

Impulsividad en la bulimia nerviosa y psicoterapia dinámica.

Alberto Espina Eizaguirre
Psiquiatra. Psicoterapeuta
Centro de Psicoterapia y
Estudio de la Familia. Málaga

Cuadernos de Terapia Familiar. 66, 119-128. 2007

1. Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos multideterminados en los que los niveles biológico, psicológico y social influyen decididamente en su aparición y mantenimiento. A **nivel biológico** las alteraciones que se producen en el organismo debido a la malnutrición y las conductas purgativas deben ser tenidas en cuenta para no confundir las manifestaciones psicológicas debidas a alteraciones somáticas con trastornos de la personalidad, ni con interacciones familiares disfuncionales. Por otro lado el abordaje puramente somático es necesario, ya sea normalizando las constantes vitales, recetando fármacos psicótopos, o regulando una dieta adecuada. A **nivel psicológico** las alteraciones de la personalidad previa, una deficiente autoimagen y baja autoestima que se asientan sobre una base depresiva, se ven incrementadas por las conductas alimentarias disfuncionales. Estas alteraciones psicológicas deben ser estudiadas en detalle para incluirlas como objetivo terapéutico (Espina, 2003). A **nivel social**, la moda de la delgadez y el éxito en la sociedad occidental, hace que personas susceptibles sean más vulnerables a padecer trastornos alimentarios. Por otro lado, las **relaciones familiares** pueden tener unas características, especialmente la dificultad de autonomización de sus miembros y las alteraciones de la comunicación, que son terreno abonado para la aparición de trastornos alimentarios en personas susceptibles. Estos factores, junto con acontecimientos vitales estresantes (separaciones, pérdidas, fracasos...), pueden jugar un papel etiológico y, cuando el TCA está establecido, actuar como factores de mantenimiento (Espina, 1998a).

2, Bulimia nerviosa

Tabla 1. Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de la bulimia nerviosa. DSM-IV-TR (APA, 2000)
--

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

<p>1. Ingesta de alimentos en corto espacio de tiempo (p. ej., en un periodo de dos horas) en cantidad superior a lo que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.</p> <p>2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej. , sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad e comida que se está ingiriendo)</p>
<p>B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son: provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.</p>
<p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos 2 veces a la semana durante un periodo de 3 meses</p>
<p>D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p>
<p>E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso del anorexia nerviosa.</p> <p>Especificar tipo.</p> <p>Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p> <p>Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a la provocación del vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p>

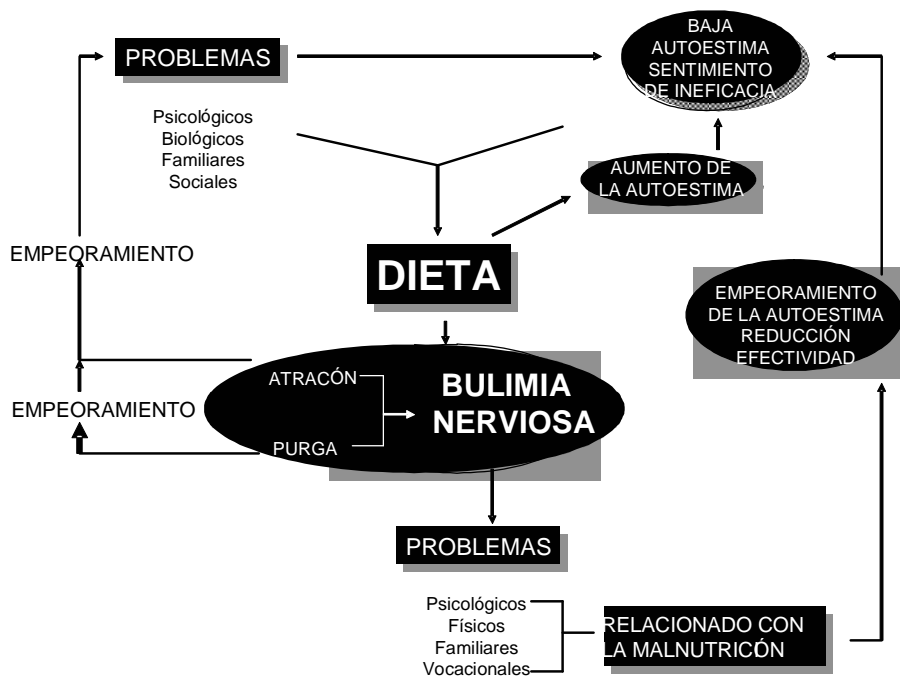
En la bulimia nerviosa, además de los criterio diagnósticos centrado en los atracones, conductas compensatorias y la autoevaluación excesivamente influida por el peso y la silueta corporal, hallamos un conjunto de alteraciones psicopatológicas y de la personalidad, entre las que destacan: disforia, depresión, ansiedad, baja tolerancia a la frustración, distorsiones cognitivas, alto neuroticismo y psicoticismo, conductas impulsivas (cleptomanía, promiscuidad sexual, abuso de sustancias), alexitimia, baja autoestima, identidad mal conformada, problemas en las relaciones interpersonales, relaciones familiares conflictivas, trastornos de la personalidad (por Ej. borderline (30-40%) e histriónico (25-53%) y estados disociados vinculados a antecedentes de abuso sexual y experiencias traumáticas. Todo lo cual debe tenerse en cuenta a la hora de plantear un abordaje terapéutico de la bulimia nerviosa.

Tabla 2. Comorbilidad en la bulimia nerviosa

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión (30-70%) ▪ Trastornos de ansiedad (66%) ▪ Trastornos del control de los impulsos (25%) ▪ Adicciones (20-30%) ▪ Trastornos de personalidad (20-70%) ▪ T. obsesivo-compulsivo (10-20%) ▪ Conductas suicidas (30-40%) ▪ Alexitimia (40-60%)

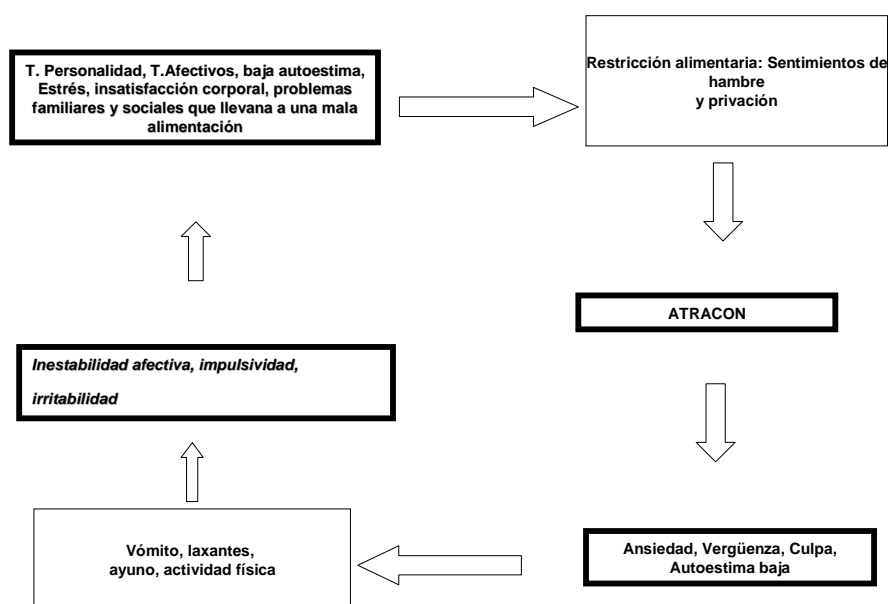
Problemas en diferentes niveles bio-psico-sociales pueden provocar en personas vulnerables (trastornos afectivos, de personalidad, neuroticismo elevado, baja autoestima...), un sentimiento de ineficacia y baja autoestima que les hace más sensibles a la moda de la delgadez y a intentar compensar sus déficit con una apariencia socialmente valorada, lo cual les arrastra a seguir una conductas alimentaria inadecuadas que a su vez ocasiona nuevos problemas. (Ver figura 1).

Figura 1. Desarrollo de la bulimia nerviosa (modificado de Woodside, 1993).



El trastorno bulímico se desarrolla a lo largo de un ciclo que podemos ver en la figura 2.

Figura 2. El CICLO BULÍMICO



El trastorno bulímico evoluciona a lo largo de varias fases que lo perpetúan al acabar siendo una seña de identidad. (Ver tabla 3).

Tabla 3. Estadios de desarrollo de la bulimia nerviosa (Andersen, 1990)

ESTADIO 1 A	COMPORTAMIENTO NORMAL. Comportamiento normal de dieta voluntaria.
ESTADIO 1 B	El comportamiento de dieta y pérdida de peso implica una CONDUCTA INVOLUNTARIA DE ATRACONES basada en la respuesta al hambre
ESTADIO 2	UN DESORDEN DIAGNOSTICABLE. El disparador de la conducta de atracón generaliza desde el hambre una variedad de estados de humor angustiosos. Está presente un marcado miedo a engordar. Responde a criterios de DSM-III-R. Puede producir serias consecuencias médicas, sociales y psicológicas.
ESTADIO 3 A	COMPORTAMIENTO AUTONOMO. Atracones autónomos, frecuentes, a menudo se presenta un amplio abanico de MECANISMOS SECUNDARIOS.
ESTADIO 3 B	LA ENFERMEDAD SE CONVIERTE EN UNA IDENTIDAD. El pensamiento de vivir sin la conducta bulímica provoca un gran

	miedo, primero a una falta de identidad y miedo a una falta de habilidad de afrontamiento.
--	--

3. La bulimia nerviosa multiimpulsiva

En los años 90 se acuñó el término *bulimia nerviosa multiimpulsiva* (Lacey, 1993; Morgan, Key y Lacey, 1998). En ella aparecen, a parte de lo referente a la comida, por lo menos tres alteraciones en el control de impulsos: abuso de alcohol y drogas, cleptomanía, promiscuidad sexual y autoagresiones. Rossiter, Agrass y Telch (1993) lo asocian a un trastorno límite de la personalidad o a un trastorno depresivo. Entre el 18 y el 30% de las pacientes bulímicas son multiimpulsivas, y de ellas el 80% tenían antecedentes de intentos de suicidio y/o automutilación.

La impulsividad hace referencia a:

- Dificultad para resistir los impulsos.
- Precipitación en la respuesta a estímulos corriendo riesgos innecesarios para alcanzar objetivos.
- Ira y agresividad expresadas a través de auto y heteroagresividad.
- Dificultad para tolerar la frustración.

Tipos de impulsividad

- *impulsividad cognitiva*: estilo de aprendizaje y afrontamiento de tareas. No se reflexiona y se tienen más probabilidades de precipitarse y no solucionar adecuadamente los problemas que se presentan, no se observa y escucha, por lo que se toman decisiones precipitadas sin valorar las ventajas y desventajas de diferentes opciones. El procesamiento de la información es pobre.
- *impulsividad motora*: falta de control motriz por la búsqueda de descarga y gratificación inmediata que hace que les resulte muy difícil esperar. La persona impulsiva puede tener accesos de cólera cuando no obtiene lo que desea, lo cual entraña riesgo para los que le rodean y para ella misma si se autoagrede o golpea objetos sin prevenir no dañarse.

A nivel Neuroquímico en los trastornos del control de impulsos destaca la hipofunción serotoninérgica (5-HT) (Staner, y Mendlewicz, 1998). El déficit de serotonina cerebral está asociado a la impulsividad, oscilaciones del estado de ánimo, déficit de concentración, alteraciones en el sueño y depresión. Esto es muy frecuente en las pacientes bulímicas. Ello puede ser previo (rasgo), o consecuencia de las conductas purgativas (estado). Los sistemas noradrenérgico y dopaminérgico también están involucrados en la impulsividad.

4. *La bulimia nerviosa desde el modelo psicoanalítico*

Las psicoterapias psicoanalíticas se sustentan en varias teorías que aportan diferentes matices sobre el ser humano y su desarrollo. Desde el modelo psicoanalítico clásico la patología es entendida como el fruto de un desarrollo evolutivo anómalo debido a carencias en las relaciones tempranas. Estas carencias llevarían a una organización inadecuada de la personalidad desde la cual se generarían los síntomas como una transacción entre tendencias intrapsíquicas en conflicto (por Ej. un deseo y la moral que lo prohíbe). Con los síntomas se obtendrían unos beneficios primarios (conseguir un acuerdo en el conflicto intrapsíquico) y secundarios (obtenidos en las relaciones interpersonales), y pueden estar cargados de un significado simbólico, ser un mensaje enviado al medio y un modo de mitigar el dolor.

La teoría de las relaciones objetales (Klein, 1952; Bion, 1963a, 1963b, 1967) pone el énfasis en las relaciones interpersonales introyectadas que conforman el mundo interno. Si la madre es un “continente” adecuado, haciéndose cargo de una forma empática de las ansiedades del hijo y devolviéndole tranquilidad, permite que éste se estructure mentalmente, al introyectar esa imago materna, y pueda ir desarrollando su propia identidad. Winnicott (1956) planteaba que si la madre no era “suficientemente buena”, no ofreciendo esa contención empática, aparecería en el hijo un sentimiento de desvalimiento y separación prematura. Debido a ello la estructura del yo no se organizaría y se desarrollaría una constelación defensiva caracterizada por el deseo de cumplir con las expectativas del entorno, configurándose un “falso self”.

Desde la psicología del yo, se ha hecho especial hincapié en el proceso de separación-individuación, a partir de una fase simbiótica en la que los límites madre-hijo no están debidamente marcados (Mahler, 1968, 1975). La figura del padre como portador de la ley que impone la separación en la relación fusional con la madre e introduce el orden simbólico y social, sería clave para la salud mental, desde la perspectiva lacaniana (Lacan, 1966).

Las relaciones familiares tempranas y sus vicisitudes son el claves, pues de ellas dependerá la organización de la psique del infante, especialmente la capacidad de contención emocional y actitud empática de los padres en las labores de crianza. Las familias de bulímicas han sido descritas como hostiles, desligadas e impulsivas, con padres poco empáticos y que presentan déficit en la crianza (Humphrey, 1988; Humphrey, et al., 1986). El origen de la dificultad para procesar cognitivamente las emociones (alexitimia) ha sido atribuido a conflictos y/o déficit en las relaciones tempranas que impiden que el niño pueda desarrollar la capacidad de simbolizar las emociones, viéndose obligado a expresar a través de la acción o somáticamente lo que no puede verbalizar (Espina, 1998b). En estudios realizados con pacientes con TCA y sus padres (Espina, 2003; Espina, Ortego, Ochoa de Alda y Alemán, 2001) hemos hallado porcentajes de alexitimia semejantes en padres e hijas bulímicas (48,1%) y algo inferior en las madres (40,7%), lo cual sugiere que la alexitimia puede ser una característica de las familias de bulímicas y puede

estar asociada a la descripción de los padres de bulímicas como impulsivos y poco empáticos.

Desde el modelo psicoanalítico, la identidad mal conformada y la baja autoestima estarían asociadas a ese déficit en la crianza, al no haberse podido desarrollar un Yo fuerte y un sentido del sí mismo que permita afrontar las frustraciones y hacerse cargo de los propios sentimientos y conductas. La importancia dada a la imagen corporal estaría asociada a ese "falso self" que lleva a buscar la aceptación sobre la base de la apariencia, al no contar con un Yo y un mundo interior suficientemente estructurado (Winnicott, 1956, 1960). La búsqueda desesperada de comida para devorar, objetos para poseer, relaciones sexuales indiscriminadas y el uso de drogas, serían intentos de llenar un vacío interior, sentirse aceptada y querida y conseguir sensaciones de elación para combatir la depresión. Todo lo cual estaría marcado por dificultades en las relaciones interpersonales.

Los estados disociados han sido relacionados con experiencias de abuso sexual, frecuentes en los antecedentes de la bulimia, y experiencias traumáticas no elaboradas. La dificultad para discriminar y describir las emociones hace más difícil aún esta elaboración y lleva a que la paciente bulímica, que padece alexitimia, se oriente al exterior y canalice sus emociones a través de la acción (conductas impulsivas). Respecto a los trastornos de la personalidad, en la bulimia se ha hallado un tercio de trastornos borderline y entre un 25 y un 53% de histriónico. Desde este modelo la sintomatología descrita se engazaría en la estructura de la personalidad, siendo necesario abordarla para conseguir la curación, la cual iría, lógicamente, más allá de la mejoría sintomática.

5. Recomendaciones terapéuticas generales en la bulimia nerviosa.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (2004) recomienda un tratamiento integral en la bulimia nerviosa que incluye:

a) Rehabilitación nutricional. *Objetivos:* reducir los atracones y las purgas, corregir las deficiencias nutricionales, aumentar la variedad de alimentos, mejorar las actitudes relativas al TCA, minimizar la restricción alimentaria, fomentar el ejercicio físico saludable.

b) Intervenciones psicosociales. *Objetivos:* reducir o eliminar los atracones y conductas purgativas, mejorar las actitudes relativas al TCA, minimizar la restricción alimentaria, incrementar la variedad de alimentos ingeridos, fomentar el ejercicio físico saludable, tratar los trastornos comórbidos y las características clínicas asociadas al TCA, abordar temas vinculados al trastorno: identidad, autoestima, imagen corporal, problemas sexuales y de agresividad, regulación del estado de ánimo, expectativas del papel genérico, disfunción familiar, estilos afrontamiento y resolución de problemas. *Terapia: psicoterapia individual:* la cognitivos-conductual es eficaz para reducir el atracón/vómito, sin embargo el porcentaje de

pacientes que logran una abstinencia total son minoría. Las terapias interpersonal, orientada psicodinámicamente o de base psicoanalítica, son útiles para los trastornos comórbidos del estado de ánimo, ansiedad, personalidad, interpersonales y traumas o abusos sexuales. *Psicoterapia de grupo*: psicodinámico o cognitivo-conductual, combinados con asesoramiento y tratamiento dietético. *Terapia familiar y conyugal*: en adolescentes que viven con los padres, adultos con conflictos con sus padres y pacientes con conflictos conyugales. *Grupos de autoayuda y uso de manuales*, son útiles como complemento del tratamiento.

c) Tratamiento farmacológico.

d) Combinación de intervenciones psicosociales y medicaciones.

6. Psicoterapia dinámica

Desde el modelo psicoanalítico, la psicoterapia dinámica breve (3-12 meses), cuyo encuadre permite la inclusión en las sesiones de personas significativas, y la psicoterapia analítica de tiempo no limitado (1-3 años) permiten trabajar las conflictivas que presentan estas pacientes. En el abordaje dinámico de la bulimia nerviosa, es importante conocer las características de la alianza terapéutica, transferencia y contratransferencia.

La *alianza terapéutica*, clave en todas las psicoterapias, cobra una especial importancia en las de orientación dinámica al ser el contexto en el cual se va a desarrollar una relación en la que se reactualizarán vínculos pasados (*transferencia*). En la bulimia nerviosa, particularmente cuando existen patologías asociadas, los vínculos primitivos han sido problemáticos y por ello la relación terapéutica estará impregnada de transferencias negativas, siendo frecuente la ambivalencia, hostilidad, desconfianza y resentimiento. El modelo relacional basado en la fusión-rechazo, frecuente en estas familias, es trasvasado a la figura del terapeuta. Por ello nos encontraremos con una persona que nos necesita intensamente, pero no puede aceptar nada de nosotros, pues una desconfianza básica está instaurada en su psique. No se han sentido profundamente comprendidas y queridas, siempre que encontraron a alguien les falló y no creen en nadie, por ello están muy resentidas, pero se sienten muy necesitadas. Con los afectos tienen el mismo problema, no saben qué sienten y no pueden expresarlos, por lo que se convierten en sensaciones desagradables a evacuar a través de la acción o intentan adormecerlos con drogas y alcohol, robar para sentir que tienen algo valioso, o que pueden ser capaces de conseguir lo que no se les ha dado, o embarcarse en relaciones intensas y muchas veces destructivas en las que dramatizar su mundo interno, ya que no pueden pensarlo.

Con la comida les pasa algo semejante: ansían comer, llenarse y así sentirse tranquilas, pero la comida ingerida vorazmente se vuelve su enemiga y deben

vomitarla. El vacío vuelve a hacerse presente y aparece el hambre voraz, para seguir el mismo ciclo de llenarse y evacuar con rabia, acabando finalmente agotada, impotente y sola. Con el tiempo, el atracón-vómito se erotiza y se convierte en el modo de descarga de las tensiones, en su mundo privado de trasgresión, placer y llanto. Desde este mundo cerrado es difícil que surja una demanda de cambio y más difícil aún que se desee ahondar en su mundo interno. Por ello, la creación de una alianza terapéutica sólida será la base sobre la que construir una demanda dirigida a sus necesidades y carencias.

El análisis, mediante la actividad interpretativa, del significado de los síntomas y de las relaciones actuales y pasadas ocupará gran parte del trabajo terapéutico. En este proceso el terapeuta se sentirá muchas veces tironeado y rechazado, como teniendo en brazos a un bebé hambriento que no puede aceptar lo que le da porque no es suficiente o es percibido como algo malo. Estas *reacciones contratransferenciales* son muy intensas y pueden llevar al rechazo de estos pacientes, muchas veces con un trastorno borderline de la personalidad, por parte de los terapeutas. ¿Qué objetivos terapéuticos se pueden tener con una persona así?: ¿que deje de vomitar? ¿Que coma de una forma adecuada?, y ella ¿qué quiere?, ¿estar delgada pudiendo comer lo que desee? ¿Sentirse querida y aprender a quererse? Quizás no lo sepa aún y parte de la terapia deberá ir encaminada a ese descubrimiento de sus carencias y necesidades. Pero ese camino no puede ser excesivamente breve, porque la paciente necesita aprender a sentirse aceptada, comprendida y querida; no creyendo, además, que eso sea posible, lo cual le hace sentirse rabiosa y temerosa de una intimidad que pueda destapar sus afectos.

La relación terapéutica permitirá una "experiencia emocional correctiva", al favorecer que se revivan conflictos relacionales pasados en un clima emocional reasegurante, no censor, ni rechazante, y en el que la actitud empática del terapeuta favorece el desarrollo de un vínculo positivo, con su disponibilidad y apoyo para favorecer el crecimiento. El terapeuta facilitará la expresión de afectos y fantasías antes prohibidos y ayudará al paciente a desarrollar un juicio maduro y un control adecuado de los impulsos, pudiendo experimentarlos y expresarlos de una forma adecuada. La comprensión cognitiva y afectiva de los fenómenos psíquicos en este contexto relacional permite desarrollar la capacidad de control consciente que permite observar la propia conducta y reestructurar el Yo, el autoconcepto y la identidad, lo cual conlleva el cambio de sentimientos, actitudes y conductas. De esta manera, lo que faltó a la paciente en su desarrollo, lo puede encontrar ahora en el vínculo con el terapeuta el cual hará de "madre suficientemente buena" con su contención emocional y escucha empática, y de "padre" que favorece la individuación y el acceso al orden simbólico.

7. Terapia multimodal en la bulimia nerviosa

La American Psychiatric Association, en su guía práctica para el tratamiento de pacientes con trastornos alimentarios (APA, 2004), recomienda las psicoterapias dinámicas en las bulímicas que no mejoran con terapias cognitivo-conductuales, y en pacientes con la patología asociada antes descrita, después de haber mejorado el

atración-vómito con intervenciones cognitivo-conductuales. Thompson-Brener y Westen (2005) recomiendan integrar intervenciones conductuales y educativas en la terapia psicoanalítica en el 30-50% de pacientes difíciles y con trastornos de personalidad, que generalmente no responden de un modo satisfactorio con terapias cognitivo-conductuales.

El abordaje que utilizamos, con buenos resultados, incluye sesiones familiares e individuales. Con la paciente se realiza una terapia dinámica acompañada de intervenciones sistémicas, parte de la sesión se dedica al análisis y manejo del atracón-vómito y el resto a abordar las otras problemáticas. En las sesiones familiares, de orientación sistémica, se trabajan los aspectos problemáticos de estas familias antes descritos y el manejo de los síntomas con técnicas estratégicas, de manera que, tanto en las sesiones individuales como familiares, se integran los modelos dinámico y sistémico. El control médico-alimentario es llevado por un dietista.

Finalmente señalar que, en nuestra opinión, la psicoterapia dinámica puede ser de gran utilidad en la bulimia nerviosa para trabajar la patología asociada al atracón-vómito, siendo adecuada la complementación con otras técnicas cognitivo-conductuales o sistémicas para cortar en un plazo más breve el ciclo bulímico.

Bibliografía

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washinton.

American Psychiatric Associatio (APA). (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with eating disorders*. Washington, APA. (Versión en español: Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Barcelona. Ars Médica. 2006).

Bion, W. (1963a). *Learnig from experience*. London. Heinemann.

Bion, W.(1963b). *Elements of psycho-Analysis*. London. Heinemann.

Bion, W. (1967). *Second thoughts*. London. Heinemann.

Espina, A. (1998a). Anorexia nerviosa. Clínica y contexto psicosocial. En J. A. Ríos (Ed.). *La familia realidad y mito*. Madrid. Areces.

Espina, A. (1998b). El constructo alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas. En J. García, M. Garrido y L. Rodríguez (Eds.). *Personalidad, Procesos cognitivos y psicoterapia. Un enfoque constructivista*. Madrid. Fundamentos.

- Espina, A. (2003a). Eating disorders and MMPI profiles in a Spanish sample. *European Journal of Psychiatry*, 17(4), 201-211.
- Espina, A. (2003b). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders. Its relationships with psychopathological and personality variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(6), 553-560.
- Espina, A. Ortego, A., Ochoa de Alda, I., y Alemán, A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17(1), 139-149.
- Humphrey, I.I. (1988). Relationships within subtypes of anorexia, bulimia and normal families. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27 (5), 544-551.
- Humphrey, I.I., Apple, R.F., y Kischenbaum, D.S. (1986). Differentiating bulimic-anorexia from normal families using interpersonal and behavioral observational systems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54 (2), 190-195.
- Lacan, J. (1966). *Ecrits*. Paris. Seuil.
- Klein, M. (1952). *Developments in psycho-Analysis*. London. The Hogarth Press.
- Mahler, M.S. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York. Basic Books.
- Mahler, M.S. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York. Basic Books.
- Lacey, J.H. (1993). Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 163, 190-194.
- Morgan, J.F, Key, A., y Lacey J.H. (1998). Gender issues in the management of multi-impulsive bulimia: a case-study. *International Journal of Eating Disorders*, 24(1): 107-9
- Staner, L., y Mendlewicz, J. (1998). Hereditary and role of serotonin in aggressive impulsive behavior. *Encephale* 24, (4), 355-364.
- Thompson-Brener, H., y Westen, D. (2005). A naturalistic study of psychotherapy for bulimia nervosa, Part 2: therapeutic interventions in the community. *The Nervous and Mental Disease*, 193(9), 585-595.
- Winnicott, D. W. (1956). Preocupación maternal primaria. En D.W. Winnicott (Ed.) *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona. Laia.

Winnicott, D. W. (1960). La teoría de la relación paterno- filial. En D. W. Winnicott (Ed.) *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona. Laia.