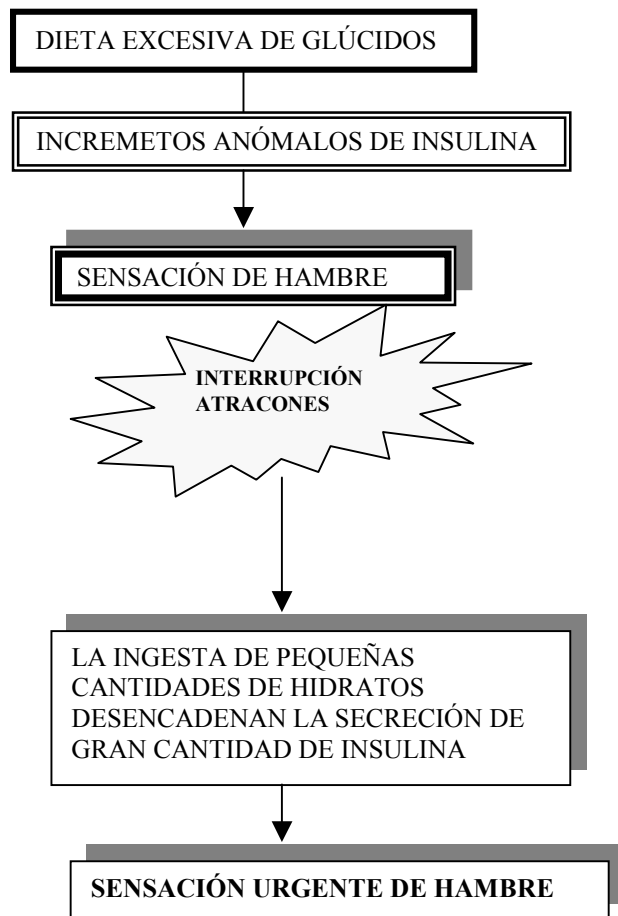
Otro aspecto importante de la desnutrición es la lentitud de los procesos metabólicos. Como reacción compensatoria de la deprivación de nutrientes. Esta situación presenta grandes dificultades en la toma en cargo psicoterapéutico de estos pacientes debido al incremento de peso inicial coincidente con la interrupción de los ciclos restricción-atracón y que se estabiliza rápidamente una vez que se corrige la disfunción metabólica.

Estas circunstancias pueden explicarse a través de dos aspectos: el primero, que el organismo se adapta a los hábitos alimentarios anómalos y, segundo, véase la FIGURA – 1, que los pacientes con BN ingieren grandes cantidades de hidratos de carbono que son los nutrientes que primero se absorben produciendo irregularidades en la secreción de insulina.

---



FIGURA – 1



Sin embargo, actualmente se cree que la sensación de hambre está más en relación con la hipoglucemia intracelular que la producida a nivel periférico como consecuencia de la insulina, aunque en el hipotálamo lateral existen células que responden a ambas situaciones. Lo que parece claro es que las anomalías metabólicas consecuentes a las conductas bulímicas contribuyen de forma muy importante a la cronificación de los ciclos restricción-atacón.

La interpretación de la bulimia como modelo de adicción ha derivado en la implementación de una serie de técnicas psicoterapéuticas. Entre las que más han destacado han sido las Técnicas de Autocontrol y las de Control Estimular. Las primeras se basan en los Autorregistros de los episodios con el doble propósito de que la paciente incremente su insight respecto a su patrón anómalo de comidas y que sirva de recogida de información estructurada que posibilite un análisis funcional para el establecimiento de un plan de tratamiento. Sin embargo la automonitorización no suele ser suficiente, aunque, inicialmente, mejoren los síntomas.

Otras formas de autocontrol que se han utilizado para modificar la conducta bulímica son:

- Planificación de las comidas y de los lugares en donde se realizarán y, a ser posible, en presencia de otras personas.
- Eliminación temporal y posterior exposición progresiva a los alimentos conectados estímulamente con los atracones y purgas.

- Introducir la realización de actividades alternativas cuando surge la necesidad de atracones: escuchar música, telefonar a un/a amiga, caminar, realizar alguna actividad apetitiva...
- Abandonar la lectura de cuestionarios, libros y listas sobre alimentos y calorías.

La analogía entre consumo de drogas y atracones en la bulimia plantea el interrogante de si es conveniente mantener un control absoluto del ciclo atracón-vómito o, por el contrario, se le permite al paciente una reducción progresiva de los atracones. Los terapeutas que defiende la primera postura se basan en la interpretación de que el control total favorece el sentimiento de autocontrol, incrementa la autoestima y ofrecen la posibilidad de introducir estrategias de resolución de problemas. Sin embargo, se ha demostrado que este tipo de intervención conlleva un mayor número de recaídas a medio – largo plazo. Por ello este procedimiento no es, de entrada, el más recomendado.

Igualmente, es la pérdida de control de los impulsos uno de los argumentos para establecer la analogía entre bulimia y consumo de drogas. Sin embargo, habría que preguntarse si los atracones no son un mecanismo de defensa para no hacer frente a otras responsabilidades. De otra parte, no puede ser establecida una similitud completa: aunque la ingesta compulsiva de alimentos puede llegar a producir una cierta tolerancia y dependencia, no produce ninguna satisfacción, contrariamente a lo que sucede con el consumo de drogas. En donde si aparece una experiencia agradable es en el vómito autoinducido post-atracón.

### **MODELO COGNITIVO**

Este modelo parte del supuesto teórico de que las distorsiones cognitivas con relación a los alimentos<sup>6</sup> y el peso, a la imagen corporal y a una inadecuada habilidad en la resolución de problemas, son el núcleo central que favorece y mantiene la conducta bulímica.

La más frecuente distorsión es la persecución obsesiva de la delgadez como resultado de irracionales concepciones y preocupaciones exageradas en cuanto a la imagen corporal, la alimentación y al peso. Los pacientes con trastorno bulímico se sienten, como en otros trastornos alimentarios, con más peso del que realmente tienen. Esta sobreestimación es más pronunciada en la bulimia y se agrava conforme se incrementan el número de atracones. En la mayoría de los casos, el seguimiento de dietas no está justificado y además se siguen de forma bastante insana debido a las distorsiones cognitivas anteriormente enumeradas. Por ej.

- Piensan que comer normalmente sin vomitar lleva inevitablemente a un incremento de peso.
- Aunque dos alimentos tengan la misma calorías, uno engorda más que el otro.
- El peso debe permanecer estable y sin fluctuaciones durante todo el tiempo.

La percepción del hambre/saciedad está alterada y muchas de las sensaciones corporales se interpretan como indicadoras de que se está cogiendo peso. De otro lado, no son conscientes de los peligros médicos que conllevan la utilización de diuréticos, laxantes y la provocación del vómito.

Los pacientes con BN suelen tener un estilo cognitivo particular: un acentuado perfeccionismo y pensamiento dicotómico. Suelen ser pacientes con metas, frecuentemente, inalcanzables, al mismo tiempo que padecen una franca baja autoestima. De esta forma, se interpreta que el trastorno alimentario que padecen es una forma de escapar de sus propios sentimientos negativos. , escapar de

---

<sup>6</sup> Varias son las distorsiones cognitivas que pueden presentarse con relación a la comida: *Pensamientos supersticiosos*: Cualquier cosa que yo pueda ingerir se deposita en mi cuerpo en forma de grasa. *Pensamientos dicotómicos*: O todo o nada. *Abstracciones selectivas*: Aunque coma sólo un trozo de pan no podré parar. *Ideas paranoides o sensitivas*: Estoy tan gorda que todo el mundo está pendiente de mí. *Generalizaciones*: Si realizo esto tendrá consecuencias sobre otros aspectos de mi vida. *Inferencias arbitrarias*: Si no estás tensa perderás el control y engordarás. *Magnificación de lo negativo*: jamás podré conseguir lo que quiero, jamás podré adelgazar... *Uso selectivo de la información*: Si me dicen que estoy bien es que estoy gorda; si el vómito evitar coger peso la única forma de adelgazar es vomitando.

---

las situaciones difíciles. Este estilo favorece el aislamiento social llegando a generar un modo de vida que se desenvuelve exclusivamente alrededor de la comida y los rituales bulímicos.

Cuando se aborde el tratamiento, veremos hasta donde este modelo posee implicaciones positivas sobre la modificación de la psicopatología general del paciente, aunque no tanto sobre la conducta bulímica.

Dentro del modelo cognitivo, aunque desde *el procesamiento de la información*, se están investigando los procesos implicados en los trastornos alimentarios. El aspecto central de este paradigma mantiene la hipótesis de que los sentimientos y expectativas pertenecientes al tamaño corporal y a la alimentación se muestran sesgados a favor de un proceso selectivo de la información relacionada con aspectos como la obesidad/delgadez, el uso de dietas y el control del peso corporal.

Si comprendemos los sesgos producidos en el procesamiento de la información, podemos comprender los aspectos psicopatológicos, la resistencia al tratamiento y las interpretaciones erróneas de las intervenciones en curso.

Se han investigado los sesgos atencionales, de memoria implícita y explícita, así como el priming y los procesamientos automáticos. La técnica más empleada ha sido modificaciones de la prueba de Stroop y se han evidenciado sesgos en la memoria explícita y en los procesos atencionales, sobre todo, cuando los estímulos hacen referencia a contenidos sobre el peso e imagen corporales.

Los hallazgos anteriores han sido contrastados con exámenes psicofisiológicos como los potenciales evocados cognitivos, en los que suele aparecer una latencia incrementada para la P300 en los sujetos con BN. Estas anomalías han sido interpretadas como la explicación neurofisiológica de las disfunciones cognitivas encontradas a nivel experimental.

### **MODELO EVOLUTIVO**

Este modelo se ocupa, fundamentalmente, de investigar las variables del desarrollo implicadas en la determinación del riesgo para la presentación de los trastornos alimentarios.

La pubertad y la adolescencia temprana y tardía constituyen los periodos del desarrollo de mayor riesgo para los trastornos alimentarios, creyéndose que son la adaptación a los acontecimientos y cambios del desarrollo los responsables, ya que se acompañan, normalmente, de una mayor insatisfacción por la imagen corporal, así como por el comienzo del uso de dietas.

Antes de desarrollar específicamente, cuales son los factores de riesgo evolutivos ligados a estos periodos del desarrollo, presentamos algunos aspectos básicos en los que sustenta. Para ello expondremos brevemente *el significado del concepto de transición, tanto en la adolescencia temprana como en la tardía*.

#### **Concepto de transición:**

La psicología evolutiva se ha ocupado bastante poco de cómo se produce el paso de una etapa del desarrollo a la siguiente, centrando su interés básicamente en el estudio de las características de cada una de ellas en su conjunto. Desde esta perspectiva, se define la *transición* como el periodo entre el final de una etapa y el comienzo de la siguiente. La transición comporta reorganizaciones decisivas en la personalidad, en el ámbito cognitivo, en la inter-relación entre estructuras, en los cambios de roles sociales y expectativas culturales. Estos cambios son graduales y necesitan superar con éxito el establecimiento de nuevas relaciones entre conducta, sentimientos, conceptos y actitudes.

---

### **La transición en la adolescencia temprana.**

El mayor número de trabajos que relacionan la transición entre dos etapas del desarrollo y los problemas alimentarios está basados en el *Modelo de Transición de Cytrynbaum* que se explicita en la TABLA –2.

Este modelo intenta responder a tres cuestiones básicas respecto al fenómeno evolutivo de la transición y su relación con los trastornos alimentarios: Primero ¿Existen adolescentes especialmente vulnerables durante la transición?. Segundo ¿Es la transición más difícil para unos que para otros?. Y tercero ¿Qué es lo que decide durante la transición el que se produzca una desviación psicopatológica o no?. Este modelo asume que, si bien el cómo se resuelve una etapa condiciona la siguiente, esto no es suficiente para que determine el cómo se resuelve la transición de la siguiente. Las dificultades de una etapa crearían una predisposición que estaría determinada sobre la base de dos aspectos: Las características de personalidad y/o temperamento y la naturaleza del sistema social en el que se produce.

En los aspectos de personalidad se incluyen todos los elementos que conforman el self: identidad, investimento de la delgadez como parte de la autodefinición y el conocimiento interoceptivo, tanto en lo referente a las emociones como a los estados físicos.

Este modelo considera una serie de mecanismos de disparo que ponen en marcha el inicio de la adolescencia temprana:

1. Mecanismos internos: Son los cambios psicológicos y físicos de la pubertad.
2. Mecanismos externos: Se refieren a las expectativas del sujeto.

Ambos mecanismos interactúan entre sí. La edad no está, sin embargo considerada como un mecanismo, sino como un indicador. De hecho, el mejor indicador es la pubertad con un incremento del sentimiento de insatisfacción corporal y el riesgo de la utilización de dietas que ello comporta.

El segundo componente son las tareas y objetivos que deben cumplirse. Estos autores enumeran los que ellos consideran más relevantes: la aceptación de la muerte, la aceptación de los cambios biológicos, sus limitaciones y riesgos, la reestructuración del autoconcepto y la identidad sexual, la orientación hacia el trabajo, la creatividad y el logro, así como la reconsideración de las antiguas amistades. Igualmente, los procesos del desarrollo constituyen, en sí mismos, diferentes estadios o pasos en la transición: *La desestructuración* es similar al proceso de equilibrio de Piaget. Es decir, pequeños acontecimientos novedosos necesitan de adaptación por parte del sistema al que ponen en desequilibrio. La desestructuración ocurre la mayoría de las veces de forma inconsciente generando un cierto disconfort e insatisfacción. Es este disconfort el que lleva al segundo proceso: *El replanteamiento* de la validez de las relaciones, los intereses y las características personales. Como resultado cognitivo y conductual del replanteamiento, aparecen los procesos denominados *Reintegración y Reestructuración*. En la Figura – 2 se desarrollan los mecanismos adaptativos y desadaptativos que pueden condicionar desde una conducta alimentaria normal, con pequeños problemas o hacia un trastorno alimentario.

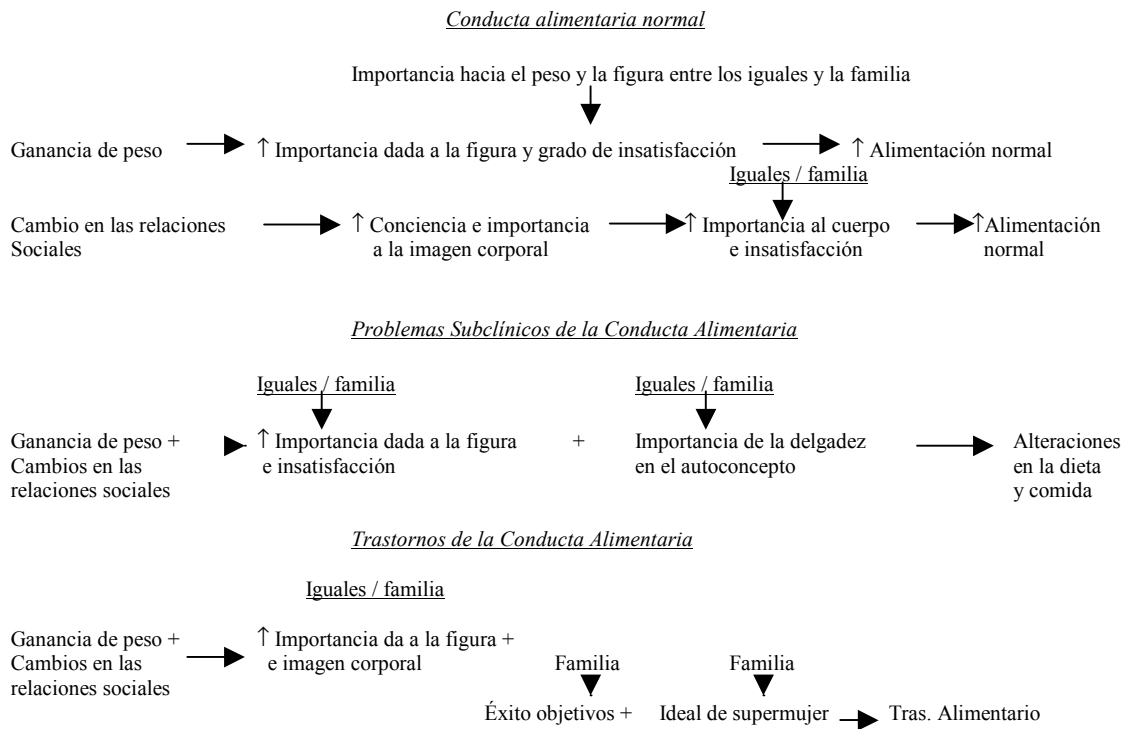
---

TABLA- 2: *Parámetros y procesos sociales y de personalidad durante la transición de la adolescencia.*

<b><i>PREDISPOSICIÓN</i></b>	<b><i>PROCESOS DE DESARROLLO</i></b>			<b><i>CONSECUENCIAS</i></b>
<p align="center"><b><u>Personalidad</u></b></p> <p>Diferencias en personalidad (fuerza del yo, narcisismo, estrategias de afrontamiento, mecanismo de defensa etc.) que predisponen al sujeto a reaccionar frente a los problemas de la transición.</p> <div style="text-align: center;"> <p><i>Interactúa con</i></p> </div> <p align="center"><b><u>Sistemas</u></b></p> <p>Se extiende a todos aquellos sistemas primarios (familia, pareja, organización del trabajo) que sirven a la adaptación y soporte del individuo. Suelen medirse a través de la flexibilidad del sistema, la comunicación, liderazgo, diferenciación de roles, cultura y mitos, variaciones entre clases sociales, raciales, consideraciones éticas....</p>	<p><b><u>Precipitantes</u></b></p> <p><b><i>Individuales</i></b></p> <p>Importancia a la muerte y Como se resuelve en el tiempo</p> <p><b><i>Estrés y a. Vitales</i></b> Cambios biológicos, Enfermedad o muerte de los Padres, amigos; miedo a la Enfermedad</p> <p><b><i>Sistema social</i></b></p> <p>Reducción de las presiones parentales; organización profesional o laboral con las limitaciones y presiones correspondientes</p>	<p><b><u>Objetivos evolutivos</u></b></p> <p>Aceptación de la muerte y del concepto de mortalidad</p> <p>Aceptación de las limitaciones biológicas y sus riesgos</p> <p>Reestructuración del autoconcepto y de la identidad sexual</p> <p>Reorientación al trabajo, Creatividad y el logro</p> <p>Reconsideración de las Primeras amistades</p>	<p><b><u>Procesos del desarrollo</u></b></p> <p>Desestructuración</p> <p>Replanteamiento</p> <p>Reintegración y reestructuración</p> <p>Cambios de rol y de conducta</p>	<p><b><i>ADAPTATIVOS</i></b></p> <p>Adaptación de la mortalidad, alcanzar un sentido de la individuación y de la identidad coherentes, integración de las fuerzas creativas y destructivas, conseguir un sentido positivo de comunidad, integración de lo masculino y de lo femenino y emergentes relacionados de la personalidad y reinvestir el narcisismo en la personalidad que sea capaz de afrontar con éxito los objetivos del desarrollo de las posteriores etapas de la vida.</p> <p><b><i>NO ADAPTATIVOS</i></b></p> <p>Fracaso en el establecimiento la bimodalidad sexual que integre los componentes masculino y femenino en la personalidad. Fracaso en la transferencia narcisística, inhabilidad en la aceptación de la muerte y otras pérdidas o abandonos.</p>



Figura - 2: Modelo evolutivo de la conducta alimentaria.



En la TABLA – 3 recogemos los aspectos evolutivos predisponentes, precipitantes, mediadores y consecuencias de los factores vinculados al éxito o fracaso de los procesos evolutivos.





TABLA - 5: Factores que influyen en la presentación de los trastornos alimentarios en la adolescencia.

<b>PREDISPONENTES</b>	<b>PRECIPITANTES</b>	<b>FUERZAS DEL DESARROLLO</b>	<b>MEDIADORES</b>	<b>CONSECUENCIAS</b>
<p><b><u>Personalidad</u></b></p> <p>Esquemas acerca de la delgadez, perfeccionismo, necesidades de aprobación social, insatisfacción corporal, realización de dietas, autoconcepto</p> <p style="text-align: center;">↓ interactúa con ↓</p> <p><b><u>Sistemas</u></b></p> <p>Enredo familiar, Hostilidad intrafamiliar, Presión de los iguales, bromas, actitudes y conductas familiares en relación con el peso y a la imagen corporal</p>	<p><b><u>Personales</u></b></p> <p>Toma de conciencia del final de la infancia: pubertad, cambios escolares, cambios en las relaciones parentales.</p> <p><b><u>Estrés o no anticipación a los A. Vitales</u></b></p> <p>Abuso y acoso sexual</p> <p><b><u>Sistemas Sociales</u></b></p> <p>↑ Relación con iguales ↓ Del soporte e influencia familiar ↓ Del apoyo de los profesores ↑ De las presiones de entrenadores y profesores ↑ De la exposición a los mensajes de los medios de comunicación</p>	<p>Adaptación a los aspectos físicos del adulto (reproducción, tamaño corporal, fuerza)</p> <p>Comienzo de las relaciones heterosociales</p> <p>Comienzo de la elección realista de los estudios universitarios o profesionales</p> <p>Evaluación y comparación de las relaciones con la familia respecto a las de los iguales</p> <p>Intensificación del rol sexual</p>	<p>Simultaneidad de diferentes demandas</p> <p>Características temporales de la pubertad</p>	<p><b><u>LAS MÁS ADAPTATIVAS</u></b></p> <p>En ausencia de disposiciones individuales, las distintas fuerzas(1) deben ser positivamente interpretadas →satisfacción corporal, autoestima positiva, relaciones interpersonales maduras, motivación de logro.</p> <p style="text-align: center;"><b><u>MODERADAMENTE ADAPTATIVAS</u></b></p> <p>Presencia de esquema de delgadez sin otras fuerzas simultáneas: dieta sin patología notable. Presencia de esquema de delgadez con acontecimientos simultáneos → alteración en la comida con baja autoestima debido a la insatisfacción corporal</p> <p><b><u>LOS MENOS ADAPTATIVOS</u></b></p> <p>Presencia del esquema de la delgadez con tres fuerzas simultáneas. Presencia de predisposición de la personalidad y tres fuerzas simultáneas</p>

Cuando estudiemos el tema relacionado con la epidemiología abordaremos nuevamente este modelo para explicar los factores de riesgo ligados al desarrollo, aspecto en donde más contribuido.

### **MODELO DISOCIATIVO**

Fue Janet en el siglo pasado el primero que interpretó la anorexia y la bulimia desde la perspectiva psicopatológica de la disociación. Este psiquiatra francés se planteó que en determinados pacientes con bulimia presentaban una serie de ideas fijas o un complejo repertorio de sentimientos que se escapaban a su control y que, incluso, sin conciencia de ello por parte del sujeto. Para este autor el síntoma tenía un origen constitucional y se presentaba a partir de una emoción violenta causada por algún trauma anterior. Proponía la hipnosis como tratamiento, sobre todo en los pacientes sugestionables.

El modelo de Janet cayó en el olvido durante más de cincuenta años. Es a partir de mediados de los ochenta cuando se retoma el modelo y la hipnosis como tratamiento, al observarse, efectivamente, que algunos pacientes durante los atracones parecen estar bajo un estado disociativo: amnesia, vivencia de ensoñación etc.. Las técnicas exploratorias se realizan bajo hipnosis y se intenta negociar los aspectos disociados del yo con otros aspectos sanos de la personalidad. La hipnosis disociativa, según Vandereicken, parecen encontrar apoyo científico en la explicación etiológica de alrededor el 10 % de los pacientes con bulimia.

Justamente, se han elaborado diversas escalas y cuestionarios para medir la hipnotizabilidad de los pacientes: El Stanford Hypnotic Clinical Scale y el Dissociation Questionnaire. Las altas puntuaciones en estas escalas confirman que la hipnosis es un mecanismo disociativo más frecuente en los pacientes con bulimia que en pacientes restrictivos.

### **MODELO FAMILIAR.**

El abordaje familiar en el tratamiento de los trastornos alimentarios parte de las investigaciones pioneras de Minuchin en Estados Unidos y de Silvini-Palazzoli en Italia. Ambos interpretan el síntoma anoréxico como el resultado de una familia disfuncional y con alteraciones en la comunicación entre sus miembros. Para Minuchin, que define a estas familias como psicósomáticas, describe algunos patrones de interacción específicos: *Intromisión*, relación basada en una profunda conexión emocional entre los diferentes miembros, normalmente entre el padre y el paciente con unos límites entre sus miembros o subsistemas intergeneracionales poco definidos. *La sobreprotección*, definida como una interacción basada en el exceso de cuidados, control conductual, con escasa autonomía e intolerantes ante la más mínima desviación de alguno de sus miembros. *La rigidez*, que exige una excesiva lealtad entre sus miembros con una gran intolerancia a cualquier desviación respecto a los fines y patrones de conductas familiares que, además, se han demostrado ineficaces. *Pobre capacidad en la resolución de conflictos*, es decir, son familias que evitan y se sorprenden de las diferencias importantes de alguno de sus miembros sin afrontarlas, dando lugar a un nivel de tensión crónica resultante de la solución de los desacuerdos. Aunque estas características funcionales y estructurales, Minuchin las puso en relación con familias que presentaban pacientes con anorexia, Root (1986) las encontró, igualmente, en familias con BN. A las características que hemos descrito, se han añadido otras cuatro: *La descalificación*, de los proyectos y cambios que no se adaptan a los objetivos y valores familiares. *“The three-way matrimony”* que sería una forma de triangulación entre los miembros con la enfermedad y los padres. *El autosacrificio*, y *la pulsión hacia el éxito*. Estas características funcionales interfieren significativamente importantes mecanismos de afrontamiento como son la espontaneidad, la capacidad creativa para la resolución de problemas, la flexibilidad y la capacidad de apertura para buscar alternativas. Investigaciones posteriores han añadido otros aspectos que son bastante comunes en las familias que alguno de sus miembros presenta una BN:

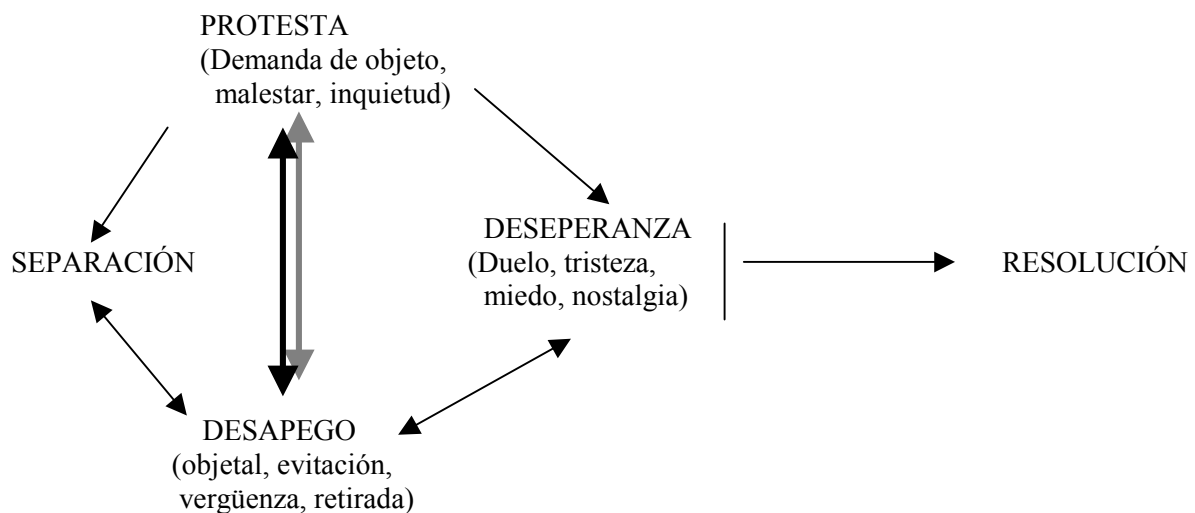
- Con frecuencia pertenecen a familias de un nivel socioeconómico alto.
  - En los familiares cercanos nos encontramos con acumulación de trastornos alimentarios, trastornos afectivos, enfermedades somáticas y adicciones en general.
-

- Las interacciones familiares se caracterizan por estar basadas en el control de sus miembros, interdependencia emocional y con grandes tensiones y conflictos que no se expresan ni se hablan abiertamente (Vandereycken, 1989).

Sin embargo, no podemos establecer una conexión causal entre estos hallazgos y la BN. Es conocida la tensión intrafamiliar que genera esta patología sin está claro qué es la causa y cual el resultado de esta anómala y, efectivamente, contrastada interacción.

Otro aspecto estudiado desde la perspectiva del desarrollo y la familia como contexto de vulnerabilidad para la bulimia, ha sido la resolución del vínculo y la separación-individuación (Bowlby, 1984). En la Figura – 3 presentamos una visión dinámica de estos procesos.

Figura – 3: *Dinámica del vínculo y la separación.*



Se han encontrado en las familias con pacientes bulímicos dificultades para desenvolverse con normalidad en las exigencias del desarrollo y crecimiento de sus miembros con un significativo aislamiento social y falta de relación con sus familia extensa. Existe una tendencia en la dinámica familiar al autosacrificio de sus miembros en pro a unos ideales familiares que no favorecen o dificultan de forma importante las necesidades individuales de sus miembros traduciéndose en una intromisión entre ellos, sobreprotección, déficits en la resolución de los conflictos, falta de liderazgo e imposibilidad de asistir convenientemente a los hijos en su desarrollo emocional y de dependencia.

Igualmente, en las familias con BN se encuentran con mayor frecuencia antecedentes de abandonos y separaciones por enfermedades o muerte de miembros relevantes para la familia, cambios en el estatus socioeconómico, cambios de domicilio o emigración con el consiguiente aislamiento social. La no resolución emocional de las separaciones y pérdidas daría lugar a un *patrón conductual de separación o de protesta* más que a la resolución normal del duelo. Las conductas de separación o de protesta son: cólera, irritabilidad, solicitud objetal (incluyendo la comida y las drogas), hiperactividad y alta emocionalidad. El *patrón conductual de desapego* consiste en la presentación de: frialdad, separación objetal, distanciamiento emocional y racionalización.

La vergüenza como aspecto emocional es parte fundamental de la respuesta afectiva a la percepción interna de los procesos de separación y abandono y es crucial en la regulación del apego. Para algunos autores, si bien la vergüenza a la obesidad es muy importante en nuestra sociedad, en las familias con BN y entre sus miembros individuales es determinante.

## **MODELO FEMINISTA**

El modelo feminista centra todo su interés en los aspectos socioculturales relacionados con el desencadenamiento de la BN. Durante las dos últimas décadas se ha impuesto a la mujer un ideal de delgadez como sinónimo de felicidad y éxito. La persecución de este prototipo de figura se establece a través de unos procedimientos no realistas y que atentan contra la salud. Aún más, parece que se ha establecido una competición social por exigir cada vez una delgadez más extrema al mismo tiempo que se insiste con más fuerza en los peligros de una supuesta “obesidad”. Tanto que resulta imposible conseguirla por lo que los medios de comunicación difunden todo tipo de dietas y procedimientos milagrosos para conseguirla.

Desde este modelo se afirma que este condicionamiento social se fundamenta en la represión de algunas necesidades y aspectos individuales de la mujer, siendo el trastorno alimentario la simbolización de conflictos internos. La terapia de la BN basada en este modelo se orienta hacia las intervenciones grupales en donde se pongan de manifiesto los conflictos intra e interpersonales ligados al problema alimentario. Como principios generales, se asumen los siguientes aspectos terapéuticos:

- Los roles sexuales asignados por nuestra sociedad ejercen una influencia destructiva tanto en los hombres como en las mujeres.
- El contexto sociocultural en occidente ejerce un importante impacto en la familia dando lugar a una madre sobreprotectora y a un padre ausente.
- Muchos de los problemas familiares se relacionan con el poder y los límites en el seno de la familia y fuera de ella en donde el hombre goza de mayores privilegios que la mujer, tanto en lo que se refiere al poder social, económico y político.
- Muchos pacientes con bulimia son víctimas de violencia sexual y física por parte de los hombres.

Las aplicaciones de estos aspectos en el ámbito de la terapia se abordan en el marco de otros paradigmas, dándole la relevancia que cada caso concreto necesita.

## **MODELO INTEGRADOR O ECLECTICO**

Actualmente es difícil que se utilice un modelo exclusivo en el tratamiento de la BN. Lacey (1985) fue de los primeros autores que propusieron un modelo ecléctico en el tratamiento de la BN. Primero, proponía diferenciar clínicamente a los pacientes con BN antes de diseñar el tipo de intervención en: bulimias secundarias y con trastornos de personalidad ( las denominadas bulimias multiimpulsivas). Segundo, delimitaba los factores inductores de la BN (dificultades relacionales, experiencias de abandono y cambios ambientales), para los que proponía intervención psicodinámica grupal y los factores de mantenimiento (desnutrición, estrés y sentimientos de soledad) a los que abordaba en terapia individual con técnicas de autocontrol y cognitivas.

Wooley y Wooley (1985) proponen un abordaje multimodal en donde combina terapia individual y grupal. Focalizan la intervención en aspectos de la percepción corporal y de expresión. Las disfunciones familiares la aborda en sesiones de terapia familiar.

Andersen (1985) en su modelo ecléctico focaliza la intervención en hacer de las conductas bulímicas aspectos con escasa relevancia e interferencia en la vida del paciente, más que en su eliminación. Este autor distingue varias áreas de intervención:

1. Las técnicas conductuales las aplica para tratar las alteraciones de la conducta alimentaria y otras alteraciones conductuales.
  2. El tratamiento médico es necesario en los casos en donde existe un bajo peso o conductas purgativas o vómitos.
-

3. La psicoterapia aborda las consecuencias psicológicas de la pérdida de peso, la autoestima y aspectos psicodinámicos de la vida psíquica del sujeto.

Más recientemente, Williamson, David y Cols. (1990) han propuesto integrador explicativo de la BN en donde se integran los modelos explicativos más relevantes de los vistos hasta ahora, aunque, especialmente, los referidos a la ansiedad y depresión. En la Figura – 4 (Tomada de Saldaña García, 1994) se exponen los aspectos funcionales del mismo.

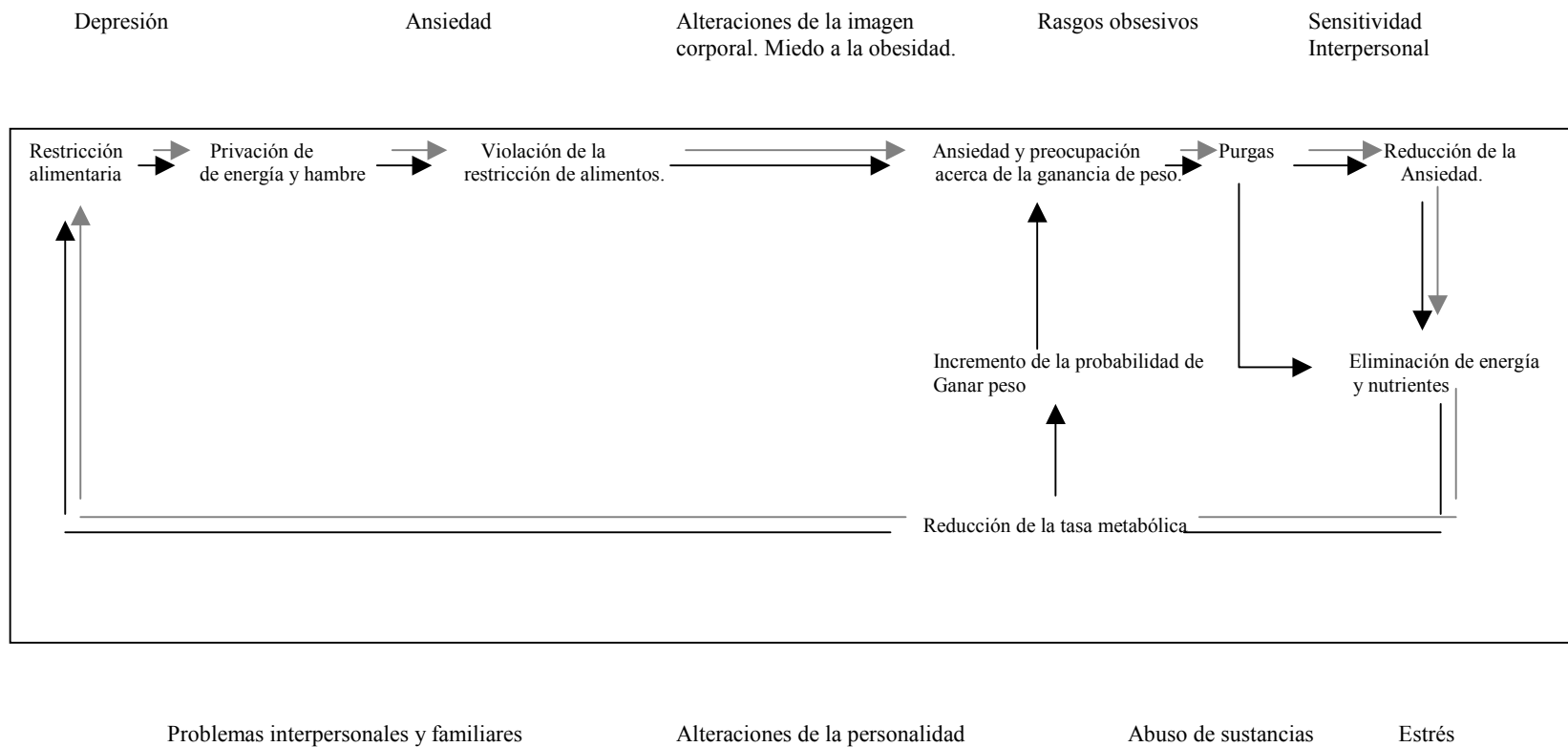
Como podemos observar, la restricción alimentaria secundaria a *los síntomas depresivos*, con la consiguiente disminución de nutrientes, sensación de hambre y alteración de otras variables metabólicas, produciría un incremento de *la ansiedad*. El incremento de las distorsiones valorativas de la imagen corporal conjuntamente con las alteraciones metabólicas, darían lugar a la presentación de atracones y, posteriormente, a la presencia de rasgos obsesivos y compulsivos. La posterior aparición de las conductas purgativas (vómitos, uso de laxantes etc.) incrementarían las alteraciones metabólicas y endocrinas, disfuncionalizan la sensación de hambre-saciedad y un incremento de la sensibilidad interpersonal, aunque, igualmente, reducen la ansiedad incrementado los síntomas depresivos y cerrando el círculo patológico.

Durante la permanencia de esta situación patológica, se incrementa el estrés, aparecen rasgos patológicos de personalidad, existe un alto riesgo del consumo de drogas y se incrementan los problemas interpersonales e intrafamiliares.

A modo de **CONCLUSIÓN**, los modelos explicativos que hemos expuesto evidencian algunos aspectos diferenciales en los que se apoyan y que merecen ser reseñados por lo que suponen a la hora de estudiar e intervenir sobre personas concretas que sufren de esta enfermedad cada vez más frecuente:

- Los antecedentes y la concurrencia de los síntomas depresivos y ansiosos.
- La gran variedad de conductas aprendidas por condicionamiento clásico, operante y cognitivo que aparecen conforme avanza la enfermedad y que contribuyen a su perpetuación.
- La frecuencia de antecedentes de abuso sexual, sobre todo en los estudios americanos, aunque no significativos en las investigaciones europeas.
- La asociación a otras patologías propias del control de los impulsos como son las toxicomanías, los intentos de suicidio y la cleptomanía.
- La importancia de variables evolutivas como elementos acumulativos de riesgo.
- La similitud psicodinámica con la antigua neurosis histérica, como parece demostrar el rol de la difusión mimética del síntoma. Los argumentos a favor que dan los investigadores adscritos a este paradigma son los siguientes:
  - Su carácter epidémico.
  - La variabilidad en cuanto a la gravedad que depende del estado afectivo subyacente y de la capacidad de enfrentamiento a la soledad.
  - La gran sugestionabilidad que da lugar a grandes éxitos o fracasos terapéuticos dependiendo de la relación con el psicoterapeuta.
  - La gran analogía de la sexualidad con la histeria: la necesidad de seducción asociada a una evitación, e incluso miedo intenso, a la realización del acto sexual.

Figura – 4: *Modelo de Williamson et cols (modificado).*



## **BIBLIOGRAFÍA**