

I. Olza
M. J. Velilla
M. A. Quintanilla
M. Sisteré

Bulimia y autoestima: revisión bibliográfica

Bulimia and self-esteem: a review

Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico
Universitario. Zaragoza.

Correspondencia:

I. Olza
Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Hospital Clínico Universitario de Zaragoza
Avda. San Juan Bosco, 15
50009 Zaragoza

RESUMEN

Introducción: los sentimientos crónicos de baja autoestima son comunes entre las pacientes bulímicas. Diversos autores han señalado que podría tratarse de un síntoma central en la psicopatología de esta enfermedad, así como un factor de riesgo para el desarrollo de la misma y/o un factor de mal pronóstico y refractariedad al tratamiento. La relación entre la baja autoestima y la insatisfacción con la imagen corporal tampoco está clara, algunos autores señalan que la asociación es debida a un síndrome depresivo común, mientras que otros apuntan a la baja autoestima como causa primordial de la insatisfacción y de la depresión asociada.

Objetivos: el objetivo de este artículo es llevar a cabo una revisión de la literatura reciente, que pueda esclarecer alguna de estas cuestiones.

Resultados: la mayoría de los estudios publicados son de tipo retrospectivo, y coinciden en señalar la baja autoestima como factor de riesgo para la enfermedad. Aunque no se considera un criterio diagnóstico de bulimia parece ser un

aspecto central en la psicopatología que habría que definir de un modo preciso. No está claro el papel que la baja autoestima pueda jugar en el pronóstico de las pacientes bulímicas.

PALABRAS CLAVE

Bulimia nerviosa. Baja autoestima. Imagen corporal.

ABSTRACT

Introduction: Chronic feelings of low self esteem are a common symptom among bulimic patients. Several authors have suggested that this could be a nuclear aspect of the psychopathology of bulimia nervosa, as well as a prognosis marker. The relationship between low self-esteem and dissatisfaction with self-image it is not clear. While some authors describe low self-esteem as a symptom of a depressive syndrome, others view it as the cause of dissatisfaction and therefore of depression.

40 **KEY WORDS**

Bulimia. Self-esteem. Self-concept.

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica observamos que las pacientes bulímicas tienen una baja autoestima, no se quieren a sí mismas y con frecuencia se autoagreden. Este rasgo tan común ha sido descrito en numerosos trabajos clínicos de diversas maneras: como factor epigenético, como núcleo psicopatológico, como factor pronóstico, etc. Surgen así preguntas como ¿es la baja autoestima uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar la enfermedad? ¿Precede siempre a los síntomas bulímicos? o, por el contrario ¿es más bien el resultado de la bulimia, y tal vez parte de síndrome depresivo que con tanta frecuencia coexiste en las pacientes? ¿Debe ser tratada de modo específico en la psicoterapia? ¿Influye en el pronóstico?

El *objetivo* del presente trabajo es intentar clarificar y entender qué papel desempeña la autoestima en la bulimia. Para ello hemos llevado a cabo una revisión de la literatura más reciente. Los resultados se exponen ordenados de manera que se puedan esclarecer las preguntas anteriormente mencionadas.

RESULTADOS

¿Qué papel juega la baja autoestima en la génesis de la bulimia?

La psicología social ha definido la autoestima como un complejo multidimensional, en el cual una serie de factores contribuyen a la autoestima global, como son: la capacidad intelectual, atlética, las habilidades sociales, artística y el atractivo físico. Partiendo de este modelo, los investigadores de bulimia, como Fairburn (1987) han señalado que para las bulímicas, la autoestima relacionada con la apariencia (satisfacción corporal) domina la autoestima global, mientras que en otras perso-

nas la autoestima es más polifacética. Esta observación, comúnmente aceptada, nada dice sobre cómo se llega a dicha situación.

Tan sólo hemos encontrado un estudio de tipo prospectivo que analizara esta cuestión. En una investigación llevada a cabo por Button et al (1996) se midió la autoestima mediante la Escala de Rosenberg en 594 niñas escolares de 11 y 12 años. Cuatro años más tarde se localizó a 400 de estas niñas y se les administró un cuestionario para TCA y otros trastornos psicológicos. Los resultados demostraron que las niñas que tenían una menor autoestima a la edad de 11 años tenían un riesgo mayor de desarrollar los síntomas más severos de TCA y otros problemas psicológicos a los 15 años. El estudio tiene evidentes limitaciones, al tratarse sólo de hallazgos de cuestionarios y no diferenciar entre los tipos de TCA ni otros "trastornos psicológicos", así que se podría concluir que la baja autoestima es factor de riesgo para un amplio tipo de problemas psíquicos. Los autores también plantean que habría que estudiar mejor el papel que potenciar la autoestima puede tener como modo de prevenir los TCA.

Kendler et al (1991) entrevistaron de manera estructurada a 2.613 gemelas de la población general. Como factores de riesgo para bulimia destacaron:

1. Haber nacido después de 1960.
2. Bajo cuidado paterno.
3. Historia de oscilaciones en el peso, dieta o ejercicio frecuente.
4. Ideal corporal delgado.
5. Baja autoestima.
6. Locus de control externo.
7. Neuroticismo alto.

En artículo teórico, Silverstone (1992) plantea como hipótesis que la baja autoestima crónica es un *prerrequisito necesario* para el desarrollo de un TCA, y la *vía final* a través de la cual los múltiples factores involucrados en la génesis de los TCA actúan. Así, el TCA según este autor puede ser entendido como un "síntoma" de baja autoestima crónica.

Los estudios sobre la *relación entre la bulimia, la dieta y la normalidad* también han intentado ver en qué medida la autoestima podía favorecer el

desarrollo del trastorno bulímico. El *modelo continuo* postula que las personas sanas o controles, las personas a dieta y las bulímicas forman parte de un continuum, y que las variables que discriminan a las personas a dieta de los controles, también diferencian a las bulímicas de las que están a dieta. Por el contrario, el *modelo discontinuo* sostiene que las personas a dieta serán más parecidas a los sujetos control que a las bulímicas, y que las variables que separan a las que están a dieta de las bulímicas serán diferentes de las que separan a dietas de control.

Ruderman y Besbeas (1992) intentan verificar la validez de los dos modelos y llegan a la conclusión de que la bulimia no es tan sólo el resultado de hacer régimen de un modo extremo. Las bulímicas muestran un mayor y más persistente grado de alteración que las personas a régimen. Se caracterizan por su psicopatología y *por déficits en la autoestima por encima y más allá de lo que puede ser atribuido a la dieta*. Parece poco probable que estar a régimen sea suficiente para padecer bulimia; sin embargo, sí que parece una condición necesaria para su desarrollo. Tal vez hacer régimen contribuya al desarrollo de bulimia en individuos psicológicamente vulnerables. Así, según estos autores, hay que aceptar parte del modelo discontinuo y parte del continuo.

Sin embargo, Lowe et al (1996) también llevan a cabo un estudio con pacientes que restringen parte de su alimentación, personas a régimen y bulímicas, para comprobar los dos modelos, y dicen que el resultado fue consistente con el modelo continuo, salvo para los atracones. Afirman que las personas a dieta muestran los mismos problemas psicológicos que las bulímicas pero sin los atracones.

¿Es la baja autoestima un aspecto central de la psicopatología bulímica?

Un repaso de las diversas definiciones de la bulimia nerviosa evidencia una cierta confusión sobre estos aspectos de la *psicopatología*. La descripción inicial que Russell hizo en 1979 de los aspectos clínicos de la bulimia incluía tres criterios diagnósticos (tabla 1).

Tabla 1 Criterios diagnósticos de Russell (1979)

1. Los pacientes sufren deseos poderosos e irreprimibles de sobrealimentarse.
2. Buscan evitar los efectos engordantes de la comida induciéndose el vómito o abusando de purgantes.
3. Presentan un miedo patológico a convertirse en obesos.

Este miedo patológico a la gordura no se incluyó en la DSM-III (1980). Más tarde, en 1983, Russell enfatizó que dicho miedo a engordar se trataba en realidad de una idea sobrevalorada. En 1987, Fairburn señaló los aspectos nucleares del trastorno (tabla 2).

Este concepto fue bien aceptado y en la DSM-III-R se incluyó como criterio E "una preocupación persistente con la figura corporal y el peso". En la DSM IV se ha modificado, como criterio D: "la autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales".

Paralelamente a este esfuerzo por una mejor definición de la psicopatología bulímica, se han ido desarrollando instrumentos de medida. Varios cuestionarios de autoevaluación incluyen medidas para evaluar específicamente la preocupación del paciente por estos temas. Por ejemplo, la Subescala de Insatisfacción corporal del EDI, el Cuestionario de Relación con el Propio Cuerpo (Body Self-relations Questionnaire), el Cuestionario de Evitación de la Imagen Corporal (Body Image Avoidance Questionnaire) y el Cuestionario de Figura Corporal (Body Shape Questionnaire). Además de entrevistas estructuradas como el EDE, con dos ítems especialmente importantes, como son "importancia del peso" e "importancia de la figura", ambos definidos para evaluar hasta qué grado

Tabla 2 Criterios de Fairburn (1987)

- Sentimientos de pérdida de control sobre la ingesta
- Control del peso a través de vómitos autoinducidos, ejercicio, ayunos periódicos y abuso de laxantes o diuréticos
- Preocupación por la figura y miedo a engordar

42 los sujetos se juzgan a sí mismos en función de su peso y figura.

Algunos autores han sugerido que la baja autoestima podía ser parte de un síndrome depresivo comórbido. Silverstone (1990) estudió a 43 pacientes con un TCA para ver si la baja autoestima era parte del síndrome depresivo o algo más bien independiente. La muestra estaba formada por 23 anoréxicas y 20 bulímicas. Utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg y la Hospital Anxiety and Depression Scale. La mayoría de las pacientes tenían baja autoestima a pesar de que sólo un 33% estaban deprimidas. Este estudio demostraba que la baja autoestima en pacientes con TCA ocurre independientemente de que haya o no un síndrome depresivo.

Joiner et al (1997), recientemente, diseñaron un estudio para comprobar si la autoestima de las pacientes bulímicas dependía en mayor grado de la satisfacción corporal que en los controles sanos o en los pacientes deprimidos. Consistentemente con otros trabajos previos hallaron que la insatisfacción corporal era responsable de un mayor grado de autoestima que en los pacientes controles. Un hallazgo llamativo de este estudio fue que las pacientes deprimidas se comportaban de un modo similar a las bulímicas: en ambos grupos la satisfacción corporal se relacionaba estrechamente con la autoestima. El hecho de que las pacientes deprimidas también deriven similares cantidades de autoestima global de la apariencia física, como las bulímicas, sugiere que la insatisfacción con la imagen corporal no es una condición sine qua non de bulimia. Los autores del estudio proponen que el modelo cognitivo subyacente es diferente en cada caso. Según ellos, las cogniciones típicas de la bulimia son "Odio mi cuerpo y por lo tanto me odio a mi misma", mientras que las cogniciones de la depresión son más bien "Me odio a mi misma y, por lo tanto, a las extensiones de mi ser, incluyendo mi cuerpo". En ambos casos, la insatisfacción sería prominente.

Tal vez la aportación más esclarecedora sea la de Cooper y Fairburn (1993) (autores del EDE) quienes dicen que es obvio que existe cierta confusión sobre cual es el núcleo psicopatológico de la bulimia. Opinan que con frecuencia se con-

funden dos aspectos diferentes de la psicopatología:

- a) La *insatisfacción con la imagen corporal*, rasgo que fluctúa mucho en respuesta a los cambios de peso y figura, el grado de control sobre la comida, y el humor. Es especialmente intenso cuando los pacientes sienten que tienen una figura inaceptable, tienen un aumento de los episodios bulímicos y/o están deprimidas.
- b) Las *ideas sobrevaloradas sobre el peso y la figura*, que discutiblemente constituyen el centro del substrato cognitivo del trastorno. Éstas son estables, difíciles de cambiar y relativamente persistentes en el tiempo y, por definición, siempre están presentes en estas pacientes, relacionadas con la baja autoestima. Las ideas sobrevaloradas sobre el peso y la imagen ocupan el mismo lugar en el diagnóstico de la bulimia que el ánimo deprimido (o anhedonia) en el diagnóstico de la depresión mayor: son condición sine qua non.

Para Cooper y Fairburn existe una asociación estrecha entre estas ideas sobrevaloradas y la baja autoestima. La insatisfacción con la imagen corporal se asocia, por su parte, con el ánimo depresivo y puede ser entendida como una manifestación específica del síntoma depresivo de desvalorización de uno mismo. Así como la baja autoestima a menudo se asocia con el ánimo depresivo, las ideas sobrevaloradas sobre el peso y la silueta corporal también se asocian y covarían con la insatisfacción con la imagen corporal. Pero esto no significa que no sean conceptos diferentes. Para demostrarlo llevaron a cabo un estudio, planteando como hipótesis que una mejora en la autoestima por el tratamiento se asociaría con una atenuación de las ideas sobrevaloradas, y que una mejoría en el estado de ánimo también supondría una disminución de la insatisfacción con la imagen corporal. El estudio se realizó con 35 pacientes bulímicas antes y 12 semanas después del tratamiento y los resultados les sirvieron para concluir que:

- La insatisfacción con la imagen corporal es un aspecto destacado en la psicopatología de

la bulimia. Generalmente está presente en un grado variable, lábil, y estrechamente asociada con el grado de depresión del ánimo. Sin embargo, esto ni tiene importancia diagnóstica ni siempre está presente en estas pacientes y, a veces, está presente en gente que no tiene un TCA.

- Por el contrario, las ideas sobrevaloradas sobre el peso y la silueta son peculiares de la bulimia y la anorexia nerviosa, relativamente estables, muy estrechamente relacionadas con la autoestima de las pacientes y son un criterio diagnóstico necesario en ambos trastornos.

¿Cómo influye la baja autoestima en la respuesta al tratamiento?

Diversos estudios señalan que la autoestima puede influir en que las pacientes sigan o no el tratamiento, así como en el éxito del mismo. Un ejemplo es el estudio publicado por Coker (1993), sobre las características de las pacientes que ni siquiera llegan a iniciar el tratamiento cognitivo, comparándolas con otro grupo que recibió un tratamiento completo. El grupo con el que no se pudo iniciar el tratamiento tenía: un mayor tiempo de evolución, mayor abuso de laxantes, mayor sintomatología depresiva y mayor insatisfacción con su cuerpo y peso. Además, presentaban con mayor frecuencia antecedentes de abuso de drogas, episodios de autoagresividad, y una menor autoestima. Es decir, eran pacientes que tenían más posibilidades de ser diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad. Los autores señalan que este tipo de pacientes necesita otro tipo de tratamiento más intensivo que el tratamiento cognitivo estándar ambulatorio.

¿La baja autoestima afecta al pronóstico?

Los artículos más recientes son contradictorios en la valoración de la influencia que pueda tener la baja autoestima en el pronóstico. Omsted et al (1994) llevaron a cabo un estudio de seguimiento con 48 pacientes que finalizaron tratamiento en un Centro de Día para TCA, y las entrevistaron

a los dos años del alta. Había un 31% de recaídas, la mayoría de las cuales ocurría en los seis primeros meses. Los predictores de recaída fueron:

- a. Antes del tratamiento: menor edad, mayor frecuencia de vómitos, y mayor puntuación en la Subescala de Bulimia del EAT.
- b. Después del tratamiento: mayor frecuencia de vómitos y mayor puntuación en la escala de Desconfianza Interpersonal del EAT. Las frecuencias de los atracones, la autoestima, la depresión y la adaptación social no valían como predictores de recaídas.

Sin embargo, en otro estudio muy similar, Baell et al (1992) hallaron que la autoestima previa al tratamiento, la frecuencia de los atracones pero no la duración del tratamiento predecían de modo significativo el resultado del tratamiento.

DISCUSIÓN

La revisión llevada a cabo sugiere que la baja autoestima es un factor de riesgo en el desarrollo de los TCA, y muy especialmente de la bulimia. No obstante, son muy escasos los estudios a este respecto.

En cuanto a la psicopatología, parece demostrado que la baja autoestima no depende del síndrome depresivo, aunque con frecuencia se asocia al mismo. Sí parece claro que la baja autoestima tiene que ver con las ideas sobrevaloradas que tienen las pacientes sobre la imagen y el cuerpo y, en menor grado, con la insatisfacción con la imagen corporal, no siempre presente en estas pacientes.

En conjunto también parece que la baja autoestima dificulta el tratamiento, aunque no hay resultados concluyentes sobre lo que implica en el pronóstico.

No hemos hallado en los citados artículos ninguna referencia a la relación entre la baja autoestima y las conductas de promiscuidad (y de impulsividad), ni con las conductas autoagresivas. Éstas, que cuando están presentes apuntan también hacia un trastorno límite de la personalidad comórbido parecen ser conductas maladaptativas, destinadas a mejorar la autoestima (en el caso de

44 la promiscuidad), por un lado, y a dañarse aún más por otro lado, como consecuencia de la baja autoestima. Es decir, dos caras de una misma moneda.

CONCLUSIONES

- La baja autoestima es un síntoma común a la mayoría de las pacientes bulímicas, y tal vez debería ser considerada como un marcador de enfermedad, así como un factor de riesgo para el desarrollo de los TCA.

- Son necesarios estudios de tipo prospectivo que ahonden en este terreno con el fin de aclarar el rol que la autoestima tiene en la génesis (ya sea como factor facilitador, o a la inversa, como posible factor protector en el caso de una autoestima elevada).
- La relación entre bulimia y trastorno límite de la personalidad también puede estar favorecida por una baja autoestima.
- Por todo ello concluimos que la autoestima debería ser medida específicamente en la evaluación de estas pacientes, y su mejora un objetivo directo de la psicoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. DSM-IV. Barcelona: Editorial Masson; 1995.
2. Wertheim B. Predictors of outcome in the treatment of bulimia nervosa. *Br J Clin Psychol* 1992;31(pt 39):330-2.
3. Bousoño, González, Bobes. Psicobiología de la bulimia nerviosa. Laboratorios Esteve; 1994.
4. Button EJ, Sonuga Barke EJ, Davies J, Thompson M. A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls. Questionnaire findings. *Br J Clin Psychol* 1996;35(pt 2):193-203.
5. Coker S, Vize C, Wad T, Cooper PJ. Patients with bulimia nervosa who fail to engage in cognitive behavior therapy. *Int J Eat Dis* 1993;13(1):35-40.
6. Cooper PJ, Fairburn CG. Confusion over the core psychopathology of bulimia nervosa. *Int J Eat Dis* 1993;13(4):385-9.
7. Gleaves, Eberenz. Validating a multidimensional model of the psychopathology of bulimia nervosa. *J Clin Psychol* 1995;51(2):181-9.
8. Joiner TE, Schmidt NB, Wonderlich SA. Global self-esteem as a contingent on body satisfaction among patients with bulimia nervosa: lack of diagnosis specificity? *Int J Eating Dis* 1997;21(1):67-76.
9. Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1991;148(12):1627-37.
10. Lowe, Gleaves, Disimore, Fergusson. Restraint, dieting and the continuum model of bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol* 1996;105(49):508-17.
11. O'Kearney R. Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of theory and empirical research. *Int J Eat Dis* 1996;20(2):115-27.
12. Olmsted MP, Kaplan AS, Rockert W. Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1994;151(5):738-43.
13. Ruderman, Besbeas. Psychological Characteristics of dieters and bulimics. *J Abnorm Psychol* 1992;101(3):383-90.
14. Silverstone PH. Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders? *J Med Hypotheses* 1992;39(4):311-5.
15. Silverstone PH. Low self-esteem in eating disordered patients in the absence of depression. *Psychol Rep* 1990;67(1):276-8.
16. Turón Gil JV. Trastornos de la alimentación. Barcelona: Editorial Masson; 1997.