

Psicopatología comparativa de mujeres con bulimia nerviosa y trastorno obsesivo-compulsivo

Cynthia M. Bulik, Deborah C. Beidel, Eric Duchmann,
Theodore E. Weltzin, y Walter H. Kaye

Veinte mujeres con bulimia nerviosa (BN) y 20 mujeres con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) fueron comparadas en sus respuestas al Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), el listado de síntomas (Symptom Checklist-90 Revisado- SCL-90-R), y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Los análisis multivariantes no mostraron diferencias significativas entre las mujeres bulímicas y con TOC en el MMPI, aunque un mayor número de mujeres bulímicas mostraron elevaciones significativas en varias de las escalas clínicas. El análisis de los perfiles SCL-90-R indicó puntuaciones superiores en somatización, sensibilidad interpersonal y psicoticismo en la muestra BN. Las mujeres bulímicas no se diferenciaron significativamente de las mujeres con TOC en las medidas obsesivo-compulsiva ni en otras medidas de ansiedad. Se discuten las similitudes y las diferencias en los perfiles de sintomatología entre estos dos grupos, y sus implicaciones sobre el abordaje de tratamiento alternativo para la BN.

Copyright 1992 por W. B. Saunders Company.

Aunque su etiología precisa es desconocida, la bulimia nerviosa (BN) se ha visto como un trastorno de mala regulación del peso y del apetito, influenciado por factores como presiones socio-culturales para estar delgado, necesidad de percepción de control, alteraciones emocionales y anormalidades neuroquímicas¹⁻³. Además, se detectan rasgos obsesivos y compulsivos en mujeres con BN y sus síntomas se han comparado al síndrome obsesivo-compulsivo⁴⁻⁶. En los estadios avanzados del trastorno, la mujer bulímica puede ocupar varias horas diarias pensando en la comida y realizando actividades de atracón-purga. Rosen y Leitenberg⁵ destacan un paralelismo entre este ciclo y las conductas comúnmente observadas en sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Estos autores destacan que la purga sirve para 'deshacer' los efectos del atracón mediante la prevención del aumento de peso (o de la ansiedad causada por el atracón) de un modo muy similar al del lavado de manos, por ejemplo, 'deshace' el efecto de la contaminación (p.e.: esto es reductor de ansiedad). La

purga es por consiguiente reforzada negativamente mediante la reducción del miedo bulímico al aumento de peso. Sin embargo, existen importantes diferencias. Al contrario que los sujetos con TOC, que evitan las situaciones en las que la contaminación puede darse, el sujeto bulímico se autoinduce la ansiedad provocando un estado de saciedad, que después neutraliza con la purga.

A pesar de la similitud en la sintomatología, son pocos los estudios que han comparado directamente pacientes bulímicos y TOC; sin embargo, varias líneas de evidencia sugieren que ésta puede ser una área que merece ser investigada y que puede llevarnos a una mejora en los abordajes de tratamiento de la BN.

Se ha establecido que los pacientes con anorexia y BN tienen un riesgo superior de trastornos afectivos mayores, en ellos mismos y en los miembros de su familia⁷⁻⁹. En estos pacientes, se ha prestado menos atención al estudio de la comorbilidad y al perfil familiar de trastornos de ansiedad. En una revisión de 11 estudios de características

de comorbilidad de pacientes anoréxicos (se incluyeron anoréxicos bulímicos y anoréxicos restrictivos en muchos de los estudios), Rothenberg⁽¹⁰⁾ concluyó que los rasgos obsesivo-compulsivos eran los que aparecían en segundo lugar por orden de frecuencia en la comorbilidad de los trastornos de ingesta. Como se esperaba, la depresión ocupaba el primer lugar. Los resultados de este revisión fueron difíciles de interpretar, ya que los datos representaban re-evaluaciones subjetivas de estudios que habían utilizado un amplio rango de procedimientos de diagnóstico y evaluación.

Estudios individuales de la prevalencia a lo largo de la vida en mujeres con trastornos alimentarios muestran un TOC entre un 15% hasta 69% en mujeres con anorexia nerviosa únicamente entre 7% y 33% en mujeres con BN únicamente, y entre 15% hasta 44% en mujeres con ambos trastornos^(8,11,12).

Los estudios que se han centrado en la psicopatología familiar han aportado poca información referente a la prevalencia de trastornos de ansiedad en familiares de mujeres bulímicas. Varias investigaciones han fracasado en aportar datos de los trastornos de ansiedad⁽¹³⁻¹⁵⁾. Aquellas que han aportado datos generalmente han hallado bajo riesgo de morbilidad⁽¹¹⁾ o baja prevalencia⁽⁸⁾ de trastornos de ansiedad en los familiares de pacientes con trastornos de ingesta. Las complicaciones metodológicas incluyen no poder evaluar directamente a los familiares y la utilización de instrumentos que pueden haber sido insuficientes para proporcionar diagnósticos fiables de trastornos de ansiedad.

Un segundo campo de investigación relevante incluye los análisis psicométricos. Los estudios de mujeres bulímicas generalmente han revelado un perfil sintomático deprimido, ansioso y obsesivo. Las mujeres bulímicas a menudo producen perfiles del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) con las escalas de depresión (D); desviación psicopática (Pd), psicastenia (Pt) y esquizofrenia (E), elevadas⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Semejantemente, los pacientes TOC a menudo muestran elevaciones en las escalas D, Pt y E⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

El único estudio que conocemos que ha comparado directamente muestras BN y TOC ha mostrado que los pacientes con trastornos de ingesta (un grupo combinado de anorexia y BN) obtuvo puntuaciones más parecidas a

las de los sujetos obsesivos que a las de los sujetos con otros trastornos de ansiedad⁽⁶⁾. Desafortunadamente, los datos de trastornos de ingesta fueron recogidos una media de doce años después de los datos de trastornos de ansiedad, introduciendo múltiples fuentes de error potenciales.

El presente estudio fue diseñado para evaluar las similitudes y diferencias en mujeres con BN y TOC en medidas de psicopatología general, depresión, ansiedad y tendencia obsesiva.

METODOS

Sujetos.

Todos los sujetos fueron inicialmente seleccionados usando el formulario de evaluación inicial (Initial Evaluation Form - IEF), una entrevista semiestructurada usada rutinariamente en el Western Psychiatric Institute and Clinic (WPIC)⁽²¹⁾. Después de esta entrevista los pacientes fueron asignados a una clínica especializada en trastornos de ingesta o trastornos de ansiedad para una evaluación más profunda y posterior tratamiento.

El grupo BN estaba constituido por 20 mujeres que reunían los criterios DSM-III-R⁽²²⁾ para BN. Los 20 sujetos fueron seleccionados al azar de una lista de pacientes que incluía todas las admisiones de ingreso de 1989. Los sujetos más jóvenes de 17 años o mayores de 50 se excluyeron del estudio. Los diagnósticos del IEF fueron confirmados mediante el consenso de los dos psiquiatras que administraban el tratamiento (W.H.K. y T.E.W.) y la utilización de auto-evaluaciones extraídas del Diagnostic Schedule for Eating Disorders-Revised (DSED-R)⁽²³⁾. Ninguna de las pacientes bulímicas había recibido un diagnóstico concurrente de TOC en el momento de la admisión. Los sujetos con el diagnóstico de trastorno alimentario no especificado fueron excluidos. De las 20 mujeres bulímicas, cinco tenían un peso corporal bajo (definido como < 85% del peso corporal ideal [PCI]), cuatro informaron de una historia de peso corporal bajo, y 11 nunca habían estado con un peso significativamente bajo.

El grupo TOC lo formaban 20 mujeres que reunían los criterios DSM-III-R⁽²²⁾ para TOC. Estas mujeres eran casos consecutivos atendidos en la Anxiety Disorder Clinic at WPIC. Los diagnósticos IEF iniciales se confir-

maron utilizando la Anxiety Disorders Interview Schedule Revised (ADIS-R)⁽²⁴⁾ y varios inventarios auto-administrados. Seis pacientes TOC fueron hospitalizados y 14 fueron tratados con una intervención a régimen abierto intensiva. Los sujetos mayores de 50 años fueron excluidos del estudio. Ninguno de los pacientes TOC habían recibido un diagnóstico concurrente de trastorno de la conducta alimentaria.

Procedimiento.

Tanto los sujetos BN como los TOC completaron la batería psicológica antes de iniciar su respectivo programa de tratamiento. Todos los sujetos completaron el MMPI⁽²⁵⁾, el listado de síntomas (Symptom Checklist-90-R (SCL - 90-R)⁽²⁶⁾ y el inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory - BDI)⁽²⁷⁾. La batería fue escogida para medir psicopatología general, depresión, ansiedad y tendencia obsesiva.

RESULTADOS

Análisis de Datos.

La edad y los puntuaciones BDI fueron comparadas utilizando pruebas t univariantes. Se llevaron a cabo dos análisis multivariantes de covarianza (MANCOVA) comparando las diferencias entre las mujeres BN y las TOC en las escalas MMPI y la SCL-90-R. Después se realizaron ANCOVAs univariantes en los MANCOVAs significativos. Para determinar si la puntuación de las escalas podía discriminar entre los grupos BN y TOC, se realizó un análisis discriminante mediante el método stepwise, seguido por un análisis de clasificación. Todos los análisis se llevaron a cabo utilizando el Statistical Analysis System⁽²⁸⁾.

Edad.

Las mujeres bulímicas eran significativamente más jóvenes que las mujeres TOC (23.4 ± 5.0 versus 30.6 ± 7.9 años; $t = 3.5$, $df = 38$, $P < .0001$).

BDI

El grupo BN puntuó significativamente más alto en el BDI que el grupo TOC (BN. 30.2 ± 10.4 ; OCD, 21.1 ± 12.6 ; $t = 2.5$, $df = 38$. $P = .02$). La puntuación media del BDI indicó en el grupo BN depresión severa y en el grupo TOC depresión moderada-severa.

MMPI.

Se realizó un MANCOVA comparando las muestras BN y TOC en el MMPI. Todos los valores t de las escalas 1 al 10 fueron incluidos en el análisis. La edad fue incluida como una covariable. El MANCOVA general no fue significativo (Wilk's A = 0.6, F = 2.0, $df = [10,28]$, $P = .07$). Por lo tanto, no se llevaron a cabo análisis univariantes más extensos.

Para explorar en mayor profundidad las características de las similitudes y las diferencias entre mujeres BN y TOC se hicieron gráficas plot con los perfiles medios MMPI para los dos grupos (Figura 1). Fue interesante comprobar que el patrón de respuesta fue similar entre los grupos pero el perfil medio BN indicó una psicopatología general mayor. El perfil medio MMPI para el grupo BN fue un perfil 2-4-7-8 y el perfil medio TOC fue un perfil 2-7 high point pair.

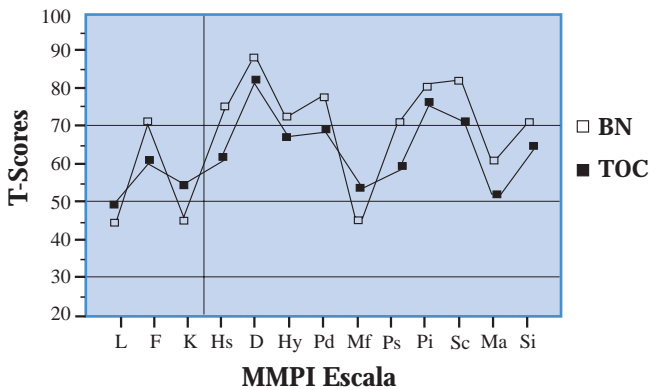
Dado que los perfiles dados de grupo pueden ocasionalmente ser engañosos, examinamos los patrones de perfil de los sujetos individuales y el número de sujetos en cada grupo que tenían puntuaciones t superiores a 70 en cada una de las escalas clínicas. En el grupo BN, un sujeto tenía un perfil 2-4-7-8 y cinco tenían un perfil 2-7-8. El noventa y cinco por ciento de mujeres bulímicas tenían una elevada escala 2, el 75% una elevada escala 4, el 85% una escala 7 elevada y 85% una escala 8 elevada.

En el grupo TOC, dos sujetos mostraron el 2-7 high point pair, y siete tenían un perfil 2-7-8. El setenta y cinco por ciento de mujeres TOC tenían una escala 2 elevada, el 80% una escala 7 elevada y el 55% una escala 8 elevada.

Los análisis Chi-cuadrado indicaron que significativamente más mujeres bulímicas que mujeres TOC tenían elevadas las escalas Hs (hipocondriasis) y Pd del MMPI (Tabla 1).

SCL-90-R

Se llevó a cabo un segundo MANCOVA comparando las puntuaciones del SCL-90-R entre las muestras BN y TOC. La edad fue incluida como la covariable. El MANCOVA general fue significativo (Wilk's A = 0.40, F = 4.1, $df = [10,28]$, $P = .001$). En la tabla 2 se presentan los resultados de los ANCOVAs univariantes y los análisis



(Figura 1. Perfiles medios de MMPI de las mujeres BN y TOC)

sis posthoc de las puntuaciones de las escalas. El hecho de que más mujeres BN que TOC fueran hospitalizadas se reflejó en la puntuación superior del Índice Global de Sintomatología (Global Symptom Index - GSI).

Tabla 1. Chi-cuadrado de las elevaciones en las escalas clínicas del MMPI

Escala MMPI	Nº de BN (%)	Nº de TOC (%)	Chi2	P
Hipocondriasis	10 (50)	2 (10)	5,8	.02
Depresión	19 (95)	15 (75)		.18*
Histeria	11 (65)	5 (25)	2.6	.11
Desviación psicopática	15 (75)	7 (35)	4.9	.03
Masculinidad-Feminidad	1 (5)	1 (5)		1.0*
Paranoia	11 (55)	5 (25)	2.6	.11
Psicastenia	17 (85)	16 (80)		1.0*
Esquizofrenia	17 (85)	11(55)	3.0	.08
Hipomanía	1 (5)	1 (5)		1.0*
Introversión social	11 (55)	7 (35)	0.9	.34

* Denota la probabilidad del test exacto de Fisher + valores T < 30.

Comparación de las muestras de trastorno de conducta alimentaria con peso corporal bajo versus peso normal

Después intentamos determinar si la alta tendencia obsesiva evidente en el grupo BN se debía principalmente a las mujeres que estaban con bajo peso en el momento del estudio o tenían una historia de bajo peso corporal (<85% PCI). Para estudiar esto subdividimos la muestra BN en los grupos ‘bajo peso’ (n = 9) y ‘peso normal ‘ (n = 11) y realizamos pruebas t en las puntuaciones de las 10 escalas del MMPI y las 10 escalas de SCL-90-R. Los grupos ‘peso bajo’ y peso normal’ no se diferenciaron significativamente en ninguna de las escalas clínicas del MMPI. Del mismo modo, no

se detectaron diferencias significativas entre los dos grupos en las escalas obsesiva-compulsiva, ansiedad o ansiedad fóbica del SCL-90-R. Las bulímicas de bajo peso puntuaron significativamente más alto en la sensibilidad interpersonal (81.7 ± 7.4 v 74.3 ± 7.3 t[18] = -2.2. P = 0.03), depresión (76.2 ± 5.8 v 68.5 ± 7.8. t[18] = -2.4, P = .03) hostilidad (66.3 ± 8.4 v 57.5 ± 5.6, t[18] = -2.5,P = .02). psicoticismo (81 ± 10.6 v 71.5 ± 9.5. t[18] = -2.1. P = .05). y el IGS (77.8 ± 8.8 v 69.3 ± 7.8. t[18] = -2.3, P = .003)

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran marcadas similitudes entre las mujeres con BN y TOC en las medidas de rasgo de personalidad y psicopatología. Sin embargo, emergen diferencias cuando se comparan los perfiles de sintomatología actual de ambos grupos.

En el MMPI, la mayoría de mujeres tanto con BN como con TOC mostraron elevaciones clínicamente significativas en las escalas 2 (depresión) y 7 (psicastenia). Las elevaciones sugieren depresión, evitación, baja auto-confianza y síntomas físicos comúnmente asociados con la depresión. Las elevaciones en la escala 7 en este rango sugieren ansiedad y tensión, así como un estado de miedo y aprensión. Las obsesiones, compulsiones, y rumiaciones son comunes en los sujetos con puntuaciones altas en esta escala. También tienden a ser perfeccionistas, auto-críticos y atormentados por la duda.

El perfil 2-7-8 fue común en los dos grupos tradicionalmente, este perfil refleja depresión, ansiedad y nerviosismo y marcadas características obsesivas. Además el sujeto 2-7-8 tiende a fijar objetivos altos y a sentirse culpables cuando no los alcanzan. Los sentimientos de inadecuación e inseguridad son comunes, como lo es un estilo de personalidad esquizoide.

Los diferencias en los perfiles MMPI incluyo la elevación de la escala 1 (hipocondriasis) es más frecuente en las mujeres bulímicas. Esta evaluación puede ser debido a varios factores. Una posibilidad es que las mujeres bulímicas realmente sufren de una variedad de molestias físicas secundarias al atracón, vómito, nutrición pobre, abuso de laxantes y trastornos electrolíticos, que emerge como una preocupación con quejas o síntomas físicos.

Tabla 2. MANCOVA para las escalas SCL-90-R y ANCOVAs Univariante

Escalas SCL-90-R	BN		TOC		F (gl [2,37])	P
	Media Observada ± SD (n = 20)	Media Corregida ± SE	Media Observada ± SD (n = 20)	Media Corregida ± SE		
Somatización	66.1 ± 9.7	65.8 ± 2.0	52.7 ± 6.4	53.0 ± 2.0	12.9	.0001
Obsesiva-compulsiva	73.8 ± 8.8	72.5 ± 2.7	68.5 ± 13.6	69.7 ± 2.7	1.8	.18
Sensibilidad interpersonal	77.6 ± 8.1	78.9 ± 2.4	65.0 ± 11.8	63.7 ± 2.4	9.0	.001
Depresión	72.0 ± 7.9	72.5 ± 2.5	64.0 ± 12.1	63.5 ± 2.5	3.2	.05
Ansiedad	66.2 ± 9.8	66.1 ± 2.6	65.3 ± 11.3	65.3 ± 2.6	0.04	.96
Hostilidad	61.5 ± 8.8	62.1 ± 1.9	56.3 ± 6.4	55.6 ± 1.9	2.7	.08
Ansiedad fóbica	62.9 ± 9.2	63.1 ± 2.2	59.3 ± 9.1	59.0 ± 2.2	0.8	.46
Paranoia	68.6 ± 10.4	68.9 ± 2.6	60.5 ± 11.2	60.1 ± 2.6	2.8	.07
Psicoticismo	75.8 ± 10.8	75.8 ± 2.9	65.7 ± 13.2	65.7 ± 2.9	3.4	.04
IGS	73.1 ± 9.1	73.3 ± 2.4	63.8 ± 11.9	63.6 ± 2.4	4.2	.02

Nota. MANCOVA (Wilk's lamda = 0.40, F = 4.1, gl [10,28]. P = .001).

Alternativamente, el escrutinio detallado con el que las bulímicas controlan su tamaño y forma corporal puede extenderse a otros síntomas somáticos. Discutiremos esta hipótesis con mayor detalle mas adelante.

Una segunda diferencia detectada en los perfiles MMPI fue que significativamente más pacientes bulímicas que TOC mostraron elevaciones en la escala 4 (desviación psicopática), que puede reflejar un deterioro del control de impulsos que comúnmente se ha considerado que forma parte del trastorno bulímico⁽²⁹⁻³¹⁾; sin embargo, puntuaciones superiores en Pd serían también esperadas en una muestra más joven⁽³²⁾.

La mayor (aunque no significativa) elevación en el grupo BN en el perfil MMPI y las puntuaciones significativamente superiores en el IDB y el SCL-90-R podrían ser un artefacto del muestreo. Como el 100% de los sujetos BN requirieron tratamiento a régimen cerrado, únicamente los pacientes más graves de BN están representados. Por contra, sólo el 30% de las mujeres TOC fueron ingresadas y por tanto esta muestra incluía un rango de psicopatología más completo.

La mayor diferencia entre los dos grupos emergió en las subescalas del SCL-90-R. Confirmando los resultados del MMPI, las mujeres BN puntuaron significativamente superior que las mujeres TOC en la escala de somatización, que mide la perturbación producida por percepciones de mal funcionamiento corporal mediante la evaluación de

una serie de quejas somáticas. Aunque el grupo BN puntuó significativamente superior que las mujeres TOC, su puntuación media no superó el rango clínicamente significativo ($t > 70$). De nuevo, las puntuaciones superiores de las mujeres BN podrían reflejar procesos reales de enfermedad o problemas físicos secundarios al trastorno de la conducta alimentaria. También sería posible que estas mujeres, en contraste con las mujeres TOC, enfoquen una mayor atención al funcionamiento físico de su cuerpo y estén hipervigilantes a los pequeños cambios físicos y síntomas. Por otro lado, una mayor número de mujeres TOC pueden tener un enfoque más externo y gastar una mayor cantidad de tiempo examinando el entorno en busca de estímulos amenazantes.

Las mujeres bulímicas también puntuaron más alto en las escalas de depresión, sensibilidad interpersonal y psicoticismo. Mientras las puntuaciones D confirmaron los hallazgos del IDB, las elevadas puntuaciones en la sensibilidad interpersonal sugieren sentimientos de inadecuación personal, inferioridad y extrema perturbación social. Este escala incluye items que pueden reflejar la perturbación bulímica sobre la ingesta y la apariencia física como "sentirse incómodo cuando se come o se bebe en público" o "sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla de él"; sin embargo también puede reflejar un miedo más generalizado a la evaluación negativa y perturbación en situaciones sociales. De hecho, recientemente hemos

demostrado que tanto las mujeres bulímicas como la anoréxicas puntúan comparativamente por encima de las mujeres con fobia social en el Inventario de Fobia Social y Ansiedad (Social Phobia and Anxiety Inventory) ⁽³³⁾ y que estas elevaciones no son debidas únicamente a miedos sobre comer en público, sino que más bien reflejan una postura de fobia social más prototípica.

Finalmente, la escala de psicoticismo clínicamente elevada puede reflejar en menor grado experiencias psicóticas reales y más el retraimiento social y el estilo de vida esquizoide que a menudo desarrollan durante las fases extremas del trastorno bulímico.

Es de particular interés que las mujeres BN puntuaron comparativamente con las mujeres en las tres escalas de ansiedad del SCL-90-R (obsesivo-compulsiva, ansiedad fóbica y ansiedad). Aunque se podría esperar encontrar un alto grado de ansiedad y depresión en ambos trastornos, el hecho de que el grupo BN mostrara comparativamente y numéricamente niveles superiores a los de las pacientes TOC puede ser importante en la conceptualización futura del trastorno. También es de particular interés que las altas puntuaciones de tendencia obsesiva y ansiedad no se limitaron a aquellas personas con bajo peso corporal actual o pasado y que estos síntomas también ocurrieron en la población bulímica de peso normal.

Una interpretación posible de estos hallazgos es que las puntuaciones elevadas en la escala TOC son debidas a la inclusión por parte de las mujeres bulímicas de pensamientos y creencias obsesivas sobre la imagen corporal, el peso y la comida. Aunque merece más investigación, un estudio reciente realizado por Kaye y col. ⁽³⁵⁾ con mujeres anoréxicas indicó que éstas puntuaban comparativamente a los pacientes TOC informados en la literatura en la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown tras la exclusión de todos los ítems relacionados con el cuerpo y la comida, sugiriendo que la tendencia obsesiva no se limita únicamente a los síntomas del trastorno de la conducta alimentaria.

Está claro que el miedo al aumento de peso es central en la BN; sin embargo, nuestros hallazgos indican que sus miedos pueden ser tan expansivos y complejos como los observados en pacientes TOC. Por ejemplo, la mayoría de los estímulos que provocan ansiedad en las bulímicas son más

probables que solo el aumento de peso. Otros estímulos específicos provocadores de ansiedad pueden incluir sensación de saciedad en el estómago, ropas ajustadas, disminución de la actividad, ver otras personas delgadas u obesas, la vista, el sabor o el olor de alimentos de alto riesgo, los espejos, etc. Como en el TOC, la exposición al azar a estos estímulos ocurre durante todo el día, lo que conduce a una elevada vigilancia, ansiedad y disforia común a ambos trastornos.

Dadas las similitudes en los perfiles sintomatológicos entre las mujeres BN y TOC y la aparentemente viable conceptualización de la BN como similar al TOC, con los pacientes demostrando insistentemente pensamientos obsesivos que giran en torno a la comida y al peso corporal, los rituales relacionados con la comida y posiblemente atracones-purgas compulsivas. Es pertinente examinar la viabilidad de la aplicación de los tratamientos que se sabe son efectivos en el TOC en la intervención de las mujeres bulímicas.

La eficacia de la fluoxetina en la BN, cuya eficacia ha sido demostrada en el TOC ^(38,39), ha mostrado resultados iniciales positivos ^(40,41). En términos de intervención conductual, la exposición con prevención de respuesta es considerada como el tratamiento de elección para los pacientes de TOC ^(39,42) con aproximadamente entre un 70% y un 90% de pacientes mostrando una mejora sintomática entre moderada y significativa que se mantiene en los períodos de seguimiento, que fluctúan entre varios meses y varios años. En la literatura del BN se sigue debatiendo si la adicción de técnicas de exposición con prevención de respuesta al tratamiento cognitivo-conductual basal intensifica ^(43,44) o rebaja el resultado del tratamiento ⁽⁴⁵⁾. Williamson y col. ⁽⁴⁶⁾ concluyeron que la EPR (exposición con prevención de respuesta) es un tratamiento eficaz para algunas bulímicas, pero que un número significativo de pacientes no están libres de síntomas al final del tratamiento y que a menudo presentan recidivas previas al seguimiento. Cada uno de los estudios anteriormente mencionados utilizaron exposición a comes con prevención de vómito. Uno se podría preguntar si los experimentos fueron adecuados, ya que no se incorporaron todas las señales, y si la prevención de respuesta fue correctamente aplicada. Quizás la prevención del atracón tras la exposi-

ción de señales de alto riesgo podrían proporcionar resultados más duraderos.

En resumen, este estudio halló marcadas similitudes en los rasgos de personalidad relacionados y en los rasgos psicopatológicos entre las mujeres con BN y aquellas con TOC. Dado el tamaño relativamente pequeño de la muestra, investigaciones futuras que examinen un grupo mayor de mujeres deberían seguir explorando la naturaleza de la ansiedad en mujeres con BN y las perturbaciones relacionadas con la ingesta.

BIBLIOGRAFIA

1. Agras W, Kirkley B. Bulimia: theories of etiology. In: Brownell K, Foryst J (eds.): *Handbook of Eating Disorders: Psychology, Psychology and Treatment of Obesity, Anorexia and Bulimia*. New York, NY: Basic Books. 1986:367-378.
2. Kaye WH, Ebert MH, Gwirtsman HE, Weiss SR. Differences in brain serotonergic metabolism between nonbulimic and bulimic patients with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1984;141:1598-1601.
3. Kaye WH, Gwirtsman HE, Brewerton TD, George DT, Jimerson DC, Wurtman RJ. Bingeing behavior and plasma amino acids: a possible involvement of brain serotonin in bulimia. *Psychiatry* 1988;23:31-43.
4. Rothenberg A. Eating disorder as a modern obsessive compulsive syndrome. *Psychiatry* 1986;49:45-53.
5. Rouse J, Leitenberg H. Bulimia nervosa: Treatment with exposure and response prevention. *Behav Ther* 1982;13:117-124.
6. Solyom L, Freeman R, Thomas C, Miles J. The comparative psychopathology of anorexia nervosa. *Int J Eating Disord* 1983;3:3-13.
7. Pyle RL, Mitchell JE, Eckert ED. Bulimia: A report of 32 cases. *J Clin Psychiatry* 1981;42:60-64.
8. Hudson J, Pope HG, Jonas JM, Jurgelun-Todd D. Phenomenological relationship of eating disorders to major affective disorders. *Psychiatry Res* 1983;9:345-354.
9. Mitchell JE, Hatsukami D, Pyle RL, Eckert ED. The bulimia syndrome: course of illness and associated problems. *Compr Psychiatry* 1986;27:165-170.
10. Rothenberg A. Differential diagnosis of anorexia nervosa and depressive illness: a review of 11 studies. *Compr Psychiatry* 1988;29:427-432.
11. Hudson JI, Pope HG, Yurgelun-Todd D, Jonas JM, Frankenburg FR. A controlled study of lifetime prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic outpatients. *Am J Psychiatry* 1987;144:1283-1287.
12. Leassle RG, Kittl S, Fichter MM, Wittchen HU, Pirke KM. Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia. *Br J Psychiatry* 1987;151:785-789.
13. Stern SL, Dixon KN, Nemzer E. Affective disorder in the families of woman with normal weight bulimia. *Am J Psychiatry* 1984;141:1224-1227.
14. Bulik CM. Drug and alcohol use in bulimic women and their families. *Am J Psychiatry* 1987;144:1604-1606.
15. Kasset JA, Gershon ES, Maxwell ME, Guroff JJ, Kazuba DM, Smith AL, et al. Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1989;146:1468-1471.
16. Hatsukami D, Owen P, Pyle R, Mitchell JE. Similarities and differences on the MMPI between women with bulimia and women with alcohol or drug abuse problems. *Addict Behav* 1982;7:435-439.
17. Prather R, Williamson D. Psychopathology associated with bulimia, binge eating and obesity. *Int J Eating Disord* 1988;7:177-184.
18. Williamson DA, Kelley MI, Davis CJ, Ruggiero L, Blouin DC. Psychopathology of eating disorders: a controlled comparison of bulimic, obese and normal subjects. *J Consult Clin Psychol* 1985;53:161-166.
19. Carey R, Baer L, Jenike M, Minichiello W, Schwartz C, Regan N. MMPI correlates of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1986;47:371-372.
20. Doppelt H. A typological investigation of the MMPI scores of clients with an obsessive-compulsive disorder and relationship of their MMPI score to behavioral treatment outcome. *Ann Arbor, MI: Dissertation Abstracts International*, 1983.
21. Mezzich J, Dow J, Rich C, Costello A, Himmelhoch J. Developing an effective information system for a comprehensive psychiatric institute II: Initial Evaluation Form Behav Res Methods Instrument 1981;13:464-478.
22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. rev. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1987.
23. Johnson C. The initial consultation for patients with bulimia and anorexia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel E (eds): *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York, NY: Guildford. 1985:19-51.
24. DiNardo P, Barlow D, Cerny J, Vermilyea B, Vermilyea J, Himaldi W. *Anxiety Disorders Interview Schedule Revised*. Albany, NY: Phobia and Anxiety Disorders Clinic, 1986.
25. Hathaway S, McKinley J. *MMPI Manual: Revised Edition*. New York, NY: The Psychological Corporation. 1951.
26. Derogatis L. *SCL-90-R Administration, Scoring and Procedures Manual*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research. 1983.
27. Bech A, Ward C, Mendelsohn M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
28. SAS Institute. *SS User's Guide: Statistics*. Version 6. Cary, NC: SAS Institute. 1990.
29. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:429-448.
30. Crisp AH, Hsu LKG, Harding B. The starving hoarder and voracious spender: stealing in anorexia nervosa. *J Psychosom Med* 1980;24:225-231.
31. Garfinkel PE, Garner DM. Subtypes of anorexia nervosa. In: Garfinkel PE, Garner DM (eds): *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. New York, NY: Bruner-Mazel, 1982:40-57.
32. Lachar D. *The MMPI: Clinical Assessment and Automated Interpretation*. WPS Professional Handbook Series 1973.
33. Turner SM, Beidel DC, Dancu, Stanley MA. An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychol Assess* 1989;1:35-40.
34. Bulik CM, Beidel DC, Duchman E, Weltzin TE, Kaye WH. An analysis of social anxiety in anorexic, bulimic, social phobic, and control women. *J Psychopath Behav Assess*. In Press.

35. Kaye W, Weltzin TE, Hsu LKG, Bulik CM, McConaha C, Sobkiewicz T. Patients with anorexia nervosa have elevated scores on the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Int J Eating Disord*. In Press.
36. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleishmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): 1. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1006-1011.
37. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado PHeniger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale (Y-BOCS):11. Validity *Arch Gen Psychiatry* 1989b;46:1012-1016.
38. Fontaine R, Chouinard G. An open trial of fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1986;6:98-101.
39. Turner S, Beidel DC. *Treating Obsessive-Compulsive Disorder*. New York, NY: Pergamon 1988.
40. Freeman CL, Hampson M. Fluoxetine as a treatment for bulimia nervosa. *Int J Obesity* 1987;11:171-177.
41. Jimerson DC, Lesem MD, Hegg AP, Brewerton T. Serotonin in human eating disorders. *Ann NY Acad Sci* 1990;600:532-544.
42. Stekatee G, Cleere L. Obsessional-compulsive disorders In: Bellack AS, Hersen M, Kazdin AE (eds): *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*, New York, NY:Plenum. 1989:307-332.
43. Leitenberg H, Rosen JC, Gross J, Nudelman S, Vara LS. Exposure with response-prevention treatment of bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:535-541.
44. Wilson GT, Rossiter E, Kleifeld EI, Lindholm L. Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: a controlled evaluation. *Behav Res Ther* 1986;24:277-288.
45. Agras WS, Schneider JA, Arnow B, Raeburn SD, Telch CF. Cognitive-behavioral and response-prevention treatments for bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:215-221.
46. Williamson DA, Davis CJ, Duchmann EG. Anorexia and bulimia nervosa, In: Hasselt VB, Kolko DJ (eds): *Impatient Behavior Therapy for Children and Adolescents*. New York, NY: Plenum, 1990.