

bulimia nerviosa – bulimia nervosa

Authored by
memjavad

November 11, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *bulimia nerviosa – bulimia nervosa*. Spanish Psychological Databases.
Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=3782>

Bulimia Nerviosa

Primary Disciplinary Field(s): Psiquiatría, Psicología Clínica, Medicina Interna

1. Definición Central

La bulimia nerviosa (BN) es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) caracterizado por la presencia recurrente de episodios de ingesta excesiva de alimentos, conocidos como atracones, seguidos por comportamientos compensatorios inapropiados y extremos destinados a evitar el aumento de peso. Estos comportamientos compensatorios pueden ser de tipo purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos o enemas) o no purgativo (ayuno estricto o ejercicio físico excesivo). A diferencia de la [anorexia nerviosa](#), la bulimia nerviosa no requiere la presencia de un peso corporal significativamente bajo para el diagnóstico, aunque la preocupación por el peso y la figura es central en la psicopatología de ambos trastornos.

El diagnóstico de la bulimia nerviosa, según los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), exige que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurran, en promedio, al menos una vez a la semana durante un período mínimo de tres meses. Un aspecto crucial que distingue la bulimia nerviosa de otros trastornos relacionados, como el trastorno por atracón, es la presencia indispensable de estas conductas compensatorias. La persona con bulimia nerviosa experimenta una profunda sensación de pérdida de control durante el atracón, lo cual genera una intensa angustia y culpa que solo puede ser mitigada temporalmente mediante la purga o la restricción subsiguiente.

Es fundamental entender que la bulimia nerviosa no es simplemente un problema de hábitos dietéticos o de vanidad, sino un trastorno mental grave con implicaciones médicas potencialmente mortales. La naturaleza cíclica de la enfermedad --restricción, tensión, atracón, culpa, purga-- establece un patrón destructivo que afecta la salud física, el funcionamiento social y la estabilidad emocional del individuo. La autoestima de quien padece BN está excesivamente ligada a su percepción de su forma y peso corporales, lo que perpetúa el ciclo de insatisfacción y la necesidad de control compensatorio.

2. Etimología y Desarrollo Histórico

El término **bulimia** proviene del griego *bous* (buey, grande) y *limos* (hambre), traducándose literalmente como "hambre de buey" o "hambre voraz". Aunque el concepto de ingesta excesiva seguida de purga tiene raíces históricas que se remontan a la antigüedad --donde se registraban patrones similares en contextos religiosos o sociales, como los banquetes romanos seguidos de vómito--, su reconocimiento como una entidad clínica diferenciada es relativamente reciente. Durante siglos, los síntomas de la bulimia se confundieron o se consideraron variantes de otras afecciones, especialmente la anorexia nerviosa.

El hito crucial en la formalización de la bulimia nerviosa como diagnóstico independiente ocurrió en 1979, gracias al trabajo del psiquiatra británico Gerald Russell. Russell describió una "variante ominosa de la anorexia nerviosa" en la que los pacientes presentaban episodios de sobreingesta seguidos de vómito autoinducido o abuso de laxantes, manteniendo un peso corporal dentro del rango normal o ligeramente superior, a diferencia de la extrema delgadez de los pacientes anoréxicos. Esta descripción clínica meticulosa permitió que la condición fuera incluida formalmente en el DSM-III en 1980, inicialmente bajo el nombre de "Bulimia".

Con las revisiones posteriores, particularmente el DSM-IV (1994) y el DSM-5 (2013), la definición se ha refinado para enfatizar la naturaleza de la pérdida de control durante el atracón y la frecuencia de las conductas compensatorias, estableciendo criterios más rigurosos para su diagnóstico. El reconocimiento de la BN como una patología distinta ha sido vital para el desarrollo de tratamientos específicos, ya que las intervenciones que funcionan para la anorexia nerviosa no siempre son efectivas para la bulimia, y viceversa. Este desarrollo histórico subraya la evolución de la comprensión psiquiátrica de los trastornos alimentarios, moviéndose de una visión unitaria a una diferenciación basada en patrones de comportamiento y estado nutricional.

3. Características Clínicas y Diagnósticas

Las características clínicas de la bulimia nerviosa se centran en dos patrones de comportamiento interconectados y en una distorsión cognitiva fundamental. El primer patrón es el **atracón recurrente**, definido objetivamente como la ingesta de una cantidad de comida significativamente mayor de lo que la mayoría de las personas comería en un período de tiempo similar (generalmente dos horas), acompañado por una sensación de pérdida total de control sobre la ingesta. Durante el atracón, la persona a menudo consume alimentos que normalmente evitaría, ingiriéndolos rápidamente y con una sensación de disociación o anestesia emocional.

El segundo componente esencial son las **conductas compensatorias inapropiadas**. Estas conductas son un intento desesperado por revertir los efectos calóricos del atracón y aliviar la angustia asociada. El método compensatorio más común es el vómito autoinducido, pero también incluye el uso indebido de laxantes, diuréticos, o enemas. La otra categoría principal de compensación es el abuso de ejercicio físico (ejercicio que interfiere con actividades importantes o que se realiza en momentos inapropiados, como estando lesionado) o períodos prolongados de ayuno. El DSM-5 no distingue entre los subtipos purgativo y no purgativo como lo hacía el DSM-IV, pero ambos patrones siguen siendo relevantes para la planificación del tratamiento.

Finalmente, la característica cognitiva central es la **influencia excesiva del peso y la figura en la autoevaluación**. La persona con bulimia nerviosa basa su valor personal casi exclusivamente en su capacidad para controlar su alimentación y mantener una figura delgada. Esta distorsión cognitiva es la fuerza motriz detrás de la restricción inicial, la culpa posterior al atracón y la

necesidad de conductas compensatorias. Estos tres pilares (atracones, compensación y autoevaluación distorsionada) deben presentarse con una frecuencia mínima de una vez por semana durante tres meses para establecer el diagnóstico clínico de bulimia nerviosa.

4. Comorbilidad y Riesgos Asociados

La bulimia nerviosa rara vez se presenta de forma aislada. La comorbilidad psiquiátrica es la regla, no la excepción, lo que complica tanto el diagnóstico como el tratamiento. Los trastornos del estado de ánimo, especialmente la **depresión mayor**, son extremadamente comunes, afectando a más de la mitad de los pacientes con BN. De manera similar, los trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad social, a menudo coexisten. Esta superposición indica que la bulimia puede ser vista, en parte, como un mecanismo de afrontamiento disfuncional para regular emociones negativas subyacentes.

Además de los trastornos del estado de ánimo, existe una alta prevalencia de trastornos de personalidad, particularmente el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), caracterizado por impulsividad y desregulación emocional, lo cual se relaciona directamente con la pérdida de control durante los atracones. El abuso de sustancias, especialmente el alcohol y los estimulantes, también es significativamente más alto en individuos con bulimia nerviosa que en la población general. Estos trastornos comórbidos aumentan el riesgo de hospitalización, dificultan la adherencia al tratamiento y elevan drásticamente la tasa de intentos de suicidio.

Los riesgos médicos asociados a la bulimia nerviosa son extensos y potencialmente letales, principalmente debido a las conductas purgativas. El vómito autoinducido crónico puede causar **desequilibrios electrolíticos** graves, como hipopotasemia (niveles bajos de potasio), que pueden provocar arritmias cardíacas fatales. Otros problemas incluyen la erosión del esmalte dental (debido al ácido estomacal), inflamación crónica de las glándulas salivales (parotidomegalia), esofagitis, y, en casos raros, la rotura esofágica (síndrome de Mallory-Weiss o, más grave, el síndrome de Boerhaave). El uso crónico de laxantes puede llevar a la dependencia intestinal y a daños permanentes en el colon. El reconocimiento y la gestión de estos riesgos médicos son prioritarios en cualquier plan de tratamiento.

5. Etiología y Factores de Riesgo

La etiología de la bulimia nerviosa es **multifactorial**, es decir, resulta de la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Desde una perspectiva biológica, la investigación sugiere una predisposición genética. Los estudios de gemelos indican que la heredabilidad de los TCA es significativa, aunque no se ha identificado un gen único responsable. Se han investigado anomalías en los sistemas de neurotransmisores, particularmente la serotonina, que está implicada en la regulación del apetito, el estado de ánimo y la impulsividad,

todos ellos factores relevantes en la bulimia.

Los factores psicológicos juegan un papel crucial. Rasgos de personalidad como el **perfeccionismo**, la baja autoestima, la impulsividad y la dificultad para manejar el estrés y las emociones negativas (desregulación emocional) son comunes entre los pacientes con BN. Muchos individuos utilizan la comida y las conductas compensatorias como una forma de modular estados emocionales intensos. El ciclo de atracón y purga puede proporcionar un alivio temporal de la ansiedad o la depresión, reforzando así el comportamiento patológico. Experiencias traumáticas previas, como el abuso sexual o físico en la infancia, también se consideran factores de riesgo significativos.

Quizás los factores más influyentes y visibles son los **socioculturales**. La bulimia nerviosa es notablemente más prevalente en culturas occidentales donde la delgadez es hipervalorada y equiparada con el éxito, la felicidad y la competencia. La presión mediática y social para alcanzar un ideal corporal irrealista (la "delgadez normativa") actúa como un potente desencadenante, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. La internalización de este ideal de delgadez, combinada con la insatisfacción corporal, a menudo conduce a dietas restrictivas. Paradójicamente, la restricción dietética es el factor de riesgo más importante para el desarrollo del atracón, ya que la privación biológica y psicológica aumenta la probabilidad de pérdida de control.

6. Modalidades de Tratamiento

El tratamiento de la bulimia nerviosa requiere un enfoque multidisciplinario que combine intervenciones psicológicas, nutricionales y, a menudo, farmacológicas, y debe ser adaptado a la gravedad de la enfermedad y la presencia de comorbilidades. La **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)** es considerada el tratamiento psicológico de primera línea con mayor evidencia empírica para la BN.

La TCC para la bulimia nerviosa (TCC-BN) se enfoca en tres etapas principales. Inicialmente, se busca interrumpir el ciclo de atracones y purgas mediante la normalización de los patrones de alimentación (estableciendo comidas y refrigerios regulares). En la segunda etapa, se abordan las cogniciones disfuncionales, desafiando la sobrevaloración del peso y la figura corporal y enseñando estrategias de afrontamiento para lidiar con el estrés sin recurrir a la comida o la purga. Finalmente, la fase de prevención de recaídas se centra en identificar y manejar situaciones de alto riesgo. La TCC es altamente estructurada y generalmente se administra en un formato ambulatorio.

Otras terapias psicológicas efectivas incluyen la **Terapia Interpersonal (TIP)**, que se centra en mejorar las relaciones interpersonales y resolver problemas en áreas clave de la vida que pueden estar contribuyendo a los síntomas de la bulimia, y la Terapia Dialéctico-Conductual (TDC), que

puede ser útil cuando existe alta comorbilidad con la impulsividad o el TLP. En cuanto al tratamiento farmacológico, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina, han demostrado ser eficaces para reducir la frecuencia de los atracones y los vómitos, así como para tratar la depresión y la ansiedad comórbidas. Sin embargo, los medicamentos generalmente se utilizan como coadyuvantes de la terapia psicológica.

7. Significado e Impacto Sociocultural

El impacto de la bulimia nerviosa trasciende la esfera individual, afectando significativamente la salud pública y la dinámica social. La prevalencia de la BN es notablemente más alta en mujeres jóvenes, aunque las tasas en hombres están aumentando. La enfermedad impone una carga económica sustancial debido a los costos del tratamiento médico y psiquiátrico, las hospitalizaciones por complicaciones y la pérdida de productividad laboral o académica.

Desde una perspectiva sociocultural, la bulimia nerviosa sirve como un indicador de la patología en la relación de la sociedad moderna con la comida, el cuerpo y el control. El trastorno se nutre de la **cultura de la dieta**, que promueve la creencia de que la restricción es el camino hacia la perfección, mientras que simultáneamente expone a los individuos a un entorno de abundancia alimentaria. La bulimia encapsula la tensión entre el deseo biológico de comer y la presión cultural de ser delgado.

El estigma asociado a los trastornos alimentarios también tiene un impacto profundo. Muchos individuos con bulimia nerviosa mantienen sus comportamientos en secreto debido a la vergüenza y el miedo al juicio, lo que retrasa la búsqueda de ayuda y exacerba el aislamiento social. La comprensión de la BN como una enfermedad mental grave, y no como una elección o falta de voluntad, es crucial para fomentar la detección temprana, la intervención compasiva y la implementación de políticas de salud pública que aborden los factores de riesgo ambientales.

8. Debates y Controversias

A pesar de décadas de investigación, la bulimia nerviosa sigue siendo objeto de varios debates clínicos y diagnósticos. Una controversia importante se centra en el **solapamiento diagnóstico** con otros TCA. Por ejemplo, la distinción entre el Trastorno por Atracón (TA) y la BN es clara (la BN incluye compensación), pero el debate se centra en si las categorías capturan adecuadamente la variabilidad de la presentación clínica. Además, algunos pacientes con anorexia nerviosa de tipo purgativo presentan síntomas que se superponen significativamente con la bulimia, lo que plantea preguntas sobre la necesidad de una mayor integración de los espectros de la enfermedad.

Otro debate significativo gira en torno a la eficacia y la accesibilidad de los tratamientos. Si bien la TCC es el estándar de oro, su disponibilidad es limitada, y muchos pacientes no responden

completamente o experimentan recaídas. Esto ha impulsado la investigación hacia nuevas terapias, como la Terapia de Mejora Unificada (Enhanced Cognitive Behavior Therapy - CBT-E), que trata todos los TCA de manera transdiagnóstica, abordando los mecanismos psicopatológicos centrales en lugar de los síntomas superficiales.

Finalmente, existe una discusión continua sobre la **etiología cultural**. Mientras que la BN es una enfermedad moderna ligada a la presión de la delgadez, algunos críticos argumentan que el enfoque excesivo en los factores socioculturales puede minimizar los factores neurobiológicos y genéticos subyacentes. El desafío para la investigación futura es integrar estos modelos etiológicos en un marco coherente que permita el desarrollo de tratamientos más personalizados y efectivos para esta compleja enfermedad.

Lecturas Adicionales

[Bulimia Nerviosa \(Wikipedia en Español\)](#)

[American Psychiatric Association \(APA\) - Información sobre Bulimia](#)

[National Institute of Mental Health \(NIMH\) - Trastornos de la Conducta Alimentaria](#)