BULIMIA NERVIOSA: DIFICULTADES DE DELIMITACION DIAGNOSTICA

Marisol Mora y Rosa Mª Raich
Departamento de Psicología de la Salud
Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de Barcelona

RESUMEN

El objetivo de esta revisión es examinar los problemas de delimitación diagnóstica del síndrome bulímico, de categorías clínicas limítrofes: anorexia nerviosa e ingesta compulsiva. Existen diferencias entre bulimaréxicas y bulímicas, y entre bulimaréxicas y anoréxicas restrictivas, que impiden homologar a las bulimaréxicas, a las anoréxicas restrictivas o a las bulímicas de peso normal. La alternativa más prudente hasta que no se obtenga evidencia empírica que aproxime a las bulimaréxicas en una dirección o en otra, es asignar un diagnóstico mixto de anorexia y bulimia nerviosa a pacientes con sintomatología bulímica y anoréxica concurrentes.

Los obesos que presentan episodios de hiperfagia, muestran diferencias respecto a las bulímicas en términos de precipitantes de las comilonas, consecuentes emocionales de éstas y topografía, peso y psicopatología. Estas diferencias aconsejan la inclusión de una categoría diagnóstica aparte para este subgrupo de obesos.

Palabras Clave: Bulimia, Anorexia, Ingesta Compulsiva, Delimitación Diagnóstica.

ABSTRACT

The aim of this review is to examine diagnostic delimitation problems of bulimic syndrome, from borderline clinic categories: anorexia nervosa and binge eating disorder. There are some differences between bulimic anorexic and bulimic women and, between bulimic anorexic and restricting anorexic women. This precludes to match bulimic anorexic to restricting anorexic women or bulimic of normal weight. There isn't empiric evidence that aproximates bulimic anorexic to bulimic or to restricting anorexic. The most cautious option is to give a mixed diagnostic of anorexia and bulimia nervosas at patients with concurrent bulimis and anorexic symptomathology.

The obese subjects presenting binge eating episodes, show some differences to, bulimic women such as precipiting of binges, emotional consecuences, topographic features of binges, weight and psychopathology. This differences suggest the addition of a separated diagnostic categorie for this obese subgroup.

Key words: Bulimia, Anorexia, Binge Eating, Diagnostic Delimitation.

Es difícil conceptualizar el síndrome bulímico por su heterogeneidad y diferente grado de severidad en sus presentaciones. Como agravante, la sintomatología bulímica se halla presente en bastantes anoréxicas y en algunos obesos.

El objetivo de este capítulo es examinar los problemas de demarcación diagnóstica del síndrome bulímico, de categorías clínicas limítrofes como: anorexia nerviosa e ingesta compulsiva.

ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

La investigación ha demostrado que muchas anoréxicas restrictivas con el tiempo han desarrollado bulimia nerviosa: un 50% de bulímicas de peso normal ha tenido una historia de anorexia nerviosa (Hsu, 1990). Bastantes anoréxicas presentan episodios de bulimia concurrentes y en algún caso la bulimia ha precedido a una anorexia.

ESTUDIOS COMPARATIVOS

Se han realizado varios estudios comparativos sobre la psicopatología específica y la psicopatología general de la anorexia nerviosa restrictiva,

bulimarexia y bulimia nerviosa, con objeto de clarificar la existencia de argumentos clínicos y terapéuticos que que den soporte a una clara delimitación entre anorexia y bulimia nerviosa.

A continuación transcribimos los criterios de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa del DSM-III-R:

Criterios de Bulimia Nerviosa según DSM-III-R

A. Episodios recurrentes de voracidad (rápida consumición de una gran cantidad de comida en un período corto de tiempo).

B. Sensación de falta de control sobre la conducta alimentaria durante el episodio bulímico.

C. Utilización regular de vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos, dietas restrictivas, ayuno, o ejercicio intenso para prevenir la ganancia de peso.

D. Un promedio mínimo de dos episodios bulímicos semanales, en por lo menos los tres últimos meses.

E. Preocupación persistente por el peso y la línea.

Criterios de Anorexia Nerviosa según DSM-III-R

A. Rechazo a mantener el peso corporal en el mínimo correspondiente por edad y estatura. Pérdida de peso del 15% por debajo del peso esperado o déficit en gananacia de peso correspondiente por el desarrollo, que conduce a una pérdida ponderal del 15% por debajo del peso esperado.

B. Intenso miedo a engordar a pesar de estar en infrapeso.

C. Percepción alterada del peso, configuración y dimensiones corporales. La persona asegura verse gorda a pesar de la evidente emaciación o considera que alguna región de su cuerpo es demasiado gruesa.

D. En mujeres, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

El DSM-III-R especifica que cuando una anorexia sobreviene en el curso de una bulimia deben asignarse ambos diagnósticos. Aquellas pacientes anoréxicas que presentan sintomatología bulímica recibirán ambos diagnósticos.

Respecto al tipo de relación entre anorexia y bulimia, existen varios posicionamientos posibles:

1. Autores que se resisten a asignar en una misma categoría diagnóstica al subtipo bulímico de anorexia y a las bulímicas de peso normal. Defienden la clásica subdivisión de la anorexia en los subtipos restrictivo y bulímico y la restricción del diagnóstico de bulimia nerviosa a bulímicas de peso normal. Entre estos autores se encuentra Hsu (1990) que estableciendo comparaciones entre ambas entidades diagnósticas en una serie de parámetros (pérdida de peso, estatus ponderal, amenorrea, bulimia, vómito/otros sistemas de control del peso, y miedo a engordar) ofrece el siguiente cuadro comparativo:

Variables	Anorexia Nerviosa		Bulimia Nerviosa
	Subgrupo restrictivo	Subgrupo bulímico	
Pérdida de peso	Severa	Severa	Mínima o moderada
Peso corporal	Muy bajo	Bajo	Normal
Amenorrea	Presente	Presente	Variable
Bulimia	Ausente	Presente	Presente
Vómito/otros sistemas de control del peso	Ausente	Presente	Presente
Miedo a engordar	Presente	Presente	Presente

Según esta postura el diagnóstico de bulimia debería confinarse a individuos de peso normal en base a las siguientes consideraciones:

- hay evidencia que sugiere que los resultados terapéuticos de pacientes bulímicas de peso normal son diferentes de los resultados obtenidos con bulimaréxicas.
- otra diferencia importante es que las bulimaréxicas sobreingieren y vomitan ocasionalmente y por lo tanto ya no satisfacen el criterio D de frecuencia del DSM-III-R. Respecto a las características topográficas de los episodios bulímicos de anoréxicas y de bulímicas, Beumont (1988) señala diferencias: los episodios bulímicos en anoréxicas fueron inconsistentes, la cantidad ingerida durante los episodios no fué masiva pero

siempre se experimentó la sensación subjetiva de pérdida de control. La utilización de sistemas de control del peso no siempre era contingente a la ocurrencia de un episodio bulímico. Tampoco el "*timing*" de las fases bulímicas es constante en el curso de la enfermedad.

Habitualmente la bulimia sobreviene después de varios años de restricción alimentaria, pero algunas veces los episodios bulímicos sobrevienen poco después del inicio de la dieta. En las bulímicas, el empleo de métodos de control del peso es contingente a la ocurrencia de episodios de hiperfagia. La relación temporal difiere de unos pacientes a otros: algunas aprenden a inducir el vómito después de meses o años de intentar aplacar la urgencia a sobreingerir. Otras ya utilizaban el vómito como método de control del peso paralelamente a la dieta experimentando posteriormente los episodios bulímicos. En otras las dos conductas comenzaron simultáneamente, tan pronto aprendieron a vomitar se permitieron sobreingerir.

Un diagnóstico debe tener implicaciones en la intervención terapéutica posterior: el tratamiento de bulímicas en normopeso es bastante diferente del dirigido a bulimaréxicas, más similar al empleado en anoréxicas restrictivas.

Por estas razones desde esta perspectiva no se considera pertinente dar a una anoréxica emaciada con episodios ocasionales de bulimia, el mismo diagnóstico que a una bulímica de peso normal, ya que el manejo de estas pacientes, en términos de intervención, es diferente.

2. Una segunda propuesta fundamentándose en estudios que muestran algunas similitudes entre bulimaréxicas y bulímicas de peso normal, defiende la inclusión en una misma categoría al subtipo bulímico de anorexia y a bulímicas de peso normal (Fairburn y Garner, 1986). Exáminemos algunos estudios que comparan anoréxicas restrictivas, anoréxicas bulímicas y bulímicas de peso normal.

En ciertos aspectos las bulimaréxicas se asemejan más a las bulímicas de peso normal que a las anoréxicas restrictivas (Garfinkel y Garner, 1984).

- El comienzo de los episodios bulímicos, en los pacientes que desarrollan bulimia es variable, el promedio se sitúa en torno a los 19,2 -8 meses después del comienzo de la dieta.
- Las bulimaréxicas tienen con mayor frecuencia una historia de sobrepeso premórbido, obesidad maternal y pesos mínimos mayores que las anoréxicas restrictivas (Da Costa y Halmi, 1992; Garfinkel y Garner, 1984). La respuesta térmica a comidas elevadas en carbohidratos difiere en anoréxicas con obesidad premórbida de anoréxicas sin sobrepeso

anterior: ganan peso más fácilmente y para lograr un ideal emaciado deben infligirse dietas más severas y autoprovocarse el vómito, pero aún así nunca alcanzan tan bajo peso como las otras.

- Las anoréxicas bulímicas manifiestan con mayor frecuencia conductas impulsivas tales como: abuso de drogas y alcohol, robo, intentos de suicidio, automutilación y humor lábil, que las anoréxicas restrictivas (Da Costa y Halmi, 1992; Garfinkel y Garner, 1984). Cuando se comparan anoréxicas restrictivas, bulimaréxicas, bulímicas de peso normal sin historia previa de anorexia y bulímicas de peso normal con historia previa de anorexia, todos los pacientes con sintomatología bulímica tienen mayor prevalencia de abuso de sustancias que las anoréxicas restrictivas, así como índices más altos en trastornos de ansiedad (agorafobia y fobia social) independientemente de tener en la actualidad o en el pasado un episodio de anorexia (Laessle, Wittchen, Fichter y Pirke, 1989).
- Existen diferencias en frecuencia de actividad sexual y social entre los dos grupos: las restrictivas tienden a ser más aisladas y a tener pocas relaciones interpersonales, mientras que las bulímicas se implican en más relaciones interpersonales pero estas suelen ser transitorias y no satisfactorias. Las bulímicas son sexualmente más activas, pero describen pérdida de control en sus experiencias sexuales. Parece ser que los déficits en autocontrol no se circunscriben a la esfera alimentaria.
- Datos psicométricos indican que las bulimaréxicas tienen un reducido control del impulso, incrementada extroversión y labilidad del humor, a diferencia de las anoréxicas restrictivas.
- Las bulimaréxicas son más propensas a satisfacer los criterios de personalidad borderline que las anoréxicas restrictivas (Rybicki, Lepkowsky y Arndt, 1989). Ostentan más alteraciones en el funcionamiento del yo y más desadaptación que éstas.
- Las anoréxicas bulímicas experimentan un curso más crónico que las restrictivas y manifiestan diferente respuesta al tratamiento. La duración del trastorno es mayor (Da Costa y Halmi, 1992).
- Las bulimaréxicas obtienen puntuaciones más elevadas que bulímicas de peso normal y que anoréxicas restrictivas en dos medidas de alteración alimentaria, en una medida de depresión y en las subescalas del EDI de inefectividad, perfeccionismo, conciencia interoceptiva y miedo a la madurez. En síntesis, las bulimaréxicas están más deprimidas y exhiben más psicopatología (Rosen, Murkofsky, Steckler y Skolnick, 1989). Otros estudios muestran una personalidad más vulnerable y más psicopatología familiar (Da Costa y Halmi, 1992).

• Comparando bulímicas en normopeso, bulímicas con sobrepeso y bulímicas en infrapeso o bulimaréxicas, (empleando controles de comparación en los tres niveles de peso) se obtiene que las bulimaréxicas ostentan más disfunción psicológica, más baja autoestima, más sensación de inefectividad y más locus de control externo que los otros dos grupos, sucediéndoles las bulímicas en sobrepeso y en último lugar las bulímicas en normopeso (Shisslak, Pazda y Crago, 1990).

A partir de estos y otros estudios parece que el subtipo bulímico exhibe más psicopatología, más alteraciones de la imagen corporal, más sensación subjetiva de pérdida de control en varias esferas y más depresión. Las diferencias en curso y respuesta terapéutica informan de su diferente naturaleza.

No obstante, anoréxicas restrictivas y bulímicas comparten características comunes: la tenaz persecución de un cuerpo delgado, un estatus ponderal bajo, y restricción alimentaria. Se ha sugerido que las bulimaréxicas debido parcialmente a su predisposión constitucional a la obesidad y a sus características de personalidad (déficits en autocontrol) consiguen este ideal delgado con episodios de ayuno y sobreingesta.

Los resultados en los que se basa esta postura, aconsejan tipificar el diagnóstico de anorexia nerviosa en el subtipo restrictivo y bulímico.

No parecen apoyar la alternativa del DSM-III-R de asignar un diagnóstico doble de anorexia y bulimia nerviosa a pacientes anoréxicas con episodios de bulimia. Defienden que el diagnóstico de bulimia nerviosa debería confinarse a bulímicas de peso normal, ya que la emaciación, aunque pueda ir acompañada de sintomatología bulímica, conlleva facetas médicas y exigencias terapéuticas que no se aplican a pacientes bulímicas de peso normal.

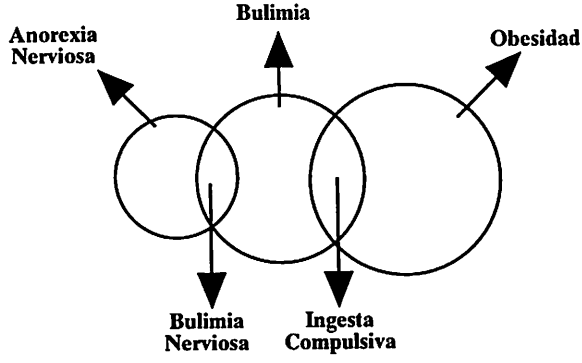
3. Asignación de un diagnóstico de bulimia nerviosa a pacientes con sintomatología bulímica e historia previa o actual de anorexia. Unicamente se asigna diagnóstico de anorexia nerviosa a anoréxicas restrictivas y diagnóstico de bulimia a bulímicas de peso normal sin historia de anoréxia (Russell, 1985). No se considera pertinente la opción del DSM-III de excluir a pacientes que tienen episodios bulímicos secundarios a una anorexia, asignándoles un diagnóstico doble.

Russell (1985) es el único exponente de esta perspectiva. Considera que este grupo de pacientes constituye el más claramente definido trastorno bulímico.

No obstante a pesar de que su posicionamento discrepa de la mayoría,

considera una falacia intentar trazar una línea de demarcación entre los diferentes tipos de trastorno bulímico. Representa a través de un diagrama de Venn la posible relación entre los diferentes tipos de trastorno alimentario:

Existirían tres grupos de pacientes correspondientes a los tres tipos de trastorno alimentario: Anorexia Nerviosa, Bulimia y Obesidad. El solapamiento entre trastornos viene representado por la intersección de los círculos: obesos con bulimia ("*Stunkard's binge-eating syndrome*") y bulímicas cuyo trastorno está relacionado con anorexia nerviosa ("*Bulimia Nerviosa*"). El tamaño de los círculos es hipotético ya que, según este autor, no se han efectuado estudios epidemiológicos conclusivos para delimitar la proporción precisa del tamaño de las poblaciones.



A continuación Russell traza un perfil de una de las dos áreas de solapamiento representada en el diagrama: Bulimia Nerviosa, que correspondería a lo que entendemos por bulimarexia y bulimia con historia previa de anorexia.

El síndrome de *Bulimia Nerviosa*, descrito por Russell, se caracterizaría por cuatro rasgos clínicos: presencia de episodios de hiperfagia, empleo de sistemas de control del peso, miedo mórbido a engordar e historia previa de anorexia nerviosa. Este episodio previo de anorexia nerviosa puede haber remitido por el tratamiento médico o puede haber sido un episodio críptico (pérdida de peso leve o amenorrea de pocos meses). También es posible que no haya emergido completamente de la fase de anorexia nerviosa y todavía esté en infrapeso cuando aparece la bulimia.

Respecto a la *Bulimia,* síndrome no secundario a un episodio de anorexia nerviosa, es una colección de trastornos bulímicos inespecífica y hete-

rogénea que queda cuando eliminamos el grupo de bulimia nerviosa y el grupo de obesos que presentan ingesta compulsiva.

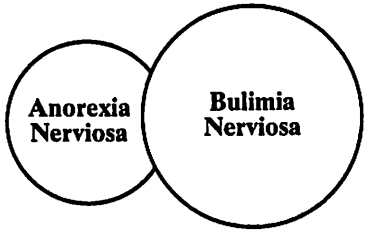
Las elevadas cifras de prevalencia de estos trastornos, le sugieren que este grupo de personas en décadas previas adoptaron otras formas de expresión neurótica. Su actual expresión en forma de síntomas bulímicos es producto de la patoplasticidad. Varios autores han subrayado la versatilidad de los trastornos psiquiátricos (menores y también mayores) en respuesta a la naturaleza del marco histórico-cultural. El exacerbado énfasis actual en la delgadez y el estrés que experimenta la mujer de hoy en los conflictivos roles de la sociedad moderna, ha engendrado los síntomas bulímicos como expresión patoplástica de un trastorno neurótico. Aceptar esta concepción supone destacar el rol desempeñado por la personalidad subyacente del paciente.

Para caracterizar este grupo heterogéneo de pacientes, Russell propone utilizar índices de severidad, ya que el resultado terapéutico depende de la severidad de los síntomas: severidad del vómito, de la preocupación por el peso, e índices de severidad del deterioro psicosocial.

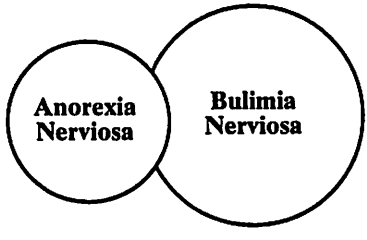
4. La cuarta postura defiende la adhesión a la práctica del DSM-III-R de asignar un diagnóstico mixto cuando el paciente presenta una severa pérdida de peso y sintomatología bulímica con vómito autoinducido. A esta propuesta se suscribe Fichter (1990). Al igual que otros autores, Fichter concluye con la imposibilidad de trazar una línea divisoria clara entre ambos trastornos. Una minoría de pacientes presentarían sintomatología bulímica y pérdida de peso de forma concurrente. Muchos pacientes mostrarían transición de anorexia a bulimia y algunos evolucionarían en la dirección inversa.

En síntesis existen cuatro posturas adoptadas por los autores ante la dialéctica suscitada por estas dos entidades diagnósticas:

- Autores que otorgan la primacía del diagnóstico a la ocurrencia de la conducta bulímica al margen de la existencia o no de pérdida de peso. En este grupo se inscriben Fairburn y Garner (1986). Estos autores defienden que el diagnóstico de anorexia debería ser restringido a pacientes que no experimenten sintomatología bulímica. En consecuencia bulímicas de peso normal y bulimaréxicas recibirían la misma categoría diagnóstica. El peso no sería un parámetro relevante en el momento de establecer un diagnóstico.

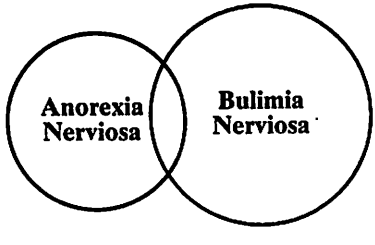


• La postura contraria otorgaría la primacía del diagnóstico a la pérdida de peso independientemente de la presencia/ausencia de conducta bulímica. En este caso bulimaréxicas y anoréxicas se inscribirían en la misma categoría diagnóstica.



Los autores que se suman a esta propuesta recomiendan en base a estas diferencias no subsumir en una misma categoría a bulímicas con diferente estatus ponderal. Otra razón que aducen para mantener esta distinción, es la necesidad de ajustar los programas de intervención a los diferentes niveles ponderales, dado que existe una gradación en severidad psicopatológica que exige procedimientos de intervención más incisivos en unos casos que en otros.

•Una tercera posibilidad es admitir que anorexia y bulimia se solapan inextricablemente en una minoría de pacientes.



•Propuesta adoptada por Russell (1985): únicamente las bulímicas con historia actual o pasada de anorexia constituyen el síndrome definido de bulimia nerviosa. El diagnóstico de anorexia queda restringido a las anoréxicas restrictivas. El subgrupo de bulímicas sin diagnóstico anterior ni presente de anorexia constituye una categoría heterogénea de trastornos, a la que denomina bulimia.

Un nuevo enfoque diagnóstico (Canton, French, Smith y Mezzich; cfr. Fichter, 1990) plantea reemplazar el concepto de categoría diagnóstica definido por un conjunto de rasgos cuya presencia es necesaria para la asignación de los individuos a la misma, por el de *prototipo diagnóstico*, más apropiado para los diagnósticos psiquiátricos, dada la incertidumbre en la definición de los síntomas para muchas categorías, la existencia de casos limítrofes y la heterogeneidad de los individuos pertenecientes a una categoría dada.

El término de prototipo, implica que los rasgos de una categoría no siempre están definidos de forma precisa, solo se exige que estén correlacionados en los individuos de aquella categoría. Una característica no tiene porque ser absolutamente necesaria ni la presencia de un subconjunto de rasgos garantiza la inclusión en dicha categoría. Para determinar si un paciente pertenece a un prototipo diagnóstico, es necesario calcular el solapamiento de rasgos clínicos entre la constelación de síntomas que presenta el paciente y el prototipo diagnóstico.

Este enfoque de clasificación psiquiátrica es más flexible al subrayar la naturaleza probabilística de la categorización diagnóstica. Ponemos, no obstante, en cuestión su operatividad, dada la necesidad de reducir el diagnóstico a un simple cálculo correlacional que por otro lado no queda resuelto al tener que estipular un coeficiente de correlación mínimo aceptable para la inclusión de un individuo en el prototipo. Éste no dejaría de ser arbitrario, además del coste que supone tomar medidas de todas las variables relevantes y del error de medida subsiguiente.

CONCLUSIONES

Haciendo un balance de los hallazgos de los autores anteriores obtenemos el siguiente cuadro de resultados:

Estudios comparativos		
Trastornos a comparar	**Autores**	**Resultados**
Anorexia Restrictiva y Anorexia Bulímica	Garfinkel y Garner (1984) DaCosta y Halmi (1992)	Diferencias: Las anoréxicas bulímicas presentaron con mayor frecuencia obesidad premórbida, obesidad maternal, peso mínimo mayor, conductas impulsivas (abuso de drogas y alcohol, robo, intentos de suicidio, automutilación, humor lábil), mayor actividad sexual e interpersonal, más depresión, curso crónico, más alteraciones de la imagen corporal, más psicopatología, diferencias en curso y respuesta terapéutica, más psicopatología familiar, mayor duración del trastorno.

Estudios comparativos		
Trastornos a comparar	**Autores**	**Resultados**
Anorexia Bulímica y Bulimia con peso normal	Hsu (1990)	Diferencias: Diferente respuesta al tratamiento, diferentes intervenciones terapéuticas. En bulimaréxicas, la frecuencia de episodios bulímicos es ocasional y la cantidad ingerida puede no ser exorbitante. No siempre hay relación entre episodios bulímicos y utilización de métodos de control del peso.
Anorexia Restrictiva, Anorexia Bulímica y Bulimia con peso normal	Rosen, Murkofsky, Stekler y Skolnick (1989)	Diferencias: Las bulimaréxicas manifestaron mayor disfunción alimenta-ria, más depresión y más psicopatolo-gía asociada a trastorno alimentario (EDI).
Anorexia Restrictiva, Anorexia Bulímica, Bulimia con peso normal y sin historia de anorexia, y Bulimia con peso normal y con historia de anorexia	Laessle, Wittchen, Fichter y Pirke (1989)	Semejanzas entre todos los grupos con sintomatología bulímica: historia de abuso de sustancias y trastornos de ansiedad (fobias sociales y agorafobias) con mayor frecuencia que anoréxicas restrictivas.

En base a estos resultados parece ser que existen sustanciales diferencias entre anoréxicas restrictivas y anoréxicas bulímicas (Garfinkel y Garner, 1984; DaCosta y Halmi, 1992). Sin embargo ello no excluye que existan diferencias entre bulimaréxicas y bulímicas de peso normal (Hsu, 1990; Rosen, Murkofsky, Steckler y Skolnick, 1989), aunque algún autor haya encontrado más similitudes que diferencias (Laessle, Wittcher, Fichte y Pirke, 1989).

A continuación presentamos una panorámica de las posibles propuestas de solución que ofrecen los autores anteriores a las dificultades de delimitación diagnóstica entre estas categorías:

Propuestas de solución	Autores
Subdivisión de Anorexia Nerviosa en los subtipos: Restrictivo y Bulímico y asignación del diagnóstico de Bulimia Nerviosa a pacientes con sintomatología bulímica y peso normal.	Hsu (1990) DaCosta y Halmi (1992)
Diagnóstico mixto de Anorexia y Bulimia Nerviosas a pacientes con sintomatología bulímica e infrapeso, y restricción del diagnóstico de Anorexia Nerviosa a anoréxicas restrictivas y del diagnóstico de Bulimia Nerviosa a pacientes de peso normal con conducta bulímica.	DSM-III-R Fichter (1990)
Circunscribir el diagnóstico de Anorexia Nerviosa a pacientes anoréxicas restrictivas y asignar el diagnóstico de Bulimia Nerviosa tanto a bulímicas de peso normal como a bulimaréxicas.	Fairburn y Garner (1986)

Propuestas de solución	Autores
Asignar un diagnóstico de Bulimia Nerviosa a pacientes con sintomatología bulímica e historia previa o actual de anorexia. Restringir el diagnóstico de Anorexia Nerviosa a pacientes anoréxicas sin sintomatología bulímica y asignar el diagnóstico de Bulimia a pacientes con sintomatología bulímica sin historia de anorexia.	Russell (1985)

Pensamos que la existencia de diferencias entre anoréxicas restrictivas y bulímicas (particularmente en curso, intervención y respuesta terapéutica) justifica un diagnóstico aparte.

Tampoco consideramos como más pertinente la opción de homologar bulimaréxicas a bulímicas de peso normal, incluyéndolas en la misma categoría (Fairburn y Garner, 1986), dada la existencia de diferencias topográficas (en los episodios bulímicos), diferencias en la respuesta al tratamiento y diferencias en el tipo de abordaje terapéutico (Hsu, 1990). Varios autores muestran reticencia a aceptar dentro de una misma categoría a bulímicas de peso normal y a bulimaréxicas emaciadas, por estos motivos (Hsu, 1990; DaCosta y Halmi, 1992).

La opción de mantener la subdivisión tradicional de Anorexia Nerviosa en los subtipos restrictivo y bulímico y confinar el diagnóstico de Bulimia Nerviosa a bulímicas de peso normal, supone emparentar a las anoréxicas bulímicas al diagnóstico de Anorexia Nerviosa más que al diagnóstico de Bulimia Neviosa, sin existir suficiente soporte para ello, dado que algún estudio ha mostrado más semejanzas entre bulimaréxicas y bulímicas de peso normal (con y sin historia previa de anorexia) que con anoréxicas restrictivas (Laessle, Wittcher, Fichter y Pirke, 1989).

Pensamos que hasta que no se obtenga más evidencia empírica que aproxime a las bulimaréxicas en una dirección o en otra, lo más prudente es asignar un diagnóstico mixto de anorexia y bulimia nerviosas a pacientes con sintomatología bulímica y anoréxica concurrentes, que es la práctica habitual del DSM-III-R.

BULIMIA NERVIOSA E INGESTA COMPULSIVA

En 1959, Stunkard (cfr. Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard, Wadden, Yanovski, Agras, Mitchell & Nonas, 1991) describió episodios de hiperfagia en algunos obesos. A pesar de que muchos de estos individuos experimentaban un marcado estrés por su patrón alimentario, no podían recibir un diagnóstico de Bulimia Nerviosa porque no se implicaban en conductas compensatorias de control del peso como el vómito autoinducido o el abuso de laxantes. El DSM-III-R sólo reconoce un trastorno que comporte episodios de hiperfagia: bulimia nerviosa. Sin embargo este cuadro se observa en individuos de peso normal que utilizan principalmente como estrategias de control del peso, el vómito autoinducido y el abuso de laxantes. Aunque se admite el empleo de otros métodos como la dieta, el ejercicio o el ayuno, a efectos de investigación se minimiza la heterogeneidad del diagnóstico, limitándolo a aquellos casos que vomitan o abusan de laxantes.

El diagnóstico se aplica a un subgrupo de pacientes obesos y a individuos de peso normal, que exhiben episodios de hiperfagia clínicamente significativos sin emplear métodos de control del peso (Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard, Wadden, Yanovski, Agras, Mitchell y Nonas, 1991).

Los pacientes obesos que presentan conducta hiperfágica, tienen más severa psicopatología, más obesidad, pronta recaída tras la pérdida de peso e historia de fluctuaciones, que los obesos que no presentan este patrón alimentario (Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard, Wadden, Yanovski, Agras, Mitchell y Nonas, 1991; Wilson y Walsh, 1991). Parece ser que la incidencia de episodios de sobreingesta se incrementa cuando aumenta la severidad de la obesidad (Rossiter, Agras, Telch & Bruce, 1992; Telch, Agras & Rossiter, 1988).

Los obesos "binge eaters" habitualmente tienen historia de dietas repetidas y eficaces, en las cuales se consigue la pérdida de peso, pero no logra mantenerse (Gormally, 1984). Paradójicamente, cumplen las dietas con

rigor durante el programa de tratamiento, pero no logran el control alimentario fuera de el.

DEFINICION DE INGESTA COMPULSIVA

La definición estándar de "*binge*" o atracón, según Gormally (1984), es "*un episodio de ingesta incontrolada en el que se consume una gran cantidad de comida en un período breve de tiempo*" (pp. 49). Sin embargo, no todos los episodios de hiperfagia son "*binges*" tal como los concibe Gormally. Las personas obesas no siempre experimentan sus atracones con pérdida de control, a veces comen más de lo planeado simplemente porque les 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*:

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

Los episodios de hiperfagia (que satisfacen los anteriores requisitos) reúnen elementos de compulsividad y de conducta adictiva:

- La ambivalencia del comedor compulsivo que experimenta una incontenible urgencia a comer, pero a la vez se resiste a satisfacer su 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.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PROVISIONALES

Se han propuesto los siguientes criterios diagnósticos provisionales para esta categoría clínica (Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard, Wadden, Yanovski, Agras, Mitchell y Nonas, 1992; Wilson y Walsh, 1991):

Criterios diagnósticos provisionales del trastorno por ingesta convulsiva

A. Episodios recurrentes de hiperfagia caracterizados por:

1) Ingesta durante un período breve de tiempo (ej. sobre unas dos horas), una cantidad de alimento superior a la que sería consumida por la mayoría de personas durante un período de tiempo similar.

2) sensación de pérdida del control durante los episodios, por ej. no ser capaz de parar de comer.

B. Deben presentarse por lo menos tres de los siguientes indicadores conductuales de pérdida de control en la mayoría de los episodios:

1) Comer más rápidamente de lo habitual.

2) Comer hasta sentirse incómodamente lleno.

3) Ingerir grandes cantidades de alimento a pesar de no experimentar hambre.

4) Ingerir grandes cantidades de alimento fuera de los horarios habituales de comida.

5) Comer subrepticiamente por vergüenza de que otros perciban la cantidad de comida ingerida.

6) Desagrado respecto a uno mismo, depresión o sentimientos de culpa por la sobreingesta.

C. Considerable malestar por el episodio.

D. Frecuencia semanal de dos episodios en los seis últimos meses.

E. No satisfacer los criterios de bulimia nerviosa.

La propuesta diagnóstica de estos autores contiene los dos componentes, según Gormally, constitutivos de un episodio de ingesta compulsiva en pacientes obesos: sensación de pérdida de control y emociones negativas tras el episodio (B y C). Respecto al criterio E, los autores especifican que este requisito excluye a pacientes que se provocan el vómito o abusan de laxantes.

Pensamos que esta caracterización diagnóstica carece de especificidad. Al no incorporar un criterio de peso, bulímicas de peso normal que no se provoquen el vómito ni abusen de laxantes, pero utilicen otros sistemas de control del peso, recibirán este diagnóstico junto con obesos que también sobreingieren, con lo cual queda por resolver el problema de la heterogeneidad fenomenológica y de la delineación clara entre bulimia nerviosa e ingesta compulsiva asociada a obesidad.

Como se verá en el apartado siguiente, existen diferencias sustanciales entre bulímicas vomitadoras y bulímicas restrictivas, pero esto no implica que las bulímicas restrictivas deban homologarse a obesos con ingesta compulsiva, por el hecho de utilizar estrategias similares de control del peso,

pues no se han efectuado estudios comparativos entre estos dos grupos (bulímicas no vomitadoras y obesos con hiperfagia) que avalen tal semejanza.

PREVALENCIA

La prevalencia de episodios de ingesta incontrolada en obesos varía de unos estudios a otros. Arnow, Kenardy y Agras (1992), citan índices de prevalencia que oscilan entre un 22% y un 83% (cuando se combinan obesos con niveles moderados y severos de episodios de hiperfagia).

En la revisión de Wilson y Walsh (1991) se citan índices de prevalencia que fluctúan entre un 20-46% de los pacientes obesos.

Recientemente, Devlin, Walsh, Spitzer y Hasin (1992), revisaron gran parte de estudios sobre prevalencia de episodios de hiperfagia en ausencia de bulimia y obtuvieron que una importante fracción de obesos presentaban episodios de hiperfagia, siendo una minoría los que empleaban vómito, abuso de laxantes o diuréticos y un 68% dietas restrictivas.

Fundamentándose en los criterios diagnósticos anteriores, los autores (Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard, Wadden, Yanovski, Agras, Mitchell y Nonas, 1992) construyeron un cuestionario de autoinforme que administraron a participantes de diferentes programas de control del peso en diferentes áreas geográficas, a grupos anónimos de comedores compulsivos y a muestras no clínicas. Los datos de prevalencia de episodios de hiperfagia fueron superiores en la muestra de comedores compulsivos anónimos (71.2%), que en las muestras implicadas en los programas de control del peso (30%), siendo las cifras consistentes en estas últimas. En las muestras no clínicas los índices de prevalencia fueron bastante inferiores, como es presumible (2% y 4.4%). La presencia del síndrome completo fué más frecuente en mujeres y hubo una fuerte asociación entre obesidad e historia de fluctuaciones del peso y la presencia de todos los criterios diagnósticos.

En base a estos resultados, los autores aconsejan incorporar esta categoría diagnóstica en el DSM-IV, como categoría oficial o en un apéndice de trastornos que requieren un estudio adicional.

HIPÓTESIS ETIOLÓGICAS

La *etiología* de la conducta hiperfágica de los obesos no está clara, pero

muchos investigadores subrayan el rol de la dieta restrictiva (Arnow, Kenardy y Agras, 1992; Gomarlly, 1984) también invocada como agente causal en los episodios bulímicos.

De acuerdo con la teoría de la restricción, el hambre inducido por la dieta genera un conjunto de condiciones que propician la ocurrencia de un episodio de hiperfagia, disparado por una serie de desinhibidores específicos (ej. disforia, consumo de alcohol, reglas alimentarias restrictivas, o violación de la dieta).

ESTUDIOS COMPARATIVOS

Diferencias en Antecedentes y Consecuentes de la Conducta Hiperfágica

Sin embargo, existen diferencias entre bulímicas y comedores compulsivos respecto a precipitantes y correlatos cognitivos y emocionales de la hiperfagia.

Los comedores compulsivos presentan humor deprimido después del episodio de sobreingesta y al igual que las bulímicas muestran más cogniciones dicotómicas antes del episodio alimentario, si se comparan a los controles normales (Lingswiler, Crowther y Stephens, 1989). Sin embargo las bulímicas tienen más estrés, preocupación por la comida y humor negativo antes del episodio, que los comedores compulsivos.

En muestras de obesos no sometidos a tratamiento y dónde sólo una minoría se impone algún tipo de prohibición alimentaria (Arnow, Kenardy y Agras, 1992), se obtiene que el humor negativo es un importante precipitante de episodios de hiperfagia. La mayoría experimenta sentimientos de culpa tras el episodio, sólo una minoría experimenta alivio.

En esto apreciamos diferencias respecto a las bulímicas: el humor negativo predomina antes y durante el episodio pero la utilización de conductas compensatorias calman y alivian el humor disfórico. El ciclo comienza negativamente, pero finaliza positivamente. La ausencia de sistemas de control del peso en obesos les priva del alivio del humor negativo.

El tipo de experiencia afectiva va modificándose durante el ciclo: antes del episodio alimentario predominan la irritabilidad, la ansiedad y la depresión. Posteriormente al episodio, prevalen los sentimientos de culpa. La reducción de los sentimientos de irritabilidad, ansiedad y depresión, a pesar de ser reemplazados por los sentimientos de culpa, es lo suficientemente reforzante como para mantener la conducta.

La mitad de la muestra informa haber experimentado hambre antes del

episodio, pero cuando se les pide valorar el papel del hambre en el atracón respecto a otros factores, éste resulta ser el menos importante.

Las cogniciones posteriores a los atracones suelen reflejar autoreproche. Pensamientos del mismo signo son habituales en pacientes bulímicas en las mismas circunstancias. Sin embargo, a diferencia de éstas, los pensamientos antecedentes al episodio de hiperfagia indican la intención deliberada de sobrein-gerir o *atracarse* sin reflejar falta de autocontrol. Este tipo de pensamientos en obesos puede ser una consecuencia del sufrimiento que produce la deprivación alimentaria, sin embargo en esta muestra un 80% de los sujetos no restringían cuantitativa ni cualitativamente la ingesta.

La experiencia es diferente a las bulímicas: deciden conscientemente violar la dieta, antes que sentirse compelidos a ello, y dar rienda suelta a sus deseos reprimidos. Este resultado parece poner en tela de juicio uno de los ingredientes básicos de la definición de Gormally (la pérdida de control sobre la ingesta y el componente de compulsividad). No obstante estos resultados deben considerarse con reservas ya que los datos no se derivan de autoregistros sino de informes retrospectivos realizados por los propios sujetos. En estos casos el pensamiento antecedente más frecuente es el propósito de mitigar el estado de ánimo alterado a través de la ingesta.

Otro tipo de pensamiento precipitante de los episodios de hiperfagia, son las preocupaciones respecto a la violación de las reglas alimentarias o de la abstinencia.

De estos dos estudios podemos destacar algunas similitudes y diferencias entre comedores compulsivos y bulímicas:

- Ambos grupos de pacientes presentan humor deprimido, cogniciones de autoreproche y culpa tras la conducta sobreingestiva.
- Las bulímicas mostraron más humor negativo, más estrés y más preocupación por la comida antes del episodio que los comedores compulsivos. Éstos a diferencia de aquellas decidieron deliberadamente y no compulsivamente, violar la restricción y atracarse sin dar muestras de pérdida de control.
- La mayoría de comedores compulsivos no experimentó alivio del humor disfórico tras el episodio alimentario. En las bulímicas el humor disfórico, presente antes y durante el episodio, se redujo tras el episodio después de haber puesto en marcha algún mecanismo de control del peso, inexistente en los obesos.
- De la misma manera que en las bulímicas, la violación de la dieta y el humor disfórico se erigen como precipitantes importantes de la ingesta compulsiva observada en obesos.

Diferencias Topográficas en la Conducta Hiperfágica

No sólo existen diferencias entre bulímicas y comedores compulsivos, en términos de antecedentes, correlatos y consecuentes de los "*binge-eating*", sino también en la *topografía de los episodios bulímicos*: nº de calorías ingeridas, velocidad de la ingesta, composición, y restricción alimentaria.

La cantidad de calorías ingeridas durante un episodio de hiperfagia es menor (600 cal. versus 1200 cal.) en obesas que en pacientes bulímicas (Rossiter, Agras, Telch y Bruce, 1992).

La velocidad de la ingesta es también inferior respecto a las muestras bulímicas y respecto a otros episodios alimentarios no hiperfágicos (38.9 cal/min. versus 84.3 cal/min.).

Sin embargo la celeridad durante los episodios en este grupo de obesas fué inferior a la velocidad lograda por controles en episodios alimentarios no hiperfágicos.

Respecto a la composición de la dieta, contrariamente a lo esperado, las obesas no consumen más lípidos durante las comilonas que en el resto de episodios alimentarios, debido probablemente a que predominaban alimentos ricos en carbohidratos y pobres en lípidos. No obstante, seleccionaron alimentos más nutritivos durante sus comilonas que durante el resto de episodios de ingesta.

El promedio de calorías consumidas durante los días en los que hay hiperfagia es superior al promedio de calorías del resto de días (2400 cal. versus 1500 cal.). Sin embargo la restricción es mayor en bulímicas según muestran otros estudios (1000 cal.). Comparadas con controles normales, las obesas son más restrictivas (1500 cal. versus 2000 cal.). En autoinfomes de restricción alimentaria, se obtiene el mismo patrón de resultados.

Los autores denominan a este grupo de pacientes " *bulímicas sin conducta purgatoria*", sin embargo los índices de desviación respecto al peso ideal, muestran que se trata de obesas con episodios de hiperfagia. Finalmente, los autores concluyen que las diferencias topográficas halladas en los episodios de hiperfagia de este grupo aconsejan una distinción nítida de pacientes con bulimia nerviosa.

Diferencias en Psicopatología

Las diferencias en *psicopatología concurrente* son más cuantitativas que cualitativas, aunque existentes: un estudio muestra un continuo de severidad psicopatológica entre bulímicas, obesos con episodios bulímicos, obesos tratados por obesidad y controles (Prather y Williamson, 1988).

Las bulímicas presentan los índices más elevados de psicopatología,

seguidas por los obesos con episodios bulímicos y obesos en tratamiento por su obesidad, que exhiben más malestar que los controles de peso normal y que los obesos no tratados. Los obesos con ingesta compulsiva manifiestan más depresión, más rasgos histriónicos y más adherencia al rol tradicional femenino, que los obesos no tratados. Los primeros puntuaron más alto en el Bulimia Test, lo que sugiere que las elevaciones en psicopatología de este grupo pueden ser secundarias a su alteración alimentaria y/o a su obesidad. A pesar de que no hubieron diferencias significativas entre estos grupos en estatus ponderal, la mayor adherencia del grupo de obesos con hiperfagia, al rol tradicional femenino que históricamente ha estado impregnado de valores estéticos, puede crear en estas pacientes mayor conflicto al no ajustarse a lo que la sociedad prescribe como estético.

Los dos grupos de obesos en tratamiento, manifiestan más depresión (de leve a moderada), que el grupo de obesos control.

La sintomatología depresiva, es también una característica frecuentemente asociada a la bulimia nerviosa, presente en obesos con hiperfagia y obesos tratados por su obesidad. El denominador común entre ellos es la preocupación por el peso (objetiva en los obesos y neurótica en las bulímicas) y la presencia de un tipo de alteración alimentaria que amenaza el estatus de peso y potencia la preocupación por el mismo. Es posible que exista algún tipo de nexo entre depresión y estas dos variables, no presentes en obesos que no acuden a tratamiento por su sobrepeso.

CONCLUSIONES

La evidencia disponible sugiere la existencia de una entidad psicopatológica, presente en pacientes obesos y algunos individuos de peso normal, caracterizada por la presencia de episodios de hiperfagia, malestar asociado a ellos, pero sin la utilización de procedimientos drásticos de control del peso. De acuerdo al DSM-III-R no se les puede asignar un diagnóstico de bulimia nerviosa.

Los pacientes obesos que presentan esta sintomatología, exhiben más psicopatología, más obesidad, más fluctuaciones del peso y más recaídas tras la pérdida de peso. Se ha verificado una elevada correlación entre episodios de hiperfagia y obesidad.

El episodio sobreingestivo debe caracterizarse por la sensación subjetiva de pérdida de control y reacción emocional negativa tras el episodio.

Diferencias entre bulímicas y obesos con ingesta compulsiva:

• **Antecedentes y consecuentes de los episodios de hiperfagia:** En ambos el humor negativo y la violación de la abstinencia funcionan como precipitantes. Sin embargo, las bulímicas muestran más desajuste, preocupación por la comida y más humor negativo antes del episodio. Los obesos a menudo toman la decisión consciente de sobreingerir, sin dar muestras de pérdida de control y con objeto de modificar el estado de ánimo alterado. A diferencia de las bulímicas la no utilización de sistemas de control del peso, tras el episodio, prolonga los sentimientos de culpa en los obesos.

• **Topografía de los episodios bulímicos:** Las diferencias son más cuantitativas que cualitativas: el balance calórico de los episodios es menor en los obesos que en las bulímicas, la velocidad de ingestión, también es menor, predominan alimentos ricos en carbohidratos pero no en lípidos, y la severidad de la restricción alimentaria es también menor.

• **Psicopatología concurrente:** Las bulímicas presentan elevaciones superiores en depresión que los obesos con ingesta compulsiva, pero éstos superan a los controles y a obesos sin hiperfagia. Nuevamente, las diferencias son también en términos cuantitativos.

Las diferencias entre bulímicas y obesos con ingesta compulsiva en términos de antecedentes y consecuentes de los episodios de voracidad, topografía de éstos y psicopatología, justifican un diagnóstico diferenciado entre bulimia e ingesta compulsiva.

REFERENCIAS

Arnow B, Kenardy J y Agras WS. Binge eating among the obese: A descriptive study. *J Behav Med* 1992, 15(2), 155-170.

Beumont PJV. Bulimia: Is it an Illness Entity? *Int J Eating Disord* 1988, 7(2), 167-176.

DaCosta M y Halmi KA. Classifications of anorexia nervosa: Question of subtypes. *Int J Eating Disord* 1992, 11(4), 305-313.

Devlin MJ, Walsh BT, Spitzer RL y Hasin D. Is there another binge eationg disorder? A review of the literature on overeating in the absence of bulimia nervosa. *Int J Eating Disord* 1992, 11(4), 333-340.

Fairburn CG y Garner DM. The Diagnosis of Bulimia Nervosa. *Int J Eating Disord* 1986 ,5(3), 403-419.

Fichter MM. *Bulimia Nervosa. Basic Research, Diagnosis and Therapy.* New York: Jonh Wiley y Sons, 1990.

Garfinkel PE y Garner D. Bulimia in Anorexia Nervosa. En: RC Hawkins, WI Fremouw y P Clement, (editores), *The Binge-Purge Syndrome: Diagnosis, Treatment and Research.* New York: Springer 1984.

Gormally. The Obese Binge Eaters: Diagnosis, Etiology and Clinical Issues. En: RC Hawkins, WI Fremouw y P Clement, (editores), *The Binge-Purge Syndrome: Diagnosis, Treatment and Research.* New York: Springer 1984.

Hsu LKG. *Eating Disorders.* New York: The Guilford Press, 1990.

Laessle RG, Wittchen HU, Fichter MM y Pirke KM. The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: Lifetime frequency of psychiatric disorders. *Int J Eating Disord* 1989, 8(5), 569-574.

Lingswiler VM, Crowther JH y Stephers MAP. Affective and Cognitive Antecedents to Eating Episodes in Bulimia and Binge Eating. *Int J Eating Disord* 1989, 8(5), 533-539.

Prather RC y Williamson DA. Psychopathology associated with bulimia, binge eating and obesity. *Int J Eating Disord* 1988, 7(2), 177-184.

Rosen AM, Murkofsky CA, Stekler NM y Skolnick NJ. A comparison of psychological and depressive symptoms among restricting anorexic, bulimic anorexic and normal-weight bulimic patients. *Int J Eating Disord* 1989, 8(6), 657-663.

Rossiter ME, Agras SW, Telch CF y Bruce B. The eating patterns of non-purging bulimic subjects. *Int J Eating Disord* 1992, 11(2), 111-120.

Russell GFM. Bulimia revisited. *Int J Eating Disord* 1985, 4(4), 681-692.

Rybicki DJ, Lepkowsky CM y Arndt S. An empirical assessment of bulimic patients using multiple measures. *Addic Behav* 1989, 14, 249-260.

Shisslak CM, McKeon RT y Crago M. Family dysfunction in normal weight bulimic anorexic families. *J Clin Psychol* 1990, 46(2), 185-189.

Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, Stunkard A, Wadden T, Yanovski S, Agras S, Mitchell J y Nonas C. Binge eating disorder: To be or not to be in DSM-IV. *Int J Eating Disord* 1991, 10(6), 627-629.

Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, Stunkard A, Wadden T, Agras S, Mitchell J y Nonas C. Binge eating disorder: A mul-

tisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eating Disord* 1992, 11(3), 191-203.

Telch CF, Agras WS y Rossiter EM. Binge Eating Increases with Increasing Adiposity. *Int J Eating Disord* 1988, 7(1), 115-119.

Wilson TG y Walsh BT. Eating disorders in the DSM-IV. *J Abnorm Psychol* 1991, 100(3), 362-365.