

# BULIMIA NERVIOSA: ¿TRASTORNO PRIMARIO O SECUNDARIO?

Palabras Clave : Bulimia Nerviosa, Trastorno de Personalidad, Comorbilidad

Resumen: **La reflexión a partir de investigaciones comparadas (metaanálisis) en trastornos de la alimentación con vistas a ahondar la dimensión teórica de estas recurrentes patologías se consideran necesarias con fines de actualización psicopatológica.** En este sentido el siguiente trabajo plantea la necesidad de hacer una clara distinción entre bulimias primarias y secundarias. Para ello se vale de las últimas investigaciones en el área de los trastornos de la alimentación respecto al tema comorbilidad, definiendo características y prevalencia, con particular hincapié en los trastornos de la personalidad, mas específicamente el de tipo limite. También planteará algunas hipótesis que pueden explicar la tan alta prevalencia de **comorbilidad en la bulimia** , sobretodo **con trastorno limite de la personalidad**. Este estudio se realiza con fines de refinamiento diagnostico pues estas patologías confundidas con frecuencia, tienen procesos y pronósticos tan diferentes que el error diagnostico implica graves posibilidades de cronificación del cuadro y por lo tanto de iatrogenia.

Key words: Bulimia Nervosa, Personality Disorder. Comorbidity.

Summary: The reflection starting from compared investigations on eating disorders beyond deepening the theoretical dimension of recurrent pathologies are considered necessary with ends of bring up to date psychopathologic topics. The following work outlines the necessity to make a clear distinction among primary and secondary bulimias. It is based on the last investigations in the area of the eating disorders regarding the topic comorbidity, defining characteristics and prevalence, with particular focus on the personality disorders, but specifically that of borderline type . It will also outline some hypotheses that can explain the so high comorbidity prevalence in the bulimia, especially borderline personality disorder. This study is carried out in order to have a more precise, specific diagnosis, since these often confused pathologies, have processes and presage so different, that error diagnosis influences serious possibilities of chronification of the disorder.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad los trastornos de la alimentación (TA) suelen presentar un número creciente e importante de trastornos asociados que dificultan su tratamiento exitoso; entre los cuales se destacan los trastornos de la personalidad (TP), en particular los del tipo Limite (TPL)

Estos casos son el mayor desafío de la clínica psicológica actual debido a la variabilidad en su organización sindrómica y en su gravedad, observándose no sólo una mayor incidencia de estos trastornos, sino también diferencias significativas en la presentación de la enfermedad. La relación entre personalidad y condiciones psicopatológicas se nos presenta, en general, compleja y plena de interrogantes.

---

Autor: Lic. Fabian Melamed. Profesor Adjunto Sistemas Psicológicos Contemporáneos II. Facultad de Psicología. UNMDP. Garay 2073. (7600 ) Mar del Plata.

El reconocimiento de estos trastornos asociados por parte de los especialistas en TA, ha contribuido a definir mejor la dimensión del problema; pero aún son insuficientes los datos experimentales acerca de las diferentes evoluciones de estos pacientes. En este

sentido, estudios realizados (Vicente Turrón Gil, 1997) muestran la existencia de características comunes en los pacientes bulímicos; tales como baja autoestima, incompetencia social, necesidad extrema de aprobación, impulsividad, tendencia adictiva, turbulencia emocional y sentimientos depresivos. Asimismo, siguiendo la tipología de Eysenck, podríamos decir que en la bulimia, a diferencia de la anorexia, predomina el polo extravertido con tendencia a la actuación e impulsividad.

Lo cierto es que un número relevante de las investigaciones sobre el tema coinciden en la dificultad para diferenciar rasgos o trastornos de personalidad y las consecuencias de la enfermedad. Los inconvenientes parecen acentuarse, principalmente, cuando se refiere a pacientes anoréxicas con bajo peso o a pacientes bulímicas con conductas purgativas. Por esta razón, es recomendable hacer estudios de comorbilidad luego de la recuperación de peso, fin de las purgas y alteraciones del humor; característicos de la fase sintomática.

Históricamente, se han desarrollado tres líneas posibles para relacionar estos dos factores (citado en Herscovici, Bay, 1990). Una de ellas, considera que los TA provienen de una personalidad premórbida. Esta era la posición adoptada por Hilde Bruch, quien ha sostenido que los TA son la expresión de una personalidad premórbida, entendida como predisposición caracterológica. Garner, en cambio, sostiene que la personalidad sólo le da contorno, colorea de una manera especial el cuadro. Desde esta línea, la personalidad no sería un factor etiológico o predisponente para el TA, sino el elemento que condiciona la forma en que se manifiesta. Es decir, el paciente TA comórbido (TP L, por ejemplo) presentará dificultades más acentuadas de inserción social, inestabilidad emocional, desajuste y labilidad emocional exageradas, que el paciente TA sin comorbilidad asociada.

La tercera corresponde a la sostenida por Fairburn, quien asegura que la personalidad característica de la presentación del cuadro está ligada a las reverberaciones biológicas de la alimentación anormal. Si estos rasgos persisten luego, se debe a otras circunstancias psiquiátricas.

Esta última línea, se evalúa como la relación más atinada al respecto. Es decir, aquellos pacientes cuyos rasgos de personalidad patológica subsisten a la recuperación de la conducta alimentaria y regulación de peso, purgas, etc. se puede sospechar la existencia de un trastorno de personalidad asociado. El interrogante es a qué trastorno se le dará valor etiológico.

Aquí comienzan las dificultades: ¿cuándo debemos hablar de comorbilidad?; ¿Cuándo un cuadro de bulimia nerviosa (BN) se presenta como patología secundaria?; ¿Hay diferenciaciones tan categóricas entre ambas?. En el caso específico de la BN, se han encontrado importantes evidencias, expresadas en el hallazgo de altos porcentajes de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, que afirman que este no es un cuadro del que podamos estar absolutamente seguros de que sea autónomo. O que de serlo, no esté causado por otro trastorno más generalizado subyacente.

Por esta razón, y debido al aumento de la prevalencia de los TP en los TA, nos parece imprescindible preguntarnos acerca de la existencia de dos tipos de bulimias: primarias y secundarias. Creemos que esta discriminación es fundamentalmente necesaria por cuestiones de pronóstico y tratamiento; dado que frecuentemente observamos que estos trastornos estructurales son sumamente refractarios a la terapia y, en casos exitosos, su

evolución es lenta y con múltiples altibajos. Es en estos casos, donde las características del proceso terapéutico contrastan notablemente con el de los trastornos alimentarios simples o con otros trastornos asociados (exceptuando los TOC).

## PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.

De hecho, estudios de comorbilidad ( Wonderlich y Mitchell, 1990) sugieren que entre el 53 y 93 % de los pacientes que sufren T.A. presentan al menos un trastorno del eje II (alteraciones de personalidad).Otras, que los trastornos de personalidad tienen una prevalencia en los TA que van desde el 25% al 63%. La investigación más significativa es la realizada por Yager, quien habla del 75% de estos casos en una muestra de 300 pacientes. Otros autores indican aún más.

En una importante revisión bibliográfica realizada por JM Carroll y otros (1996), se hace referencia a que en diversos artículos de la literatura internacional se asevera que la comorbilidad entre bulimia per se y TP es una relación sospechosa, dado que la correlación positiva se da cuando la paciente bulímica ha tenido episodios de depresión mayor. Sin embargo, su investigación muestra que no hay diferencias significativas entre bulimia con o sin depresión (D); siendo de 47% con D y del 33% sin D. Se unen de esta forma dos de los grandes campos de estudio de la comorbilidad en la bulimia y la anorexia: la depresión y los trastornos de personalidad. Es significativo resaltar, siguiendo esta línea de investigación, que los porcentajes de comorbilidad con TP se duplican en el límite, evitativo y paranoide cuando la muestra de bulímicas es comórbida, a su vez, con depresión.

Cabe preguntarse, si en los TA graves hay comorbilidad, o es sólo una conformación sindrómica más entre otras vinculadas al descontrol, obsesividad e impulsividad típicas de los TP. Se hace necesario, entonces, revisar la precisión diagnóstica de estos trastornos dado que el pronóstico y tratamiento del paciente comórbido es, por cierto, absolutamente diferente del que no lo es. Podríamos decir, entonces, que el aumento de la incidencia de comorbilidad asociada constituye actualmente un tema central en los trastornos alimentarios.

## RELACIONES ENTRE LA BULIMIA NERVIOSA Y LOS TRASTORNOS DE LA PÉRSONALIDAD.

Por lo tanto, cabría hacer algunas preguntas respecto al tema de la comorbilidad. Para ello tomaré las formuladas por JM. Carroll(1996).

Una vez enumeradas, daré las respuestas que a mi juicio son más probables. Dejo de esta forma abierto el debate.

- 1) ¿La bulimia predispone a TP?
- 2) ¿El trastorno de personalidad predispone a la bulimia?
- 3) ¿Ambas patologías tienen un factor causal común que las subyace?
- 4) ¿Esto se debe a cuestiones relacionadas a las muestras que se presentan a nuestra consulta?
- 5) ¿O es debido a criterios diagnósticos que se sobreponen?

6) ¿No es posible que estemos estudiando un fenómeno complejo global, que al ser dividido en diferentes diagnósticos, hacen que existan correlaciones importantes?

Al respecto, podríamos responder que:

1) De ninguna manera nos parece que la bulimia *per se* pueda ocasionar un trastorno estructural como lo son los TP; más aún cuando los signos característicos de estos trastornos, en general, suelen encontrarse en tiempos anteriores a los del cuadro bulímico. En este sentido, con frecuencia se encuentran rasgos típicos de los TP que la familia y el paciente definen como de más antigua data; previos a las conductas propias de la bulimia.

2) Sí, creemos que esta hipótesis es coherente. Las innumerables dificultades ocasionadas por la falta de capacidad del paciente TPL para afrontar problemas y sus formas patológicas de enfrentamiento y control ante las presiones del ambiente, pueden devenir en un cuadro bulímico. Así, el complejo, sufrido y contradictorio mundo subjetivo de quién padece TP, puede explicar la etiopatogenia de la bulimia, como cuadro secundario. Cabe destacar que algo similar ocurre en los TOC.

3) Es probable pensar que el grosero déficit de la autoestima o la alexitimia sean factores que subyazcan a estas patologías; sin embargo, también subyacen a otras, y ambas no constituyen una categoría psicopatológica

4) Es dudoso, aunque debe investigarse más dado que la comorbilidad entre los trastornos de la alimentación y los de personalidad continúa siendo un campo poco explorado en lo que a teorizaciones e investigaciones se refiere.

5) Esta posibilidad es más fructífera, dado que es bastante común que entre el TP Límite y la bulimia haya puntos de identidad (alta impulsividad, atracones desmedidos, la conducta purgativa como descarga motora, comidas bizarras, etc.) que pueden considerarse en uno u otro criterio diagnóstico, dependiendo del peso relativo atribuido por el observador o el paciente.

6) La posibilidad de estar frente a un fenómeno complejo global que implica correlaciones importantes al ser dividido en diferentes diagnósticos para su estudio; es, a nuestro entender, el punto más interesante y abre un verdadero desafío al respecto. Además, explicaría también los puntos 1, 2, 3 y 5.

## PSICOPATOLOGIA, TRASTORNO DE PERSONALIDAD Y CONDUCTAS PURGATIVAS.

En cuanto a la bulimia como entidad primaria o secundaria, hay una línea que parece hacerse más clara según avanzan los estudios; si bien desdichadamente no resuelven el asunto. Parecería que las conductas purgativas encierran mayor porcentaje de pacientes comórbidas, mayor riesgo suicida y mayor índice de psicopatología, sean bulimias o anorexias (Favaro y Santonastaso, 1996). Tanto en pacientes con anorexia nerviosa como

con bulimia nerviosa, los síntomas psiquiátricos fueron más severos en los grupos que realizaban purgas que en quienes no tenían dicho hábito. El uso de múltiples métodos para controlar el peso parece ser un predictor de conductas impulsivas. Así, quienes utilizaban conjuntamente los vómitos y el consumo de laxantes, mostraron con mayor frecuencia pautas de conducta autoperjudiciales. Los trastornos corroborados fueron TA cruzados con fobias, depresión, ideación paranoide, hostilidad, somatización y obsesión compulsiva.

La diferencia más significativa entre las bulimicas no purgativas y las que usan una sola estrategia purgativa, con respecto a intentos de suicidio, eran 2 veces más y de 8 veces más, si las purgativas utilizaban ambos métodos( T Pryor, 1996)

Por otra parte, investigaciones realizadas, plantean que el uso de laxantes en las mujeres es un indicador de psicopatología. Se estudió, además, la historia del uso de laxantes y de cómo éstos se relacionan con la impulsividad y personalidad patológica; principalmente, borderline y evitativa (T. Pryor; 1996).

Podemos decir, entonces, que estas conductas guardan mayor relación entre sí que la conducta alimentaria y obsesión por el cuerpo, si a trastornos de personalidad se refiere.

***Es, por lo tanto, el subtipo purgativo o no purgativo, el referente que delinea diferencias con relación a diagnóstico y pronóstico.***

***De ser así, por lo menos en el área de la comorbilidad, la patología sería menos importante que el tipo***; proposición que es corroborada, a nuestro entender, por las investigaciones que realizaron Casper (et al, 1992); Da Costa y Halmi (1992); Vitousek y Manke (1994); y Wonderlich (et al, 1990).

## CONSIDERACIÓN FINAL

Se encuentra que las características de personalidad de los pacientes que sufren este tipo de trastorno, tienen similitudes; de ellas las más significativas son la impulsividad, compulsividad, alteraciones del humor y falla en el registro interno de las emociones. Estas características, a su vez, son las más sobresalientes de los trastornos límites de la personalidad.

Sin embargo, luego de la recuperación sintomática; estas características desaparecen en la bulimia primaria. Por esta razón, se considera importante establecer una diferenciación diagnóstica en la bulimia nerviosa, en términos de bulimia primaria y bulimia secundaria.

La hipótesis acerca de la existencia de estos dos tipos de trastornos diferentes, estaría avalada en una muestra importante de pacientes que no remiten sus características patológicas de personalidad al superar la fase sintomática de los TA; en cuyo caso se estaría haciendo referencia a trastornos estructurales o de personalidad.

En este sentido, y para evitar consecuencias iatrogenicas, consideramos que la diferenciación diagnóstica entre ambos es imprescindible, dado que las características, curso y pronóstico de estos trastornos son tan diferentes que requieren de tratamientos que, si bien comparten algunas metas, son en realidad, esencialmente distintos.

## Referencia Bibliográfica

1. J.M. CARROLL, S.W. TOUYZ, AND P.J.V. BEUMONT. Specific Comorbidity Between Bulimia Nervosa and Personality Disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 1996, 19 (2), 159-170
2. P.E. GARFINKEL, E. LIN, P. GOERING, C. SPEGG, D.S. GOLDBLOOM, S. KENNEDY, A.S. KAPLAN AND D.B. WOODSIDE, Purging and Nonpurging

- Forms of Bulimia Nervosa in a Community Sample, *International Journal of Eating Disorders*, 1996, 20 (3), 231-238
3. E.B. SPURRELL, D.E. WILFLEY, M.B. TANOFSKY AND K.D. BROWNELL, Age of Onset for Binge Eating: Are There Different Pathways to Binge Eating? *International Journal of Eating Disorders*, 1997, 21 (1), 55-65
  4. S. VALDISERRI AND J.F. KIHLLSTROM, Abnormal Eating and Dissociative Experiences: A Further Study of College Women, *International Journal of Eating Disorders*, 1995, 18 (2), 145-150
  5. T. PRYOR, M.W. WIEDERMAN AND B. MCGILLEY, Laxative Abuse Among Women with Eating Disorders: An Indication of Psychopathology?, *International Journal of Eating Disorders*, 1996, 20 (1), 13-18
  6. S. VALDISERRI AND J.F. KIHLLSTROM, Abnormal Eating and Dissociative Experiences, *International Journal of Eating Disorders*, 1995, 17 (4), 373-380
  7. J. EVERILL, G. WALLER AND W. MACDONALD, Dissociation in Bulimic and Non-Eating-Disordered Women, *International Journal of Eating Disorders*, 1995, 17 (2), 127-134
  8. T.E. WELTZIN, C.M. BULIK, C.W. MCCONAHA AND W.H. KAYE, Laxative Withdrawal and Anxiety in Bulimia Nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 1995, 17 (2), 141-146
  9. T. PRYOR, M.W. WIEDERMAN AND B. MCGILLEY, Clinical Correlates of Anorexia Nervosa Subtypes, *International Journal of Eating Disorders*, 1996, 19 (4), 371-379
  10. R.C. CASPER, D. HEDEKER AND J.F. MCCLOUGH, Personality Dimensions in Eating Disorders and Their Relevance of Subtyping, *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1992, 31, 830-840
  11. M. DaCOSTA AND K.A. HALMI, Classification of Anorexia Nervosa: Question of Subtypes, *International Journal of Eating Disorders*, 1992, 11, 305-313
  12. K. VITOUSEK AND F. MANKE, Personality Variables and Disorders in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, *Journal of Abnormal Psychology*, 1994, 103, 137-147

- 13.HERSCOVICI, C., BAY, L. Anorexia nerviosa y bulimia. Paidos, Buenos Aires, 1990.
- 14.TURON GIL, V.J. Trastornos de la alimentación. Masson. Barcelona. 1997.
- 15.CHINCHILLA MORENO, A. Guia teorico-practica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Masson. Barcelona.1995