

## Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas.

*Ana Mateos-Parra y Natalia Solano-Pinto*

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

### Correspondencia:

Ana Mateos Parra - C/. Maqueda, 103, 41-C  
28024 Madrid (España).

## ORIGINALES

[Resumen] [Abstract]

- ▶ [Descripción clínica](#)
  - ▶ [Criterios diagnósticos](#)
  - ▶ [Evaluación](#)
  - ▶ [Modelos explicativos](#)
  - ▶ [Modelos explicativos](#)
  - ▶ [Eficacia diferencial de los procedimientos terapéuticos](#)
  - ▶ [Pronóstico](#)
  - ▶ [Conclusiones](#)
- 

Los trastornos de la alimentación constituyen actualmente un foco de gran interés para la investigación clínica y básica. Dicho interés surge como necesidad de dar respuesta a la problemática que presenta actualmente un gran sector de la población caracterizado básicamente por ser mujeres adolescentes y pertenecer o haberse desarrollado en una cultura de tipo occidental. No obstante, dicho interés por el tema es muy reciente, ya que, aunque la enfermedad no es nueva no comienza a estudiarse con rigor hasta hace unas décadas.

La anorexia nerviosa era un trastorno conocido en épocas antiguas. Así se describe en la edad media en la vida de algunas santas como Liduina de Shiedam, una santa del siglo XIV, o la santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, que ayunó y rezó a Dios rogándole le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres, siendo adoptada en algunos países de Europa como santa patrona por aquellas mujeres que deseaban verse libradas de la atención masculina. En 1694, [Morton](#) describió la "consunción nerviosa", considerándose ésta la primera descripción clínica de dicho trastorno. Pero fue Gull quien utilizó por primera vez la expresión anorexia nerviosa en una conferencia pronunciada en Oxford ([Gull, 1874](#)). En la misma época, y de modo casi simultáneo, se produce la descripción de la enfermedad a cargo de [Laségue \(1873\)](#), calificándola de inanición histérica y considerándola, al igual que Gull, una enfermedad psicógena ([Toro, 1996](#)). A finales del siglo XIX, en el año 1893, [Freud](#) describe un caso de anorexia tratado con hipnosis, un año más tarde describe dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía. A principios del siglo XX, la anorexia nerviosa empieza a tratarse desde un punto de vista endocrinológico, así en 1914 [Simonds](#) patólogo alemán, describe una paciente caquética a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción pituitaria y durante los siguientes 30 años reinó la confusión entre insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simonds) y anorexia nerviosa. A partir de los años 30, la anorexia nerviosa pasa a estudiarse principalmente desde el punto de vista psicológico, quedando en olvido las antiguas discusiones acerca del origen endocrino o psicológico del

trastorno. Las explicaciones de esta época se encuentran muy influenciadas por los modelos psicoanalíticos que predominaban en ese momento.

La prevalencia de la anorexia nerviosa está situada entre el 0.5-1% ([Garfinkel y Garner, 1982](#); [A.P.A., 1993](#)), con una mortalidad terriblemente alarmante, aproximadamente un 10% de los casos ([Silber, 1984](#)). Durante los últimos quince años, los índices de prevalencia para los trastornos de la alimentación parece que no han variado ya que la investigación sobre este tema indica que se mantiene constante la tasa de pacientes que son remitidos a especialistas ([Fairburn, Hay y Welch, 1993](#)).

La anorexia nerviosa generalmente aparece en la adolescencia, entre los 14 y 19 años (aunque también se describen casos en otras edades), y básicamente en el sexo femenino ([Halimi, 1974](#); [Jones, Fox, Babigan y Hutton, 1980](#)). Aunque años atrás se hablaba de una mayor prevalencia en niveles socioeconómicos medios y superiores, en los últimos años el trastorno afecta a todos los niveles ([Toro y Vilardell, 1987](#)).

De acuerdo con [Chinchilla \(1994\)](#), Galeno describió ya la "kynos orexia" o hambre canina como sinónimo de bulimia, considerándola como consecuencia de un estado de ánimo anormal y posteriormente, apareció reflejada en los diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX como curiosidad médica. A finales de los años 70 fue descrita y traducida como el síndrome de purga y atracones o bulimarexia ([Bosking-Lodahl, 1976](#)), y [en 1979 fue acuñada por Russell](#). Aparece por primera vez en el DSM-III ([A.P.A., 1980](#)) con la denominación de bulimia y, finalmente se adopta el término de bulimia nerviosa en el DSM-III-R ([A.P.A., 1987](#)).

Según el DSM-IV ([A.P.A., 1993](#)), la prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3%, siendo entre los varones diez veces menor.

Con el fin de realizar una conceptualización de los trastornos de la alimentación que implique una aproximación a la realidad clínica, creemos necesario comenzar recordando la hipótesis del continuo que proponen numerosos autores ([Perpiña, 1989](#); [Calvo, 1992](#); [Scarano, Kalodner, 1994](#); [Lowe et al., 1996](#)). Esta hipótesis propone una continuidad en los trastornos de la alimentación en lugar de su clasificación por categorías aisladas. Es decir, todos estos trastornos compartirían dos ideas centrales: a) la preocupación por el peso y, b) la idea sobrevalorada de adelgazar, distribuyéndose a lo largo de un continuo en función de que esta sintomatología vaya o no acompañada de un determinado peso, de seguimiento de dietas más o menos restrictivas, de conductas purgativas, y de la mayor o menor alteración que se produce en la imagen corporal.

De esta manera en un extremo estaría la anorexia nerviosa restrictiva, seguida de la anorexia bulímica, y la bulimia nerviosa tendría una posición intermedia seguida de la sobreingesta compulsiva. En el otro extremo estarían los obesos que presentan pautas de conducta alimentaria alteradas.

## **Descripción clínica**

Los pacientes con trastornos de la alimentación presentan características comunes que pueden agruparse en los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), así como diferentes problemas asociados a su diagnóstico principal que en numerosos casos cobran también relevancia clínica y que deben ser motivo de atención y tratamiento especializado.

En cuanto a las **manifestaciones cognitivas**, la anorexia y bulimia nerviosas coinciden en un miedo obsesivo e irracional ante la posibilidad de engordar, así como una preocupación excesiva por el cuerpo, peso y alimentos.

Numerosos autores coinciden en señalar la aparición y reiteración de una serie de cogniciones relacionadas con el aspecto del cuerpo y la valoración estética que se hace del mismo y que, en un principio, no se consideran patológicas como tampoco son exclusivos de este tipo de trastornos. Sin embargo, su reiteración y persistencia las convierten en patológicas, constituyendo la temática casi exclusiva de estas pacientes. Una vez que se ha instaurado la enfermedad, se consideran distorsiones cognitivas y coinciden con las señaladas por [Beck \(1976\)](#) en relación con las anomalías cognitivas presentes en la depresión. [Garner y Bermis \(1982\)](#) sistematizan y clasifican dichas cogniciones al hablar de las irregularidades del pensamiento de la anoréxica. De forma similar, [Cash y Brown \(1987\)](#) hablan de las distorsiones cognitivas relacionadas con el peso y la figura, denominándolas la "docena sucia".

Estas distorsiones son, entre otras variables, las responsables de que estas personas inicien una dieta restrictiva, y poco tiempo después van a ser también las responsables en gran medida del mantenimiento del trastorno.

Las alteraciones de la imagen corporal constituyen otra variable cognitiva a tener en cuenta y se encuentran implicadas en el hecho de que estas personas aun estando extremadamente delgadas, niegan su delgadez así como niegan su enfermedad. De esta manera, a medida que el cuadro progresa va haciéndose cada vez mayor el miedo a engordar, buscando la delgadez como forma de vida, no dándose cuenta, o no sintiendo, que ellas ya no están delgadas sino desnutridas. En este estado aún se sienten gordas, lo que les lleva a restringir más su ingesta alimentaria, convirtiéndose en un círculo vicioso del que resulta difícil salir ([Raich, 1994](#); [Toro y Vilardell, 1987](#); [Hsu, 1990a](#)).

[Slade \(1985\)](#), tras realizar una revisión de diferentes estudios sobre imagen corporal llega a la conclusión de que la sobreestimación del tamaño, sobre todo a lo ancho, es una característica de la anorexia nerviosa aunque esta tendencia no es exclusiva de dicho trastorno, sino que también está presente en otros grupos.

[Taylor y Cooper \(1992\)](#), relacionan el estado de ánimo con la imagen corporal, de tal manera que, según estos autores, si inducimos un estado de ánimo negativo a sujetos con preocupación por la figura corporal, tienden a sobreestimar su tamaño mostrando en dicho estado de ánimo una mayor tendencia a la insatisfacción en relación con su tamaño corporal.

A partir de los diferentes estudios sobre imagen corporal y trastornos de la alimentación se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- a) La tendencia a la sobreestimación del tamaño corporal no es debida a fallos perceptivos, sino que la insatisfacción corporal es la causa principal de la percepción alterada ([Raich, 1994](#); [Gardner y Bokenkamp, 1996](#)).
- b) Esta misma tendencia conlleva una mayor gravedad del cuadro y peor pronóstico ([Slade, 1985](#); [Toro y Vilardell, 1987](#)).
- c) La sobreestimación del tamaño corporal no es propia únicamente de los trastornos alimentarios, sino que también aparece en otros colectivos como en personas obesas y en adolescentes ([Leon, 1983](#)) mujeres de la población general ([Caspers, Halmi, Goldberg, Eckert y Davis, 1979](#)) y en accidentados con desfiguraciones físicas ([Damlouji y](#)

Ferguson 1985), entre otros grupos. No obstante, lo que diferencia a estos grupos de las personas con trastornos alimentarios son las intensas reacciones emocionales y la evaluación negativa que hacen sobre su imagen corporal (Toro, 1990).

Por otro lado, los datos extraídos de observaciones clínicas y experimentales parecen apoyar la existencia de alteraciones interoceptivas en la anorexia nerviosa. No se sabe muy bien si es que no perciben determinados estímulos interoceptivos, principalmente aquellos relacionados con el hambre y la saciedad, o bien si es que los perciben de modo anómalo. Tampoco resulta claro si esto se debe a una característica previa al inicio del trastorno, o bien es una consecuencia del mismo. En cualquier caso, lo que sí parece cierto es que existen alteraciones interoceptivas en estos pacientes (Toro y Vilardell, 1987).

Más recientemente, Leon, Fulkerson, Perry y Early (1995) han propuesto que el escaso conocimiento de las sensaciones interoceptivas podría ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno alimentario.

Respecto a las **manifestaciones fisiológicas**, en un primer examen físico, en el caso de la anorexia nerviosa, se encuentra un bajo peso, emaciación, hipotensión y bradicardia. El peso extremadamente bajo da lugar a que la piel presente una apariencia seca y agrietada, en ocasiones recubiertas de lanugo especialmente en mejillas, cuello, espalda, antebrazos y muslos (Schwabe, Lippe, Chang, Pops y Yager, 1981). Las extremidades, manos y pies, están fríos, probablemente por una vasoconstricción generalizada. Las uñas se vuelven quebradizas y se produce una caída de pelo y un aspecto pajizo del mismo (Toro y Vilardell, 1987).

Otras manifestaciones son las cardiovasculares, entre las que destacan la disminución del volumen cardíaco, el pulso anormalmente lento y/o arritmias. En cuanto a los síntomas gastrointestinales son frecuentes la sensación de hinchazón, el estreñimiento y los dolores abdominales. Como manifestaciones renales puede aparecer la formación de cálculos, y, finalmente, son muy características como alteraciones endocrinas las irregularidades menstruales y la presencia de amenorrea.

Garfinkel y Garner (1982), señalan que entre un 10-34% de las anoréxicas utilizan conductas purgativas aunque las bulímicas lo hacen en mayor medida. El empleo de dichas conductas constituye un índice de mal pronóstico, y puede llegar a ser la causa de la muerte de estas pacientes, ya que pueden presentar muerte súbita atribuible a arritmias secundarias por alteraciones electrolíticas debidas a los vómitos o abuso de laxantes.

Como se puede observar los trastornos de la alimentación constituyen uno de los cuadros psicopatológicos que conllevan una mayor cantidad de alteraciones a nivel orgánico. A pesar de ello, pueden pasar bastantes años desde el inicio de la enfermedad hasta que es detectado, lo que tiene evidentes repercusiones pronósticas. En el caso de los pacientes bulímicos, éstos rara vez se encuentran desnutridos, su aspecto externo suele ser o bien el de una persona más o menos obesa, o bien presentan un peso normal. Por esta razón, y debido a que la vida de estas personas se encuentra marcada por el temor y la vergüenza a ser descubiertos durante uno de los episodios de sobreingesta que normalmente se llevan a cabo por la noche, y en secreto, suele ser bastante difícil detectar este tipo de problemas. Ahora bien, en el caso de los pacientes con anorexia, los síntomas físicos pueden llegar a ser claramente visibles para el observador externo, principalmente, debido a la pérdida de peso y al deterioro físico considerable que se produce y, sin embargo, el tiempo que pasa desde el inicio de la sintomatología hasta que pasan por consulta, suele ser bastante largo.

Finalmente, como **manifestaciones conductuales** aparecen en primer lugar, cambios en el patrón normal de la ingesta. Con frecuencia comienzan con una restricción de los glúcidos o hidratos de carbono que suelen ser considerados como alimentos altamente calóricos, y, por lo tanto, prohibidos. Posteriormente, la restricción de alimentos se generaliza a los lípidos o grasas y, finalmente a las proteínas. Algunos pacientes llegan a restringir incluso el consumo de agua, con el consiguiente peligro de deshidratación.

Generalmente si alguien les pregunta el por qué de la dieta que llevan a cabo, responden con evasivas o argumentan llevar a cabo un tipo de dieta sana. Sin embargo, pronto comienzan los engaños y las mentiras a la hora de la comida. Suelen evitar comer tanto con los demás miembros de su familia como en cualquier situación social que implique sentarse alrededor de la mesa. Dado que la mayor parte de las relaciones sociales conllevan el típico "vamos a comer o a beber algo", pronto comienza un deterioro en las relaciones sociales que a lo largo del tiempo, puede llegar a ser un aspecto muy deficitario en la vida de estas personas.

Aparecen frecuentemente conductas alimentarias de ocultación y manipulación de la comida (tiran, esconden, seleccionan, trocean los alimentos, etc...). Se preocupan por aprender el contenido calórico exacto de cada alimento, que normalmente llegan a saberse de memoria. Pesan cada ración de comida que van a ingerir, se pesan prácticamente a diario o ante la más mínima sospecha de aumento de peso, o bien, evitan la báscula.

La anorexia bulímica y la bulimia nerviosa se caracterizan además por frecuentes episodios de hiperfagia en los que la paciente describe la sensación de pérdida de control. En dichos episodios se produce la ingestión incontrolada de bastante cantidad de comida que generalmente suele ser muy rica en calorías y, durante un período de tiempo que varía de minutos a horas. En ocasiones se puede hablar de la ingesta de gran cantidad de alimentos, pero lo importante no es que el atracón sea real, sino que la paciente lo viva como tal ([Mora y Raich, 1993](#)).

Tras el episodio de hiperfagia se produce sensación de hinchazón y fuertes sentimientos de culpa (Chinchilla, 1994), lo que da lugar a que la paciente recurra a métodos purgativos tales como el vómito y/o abuso de laxantes y diuréticos. El cuadro suele instaurarse de forma lenta y progresiva, de forma que cada vez se suceden con más frecuencia los atracones y los vómitos varias veces al día. Como consecuencia de ello, el paciente comienza a percibir una falta de control en su conducta que hace que, poco a poco, se vea envuelta en un círculo vicioso del que resulta difícil salir ([Mora y Raich, 1993](#)).

[Hsu \(1990b\)](#) estudia los precipitantes del episodio de sobreingesta, encontrando que la variable más importante es el hambre.

En cuanto a la apariencia personal de una joven que sufre anorexia, éstas suelen ir vestidas con ropas amplias y superpuestas cuya función es en un principio, disimular los supuestos defectos físicos (caderas anchas, abdomen, gluteos, etc...) y, finalmente, su función es doble. Por un lado, no pasar frío (padecen de hipotermia) y, por otro lado, disimular su delgadez extrema.

Es más propio de la anorexia nerviosa la búsqueda de la reducción de peso, a través del incremento del consumo energético, así realizan ejercicio de forma compulsiva, comen de pie, duermen poco, etc... Según [Davis, Kennedy, Ravelski y Dionne \(1994\)](#), la actividad física es una variable fundamental en la génesis y mantenimiento del problema.

Por otro lado, como ya se dijo anteriormente, los trastornos de la alimentación no suelen aparecer de forma aislada, sino que frecuentemente se asocian a otras patologías. En este sentido, [Braun, Sunday y Halmi \(1994\)](#), utilizando los criterios del DSM-III-R ([A.P.A., 1987](#)) en 105 pacientes con trastornos de la alimentación, encontraron que el 81'9% de los sujetos tenían además del trastorno de alimentación, otro diagnóstico en el Eje I de dicho manual. Los diagnósticos más comunes eran: trastornos de ansiedad, depresión, alteraciones de la personalidad, y abuso de sustancias (principalmente drogas inhibitoras del apetito y ansiolíticos). Además encontraron que las anoréxicas restrictivas, en general, desarrollaban primero el trastorno de la alimentación y posteriormente otro de los trastornos anteriormente citados.

En cuanto a la ansiedad se refiere, ésta constituye un fenómeno central en los trastornos de la alimentación. En este sentido, es posible que dichos sujetos tengan altos niveles de ansiedad antes incluso de desarrollar el trastorno y que éstos sean un factor más, entre otros muchos, precipitantes de dichos trastornos. En un principio, las preocupaciones principales de estas personas, se centran en la anticipación de consecuencias negativas derivadas, por un lado, de la situación real o imaginada de sobrepeso, y, por otro lado, de la valoración que ellas mismas hacen acerca de su imagen corporal. Como consecuencia de ello, el individuo toma la decisión de llevar a cabo una dieta que de acuerdo con su filosofía será la encargada de poner fin a todos sus problemas personales. Sin embargo, el largo y tortuoso camino hacia el infierno no ha hecho nada más que empezar. A partir de este momento, todos sus pensamientos y comportamientos girarán alrededor de un único objetivo: bajar de peso. La consecución de dicho objetivo es la fuente principal que da origen a los sentimientos de ansiedad y depresión que caracterizan a la enfermedad.

Por otro lado, diferentes estudios ponen de manifiesto la importancia de las situaciones estresantes como factores etiológicos de los trastornos de la alimentación. Entre estos acontecimientos estresantes destacan: padres alcohólicos, abuso sexual, trastornos afectivos en padres, muerte de personas significativas ([Ronan-Woodburn, 1989](#); [Rosen, Compas y Tacy, 1993](#); [Strober y Humphrey, 1987](#); [Meyer, 1997](#)).

En esta misma línea, [Mintz, Kashubeck y Tracy \(1995\)](#) informan que un gran número de mujeres que habían sufrido experiencias estresantes durante la infancia tenían sintomatología propia de los trastornos de la alimentación.

[Piran, Kennedy, Garfinkel y Owens \(1985\)](#), llevaron a cabo un interesante estudio partiendo de los criterios diagnósticos del DSM-III ([A.P.A., 1980](#)) para los trastornos de ansiedad, evaluando a un grupo de 47 pacientes con trastornos de la alimentación encontrando en muchas ocasiones la relación entre éstos y otros trastornos de ansiedad como el ataque de pánico, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo (T.O.C.), aunque respecto a las bulímicas ninguna de ellas había padecido el T.O.C. según dicho autor.

[Schwalberg, Barlow, Alger, y Howard \(1992\)](#), encontraron que en pacientes bulímicos y personas obesas con episodios de hiperfagia los diagnósticos más frecuentes en el DSM-III-R ([A.P.A., 1987](#)), eran la ansiedad generalizada y la fobia social. Más recientemente, [Hollander \(1993\)](#), afirma que los trastornos de la alimentación se relacionan con el T.O.C., con el trastorno dismórfico, la falta de control de los impulsos y la personalidad borderline.

A partir de la revisión de estos y otros estudios sobre el tema se puede extraer como conclusión que no existen datos concluyentes acerca de la presencia de determinados trastornos de ansiedad en los pacientes con trastornos de la alimentación.

Por otro lado, la presencia de trastornos afectivos, principalmente de depresión, en los trastornos de la alimentación ha sido bastante más estudiada que la coexistencia de trastornos de ansiedad en dichos trastornos. En cuanto a la presencia de depresión en anorexia nerviosa, la frecuencia varía del 20 al 100 % de los casos según los diferentes estudios. No obstante, diferencias tan acusadas probablemente se deben a inconsistencias en lo que se refiere a calidad y método utilizado en la obtención de datos, en cuanto al criterio sintomático, así como el grado de atención prestado a los efectos posibles de las anomalías alimentarias y el grado de inanición ([Herscovici y Bay, 1990](#)).

En la literatura sobre el tema, la mayor parte de las investigaciones se centran en intentar determinar si la depresión es un trastorno que aparece de forma concomitante al trastorno de la alimentación y, de alguna forma independiente de éste, o bien, si la depresión aparece de forma secundaria y como consecuencia de la situación anoréxica y/o bulímica.

Son muchos los estudios que se han dedicado a estudiar las variables biológicas asociadas a los trastornos de la alimentación y a la depresión, investigando las disfunciones del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. A partir de la revisión de dichos estudios [Toro y Vilardell \(1987\)](#), concluyen que los indicios de patología biológica probablemente pueden estar determinados por la inanición pero que no todo puede explicarse a través del estado nutritivo de estos pacientes.

Por último, puede decirse que no está establecido el papel de los antidepresivos en el tratamiento de la anorexia nerviosa. La mayor parte de autores están de acuerdo en señalar que los síntomas depresivos se alivian cuando mejora el estado de desnutrición presente en la mayor parte de las pacientes. Por ello, dichos autores ([Vandereycken y Meerman, 1984](#); [Andersen, 1985](#)) recomiendan reestablecer un estado nutricional adecuado y, posteriormente administrar medicación antidepresiva sólo en aquellos casos en los que el paciente cumple todos los criterios para ser diagnosticado de trastorno depresivo. Por otro lado, en el caso de la bulimia nerviosa, parece que sí existen diferentes estudios que verifican la utilidad de los antidepresivos en el tratamiento de dicho trastorno ([Toro y Vilardell, 1987](#); [Herscovici y Bay, 1990](#); [Hoffman y Halmi, 1993](#)). La estrecha relación existente entre ambos trastornos, anorexia y bulimia nerviosa, no hace más que añadir confusión al asunto, tal y como señalan [Toro y Vilardell \(1987\)](#).

Respecto al consumo de drogas, diferentes estudios confirman una alta prevalencia de abuso de sustancias en pacientes con trastornos de la alimentación ([Newman y Gold, 1992](#); [Hudson, Weiss y Pope, 1992](#); [Krahn, 1991](#); [Das, 1990](#); [Peveler y Fairburn, 1990](#)).

[Peveler y Fairburn \(1990\)](#), relacionan trastornos de la alimentación y consumo de alcohol. [Hudson et al. \(1992\)](#) realizaron un estudio con 386 pacientes hospitalizados por abuso de sustancias, encontrando que un 15 % de las mujeres, habían padecido un trastorno de la alimentación. [Das \(1990\)](#), propone que algunas conductas adictivas (exceso de bebida, exceso de comida y juego compulsivo), comparten entre sí algunos aspectos: la conducta adictiva genera momentos de placer a corto plazo, alivia sentimientos negativos y dicha conducta tiene elementos compulsivos.

[Li, Lumeng, McBride y Murphy \(1987\)](#) presentan un modelo animal de alcoholismo y sugieren la posibilidad de que exista un mecanismo común entre depresión, trastorno de la alimentación y alcoholismo.

[Krahn \(1991\)](#) propone que aunque existan muchas similitudes entre trastornos de la

alimentación y el abuso de sustancias, no se ha podido demostrar un mecanismo común.

Por otro lado, [Wonderlich, Stephen, Swift, Slotnick y Goodman \(1990\)](#) y [Smith, Burkey, Nawn y Reif \(1991\)](#), han puesto de manifiesto la coexistencia de trastornos de la alimentación y trastornos de la personalidad. Así, [Wonderlich y Swift \(1990\)](#), estudian la relación entre los trastornos de la alimentación y los trastornos de la personalidad siguiendo los criterios DSM-III-R ([A.P.A., 1987](#)). Dicho autor obtuvo los siguientes resultados: El trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo estaba presente en la anorexia restrictiva, pero no en la anorexia bulímica; la bulimia con peso normal estaba asociada con personalidad histriónica; e independientemente del subtipo de trastorno de la alimentación, la depresión era mayor en sujetos que cumplieran los criterios de personalidad borderline y dependiente.

## Criterios diagnósticos

Los primeros criterios diagnósticos que se propusieron para la anorexia nerviosa fueron los Criterios de Feighner ([Feighner, Robins y Guze, 1972](#)). Estos, fueron ampliamente aceptados e inspiraron los criterios del diagnóstico de la anorexia nerviosa de la tercera versión de la [A.P.A. \(1980\)](#). Hasta la actualidad numerosos aspectos han evolucionado, destacando la desaparición de la edad de inicio como criterio diagnóstico, y el porcentaje de la pérdida de peso, que ha pasado del 25 % de la clasificación de Feighner y del DSM-III ([A.P.A., 1980](#)), al 15% en el DSM-III-R ([A.P.A., 1987](#)) y en los criterios propuestos para el DSM-IV ([A.P.A., 1993](#)). A partir del DSM-III ([A.P.A., 1980](#)) se incorporan aspectos evolutivos a la pérdida de peso, es decir, en personas menores de 18 años se calcula el peso que debía haber ganado por crecimiento. El aspecto que más destaca en el DSM-IV ([A.P.A., 1993](#)), respecto al DSM-III-R ([A.P.A., 1987](#)) es la clasificación de dos subtipos: restrictivo y bulímico ([ver tabla 1](#)).

**Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de la anorexia DSM-IV (A.P.A., 1993)**

**A.** Rechazo a mantener el peso corporal por encima de un peso mínimo para su edad y talla; por ejemplo, pérdida de peso o mantenimiento de éste por debajo del 15 por 100 esperado. En casos de crecimiento, fracaso en alcanzar el que le correspondería en un 155 inferior al esperado.

**B.** Miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, aun estando emaciada.

**C.** Alteración en la manera como se experimenta el peso corporal y la silueta. Influencia exagerada de la silueta o el peso en la autoevaluación, o negación de la seriedad de su bajo peso corporal actual.

**D.** En mujeres posmenárquicas ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea). Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos únicamente ocurren tras la administración de hormonas (ejemplo, estrógenos).

- Subtipo bulímico: durante el período de anorexia, la persona presenta episodios recurrentes de sobreingesta.

- Subtipo restrictivo: durante el período de anorexia, la persona no presenta episodios recurrentes de sobreingesta.

La décima revisión del manual de la Organización Mundial de la Salud ([ICD-10, OMS, 1992](#)) destaca el miedo a engordar como variable fundamental del trastorno, haciendo especial hincapié en que el trastorno involucra al eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal, lo que da lugar a la amenorrea en la mujer y a la pérdida de interés sexual en el varón. En cuanto al peso propone como indicador un índice de masa corporal o de Quetelet igual o menor a 17'5 para el diagnóstico de anorexia nerviosa. En contraste con el DSM-IV ([A.P.A., 1993](#)), no contempla varios subtipos, sino que considera que la pérdida de peso puede ser inducida por la evitación de "alimentos que engordan" y que puede ir acompañada de uno o más de los siguientes métodos para perder peso: vómitos y/o purgas autoinducidas, ejercicio físico o consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

Anteriormente la bulimia nerviosa era considerada como un trastorno secundario a la anorexia nerviosa, pero las fuertes diferencias encontradas entre anoréxicas y bulímicas, hicieron que ésta haya sido considerada como una entidad psicopatológicamente distinta, presentándose con el término bulimia en el DSM-III ([A.P.A. \(1980\)](#)) y adoptándose el término de bulimia nerviosa en el DSM-III-R ([A.P.A., 1987](#)) y DSM-IV ([A.P.A., 1993](#)), como ya señalamos anteriormente.

En este último, el criterio del promedio mínimo de atracones se mantiene, pero no sólo los atracones, sino las conductas inapropiadas. También especifica el criterio de preocupación persistente por la silueta y el peso, ya que habla de que es la autoevaluación la que está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal. Por último, enfatiza que la aparición de la bulimia nerviosa no aparezca exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa ([ver tabla 2](#)).

### **Tabla 2. Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa DSM-IV ([A.P.A., 1993](#))**

**A.** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

**B.** Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

**C.** Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

**D.** La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

**E.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

El ICD-10 ([OMS, 1992](#)), propone criterios diagnósticos prácticamente iguales al DSM-IV ([A.P.A., 1993](#)), excepto en lo que hace referencia a la relación entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. A diferencia de la clasificación del APA, que excluye el diagnóstico de bulimia nerviosa si esta conducta tiene lugar exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa, la ICD-10 ([OMS, 1992](#)), excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular.

Por otro lado, algunos de los síntomas propios de los trastornos alimentarios (pérdida de peso, rechazo de determinados alimentos, etc...) pueden aparecer también en otros trastornos psicopatológicos. Por ello, resulta imprescindible saber que aunque existan rasgos comunes como pérdida de peso, alteraciones del sueño y estado de ánimo deprimido, coincidiendo con el trastorno del estado de ánimo; o ideas obsesivas, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; negación de ingerir alimentos, como en la esquizofrenia; o rasgos similares al trastorno por somatización; las características que diferencian al trastorno de la alimentación con los trastornos anteriormente citados son principalmente que, no se produce un temor fóbico a engordar ni existen distorsiones en la imagen corporal en el TOC; en los depresivos se produce una pérdida de apetito pero no aparece la preocupación por el contenido calórico; en la esquizofrenia, el paciente puede negarse a comer, pero los delirios no se centran en el contenido calórico de los alimentos, ni hay miedo a engordar, como tampoco ocurre en el trastorno por somatización.

Quizás el diagnóstico diferencial más difícil de realizar en la práctica clínica sea entre anorexia y bulimia nerviosa, posiblemente debido al continuo que se produce en los trastornos de la alimentación, ya comentado anteriormente. De acuerdo con [Chinchilla \(1994\)](#), vamos a destacar los aspectos que más diferencian a ambos trastornos; respecto a la bulimia nerviosa, el inicio es más tardío, el peso, y el aspecto general es más normal, suelen tener un menor control de impulsos, menor hiperactividad, mayor psicopatología asociada, mayor consumo de drogas y, el método preferido para controlar el peso son los vómitos, laxantes y diuréticos. En las pacientes que sufren anorexia nerviosa es más frecuente encontrar hipotensión, bradicardia e hipotermia. Las bulímicas rara vez evolucionan hacia la anorexia nerviosa típica, pero sí es frecuente encontrar una anorexia previa.

## Evaluación

El primer aspecto que se debe evaluar es su deterioro físico y su peso actual. Una vez recogida la historia general y médica, se debe evaluar la topografía de las dietas, los hábitos alimentarios de la paciente, y las conductas purgativas. Igualmente resulta

necesario evaluar las distorsiones de la imagen corporal; las cogniciones relacionadas con la comida, el peso, la figura y la valoración estética de la misma; y finalmente, la existencia de otros posibles trastornos asociados y que ya comentamos anteriormente.

Para la evaluación de estos trastornos se utilizan autorregistros, autoobservación, observación conductual, autoinformes y entrevistas. En la [Tabla 3](#) se incluye una relación de las entrevistas y autoinformes más frecuentemente utilizados en la evaluación de los trastornos de la alimentación. Por motivos didácticos, los instrumentos se han dividido en; entrevistas diagnósticas, entrevistas para evaluar la psicopatología asociada al trastorno, autoinformes sobre actitudes y síntomas de los trastornos alimentarios y autoinformes que evalúan la percepción que tiene el sujeto sobre su imagen corporal.

| <b>Tabla 3. Instrumentos de evaluación</b>                             |  |   |
|--|--|---|
| <b>TIPO DE INSTRUMENTO</b>   | <b>OBJETIVOS</b>   | <b>NOMBRE Y AUTOR</b>   |
| <b>Entrevistas diagnósticas</b>  | Detectar conductas para facilitar el diagnóstico del trastorno.                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interview for Diagnostic of Eating Disorders (IDED), <a href="#">Williamson et al., (1990)</a>.</li> <li>- Eating Disorder Examination (EDE), <a href="#">Fainburn y Wilson, (1993)</a>.</li> <li>- Stanford Eating Disorders Clinic, <a href="#">Agras (1987)</a>.</li> </ul>   |
| <b>Entrevistas para evaluar la psicopatología asociada</b>             | Especialmente para detectar la presencia de depresión, ansiedad, obsesiones, psicosis. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Brief Interview of Secondary Psychopathology (BISP), <a href="#">Williamson et al., (1990)</a>.</li> <li>- Clinical Eating Disorder Eating Instrument (CEDRI), <a href="#">Palmer, Christie, Cordle, Davis y Kendrik (1987)</a>.</li> </ul>  |
| <b>Autoinformes de actitudes y síntomas de trastornos alimentarios</b> | Detectar sintomatología propia de los trastornos de la alimentación.                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eating Attitudes Test (EAT), <a href="#">Garner y Garfinkel (1979)</a>.</li> <li>- Eating Disorder Inventory (EDI), <a href="#">Garner y Olmstead (1984)</a>.</li> <li>- Bulimia Test (BULIT), <a href="#">Smith y Thelen (1984)</a>.</li> <li>- Binge Eating and Cognitive Factors Scale, <a href="#">Gormally, Black, Daston y Rardin</a></li> </ul> |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  |   | (1982).   |
| <p><b>Autoinformes sobre la imagen corporal.</b></p> | <p>Detectar actitudes, comportamientos e influencias respecto a la imagen corporal.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- The Body Esteem Scale (BES), <a href="#">Franzoi y Shields (1984)</a>.</li> <li>- The Body Self-Relations Questionnaire (BSRQ), <a href="#">Cash, Winstead y Janda, (1986)</a>.</li> <li>- Body Shape Questionnaire (BSQ), <a href="#">Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987)</a>.</li> <li>- Escala de siluetas o de figuras, <a href="#">Williamson, Kelley, Davis, Ruggiero, y Veitia (1985)</a>.</li> <li>- Subescala del EDI, <a href="#">Garner y Olmstead (1984)</a>.</li> <li>- Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal, <a href="#">Toro, Salamero, y Martínez (1994)</a>.</li> <li>- Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ), <a href="#">Rosen, Salzberg, y Srebnik (1990)</a>.</li> <li>- Cuestionario de burlas, <a href="#">Thompson, Fabian, y Moulton (1990)</a>.</li> </ul> |

## Modelos explicativos

El psicoanálisis clásico consideraba la anorexia nerviosa como una forma de histeria de conversión que simbólicamente expresaba el repudio a la sexualidad, unido a fantasías de embarazo oral. Posteriormente, los modelos neopsicodinámicos, proponen como causa de este tipo de trastornos, la interacción íntima de la relación temprana entre el niño y sus padres. De modo análogo, el modelo sistémico, señala como relevantes las alianzas encubiertas, la alternancia de la culpabilización, la falta en la resolución del conflicto y distorsiones en la comunicación como factores predisponentes de patología familiar en las familias con alguna hija anoréxica. No obstante, estos modelos han sido extensamente criticados, por un lado, por la falta de rigor científico en sus interpretaciones, y, por otro lado, por la carencia de estudios controlados que verifiquen sus postulados.

El enfoque conductual, propone que los trastornos alimentarios forman un complejo

patrón conductual caracterizado por conductas que se adquieren y se mantienen en el tiempo como consecuencia de reforzadores y castigos (externos y/o internos). No obstante, este enfoque ha dedicado poca atención al estudio de la etiología del trastorno, y tampoco ha habido un desarrollo excesivo de instrumentos de evaluación específicos, centrándose especialmente en el desarrollo de técnicas de tratamiento. Por otro lado, aunque en un primer momento ya se observaron buenos resultados con los principios del condicionamiento operante en el tratamiento de los trastornos de la alimentación, dichos procedimientos fueron duramente criticados por su utilización simplista y peligrosa. No obstante, en la actualidad se encuentran apoyadas tanto las leyes del aprendizaje en que se basan estas técnicas terapéuticas como la utilidad clínica de dichos procedimientos. Ahora bien, también es preciso señalar que el enfoque conductual por sí solo resulta también insuficiente para dar cuenta de toda la complejidad que entrañan estos trastornos.

Los planteamientos cognitivo-conductuales proponen que entre las variables estímulo y respuesta, median los pensamientos de los sujetos. Es decir, que las conductas características de los sujetos con trastornos alimentarios son de alguna manera la consecuencia de las distorsiones cognitivas y las alteraciones de la imagen corporal anteriormente citadas. No obstante, al igual que ocurría con otros modelos vistos anteriormente, por sí solo el enfoque cognitivo-conductual no puede dar cuenta de todos los aspectos implicados en los trastornos de la alimentación.

La mayor parte de estos enfoques proponen factores causales únicos, sin embargo, los trastornos alimentarios constituyen un cuadro imposible de reducir a un único factor que dé cuenta de toda la complejidad que los caracteriza. Por esta razón, la tendencia de los últimos años es considerar este tipo de trastornos como fenómenos heterogéneos y multifactoriales surgiendo de la interacción de diferentes factores psicológicos, familiares, socioculturales y biológicos. Asimismo, las descripciones actuales subrayan el papel de la maduración y de la vulnerabilidad psicológica para iniciar el desarrollo de síntomas. De esta manera, aparecen los primeros modelos biopsicosociales para dar cuenta de este tipo de trastornos. El primer modelo conocido que trata de poner en evidencia todo este conjunto de factores es el modelo multifactorial de la anorexia propuesto por [Lucas \(1981\)](#) y posteriormente ampliado y modificado por Pirke y Ploog ([1984, 1987](#)). Dicho modelo parte de tres factores (predisposición biológica, predisposición psicológica y entorno social) que interactuarían entre sí para dar lugar al trastorno anoréxico.

En esta misma línea, [Toro y Vilardell \(1987\)](#), consideran el trastorno anoréxico como una patología multidimensional (engloba y obedece a diferentes dimensiones de la persona - biológica, psicológica, y social, principalmente -) y que obedece al modelo multicausal de la enfermedad (es decir, para que aparezca el trastorno anoréxico sería necesario que varios factores interactuaran entre sí para dar origen a dicha patología). Así, establecen la existencia de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del trastorno anoréxico.

[Williamson, David, Duchman, McKenzie y Watkins \(1990\)](#) proponen diferentes modelos integradores que tratan de explicar el origen y mantenimiento de diferentes trastornos alimentarios: anorexia, bulimia y sobreingesta compulsiva. Estos autores enfatizan además el importante papel que juega la psicopatología secundaria a este tipo de trastornos.

[Striegel-Moore \(1993\)](#) elabora un modelo evolutivo que trata de dar cuenta principalmente de la aparición del trastorno en la adolescencia y su mayor incidencia en mujeres. Señala que el conjunto de factores socioambientales, la interiorización del rol

sexual, unido a la presión estresante de la adolescencia y la creencia y adopción del mito de la "superwoman" podrían explicar la aparición de un trastorno de la alimentación.

## Tratamiento

En primer lugar, cabe señalar que en algunas ocasiones se hace urgente la hospitalización. Esto ocurre principalmente en aquellos casos en los que la salud del paciente se ve seriamente en peligro como consecuencia del estado de desnutrición al que han llegado, o bien, cuando la psicopatología secundaria al trastorno es grave y la persona ha intentado incluso quitarse la vida. En estos casos resulta prioritario el tratamiento de los trastornos biológicos, atendiendo siempre con especial cuidado a las complicaciones médicas que pueden surgir en la realimentación del paciente, antes de comenzar cualquier otro tipo de tratamiento psicológico.

La psicoterapia basada en el modelo neo-psicodinámico se orienta a lo que se denomina los antecedentes de la enfermedad, que tendrían como corolario un trastorno del desarrollo. De esta manera, el objetivo último de la psicoterapia será el desarrollo de una nueva personalidad. Asimismo, se enfatiza la necesidad de terapia familiar no sólo para apoyar a la familia y aliviar su ansiedad, sino también para evaluar las interacciones y experiencias familiares. [Minuchin, Rosman y Baker \(1978\)](#), proponen la terapia familiar estructural para el tratamiento de la anorexia nerviosa. El objetivo terapéutico será modificar la estructura familiar disfuncional que organiza las transacciones de sus miembros. A lo largo del tratamiento, se utilizarán intervenciones estratégicas y conductuales que son auxiliares del objetivo principal, es decir, la modificación de la estructura con el fin de permitir el desarrollo de cada uno de sus integrantes.

Por otro lado, la mayor parte de los programas conductuales se basan en la utilización del refuerzo positivo contingente al aumento de peso (normalmente se le permite a la paciente hospitalizada una mayor actividad física o social). También se utiliza el castigo negativo (u omisión) contingente al mantenimiento de un bajo peso o a la disminución del mismo, y que suele consistir en la privación o retirada de situaciones agradables para la paciente como la actividad física (se le obliga a permanecer en reposo) y/o aislamiento en el dormitorio. Asimismo, se utilizan con relativa frecuencia los sistemas de economía de fichas y, la desensibilización sistemática normalmente aplicada a la situación de comer y a las sensaciones corporales (molestias gástricas, sensación de hinchazón, etc...) que ocurren después de la ingestión de alimentos.

Los programas cognitivo-conductuales añaden a los anteriores, técnicas específicamente cognitivas. [Hsu \(1990a\)](#), divide en cinco categorías las técnicas cognitivas más utilizadas en el tratamiento de los trastornos de la alimentación: reestructuración cognitiva, autoobservación, identificación de los antecedentes a los episodios de sobreingesta, educación nutricional y planificación de las dietas.

Las técnicas cognitivo-conductuales constituyen la aproximación terapéutica más estudiada en la bulimia nerviosa y son consideradas por muchos autores como el tratamiento de elección ([Kettlewell, Mizes y Wasylyshyn, 1992](#); [Agras, 1993](#); [Fairburn, Marcus y Wilson, 1993](#); [Mitchell, Raymond y Specker 1993](#); [Thackwray, Smith, Bodfish y Meyers, 1993](#); [Smith, Marcus y Eldredge, 1994](#)). El lector interesado en este tema puede acudir a la detallada descripción de un programa cognitivo-conductual publicado por [Fairburn, et. al. \(1993\)](#).

## Eficacia diferencial de los procedimientos terapéuticos

Algunos investigadores han revisado la eficacia de los procedimientos psicoanalíticos en el tratamiento de la anorexia nerviosa. [Hsu \(1986\)](#) recoge la opinión y los argumentos de autores de diferentes posiciones teóricas y llega a la conclusión de que dichos procedimientos son ineficaces en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Otros autores que se muestran de acuerdo con dicha afirmación son por ejemplo, [Vandereycken y Meerman \(1984\)](#), [Toro y Vilardell \(1987\)](#) y [Herscovici y Bay \(1990\)](#). Las principales críticas que hacen dichos autores se basan en argumentos similares a los que se hacen al enfoque psicoanalítico: la excesiva generalización de sus postulados, la escasa contrastabilidad de los mismos, el hecho de basar la psicoterapia en la percepción actual que tiene el paciente de su pasado, y el hecho de que el tratamiento de los trastornos alimentarios requiere de un enfoque directivo que no es compatible con el enfoque psicodinámico clásico.

En cuanto a la terapia familiar, parece existir bastante consenso entre diferentes autores en cuanto a lo siguiente: En pacientes jóvenes, se hace necesaria la participación activa de la familia en la intervención terapéutica como modo de reorganizar el sistema de contingencias del medio y las pautas de interacción entre los diferentes miembros de la familia. Ahora bien, en pacientes mayores parece resultar más eficaz orientar el tratamiento haciendo que éstos organicen su vida de forma progresivamente más autónoma e independiente del medio familiar.

Por otro lado, la eficacia de los procedimientos conductuales para el tratamiento de los trastornos de la alimentación parece bastante probada. [Agras y Werne \(1978\)](#) encontraron que el reforzamiento positivo y negativo, la retroalimentación informativa y la incorporación progresiva de dietas de mayor contenido calórico, eran los procedimientos más eficaces para regular la ingesta calórica y el peso en anorexia nerviosa.

[Yates \(1990\)](#) señala que no se ha encontrado ninguna medicación que sea efectiva para todos los pacientes con anorexia nerviosa. Además propone que la terapia farmacológica debe utilizarse en combinación con otras formas de terapia psicológica, pero nunca de forma aislada. En esta misma línea, [Hoffman y Halmi \(1993\)](#) afirman que hasta el momento actual ninguna medicación, por sí sola, se ha mostrado útil en la ganancia y mantenimiento del peso, constituyendo, hoy en día, la terapia cognitivo-conductual la piedra angular del tratamiento de la anorexia nerviosa. No obstante, dichos autores señalan que la terapia farmacológica puede ser útil en el tratamiento de la psicopatología asociada a dicho trastorno.

En resumen, la terapia farmacológica por sí sola no parece resultar útil en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Ahora bien, una vez que el paciente ha recuperado un estado nutricional adecuado puede combinarse la terapia farmacológica y la terapia cognitivo-conductual si el paciente sigue presentando grave psicopatología secundaria asociada al trastorno (ansiedad y/o depresión principalmente) .

[Channon, De Silva, Hemsley y Perkins \(1989\)](#) estudiaron la eficacia diferencial de los tratamientos cognitivo-conductuales (TCC) frente a los tratamientos conductuales clásicos (TC) en 24 pacientes con anorexia nerviosa. Encontraron que había diferencias significativas en algunas de las medidas que se analizaron y sugirieron la TCC como el tratamiento de elección en la anorexia nerviosa. No obstante, hay que señalar la necesidad de realizar más estudios controlados al respecto y con seguimientos a más largo plazo.

En cuanto a la bulimia nerviosa, como ya comentamos anteriormente, numerosos investigadores han propuesto la terapia cognitivo-conductual como el método terapéutico

que ha conseguido hasta el momento mejores resultados en el tratamiento de la bulimia nerviosa. Ahora bien, lo que no resulta tan claro es si la combinación de terapia cognitivo-conductual más prevención de respuesta produce mejores resultados que sólo la terapia cognitivo-conductual, ya que los resultados obtenidos son contradictorios. De esta manera, mientras que algunos autores encuentran que la combinación de ambas técnicas es más eficaz ([Garner, Garfinkel, Rockert y Olmstead, 1987](#); [Johnson, Corrigan y Mayo, 1987](#); [Leitenberg y Rosen, 1988](#); [Rosen, 1987](#)), otros autores ([Agras, Schneider, Arnow, Raeburn y Telch \(1989a, 1989b\)](#); [Wilson, Eldredge, Smith y Niles, 1991](#)) encuentran que la terapia cognitivo-conductual es eficaz por sí sola para reducir los síntomas bulímicos y que la prevención de respuesta sólo debe utilizarse de forma limitada y con precaución.

Frente a lo que se comentó respecto a la anorexia nerviosa, la terapia farmacológica sí se ha mostrado útil en el tratamiento de la bulimia nerviosa. En este sentido, [Hoffman y Halmi \(1993\)](#), señalan que algunos antidepresivos, el carbonato de litio, diferentes anticonvulsivos, antagonistas de los opiáceos y otros fármacos que promueven la actividad serotoninérgica han sido utilizados con éxito en pacientes con bulimia nerviosa.

Recientemente, [Agras, Rossiter, Arnow, Scheneider, Telch, Raeburn, Bruce, Perl y Koran \(1992\)](#) han comparado la eficacia diferencial del tratamiento farmacológico (medicación antidepresiva), la terapia cognitivo-conductual y la combinación de ambos tipos de tratamientos. Estos autores concluyen que tanto la terapia cognitivo-conductual de modo aislado como la combinación de ambas técnicas (siendo aplicada la medicación antidepresiva durante 24 semanas) son más eficaces que el tratamiento farmacológico por sí solo cuando éste es administrado durante 16 semanas. Parece ser que la clave del éxito se encuentra en combinar la medicación antidepresiva y terapia cognitivo-conductual durante 24 semanas para asegurar resultados más sólidos y prevenir posibles recaídas en los pacientes.

Finalmente, en relación con la eficacia de la terapia grupal (Grupos para Padres de Anoréxicos y/o Bulímicas), [Lewis y Mac Guire \(1985\)](#) llegan a la conclusión de que el grupo parece ofrecer un marco de seguridad para que los padres se descarguen, para incrementar los sentimientos de autoestima, efectividad y esperanza en los padres, así como para que obtengan guía y consejos tanto de otros padres como de los terapeutas. Sin embargo, estos autores concluyen que el grupo de padres no ofrece una solución a este tipo de problemas, aunque puede ser considerado como un componente útil si se añade al tratamiento.

## **Pronóstico**

No existe acuerdo entre los diferentes autores en cuanto al porcentaje de pacientes que se recuperan. No obstante, según los datos ofrecidos por [Chinchilla \(1994\)](#), el 50-75% evolucionan hacia la remisión o mejoría, no siempre duradera, pero sí de buen pronóstico a largo plazo, sobre todo si fueron tratadas muy precozmente en el inicio de la enfermedad. Se acepta que hay remisión total en el 50%, que el 20% tiene pobre evolución. Después de los siete años de evolución, según este autor, es difícil, pero no imposible, que mejoren, sobre todo si tienen un peso bajo, marcadas distorsiones cognitivas y en el caso de la anorexia, períodos de bulimia.

Por otro lado, en cuanto a los criterios que parecen predecir la evolución y pronóstico de este tipo de trastornos, tampoco existen datos concluyentes al respecto. [Toro y Vilardell \(1987\)](#) después de hacer una exhaustiva revisión de los factores de mejor y peor

pronóstico en anorexia nerviosa proponen que los factores que se han relacionado más claramente con un peor pronóstico son la obesidad previa, la cronicidad del trastorno y un número elevado de hospitalizaciones. Asimismo señalan otras variables que también se han mostrado relevantes al respecto:

La obesidad previa y la presencia de trastornos de la ingesta previos, son factores de mal pronóstico tanto en la anorexia como en la bulimia nerviosa ([Garfinkel y Garner, 1982](#); [Steinhausen y Glanville, 1983](#)). Por otro lado, la presencia de trastornos de la personalidad previos (sin especificar) es un factor asociado a un peor pronóstico ([Morgan, Purgold y Welbourne, 1983](#)).

Son también factores a tener en cuenta, la insatisfacción corporal permanente y la mayor sobreestimación de su imagen corporal ([Slade, 1985](#)) así como los desajustes sociales serios. El mayor uso de conductas purgativas (vómitos y/o abusos de laxantes y diuréticos) se encuentra asociado a una mayor cronicidad del trastorno ([Garfinkel y Garner, 1982](#)). Por otro lado, estos últimos autores señalan que la respuesta precoz al tratamiento es también un factor de buen pronóstico.

## Conclusiones

Los trastornos de la alimentación se caracterizan básicamente por el temor casi fóbico a engordar, las distorsiones de la imagen corporal, y por todo el amplio arsenal de conductas que despliegan con el único objetivo de intentar adelgazar y, así, conseguir estar más a gusto consigo mismas. Su valoración como personas, su éxito social, así como cualquier otro objetivo o logro personal que se propongan penden de un finísimo hilo: la delgadez como forma de vida. Sin embargo una vez que se ha iniciado un trastorno de este tipo y a medida que se va avanzando estas personas consiguen justo lo contrario de lo que se proponían en un principio: su autoestima que ya era baja, se va deteriorando cada vez más con el paso del tiempo, crece su aislamiento social, y lo que es peor aún, lejos de conseguir ser felices cuando consigan la tan deseada delgadez, cada vez se encuentran más tristes, solas y angustiadas.

Aunque encontramos en la revisión de la literatura que la anorexia y la bulimia nerviosas no son trastornos nuevos, la investigación sobre estas patologías es relativamente reciente. Esto se ve reflejado en la evolución de los criterios diagnósticos, la falta de consenso para decidir que requisitos son necesarios para diagnosticar el cuadro y el hecho de que en la mayor parte de los casos se solapen los criterios diagnósticos de un trastorno con el otro. Todo ello hace que en muchas ocasiones los profesionales opten por centrarse en las conductas, tanto de patrón de ingesta como en las conductas purgativas y peso del paciente, dejando en un plano secundario un diagnóstico "claro" tipo DSM-IV ([A.P.A., 1993](#)) o ICD-10 ([O.M.S., 1992](#)). Como efecto de esta confusión encontramos que un buen número de personas con conductas de alto riesgo quedan sin diagnosticar y lo que es más grave, sin tratar ([Shisslak, Crago y Estes, 1995](#)).

Como ya se ha señalado en ocasiones anteriores, en el caso de los trastornos de la alimentación pueden pasar varios años desde el inicio de la enfermedad hasta que el paciente recibe tratamiento y ayuda especializada. En el caso de la anorexia nerviosa, el paciente no suele ir a consulta hasta que los signos externos del trastorno se hacen visibles a la familia o a alguna persona cercana a la paciente. Generalmente, este tipo de pacientes no suelen acudir por sí solos a consulta, dado que la negación de la enfermedad es una característica propia del trastorno. Por otra parte, los pacientes con bulimia nerviosa, suelen vivir con el temor y la vergüenza a ser descubiertos en uno de

sus episodios de sobreingesta, que normalmente se llevan a cabo en secreto y por la noche. Por esta razón y dado que su aspecto externo resulta con frecuencia más normal que el de las pacientes anoréxicas, suele retrasarse la visita al especialista.

Sin embargo, es relativamente frecuente que estas personas acudan a otros diferentes especialistas para intentar paliar los síntomas orgánicos originados como consecuencia de la enfermedad. Por ejemplo, acuden al ginecólogo debido a las irregularidades menstruales que presentan, al médico general para que le prescriba laxantes para el estreñimiento, al odontólogo por problemas dentales, etc... Por esta razón, resulta de especial importancia que los distintos especialistas conozcan los síntomas de la enfermedad. De esta manera se evitaría, por un lado, que los pacientes "rueden" por el sistema sanitario, y, por otro lado, se facilitaría una intervención más precoz, lo que sin duda mejoraría el pronóstico de estos pacientes.

Son muchas las variables que contribuyen a la aparición de estos trastornos pero se hace evidente que los factores socioculturales cobran una especial relevancia. La presión hacia la delgadez ha influido hasta ahora en mayor medida sobre la mujer, pero durante los últimos años esta presión se está generalizando al sexo masculino. Como consecuencia de ello, los hombres también se ven envueltos en el culto al cuerpo delgado y musculoso que fomentan los diferentes medios de comunicación y que son el resultado de muchas restricciones dietéticas y muchas horas de gimnasio. Este hecho podría hacer que en los próximos años disminuyera la diferencia entre las proporciones de casos entre hombres y mujeres.

En el caso de la mujer la presión es, sin duda alguna, mucho mayor. La sociedad exige la delgadez para triunfar, pero es una delgadez caracterizada por un cuerpo asexual, rectilíneo, más propio de un cuerpo de niña que de mujer, una moda absurda que es imposible seguir ya que está en contra de toda naturaleza y lógica. Estas variables se encuentran internalizadas en el sociedad actual, e influye principalmente sobre mujeres jóvenes. En esta misma línea, [Baluch, Furnham, Huszcza, \(1997\)](#) han mostrado que las anoréxicas y adolescentes valoraban a la mujer delgada como más atractiva, saludable, segura de sí misma y popular que las mujeres adultas. Tampoco debemos olvidar que debajo de esta moda se encuentra toda una "industria de adelgazamiento" que se mueve por intereses económicos, sin importarle las terribles consecuencias que de ello se puedan derivar. Así, nos bombardean con anuncios de publicidad que proponen dietas milagrosas, productos "light", etc... fomentando la idea de que el secreto de la felicidad se encuentra en conseguir un cuerpo femenino delgado y un cuerpo musculoso y atlético en varones.

De los aspectos anteriores se deriva la necesidad de trabajar en programas de prevención en diferentes direcciones: detectar precozmente los trastornos, proporcionar información más adecuada sobre lo que constituye una alimentación equilibrada, trabajar en el papel de la mujer no centrado en el cuerpo, fomentar en la sociedad una imagen femenina más cercana a lo que realmente es un cuerpo de mujer, etc... ([Agras y Kirkley, 1986](#); [Strober, 1986](#); [Fairburn y Beglin, 1990](#); [Killen et al., 1996](#)).

Finalmente, cabe decir que los tratamientos existentes en la actualidad no resultan lo suficientemente eficaces, dado el alto porcentaje de pacientes que siguen un curso crónico y el también elevado porcentaje de ellos que mueren bien por inanición o por suicidio. Si en otros casos como en los trastornos de ansiedad podemos llegar a sentirnos satisfechos de los resultados conseguidos gracias al esfuerzo de numerosos investigadores, en el caso de los trastornos de la alimentación aún nos queda bastante camino por recorrer.

---

## Referencias

- Agras, W. S. (1987). *Eating disorders: Management of obesity, bulimia and anorexia nervosa*. New York: Pergamon Press.
- Agras, W. S. (1993). Short-term psychological treatments for binge eating. En C. G. Fairburn y G. T. Wilson (Eds.). *Binge eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Agras, W. S., y Kirkley, B. G. (1986). Bulimia: Theories of etiology. En K. D. Brownell y J.P. Foreyt (Eds.). *Handbook of eating disorders: Physiology and treatment of obesity, anorexia, and bulimia*. New York: Basic Books.
- Agras, W. S., Rossiter, E. M., Arnow, B., Schenider, J. A., Telch, C. F., Raeburn, S. D., Bruce, B., Perl, M., y Koran, L. M. (1992). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, 149, 82-87.
- Agras, W. S., Schenider, J. A., Arnow, B., Raeburn, S. B., y Telch, C. F. (1989a). Cognitive-behavioral treatment with and without exposure plus response prevention in the treatment of bulimia nervosa: A reply to Leitenberg and Rosen. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 778-779.
- Agras, W. S., Schenider, J. A., Arnow, B., Raeburn, S. B., y Telch, C. F. (1989b). Cognitive-behavioral treatment with and without exposure plus response prevention in the treatment of bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 215-221.
- Agras, W. S., y Werne, J. (1978). Behavior Therapy in anorexia nervosa: a data based approach to the question. En J. P. Brady y H. K. H Brodie (Eds.). *Controversy in Psychiatry*. New York: W.B. Sanders.
- American Psychiatric Association (1980). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-III)*. (3ª Ed.). Versión española. . Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1987). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-III-R)*. (3ª Ed. rev.). Versión española. . Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1993). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-IV)*. (4ª Ed.). Versión española. . Barcelona: Masson.
- Andersen, A. (1985). *Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Baluch, B., Furnham, A., Huszcza, A. (1997). Perception of Body Shapes by Anorexics and Mature and Teenage Females. *Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 167-175.
- Beck, A., T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Boskind-Lodahl, M. (1976) Cinderella's stepsisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Women in Culture and Society*, 2, 342-356.
- Braun, D. L., Sunday, S. R., Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24 (4), 859-867.
- Calvo, R. (1992). Trastornos de la alimentación (I): Análisis. En E. Echeburúa (Ed.). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Cash, T. F., y Brown, T. A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *Behavior Modification*, 11, 487-521.

- Cash, T. F., Winstead, B. A., y Janda, L. H. (1986). Body image survey report: The great American Shape-up. *Psychology Today*, 20, 30-37.
- Caspers, R. C., Halimi, K. A., Goldberg, S. C., Eckert, E. D., y Davis, J. M. (1979). Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 134, 60-66.
- Channon, S., De Silva, P., Hemsley, D., Perkins, R. E. (1989). A controlled trial of cognitive-behavioral treatment of anorexia nervosa. *Behavior research and therapy*, 27(5), 529-535.
- Chinchilla Moreno, A. (1994). *Anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid: Margan.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., y Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Damlouji, N. F., y Ferguson, J. M. (1985). Three cases of posttraumatic anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 142(3), 362-363.
- Das, A. K. (1990). Counselling people with addictive behavior. XIII th International Round table for the Advancement of Counseling: Changing world changing people, counselling and global health concern (1988, Calgary, Canada). *International Journal for the advancement of Counselling*, 13 (2), 169-177.
- Davis, C., Kennedy, S. H. Ravelski, E., Dionne, M. (1994). The role of pshysical activity in the development and mainterance of eating disorders. *Psychological Medicine*, 24 (4), 957-967.
- Fairburn, C. G., y Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 4, 402-408.
- Fairburn, C. G., Hay, P. J., y Welch, S. L. (1993). Binge eating and bulimia nervosa: distribution and determinants. En C. G. Fairburn y W. T. Wilson (Eds.). *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., y Wilson, G. T. (1993), Cognitive-behavioral therapy for binge-eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. En C. G. Fairburn y G. T. Wilson (Eds.). *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., y Wilson, W. T. (Eds.). (1993). *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Feighner, J. P., Robins, E., y Guze, S. B. (1972). Diagnostic criteria for use un psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Franzoi, S. L., y Shields, S. A. (1984). The body esteem scale: Multidimentsional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 48, 173-178.
- Freud, S. (1893). *Obras completas de Sigmund Freud (1968)*. Madrid: Biblioteca Nueva, citado en A. Chinchilla (1994), *Anorexia y Bulimia Nerviosas*. Madrid: Margan.
- Garfinkel, P. E., y Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Garner, D. M., y Bermis, K. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive therapy and research*, 6, 1-27.
- Garner, D. M., y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273- 279.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Rockert, W., y Olmstead, M. P. (1987). A prospective study

- of eating disturbances in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48,170-175.
- Garner, D. M., y Olmstead, M. P. (1984). *Manual for the eating attitudes test (EDI)*. Odessa, F. L: Psychological Assessment Resources.
  - Gardner, R. M., y Bokenkamp, E. D. (1996). The role of sensory and nonsensory factors in body size estimations of eating disorder subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 3-15.
  - Gormally, J., Black, S., Daston, S., y Rardin, D. (1982). The assessment of binge-eating severity among obese person. *Addictive Behaviors*, 7, 47-55.
  - Gull, W. W. (1874). Anorexia nervosa (asepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London*, 7, 22-28, citado en Herscovici, R. C. y Bay, L. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.
  - Halmi, K. A. (1974). Anorexia nervosa: demographic and clinical features in 94 cases. *Psychosomatic Medicine*, 36, 18-25.
  - Herscovici, R. C., y Bay, L. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.
  - Hoffman, L., y Halmi, K. A. (1993). Psychofarmacology in the treatment of anorexia and bulimia nervosas. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(4), 767-778.
  - Hollander, E. (1993). *Obsesive-compulsive related disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press.
  - Hsu, L. K. G. (1986). The treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 143, 573- 581.
  - Hsu, L. K. G. (1990a). *Eating Disorders*, New York: Guilford Press.
  - Hsu, L. K. G. (1990b). Experiential Aspects of Bulimia Nervosa. Implications for Cognitive Behavioral Therapy. *Behavior Modification*, 14 (1), 50-65.
  - Hudson, J. I., Weiss, R. D., y Pope, H. G. (1992). Eating disorders in hospitalized substance abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18(1), 75-85.
  - Johnson, W. G., Corrigan, S. A., y Mayo, L. L. (1987). Innovative treatment approacher to bulimia nervosa. *Behavior Modification*, 11, 373-388.
  - Jones, D. J., Fox, M. M., Babigan, H. M., y Hutton, H. E. (1980). Epidemiology of Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 42, 551-558.
  - Kettlewell, P. W., Mizes, J. S., y Wasylyshyn, N. A. (1992). A cognitive-behavioral group treatment of bulimia. *Behavior Therapy*, 23, 657-670.
  - Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, F., Wilson, D. M., Hammer, L., Kraemer, H., Blair-Greiner, A., y Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of Eating Disorders: A 4-Year prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (5), 936-940.
  - Krahn, D. D. (1991). The relationship of eating disorders and substance abuse. Special Issue: Women and substance abuse. *Journal of Substance Abuse*, 3(2), 239-253.
  - Laségue, C. (1873). De Lánorexie hystérique. *Archives Générales de Médecine*, 316-385, citado en Toro, J., y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
  - Leitenberg, H., y Rosen, J. C. (1988). Cognitive-Behavioral treatment of bulimia nerviosa. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (Eds.). *Progress in behavior modification*. London: Sage.
  - Leon, G. R. (1983). *Treating eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and bulimia*.

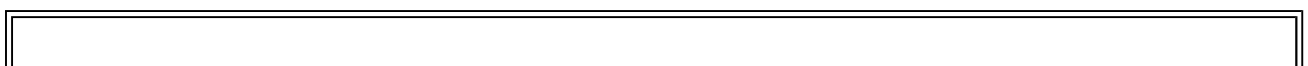
Lexington: Lewis.

- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., y Early, Z. M. B. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(1) 140-149.
- Lewis, H. L., y Mac Guire, M. P. (1985). Review of a group for parents of anorectics. *Journal of Psychiatric Research, 19*, 453-458.
- Li-Ting-Kai, Lumeng, L., McBride, W. J., y Murphy, J. M. (1987). Alcoholism: Is it a model for the study of disorders of mood and consummatory behavior?. *Annals of the New York Academy of Sciences, 499*, 239-249.
- Lowe, M. R., Gleaves, D. H., DiSimoe-Weis, R.T., Furgueson, C., Gayda, C. A., Kolsky, P. A., Neal-Walden, T., Nelsen, L. A., y McKinney, S. (1996). Restraint, Dieting, and the Continuum Model of Bulimia Nervosa. *American Psychological Association, 105*(4), 508-517.
- Lucas, A. R. (1981). Towards the understanding of anorexia nervosa as a disease entity. *Clinical Process, 56*, 254-264.
- Meyer, D. F. (1997). Codependency as a Mediator Between Stressful Events and Eating Disorders. *Journal of Clinical Psychology, 53* (2), 107-116.
- Mintz, L., Kashubeck, S., y Tracy, L. (1995). Relations among parental alcoholism, eating disorders, and substance abuse in nonclinical college women: Additional evidence against the uniformity myth. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 65-70.
- Minuchin, S., Rosman, B., y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mitchell, J. E., Raymon, N., y Specker, S. (1993). A review of the controlled trials of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 14*, 229-247.
- Mora, M., y Raich, R. M. (1993). Sintomatología bulímica: un análisis topográfico y funcional. *Análisis y Modificación de Conducta, 19*, 66.
- Morgan, H. G., Purgold, J., y Welbourne, J. (1983). Management and outcome in anorexia nervosa: A standardized prognostic study. *British Journal of Psychiatry, 143*, 282-287.
- Morton, R. (1694). *Physiologia or a treatise of consumption*. London: Smith & Walford, citado en Herscovici, R. C., y Bay, L. (1990), *Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.
- Newman, M. M., y Gold, M. S. (1992). Preliminary finding of patterns of substance abuse in eating disorder patients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 18*(2), 207-211.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades*. Madrid: Meditor.
- Palmer, R., Christie, M., Cordle, C., Davis, D., y Kendrick, J. (1987). The clinical eating disorder reating instrument (CEDRI): A preliminary description. *International Journal of Eating Disorders, 6*, 9-16.
- Perpiñá, C. (1989). Trastornos alimentarios: de los problemas en los criterios diagnósticos al esbozo de un nuevo modelo para su conceptualización. *Revista Española de Terapia de Comportamiento, 7*, 199-219.
- Peveler, R., y Fairburn, C. (1990). Eating disorders in women who abuse alcohol. *British Journal of Addiction, 85*(12), 1633-1638.
- Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P. E., y Owens, M. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 173*(7), 395-400.

- Pirke, K. M., y Ploog, D. (1984). *The psychobiology of anorexia nervosa*. Berlin: Springer.
- Ploog, D., y Pirke, K. M. (1987). Psychobiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 17, 843-859.
- Raich, R. (1994). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Ronan-Woodburn, J. (1989). *Eating disorders and sexual abuse among college females*. Unpublished master's thesis, The Ohio State University.
- Rosen, J. C. (1987). A review of behavioral treatments for bulimia nervosa. *Behavior Modification*, 11, 464-486.
- Rosen, J., Compas, B., y Tacy, B. (1993). The relation among stress, psychological symptoms, and eating disorder symptoms: A prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 153-162.
- Rosen, J. C., Saltzberg, E., y Srebnik, D. (1990). The assessment of eating disorders. En P. McReynolds, J. C. Rosen y G. Chelune (Eds.). *Advances in Psychological Assessment*, 7. New York: Plenum Press.
- Russell, G. C. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Scarano, G. M., y Kalodner, M. C. R. (1994). A description of the continuum of eating disorders: implications for intervention and research. *Journal of Counseling and Development*, 72 (4), 356-361.
- Schwabe, A. D., Lippe, B. M., Chang, J., Pops, M. A., y Yager, J. (1981). Anorexia nervosa. UCLA Conference. *Annual International Medicine*, 94, 371-381.
- Schwalberg, M. D., Barlow, D. H., Alger, S. A., y Howard, L. J. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R Anxiety Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (4), 675-681.
- Silber, T. (1984). Anorexia nervosa, morbidity and mortality. *Paediatrics Annual*, 13, 851-859.
- Shisslak, C. M., Crago, M., y Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 209-219.
- Simmonds, M. (1914). Ueber Hypophusisschwund mit tödlichem ausgang. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 40, 322-323, citado en Herscovici, R. C. y Bay, L. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.
- Slade, P. (1985). A review of body-image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatry Research*, 19 (2/3), 255-265.
- Smith, M. C., y Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 863-872.
- Smith, T. E., Burkey, N. A., Nawn, J., y Reif, M. C. (1991). A comparison of demographic, behavioral, and ego function data in borderline and eating disorder patients. *Psychiatric Quarterly*, 62(1) 19-33.
- Smith, D. E., Marcus, M. D., y Eldredge, K. L. (1994). Binge Eating Syndromes: A Review of Assessment and Treatment With an Emphasis on Clinical Application. *Behavior Therapy*, 25, 635-658.
- Steinhausen, H. C., y Glanville, K. (1983). A long-term follow-up of adolescent in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 68, 1-10.
- Striegel-Moore, R. H. (1993). Etiology of Binge-eating: A developmental perspective. En

C.G. Fairburn y W.T. Wilson (Eds.). *Binge-Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.

- Strober, M. (1986). Anorexia nervosa: History and psychological concepts. En K. D. Brownell y J. P. Foreyt. *Handbook of eating disorders: Physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia*. New York: Basic Books.
- Strober, M., y Humphrey, L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 654-659.
- Taylor, M. J., y Cooper, P. J. (1992). An experimental study of the effect of mood on body size perception. *Behaviour Research and Therapy*, 30(1) 53-58.
- Thackwray, D. E., Smith, M. C., Bodfish, J. W., y Meyers, A.W. (1993). A Comparison of Behavioral and Cognitive-Behavioral Interventions for Bulimia Nerviosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 639-645.
- Thompson, J. K., Fabian, L. J., y Moulton, D. (1990). A measure for assessment on teasing history. En J. K. Thompson (Ed.). *Body Image Disturbance: Assesment and Treatment*. New York: Pergamon Press.
- Toro, J. (1990). Clasificación y relaciones de los trastornos del comportamiento alimentario. *Monografías de Psiquiatría II* (4), 10-16.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia.
- Toro, J., Salamero, M., y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the esthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.
- Toro, J., y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Vandereycken, W., y Meerman, R. (1984). *Anorexia nervosa: A clinican's guide to treatment*. Berlin: De Gruyter.
- Wilson, G. T., Eldredge, K. L., Smith, D., y Niles, B. (1991). Cognitive-behavioral treatment with and without response prevention for bulimia. *Behavior Reseach and Therapy*, 29, 575-583.
- Williamsom, D. A., Davis, C. J., Duchmann, E. G., Mckenzie, S. M., y Watkins, P. C. (1990). *Assesment of eating disorders: obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.
- Williamson, D. A., Kelley, M. L., Davis, C. J., Ruggiero, L., y Veitia, M. (1985). The psychophysiology of bulimia. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 7, 163-172.
- Wonderlich, S. A, Stephen, A., Swifh, W. J., Slotnick, H. B., Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6), 607-616.
- Wonderlich, S. A., y Swift, W. J. (1990). Bordeline versus other personality disorders in the eating disorders: Clinical description. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6), 629-638.
- Yates, A. (1990). Current perspectives on the eating disorders: II. Treatment, outcome and research directions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(1), 1-9.



### Referencia a este artículo según el estilo de la APA:

Mateos-Parra, A. y Solano-Pinto, N. (1997). Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas. *Psicología.COM* [Online], 1 (1), 91 párrafos. Disponible en:  
[http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art\\_4.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_4.htm) [1 Agosto 1997]

NOTA: la fecha indicada entre corchetes será la del día que se haya visualizado este artículo.



[info@psiquiatria.com](mailto:info@psiquiatria.com)



[Sumario](#)



[Principio de página](#)



[Página principal](#)

© **INTERSALUD, 1997**. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito del titular del copyright.