

Bulimia nerviosa ¿Más allá del DSM-IV?

Rosa M. Raich
David Sánchez-Carracedo
Marisol Mora
Joan Torras
Universitat Autònoma de Barcelona

En el artículo se discuten diversos estudios recientes sobre cada uno de los criterios diagnósticos del DSM-IV sobre la bulimia nerviosa. Se ha puesto una atención especial a aquellos síntomas que pueden formar parte de otro diagnóstico pero que en el marco de la Bulimia Nerviosa pueden presentar una mayor gravedad. También se analizan las posibles repercusiones diagnósticas y terapéuticas que comportarían cambios en las exigencias de algunos criterios.

Palabras clave: bulimia nerviosa, DSM-IV, criterios diagnósticos.

In this article we look over different recent studies on everyone of Bulimia Nervosa diagnostic criteria used in DSM-IV. Special attention has been paid to the symptoms that may be criteria for another syndrome. Sometimes they have more severe repercussions when in Bulimia Nervosa. Possible diagnostic and intervention changes will derive from alteration of some criteria requirement.

Key words: Bulimia Nervosa, DSM-IV, Diagnostic Criteria

Hasta los años setenta no se comenzó a tener en cuenta como trastorno alimentario a la Bulimia Nerviosa (BN). Con anterioridad a estas fechas, la BN se había considerado como una variedad de la anorexia nerviosa, no como una entidad diagnóstica claramente diferenciada. De hecho, la BN se introduce por primera vez en el DSM-III (APA, 1980) como categoría diagnóstica propia. Esta alteración con nombre clásico ha recibido diferentes denominaciones como Bulimarexia, Dietary Chaos Syndrom (Palmer, 1979) y Bulimia y ha sido objeto de numerosos estudios y análisis en los últimos años. Sucesivos sistemas de cla-

sificación como el DSM III-R (1987) y DSM-IV (1994) han ido introduciendo cambios en los criterios diagnósticos de la BN, en un intento por precisar y distinguir mejor esta alteración de otras diferentes y variadas que, a tenor de los avances realizados en el estudio de la BN, han ido destacándose con el tiempo (véanse Tablas 1 y 2). Estos cambios muestran que la realidad es siempre más rica que las clasificaciones.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) se encuentran entre los más utilizados en el campo de la Salud Mental y son empleados como criterio de selección y/o exclusión de sujetos para la realización de la mayor parte de estudios empíricos sobre el tema. Es indudable que la existencia de tal tipo de criterios ha supuesto un avance para la investigación, sobre todo en la medida en que tales criterios se apoyan en numerosas investigaciones básicas y clínicas sobre los diferentes trastornos. Pero también es cierto que estos sistemas han sufrido

TABLA 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA EN EL DSM-III-R

La bulimia nerviosa se clasificó según los siguientes criterios en el DSM-III-R (APA, 1987):

- a) Episodios recurrentes de voracidad (rápida consumición de grandes cantidades de comida en un corto periodo de tiempo).
- b) Sensación de falta de control durante el episodio bulímico.
- c) Utilización regular del 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 intensa por el peso y la figura.

TABLA 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA EN EL DSM-IV

En el DSM-IV (APA, 1994) los criterios diagnósticos son:

- a) Episodios recurrentes de sobreingesta. Un episodio de sobreingesta se caracteriza por:
 1. Comer en un periodo discreto de tiempo (p. ej. durante dos horas) una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de la gente comería durante un periodo de tiempo similar y en circunstancias parecidas.
 2. Sentimiento de falta de control sobre la ingesta durante este episodio (p. ej. sentir que uno no es capaz de parar de comer o de controlar la cantidad que se está comiendo).
- b) Conductas recurrentes inadecuadas para compensar y prevenir el aumento de peso como vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos u otras medicaciones; ayuno o ejercicio excesivo.
- c) Los episodios de sobreingesta y las conductas compensatorias inadecuadas ocurren, por lo menos en promedio, dos veces a la semana durante tres meses.
- d) La autoestima está excesivamente influida por la figura y el peso o distorsión de la imagen corporal.
- e) El trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Tipos

Purgativo. La persona usualmente se autoinduce el vómito o abusa de laxantes y/o diuréticos para prevenir el aumento de peso.

No Purgativo. La persona usa otras conductas compensatorias no purgativas como ayuno o ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito ni abusa de laxantes y/o diuréticos.

evoluciones y modificaciones en función de los nuevos datos que la investigación clínica ha ido aportando con el tiempo. Parece lógico pensar que, en el marco de este contexto de constante evolución, el DSM-IV no constituye un sistema de clasificación definitivo. Con respecto a la BN, que es el tema que nos ocupa, numerosos estudios recientes aportan datos que sugieren que el «corsé» del DSM-IV resulta en la actualidad algo estrecho para dar cabida en su seno a la enorme variabilidad de fenómenos clínicos que concurren en la BN y trastornos afines. En el presente trabajo se discuten algunos de estos estudios, los cuales han profundizado sobre cada uno de los criterios diagnósticos que el DSM-IV (APA, 1994) proporciona para la BN. Además, analizamos otros elementos importantes como son las recomendaciones sobre las técnicas terapéuticas más adecuadas para intervenir sobre los elementos que las últimas investigaciones han señalado como más importantes en el trastorno bulímico; más concretamente, el tratamiento de la imagen corporal y el consejo nutricional.

En primer lugar realizamos un análisis de los estudios que han investigado diferentes aspectos vinculados a los diferentes criterios diagnósticos de BN. Concretamente los abordaremos en distintos apartados referidos a consideraciones sobre los atracones, sobre los mecanismos de control del peso, otros mecanismos que mantienen el comportamiento bulímico como son los pensamientos, conocimientos y creencias acerca de la comida y la dieta, y sobre el trastorno de la imagen corporal y sus estrechos vínculos con la BN. Luego analizaremos algunos aspectos relacionados con el consejo nutricional y la BN. Finalmente, intentaremos extraer algunas conclusiones sobre propuestas de modificación de los criterios diagnósticos actuales para BN y sobre el tipo de intervención más adecuada para los factores más importantes que confluyen en este trastorno.

ANÁLISIS DE LOS DISTINTOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA

Destacar en primer lugar que, a pesar de que por motivos de organización del trabajo se distinguen diferentes apartados para cada uno de los criterios, debería tenerse en cuenta la suma de todos ellos y el aumento de la gravedad que ésta conlleva. Por otra parte, vamos a poder observar que hay algunos criterios que definen también otros trastornos (por ejemplo, los atracones forman parte y son definitorios de los trastornos de ingesta compulsiva) pero que pueden revestir una mayor gravedad en el síndrome bulímico.

Consideraciones en cuanto a los atracones (*binge-eating*) o episodios de sobreingesta

En este apartado analizaremos tres elementos. Por un lado, consideraciones en cuanto a la cantidad y tipo de comida consumida. En segundo lugar, consideraciones en cuanto a la etiología de los atracones. Finalmente, consideraciones en cuanto al sentimiento de falta de control sobre la ingesta.

1. En cuanto a la cantidad y tipo de comida ingerida

A través de las estimaciones realizadas por las propias pacientes bulímicas, algunos datos indican que el consumo en sus atracones se sitúa entre 3.000 y 40.000 calorías. En total el consumo por día es de 3 a 27 veces superior al consumo normal (Abraham y Beaumont, 1982).

Estudios objetivos de la conducta alimentaria (*diarios de ingesta*) facilitan datos interesantes al respecto. Así, en 1986 Rosen, Leitemberg, Fisher y Khazam presentaron un detallado análisis de la conducta de ingesta de 20 pacientes bulímicas, que habían consignado en unos diarios o autorregistros la cantidad y calidad de comidas ingeridas a lo largo de dos semanas. Se obtuvo un total de 199 episodios de atracones y 440 de no-atracones. Un atracón medio constaba de 1.459 ± 1.172 kilocalorías con un rango amplísimo que iba desde 45 a 5.138 Kcal. Mientras el 27% de los episodios considerados por las pacientes como atracones estaba por encima de las 2.000 Kcal, el 50% contenía menos de 1.000. Este estudio presenta dos grandes hallazgos: por una parte provee confirmación de que durante los atracones las personas con bulimia consumen grandes cantidades de comida, pero también que el concepto de atracón para las bulímicas reside más que en la cantidad, en el tipo de comida ingerida. Las comidas «prohibidas», aun en menor cantidad, provocaban la sensación de «estar atracándose».

Similares resultados obtenidos con la misma metodología fueron hallados por Woell, Fichter, Pirke y Wolfram (1989) y Rossiter y Agras (1990).

A través de estudios objetivos sobre *consumo de comida controlado en laboratorios* se han obtenido diferentes datos. Los primeros en llevar a cabo este tipo de técnica fueron Mitchell y Laine (1985). En este estudio un episodio de sobreingesta constaba de $4.394 \text{ Kcal} \pm 2.927$ con un rango que iba de 1.436 a 7.178 Kcal. En promedio, el 49% de las calorías se obtenían por hidratos de carbono, 43% de grasas y 8% de proteínas. En estudios posteriores se han obtenido datos parecidos (Walsh, 1993). En éstos ha quedado patente que los episodios de sobreingesta de las pacientes bulímicas contenían unas cantidades mucho mayores, en términos absolutos, de cada uno de los macronutrientes, aunque los porcentajes de calorías derivadas de éstos eran similares excepto en cuanto a proteínas que era superior en el grupo control. Las pacientes bulímicas comían más deprisa y durante más tiempo cuando realizaban un atracón. Por otra parte, se hallaron diferencias en las comidas que no eran consideradas como sobreingesta: las paciente bulímicas tendían a consumir menos calorías que las controles. Estos hallazgos son consistentes con los de Rosen, Leitemberg, Gross, y Willmuth (1985) y Woell *et al.* (1989).

Cooke, Guss, Kissilef, Harry, Devlin *et al.* (1996) comparan el tipo y la cantidad de comida ingerida en atracones por comedores compulsivos y bulímicos. Los comedores compulsivos consumían más carne, pero en conjunto el tiempo empleado y el tipo de alimentos era bastante parecido salvo en el hecho de que los bulímicos comenzaban sus atracones por los dulces y en todo caso, posteriormente, consumían carne. Esto les lleva a deducir que los atracones en estos dos grupos son cualitativamente diferentes.

En los estudios de Kaye, Weltzin, McKee, McConaha, Hansen y Hsu (1992), las pacientes bulímicas consumieron unas mucho mayores cantidades de comida cuando realizaron episodios de sobreingesta que las controles; además observaron que existía una relación entre el tamaño de la ingesta y su composición en macronutrientes: el porcentaje de hidratos de carbono estaba inversamente relacionado y el porcentaje de grasas positivamente relacionado con el tamaño de la comida. De estas investigaciones se ha podido deducir que el «craving» de hidratos de carbono, al que se atribuía en algunos estudios el inicio de los atracones, no está confirmado por la investigación. Parece que los hidratos de carbono son los que tienen el mayor poder de saciedad (en una misma comida), pero que se asimilan tan rápidamente que podrían provocar un importante efecto de necesidad de nuevo consumo. De hecho se ha comprobado que el macro nutriente más consumido en los atracones es de grasas. Las personas que sufren de bulimia suelen presentar preferencias por las comidas dulces y los postres (Rosen *et al.*, 1986; Kaye *et al.*, 1992; Cooke *et al.*, 1997). El contenido en grasas en este tipo de alimentos es muy superior al de hidratos de carbono.

2. En cuanto a la etiología de los atracones

Polivy y Herman (1993) distinguen 5 fases en los atracones y en cada una de ellas observan que hay una serie de condiciones que actúan como desencadenantes o elicitoras de éstos. Las fases son de las condiciones previas para el atracón, de los desencadenantes, de los factores mantenedores, de la terminación y de sus consecuencias.

En la primera fase de las condiciones previas para el atracón citan: presión hacia la esbeltez, dieta y el ejercicio físico. La presión a la esbeltez influye en la adopción de dietas restrictivas y/o en el exceso de ejercicio físico. Los sentimientos de deprivación que están provocados por la restricción, más que estar determinados por una falta de calorías, podrían actuar promocionando un *drive* fuertísimo, impulsando a comer o alterando la reactividad perceptiva hacia las comidas atractivas, considerándolas irresistibles.

Igualmente en esta fase sitúan una baja autoestima que se hallaría unida a una pobre imagen corporal y una dieta incrementada. De hecho hay gran cantidad de trabajos que defienden la existencia de una correlación negativa entre autoestima y dieta crónica y entre autoestima e insatisfacción corporal (Raich, Mora, Marroquín y Pulido, 1997; Raich, Torras y Mora, 1997). Del mismo modo, la suspensión de la dieta por un atracón actuaría a su vez reduciendo la autoestima.

Otros estados emocionales que caracterizan a las personas que realizan episodios de sobreingesta pueden considerarse como condiciones previas de los atracones: ansiedad, disforia, inestabilidad emocional (Raich, Torras, Sánchez-Carracedo, Mora, Gomà y Gutiérrez, en prensa). De todas maneras estos datos se han hallado en estudios correlacionales, por tanto, difícilmente se les puede atribuir un valor causal. Pero Polivy y Herman han demostrado en diversos experimentos de laboratorio que el malestar psicológico incide de manera directa en el aumento de la ingesta de las personas que suelen hacer dieta. Esto les per-

mite afirmar que no es de extrañar que las personas que están crónicamente alteradas, se desajusten en una situación dada.

Del mismo modo, el pensamiento dicotómico o irracional que, se ha afirmado, caracteriza a las personas con trastornos alimentarios, podría considerarse una condición previa a éstos ya que podría facilitarles el comienzo de un atracón al considerar que se ha roto la dieta.

El modelo del condicionamiento postula que las personas que hacen dieta han quedado condicionadas a los alimentos del atracón. Este condicionamiento ocurre cuando esta persona decide dejar su dieta y comer alimentos «engordantes» en un estómago vacío: el reforzamiento nutricional condiciona un gran apetito por este tipo de comidas.

Otras razones podrían relacionarse con lo apetitosas que resulten las comidas y el efecto externo de éstas que puede influir en personas con un estado de ánimo deprimido. Finalmente, se ha observado que las familias poco empáticas, con falta de afecto paternal, en las que se dan interacciones negativas y hostiles, además de que las pacientes puedan presentar impulsividad, alcoholismo u obesidad, también favorecen la aparición de atracones como forma de compensación de estas situaciones aversivas.

Estas condiciones previas son crónicas y difícilmente demostrables en experimentos controlados. En todos los casos estas variables se han estudiado de manera correlacional con lo que no se puede conseguir una precisión muy grande en su definición. De todos modos un estudio longitudinal permite a Stice y Agras (1998) predecir los factores que precipitan tanto los atracones como las conductas purgativas en una muestra de adolescentes. Éstos son: una mayor presión percibida a estar delgado, internalización del ideal delgado, insatisfacción corporal, dieta y afecto negativo. Por el contrario, menor presión percibida a la delgadez, no internalización del ideal delgado, no presentar insatisfacción corporal, ausencia de dieta y presentar un afecto normal o positivo, precedían el cese de tanto los atracones como de las conductas purgativas.

En la segunda fase, la desencadenante de los atracones, se sitúan la mayor responsividad o sensibilidad a los estímulos externos de la comida, el poder relajante de la ingesta o que ésta sea «buena». Se ha demostrado que el atracón por sí mismo y en un primer momento ayuda a reducir la ansiedad (Elmore y Castro, 1990 y Kaye *et al.*, 1986). Rosen *et al.* (1986) arguyen que el atracón puede producir alivio, pero que es esencialmente la conducta purgativa la que ayuda a disminuir el estrés y el afecto negativo. De esta forma, aunque el atracón pueda resultar en un primer momento relajante y liberar de ansiedad, este efecto sería momentáneo y vendría seguido a continuación de la aparición de sentimientos de culpa. El hecho de pensar que se ha roto la dieta, desencadenará un atracón, como una suerte de «efecto de violación de la abstinencia» (concepto nacido en la investigación sobre abuso de drogas). La ingesta de alcohol y la soledad son también potentes desencadenantes de los *binge-eating*.

Scattolon y Nicky (1995) observaron, en una muestra de estudiantes, que otro desencadenante importante de los atracones eran las preocupaciones, pero no las que estaban especialmente relacionadas con la comida sino más bien con los resultados de sus interacciones sociales y académicas. A partir de los estu-

dios clásicos de Herman y Polivy, el estrés se ha mostrado como un desencadenante de los episodios de sobreingesta en sujetos restrictivos. Un estudio reciente de Mitchell y Epstein (1996) apoya esta idea, mostrando que existe una interacción significativa entre la restricción y el estrés en el sentido de que los que restringen la ingesta la aumentan y los que no la restringen la disminuyen tras estar sometidos al estrés.

En la tercera fase se sitúan los factores mantenedores del atracón. La reducción del afecto negativo, la soledad y el poder llevar a cabo el vómito auto-provocado (con lo que se considera que se ahorrarán los efectos engordantes de la sobreingesta), el sentimiento de que no se ha terminado aún la comilona, la reducción del estrés y la privacidad (condición indispensable para la mayoría de las bulímicas) son los más estudiados.

La cuarta fase es la que corresponde a la terminación del atracón. Las variables que actúan aquí son: ausencia de comida, haber llegado al límite de la capacidad del estómago, náuseas o dolor, la llegada de otra persona y la decisión de terminar el atracón. El pensamiento de que este exceso de comida les hará engordar puede ser, en algunos casos, el causante de la finalización del episodio. Hay que señalar aquí que los atracones varían muchísimo tanto en cantidad como en el tiempo empleado en ellos y ésto no sólo *entre* sino también *intra* individuos.

La fase quinta se refiere a las consecuencias del *binge*. A corto plazo, puede existir alivio del afecto negativo y del hambre, pero a largo plazo, como ya hemos indicado, aparece vergüenza, culpabilidad, auto condena y depresión.

3. En cuanto al sentimiento de falta de control sobre la ingesta

La otra característica definitoria de los atracones es el sentimiento de pérdida de control sobre la ingesta, de que no se puede parar de comer o de que esta ingesta está más allá de las propias posibilidades de control. En una reciente investigación multidimensional Tiggeman y Raven (1998) aportan la información de que, comparadas con controles, las mujeres de su muestra que presentaban trastornos alimentarios tenían un menor control interno, pero curiosamente también un menor deseo de control. El miedo a perder el control emergió como el más potente y significativo predictor de la sintomatología de los trastornos alimentarios.

Consideraciones sobre los mecanismos de control del peso

Cuatro son los mecanismos más frecuentemente empleados por las pacientes bulímicas para intentar controlar su peso y/o compensar el posible aumento de peso derivado de los atracones: el vómito autoprovocado, el abuso de laxantes y diuréticos, las dietas restrictivas y el ayuno y el ejercicio extremado.

1. Vómito autoprovocado

En general la paciente bulímica ha tomado la decisión de vomitar antes de empezar el episodio de sobreingesta. Normalmente se lo provoca de manera inmediata después de comer. Pero hay pacientes que esperan horas. En estos casos

aún creen que el vómito les hará desembarazarse de toda la comida que han ingerido durante el atracón. En realidad, sólo cerca de la mitad (Kaye, Weltzin, Hsu McConaha y Bolton 1993) o dos tercios de la comida ingerida se elimina con el vómito. La frecuencia del vómito puede variar ampliamente desde una vez semanal a diez veces al día. La frecuencia promedio de los estudios llevados a cabo está en 12 veces a la semana (Rosen, Leitemberg, Fisher y Khazam, 1986). Obsérvese que este promedio es bastante superior al señalado como criterio diagnóstico en el DSM-IV («los episodios de sobreingesta y las conductas compensatorias ocurren, como media, dos veces a la semana durante tres meses»). Puede consultarse Saldaña, Tomás y Bach (1997) para una revisión más exhaustiva sobre la frecuencia y consecuencias de los vómitos autoinducidos.

2. *Abuso de laxantes y diuréticos*

Cerca de una octava parte de las bulímicas que se provocan el vómito, abusan ocasionalmente de los laxantes. Es bastante raro que sólo utilicen los laxantes como método de control del peso. La realidad es que los laxantes son ineficaces para eliminar la comida. Se elimina menos del 10% de su valor (Rosen, 1989).

El *abuso de diuréticos* es extremadamente raro en las bulímicas y menos como único método de adelgazamiento (Rosen, 1989). En general, hay una gran escasez de datos epidemiológicos sobre la prevalencia de este tipo de conductas compensatorias en pacientes bulímicas. Los pocos existentes destacan que este tipo de conductas son muy poco frecuentes en este tipo de pacientes. Este dato resulta llamativo a la luz de que el DSM-IV señala la presencia recurrente de este tipo de conductas como criterio diagnóstico de BN, situándolas al mismo nivel que otras conductas compensatorias como el vómito autoinducido, ayuno o ejercicio excesivo.

3. *Dietas restrictivas y ayuno*

Casi todos las pacientes bulímicas se proponen algún tipo de *dietas restrictivas* o restringen la cantidad total de comida. Las normas dietéticas varían enormemente de una a otra paciente. En algunos casos el objetivo es el de mantener su consumo calórico por debajo de un nivel prefijado, por ejemplo de 1.000 Kcal. En otros casos se trata de prescindir de determinados alimentos «engordantes» como pan, queso, postres.... Otras no desayunan o no cenan o hacen ayuno integral durante un día o más. De hecho estos son los tres tipos de dieta que pueden hacer ya sea por separado, ya conjuntamente (Saldaña, 1994). Los pacientes del subtipo no purgativo, suelen alternar medidas muy severas de restricción con los atracones.

Es de destacar que las comidas de las pacientes bulímicas, cuando no realizan atracones, suelen ser inferiores en calorías a las de los controles (Walsh, 1993).

4. *Ejercicio extremado*

Esta conducta compensatoria como única forma de control del peso es poco común en pacientes bulímicas. Probablemente tampoco causaría problemas en el mismo grado que provocarse el vómito o abusar de laxantes. A este

efecto el estudio de Iannos y Tiggeman (1997) confirma que no existen diferencias significativas en características disfuncionales de personalidad entre deportistas moderados y extremados.

Otros mecanismos que mantienen el comportamiento bulímico

Se trata fundamentalmente de *pensamientos, conocimiento y creencias acerca de la comida y de la dieta*. La conducta alimentaria anormal se mantiene por pensamientos incorrectos, ilógicos o distorsionados, falsos conocimientos o falsas creencias sobre comida y nutrición, peso y efecto de las conductas purgativas o los atracones.

En cuanto a los aspectos vinculados a la comida y la nutrición, el *pensamiento* de las bulímicas suele estar dentro del campo dualista con un tipo de alimentos bajos en calorías, de régimen, que son considerados aceptables y «buenos» y otros alimentos que son considerados como «malos», «basura», o lo que es lo mismo, engordantes. En algunos casos, la cantidad de calorías proporcionada por uno u otro tipo de alimentos es la misma, pero una normativa interna e ilógica les hace considerar a un tipo de alimentos como bueno o como malo (Raich, 1994).

Por otra parte se ha hipotetizado que las pacientes bulímicas pueden tener un nivel de *conocimientos* sobre nutrición superior al de las otras personas, debido a su especial interés en los asuntos relacionados con la comida, la dietética etc. que les lleva a buscar y leer literatura sobre el tema. Apoyando esta hipótesis, existen algunos estudios (Beaumont, Chambers, Rouse y Abraham, 1982; Laessle, Schweiger, Daute, Herold, Schweiger, Fichter y Pirke, 1988) en los que se muestra que las pacientes bulímicas poseen efectivamente mejores conocimientos en cuanto al contenido calórico de los alimentos que los controles. En el segundo de estos estudios, incluso el nivel de conocimientos sobre contenido de macronutrientes y micronutrientes era más elevado en las pacientes que en los controles. Estos hallazgos están en consonancia con otros sobre conocimiento y práctica de hábitos higiénicos del sueño (Lacks, 1987) en los que se observó que los insomnes tenían un mejor conocimiento sobre los hábitos higiénicos del sueño, pero una peor práctica de ellos que los no insomnes. En conjunto, podemos afirmar que en algunos casos el nivel de conocimientos de las personas con trastorno bulímico puede ser incluso superior al de los grupos controles, pero su adaptación es muy defectuosa.

Conjuntamente a estos conocimientos perviven falsas *creencias* y errores importantes. En este último campo cabe citar, entre otras, el convencimiento de las pacientes bulímicas de que determinados alimentos conllevan el incremento del peso; que el consumo de tantos gramos de comida significa el aumento de la misma cantidad de gramos en el organismo; que si comiese normalmente y no llevase a cabo conductas purgativas o de control del peso, su peso aumentaría infinitamente; que padece un trastorno que le obliga a realizar atracones y no que le obliga a someterse a unas dietas restrictivas; que en ausencia de métodos de control del peso debería someterse a dietas estrictas constantemente (Raich, 1994).

Consideraciones respecto al trastorno de la imagen corporal

Los criterios diagnósticos de bulimia nerviosa incluyen tanto en el DSM-III-R como en el DSM-IV sendos apartados sobre el trastorno de la imagen corporal (véanse las Tablas 1 y 2):

e) Preocupación intensa por el peso y la figura. (APA, 1987).

d) La autoestima está excesivamente influida por el peso y la silueta corporales (APA, 1994).

Si entendemos como afirma Rosen (1995) que, en realidad, los trastornos alimentarios son esencialmente trastornos dismórficos más que anomalías en la conducta alimentaria y que tanto las dietas estrictas, como los ayunos, conductas purgativas y exceso de ejercicio físico, son un tipo de conductas evitativas del aumento de peso, que es lo que realmente preocupa, y que si no se consigue cambiar producirá de nuevo el agravamiento del trastorno, entonces este aspecto de los trastornos alimentarios como la BN debería ser contemplado como el más importante en su tratamiento.

La imagen corporal es un constructo multidimensional y actualmente podemos definirla como la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Engloba así tres componentes; uno perceptivo, otro de evaluación subjetiva y otro conductual. Thompson (1990) ha detallado y descrito cada uno de estos tres componentes de la siguiente forma:

Componente Perceptual. Precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde). En la investigación sobre trastornos alimentarios frecuentemente se ha hablado de sobrestimación del tamaño corporal.

Componente Subjetivo (Cognitivo-afectivo). Actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (p. ej. satisfacción, preocupación, ansiedad, etc.). Bastantes estudios sobre trastornos alimentarios han hallado insatisfacción corporal. La mayoría de los instrumentos que se han construido para evaluar esta dimensión evalúan la insatisfacción corporal.

Componente Conductual. Conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan, como por ejemplo, conductas de exhibición o conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás.

Los trastornos de la imagen corporal que aparecen en las personas con trastorno bulímico son:

a) *En el aspecto perceptivo.* Sentirse «gordo» o sentir que determinadas partes del cuerpo sobresalen excesivamente, aunque su peso y figura sean normales. Las bulímicas tienden a sobrestimar la talla de determinadas partes de su cuerpo, especialmente la cintura, caderas y muslos. Mantienen ideas erróneas sobre lo que es una talla normal y sobre todo la que deberían tener.

b) *En el aspecto subjetivo.* Creen que su cuerpo resulta desagradable, que los demás se preocupan y notan sus menores imperfecciones. El hecho de no ser del-

gadas es una prueba irrefutable de que son unas personas débiles, sin fuerza de voluntad, perezosas y a las que no se puede querer. Su autoestima y su propio valor está contemplado a través de este prisma. O sea, que sus características personales como la inteligencia, éxito en la profesión o los estudios y actitudes morales o políticas no tienen ningún valor o muy escaso frente a su peso corporal o su figura.

c) *En el aspecto comportamental.* Determinadas situaciones provocan sentimientos negativos y pensamientos acerca de su apariencia. Estas situaciones son evitadas a fin de controlar la ansiedad. Las pacientes realizan todo tipo de comportamientos de evitación activa o pasiva. Dejan de ir a sitios o de hacer cosas, como llevar trajes ajustados, no mostrar determinadas partes de su cuerpo durante la relación sexual o evitar totalmente las relaciones sexuales. Además, también realizan rituales compulsivos como pesarse muchas veces al día, preguntar insistentemente sobre su apariencia o cambiarse de ropa muchas veces.

BREVES INDICACIONES SOBRE BULIMIA NERVIOSA Y TRATAMIENTO DE LA IMAGEN CORPORAL

En las últimas décadas se han realizado numerosos trabajos sobre tratamientos de trastornos alimentarios; sin embargo, respecto a la imagen corporal ha habido más interés en el aspecto evaluativo del componente perceptivo de la imagen corporal que en el tratamiento específico de la misma (Fernández y Turón, 1998).

Si tenemos en cuenta la definición multimodal de imagen corporal, citada anteriormente, podemos ver de qué elementos debería constar el tratamiento del trastorno de la imagen corporal. De esta forma, será necesario incluir intervenciones que ayuden a cambiar las distorsiones perceptivas, las emociones desadaptativas, las cogniciones distorsionadas y los comportamientos de evitación activa y pasiva a causa de la apariencia. Además, estamos con Toro (1996) cuando destaca la necesidad de introducir una crítica a los valores que la sociedad atribuye a la figura femenina.

Los ayunos, las dietas estrictas, el ejercicio extenuante, los vómitos auto-provocados y el abuso de laxantes y diuréticos son comportamientos tan aberrantes que no es de extrañar que sean los que exijan una intervención directa y los que más preocupen a los clínicos y a los familiares. Por ello la mayor parte de los tratamientos se han dirigido, de entrada, a cambiar estas conductas. Pero difícilmente conseguirán mantener las ganancias obtenidas con estas intervenciones si no se produce un cambio en la imagen corporal. En el mismo sentido se pronuncian Saldaña, Tomás y Bach (1997).

BULIMIA NERVIOSA Y CONSEJO NUTRICIONAL

Como acabamos de señalar, el núcleo de la intervención en BN se ha centrado en el control de los episodios de sobreingesta y de las conductas compensa-

torias. Muchos de los estudios comentados hasta el momento han proporcionado datos más precisos sobre este trastorno que nos ayudan a entender mejor qué factores contribuyen al desarrollo y mantenimiento de estos comportamientos. De esta forma, se han desarrollado técnicas de tratamiento dirigidas más específicamente a trabajar sobre algunos de estos factores. Acabamos de comentar el reciente interés por el tratamiento de la imagen corporal. Pero la preocupación no sólo se centra en las consecuencias psicosociales negativas derivadas del mantenimiento de los episodios de sobreingesta y de las conductas compensatorias, sino también en los posibles efectos negativos sobre el estado de nutrición de las pacientes. Desde este punto de vista, otro elemento central del tratamiento de la BN sobre el que se han aportado recientes sugerencias es el Consejo Nutricional.

A pesar de que el trastorno nutricional puede llegar a ser severo y complicado, de que presenta diferentes grados de carencia proteica y deficiencias en las reservas de alimentos esenciales y desequilibrios electrolíticos, se trata esencialmente de un estado de desnutrición resultante de una dieta que es inadecuada para aportar las demandas energéticas que le reclama el organismo. La insuficiencia de energía puede llevar a la emaciación o desencadenar un patrón caótico de ingesta con alternancia de restricción y sobreingesta compensatoria.

Excepto en los casos más severos, el sistema digestivo suele permanecer intacto, mientras que los mayores obstáculos para la restauración de la nutrición son conductuales y psicológicos (Beaumont y Touyz, 1995). La prescripción de una nueva dieta puede resultar contraproducente ya que refuerza la creencia del paciente de que no debe comer normalmente. El consejo dietético debería consistir en el del retorno a una forma de comer normal «bastante buena» o «suficientemente buena» en lugar de optar a la mejor dieta posible para su caso. Las metas del tratamiento nutricional son así:

1. Conseguir mantener un estado nutricional normal en adultos y para el desarrollo propio de su edad en adolescentes.

2. Establecer un patrón alimentario normal

3. Promover respuestas «normales» al hambre y la saciedad.

El primer paso en la intervención dietética consistirá en una buena evaluación de la situación mediante una historia dietética detallada en la que se analicen:

- Patrones de conducta alimentaria.

- Fluctuaciones de peso.

- Métodos de control de peso.

- Alimentos evitados y razones para hacerlo.

- Ocurrencia de conductas purgativas y atracones.

- Creencias sobre nutrición y actitudes hacia la comida de la paciente y familiares.

- Qué comidas son «buenas» y por lo tanto no engordantes y cuáles son «malas», o sea, poco saludables y engordantes.

A continuación será necesario llevar a cabo sesiones educativas. En éstas se deberá dar información nutricional. El mito de que las personas con trastorno alimentario tienen una buena información acerca de los aspectos nutricionales es, como hemos visto anteriormente, un mito peligroso. Pueden tener un conocimiento superficial de dietas y de diferentes maneras de perder peso, pero su co-

nocimiento es altamente selectivo y derivado de fuentes muy diversas, normalmente extremado y a menudo incorrecto. Suelen desconocer, por tanto, sus necesidades nutricionales. Es necesario corregir sus errores y que aprendan las verdaderas necesidades energéticas y nutricionales. Debe proporcionarse información sobre el desgaste de energía generado solamente por el puro mantenimiento corporal, la relación entre dietas estrictas y conductas purgativas, los peligros y eficacia (o mejor dicho, la falta de eficacia) de las conductas purgativas y finalmente los requisitos nutricionales para una buena salud y el mantenimiento del peso. Como ejemplo basta citar lo muy sorprendidas que han quedado muchas pacientes cuando han sabido que 1.000 Kcal./día son insuficientes para los requerimientos energéticos de una joven saludable.

Hay varias razones que justifican que el consejo nutricional deba darse pronto a las pacientes bulímicas. Entre ellas, el hecho de que centran su problema alimentario en los atracones y no entienden que éste es el resultado de su práctica restrictiva; mantienen miedos u errores de conocimiento sobre la alimentación que han de identificar y corregir; creen firmemente que engordarán si comen regularmente o consumen algún tipo de comida altamente energético; a menudo su alimentación se ha visto distorsionada tanto tiempo que han perdido la habilidad e incluso la noción de qué es comer normalmente.

Por otra parte, han de aprender a contestar a preguntas como: ¿qué es el hambre?, ¿cuándo he de comer?, ¿en qué consiste una comida normal?, ¿qué es comer normalmente?

Uno de los pilares básicos del consejo nutricional que forma parte de las intervenciones psicoeducativas en la BN, es el de que han de aceptar que el problema no es el de comer demasiado en los atracones, sino que éste es sólo un aspecto del complejo patrón de conducta trastornada. Se trata solamente de la respuesta persistente a una restricción irreal y, en realidad, el «comedor compulsivo» es una persona que hace dieta y que se desinhibe.

Otro de los aspectos fundamentales de la intervención psicoeducativa será exponer que no se trata de llegar a tener un peso predeterminado sino que se ha de aceptar un peso saludable, que es el que tendrán cuando se alimenten razonablemente y hagan un ejercicio físico moderado. En este sentido suele explicárseles la teoría del «punto fijo» biológico (Keeseey, 1995). Estas dos condiciones forman parte de las intervenciones psicoeducativas que se imparten en diferentes centros de salud (Fernández y Turón 1998; Fairburn y Wilson, 1993; Fairburn, 1998) y que suelen producir mejorías notables y suficientes en un 30% de los casos tratados.

También desde el punto de vista nutricional, se ha de contemplar que las bulímicas suelen, no sólo restringir la cantidad absoluta de comida, sino que también limitan sus alimentos, evitando aquellos que consideran no saludables o atemorizadores (invariablemente comidas que poseen un elevado contenido calórico y que suelen ser las que comen durante el atracón). Por ello es necesario que comprendan que una comida normal no significa comer solamente cosas saludables, sino mantener una dieta equilibrada, mixta, que contenga los nutrientes esenciales y las calorías suficientes para las necesidades corporales. Se trata por tanto de que acepten «una dieta suficiente» o «que no está mal» más que fra-

casar repetidamente en el mantenimiento de una dieta irreal, perfeccionista, óptima desde su punto de vista. Tal vez la idea más importante sea que la cantidad de comida necesaria para cubrir las necesidades de energía es superior que la necesaria para cubrir las necesidades nutritivas esenciales. Por tanto, la buena salud se consigue a base de añadir a una dieta saludable (en el sentido de que contenga comidas nutritivas) una selección de alimentos altamente energéticos, aunque sean «menos nutritivos» en el pleno sentido de la palabra

COMENTARIOS FINALES

Del conocimiento que tenemos respecto a la cantidad consumida en los atracones podemos deducir que:

a) Aunque los atracones son más grandes que las comidas normales, a menudo no son tan extremadamente grandes como se creía. Existen importantes diferencias individuales.

b) Incluso cantidades muy pequeñas de comidas que la persona que padece BN considera «engordantes» son suficientes para hacerle creer que ha comido demasiado y le hace clasificar a este episodio como «atracon».

Se constata así la existencia de una gran variabilidad en cuanto a la cantidad de comida consumida en un atracón. En los estudios mencionados hemos observado una enorme dispersión en la cantidad de comida que era necesaria para ser considerada un atracón por las personas afectadas. Esta característica nos hace reflexionar sobre la pertinencia de catalogar a las personas que realizan episodios de sobreingesta *subjetivos* (con esta denominación se califican en la entrevista *Eating Disorders Examination* de Fairburn, 1993) como no-bulímicas, aunque lleven a cabo conductas purgativas o cumplan con todos los demás criterios de BN. Tobin, Griffing y Griffing (1997) comparan pacientes con BN de los dos subtipos con pacientes de ingesta compulsiva y con pacientes de Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado (TCANE) que no consumen grandes cantidades de comida pero que producen conductas compensatorias. Excepto el grupo de comedores compulsivos, los otros grupos no difieren en psicopatología ni en ratios de hospitalización y están en un rango mucho más severo que los comedores compulsivos. Estos datos coinciden con los hallados recientemente por Hay y Fairburn (1998). Estos autores han realizado un estudio sobre la validez de las características diagnósticas del DSM-IV para clasificar y discriminar entre los trastornos alimentarios que realizan atracones. Una de las conclusiones más importantes de su trabajo es la de que estos trastornos se distribuyen en un *continuum* de severidad clínica en el que los cuadros más severos se corresponden con los de bulimia, subtipo purgativo, los intermedios están relacionados con los de bulimia subtipo no-purgativo y los menos severos con los comedores compulsivos. Parece por tanto que, más importante que la cantidad de comida consumida, es que sea percibida como un atracón y llevar a cabo conductas compensatorias.

Estos datos complementan los hallados por Sullivan, Bulik y Kendler (1998) que buscan soporte empírico a la clasificación diagnóstica del DSM-IV

para BN. En una gran muestra extraída de una población de gemelas ($n=1.897$) desarrollan empíricamente una tipología y la comparan a la propuesta en el DSM-IV. Observan que el umbral de frecuencia y duración de los atracones y las conductas compensatorias especificados en este manual limitan ampliamente la realidad, ya que al exigir que se produzcan por lo menos dos veces a la semana en los últimos tres meses, dejan fuera de esta clasificación una gran cantidad de pacientes. El porcentaje de atracones que encuentran es del 23,6%; el porcentaje de vómito autoprovocado es del 4,8%, pero si se han de limitar a los criterios antes expuestos, se reducen al 0,5%.

Por todo ello creemos que la clasificación de los trastornos alimentarios deberá tener en cuenta todos estos hallazgos a fin de que no queden fuera de la denominación de BN personas que, aun presentando una patología grave, no cumplen a la perfección todos y cada uno de los criterios que el actual DSM-IV contempla para este trastorno. Muchos estudios de investigación sobre BN, tanto sobre aspectos básicos como de tratamiento, utilizan los criterios DSM-IV para la selección de los sujetos. Opinamos que la rigidez de estos criterios, que no contemplan con suficiente amplitud la gran variabilidad de algunos aspectos clínicos de este trastorno, hace descartar a muchos pacientes de las muestras de estos trabajos. Este sesgo puede suponer una importante limitación a la hora de desarrollar modelos explicativos precisos y procedimientos terapéuticos más adecuados y eficaces.

Con respecto al *tipo de comida ingerida durante los atracones* hemos deducido a través de los estudios expuestos que:

a) Durante los atracones se consumen más grasas que hidratos de carbono, con lo que se desmorona la teoría del *carbohidrate craving*.

b) El consumo elevado de macronutrientes grasos podría explicar las grandes cantidades de comida consumida en un atracón, ya que aunque poseen el mayor efecto saciante postingestivo, no es así durante la ingesta y su buen paladar induce repetidamente a su consumo durante una misma comida.

Por otra parte hemos visto que el consumo más reducido está en las proteínas, cuando se trata de atracones bulímicos. Si bien es cierto que la investigación en animales ha permitido promover modelos de ingesta/saciedad que permiten explicar los mecanismos fisiológicos y neurológicos implicados en la alimentación, parece que difícilmente nos permitirán explicar todo el comportamiento alimentario humano. Herman (1996) expone que se ha desarrollado una gran investigación sobre la ingesta humana y las diferentes variables que intervienen en el acto de comer. Actualmente está bien establecido que ésta no puede ser calibrada solamente con estudios en animales y que el modelo hambre-saciedad en animales no puede ser extrapolado a la conducta de comer de los humanos. Según el mismo autor, inicialmente la investigación se había focalizado en el sustrato fisiológico de la alimentación, enfatizando excesivamente el hambre y la saciedad. Pero los factores sociales, emocionales y cognitivos juegan roles cruciales en el control de la ingesta humana. Las presiones sociales y la responsividad social llevan a la gente a comer de manera distinta a las demandas esquematizadas en el modelo de hambre/saciedad. El estrés tiene también efectos fisiológicos y puede intervenir aumentando o disminuyendo la ingesta. El sabor

de la comida y lo sabrosa y apetecible que se considere influye en la ingesta. Estas influencias a veces compiten unas contra otras. Para tratar adecuadamente los trastornos alimentarios deberemos saber distinguir qué es el comer «normal» del «anormal», teniendo en cuenta que el comer «normal» de los humanos incluye hacerlo en respuesta a presiones sociales y emocionales.

Podemos hallar diferentes explicaciones a por qué se suele comer determinados alimentos en un atracón, y entre ellas se encuentran las explicaciones sobre las necesidades nutritivas de distintos macro nutrientes o su forma de actuar. Pero posiblemente la explicación más plausible esté relacionada con los condicionamientos psicológicos y ambientales que rodean a la persona que presenta el trastorno bulímico.

En la descripción de la *etiología de los atracones* podríamos distinguir unas variables molares, que comprenderían a todas las variables intervinientes en la aparición de trastornos alimentarios, que se corresponden con las de la primera fase (entre ellas, presión hacia la delgadez, dieta, ejercicio físico, baja autoestima, estados de ánimo negativo como ansiedad, disforia o inestabilidad emocional, pensamiento dicotómico y reforzamiento nutricional) y otras más moleculares que situarían el inicio, mantenimiento, terminación y consecuencias del atracón (como sensibilidad a los estímulos externos de la comida, el propio poder relajante de la ingesta, el consumo de alcohol, la soledad o las preocupaciones en general). Muchas de las variables descritas no discriminarían entre BN y otros trastornos alimentarios, pero otras son propias de este trastorno. De todas formas permiten un planteamiento equilibrado de evaluación y tratamiento de este trastorno.

Las *conductas purgativas* marcan la severidad del trastorno alimentario bulímico. Parece que el vómito autoinducido, la maniobra compensatoria más frecuentemente utilizada, debe acompañar, y así lo muestran los estudios citados anteriormente, a una mayor gravedad del cuadro clínico.

El *trastorno de la imagen corporal* es una de las características básicas de la BN. Cuando se comparan los resultados obtenidos en diferentes instrumentos de evaluación entre personas que sufren BN y personas que sufren trastorno dismórfico (Rosen y Ramírez, 1998) ambos muestran la misma severidad en el trastorno dismórfico, claramente diferenciada de los controles. Ambos muestran también una baja autoestima pero los que sufren BN presentan más síntomas psicológicos. Es el aspecto central de la BN y, como tal, Cash y Deagle (1997) y Slade y Rusell (1994) proponen que se debería incrementar el tratamiento de la imagen corporal en trastornos alimentarios y, evidentemente, la investigación controlada sobre los efectos aditivos e independientes del tratamiento de la imagen corporal. De hecho, en una revisión sobre la literatura publicada acerca del uso de tratamiento de la imagen corporal en las terapias para trastornos alimentarios, Rosen (1996) halla que solamente un tercio de los tratamientos evalúan y tratan el trastorno de la imagen corporal y de éstos únicamente los cognitivo-conductuales obtienen una modesta mejora en la imagen corporal. Por todo ello se hace cada vez más patente la necesidad de introducir este tratamiento en estudios controlados. A pesar de que se ha reconocido el importante peso que el trastorno de la imagen corporal tiene en el desarrollo y mantenimiento de los tras-

tornos alimentarios, no se ha avanzado suficientemente en la implantación de técnicas dedicadas directamente a cambiar la imagen corporal en los trastornos alimentarios. Los tratamientos que han incluido esta intervención específica en imagen corporal han demostrado una mayor efectividad y mantenimiento de las mejoras a largo plazo.

Con respecto a la *intervención en nutrición* debería proponerse en las condiciones citadas anteriormente. Más que una atención a los déficits nutricionales, lo que debería corregirse son los comportamientos que provocan por una parte la restricción y por otra la desinhibición alimentaria. Debería hacerse hincapié en los aspectos de normalidad de la comida descritos. En el marco de las intervenciones psicoeducativas deben estar presentes aunque no sean las únicas. Fernández y Turón (1998) agregan el aprendizaje de otras técnicas a la educación nutricional en la fase psicoeducativa, como son la instrucción a las pacientes en la teoría del «punto-fijo» biológico, la medición del Índice de Masa Corporal o la mejora de la autoestima.

Finalmente, a la luz de los estudios presentados y comentados, reiteramos la necesidad de sugerir *futuras modificaciones en los criterios diagnósticos del actual DSM-IV* que respondan a los nuevos conocimientos que vamos teniendo sobre este trastorno. Con respecto a la consideración de los episodios de sobreingesta, los propios autores del DSM-IV aventuran la necesidad de considerar también la ingesta de pequeñas cantidades de alimento seguidas de conductas compensatorias como un comportamiento trastornado. De esta forma, al hablar del Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE), señalan en el criterio número cuatro: «empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas)». Pensamos que este criterio, quizás enriquecido con la consideración no sólo del consumo de pequeñas cantidades de comida sino también de alimentos considerados como prohibidos o «engordantes», debería ser incluido entre los futuros criterios de BN. También somos de la opinión de ser más laxo en el criterio «c» sobre la frecuencia de episodios de sobreingesta y de conductas compensatorias. De nuevo los autores del DSM-IV consideran esta propuesta en el criterio número tres del TCANE. También podría resultar de interés incluir la dieta restrictiva, además del ayuno, como una de las conductas compensatorias señaladas en el criterio «b». Para terminar, resultaría conveniente destacar más el papel central que la imagen corporal juega en este trastorno.

REFERENCIAS

- Abraham, S. F. & Beaumont, P. J. V. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological Medicine*, 12, 625-635.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Tercera edición revisada. Washington DC Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. IV edición. Washington DC Author.

- Beumont, J. P. V., Chambers, T. L., Rouse, L. & Abraham, S. F. (1981). Nutritional counseling in the treatment of anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Human Nutrition*, 35, 265-273.
- Beumont, J. P. V. & Touyz, S. W. (1995). The Nutritional Management of Anorexia and Bulimia Nervosa. En K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press.
- Cash, T. F. & Deagle, E. A. (1997). The Nature and Extent of Body-Image Disturbances in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125
- Cooke, E. A., Guss, J. L., Kissileff, H. R. & Devlin, M. J. (1997). Patterns of food selection during binges in women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 22 (2) 187-193.
- Elmore, D. K. & De Castro, J. M. (1990). Self-rated moods and hunger in relation to spontaneous eating behavior in bulimics, recovered bulimics and normals. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 179-190.
- Fairburn, C. (1998). *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Paidós. (Original 1995).
- Fernández, F. y Turón, V. (1998). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona. Masson
- Hay, P. & Fairburn, C. (1998). The validity of DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 7-15.
- Herman, P. C. (1996). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. Special Issue: Society for the Study of Ingestive Behavior, Segunda Reunión Independiente.
- Iannos, M. & Tiggeman, M. (1997). Personality of the excessive exerciser. *Personality and Individual Differences*, 22 (5) 775-778.
- Kaye, W. H., Weltzin, T. E., McKee, M., McConaha, C., Hansen, D. & Hsu, L.K.G. (1992). Laboratory assessment of feeding behavior in bulimia nervosa and healthy women. Methods for developing a human-feeding laboratory. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 372-380.
- Keesey, R. E. (1995). A set-point model of body weight regulation. En C. F. Fairburn & G. T. Wilson (Ed.), *Binge eating: nature, assessment and treatment* (pp. 46-50). New York: The Guilford Press.
- Lacks, P. (1987). *Behavioral treatment for persistent insomnia*. New York: Pergamon Press.
- Laessle, R. G., Schweiger, U., Dauter-Herold, U., Schweiger, M., Fichter, M. M. & Pirke, K. M. (1988). Nutritional knowledge in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 63-73.
- Mitchell, J. E. & Laine, D.C. (1985). Monitored binge-eating behavior in patients with bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 177-183.
- Mitchell, S. L. & Epstein, L. H. (1996). Changes in taste and satiety in dietary-restrained women following stress. *Physiology and Behavior*, 60 (2), 495-499.
- Palmer, R. C. (1979). The dietary chaos syndrome: a useful new term? *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 187-190.
- Polivy, J. & Herman, P. (1993). Etiology of binge-eating: Psychological mechanisms. En C. F. Fairburn & G.T. Wilson (Ed.), *Binge eating: nature, assessment and treatment* (pp. 173-205). New York: The Guilford Press.
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y Bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M., Mora, M., Marroquín, H. y Pulido, A. (1997). Tratamiento cognitivo conductual de la insatisfacción corporal. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, (23) 405-424.
- Raich, R. M., Torras, J. y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 5 (1), 55-70.
- Raich, R. M., Torras Clarassó, J. y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 1, (5), pp. 55-70.
- Raich, R. M., Torras, J., Sánchez Carracedo, D., Mora, M., Gomà, M. y Gutiérrez, T. (en prensa). Eating Disorders Symptoms among female spanish university students: prevalence and contributing factors. *Health Psychology*.
- Rosen, J. C. (1995). Assessment and treatment of body image disturbance. En K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press.
- Rosen, J. C. (1989). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Curso de doctorado impartido en la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Rosen, J. C. (1996). Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 331-343.
- Rosen J. C., Leitemberg, H., Fisher, C. & Khazarn, C. (1986). Binge-eating episodes in bulimia nervosa: the amount and type of food consumed. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 255-267.
- Rosen J. C., Leitemberg, H., Gross, J. & Willmuth, M. (1985). Standardized test meals in the assessment of bulimia nervosa. *Advances in behaviour Research and Therapy*, 7, 181-197.
- Rossiter, E. M. & Agras, W. S. (1990). An empirical test of DSM-III-R definition of binge. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 513-518.

- Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Saldaña, C., Tomás, I. y Bach, L. (1997). Técnicas de intervención en los trastornos del comportamiento alimentario. *Ansiedad y Estrés*, 3, 319-337.
- Scattolon, Y. & Nicky, R. M. (1995). Worry as an inhibitor of dietary restraint. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 25-33.
- Slade, P. D. & Brodie, D. (1994). Body Image distortion and eating disorder: A reconceptualization based on recent literature. *Eating Disorders Review*, 1 (2), 32-46.
- Stice, E. & Agras W. S. (1998). Predicting onset and cessation bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy*, 29, 257-276.
- Sullivan, P., Bulik, C.M. & Kendler, K. S. (1998). The epidemiology and classification of Bulimia Nervosa. *Psychological Medicine*, 28 (3) 599-610.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Tiggeman, M. & Raven, M. (1998). Dimensions of control in bulimia and anorexia nervosa: internal control, desire for control or fear of losing self-control? *Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention*, 6 (1) 65-71.
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Tobin, D. L., Griffing, A. & Griffing, S. (1997). An examination of subtype criteria for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22,(2) 179-186.
- Walsh, T. B. (1993). Binge eating in bulimia nervosa. En C. F. Fairburn y G.T. Wilson (Ed.), *Binge eating: nature, assessment and treatment* (pp. 37-49). New York: The Guilford Press.
- Woell, C, Fichter, M. M., Pirke, K. M. & Wolfram, G. (1989). Eating behavior of patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 557-568.

