

F. J. Vaz Leal^{1,2}
J. A. Guisado Macías³
M. A. García-Herraiz²
B. López Vinuesa^{1,2}
M. Monge Bautista²
M. Bolívar Perálvarez²

Antecedentes de abusos sexuales en pacientes con bulimia nerviosa: su influencia en el estado clínico

¹ Facultad de Medicina de Badajoz
² Unidad de Salud Mental n.º 2/Unidad de Trastornos Alimentarios
Complejo Hospitalario Universitario
Badajoz

³ Unidad de Salud Mental
Mérida (Badajoz)

Introducción. Los estudios que han analizado la relación entre abusos sexuales y bulimia nerviosa (BN) han arrojado resultados discordantes. El objetivo del presente estudio fue valorar la influencia de los antecedentes de abuso sexual en el estado clínico de un grupo de pacientes diagnosticados de BN con criterios DSM-IV.

Métodos. Fueron evaluados 70 pacientes con BN usando instrumentos clínicos específicos: el Test de Actitudes Alimentarias-40 ítems (EAT-40), el Test de Investigación de Bulimia Edimburgo (BITE), el Listado de Comprobación de Síntomas (SCL-90), la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV (SCID-II), el Test de 16 Factores de Personalidad (16-PF) y una entrevista clínica para la valoración del uso pasado y actual de sustancias. Los datos de los 15 pacientes con una historia previa de abusos sexuales (21,4 % de la muestra) fueron comparados con los de los 55 pacientes sin tales antecedentes.

Resultados. Ambos grupos fueron muy similares con respecto a la intensidad de los síntomas. Sólo la tendencia a la somatización y puntuaciones más altas en el factor E del 16-PF (dominancia) aparecieron asociados a los antecedentes de abusos sexuales en la muestra.

Conclusiones. Los resultados apoyan la idea de que los abusos sexuales pueden asociarse a una mayor vulnerabilidad no específica para presentar trastornos psicopatológicos, pero no aumentan la intensidad de la psicopatología en los pacientes con BN.

Palabras clave:

Bulimia nerviosa. Abuso sexual. Trastornos alimentarios. Factores de riesgo. Psicopatología.

Actas Esp Psiquiatr 2005;33(3):135-140

History of sexual abuse in patients with bulimia nerviosa: its influence on clinical status

Introduction. Studies analyzing the relationship between sexual abuse and bulimia nerviosa (BN) have repor-

ted discrepant results. This study aimed to assess the role of a history of sexual abuse in the clinical status of a group of patients diagnosed of BN using DSM-IV diagnostic criteria.

Methods. Seventy patients with BN were assessed using specific clinical tools: Eating Attitudes Test-40 items (EAT-40), Bulimia Investigation Test Edinburgh (BITE), Symptom Checklist (SCL-90), Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Sixteen Personality Factors Test (16-PF) and a clinical interview for the assessment of past and current substance abuse. The data from the 15 patients with a history of sexual abuse (21.4 % of the sample) were compared with those from the 55 patients without such a history.

Results. Both groups were very similar regarding symptom severity. Only the tendency to somatization and higher scores in the factor E of the 16-PF (dominance) were associated with antecedents of sexual abuse in the sample.

Conclusions. The results support the idea that sexual abuse may be related to higher non-specific vulnerability to psychopathology, but do not increase symptom severity in BN patients.

Key words:

Bulimia nervosa. Sexual abuse. Eating disorders. Risk factors. Psychopathology.

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios clínicos asocian la existencia de abusos sexuales en la infancia con la bulimia nerviosa (BN). Aunque las cifras aportadas por los autores que estudian este fenómeno varían notablemente, la prevalencia de antecedentes de abusos sexuales en pacientes diagnosticados de BN parece estar entre un 24 y un 65 %¹⁻⁸, precediendo los abusos sexuales en la mayoría de los casos a la BN⁵. Este hecho ha llevado a defender su papel como factor de riesgo para la aparición del trastorno alimentario^{1,9-13}, planteándose también la asociación entre abusos sexuales y mal pronóstico¹⁴ y entre abusos sexuales y abandono del tratamiento¹⁵. Se ha

Correspondencia:

Francisco J. Vaz Leal
Facultad de Medicina
Av. de Elvas, s/n
06071 Badajoz
Correo electrónico: fjvaz@unex.es

propuesto incluso un mecanismo etiopatogénico que implicaría una alteración del sistema serotoninérgico en estas pacientes como resultado del impacto de las situaciones de abuso, lo que ha sido confirmado en algunos estudios neurobiológicos^{16,17}. Sin embargo, no todos los autores están de acuerdo con el hecho de que los abusos sexuales sean un factor de riesgo para la aparición de la BN, habiéndose planteado que la alta prevalencia encontrada podría ser el resultado de una inadecuada metodología, capaz de inducir una sobrevaloración del problema^{18,19}, dado que cuando se aplica una metodología estricta las cifras de prevalencia no son muy diferentes de las encontradas en la población general^{5,18,20} o las detectadas en pacientes con otros trastornos psiquiátricos^{8,21,22}.

Los antecedentes de abusos sexuales han sido también asociados con diferentes rasgos clínicos presentes en los pacientes con BN, tales como mayor intensidad de la patología alimentaria²³, mayor intensidad de las conductas de purga^{1,24}, trastornos afectivos^{2,7,9}, impulsividad y conductas autolesivas^{7,9,10,25}, experiencias disociativas^{12,13} y deficiente funcionamiento social⁷.

Dentro de este contexto, el presente estudio estuvo encaminado a comparar dos grupos de pacientes con BN (pacientes con y sin antecedentes de abusos sexuales en la infancia y/o la adolescencia) en relación con cuatro áreas específicas: patología alimentaria, psicopatología, personalidad y uso de tóxicos, dado que la revisión de la bibliografía aportaba datos contradictorios en relación con estas cuatro áreas.

MÉTODO

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 70 pacientes de sexo femenino con un diagnóstico de BN de acuerdo con los criterios del DSM-IV. Las pacientes seguían tratamiento por su problema alimentario en una unidad específica. Durante el curso del tratamiento de estas pacientes se indagó si en algún momento de sus vidas, antes de los 13 años (infancia) o entre los 13 y los 18 años (adolescencia), habían tenido contactos sexuales más o menos encubiertos con personas que fuesen en ese momento al menos 5 años mayores que ellas y si los contactos, en caso de existir, habían tenido el carácter de una agresión sexual o le habían sido impuestos por la fuerza. No se recurrió a los autoinformes dado que las situaciones de abusos sexuales son vividas muy a menudo por los pacientes con un sentimiento de vergüenza que les lleva a ocultarlas cuando se les pregunta directamente por ellas. Se prefirió, por ello, recurrir a los informes obtenidos en el curso del tratamiento, ya que la relación terapéutica favorece la confianza y reduce el ocultamiento de información significativa.

Tras introducir este criterio de agrupación, las pacientes quedaron distribuidas en dos grupos: el primero, compuesto

por 15 personas que presentaban antecedentes de abusos sexuales, y el segundo, compuesto por las 55 pacientes restantes, que no presentaban tales antecedentes. Las pacientes con antecedentes de abusos sexuales en la infancia y adolescencia constituían el 21,4 % de la muestra. Habían sufrido las agresiones sexuales entre los 6 y los 18 años, con una media de edad de 12,6 años (3,8). En la mayoría de estas pacientes (12 de las 15, es decir, en el 80 % de los casos) los abusos sexuales habían precedido a la aparición de la BN. No existían diferencias significativas entre ambos grupos en lo relativo a la edad (21,5 frente a 19,6 años; $t = 1,170$; $p = 0,259$), la edad de inicio del trastorno alimentario (16,5 frente a 15,6 años; $t = 1,190$; $p = 0,238$), ni el tiempo de evolución del trastorno alimentario (5 frente a 4 años; $t = 0,834$; $p = 0,324$).

Instrumentos de evaluación

Como se ha dicho, las pacientes de ambos grupos fueron comparadas en lo relativo a los siguientes ítems: *a*) patología alimentaria; *b*) psicopatología; *c*) personalidad/rasgos disfuncionales de personalidad, y *d*) uso de tóxicos. Se utilizaron para ello los instrumentos clínicos que se detallan a continuación.

Para la valoración de la patología alimentaria se recurrió al *Eating Attitudes Test* en su versión de 40 ítems (EAT-40) y al *Bulimia Investigation Test Edinburgh* (BITE), analizándose la intensidad de los síntomas alimentarios de acuerdo con la codificación obtenida a partir de este último.

Para la evaluación de la psicopatología se utilizó la *Symptom Checklist* (SCL-90), obteniéndose las puntuaciones relativas a sus diferentes factores.

La personalidad fue estudiada con ayuda del Cuestionario de Personalidad 16PF de Cattell y de la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje II del DSM-IV (SCID-II), aislándose los factores y puntuaciones propios de las mismas. En la cuantificación de los rasgos disfuncionales de personalidad, y dada la edad de las pacientes, se prefirió no realizar diagnósticos de trastornos de personalidad, sino trabajar con el número de criterios que las pacientes reunían en relación con los diferentes trastornos, lo que permitía conceptualizar los resultados más en el sentido de rasgos de personalidad que en el de un trastorno en sentido estricto.

Finalmente, el consumo pasado y/o actual de tóxicos se valoró mediante una entrevista semiestructurada que analizaba la existencia de consumo de las siguientes sustancias: opiáceos, benzodiazepinas, alcohol, cocaína/anfetaminas, caféina, tabaco, cannabis y alcohol.

Procedimientos estadísticos

Los dos grupos fueron comparados utilizando los siguientes procedimientos estadísticos: *a*) prueba *t* para muestras independientes para los ítems de tipo cuantitativo; *b*) test

| Tabla 1 | Patología alimentaria | | | |
|---------------------------------|-----------------------|-------------|--------|-------|
| | Con abusos | Sin abusos | t | p |
| Puntuación BITE | 22,6 (5,0) | 20,8 (5,7) | 1,142 | 0,258 |
| Puntuación EAT-40 | 57,9 (20,6) | 53,6 (17,1) | 0,835 | 0,407 |
| Atracones | 4,5 (1,3) | 4,6 (0,9) | -0,268 | 0,790 |
| Vómitos | 3,3 (1,5) | 3,5 (1,7) | -0,427 | 0,671 |
| Dieta | 2,1 (2,0) | 1,6 (1,2) | 0,920 | 0,371 |
| Anorexígenos | 0,6 (1,5) | 0,5 (1,3) | 0,185 | 0,853 |
| Diuréticos | 0,4 (0,8) | 0,6 (1,5) | -0,488 | 0,627 |
| Laxantes | 2,4 (2,4) | 1,9 (2,0) | 1,029 | 0,307 |
| Ejercicio | 1,8 (1,9) | 1,5 (1,9) | 0,536 | 0,594 |
| Número de medidas compensadoras | 3,3 (1,0) | 3,0 (1,3) | 1,097 | 0,276 |

Fuente de los datos: EAT-40/BITE.

de la chi cuadrado para los ítems cualitativos, y c) análisis de regresión logística para valorar la asociación entre las variables aisladas y la pertenencia a algunos de los grupos. En todos los casos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 10.0. Dado el número de hipótesis establecidas, y para evitar el error tipo I, se ajustó en los dos primeros procedimientos el nivel de significación a 0,0125 aplicando la corrección de Bonferroni.

RESULTADOS

Las tablas 1 a 5 presentan los resultados obtenidos al comparar ambos grupos. Como se puede observar, y de acuerdo

| Tabla 2 | Psicopatología | | | |
|----------------------------|----------------|------------|-------|-------|
| | Con abusos | Sin abusos | t | p |
| Somatización | 2,2 (0,7) | 1,6 (0,8) | 2,821 | 0,006 |
| Obsesivo-compulsiva | 2,3 (0,8) | 2,1 (0,9) | 0,770 | 0,444 |
| Sensitividad interpersonal | 2,6 (0,5) | 2,2 (0,8) | 1,742 | 0,086 |
| Depresión | 2,4 (0,4) | 2,2 (0,6) | 1,460 | 0,149 |
| Ansiedad | 2,2 (0,6) | 1,9 (0,8) | 1,678 | 0,098 |
| Hostilidad | 2,3 (0,7) | 1,9 (0,9) | 1,464 | 0,148 |
| Ansiedad fóbica | 1,5 (0,7) | 1,2 (0,9) | 1,321 | 0,191 |
| Ansiedad paranoide | 2,1 (0,7) | 1,9 (0,8) | 1,035 | 0,304 |
| Psicoticismo | 1,8 (0,5) | 1,7 (0,7) | 0,728 | 0,469 |
| Índice global de severidad | 2,0 (0,4) | 1,8 (0,6) | 1,379 | 0,173 |

Fuente de los datos: SCL-90.

| Tabla 3 | Personalidad | | | |
|-----------|--------------|------------|--------|-------|
| | Con abusos | Sin abusos | t | p |
| Factor A | 6,4 (2,6) | 6,3 (1,9) | 0,160 | 0,874 |
| Factor B | 4,7 (2,4) | 5,4 (1,9) | -1,247 | 0,217 |
| Factor C | 4,1 (1,9) | 4,0 (2,3) | 0,073 | 0,942 |
| Factor E | 6,7 (2,5) | 4,8 (1,6) | 3,448 | 0,001 |
| Factor F | 6,5 (2,2) | 5,6 (2,1) | 1,500 | 0,138 |
| Factor G | 4,5 (2,3) | 4,9 (1,6) | -0,659 | 0,518 |
| Factor H | 5,9 (2,8) | 4,8 (2,6) | 1,367 | 0,176 |
| Factor I | 5,7 (1,9) | 6,3 (2,2) | -0,837 | 0,406 |
| Factor L | 6,4 (2,0) | 5,1 (2,0) | 2,172 | 0,033 |
| Factor M | 4,5 (1,6) | 4,8 (2,3) | -0,553 | 0,582 |
| Factor N | 4,8 (1,9) | 5,9 (1,7) | -2,285 | 0,026 |
| Factor O | 7,7 (1,5) | 7,4 (2,1) | 0,586 | 0,560 |
| Factor Q1 | 4,9 (2,1) | 4,6 (2,0) | 0,385 | 0,701 |
| Factor Q2 | 5,5 (1,9) | 6,2 (2,0) | -1,210 | 0,230 |
| Factor Q3 | 3,9 (2,3) | 5,2 (1,7) | -1,957 | 0,066 |
| Factor Q4 | 7,1 (1,5) | 7,3 (1,9) | -0,287 | 0,775 |

Fuente de los datos: 16-PF.

con nuestros datos, las pacientes con antecedentes de abusos sexuales de nuestra muestra presentaban: a) una sintomatología alimentaria similar en intensidad y características a la de las pacientes sin antecedentes de abuso; b) una mayor tendencia a la somatización, y c) un perfil de personalidad caracterizado por mayores puntuaciones en el factor E y el factor L del 16-PF, así como puntuaciones más bajas en los factores N y Q3, y también más rasgos histriónicos de personalidad. Sin embargo, tras introducir la restricción en el nivel de significación descrita más arriba, tan sólo la tendencia a la somatización (SCL-90), la existencia de mayores puntuacio-

| Tabla 4 | Rasgos disfuncionales de personalidad | | | |
|----------------------|---------------------------------------|------------|--------|-------|
| | Con abusos | Sin abusos | t | p |
| Paranoides | 0,5 (0,3) | 0,6 (0,3) | -0,240 | 0,811 |
| Esquizoides | 0,3 (0,2) | 0,3 (0,2) | 0,000 | 1,000 |
| Esquizotípicos | 0,5 (0,3) | 0,4 (0,2) | 1,033 | 0,315 |
| Histriónicos | 0,6 (0,2) | 0,4 (0,2) | 2,966 | 0,004 |
| Narcisistas | 0,5 (0,2) | 0,4 (0,2) | 2,287 | 0,025 |
| Límite | 0,6 (0,2) | 0,6 (0,2) | 0,472 | 0,639 |
| Antisociales | 0,1 (0,1) | 0,1 (0,1) | 0,689 | 0,493 |
| Evitativos | 0,5 (0,2) | 0,5 (0,3) | -0,530 | 0,598 |
| Dependientes | 0,5 (0,3) | 0,5 (0,3) | 0,269 | 0,789 |
| Obsesivo-compulsivos | 0,5 (0,2) | 0,5 (0,2) | 0,801 | 0,426 |

Fuente de los datos: SCID-II.

| Tabla 5 | Uso de tóxicos | | | |
|-----------------|----------------|------------|----------|-------|
| | Con abusos | Sin abusos | χ^2 | p |
| Opiáceos | 0 (0%) | 0 (0%) | — | — |
| Benzodiazepinas | 4 (26,7%) | 9 (16,4%) | 0,286* | 0,455 |
| Alcohol | 6 (40%) | 22 (40,0%) | 0 | 1 |
| Cocaína | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | — | — |
| Cafeína | 11 (73,3%) | 43 (78,2%) | 0,157 | 0,047 |
| Tabaco | 9 (60%) | 32 (58,2%) | 0,016 | 1 |
| Cannabis | 2 (13,3%) | 1 (1,8%) | 1,520* | 0,114 |
| Analgésicos | 5 (33,3%) | 17 (30,9%) | 0,032 | 1 |

Fuente de los datos: entrevista clínica. *Corrección de continuidad.

nes en el factor E (16-PF) y la mayor presencia de rasgos histriónicos de personalidad (SCID-II) aparecieron como significativos en la tipificación de los grupos.

Dos de estos factores aparecieron como significativos en el análisis de regresión logística: somatización (con una *odds ratio* de 3,8) y la puntuación elevada en el factor E (*odds ratio* de 1,8). La tabla 6 muestra los resultados obtenidos en el estudio de regresión logística.

DISCUSIÓN

Como se señaló en la introducción, la influencia de los abusos sexuales en la aparición de la BN es, hoy por hoy, un tema controvertido. Nuestros resultados vienen a alimentar esta controversia, dado que no arrojan datos concluyentes; en este sentido confirman algunos de los puntos de vista aportados por la literatura revisada al tiempo que contradicen otros.

La relación entre abusos sexuales y trastornos alimentarios puede ser concebida desde una doble hipótesis²⁶. De

| Tabla 6 | Estudio de regresión logística | | | |
|-----------------------|--------------------------------|--------------------|----------|----------|
| | <i>Odds ratio</i> | Signifi- cación | IC 95% | |
| | | | Inferior | Superior |
| Somatización (SCL-90) | 3,82 | 0,011 | 1,35 | 10,79 |
| Factor E (16-PF) | 1,81 | 0,006 | 1,19 | 2,77 |

Variables que no están en la ecuación: factor L (16-PF), factor N (16-PF), rasgos histriónicos (SCID-II), rasgos narcisistas (SCID-II). Casos correctamente clasificados: 83,6%; IC: intervalo de confianza.

acuerdo con la primera (denominada «hipótesis general»), los abusos sexuales serían un factor de riesgo para la aparición de trastornos psicopatológicos en general; la segunda hipótesis (denominada «hipótesis específica») defendería la existencia de un vínculo especial entre abusos sexuales y disfunciones alimentarias (en nuestro caso concreto, entre abusos sexuales y BN). Nuestro estudio, al no hallar factores específicos capaces de relacionar inequívocamente abusos sexuales y patología alimentaria, parece venir a confirmar la primera de las hipótesis, de acuerdo con la cual los abusos sexuales serían un factor favorecedor de la aparición de psicopatología en general más que un elemento específicamente ligado a la patología alimentaria^{8,20-22}.

Por otra parte, la consideración de los abusos sexuales como un factor de riesgo directo o indirecto para la aparición de BN exige su presencia con antelación al comienzo del problema alimentario y la determinación de un nexo causal más o menos específico entre ambos fenómenos. En nuestro caso, y aunque los abusos sexuales habían precedido en el 80% de los casos a la aparición de la BN, es imposible establecer la conexión causal entre ambos factores, por lo que la discusión deberá centrarse, a partir de ahora, no tanto en la capacidad potencial de los primeros para condicionar la existencia de la disfunción alimentaria, sino en su hipotético poder a la hora de modular la forma clínica del trastorno alimentario. Para ello nos centraremos en el análisis de las diferencias existentes en el plano clínico entre las pacientes de los dos grupos aislados.

En nuestra muestra no hemos detectado diferencias en la gravedad de la patología alimentaria entre las pacientes con o sin antecedentes de abusos sexuales. Como se ha comentado, nuestros grupos fueron muy similares en lo referente a las puntuaciones en las escalas que medían la disfunción alimentaria (EAT-40 y BITE) y también en la frecuencia con que se detectaban las manifestaciones propias del trastorno alimentario (atracones, vómitos y otras conductas de purga). En nuestro caso, coincidiendo con lo planteado por Folsom et al.²⁰ y en oposición a lo defendido por otros autores^{1,23}, las pacientes con antecedentes de abusos sexuales no presentaban mayor grado de disfunción alimentaria, ni tampoco mayor número de conductas compensadoras. Tampoco hallamos más síntomas depresivos, ni una mayor impulsividad (que podría venir dada, entre otros elementos, por una mayor prevalencia de rasgos límite de personalidad), lo que entra en contradicción con lo defendido por aquellos autores que ven en los abusos sexuales un fenómeno favorecedor de la aparición de tales rasgos clínicos^{2,7,9,10,25}.

Se ha defendido la idea de que los abusos sexuales tienen efectos significativos y duraderos sobre la imagen corporal, la identidad, la autorregulación y el funcionamiento interpersonal²⁷. En este sentido serían experiencias capaces de aumentar la vulnerabilidad en general, aumentando el riesgo de padecer trastornos psicopatológicos, pero no de favorecer específicamente la aparición de disfunciones alimentarias. Es más, de acuerdo con lo defendido por algunos

autores que se han encargado de estudiar este fenómeno, podrían ser las características generales del entorno interpersonal durante la infancia, más que las experiencias de abuso en sí mismas, las que allanarían el camino para la aparición de las disfunciones alimentarias en las etapas posteriores^{28,29}. También sería importante diferenciar entre experiencias aisladas de abuso sexual, que es dudoso que puedan afectar al desarrollo psicosexual del sujeto de forma significativa⁶, y las experiencias repetidas o los abusos múltiples, que podrían tener un mayor potencial patogénico^{8,30-32}. También determinados factores asociados, como, por ejemplo, el hecho de que el abuso sea intrafamiliar, conllevando el uso de violencia o en edades muy tempranas, podrían modular la significación de los abusos para generar patología³³.

Aunque se ha planteado el papel coadyuvante del consumo de tóxicos en el proceso que va de los abusos sexuales a la aparición de disfunciones alimentarias³⁴, nuestros resultados no confirman este punto, ya que no hemos detectado una mayor tendencia a consumir tóxicos en el grupo con antecedentes de abusos sexuales. También se ha defendido el papel de determinados trastornos de la personalidad, y más específicamente de la patología límite, como mediadores en el proceso¹⁷, aunque este hecho no ha sido demostrado de forma inequívoca³⁵. En nuestras pacientes podemos observar cómo las que tienen antecedentes de abusos sexuales tienden a presentar más rasgos histriónicos que las que carecen de tales antecedentes, pero no más rasgos límite de personalidad.

Puestos a discutir los hallazgos que aparecen en nuestra muestra como significativamente vinculados al hecho de presentar antecedentes de abusos sexuales, hemos de destacar la asociación detectada entre tendencia a la somatización y existencia de abusos físicos y sexuales en la infancia. Esta correlación ya ha sido puesta de manifiesto por otros autores en relación con pacientes somatizadores y con cuadros de dolor somatomorfo^{36,37}, pero, hasta donde conocemos, no ha sido expuesta con anterioridad en pacientes bulímicos. Pensamos que los mecanismos productores podrían ser en parte comunes, implicando a factores tanto de tipo biológico (vulnerabilidad en el sistema serotoninérgico) como psicológico (tendencia a lidiar en el plano corporal los conflictos internos generados por la situación de abuso).

Otro de los hallazgos tiene que ver con los rasgos de personalidad detectados en los sujetos con antecedentes de abusos sexuales. En nuestro caso estas pacientes tendían a presentar mayores puntuaciones en el factor E del 16-PF, que tiene que ver con la tendencia a ser dominante en las relaciones interpersonales. Los sujetos con puntuaciones elevadas en este factor tienden a ser avasalladores y hostiles en sus relaciones con los demás, apareciendo como obstinados, dogmáticos y competitivos. Es posible que estos rasgos sean consecuencia de unas relaciones previas en las que se han sentido avasallados, utilizados y sometidos, y que refleje una actitud básica de resentimiento en relación con el mundo. Este hecho podría explicar el mal pronóstico que en ocasio-

nes se ha asociado a los antecedentes de abusos sexuales¹⁴, ya que esta actitud podría dificultar el proceso psicoterapéutico, que es un elemento central en el tratamiento de los pacientes con BN.

De todos modos, y a la vista de lo planteado antes, parece necesario realizar más estudios sobre el tema, en los que los sujetos bulímicos con antecedentes de abusos sexuales sean comparados con individuos que hayan vivido otro tipo de carencias en la infancia o se hayan visto expuestos a otro tipo de situaciones negativas, así como también comparando a los sujetos que han padecido situaciones repetidas de abusos sexuales con aquellos que han tenido experiencias más o menos aisladas, ya que sólo de este modo se podrá tener una idea adecuada del verdadero papel de los abusos sexuales, en tanto que sean un factor de riesgo para la aparición de la BN.

BIBLIOGRAFÍA

1. Danksy BS, Brewerton TD, Kilpatrick DG, O'Neil PM. The National Women's Study: relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1997;21: 213-28.
2. Hall RC, Tice L, Beresford TP, Wooley B, Hall AK. Sexual abuse in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Psychosomatics* 1989; 30:73-9.
3. Oppenheimer R, Howells K, Palmer RL, Chaloner DA. Adverse sexual experience in childhood and clinical eating disorders: a preliminary description. *J Psychiatr Res* 1985;19:357-61.
4. Palmer RL, Oppenheimer R, Dignon A, Chaloner DA, Howells K. Childhood sexual experiences with adults reported by women with eating disorders: an extended series. *Br J Psychiatry* 1990; 156:699-703.
5. Pope HG Jr, Mangweth B, Negrao AB, Hudson JI, Cordas TA. Childhood sexual abuse and bulimia nervosa: a comparison of American, Austrian, and Brazilian women. *Am J Psychiatry* 1994; 151:732-7.
6. Schmidt U, Evans K, Tiller J, Treasure J. Puberty, sexual milestones and abuse: how are they related in eating disorder patients? *Psychol Med* 1995;25:413-7.
7. Sullivan PF, Bulik CM, Carter FA, Joyce PR. The significance of a history of childhood sexual abuse in bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1995;167:679-82.
8. Welch SL, Fairburn CG. Childhood sexual and physical abuse as risk factors for the development of bulimia nervosa: a community-based case control study. *Child Abuse Negl* 1996;20:633-42.
9. Favaro A, Santonastaso P. Different types of self-injurious behavior in bulimia nervosa. *Compr Psychiatry* 1999;40:57-60.
10. Favaro A, Santonastaso P. Impulsive and compulsive self-injurious behavior in bulimia nervosa: prevalence and psychological correlates. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:157-65.
11. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, et al. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry* 1995;152:1052-8.
12. Herzog DB, Staley JE, Carmody S, Robbins WM, van der Kolk BA. Childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa.

- sa: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32:962-6.
13. Mangweth B, Pope HG, Hudson JI. Bulimia nervosa in two cultures: a comparison of Austrian and American college students. *Int J Eat Disord* 1995;17:403-12.
 14. Gleaves DH, Eberenz KP. Sexual abuse histories among treatment-resistant bulimia nervosa patients. *Int J Eat Disord* 1994; 15:227-31.
 15. Mahon J, Bradley SN, Harvey PK, Winston AP, Palmer RL. Childhood trauma has dose-effect relationship with dropping out from psychotherapeutic treatment for bulimia nervosa: a replication. *Int J Eat Disord* 2001;30:138-48.
 16. Steiger H, Gauvin L, Israel M, et al. Association of serotonin and cortisol indices with childhood abuse in bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:837-43.
 17. Steiger H, Leonard S, Kin NY, Ladouceur C, Ramdoyal D, Young SN. Childhood abuse and platelet tritiated-paroxetine binding in bulimia nervosa: implications of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2000;61:428-35.
 18. Connors ME, Morse W. Sexual abuse and eating disorders: a review. *Int J Eat Disord* 1993;13:1-11.
 19. Pope HG Jr, Hudson JI. Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *Am J Psychiatry* 1992;149:455-63.
 20. Folsom V, Krahn D, Nairn K, Gold L, Demitrack MA, Silk KR. The impact of sexual and physical abuse on eating disordered and psychiatric symptoms: a comparison of eating disordered and psychiatric inpatients. *Int J Eat Disord* 1993;13:249-57.
 21. Waller G. Sexual abuse as a factor in eating disorders. *Br J Psychiatry* 1991;159:664-71.
 22. Welch SL, Fairburn CG. Sexual abuse and bulimia nervosa: three integrated case control comparisons. *Am J Psychiatry* 1994; 151:402-7.
 23. DeGroot JM, Kennedy S, Rodin G, McVey G. Correlates of sexual abuse in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Can J Psychiatry* 1992;37:516-8.
 24. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, et al. Purging and nonpurging forms of bulimia nervosa in a community sample. *Int J Eat Disord* 1996;20:231-8.
 25. Lacey JH. Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa. A catchment area study. *Br J Psychiatry* 1993;163:190-4.
 26. Palmer RL. Sexual abuse and eating disorders. Brownell KD, Fairburn CG, Editors. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: Guilford Press, 1995; p. 230-3.
 27. Kearney-Cooke A, Striegel-Moore RH. Treatment of childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a feminist psychodynamic approach. *Int J Eat Disord* 1994;15:305-19.
 28. Fallon BA, Sadik C, Saoud JB, Garfinkel RS. Childhood abuse, family environment, and outcome in bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry* 1994;55:424-8.
 29. Rorty M, Yager J, Rossotto E. Aspects of childhood physical punishment and family environment correlates in bulimia nervosa. *Child Abuse Negl* 1995;19:659-67.
 30. Rorty M, Yager J, Rossotto E. Childhood sexual, physical, and psychological abuse and their relationship to comorbid psychopathology in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1994;16:317-34.
 31. Rorty M, Yager J, Rossotto E. Childhood sexual, physical, and psychological abuse in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1122-6.
 32. Schmidt U, Tiller J, Treasure J. Setting the scene for eating disorders: childhood care, classification and course of illness. *Psychol Med* 1993;23:663-72.
 33. Waller G. Sexual abuse and the severity of bulimic symptoms. *Br J Psychiatry* 1992;161:90-3.
 34. Deep AL, Lilienfeld LR, Plotnicov KH, Pollice C, Kaye WH. Sexual abuse in eating disorder subtypes and control women: the role of comorbid substance dependence in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1999;25:1-10.
 35. Waller G. Sexual abuse and eating disorders. Borderline personality disorder as a mediating factor? *Br J Psychiatry* 1993; 162:771-5.
 36. Hotoph M, Carr S, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? *Br Med J* 1998;316:1196-200.
 37. Leserman J, Drossman DA, Li Z, Toomey TC, Nachman G, Glogau L. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. *Psychosom Med* 1996;58:4-15.