

SINTOMATOLOGIA BULIMICA: UN ANALISIS TOPOGRAFICO Y FUNCIONAL

Marisol Mora Giral
Rosa M^a Raich Escursell

Departamento de Psicología de la Salud. Area de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BARCELONA

RESUMEN

Dos de los criterios de bulimia nerviosa que aparecen en todas las clasificaciones diagnósticas son los episodios de hiperfagia y el empleo de estrategias para prevenir la ganancia de peso. En este artículo nos proponemos revisar aquellos estudios que provean información sobre la topografía de los episodios bulímicos y variables funcionalmente relacionadas con ellos. Examinamos también estudios sobre la prevalencia de los diferentes sistemas de control del peso.

Palabras clave: EPISODIOS BULIMICOS, CONDUCTAS DE CONTROL DEL PESO.

SUMMARY

Two of the criteria of bulimia nerviosa presents in all the diagnostic classifications are: binge-eating episodes and purging behavior to preventing the gain of weight.

In this article, we propose review all those studies providing information regarding topography and variables functionally related to them. We examine also studies regarding prevalence of the differents kinds of purging behavior.

Key words: BINGE EATING, PURGING BEHAVIOR.

En todas las caracterizaciones diagnósticas del síndrome bulímico, figuran como dos de sus rasgos cardinales: los episodios de voracidad y el empleo de sistemas de eliminación calórica o de control del peso.

En esta revisión nos proponemos recopilar y sintetizar los resultados de varios trabajos, para trazar un perfil de la topografía del episodio bulímico y de las variables funcionalmente relacionadas. Un segundo objetivo es ofrecer datos de prevalencia de las diferentes estrategias de control del peso y su relación con psicopatología concurrente.

EPISODIOS DE HIPERFAGIA

Definición de *Binge* o atracón

La definición estándar de '*binge*', término empleado en la literatura americana y anglosajona para designar un episodio bulímico, según Gormally (1984), es '*un episodio de ingesta incontrolada en el que se consume una gran cantidad de comida en un periodo breve de tiempo*' (pp. 49). Sin embargo, no todos los episodios de sobreingesta son '*binges*' tal como los concibe Gormally. No todos los atracones se experimentan con pérdida de control, a veces se come más de lo planeado simplemente porque resulta placentero. Esto implica que la sensación subjetiva de pérdida de control debe ser incorporada en la definición.

Según este autor deberían incluirse dos elementos en la definición de *ingesta compulsiva* o *binge*:

- La experiencia de pérdida de control sobre la ingesta
- Reacciones emocionales negativas tras el episodio

Gormally asevera que los episodios de sobreingesta (que satisfacen los anteriores requisitos) reúnen elementos de compulsividad y de conducta adictiva:

- la ambivalencia entre una incontenible urgencia a comer, pero a la vez resistencia a dar rienda suelta al impulso por miedo a perder el control, tiene tintes de compulsividad.

- La inhabilidad para comer moderadamente y lograr la abstinencia entre los horarios de comida, así como los deseos recurrentes de comer que no se satisfacen con una ingesta moderada, contienen elementos de conducta adictiva.

La definición de '*binge*' ha variado desde su inclusión original en el DSM-III, en el que era definido como '*la rápida consumición de una gran*

cantidad de comida en un período breve de tiempo, habitualmente inferior a dos horas”.

Esta definición es problemática. Los informes clínicos muestran gran versatilidad en la topografía de los episodios bulímicos. Sin embargo existe un denominador común: la cantidad de alimento ingerido es estimada por la persona como excesiva y se acompaña de una sensación subjetiva de descontrol. Lo fundamental no reside en la cantidad ingerida en términos absolutos, sino cómo se experimenta el episodio. La exigencia de que los episodios deberían durar menos de dos horas es innecesaria y restrictiva ya que en algunos pacientes los episodios duran más y satisfacen plenamente el resto de los criterios diagnósticos.

En el DSM-III-R, el límite de duración de dos horas es eliminado, a la luz de varios estudios que señalan su irrelevancia a efectos diagnósticos (Wilson, 1992).

En el esquema provisional para el DSM-IV de Wilson y Walsh (1991) se impone como exigencia en la definición de *“binge”* la pérdida de control, en consonancia con la definición de Gormally comentada también antes.

Según la propuesta de Wilson y Walsh (1991), un episodio bulímico se caracteriza por la *consumición en un período breve de tiempo (unas dos horas) una cantidad de alimento superior a la que la mayoría de personas consumiría en un período de tiempo similar. El episodio se experimenta con sensación de pérdida de control (no poder detener la ingesta o no controlar lo que se come o la cantidad de lo que se come)*.

Nuevamente en esta propuesta vuelve a incorporarse un período orientativo de tiempo respecto a la duración de un episodio, que había sido eliminado en la descripción del DSM-III-R.

Tanto en el DSM-III-R como en la propuesta diagnóstica para el DSM-IV, se obvia el segundo componente de la definición de Gormally: reacciones negativas tras el episodio, aunque pueden inferirse a partir del empleo de sistemas de control del peso.

Beglin y Fairburn (1992) compararon la significación vulgar del término *“binge”* con la definición técnica, interrogando a una muestra amplia de mujeres jóvenes procedentes de un área urbana y de un área rural.

En el estudio se consideró la distinción del EDE (Eating Disorders Examination, entrevista semiestructurada para la evaluación de los trastornos alimentarios) de cuatro tipos de sobreingesta, en función de la presencia/ausencia de dos atributos:

- Pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (dificultad para prevenir el episodio o para detenerlo una vez ha comenzado).
- Consumición de una cantidad ingente de comida (excede la cantidad que sería ingerida en circunstancias similares).

De estos criterios resultan cuatro combinaciones:

TABLA 1.-

Episodios Bulímicos Objetivos	Ingesta de una gran cantidad de alimento con pérdida de control sobre la conducta alimentaria.
Episodios Bulímicos Subjetivos	Pérdida de control sobre la ingesta sin que haya habido una consumición masiva de alimento.
Episodios Objetivos de Sobreingesta	Ingestión de una gran cantidad de alimentos sin sensación de pérdida de control sobre la ingesta.
Episodios Subjetivos de Sobreingesta	Consumición de una cantidad no excesiva de alimentos sin sensación de pérdida de control sobre la conducta alimentaria.

Se obtuvo que los sujetos otorgaron más importancia como elemento definitorio de un "binge", la sensación subjetiva de pérdida de control que la cantidad ingerida.

A una submuestra de sujetos se les pidió clasificar 11 atributos en función de si eran prototípicos o no de un episodio bulímico. Tres cuartas partes de la submuestra consideraron esenciales los siguientes atributos:

- ingerir una gran cantidad de alimento
- experimentar extrema plenitud
- sensación de pérdida de control
- humor disfórico subsecuente

La denotación vulgar del término "binge" no parece distar demasiado de su acepción científica, aunque ésta, no está del todo consolidada.

Los resultados obtenidos reivindican la relevancia de la cantidad ingerida como distintivo de un episodio bulímico e incorporan además los dos constituyentes propugnados por Gormally como constitutivos de un episodio bulímico.

En el trabajo de Rosen, Leitenberg, Fisher y Khazom (1986) se constató que en muestras clínicas, la cantidad de alimento ingerido en términos absolutos, no es un atributo relevante en la definición de un episodio bulímico. Estos autores analizaron autoregistros alimentarios de 20 pacientes bulímicas. Los sujetos calificaban sus episodios alimentarios como ingesta normal o sobreingesta ("binge"). Frecuentemente, los pacientes catalogaban como "binge" episodios alimentarios no sobreingestivos así como grandes ingestas de comida. En base a este resultado, los autores concluyen que la definición de episodio bulímico o "binge" del paciente, parece estar basada en estándares subjetivos de lo que constituye una sobreingesta, a la luz de la reducida correlación ($r=0.001$) existente entre cantidad ingerida (nº de calorías) y sentimientos negativos tras la ingesta (autovaloraciones de ansiedad).

Probablemente, la definición de episodio bulímico o "binge" dependió más de *lo que comieron* que de la cantidad ingerida. Woell, Fichter, Pirke y Golgram (1989), llegaron a la misma conclusión en un análisis de los autoregistros alimentarios de su muestra.

En los episodios etiquetados como "binge", se consumieron con frecuencia bocadillos y dulces. Puede existir la creencia distorsionada de que ingerir estas comidas significa "atracarse" o ganar mucho peso, mientras que otro tipo de alimentos, posiblemente con el mismo valor energético no.

Otra creencia idiosincrática que facilita la calificación de sobreingesta a un episodio alimentario determinado, es la de pensar que la ingestión de una pequeña o moderada cantidad de alimento convierte al próximo episodio en un "binge", aunque no sea exorbitante en términos de cantidad.

Algunos pacientes al comienzo del día deciden deliberadamente no ingerir alimentos "prohibidos" (hipercalóricos), de manera que cuando violan esta resolución, tomando una pequeña cantidad de ellos, lo consideran un atracón.

En otros estudios (Rossiter & Agras, 1990; Mitchell & Laine, 1985; Woell, Fichter, Pirke y Wolfram, 1989) se constata una gran variabilidad en el balance calórico de los episodios bulímicos, de tal manera que la mayoría de los sujetos exhiben episodios, catalogados como "sobreingestivos", de muchas y pocas calorías.

A continuación ofrecemos desglosadamente los diferentes ítems en los que podemos descomponer la topografía de un episodio bulímico:

Circunstancias y contexto espacial

Hsu (1990a) administró a una muestra de 50 bulímicas (diagnosticadas según DSM-III-R) un cuestionario diseñado para obtener un perfil de la topografía del episodio bulímico.

El 89% de las pacientes solían sobreingerir solas. El mismo resultado verificaron otros autores en sus respectivas revisiones (Larraburu, 1986; Hsu, 1990b). El resto lo hacían en presencia de amigos, padres, novio o marido.

La mayoría de sujetos se daban el atracón en su casa (preferentemente en la cocina, sala de estar o en el baño), aunque una minoría lo hacía en restaurantes o cafeterías, en el coche o en el lugar de trabajo.

Actividades Concurrentes

El porcentaje más elevado correspondió a aquellas que veían la TV mientras se atracaban, aunque un porcentaje nada despreciable, no hacía nada mientras comía. Una minoría leía, hacía tareas domésticas, actividades académicas o escuchaba la radio.

Contenido calórico del episodio

Dado que los datos son retrospectivos, ya que no se les pidió a los sujetos autoregistros de su conducta alimentaria, ni se les sometió a un *test meal* de laboratorio, no disponemos de datos objetivos del potencial calórico de los episodios bulímicos de esta muestra. Sin embargo, se han llevado a cabo varios estudios que examinaron autoregistros alimentarios donde fué factible el cómputo calórico:

Rossiter y Agras (1990), estudiaron una muestra de 32 pacientes bulímicas a las que se solicitó registros alimentarios durante siete días consecutivos. Los sujetos consumieron un promedio de 1200 cal. por episodio con una SD de 100 cal. Un 28% de los episodios bulímicos tuvieron un contenido calórico de 500 cal y otro 28% entre 501 y 1000 cal. Esto denota una gran variabilidad interindividual. El promedio de calorías intrasujeto por episodio bulímico fué de 1905 cal. Sin embargo este promedio subsume una gran varianza intraindividual en el contenido energético de los episodios.

Esto implica que la mayoría de los sujetos tienen episodios bulímicos de muchas y pocas calorías.

Los autores recomiendan para futuras adiciones al DSM, desenfatar la importancia del tamaño de los episodios bulímicos como criterio diagnóstico.

Rosen, Leitenberg, Fisher y Khazam (1986), analizaron los registros alimentarios de una semana de 20 pacientes bulímicas. Obtuvieron una gran variabilidad intraindividual. Los pacientes calificaban como episodios bulímicos ingestas considerables (sobre las 2000 cal.) e ingestas muy pequeñas. Estos autores hipotetizan que la cantidad ingerida en un episodio bulímico viene modulada por el empleo o no del vómito como método para prevenir la ganancia de peso. De manera que las bulímicas que vomitan consumirían más alimento en sus episodios bulímicos, anticipando la evacuación posterior del mismo a través del vómito. Éste eliminaría las inhibiciones contra la sobre-ingesta.

Mitchell, Pyle y Fletcher (1991) aportan evidencia empírica indirecta a esta hipótesis al comparar bulímicas que empleaban el vómito como estrategia de control del peso con bulímicas que empleaban laxantes más vómito, y bulímicas que utilizaban laxantes solamente. Obtuvo que las bulímicas que vomitaban (tomando laxantes o no) tenían episodios bulímicos con mayor frecuencia que aquellas que sólo tomaban laxantes para controlar su peso.

Evidencia directa en apoyo a esta hipótesis la obtenemos en un estudio realizado por Lacey y Gibson, 1985 (cfr. Mitchell et al., 1991) donde se constata que las bulímicas que emplean el vómito autoinducido consumen más durante sus episodios bulímicos que aquellas que abusan de laxantes para reducir su peso.

Otra variable funcionalmente asociada al volumen calórico de la ingesta, es el gradiente de ansiedad previo al episodio. Elmore y Castro (1990) solicitaron a un grupo de bulímicas sintomáticas, un grupo de bulímicas en remisión y un grupo de controles normales, autoregistros donde debían consignar cada ítem de comida y bebida junto con autovaloraciones de hambre y ansiedad antes y después de cada episodio alimentario. Se halló una correlación positiva entre ansiedad anticipatoria y volumen de alimento ingerido, así como entre cantidad consumida y reducción de la ansiedad después del episodio bulímico.

Woell, Fichter, Pirke y Wolfram (1989), tomaron los registros de la conducta alimentaria de 30 bulímicas durante tres semanas. Todas ellas tuvieron una frecuencia de por lo menos un episodio bulímico diario que

culminó siempre con vómito autoprovocado. Estos autores verificaron una gran dispersión inter e intraindividual en el valor energético de los episodios bulímicos:

- La cantidad de los episodios osciló de 500 gr. a 4 Kg.
- El contenido energético fluctuó de valores inferiores a las 100 cal. a 84 cal. El promedio se situó en 1945, aunque poco sentido tiene calcular un promedio cuando la variabilidad es tan importante.

Esta variabilidad está en sintonía con los estudios anteriores.

Mitchell y Laine (1985) monitorizaron en laboratorio la conducta alimentaria de seis bulímicas de peso normal, todas ellas vomitadoras. Este autor, nuevamente halló una gran variabilidad en las calorías consumidas por episodio, oscilando entre 1436 a 25755 cal, con un promedio de 4394 cal.

Walsh, Kissileff, Cassidy y Dantzie (1989) observaron la conducta alimentaria de 12 bulímicas y 10 controles normales en laboratorio, en el que se solicitó a todos los sujetos y en días no consecutivos ingerir una comida regular estandarizada y sobreingerir lo máximo posible de un determinado tipo de alimento. Los episodios bulímicos de los pacientes se caracterizaron por un elevado contingente energético: un promedio de 14078 cal versus 5930 cal en los episodios de sobreingesta de los controles. Al parecer las diferencias fueron estadísticamente significativas. Los autores destacan la gran variabilidad hallada en este y en todos los parámetros evaluados.

A continuación transcribiremos las cifras arrojadas por diferentes autores en sus respectivas revisiones:

- Fairburn, Cooper y Cooper (1986) citan un intervalo de 5000 a 10000 cal.
- Larraburu (1986) obtiene un intervalo mayor: de 3500 a 20000 cal.
- Hsu (1990b) revisando varios estudios de laboratorio concluye que hay una gran dispersión en el balance calórico de los episodios fluctuando desde varias centenas de cal a 20000 cal.
- Fichter (1990) no presenta un promedio de calorías pero advierte que el potencial calórico de los episodios puede alcanzar las 15000 cal. y los 3 Kg. en peso.

El nexo común de todos estos trabajos es la gran variabilidad tanto inter como intraindividual en el balance energético de los episodios bulímicos.

Esta variabilidad se multiplica si consideramos ciertas variables que pueden modular el consumo calórico, como la eficacia de la estrategia de control del

TABLA 2.- Contenido energético de un episodio bulímico

Investigaciones	Resultados
Rossiter y Agras (1990)	media intersujeto= 1200 cal. gran variabilidad. media intrasujeto= 1905 cal. gran variabilidad. 28% de los EB 500 cal. 28% de los EB 501-1000 cal.
Rosen, Leitenberg, Fisher y Khazam (1986)	Gran variabilidad interindividual.
Mitchell, Pyle y Fletcher (1991) Lacey y Gibson (1985)	La cantidad consumida y la frecuen- cia de EB viene modulada por el empleo subsiguiente del vómito.
Woell, Fichter, Pirke y Wolfram (1989)	media = 1945 cal. intervalo = < 100 - 8400cal. gran variabilidad inter e intrasujeto
Mitchell y Laine (1985)	media = 4394 cal. intervalo = 1436 - 25755cal.
Elmore y Castro (1990)	El volúmen de alimento ingerido estuvo funcionalmente relacionado con el nivel de ansiedad previo.
Walsh, Kissileff, Cassidy y Dantzie (1989)	media bulímicas = 14078 cal. media controles = 5930 cal.
Revisiones	
Fairburn, Cooper y Cooper (1986) Larraburu (1986) Hsu (1990b) Fichter (1990)	intervalo = 5000 - 10000 cal. intervalo = 3500 - 20000 cal. intervalo = 100 - 20000cal Máximo = 15000 cal.

peso empleada para prevenir la ganancia de peso (vómito), y el gradiente de ansiedad previo al episodio.

Las bulímicas que vomitan, ingieren más cantidad que aquellas que emplean otro método de eliminación calórica, y además tienen episodios de hiperfagia con mayor recurrencia.

Si el nivel de ansiedad preepisodio es elevado el volúmen ingerido probablemente será mayor.

Muchas veces la variabilidad es motivada por la propia conceptualización idiosincrática de la paciente de lo que es un episodio bulímico: asignando la misma etiqueta a episodios alimentarios de muy diferente contenido calórico. Parece ser que el concepto de "binge" depende más del tipo de alimento (considerado siempre hipercalórico o potencialmente engordante) que de la cantidad ingerida.

Existen otros estándares subjetivos, en base a los cuales se califica a determinados episodios alimentarios como episodios bulímicos, que ya hemos comentado.

Todo esto nos informa de la necesidad de replantearnos la utilidad de un criterio diagnóstico, que enfatice entre otros caracteres topográficos, la "consumición de una gran cantidad de alimento" como uno de los rasgos distintivos de un episodio bulímico.

Composición en macronutrientes

Habitualmente se ingieren alimentos fácilmente disponibles, de acceso irrestringido, que no precisen ser cocinados y fáciles de eliminar a través del vómito.

Durante el episodio bulímico hay una mayor preferencia por alimentos sólidos que por los líquidos, aunque el patrón inverso rige para las comidas regulares.

Los pacientes que beben durante un episodio bulímico lo hacen al final para facilitar el vómito.

En el estudio de Hsu (1990a) los autoinformes de los pacientes revelaron un elevado consumo de carbohidratos y lípidos en sus episodios bulímicos (helados, pasteles, chocolate, patatas fritas pan, bocadillos, mantequilla de cacahuete, etc).

Wocll, Fichter, Pirke y Wolfram (1989), verificaron que la selección de

alimentos fué principalmente rica en lípidos, especialmente dulces, mantequilla y otros productos lácteos. La distribución obtenida fué la siguiente: 43 % lípidos, 42 % carbohidratos y 12% proteínas.

En un estudio citado por estos mismos autores se obtuvo la siguiente proporción (Kissileff, Walsh & Cassidy, 1986): 46% carbohidratos, 42% lípidos y 12% proteínas.

En el estudio de Mitchell y Laine (1985) se obtuvo una proporción en carbohidratos ligeramente mayor y algo inferior en proteínas: 49% carbohidratos, 43% lípidos y 8% proteínas.

Algunos sujetos incorporaron verduras y ensaladas en sus episodios bulímicos e ingerían grandes cantidades de líquido para facilitar la deglución de los alimentos muy sólidos sobre todo al final de los episodios, junto con la consumición de alimentos fluidos como helados, para facilitar el vómito. El tipo de líquidos frecuentemente consistió en bebidas alcohólicas con gas.

Walsh, Kissileff, Cassidy y Dantzig (1989) obtuvieron el siguiente patrón de resultados: 50% carbohidratos, 40% lípidos y 10% proteínas.

Los estudios de revisión destacan como ingredientes de los episodios bulímicos aquellos alimentos que los pacientes excluyen de su dieta: elevados en calorías y promotores de la ganancia de peso (Fairburn, Cooper y Cooper, 1986; Larraburu, 1986; Fichter, 1990). Habitualmente son ricos en carbohidratos (pan, galletas, chocolate).

Péase a que un estudio de los citados obtiene un predominio en la proporción de lípidos sobre la proporción de carbohidratos (Woell, Fichter, Pirke & Wolfram 1989), el resto arroja porcentajes superiores en carbohidratos, aunque la diferencia es leve (Kissileff, Walsh, Cassidy, 1986; Mitchell & Laine, 1985; Walsh, Kissileff, Cassidy & Dantzig, 1989).

Teniendo en cuenta que las demandas de carbohidratos del organismo son superiores a las demandas de lípidos, los porcentajes en lípidos obtenidos son notablemente elevados y proporcionalmente superiores a los porcentajes de carbohidratos.

Acertadamente aseveran Rosen, Leitenberg, Fisher y Khazam (1986) que muchos alimentos elevados en carbohidratos como el chocolate y las pastas, frecuentemente consumidos en los episodios bulímicos, son también ricos en lípidos.

En todos estos estudios se patentiza una pobre ingesta proteica.

Sin embargo, Walsh, Kissileff, Cassidy y Dantzig (1989), señalan como principal diferencia entre los episodios bulímicos y los episodios sobreinges-

tivos inducidos en los controles: la cantidad ingerida y no tanto la composición en macronutrientes. Lo mismo hemos constatado en el estudio de Woell, Fichter, Pirke y Wolfram (1989).

TABLA 3.- Proporción de macronutrientes en un episodio bulímico

Investigaciones	Resultados
Woell, Fichter, Pirke y Wolfram (1989)	43% lípidos 42% carbohidratos 12 % proteínas
Kissileff, Walsh & Cassidy (1986)	46 % carbohidratos 42 % lípidos 12 % proteínas
Mitchell & Laine (1985)	49 % carbohidratos 43 % lípidos 8 % proteínas
Walsh, Kissileff, Cassidy & Dantzie (1989)	50 % carbohidratos 40 % lípidos 10 % proteínas

Severidad de la restricción

La práctica totalidad de bulímicas alternan fases de hiperfagia con fases de abstinencia o severa restricción alimentaria, pudiendo transcurrir varias semanas o algunos meses sin episodios bulímicos. En las fases de restricción se excluyen todas las comidas potencialmente "engordantes" (pasteles, dulces, pan blanco y productos lácteos), alimentos que consumirán en sus fases de hiperfagia.

Habitualmente se imponen una cuota calórica diaria, cuyo umbral se sitúa alrededor de las 1000 cal. (Fairburn, Cooper & Cooper, 1986).

En la investigación de Hsu (1990a) un 56 % de los pacientes hacían menos de una comida diaria al día. Sólo un 10% de las bulímicas comen más de una vez al día (Hsu, 1990b).

En el trabajo de Woell, Fichter, Pirke y Wolfram (1989) se compara la

consumición alimentaria diaria de pacientes bulímicas con la ingesta de controles normales:

- La consumición calórica diaria de las bulímicas incluyendo los episodios de hiperfagia, promedió: 2900 cal. El contenido en macronutrientes se distribuyó de la siguiente manera: 41% carbohidratos, 38% grasas, 12% proteínas y 8% alcohol.

- El grupo de mujeres sin trastorno alimentario consumió un promedio de: 2200 cal. La distribución en macronutrientes fué la siguiente: 45% carbohidratos, 38% grasas, 13% proteínas y 2% alcohol.

El consumo de carbohidratos fué levemente superior, el consumo de grasas fué equivalente, mínima la diferencia en el consumo de proteínas e inferior la ingesta de alcohol.

Pocas diferencias podemos observar en la composición dietética de bulímicas (teniendo en cuenta episodios bulímicos y el resto de episodios alimentarios) y controles, a nivel de macronutrientes. Y las diferencias en contenido energético no son tampoco estridentes.

Sin embargo, no podemos extraer ninguna conclusión categórica respecto a composición y contenido calórico de los episodios alimentarios no bulímicos, puesto que se valoraron estos parámetros globalmente, sin discriminar episodios bulímicos de ingesta no bulímica.

A pesar de los elevados ingresos calóricos durante los episodios bulímicos, estos son corregidos por el vómito. La rápida alternancia de ingesta y vómito reduce el ingreso calórico. En este estudio se constató que aún considerando las comilonas, todavía una tercera parte de los pacientes consumió menos de 2000 cal. diarias.

La ingesta diaria de vitaminas y minerales como el hierro y el zinc es baja, considerando las demandas metabólicas de estos nutrientes (y teniendo en cuenta la incorporación de estas sustancias en los episodios bulímicos). Estos déficits nutricionales empeoran con el vómito.

El trastorno alimentario conlleva déficits en vitaminas y minerales que colocan a estas pacientes en riesgo de desnutrición.

Mitchell y Laine (1985) obtuvieron un promedio de 451 cal diarias fuera de las fases de hiperfagia, oscilando entre 69 y 1062 cal. Sólo un sujeto consumió más de 500 cal diarias fuera de las fases bulímicas.

El tipo de alimentos ingeridos durante las fases de restricción fueron en general hipocalóricos, y consistieron en ensaladas y bebidas "light" principalmente.

Comparando la composición en macronutrientes de los episodios bulímicos y de los episodios alimentarios no hiperfágicos (en la muestra clínica), la principal diferencia estribó en una ligera reducción en la proporción de proteínas en los episodios bulímicos, sin embargo el contenido en carbohidratos fué bastante similar. Rosen, Leitenberg, Fisher y Khazam (1986) llegaron a una conclusión similar al verificar que no hubieron diferencias en la proporción de carbohidratos entre episodios bulímicos y el resto de episodios alimentarios. Esto contrasta con el deseo imperioso de carbohidratos que informan estos pacientes.

Parece ser que la disfunción alimentaria de las bulímicas reside más en el control de la cantidad de alimento ingerida que en el deseo de un macronutriente en especial.

En general las fases no hiperfágicas se caracterizan por una severa restricción calórica (Mitchell & Laine, 1985; Woell, Fichter, Pirke y Wolfram 1989) sin embargo, no existen grandes diferencias a nivel de macronutrientes respecto a los episodios bulímicos (Walsh, Kissileff, Cassidy & Dantzie, 1989; Rosen, Leitenberg, Fisher & Khazam, 1986).

Velocidad de Ingestión

Existen pocos estudios que evalúen fiablemente la validez diagnóstica de este parámetro.

Walsh, Kissileff, Cassidy y Dantzie (1989) cronometraron el tiempo que tardaban en consumir los alimentos de un episodio bulímico, pacientes bulímicas y controles, teniendo en cuenta el volumen calórico de cada episodio de ingesta. El resultado, en la línea de lo esperado, indicó que las bulímicas ingerían a mayor velocidad, informando que experimentaban la sensación de pérdida de control.

Wilson (1992) cita un trabajo en el que se comparan autoinformes de pacientes bulímicas con individuos sin trastorno alimentario. En ellos se solicitan valoraciones subjetivas de la velocidad de ingestión en el curso de los episodios de sobreingesta. Se obtuvo que las bulímicas ingerían a mayor velocidad. Sin embargo la utilización de una medida de autoinforme y la ausencia de un referente objetivo de comparación, pone en tela de juicio este resultado. Esta misma autora solicitó informes de profesionales clínicos especializados en trastornos alimentarios, respecto a la validez y utilidad de

este parámetro y los informes desecharon esta característica como atributo definitorio de un episodio bulímico.

Podemos obtener evidencia indirecta de esta variable a partir de estudios que evalúen fiablemente la duración de los episodios en función de su contenido calórico.

Hsu (1990a) obtuvo períodos, para la mayoría de los pacientes de 15' - 45'. Sin embargo, no tenemos información del balance promedio de calorías de estos pacientes, ya que sólo se les pidió autoregistros, y este tipo de información sólo tiene garantías de validez en un contexto de laboratorio, al igual que las cifras de duración del episodio.

Los cortos períodos de tiempo obtenidos sugieren una rápida velocidad ingestión, si se consume una gran cantidad de alimento.

Mitchell y Laine (1985) evaluaron la conducta alimentaria en laboratorio y obtuvieron que la duración promedio se situó en 59' aproximadamente. Si obviamos la gran dispersión hallada en el valor calórico de los episodios bulímicos y tomamos el promedio: 4394 cal, la consumición de esta cantidad de alimento en una hora puede darnos una idea aproximada de la celeridad de la ingesta de estas pacientes. No obstante, no tenemos grupo control de comparación.

La duración de los episodios bulímicos es difícil de calcular, ya que a veces no se dan ciclos únicos de hiperfagia-vómito claramente delimitados, sino que se dan series de ciclos de hiperfagia-vómito encadenados, lo cual hace más difícil la determinación de su duración. Hsu (1990a) obtuvo que sólo un 58 % de los pacientes de su investigación tuvo ciclos únicos de hiperfagia-vómito, el resto tuvo series de ciclos de este tipo. Esto explica porque algún autor ha hallado períodos de duración tan variable como, de 15' a 8 horas o de 15' a 3 semanas.

Otra dificultad sobreañadida en la delimitación del tiempo, es la observación de que muchas veces el episodio bulímico es una prolongación de una comida regular. Varios autores han informado que episodios alimentarios regulares degeneran en un episodio de hiperfagia (Hsu, 1990a; Woell, Fichter, Pirke y Wolfram, 1989). Hsu (1990a) obtuvo que de un 25% a un 50% de los episodios bulímicos de su muestra fueron comidas habituales que degeneraron en hiperfagia.

Es difícil hacer inferencias de la velocidad ingestiva en los episodios bulímicos, a partir de la razón entre calorías ingeridas y duración del episodio. Por el momento, el único estudio controlado que ha evaluado de una for-

ma metodológicamente correcta esta variable, es el estudio de Walsh, Kissileff, Cassidy y Dantzic (1989), en el que se verifica que la velocidad de ingestión de las pacientes es significativamente mayor que la velocidad de ingestión de los controles.

Contexto temporal

Se ha comentado a partir de observaciones clínicas y de estudios de revisión, que el momento del día en el que los episodios bulímicos acontecen con mayor frecuencia es al final de la tarde o noche, cuando el cansancio de todo el día y las largas horas de dieta hacen a estos pacientes más vulnerables a la desinhibición (Hsu, 1990b; Fairburn, Cooper y Cooper, 1986).

Hsu (1990a) obtuvo que el momento del día en el que se concentraron con mayor probabilidad la mayoría de episodios de sobreingesta fué de 6 a 9 de la tarde/noche, en consonancia con los autores anteriores. El período siguiente más probable fué de 3 a 6 de la tarde y por último de 9 a 12 de la noche.

En el trabajo de Mitchell, Pyle y Fletcher (1991) se verificó que el período crítico en el que se incrementaba la probabilidad de sucumbir en un atracón, fué durante la tarde y la noche, también en sintonía con el resultado anterior. Sin embargo, hubieron diferencias entre los tres grupos: bulímicas vomitadoras, bulímicas vomitadoras y que además abusaban de laxantes y bulímicas que sólo tomaban laxantes para prevenir la ganancia de peso. Las bulímicas que vomitaban se implicaban en sus atracones más temprano que las que sólo tomaban laxantes y las bulímicas que empleaban ambas estrategias de control del peso, se situaban a un nivel intermedio. Este resultado es comprensible si consideramos los efectos del abuso de laxantes: varias horas después de su administración producen diarrea, es lógico que los pacientes comiencen la secuencia bulimia-vómito más tarde para experimentar este efecto por la noche o por la mañana y no durante el trabajo o el instituto.

Parece ser que el momento de mayor riesgo de hiperfagia suele ser el final de la tarde-noche, aunque esto depende del tipo de estrategia de control del peso que se emplee.

Frecuencia de los episodios bulímicos

La frecuencia de los episodios bulímicos es muy variable. Estudios de revisión arrojan las siguientes cifras:

· Larraburu (1986) estima que la frecuencia puede oscilar de 3 a 12 veces por semana.

· Hsu (1990a) considera que un ciclo de hiperfagia-vómito diario es lo más frecuente, aunque puede alcanzar una frecuencia de 10 veces o más al día.

· Fichter (1990): Destaca la gran variabilidad, oscilando de menos de una vez por semana a varias veces diarias.

A continuación vamos a examinar los resultados obtenidos en varios estudios empíricos:

· Woell, Fichter, Pirke y Wolfram (1989): la mitad de una muestra de 30 bulímicas tuvo como mínimo un episodio diario.

· Mitchell y Laine (1985): su muestra estuvo constituida por 6 pacientes bulímicas, de las cuales todas tuvieron como mínimo un episodio diario, no excediendo el nº de episodios diarios a 3.

· Walsh, Kissileff, Cassidy y Dantzie (1989): la muestra de estos autores reportó un promedio semanal de 18 episodios bulímicos. Los autores comentan que tal índice es más elevado que los observados habitualmente en muestras clínicas.

· Mitchell, Pyle y Eckert (1991): en todos los sujetos la frecuencia fué de varias veces al día.

En estos trabajos percibimos también, una gran variabilidad.

No está claro que esta variabilidad obedezca a diferentes niveles de severidad del trastorno. La asociación entre frecuencia de episodios bulímicos y severidad psicopatológica no está sólida y empíricamente avalada (Wilson & Eldredge, 1991).

Una variable funcionalmente asociada a la frecuencia de episodios bulímicos es el empleo del vómito como procedimiento para prevenir la ganancia de peso (Mitchell, Pyle y Fletcher, 1991). Es muy probable que los diferentes índices de frecuencia en los episodios bulímicos, sean función de la estrategia de control del peso empleada, entre otras variables.

Antecedentes y Consecuentes del episodio bulímico

Los antecedentes inmediatos, frecuentemente invocados por los autores son los siguientes:

Eventos displacenteros, frustración, rechazo, depresión, tensión o ansiedad, irritabilidad, aburrimiento, soledad, momentos inestructurados del

día (por la noche al regresar del trabajo o del instituto, fines de semana), ruptura de reglas dietéticas restrictivas y autoimpuestas, ingesta de alcohol, planificación deliberada del episodio y deseo de ciertas comidas (Fairburn, Cooper & Cooper, 1986; Larraburu, 1986; Fichter, 1990; Hsu, 1990b).

A continuación revisaremos estudios recientes que han abordado empíricamente el tema.

Hsu (1990a) verificó que un 74% de sus pacientes identificaron a una o más personas como precipitantes del episodio.

La candidata más proclive a precipitar un episodio bulímico fué la madre, seguida del novio o marido.

Carrol y Leon, 1981 (cfr. Hsu, 1990a) constataron que un 70% de sus pacientes señalaron a personas de su ambiente como desencadenantes del episodio y la madre fué la persona más frecuentemente identificada.

En la investigación de este mismo autor, se obtuvo que la mayoría de los pacientes planificó sus episodios de hiperfagia un 25% de las veces. Woell, Fichter, Pirke y Wolfram (1989) y Mitchell y Laine (1985) también constataron la ausencia de un precipitante externo por parte del paciente, aunque no provean datos de frecuencia.

Varios autores han explorado el humor disfórico como precipitante de los episodios bulímicos y las oscilaciones de éste de forma concurrente con las diferentes fases del ciclo hiperfagia-vómito.

En general, la mayoría de autores convergen en la existencia de humor negativo antes del episodio, en forma de ansiedad, depresión, irritabilidad, aburrimiento, etc., que se atenúa a medida que transcurre el episodio, emergiendo emociones negativas tales como culpa, vergüenza o miedo a la ganancia de peso, al finalizar éste, que intentan paliarse a través de sistemas de control del peso (Fichter, 1990; Hsu, 1990b; Elmore & Castro, 1991).

Hsu (1990a) ha realizado un análisis más circunstanciado de las covariaciones del humor en las diferentes fases del proceso, así como las cogniciones más frecuentes en su inicio. La principal limitación de este estudio es que se basó principalmente en datos de autoinforme, en lugar de emplear autoregistros o datos recogidos en laboratorio, y por lo tanto es información retrospectiva.

Antes del episodio, un 72% de los sujetos experimentaron ansiedad, seguida (en orden decreciente de frecuencia) por frustración, depresión, hambre, aburrimiento e irritación.

La mayoría de estos sentimientos disfóricos declinaron durante la primera

parte del episodio bulímico, a partir de lo cual, el autor asume que el episodio tiene una función reguladora del afecto.

Elmore y Castro (1991), también constataron que la ansiedad previa al episodio se redujo efectivamente, a medida que el episodio progresaba. Sin embargo, correlativamente se incrementaron la depresión y la culpa, esto también fué observado en el trabajo de Hsu (1990a).

El tipo de cogniciones más frecuentes al comienzo del episodio fueron las siguientes (en orden decreciente):

- "Ahora que he comenzado continuaré hasta el final".
- Conjunto de autoafirmaciones que reflejaban sentimientos negativos y autocondenatorios.
- Pensamientos inductores de sobreingesta para facilitar el vómito (vomitar es más fácil con el estómago muy lleno).
- Cogniciones que reflejan desconcierto por la pérdida de control: "¿Por qué me pasa esto a mí?"
- Pensamientos de abandono a la ingesta con la resolución de recomenzar después la dieta.

Al final del episodio se fueron incrementando los sentimientos disfóricos de culpa, depresión, cólera, frustración y fatiga.

El vómito produjo sensaciones de alivio, vacío y fatiga reduciendo la ansiedad y la culpa. Transcurrido éste, se experimentó depresión.

En síntesis, sentimientos negativos como depresión, culpabilidad, irritabilidad y vacío fluctuaron durante el episodio, también sentimientos positivos, tales como alivio, felicidad y olvido. Por ej. la sensación de alivio sobreviene una vez el paciente comienza el episodio, pero se desvanece cuando se siente lleno y reaparece cuando comienza el vómito.

Las razones de la sensación de alivio en las fases iniciales del episodio son diferentes de las razones del alivio durante el vómito. El alivio inicial deriva de la sensación placentera de comer y escapar de los sentimientos de disforia que ocasionaron el episodio. El alivio durante el vómito se explica por la eliminación de la posibilidad de ganancia de peso y de las sensaciones intolerables de la plenitud. Sin embargo, aunque muchos pacientes informaron que el vómito les aliviaba, algunos experimentaron culpa y depresión.

Cooper, Morrison, Bigman, Abramowitz, Levin y Krener (1988) exploraron también, en un cuestionario retrospectivo, las covariaciones del humor en el ciclo hiperfagia-vómito. El período más displacentero resultó ser entre el episodio bulímico y el vómito, con sensaciones de pánico, desesperanza,

culpa, disgusto y cólera. El vómito logró reducir las sensaciones de pánico y desesperanza y promovió la seguridad y el alivio.

Un capítulo importante dentro del epígrafe de los precipitantes, es el rol desempeñado por el hambre en la elicitación de los episodios hiperingestivos.

No hay evidencia de que hayan alteraciones de los mecanismos fisiológicos que regulan la ingesta. Las bulímicas no describen un hambre voraz (Fairburn, Cooper & Cooper, 1986; Fichter, 1990).

La mayoría informan que raramente experimentan hambre y que éste no influencia su ingesta. Sin embargo, el trabajo de Walsh, Kissileff, Cassidy y Dantzie (1989) mostró que los pacientes valoraron que estaban más hambrientos al final de cada episodio de ingesta, bulímico o no, que los controles, a pesar de que el ingreso calórico de los pacientes fué mayor y sus valoraciones del hambre antes de las comidas no difirieron de las de los controles.

Esto sugiere a los autores, que las pacientes bulímicas serían menos responsivas a las señales de saciedad. El vómito podría contribuir a ello, pero este resultado no se circunscribió a los episodios de hiperfagia sino también a episodios alimentarios normales.

Esto puede explicarse por la severa restricción alimentaria (Mitchell y Laine, 1985; Woell, Fichter, Pirke y Wolfram 1985; Hsu, 1990a). El alimento ingerido es evacuado por vómito u otro procedimiento de eliminación calórica. El resultado es un estado de deprivación crónica que explica en parte, porqué estas pacientes no experimentan la saciedad que correspondería después de un episodio alimentario.

Fairburn, Cooper y Cooper (1986), señalan en base a observaciones clínicas, que el hambre normal retorna gradualmente cuando se regulariza el patrón de ingesta. Esto sugiere que las irregularidades alimentarias de estos pacientes pueden tener repercusiones en el hambre y en sus mecanismos fisiológicos reguladores.

Muchas pacientes bulímicas informan de sensaciones de plenitud después de ingerir comidas que ellas etiquetan de *hipercalóricas*. Esta reacción puede ser de naturaleza psicógena, puesto que pequeñas cantidades de comidas *hipercalóricas* generan saciedad, mientras que la ingesta de comidas no etiquetadas como *engordantes* pero calóricamente equivalentes, no producen sensaciones de saciedad.

Un hallazgo que muestra que la ingesta de estos pacientes, está principalmente gobernada por factores psicológicos, antes que fisiológicos, es la correlación hallada entre ansiedad previa al episodio y cantidad de comida

ingerida en un episodio bulímico, al igual que entre la reducción de la ansiedad después del episodio y cantidad consumida (Elmore y Castro, 1990).

Actividades posteriores al episodio

En el trabajo de Hsu (1990a), un 66% de los pacientes prosiguieron con lo que estaban haciendo antes del episodio. Un 28% durmieron.

En otro estudio del mismo autor (Hsu, 1990b) se obtuvo un porcentaje más elevado de sujetos que durmieron tras el episodio (un 33%). El resto hicieron ejercicio, pasearon o se implicaron en alguna actividad absorbente que les imposibilitara deprimirse.

Otros hábitos alimentarios anómalos

Una minoría de pacientes practican hábitos alimentarios bizarros, como masticar la comida y escupirla, la rumiación consistente en regurgitar la comida después de haberla ingerido, masticarla, retragarla o escupirla. Algunos pacientes consideran esto un hábito inocuo, a otros les produce vergüenza y autodesprecio.

Conclusiones

Entrevistas a mujeres jóvenes, muestran que la definición de *atracción* debe caracterizarse por la sensación subjetiva de pérdida de control y por el humor negativo tras el episodio que por la cantidad ingerida en términos absolutos.

En muestras clínicas la definición se basa en estándares subjetivos, como el tipo de alimento consumido (generalmente *hipercalórico*), antes que la cantidad ingerida.

Los episodios ocurren frecuentemente, en un marco de clandestinidad, en la cocina preferentemente, viendo la TV o no haciendo nada.

La mayoría de los estudios muestran una gran variabilidad tanto inter como intraindividual en el contenido calórico de los episodios. Ciertas variables pueden modular el consumo calórico: como el empleo posterior del vómito y el gradiente de ansiedad previo al episodio.

Los alimentos consumidos en los episodios, son ricos en carbohidratos y en lípidos.

Entre los episodios bulímicos se intercalan fases de severa restricción, un 56% de bulímicas realizan menos de una comida diaria, y en un estudio el promedio calórico diario fué de 451 cal.

La velocidad de ingestión es significativamente superior en pacientes que en controles tal como muestra un estudio realizado en laboratorio.

El final de la tarde y la noche, es el período de mayor riesgo a sucumbir en un episodio bulímico.

La frecuencia de los episodios depende de la efectividad del método de eliminación calórica que se utilice. Los estudios no han logrado demostrar correlación entre frecuencia de episodios bulímicos y severidad psicopatológica.

Entre los antecedentes más frecuentes de los atracones, figuran interacciones con personas del entorno inmediato (un 60% de los pacientes), planificación del episodio (un 25% de las veces) y humor negativo (ansiedad, depresión, irritabilidad, frustración, aburrimiento, etc) que covaría con las diferentes fases del ciclo hiperfagia/vómito. Las valoraciones del hambre previa a las comilonas, no son superiores a las de los controles. Parece ser que el hambre no es un precipitante importante de los episodios.

ESTRATEGIAS DE CONTROL DEL PESO

La práctica totalidad de pacientes recurren a mecanismos para contrarrestar la potencial ganancia de peso subsiguiente a los episodios bulímicos.

El DSM-III lista varias conductas para prevenir la ganancia de peso: vómito autoinducido, abuso de laxantes o diuréticos, dietas restrictivas o ayuno, anorexígenos y ejercicio intensivo. Los criterios indican que estas conductas son funcionalmente equivalentes. Aunque luego veremos que esto no es así.

A continuación transcribimos cifras de prevalencia de los diferentes procedimientos de control del peso, según varios autores. (Tabla 4)

Vómito

El vómito autoinducido es el procedimiento de control del peso más

frecuentemente empleado, aunque como hemos visto, un 80% de las bulímicas emplean más de una estrategia de control del peso.

TABLA 4.-

Investigaciones	Resultados
Mitchell, Hatsukami, Eckert & Pyle (1985) (cfr. Tobin et al., 1992)	Anorexígenos: 52.2% diariamente: 25.1%
Larraburu (1986) (revisión)	Vómito: 50-100%
Turbull, Freeman, Barry & Hendersen (1989)	Laxantes: 20% Laxantes + Vómito: 14%
Lacey & Dolan (1991)	Vómito: 89.2%
Pyle, Neuman, Halvorson & Mitchell (1991)	Vómito: 20.3% semanal 13.6% diariamente Laxantes: 8.5% semanal 3.4% diariamente Anorexígenos: 11.9% semanal 8.5% diariamente Diuréticos: 6.8% semanal 3.4% diariamente Ayuno (24h): 15.3%
Tobin, Johnson & Dennis (1992)	Más de una Estrategia de Control del Peso: 80% Vómito: 16% Vómito + Laxantes: < 6% Laxantes: 2% Laxantes + otros SCP: 28% Anorexígenos: 38% semanal 31% diariamente
Tolstoi (1990)	Eméticos (ipéac): 5%

Al principio se provoca por estimulación mecánica, la cual puede producir abrasiones o úlceras en los dedos o en el dorso de la mano, sin embargo el uso reiterado de este método facilita la provocación que sólo requerirá beber cierta cantidad de líquido o presionar el abdomen.

La frecuencia de empleo de este método varía ostensiblemente de unos pacientes a otros:

TABLA 5.-

- Fairburn, Cooper y Cooper (1986): hasta 10 veces al día.
- Walsh, Kissileff, Cassidy y Dentzic (1989): varias veces al día.
- Tobin, Johnson y Dennis (1992): varias veces al día.
- Larraburu (1986): desde 1 vez cada 15 días a 15 veces diarias. Lo más frecuente es 1-2 veces diarias.
- Tumbull, Freeman, Barry y Herdensen (1989): 78.2%, una vez semanalmente.

El vómito es provocado lo más inmediatamente posible después de comer para minimizar la absorción de comida. Si la bulímica prevee que no va a tener posibilidad de vomitar, resiste la urgencia a sobreingerir.

Una minoría utiliza procedimientos sofisticados para asegurar que han vomitado todo lo que han comido como: ingerir algún alimento coloreado que sirva de marcador al comienzo del episodio y continuar vomitando hasta que reaparece en el vómito. Otras beben agua y regurgitan copiosas cantidades de líquido hasta que su vómito está libre de restos de comida.

El vómito autoinducido tiende a ser altamente secreto y es una fuente adicional de culpa y vergüenza. La mayoría de pacientes ocultan este hábito.

El vómito a largo término estimula la sobreingesta. En parte, porque los pacientes creen que el vómito evitará la absorción de lo que han comido, por lo que ingieren más; y en parte, porque descubren que es más fácil vomitar cuando el estómago está muy lleno. Se instaura gradualmente un círculo vicioso.

Abuso de laxantes

Respecto al abuso de laxantes es menos frecuente que el vómito, debido probablemente a su menor eficacia y por sus efectos displacenteros.

Los laxantes no ocasionan grandes pérdidas de energía ya que su efecto farmacológico recae principalmente en el colon donde la absorción nutricional ya ha acaecido (Woell, Fichter, Pirke y Wolfram, 1989).

Ocasionan altas pérdidas de agua, minerales, electrolitos, especialmente potasio, que pueden incrementar el riesgo de disfunción renal y cardíaca.

Pueden crear hábito de la misma manera que el vómito: hay una pérdida de peso reforzante que perpetúa su uso. Pero por otro lado si se dejan de tomar el peso se recupera, como resultado de la retención de líquido que era eliminado antes por inducción del fármaco.

Algunos pacientes los toman después de los episodios, otros rutinariamente como medida de control del peso. La cantidad ingerida puede oscilar de 20 a 30 pastillas diarias a más de 100.

Los informes clínicos sugieren que el abuso de laxantes es un indicador de pronóstico negativo (Tobin, Johnson y Dennis, 1992). En la muestra de estos autores un 28% de pacientes utilizaron laxantes pero sólo un 2% los emplearon en ausencia de otro método de control del peso. Larraburu (1986) señala la existencia de correlación entre uso de laxantes y vómito.

Ejercicio físico

Respecto al ejercicio, no suele ser tan riguroso como el practicado por pacientes anoréxicas y es usado más para promover la pérdida de peso en general, que como medio para compensar los efectos calóricos adversos de la sobreingesta.

Anorexígenos

Como hemos visto en los datos de prevalencia en la utilización de los diferentes mecanismos de control del peso, el empleo de supresores del apetito es relativamente elevado, aunque se emplea en conjunción con otros métodos.

Empleo de sistemas de control del peso y severidad psicopatológica

Varios estudios han intentado poner en relación la frecuencia de utilización de métodos para prevenir la ganancia de peso y severidad psicopatológica.

Williamson, Prather, Upton, Davis, Ruggiero y Van Buren (1987) compararon bulímicas con alta frecuencia en el empleo de sistemas de control del peso (vómito y/o laxantes tres o más veces por semana) con bulímicas de baja frecuencia (menos de tres veces semanalmente) y con controles normales, en varias medidas de psicopatología secundaria.

Todas las variables estudiadas, estuvieron asociadas a bulímicas que utilizaron frecuentemente técnicas de control del peso, excepto depresión. Esto parece indicar que la depresión es un trastorno frecuente entre bulímicas, independientemente de la severidad del trastorno alimentario.

Sin embargo la correlación positiva entre tres medidas de depresión y frecuencia en la utilización de procedimientos de control del peso, sugiere que a medida que la frecuencia aumenta se agudiza la depresión.

Otras modalidades de psicopatología como síntomas de ansiedad, sensibilidad interpersonal y rasgos sociopáticos sólo aparecen en bulímicas que emplean vómito y/o laxantes con elevada frecuencia.

Estas manifestaciones psicopatológicas covarían linealmente con la frecuencia de las conductas purgatorias, de manera que las bulímicas con baja frecuencia en el empleo de técnicas de control del peso, puntuaron de forma intermedia entre los controles normales y las bulímicas de alta frecuencia.

Sintetizando, la mayoría de bulímicas estarán moderadamente deprimidas, pero sólo aquellas que empleen muy frecuentemente sistemas de control del peso, manifestarán además ansiedad, sensibilidad interpersonal y rasgos sociopáticos.

Tobin, Johnson y Dennis (1992) solicitaron a una muestra de bulímicas, autoregistros de la frecuencia con que utilizaban los diferentes métodos de control del peso. Los datos obtenidos han sido transcritos más arriba.

El resultado más interesante fué que los pacientes que empleaban tres o más conductas de control del peso, manifestaron mayor alteración en depresión rasgo y estado, somatización, obsesivo-compulsividad, ansiedad, sensibilidad interpersonal, fobias, psicoticismo, mayor prevalencia de conductas autoperjudiciales y puntuaciones más elevadas en las subescalas del EDI (Insatisfacción Corporal, Desconfianza Interpersonal, Inefectividad, Deseo de estar Delgada y Perfeccionismo).

Estos autores citan trabajos previos en los que la frecuencia en el empleo de sistemas de control del peso no está correlacionada con depresión y otros índices de trastorno psiquiátrico.

Sin embargo en el estudio que acabamos de citar, se obtuvo una correlación positiva entre frecuencia del vómito y/o laxantes y depresión, aunque pacientes con baja frecuencia de utilización de estos métodos de control del peso, estaban deprimidos también.

Estos autores concluyen que el número de estrategias de control del peso es mejor predictor de depresión, que la frecuencia del vómito y/o laxantes.

Tampoco la respuesta terapéutica depende de la frecuencia en la utilización de sistemas de control del peso. Estos mismos autores hallaron que pacientes que respondieron positivamente al tratamiento no manifestaron mayor incidencia en el uso de sistemas de control del peso o mayor frecuencia de episodios bulímicos, que los que fueron refractarios a él, aunque éstos últimos tuvieron más depresión y síntomas en el eje II del DSM-III.

Un 28% de los pacientes emplearon laxantes en combinación con otros métodos de control del peso. Este grupo exhibió más psicopatología, sin embargo es difícil saber si es el abuso de laxantes o la combinación con otros sistemas de control del peso lo que motivó que este grupo estuviese más alterado.

Mitchell, Pyle y Eckert (1991) comparó a bulímicas que utilizaron de forma crónica supresores del apetito con un grupo de pacientes que no hicieron uso regular de ellos, en varias medidas.

De 158 pacientes, un 65.8% utilizaron estos fármacos y un 18.4% los emplearon regularmente durante un año por lo menos. Las bulímicas que usaron anorexígenos durante un período prolongado, tuvieron un peso máximo mayor, empezaron a hacer dieta más tempranamente, sugiriendo más problemas para controlar el peso. Sin embargo, como todas ellas emplearon el vómito también, y varias veces al día, es difícil atribuir los resultados exclusivamente al empleo crónico de supresores del apetito.

Se verificó un incrementado abuso de laxantes en aquellas que tuvieron una historia de uso regular de supresores del apetito y un riesgo elevado de abuso de diuréticos y de hábitos alimentarios bizarros, como los reseñados antes, de masticar y escupir la comida.

Estos pacientes abusaron más de enemas. Esto sugiere que las bulímicas que usan anorexígenos crónicamente, son más propensas a utilizar otros

tipos de procedimientos para evitar la ganancia de peso, como laxantes, diuréticos y otros mecanismos funcionalmente equivalentes.

En consonancia con el estudio anterior de Tobin, Johnson y Dennis (1992), parece que es frecuente el empleo de varias estrategias de control del peso, teniendo en cuenta que todas emplearon el vómito autoinducido y que a juzgar por la frecuencia de episodios bulímicos (varias veces al día) son pacientes con una patología alimentaria severa.

Se constata que la utilización de múltiples sistemas de control del peso está asociada a mayor severidad del trastorno alimentario, por lo menos: ya que en este estudio no se recogieron otro tipo de medidas.

Ninguno de los pacientes tuvo problemas médicos por el uso de supresores del apetito. La fenilpropanolamina facilita la pérdida de peso a corto plazo en pacientes obesos, pero tiene efectos colaterales como elevación de la presión sanguínea, problemas renales, pérdida de memoria, déficits neurológicos transitorios y hemorragia intracraneal.

Algunas pacientes bulímicas y también anoréxicas emplean eméticos para favorecer la inducción del vómito. En un estudio de Pope, Hudson y Nixon, 1986 (cfr. Tolstoi, 1990) se constató en una muestra de 100 bulímicas, que una proporción sustancial de ellas abusó de esta sustancia para facilitar el vómito. Estos fármacos son efectivos para este propósito y son económicos. sin embargo si se aplican durante un tiempo prolongado tienen efectos tóxicos y producen tolerancia. Si se exceden las dosis recomendadas puede sobrevenir la muerte.

Mickley, 1988 (cfr. Tolstoi, 1990) obtuvo un nivel de prevalencia de uso de estas sustancias del 5%.

Conclusiones

El vómito autoinducido es el procedimiento de control del peso más frecuentemente empleado por su efectividad, aunque se emplea en conjunción con otras estrategias: un 80% de bulímicas emplean más de una estrategia.

Este hábito al igual que el abuso de laxantes fomenta la sobreingesta, al favorecer una eliminación calórica sustancial del alimento ingerido.

El abuso de laxantes es menos prevalente por su menor efectividad y por las molestias que ocasiona. Se lo emplea como una medida general de con-

trol del peso. antes que como un mecanismo de evacuación inmediato del alimento, como el vómito.

El mismo valor funcional tiene el ejercicio físico, cuya frecuencia de empleo es menor.

El uso de supresores del apetito es importante, según muestran algunos estudios, empleándose en conjunción con otros mecanismos de control del peso.

El empleo frecuente de técnicas de control del peso está funcionalmente asociado a mayor severidad del trastorno alimentario y a otras manifestaciones psicopatológicas como ansiedad, sensibilidad interpersonal y rasgos sociopáticos. Sin embargo, la presencia de sintomatología depresiva es también frecuente en pacientes con baja frecuencia en el empleo de sistemas de control del peso. La depresión se halla presente en la mayoría de pacientes bulímicas, independientemente de la frecuencia de esta variable y de una respuesta terapéutica positiva.

La utilización de tres o más conductas de control del peso correlaciona con mayor psicopatología general: sintomatología depresiva más severa, más somatizaciones, obsesivo-compulsividad, ansiedad, sensibilidad interpersonal, fobias, psicoticismo, conductas autoperjudiciales y mayor psicopatología asociada al trastorno alimentario (EDI). Parece ser que el número de estrategias de control del peso, es mejor predictor de depresión, que la frecuencia del vómito y/o laxantes. Un estudio muestra que el empleo de múltiples sistemas de control del peso está asociada a mayor severidad del trastorno alimentario.

El éxito terapéutico no depende de la frecuencia de utilización de métodos de control del peso.

BIBLIOGRAFIA

- Beglin, S.J. y Fairburn, C.G. (1992). What is the meant by the term "Binge"? *American Journal of Psychiatry*, 149, 1, 123-124.
- Cooper, J.L., Morrison, T.L., Bigman, O.L., Abramowitz, S.I., Levin, S. y Krener, P. (1988). Mood Changes and Affective Disorder in the Bulimic Binge-Purge Cycle. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 4, 469-474.

- Elmore, D.K. y De Castro, J.M. (1990). Self-rated Moods and Hunger in Relation to Spontaneous Eating Behavior in Bulimia, Recovered Bulimics, And Normals. *International Journal of Eating Disorders*, 9,2,179-190.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. y Cooper, P.J. (1986). The clinical Features and Maintenance of Bulimia Nervosa. In K.D. Brownell y J.P. Foreyt. (Ed). *Handbook of Eating Disorders.*, New York, Inc. Publishers.
- Fichter, M.M. (1990). *Bulimia Nervosa. Basic Research, Diagnosis and Therapy.* New York, John Wiley y Sons.
- Gormally (1984). The Obese Binge Eaters: Diagnosis, Etiology and Clinical Issues. In R.C. Hawkins, W.I. Fremouw & P. Clement (Eds). *The Binge-Purge Syndrome: Diagnosis, Treatment and Research.* New York, Springer.
- Hsu, L.K.G. (1990a). Experiential Aspects of Bulimia Nervosa. Implications for Cognitive Behavioral Therapy. *Behavior Modification*, 14, 1, 50-65.
- Hsu, L.K.G. (1990b). *Eating Disorders.* New York/London, The Guilford Press.
- Larraburu, I.S. (1986). Exposición de los nuevos modelos Psicofisiológicos explicativos de la Anorexia y Bulimia Nervosas. Urgencia de una clasificación nosológica más apropiada de los trastornos de la alimentación. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona.*, 13,2,81-96.
- Mitchell, J.E. y Laine, D.C. (1985). Monitored binge-eating behavior in patients with bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 4,2,177-183.
- Mitchell, J.E., Pyle, R. y Eckert, E. (1991). Diet pill usage in patients with bulimia nervosa. *International journal of Eating Disorders*, 10,2,233.
- Mitchell, J.E., Pyle, R. y Fletcher, L. (1991). The topography of binge eating vomiting and laxative abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 10,1,43-48.
- Pyle, R.L., Neuman, P.A., Halvorson, P.A. y Mitchell. J.E. (1991). An ongoing cross-sectional study of the prevalence of eating disorders in freshman college students. *International journal of Eating Disorders*, 10,6,667-677.
- Rosen, J.C. y Leitenberg, H. (1982). Bulimia Nervosa: Treatment With Exposure and Response Prevention. *Behavior and Therapy*, 13,117-124.
- Rositer, E.M. & Agras, W.S. (1990). An Empirical Test of The DSM-III-R Definition of Binge. *International Journal of Eating Disorders*, 9,5,513- 518.
- Tobin, D.L., Johnson, C.L. y Dennis, A.B. (1992). Divergent forms of purging behavior in bulimia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 11,1,17-24.
- Tolstoi, L.G. (1990). Ipecac-induced toxicity in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9,4,371-375.
- Walsh, B.T., Kissileff, H.R., Cassidy, S.M. y Dantzie (1989). Eating behavior of women with bulimia. *Archives of general psychiatry*, 46,54-58.
- Wilson, G.T. (1992). Diagnostic criteria for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11,4, 315-319.
- Wilson, G.T. y Eldredge, K.L. (1991). Frequency of binge eating in bulimic patients: Diagnostic validity. *International Journal of Eating Disorders*, 10,5,557-561.
- Wilson, T.G. y Walsh, B.T. (1991). Eating disorders in the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100,3,362-365.
- Woell, C., Fichter, M.M., Pirke, K.M. y Wolfram, G. (1989). Eating behavior of patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 8,5,557-568.

Williamson, D.A., Prather, R.C., Upton, L., Davis, C.J., Ruggiero, L. y Van Buren, D. (1987).
Severity of Bulimia: Relationship with Depression and Other Psychopathology.
International Journal of Eating Disorders, 6, 1, 39-47.