

## INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología  
y Enfermería en Salud Mental

### **BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA: ¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?**

### **BULIMIA NERVOSA AND TRAUMA: CASUAL ASSOCIATION OR MAINTAINER FACTOR?.**

Pilar Vilariño Besteiro, Belén Unzeta Conde, César Pérez Franco, Belén López Moya, Teodoro Uría Rivera, Irene Baños Martín

[pvilarinob@yahoo.es](mailto:pvilarinob@yahoo.es)

Bulimia nerviosa; trauma

Bulimia nervosa, trauma

### **RESUMEN**

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica sobre bulimia y trauma.

Trauma es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante que supera la capacidad de afrontamiento de la persona (...). La fobia al recuerdo impide la síntesis e integración de la experiencia, éste se fragmenta, se aparta de la conciencia, y aparece en forma de percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales (Janet, 1894,1919).

Se diferencia entre trauma simple y complejo.

La exposición traumática se asocia a: mayor gravedad del trastorno, mayor deterioro psicosocial, más comorbilidad y una autoimagen más negativa (Backholm et al, 2013). Se da más en pacientes que previamente sufrieron anorexia (Bardone-Cone et al, 2008). El impacto depende de la edad del paciente (peor si es temprano), la duración del abuso y sus consecuencias psicológicas incluyendo síntomas disociativos. (Juli, 2015). El trauma acumulativo produce los síntomas más severos.

Se aborda la relación entre bulimia y Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT), la funcionalidad de los síntomas bulímicos y los diferentes tipos de traumas asociados: abuso sexual, maltrato, acoso escolar, disfunciones familiares, violencia de pareja, otros traumas, la politraumatización y la revictimización.

## **BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:**

### **¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?**

Se revisan las implicaciones terapéuticas que exige tratar personas con BN y trauma.

Conclusión: ni existe una relación de causa-efecto entre BN-trauma ni la asociación es casual. El trauma es un factor de riesgo más y debe explorarse su existencia sobre todo en pacientes graves y multi-impulsivos. Tanto las experiencias de revictimización como el impacto de los propios síntomas alimentarios pueden ser mecanismos perpetuadores de la BN.

#### **ABSTRACT**

This work consists on a bibliographic review on bulimia nervosa (BN) and trauma. Trauma is the exposure to a stressful event that exceeds the person's ability to cope with different situations(...). The phobia of remembering prevents the synthesis and integration of the experience. The memory fragments, departs from consciousness and appears in the form of visual perceptions, somatic concerns and behavioural re-acting. (Janet, 1894; 1919). Differences are established between simple trauma and relational or complex trauma.

Traumatic exposure is associated with greater severity of the disorder, greater secondary psychosocial deterioration, more psychiatric comorbidity and a more negative self-image (Backholm et al, 2013). It is more common in patients who previously suffered from anorexia (Bardone-Cone et al, 2008). The impact depends on the patient's age (worse at a younger age), the duration of the abuse and its psychological consequences including dissociative symptoms. (Juli, 2015). Cumulative trauma produces the most severe symptoms. The relationship between bulimia and Post-traumatic Stress Disorder (PTSD); the functionality of bulimic symptoms; and the different types of associated trauma are addressed: sexual abuse, mistreatment, bullying, family dysfunctions, partner violence, other trauma, poly traumatization and revictimization.

The therapeutic implications required to treat people with BN and trauma are reviewed.

Conclusion: there is neither a cause-effect relationship between BN and trauma nor the association is casual. Trauma is a risk factor and its existence must be explored especially in severe and multi-impulsive patients. Both the revictimization experiences and the impact of the food symptoms themselves might be perpetuating mechanisms of the BN.

# **BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:**

## **¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?**

### **INTRODUCCIÓN**

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica, realizada tomando como fuentes las bases de datos PubMed, Psycodoc y el Google Scholar. Se utilizan como descriptores los términos bulimia nerviosa y trauma. También se recurre a otras fuentes secundarias como bibliografías. Se obtienen un total de 95 trabajos.

Con la finalidad de organizar la exposición se elaboran diferentes apartados: definición de trauma, tipos de traumas, trauma y Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), relación entre Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y Trastorno de la Conducta Alimentaria, mecanismos explicativos ¿Para qué sirve la bulimia (BN)?, tipos de traumas presentes en BN, la BN y el trauma como mecanismos perpetuadores, las implicaciones terapéuticas de la asociación BN-trauma y ¿cómo abordar la combinación trauma-BN?. Finalizaremos con unas breves conclusiones.

### **DEFINICIÓN DE TRAUMA**

Etimológicamente, trauma significa "herida", "daño" o "conmoción" (Hervías, Maroto y Benítez, 2017). Una de las definiciones clásicas es la formulada por Pierre Janet (1894/1919) que considera que "trauma es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se encuentran demasiado sobrepasadas por las emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la síntesis o integración del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la conciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y re-actuaciones conductuales" (p.5-9).

Respecto a las clasificaciones diagnósticas, en el DSM 5 el trauma es definido como cualquier situación en la que una persona se vea expuesta a escenas de muerte real o inminente, lesiones físicas graves o agresión sexual, ya sea en calidad de víctima directa, cercano a la víctima o testigo. Por otro lado, la CIE-11 conceptualiza el trauma como cualquier exposición a una situación estresante de naturaleza excepcionalmente amenazante u horrorizante que probablemente producirá un malestar profundo en la mayoría de las personas (Figuroa, Cortés, Accatino y Sorensen, 2016).

## **BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:**

### **¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?**

De algún modo el trauma surge como consecuencia de intentar evitar el sufrimiento. En palabras de Cermak y Brown (1982), "Ningún dolor es tan devastador como el dolor de una persona que se niega a enfrentar, y ningún sufrimiento es tan duradero como el sufrimiento no reconocido".

El núcleo del trauma, según Lanza (2011), sería la combinación de una experiencia de soledad emocional y temor ante los sucesos adversos, y una falta de consuelo y apego contenedor que le brinde confianza y seguridad y le permita dar sentido a la experiencia perturbadora.

### **TIPOS DE TRAUMAS**

Diversos autores abordan la tipología del trauma, entre ellos estarían: Quintas, (2013), Bifulco y Morán (1998), Orozco (2010) y Lanza, (2011) entre otros.

Lanza (2011) diferencia entre los traumas que tienen lugar en situaciones impersonales como los desastres naturales (incendios, terremotos, etc.), y aquellos que tienen lugar en las relaciones interpersonales. Dentro de la segunda categoría, subdivide entre los que implican a extraños (guerras, violaciones terrorismo o similares), y aquellos que tienen lugar en las relaciones de apego y que son de carácter más prolongado, es decir, son traumas relacionales e incluyen el abandono físico y psicosocial (cognitivo, social y emocional) y el abuso sexual, físico o emocional.

Los traumas relacionales hacen referencia a: trauma complejo, "t", trauma acumulativo, Trastorno de Estrés Postraumático Complejo o al Trastorno de Estrés Extremo (DESNOS). Este tipo de trauma guarda relación con los Trastornos de Apego Reactivo y con el Trastorno de Reacción Social Desinhibida (DSM 5). El trauma simple ("T"), relacionado con los desastres naturales o situaciones que implican a extraños, puede desencadenar un Trastorno de Estrés Postraumático.

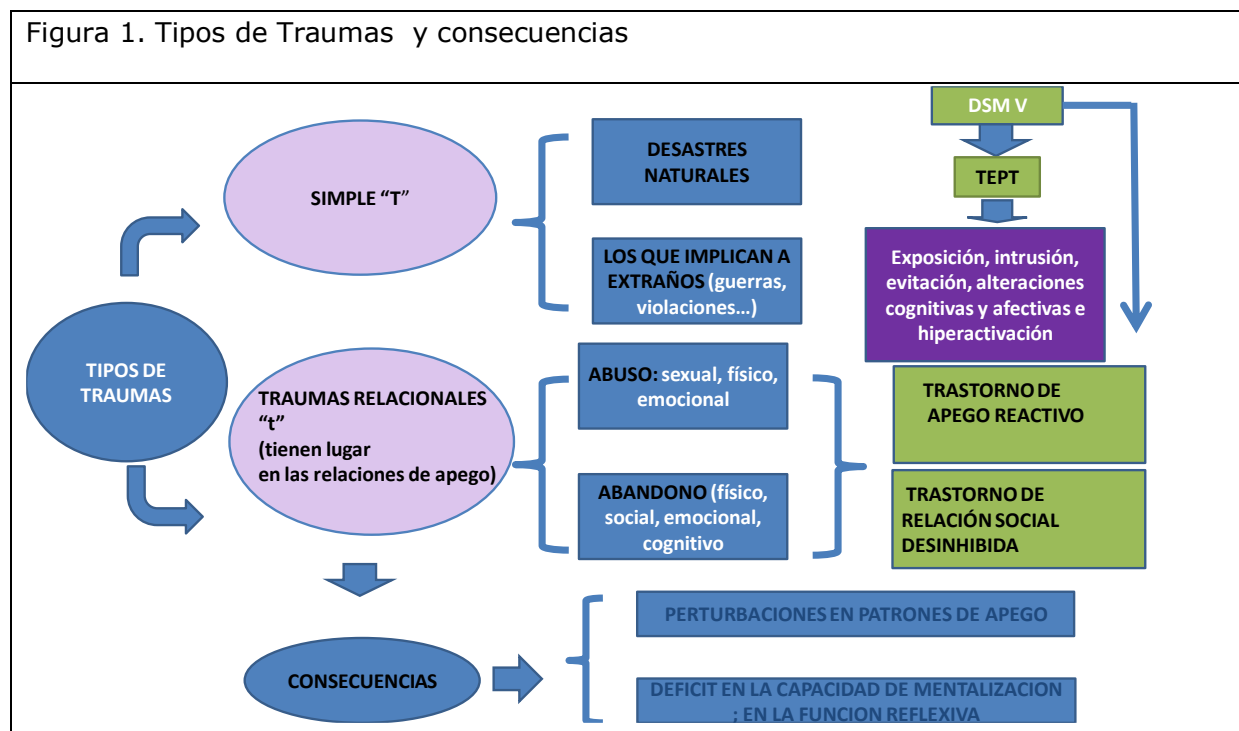
Bifulco y Morán (1998) dentro de los traumas relacionales diferencian:

- a) el abuso físico, sexual y emocional. El abuso emocional incluye el abuso psicológico que implica crueldad (aterrorizar, humillar y degradar, etc.), y la antipatía o rechazo (frialidad, indiferencia).
- b) El abandono físico y el abandono psicosocial (emocional, cognitivo y social).

Según estos autores, los traumas relacionales generan alteraciones en los patrones de apego y en la capacidad de mentalización. (Ver figura 1)

## BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:

### ¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?



Basado en: Bifulco y Moran (1998); Orozco (2010); Lanza (2011).

### TRAUMA Y TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

En una revisión de Narvaz y Oliveira (2009) mencionan las aportaciones de diversos autores respecto a la relación del trauma y el TCA:

- a) Los traumas infantiles sobre todo los sexuales tienen el potencial de desestructurar la personalidad, dañar la imagen de sí mismo y la autoestima y derivar en alteraciones en la percepción de cambios corporales o psíquicos (Garner, Garner y Rosen, 1993).
- b) Aquellas situaciones que implican una ruptura del funcionamiento psíquico normal parecen operar como factores etiológicos de los TCA (Espina 1996).
- c) Las experiencias adversas de la infancia como la depresión parental, la vulnerabilidad a la obesidad y los comentarios negativos repetidos sobre el peso y la apariencia, son los principales factores de riesgo para desarrollo de la BN (Fairburn, Welch, Doll, Davies y O'Connor, 1997).

Según Brewerton (2007), la exposición traumática suele ser más común en TCA bulímico/purgativo frente a los cuadros restrictivos. En pacientes que han sufrido abuso, los síntomas bulímicos son menos fluctuantes en función del estrés, es decir, son más progresivos (Thompson, 2003).

## **BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:**

### **¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?**

El traumatismo simple ("T") se asocia más a BN y los "t" (trauma complejo) con AN. Cuanto más temprano es el trauma, más intenso es el impacto. Un TCA puede surgir años después del episodio traumático, generalmente en un período de transición o de estrés, (pubertad u otras situaciones de cambio). El impacto del acontecimiento traumático estará en función de la edad del paciente en ese momento, la duración del abuso y las consecuencias psicológicas del mismo incluyendo los síntomas disociativos (Juli, 2015). El trauma acumulativo produce los síntomas más severos.

La exposición traumática se asocia a: mayor severidad del TCA, mayor deterioro psicosocial secundario, más comorbilidad psiquiátrica, a una autoimagen más negativa (Backholm, Isomaa y Birgegård, 2013), y se da más en BN con antecedentes de AN (Bardone-Cone et al., 2008). Cuanto mayor es el trauma, mayor es la desinhibición conductual, la inestabilidad afectiva y, posiblemente, se den más síntomas bulímicos (Groelau et al., 2012).

El TCA resulta de las experiencias traumáticas mismas y/ o del ambiente familiar disfuncional que permite que el abuso ocurra o no responde adecuadamente ante el abuso infantil (Messman - More y Scheer Garrigus, 2007).

### **RELACIÓN ENTRE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

La relación entre ambos trastornos difiere según la bibliografía consultada. Para algunos autores, BN y TEPT son trastornos independientes, para otros el TCA deriva del TEPT, y otros consideran que el TEPT sería un mediador entre trauma y BN (Redford, 2003). Otros consideran que el TEPT sería un predictor de gravedad (Wonderlich, Brewerton, Jovic, Dansky y Abbott, 1997; Villarroel, Penelo, Portell y Raich, 2012).

Sifneos (1973) plantea que la superposición entre ambos trastornos se debe a la presencia de síntomas comunes tales como la desregulación de emociones, impulsividad y alexitimia.

Tagay, Schlottbohm, Reyes-Rodríguez, Repic, y Senf, (2014) refieren que un 25.5% de pacientes con BN cumplen criterios para TEPT. A mayor gravedad del TEPT, mayor gravedad de los síntomas alimentarios y más posibilidad de sufrir retraumatización.

Karr et al., (2013) comentan que las pacientes con BN tienen cinco veces más probabilidad de desarrollar un TEPT.

## **BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:**

### **¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?**

#### **MECANISMOS EXPLICATIVOS ¿PARA QUÉ SIRVE LA BN?**

La BN sería una consecuencia de la desregulación emocional, y su fin es afrontar las emociones abrumadoras, negativas o dolorosas (soledad, temor, culpa, vergüenza, impotencia, falta de control (Root y Fallon, 1989; Thompson y Smolak , 2001, Briere y Runtz, 1993; Polivy y Herman, 1993). Los síntomas bulímicos son un modo de manejar la ira (Everill y Waller, 1995), o un mecanismo de afrontamiento evitativo. También pueden ser un modo de regular la angustia del trauma, de restablecer el control y aliviar el estrés (Everill y Waller, 1995; Rohde, et al ,2008), o bien un modo de afrontar pérdidas físicas, psíquicas y espirituales (Thompson, 2003).

La BN puede ser una respuesta a creencias negativas (Briere y Scott, 2007) y a la autocrítica ante la sensación de que el yo está "estropeado" (Waller, 1991; Waller, Hamilton, Rose, Sumra, y Baldwin, 1993; Waller, 1998, Turner y Butler, 2003). Otra utilidad de los síntomas bulímicos, sería actuar de distractores ante las cogniciones negativas y un modo de calmar, adormecer o distraer del recuerdo estresante, (Briere y Spinazzola, 2005) o el dolor psíquico (Thompson y Smolak , 2001).

Para algunos autores la BN sería un mecanismo disociativo (Quintas, 2013) o un medio para inducir disociación o lograr niveles reducidos de autoconciencia, (Heatherton, Baumeister, 1991; Vanderlinden, Vandereycken, van Dyck, y Vertommen, 1993). Mcshane y Zirkel, (2008) entre otros, consideran que la disociación se produce solo durante los síntomas.

Para Steiger et al., (2007), el TCA es un modo de manejar las alteraciones noradrenérgicas, serotoninérgicas y dopaminérgicas que acompañan al recuerdo de eventos traumáticos.

Los síntomas bulímicos pueden ser un modo de "purificación simbólica del yo", permitiendo recuperar el sentido de sí mismo (Everill y Waller, 1995). Se usa el cuerpo como un modo de expresión y de expiación del pecado; el vómito actúa como ritual de limpieza en pacientes con abuso sexual (Juli, 2015).

El intentar tener un cuerpo delgado y no atractivo puede ser una forma de prevenir nuevos abusos, y el fracaso en lograr este objetivo puede derivar en otros comportamientos autodestructivos (Thompson, 2003).

El TCA sería un acto fallido de comunicación, de modo que se expresa con el cuerpo lo que no se puede expresar con palabras. La comida es una forma de lograr la calidez/afecto anhelados (Juli, 2015).

## **BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:**

### **¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?**

#### **TIPOS DE TRAUMAS PRESENTES EN BN**

##### **Abuso sexual**

Existe tres posturas respecto a la relación entre trauma y BN (Narvaz y Oliveira, 2009; Sancí et al., 2008):

- a) El abuso sexual sería un factor de riesgo específico

Las cifras de prevalencia del abuso sexual oscilan entre 7 y 69%. Estas diferencias pueden atribuirse a problemas y diferencias metodológicas, y problemas conceptuales respecto a la definición del abuso sexual (Pope y Hudson, 1992).

Narvaz y Oliveira, (2009) plantean que el abuso sexual es el más frecuente en personas con BN, y tiene un efecto más negativo cuanto menor es la edad del niño/a, si se da de forma repetida, con uso de amenaza y en el contexto familiar.

Un tercio de los abusados desarrollan BN (Wonderlich, Wilsnack, Wilsnack y Harris, 1996). Según Redford (2003), el abuso sexual es tres veces más común entre los bulímicos que en controles.

Para Dansky, Kilpatrick, Brewerton y O'Neil (1997) tiene más impacto la violación infantil que en la adultez; ambas son comunes en BN (Casper y Lyubomirsky, 1997).

Los homosexuales, y sobre todo los bisexuales abusados tienen más riesgo de sufrir BN subclínica y otras alteraciones subclínicas (Felman y Meyer, 2007).

Respecto a la diferencia entre BN y anorexia (AN) en relación al abuso sexual, algunos autores no encuentran diferencias en la prevalencia del abuso sexual entre ambos trastornos. Sin embargo, otros consideran que se da más en BN y en los trastornos bulímico-purgativos que en anorexia restrictiva (ANR) (Wonderlich et al., 1997; Waller, 1991; Sancí et al., 2008; Brewerton et al., 2005; Carretero-García et al., 2012; Smith, 2015; Micali et al., 2017; Carter, Bewell, Blackmore, y Woodside, 2006).

Utzinger et al., (2016) y Redford, (2003) observan que el abuso sexual perpetrado por conocidos era dos veces más prevalente entre las mujeres con anorexia purgativa (ANP). En BN no se observa diferencia respecto a los abusos realizados por desconocidos.

- b) El abuso sexual como factor agravante del TCA

Usar diferentes métodos compensatorios o de purga se asocia más a un pasado traumático (Brewerton, 2005; Redford, 2003). Las abusadas se purgan más, sobre todo las que tienen experiencias múltiples de abuso (Ackard y Neumark-Sztainer, 2003).



## **BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:**

### **¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?**

El abuso sexual se asocia más a una mayor inquietud y preocupación por la imagen corporal (Castellini et al., 2013), y una mayor insatisfacción corporal, junto con más utilización de dietas y purgas (Wonderlich et al., 2000). Las personas abusadas se atracan más, aunque esta asociación está mediatizada por la presencia de depresión (Moyer, DiPietro, Berkowitz y Stunkard, 1997).

El TCA es más grave cuando el abuso es intrafamiliar (Baldo, Wallace y O'Halloran, 1996).

El abuso sexual temprano (antes de los 12 años) suele asociarse con la cronicidad del TCA (Juli, 2015).

Otros autores no observan relación entre abuso sexual y gravedad del TCA (Groot, Kennedy, Rodin y McVey, 1992; Waller 1998).

#### c) No existe relación específica entre abuso sexual y TCA

Algunos autores consideran que el abuso sexual es un factor de riesgo inespecífico y no causal para TCA, que también puede relacionarse con otros trastornos psiquiátricos (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer y Agras, 2004). En otros estudios no se observan diferencias significativas con los controles (Favaro, Dalle Grave y Santonastaso, 1998; Stice, 2002, etc.).

En otros artículos, consideran que la relación está mediada por otros factores como la depresión (Harper, Richter y Gorey, 2009), Trastorno límite de la personalidad o Trastorno de Estrés Postraumático.

#### **Maltrato físico y emocional**

Un cincuenta por ciento de las personas con BN han sufrido maltrato, aunque éste se da también en otros trastornos (Moreno, Selby y Sherre, 1998). La presencia de maltrato se asocia a un comienzo más temprano del TCA, a mayor gravedad del mismo (Molendijk, Hoe, Brewerton y Elzinga, 2017; Monteleone, Scognamiglio, Monteleone, Perillo y Maij, 2014), a una mayor inestabilidad afectiva, impulsividad y también a la presencia de las autolesiones (Moreno et al., 1998). También se asocia con mayor presencia de suicidio en BN (Smith et al., 2016).

Utzinger et al., (2016) refieren que el abuso físico se asocia con todos los TCA, mientras que el abuso emocional es el más frecuente en BN, y afecta indirectamente dificultando la distinción de estados emocionales y las sensaciones de hambre y saciedad.

## **BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:**

### **¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?**

El abuso físico parece tener un impacto directo en la preocupación por el peso y en los atracones, pero también puede afectar indirectamente a TCA a través de la percepción interoceptiva deteriorada (Messman- More y Scheer Garrigus, 2007).

En los padres de pacientes con BN hay un mayor maltrato psicológico materno y paterno (Rorty, Yager y Rossotto, 1994). En el estudio llevado a cabo por estos autores, se observa que en el grupo de BN se dan tasas más elevadas de abusos físicos, psicológicos y múltiples.

#### **Violencia de pareja**

En un estudio de Bundock et al., (2013) refieren que las cifras de prevalencia de la violencia física en BN oscilan entre 22,7%- 40%. En el caso de los varones con BN la cifra para este modo de violencia se eleva hasta el 66.7% (Mitchell, Mazzeo, Schlesinger, Brewerton y Smith, 2012). Respecto a la violencia sexual, la prevalencia según Waller (1991) se situaría en el 15.4%.

Walker (1984), plantea que la violencia de pareja podría ser una forma de revictimización, dado que el 48% de las mujeres víctimas del abuso sexual en la infancia sufren maltrato físico por sus parejas.

#### **Acoso escolar o bullying**

En el análisis prospectivo de Copeland et al., (2015) plantean que el bullying incrementa el riesgo de TCA sobre todo de atracones y vómitos, aunque las asociaciones están mediadas por síntomas depresivos y ansiedad. El impacto del bullying puede deberse a una contribución directa a la autoevaluación negativa (sobre todo si las burlas se centran en el cuerpo), o indirectamente a través de sus efectos emocionales y en la autoestima.

Los acosadores tienen más riesgo de presentar síntomas de bulimia y otros TCA. Las explicaciones podrían ser que se trata de un intento de dominarse a sí mismo o el ambiente, que criticar los defectos ajenos puede sensibilizar sobre las propias deficiencias o puede ser una respuesta a la culpa por acosar a otros.

#### **Disfunciones familiares**

Para algunos autores existe la duda acerca de si se trata de una causa o de una consecuencia del TCA (Messman-More y Scheer Garrigus, 2007.) Un punto de vista común es que las alteraciones en el funcionamiento familiar no provocan un TCA de modo directo pero influyen indirectamente afectando a la regulación emocional y a las actitudes hacia el yo (Wade, Bulick y Kendler, 2001).

## **BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:**

### **¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?**

Según Johnson, Cohen, Kasen y Brook (2002) existe una relación entre revictimización y las relaciones parentales problemáticas.

En un artículo de Micali et al., (2017) plantean que la separación parental o divorcio de los padres en la niñez, la infelicidad infantil, el bajo índice de calor/cuidado materno, y una relación más opresiva con los padres se asocia con más probabilidades de desarrollar ANP, Trastorno por atracón, BN subclínica, AN atípica, y los trastornos purgativos en general. Asimismo, la muerte de un cuidador aumenta hasta siete veces la probabilidad de trastornos purgativos. Según estos autores, las mujeres que han recibido un cuidado materno cálido tienen un 20% menos de riesgo de desarrollar BN.

#### **Otros traumas**

Entre ellos se citan: la inmigración por todas las rupturas que implica, las dificultades económicas, y el afrontamiento de la homosexualidad por las posibles pérdidas de apoyo o situaciones de rechazo (Thompson, 2003).

#### **Politraumatización**

En el trabajo realizado por Messman-More y Scheer Garrigus, (2007) ponen de manifiesto la existencia de varios estudios que señalan la relación entre traumas múltiples y BN (Mitchell et al, 2012; Tagay, Schlegl, y Senf, 2010; entre otros). La politraumatización tendría un efecto acumulativo, a mayor politraumatización, mayor gravedad del TCA y mayor probabilidad de retraumatización.

### **LA BN Y TRAUMA COMO MECANISMOS PERPETUADORES**

Thompson (2003) plantea que los síntomas bulímicos actúan como protectores a corto plazo (alivian el malestar asociado al trauma) pero cuando se generalizan para afrontar otras situaciones adversas, generan problemas físicos y psíquicos a largo plazo. Los síntomas bulímicos suelen asociarse socialmente a la falta de voluntad y de autodisciplina, favoreciendo que el paciente se avergüence y se mine su confianza, al darse cuenta que no puede recuperar el control con la comida. En este capítulo cita a Kearney-Cooke (sin fecha) que plantea que "Los mecanismos que permiten la supervivencia psíquica como un niño abusado se convierten en impedimentos para un enfrentamiento efectivo como adulto".

## **BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:**

### **¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?**

#### **Revictimización**

Un factor perpetuador es la revictimización. Muchos pacientes con traumas infantiles son revictimizados física o sexualmente en la edad adulta. Las mujeres revictimizadas tenían más probabilidades de reportar niveles clínicos de síntomas bulímicos, en comparación con las personas que reportaron violación sin abuso infantil o abuso infantil sin violación en la edad adulta. Es difícil determinar si la revictimización aumenta el riesgo de TCA o si el TCA junto con otros comportamientos impulsivos o autodestructivos aumenta el riesgo de revictimización (Messman-More y Scheer Garrigus, 2007; Chu, 1992).

La revictimización agrava los síntomas traumáticos y la comorbilidad (Classen. Palesh y Aggarwal, 2005).

La victimización repetida se asocia con una reacción exagerada a las amenazas de bajo nivel y también a una falta de reacción apropiada ante una señal de amenaza o riesgo de asalto (Cloitre y Rosenberg, 2006).

El TCA puede ser un modo de revictimización. Además de calmar el dolor, el TCA también es un modo de revivir el trauma, al asumir en sí mismo los papeles de víctima y abusador. La persona proyecta en su cuerpo los sentimientos de culpa, vergüenza y humillación relacionados con el trauma original; éstos pueden ser desencadenados por estímulos o situaciones presentes reales o percibidas, desencadenándose así los síntomas alimentarios. El TCA puede ser en algunos casos una expresión del TEPT (Scheel, 2013).

### **IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS DE LA ASOCIACIÓN BN-TRAUMA**

#### **Dificultades en la relación terapéutica**

Según Chu (1992) las personas que sufren abuso son más desconfiadas, y esto dificulta el establecimiento de una relación terapéutica. En estos casos, son frecuentes las transferencias negativas donde el terapeuta es visto como abusivo o explotador. Por estas razones, hay que cuidarse de reproducir los patrones de abuso o victimización en la relación terapéutica, y el terapeuta debe ser capaz de tolerar los afectos disfóricos. La revictimización puede ser un indicio de una experiencia de abuso infantil reprimida y disociada de la conciencia, pero hay que valorar los beneficios y riesgos de explorar las experiencias abusivas reales.

## **BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:**

### **¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?**

#### **Otras complicaciones**

Estos pacientes tendrían una peor respuesta al tratamiento y una mayor recurrencia sintomatológica (Cumella y Kally, 2008; Vrabel, Hoffart, Rø, Martinsen, Rosenvinge, 2010).

Es importante evaluar la disociación (Jepsen, Langeland y Heredero, 2014) y tener en cuenta que, si no se tratan las causas subyacentes, eliminar los síntomas bulímicos puede derivar en otros como las autolesiones o el abuso de tóxicos para provocar la disociación. Por otro lado, participar en terapia puede exacerbar la respuesta disociativa durante el ciclo atracón-purga, quizás porque se revuelven más las emociones (Mcshane y Zirkel, 2008).

Otras complicaciones serían la mayor frecuencia de abandonos del tratamiento (Rodríguez et al., 2007) y una mayor comorbilidad (Redford, 2003) con TEPT, ansiedad, ideación suicida, autolesiones, trastornos de ansiedad, consumo de sustancias, trastornos depresivos y Trastornos de personalidad.

#### **¿CÓMO ABORDAR LA COMBINACIÓN TRAUMA-BN?**

Existe un debate acerca de si primero abordar el TEPT, tal como plantea Brewerton, (2004) o abordar primero el TCA como refiere Fairburn, (2008).

Como ya se ha comentado con anterioridad, en pacientes resistentes es importante evaluar la disociación (Jepsen, Langeland y Heredero, 2014), dado que si no se tratan las causas subyacentes, eliminar los síntomas bulímicos puede derivar en otros para provocar la disociación (autolesiones o tóxicos).

En pacientes con BN que presentan mayores desregulaciones emocionales, tendrán mayores alteraciones serotoninérgicas y más factores estresantes graves de desarrollo. En estos casos, son más útiles las intervenciones psicofarmacológicas y las terapias centradas en abordar acontecimientos adversos. En las personas con BN que tienen un funcionamiento más normalizado, y sin tanta desregulación emocional son más útiles las intervenciones nutricionales y centradas en los síntomas (Steiger et al., 2007).

Lanza (2011) subraya la importancia de ayudar a las pacientes con bulimia y trauma a desarrollar un self mentalizador.

## **BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:**

### **¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?**

#### **Orden de intervención**

En base a las aportaciones de diferentes autores (Van der Kolk y Ducey, 1989; Chu., 1992; Ursin y Eriksen, 2010), el orden de intervención en pacientes traumatizados sería:

1. Brindar una relación de base segura que servirá de modelo para otras relaciones y crear una atmósfera de seguridad.
2. Frenar la revictimización presente. Esto implica:
  - a) Aprender a protegerse y no involucrarse en situaciones de riesgo.
  - b) Buscar otras actividades alternativas gratificantes.
  - c) Discriminar qué son y cómo establecer relaciones sanas.
  - d) Los psicofármacos pueden reducir la hiperactividad autonómica y facilitar la búsqueda de soluciones adecuadas al estrés actual.
3. Abordar la experiencia traumática original

#### **Otras estrategias a incluir en el tratamiento**

Es importante completar el tratamiento con otras intervenciones tales como: estrategias para mejorar la regulación emocional y el afrontamiento del estrés (Messman - More y Scheer Garrigus, 2007), tratamientos sobre la percepción de la imagen corporal y sobre las consecuencias emocionales y cognitivas del abuso (Ursin y Eriksen, 2010, Sanci et al, 2008; Claes y Vandereycken, 2007), y el tratamiento cognitivo para abordar la autoevaluación negativa y los sentimientos de culpa y vergüenza (Pugh, Taylor, y Berry, 2015).

La terapia de procesamiento cognitivo para TEPT produce mejoría en los síntomas comunes de TCA Y TEPT, pero debe implementarse con técnicas de manejo TCA (Mitchell et al., 2012).

La participación de parientes o amigos en el tratamiento, y las intervenciones terapéuticas encaminadas a reforzar sentido de la coherencia y la autoeficacia contribuyen a la mejoría. (Tagay, Schlottbohm, Reyes Rodríguez, Repic y Mostaza, 2014).

Dado que el trauma se expresa a través del cuerpo puede ser necesario trabajar la experimentación somática (Coker Rosse, 2018).

## **BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:**

### **¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?**

#### **CONCLUSIONES**

La asociación entre trauma y bulimia a la vista de la bibliografía revisada y de la propia experiencia clínica no es casual, pero tampoco se puede afirmar que exista una relación de causa-efecto directa entre trauma y BN, dado el carácter complejo y multicausal de los TCA. Las experiencias traumáticas deben ser entendidos como un factor de riesgo en un modelo etiológico complejo biopsicosocial en el que intervienen otros factores.

Sobre todo en pacientes con BN de carácter multi-impulsivo, es importante contemplar la posibilidad de existencia de experiencias traumáticas y abordar la revictimización. Tanto las experiencias de revictimización como el impacto de los propios síntomas alimentarios pueden ser mecanismos perpetuadores de la BN.

Es necesario realizar un tratamiento integral y multidisciplinar para manejar con éxito la bulimia y la comorbilidad asociada (incluidas las experiencias traumáticas) que combine tanto intervenciones farmacológicas como psicoterapéuticas (por ejemplo, cognitivo-conductuales, de grupo y familiares).

El tratamiento exitoso debe tratar el abuso de sustancias, la comorbilidad, síntomas de TEPT y el comportamiento autodestructivo. Con frecuencia, el objetivo del tratamiento incluye superar los patrones a largo plazo de auto-revictimización y ayudar a desarrollar estrategias adecuadas de afrontamiento (Redford, 2003).

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ackard, D.M., y Neumark-Sztainer, D. (2003). Multiple sexual victimizations among adolescent boys and girls: prevalence and associations with eating behaviors and psychological health. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(1), 17-37.
2. American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
3. Backholm, K., Isomaa, R., y Birgegård, A. (2013). The prevalence and impact of trauma history in eating disorder patients. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.22482.
4. Baldo, T.D., Wallace, S.D., y O'Halloran, M.S. (1996). Effects of intrafamilial sexual assault on eating behaviors. *Psychological Report*, 79(2), 531-536.
5. Bardone-Cone, A.M., Maldonado, C.R., Crosby, R.D., Mitchell, J.E., Wonderlich, S.A., Joiner, T.E. Jr.,... le Grange D. (2008). Revisiting differences in individuals with

## BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:

### ¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?

- bulimia nervosa with and without a history of anorexia nervosa: Eating pathology, personality, and maltreatment. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 697-704. doi: 10.1002/eat.20567.
6. Bifulco, A., y Moran, P.M. (1998). *Wednesday's Child: Research into women's experience of neglect and abuse in childhood and adult depression*. London, England: Routledge.
  7. Brewerton, T.D. (2004). Eating disorders, victimization, and comorbidity: Principles of treatment. In T. D. Brewerton (Ed.), *Clinical Handbook of Eating Disorders: An Integrated Approach* (pp. 509-545). New York, Estados Unidos: Marcel Decker.
  8. Brewerton, TD (2004). Trastornos alimenticios, victimización y comorbidez: principios
  9. de tratamiento. En t.D. Brewerton (Ed.), *Manual clínico de trastornos alimentarios:*
  10. Un enfoque integrado (págs. 509–545). Nueva York: Marcel Dekker, Inc
  11. Brewerton, T.D. (2005). Psychological trauma and eating disorders. *Review of Eating Disorders*, 1, 137–154.
  12. Brewerton, T.D. (2007). Eating disorders, trauma and comorbidity: focus on PSDT. *Eating Disorders*, 15(4), 285-304.
  13. Briere, J., y Runtz, M. (1993). Childhood Sexual Abuse: Long-Term Sequelae Implications for Psychological Assessment. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(39), 12-30. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/088626093008003002>.
  14. Briere, J, y Scott, C. (2007). Assessment of trauma symptoms in eating-disordered populations. , *Eating Disorder*, 15 (4), 347-58.
  15. Briere, J., y Spinazzola, J. (2009). Assessment of the sequelae of complex trauma: Evidence-based measures. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*, (p. 104–123). Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
  16. Bundock, L., Howard, L.M., Trevillion, K., Malcolm, E., Feder, G., y Oram, S. (2013). Prevalence and risk of experiences of intimate partner violence among people with eating disorders: a systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 4(9), 1134-42. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.04.014.



## BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:

### ¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?

17. Carretero-García, A., Sánchez, L., Doval, E., Rusiñol, J., Raich, R.M., y Vanderlinden, J. (2012). Repeated traumatic experiences in eating disorders and their association with eating symptoms. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17, 267–273. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/BF03325137>.
18. Carter, J.C., Bewell, C., Blackmore, E., y Woodside, D.B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 257-6.
19. Casper, R.C., y Lyubomirsky, S. (1997). Individual psychopathology relative to reports of unwanted sexual experiences as predictor of a bulimic eating pattern. *International Journal of Eating Disorders*. 21(3), 229-236.
20. Castellini, G., Lo Sauro, C., Lelli, L., Godini, L., Vignozzi, L., Rellini, A.H.,...Ricca, V. (2013). Childhood sexual abuse moderates the relationship between sexual functioning and eating disorder psychopathology in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a 1-year follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(9), 2190-200. doi: 10.1111/jsm.12232.
21. Chu, J. A. (1992). The revictimization of adult women with histories of childhood abuse. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 1 (3), 259–269.
22. Cermak T.L., y Brown, S. (1982). Interactional group therapy with the adult children of alcoholics. *International Journal of Group Psychotherapy*, 32(3), 375-89.
23. Claes, L., y Vandereycken, W. (2007). "Self-injurious behavior: Differential diagnosis and functional differentiation": Erratum. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 394, Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.004>.
24. Classen, C.C., Palesh, O.G., y Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse*, 6 (2), 103-29.
25. Cloitre, M., Rosenberg, A. (2006). Sexual Revictimization: Risk Factors and Prevention. In V. M. Follette & J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (p. 321–361), Nueva York. Estados Unidos: The Guilford Press.
26. Coker Ross, C. (2018). *Is Unresolved Trauma Preventing a Full Eating Disorder Recovery?* Recuperado de <https://psychcentral.com/blog/is-unresolved-trauma-preventing-a-full-eating-disorder-recovery/>.
27. Copeland, W.E., Bulik, M.C., Zucker, N., Wolke, D., Lereya, S. T., y Costello, J.E. (2015). Is childhood bullying involvement a precursor of eating disorder symptoms?

## BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:

### ¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?

- A prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1141-1149. doi:10.1002/eat.22459.
28. Cumella, E.J., Kally, Z.(2008). Profile of 50 women with midlife-onset eating disorders. *Eating Disorders*, 16(3), 193-203. doi: 10.1080/10640260802016670.
  29. Dansky, B.S. , Brewerton, T.D. , Kilpatrick, D.G. , y O'Neil, P.M. (1997) .The National Women's Study: relación de victimización y trastorno de estrés postraumático con bulimia nerviosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(3), 213-28.
  30. Espina, A. (1996). Terapia familiar sistémica en la anorexia nervosa: el modelo sistémico. En A. Espina & B. Pumar (Eds.), *Terapia familiar sistémica: teoría, clínica, investigación* (pp. 153-183). Madrid, España: Fundamentos.
  31. Everill, J. T., y Waller, G. (1995). Reported sexual abuse and eating psychopathology: A review of the evidence for a causal link. *International Journal of Eating Disorder*, 18 (1), 1-11.
  32. Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., y O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archive of General Psychiatry*, 54, 509-517.
  33. Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Nueva York, Estados Unidos, Guilford Pres.
  34. Favaro, A., Dalle Grave, R., y Santonastaso, P. (1998). Impact of a history of physical and sexual abuse in eating disordered and asymptomatic subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 5, 358-63.
  35. Felman M.B., y Meyer, I.H., (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 218-26.
  36. Figueroa, R.A., Cortés, P.F., Accatino, L., y Sorensen, F. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista médica de Chile*, 144(5) <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500013>.
  37. Garner, D. M., Garner, M. V., y Rosen, L. W. (1993). Anorexia nervosa "restrictors" who purge: Implications for subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 171-185.
  38. Groot, J., Kennedy, S., Rodin, G., McVey , G. (1992). Correlates of sexual abuse in woman with anorexia nervosa and bulimia nervosa, *Can, J.Psychiatry*, 37, 516-518.

## BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:

### ¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?

39. Groleau, P., Steiger, H., Bruce, K.R., Israel, M., Sycz, L., Ouellette, A., y Badawi, G., (2012). Childhood emotional abuse and eating symptoms in bulimic disorders: an examination of possible mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 326-332. doi: 10.1002/eat.20939.
40. Harper, K., Richter, N.L., y Gorey, K.M. (2009). Group work with female survivors of childhood sexual abuse: evidence of poorer outcomes among those with eating disorders. *Eating Behaviors*, 10(1):45-8. doi: 10.1016/j.eatbeh.2008.08.001.
41. Heatherton, T.F., y Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*. 110(1), 86-108.
42. Hervías, P., Maroto, L., y Benítez, M. (2017). Trastorno de estrés postraumático complejo. *Acta monográfica del Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría - INTERPSIQUIS 2017* - ISBN: 978-84-945449-2-7, volumen XVIII, España.
43. Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H.C., y Agras, W.S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy, *Psychological Bulletin*, 130(1),19-65.
44. Janet, P. (1919). *Psychological healing*. Nueva York, Estados Unidos: Mcmillan (obra original publicada en 1894).
45. Jepsen, E.K., Langeland, W., y Heredero, T. (2014). Early traumatized inpatients high in psychoform and somatoform dissociation: characteristics and treatment response. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(5), 572-87. doi: 10.1080/15299732.2014.924461.
46. Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., y Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159, 394-400. doi: 10.1176/appi.ajp.159.3.394.
47. Juli, M.R. (2015). Can Violence cause Eating Disorders? *Psichiatria Danubina*, 27(1), 336-338.
48. Karr, T.R., Crosby, R.D., Li Cao, M.S., Engel, S.G., Mitchell, J.E., Simonich, H., y Wonderlich,, S.A. (2013). Posttraumatic Stress Disorder as a Moderator of the Association Between Negative Affect and Bulimic Symptoms: An Ecological Momentary Assessment Study. *Comprehensive Psychiatry*, 54(1), 61-69, doi : 10.1016/j.comppsy.2012.05.011.

## **BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:**

### **¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?**

49. Lanza Castelli, G. (2011). *Mentalización: aspectos teóricos y clínicos*. Presentado en el Congreso de Interpsiquis.
50. Mcshane, JM., y Zirkel, S., (2008). Dissociation in the binge-purge cycle of bulimia nervosa. *Journal of Trauma Dissociation*, 9(4), 463-79.
51. Messman-Moore, T.L., y Scheer Garrigus, A. (2007). The Association of Child Abuse and Eating Disorder Symptomatology: The Importance of Multiple Forms of Abuse and Revictimization. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*, 14(3), 51-72.
52. Micali, N., Martini, M.G., Thomas, J.J., Eddy, K.T., Kothari R., Russell, E., Bulik, C.M., y Treasure, J. (2017). Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors. *BMC Medicine*, 15(1), 12. doi: 10.1186/s12916-016-0766-4.
53. Mitchell, K.S., Mazzeo, S.E., Schlesinger, M.R., Brewerton, T.D., y Smith, B.N. (2012). Comorbidity of partial and subthreshold PTSD among men and women with eating disorders in the national comorbidity survey-replication study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3):307-15. doi: 10.1002/eat.20965.
54. Molendijk, M.L., Hoe, H.W., Brewerton, T.D., y Elzinga, B.M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine*, 19, 1-15. doi: 10.1017/S003329171600356.
55. Monteleone, P., Scognamiglio, P., Monteleone, A.M., Perillo, D., y Maj, M. (2014). Cortisol awakening response in patients with anorexia nervosa or bulimia nervosa: relationships to sensitivity to reward and sensitivity to punishment. *Psychological Medicine*, 44(12):2653-60. doi: 10.1017/S0033291714000270.
56. Moreno J.K., Michael J. Selby, M.J., y Sheree, N. (1998). Psicopatología en mujeres con trastornos de alimentación con abuso sexual y abuso sexual, psicoterapia en la práctica privada, 17(2), 1-9. doi: 10.1300 / J294v17n02\_01.
57. Moyer, D.M., DiPietro, L., Berkowitz, R.I., y Stunkard, A.J. (1997) . Childhood sexual abuse and precursors of binge eating in an adolescent female population. *International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 23-30.
58. Narvaz, M., y Oliveira, L. (2009). A Relação entre Abuso Sexual e Transtornos Alimentares: Uma Revisão. A Relação entre Abuso Sexual e Transtornos Alimentares: Uma Revisão. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(1), 22-29.

## BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:

### ¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?

59. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 11)*. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
60. Orozco, A. (2010). *Especificidad de la memoria autobiográfica y experiencias traumáticas; el rol del género y el apoyo social en las narrativas de recuerdos autobiográficos*, Universidad de Sevilla, España.
61. Polivy, J., y Herman, C. P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (p. 173–205). Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
62. Pope, H. G., y Hudson, J. I. (1992). Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *The American Journal of Psychiatry*, 149, 455-463.
63. Pugh, L.R., Taylor, P.J. y Berry, K. (2015). The role of guilt in the development of post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 182, 138-150.
64. Quintas Pavía, G. (2013). Bulimia nerviosa, ¿Trastorno o criterio? Revisión etiológica de la bulimia nerviosa: a propósito de un grupo de apoyo. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3(1), ISSN: 2253-749X.
65. Redford, J., (2003). Bulimia May Be Linked to Sexual Abuse. *En Loreta M. Medina, Book Editor, Bulimia*, (pp. 40-45), Nueva York, Estados Unidos: Greenhaven Press.
66. Rohde, P., Ichikawa, L., Simon, G. E., Ludman E., J., Linde J.A., Jeffery R.W., y Operskalski, B. H. (2008). Associations of child sexual and physical abuse with obesity and depression in middle-aged women. *Child Abuse Neglect*, 32, 878-887.
67. Rodríguez, M., J. Gempeler, J., Pérez, V., Solano, S., Meluk, A., y Liemann, E., (2007). Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: Análisis de narrativas en mujeres con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 237-254.
68. Root, M. P., y Fallon, P. (1989). Treating the victimized bulimic: The functions of binge-purge behavior. *Journal of Interpersonal Violence*, 4(1), 90–100.
69. Rorty, M., Yager, J., Rossotto, E. (1994). Childhood sexual, physical, and psychological abuse in bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 151 (8), 1122-1126.

## BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:

### ¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?

70. Sanci, C., Coffey, C., Olsson, S., Reid, J.B., Carlin, J.B., y Patton, G. (2008). Childhood sexual abuse and eating disorders in females: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 162, 261-267.
71. Scheel, J. (2013). PTSD and Eating Disorders. How symptomatology recreates the roles of abuser & abused. Recuperado de <https://www.psychologytoday.com/intl>.
72. Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 22(2), 255-62.
73. Smith, C.E., Pissetsky, E.M., Wonderlich, S.A., Crosby, R.D., Mitchell, J.E., Joiner, T.E.,... Peterson, C. (2016). Is childhood trauma associated with lifetime suicide attempts in women with bulimia nervosa? *Eat Weight Disord*. 21(2), 199-204. doi: 10.1007/s40519-015-0226-8.
74. Steiger, H., Richardson, J., Joober, R., Gauvin, L., Israel, M., Bruce, K.,... Young, S. (2007). The 5HTTLPR polymorphism, prior maltreatment and dramatic-erratic personality manifestations in women with bulimic syndromes. *J Psychiatr Res.*, 32,354-362.
75. Stice E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-48.
76. Tagay S., Schlegl, S., y Senf, W. (2010). Traumatic events, posttraumatic stress symptomatology and somatoform symptoms in eating disorder patients. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 124-32. doi: 10.1002/erv.972.
77. Tagay, S., Schlottbohm, E. , Reyes Rodríguez, M.L., Repic, N., y Mostaza, W. (2014). Eating disorders, trauma, PTSD, and psychosocial resources. *Eating Disorders Review*, 22(1), 33-49. doi: 10.1080/10640266.2014.857517.
78. Thompson, J. K., y Smolak, L. (Eds.). (2001). *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. American Psychological Association. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/10404-000>.
79. Thompson, B.W. (2003). Bingeing and Dieting as Methods of Coping with Pain. En *Loreta M. Medina, Book Editor, Bulimia*, (pp. 46-53), Nueva York, Estados Unidos: Greenhaven Press.

## BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:

### ¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?

80. Turner, H.A, y Butler, M. (2003). Direct and Indirect Effects of Childhood Adversity on Depressive Symptoms in Young Adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 89-103.
81. Ursin, H., y Eriksen, H.R. (2010). Cognitive activation theory of stress (CATS). *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 34(6), 877-81. doi: 10.1016/j.
82. Utzinger, L.M. , Haukebo, J.E ., Simonich, H. , Wonderlich, S.A., Cao, L. , Lavender, J.M.,... y Crosby R.D .(2016). A latent profile analysis of childhood trauma in women with bulimia nervosa: Associations with borderline personality disorder psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 49(7), 689-94. doi: 10.1002/eat.22532.
83. Van der Kolk, B. A., y Ducey, C.P. (1989). The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 2, 259 – 274. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/BF00976231>.
84. Vanderlinden, J., Vandereycken, W., van Dyck, R., y Vertommen, H. (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 187-193. doi:10.1002/109.
85. Villarroel, A., Penelo, E., Portell, M., y Raich, R. (2012). Childhood sexual and physical abuse in Spanish female undergraduates: does it affect eating disturbances?. *European Eating Disorders Review*, 20, 32-4.
86. Vrabel, K.R., Hoffart, A., Rø, O., Martinsen, E.W., y Rosenvinge, J.H. (2010). Co-occurrence of avoidant personality disorder and child sexual abuse predicts poor outcome in long-standing eating disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(3), 623-9. doi: 10.1037/a0019857.
87. Wade, T.D., Bulick, C.M., y Kendler, K.S. (2001). Investigation of quality of the parental relationship as a risk factor for subclinical bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 30(4), 389-400. doi: 10.1002 / eat.1100.
88. Walker, R.L. (1984). Battered women, psychology, and public policy. *The American Psychologist*, 39(10), 1178-82.
89. Waller, G. (1991). Sexual abuse as a factor in eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 159, 664-671.

## **BULIMIA NERVIOSA Y TRAUMA:**

### **¿ASOCIACIÓN CASUAL O MECANISMO PERPETUADOR?**

90. Waller, G., Hamilton, K., Rose, N., Sumra, J., y Baldwin, G. (1993). Sexual abuse and body-image distortion in the eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(3), 350-352.
91. Waller, G. (1998). Perceived control in eating disorders: Relationship with reported sexual abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 23(2), 213-216.
92. Wonderlich, S. A., Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., y Harris, T. (1996). Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample. *American Journal of Public Health*, 86(8), 1082- 1086.
93. Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jolic, Z., Dansky, B. S., y Abbott, D. W. (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1107-1115.
94. Wonderlich, S.A. , Crosby, R.D. , Mitchell, J.E. , Roberts, J.A. , Haseltine, B. , DeMuth, G. , y Thompson, K.M. (2000). Relationship of childhood sexual abuse and eating disturbance in children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(10),1277-83.