



**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Factores de éxito percibidos en la recuperación de bulimia nerviosa**

**Cristina Florencia Barriga Castillo**

**Esteban Utreras, Ph.D., Director de Tesis**

Tesis de Grado presentada como requisito para la  
obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, diciembre de 2014

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS**

**Factores de éxito percibidos en la recuperación de bulimia nerviosa**

Cristina Florencia Barriga Castillo

Esteban Utreras, Ph.D.  
Director de Tesis

---

Teresa Borja, Ph.D.  
Miembro del Comité de Tesis

---

Michelle Arguello, Ph.D.  
Miembro del Comité de Tesis

---

Teresa Borja, Ph.D.  
Directora del Programa

---

Carmen Fernández Salvador, Ph.D.  
Decana del Colegio de Ciencias  
Sociales y Humanidades

---

Quito, diciembre de 2014

**© DERECHOS DE AUTOR**

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: Cristina Florencia Barriga Castillo

C. I.: 171338486-3

Fecha: Quito, diciembre de 2014

## **DEDICATORIA**

Dedicado a mis padres, quienes me han brindado su apoyo y su cariño incondicionales desde siempre en todos los aspectos de mi vida. Sin ellos, este arduo trabajo y mi formación tanto académica como personal no hubiesen sido posibles.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco en mi primer lugar a Dios y a mi familia por estar conmigo siempre que los necesité, especialmente a mi madre por compartirme su sabiduría y acompañarme en esta experiencia. También agradezco a Andrea Papenbrook por su interés en este proyecto y facilitarme la posibilidad de realizarlo, a David Chávez por empujarme a exigirme más cada día, a mi director de tesis, Esteban Utreras, por su dedicación a este trabajo y a los participantes de este estudio que quisieron colaborar de la forma más abierta y honesta posible.

## RESUMEN

La bulimia nerviosa es un trastorno alimentario que hoy en día afecta a millones de personas a nivel mundial y está asociado a diversas complicaciones físicas y nutricionales así como a sintomatología psicológica severa. Existen varios enfoques desde los cuales se puede realizar el tratamiento psicológico eficaz de este trastorno, aunque debe tomarse en cuenta que existen índices de recaídas considerables y factores específicos que dificultan su recuperación. No obstante, también existen factores que facilitan y contribuyen a dicha recuperación, por lo que el presente trabajo tiene como propósito identificar los factores de éxito percibidos en la recuperación de bulimia nerviosa. Para ello se utilizó una muestra de ocho personas mayores de edad, siete mujeres y un hombre, que hayan padecido de bulimia nerviosa en algún momento de sus vidas, pero que se encuentran recuperadas desde hace mínimo tres años. El método utilizado fue cualitativo y los datos fueron obtenidos por medio del uso de un cuestionario basado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales V y de una entrevista semi-estructurada realizada de forma oral. Los resultados indicaron que existen nueve factores de éxito principales percibidos en la recuperación de bulimia nerviosa y seis secundarios.

**Palabras clave:** *Bulimia nerviosa, recuperación, recaída, factores de éxito percibidos.*

## ABSTRACT

Bulimia nervosa is an eating disorder that today affects a million people all over the world and it's associated with physical and nutritional complications, as well as severe psychological symptoms. There are several approaches that can be use as an effective psychological treatment, although, relapse rates and factors that may hinder recovery should be taken into account. However, there are factors that facilitate and contribute to the recovery, which is why this work aims to identify success perceived factors in the recovery from bulimia nervosa. For this purpose, a sample of eight people over 18, seven women and one man, with a history of bulimia nervosa that are recovered at least three years ago was used. Qualitative method was used and the data was obtained by using a Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders based questionnaire and a semi-structured oral interview. The results indicated that there are nine major and six secondary success factors perceived in the recovery from bulimia nervosa.

**Key words:** *Bulimia nervosa, recovery, relapse, success perceived factors.*



## TABLA DE CONTENIDO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>RESUMEN</b> .....                                       | <b>7</b>  |
| <b>ABSTRACT</b> .....                                      | <b>8</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA</b> .....                      | <b>14</b> |
| <b>Antecedentes</b> .....                                  | <b>16</b> |
| La historia de la bulimia nerviosa: una breve reseña. .... | 16        |
| <b>El problema</b> .....                                   | <b>18</b> |
| <b>Hipótesis</b> .....                                     | <b>20</b> |
| <b>Pregunta de investigación</b> .....                     | <b>21</b> |
| <b>Contexto y marco teórico</b> .....                      | <b>21</b> |
| El propósito del estudio.....                              | 22        |
| El significado del estudio.....                            | 22        |
| <b>Definición de términos</b> .....                        | <b>23</b> |
| Afrontamiento.....   | 23        |
| Alexitimia.....  | 23        |
| Atracón.....   | 23        |
| Bulimia nerviosa.....                                      | 24        |
| Comportamiento compensatorio.....                          | 24        |
| Disparador.....  | 24        |
| Distorsión Cognitiva.....                                  | 24        |
| Factores de éxito.....                                     | 24        |
| Diferenciación del “yo”.....                               | 25        |
| Ingesta compulsiva.....                                    | 25        |

|   |            |
|---|------------|
| Purga. ....   | 25         |
| Recaída. ....   | 25         |
| Recuperación. ....  | 25         |
| Trastorno alimentario. ....                                   | 26         |
| Trastornos de control de impulsos. ....                       | 26         |
| Trauma. ....  | 26         |
| <b>Presunciones del autor del estudio.....</b>                | <b>26</b>  |
| <b>Supuestos del estudio .....</b>                            | <b>27</b>  |
| <b>REVISIÓN DE LA LITERATURA .....</b>                        | <b>28</b>  |
| <b>Géneros de literatura incluidos en la revisión .....</b>   | <b>28</b>  |
| Fuentes. ....   | 28         |
| <b>Pasos en el proceso de revisión de la literatura .....</b> | <b>29</b>  |
| <b>Formato de la revisión de la literatura.....</b>           | <b>29</b>  |
| <b>Trastornos alimentarios: aspectos generales.....</b>       | <b>29</b>  |
| Bulimia Nerviosa: definición y diagnóstico.....               | 32         |
| Tratamiento de la bulimia nerviosa. ....                      | 68         |
| Recuperación de la bulimia nerviosa. ....                     | 95         |
| Recaídas. ....  | 97         |
| Factores de éxito en la recuperación de bulimia nerviosa..... | 104        |
| <b>METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>         | <b>108</b> |
| <b>Justificación de la metodología seleccionada .....</b>     | <b>108</b> |
| <b>Herramienta de investigación utilizada .....</b>           | <b>110</b> |
| Cuestionario. ....  | 110        |
| Entrevista semi-estructurada. ....                            | 110        |

|   |            |
|---|------------|
| <b>Descripción de participantes .....</b>                   | <b>111</b> |
| Número.....   | 111        |
| Género.....   | 111        |
| Nivel socioeconómico.....                                   | 112        |
| Características especiales relacionadas con el estudio..... | 112        |
| <b>Fuentes y recolección de datos .....</b>                 | <b>112</b> |
| Prueba piloto.....  | 113        |
| <b>ANÁLISIS DE DATOS.....</b>                               | <b>114</b> |
| <b>Detalles del análisis .....</b>                          | <b>114</b> |
| <b>Información sobre los participantes .....</b>            | <b>115</b> |
| Participante #1:.....                                       | 115        |
| Participante #2:.....                                       | 116        |
| Participante #3.....  | 116        |
| Participante #4.....  | 117        |
| Participante #5.....  | 117        |
| Participante #6.....  | 117        |
| Participante #7.....  | 118        |
| Participante #8.....  | 118        |
| <b>Resultados .....</b>                                     | <b>119</b> |
| Factores Principales.....                                   | 119        |
| Factores Secundarios.....                                   | 131        |
| <b>Importancia del estudio .....</b>                        | <b>138</b> |
| <b>Resumen de sesgos del autor .....</b>                    | <b>139</b> |
| <b>CONCLUSIONES.....</b>                                    | <b>141</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Respuesta(s) a la pregunta de investigación .....</b>     | <b>145</b> |
| <b>Limitaciones del estudio .....</b>                        | <b>146</b> |
| <b>Recomendaciones para futuros estudios .....</b>           | <b>148</b> |
| <b>Resumen general .....</b>                                 | <b>148</b> |
| <b>REFERENCIAS .....</b>                                     | <b>151</b> |
| <b>ANEXO A: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b> | <b>169</b> |
| <b>ANEXO B: CUESTIONARIO BASADO EN EL DSM-V .....</b>        | <b>173</b> |
| <b>ANEXO C: ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA .....</b>           | <b>174</b> |

**TABLAS**

|   |     |
|---|-----|
| Tabla 1. Datos demográficos de los participantes..... | 115 |
| Tabla 2. Factores principales.....                    | 119 |
| Tabla 3. Factores secundarios .....                   | 131 |

**FIGURAS**

|  |     |
|--|-----|
| Figura 1. Frecuencia de los factores principales ..... | 119 |
| Figura 2. Frecuencia de los factores secundarios.....  | 131 |

## INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Se conoce que la prevalencia de los trastornos alimenticios a nivel mundial oscila entre el 0.2% y el 3.7% en base a la población general, siendo los países desarrollados los más afectados (Qian y colaboradores, 2013). De acuerdo a Hudson y colaboradores (2007), 0.3% de la población general de adultos de Estados Unidos ha experimentado un trastorno alimenticio durante los últimos 12 meses, y una prevalencia a lo largo de la vida del 0.6%. De acuerdo al género, se conoce que la prevalencia de la bulimia a lo largo de la vida en la población adulta de Estados Unidos, es mayor en las mujeres con 0.5%, frente al 0.1% de los hombres. La bulimia es un trastorno de la conducta alimentaria que actualmente se lo trata desde un enfoque multidisciplinario caracterizado por el uso de diversos métodos y herramientas que influyen en la recuperación del paciente (Guerro Prado y Barjau Romero, 2003).

El manejo de la bulimia nerviosa ha ido evolucionando a la par del conocimiento sobre dicha enfermedad y los resultados obtenidos a través de diversos tratamientos (Noordenbos, 2013). Medina (2003), menciona que debido a las varias complicaciones fisiológicas y nutricionales que este trastorno conlleva, es importante realizar una evaluación que contemple ambas áreas mencionadas en el paciente, así como una psicológica, en la cual se determine el tipo de tratamiento psicoterapéutico a utilizar ya sea de forma individual y/o grupal considerando diferentes intervenciones y terapias. Por otra parte, es necesario tomar en cuenta el alto costo que los trastornos alimenticios presentan, especialmente a las familias y al sistema de salud involucrados.

Alderman (2010), menciona que desde 1999 al 2006, 18% de las hospitalizaciones en Estados Unidos se deben a complicaciones y problemas derivados de desórdenes alimenticios. Los costos que una de estas enfermedades representa son bastante altos, ya

que un tratamiento residencial multidisciplinario llega a costar en promedio \$30,000 el mes, a lo que se le suma los otros costos que se presentan como el que conlleva la necesidad de realizar seguimientos periódicos de la enfermedad aunque el tratamiento haya finalizado, tomando en cuenta que éste último puede durar varios meses e inclusive años. Frente a esto, cabe mencionar que la mayoría de seguros no cubren adecuadamente un tratamiento de este tipo bajo la premisa de que aún no existe la evidencia que respalde cual el tratamiento ideal, así como también se rehúsan a costearlo a largo plazo. Frente a dicha problemática Alderman señala que durante los últimos años ha surgido la posibilidad de que los pacientes de trastornos alimenticios accedan a la asistencia financiera que algunos programas de tratamiento ofrecen, así como a tratamientos gratuitos que fundaciones como la Kirsten Haglund Foundation y la Moonshadow's Spirit, así como programas del Instituto Psiquiátrico de Nueva York, brindan al público. Lastimosamente, en el Ecuador no existen organismos o entidades públicas que costeen el tratamiento de estos trastornos a nivel nacional e inviertan en su investigación y cuidado.

Hudson y colaboradores (2007) señalan que únicamente el 42% de las personas que padecen de bulimia nerviosa en Estados Unidos han recibido tratamiento por la misma alguna vez en su vida. Por otro lado, la tasa promedio de recuperación de la enfermedad es del 20% al 50%, con una cronicidad en períodos de tiempo que oscilan entre seis meses a cinco años de tratamiento (Medina, 2003). Frente a ello, en el campo de la psicología clínica, es importante estudiar y analizar los aspectos tanto psicoterapéuticos como no psicoterapéuticos que permiten y fomentan la recuperación de los síntomas de la bulimia y la remisión de la misma (Medina, 2003). Sin embargo, puede resultar aún más relevante y enriquecedor conocer y determinar cuáles son dichos aspectos desde el punto de vista de los pacientes que han podido recuperarse de la enfermedad que consideran han sido valiosos e influido en su proceso de recuperación. De esta forma, los factores nombrados o

reconocidos podrían investigarse más a fondo e incorporarse de forma constante en el tratamiento estandarizado de la bulimia nerviosa.

## **Antecedentes**

### **La historia de la bulimia nerviosa: una breve reseña.**

Comportamientos asociados a desórdenes alimenticios, principalmente la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, han acompañado a las sociedades desarrolladas desde hace varios siglos atrás, a pesar de no haber sido consideradas como un trastorno de la conducta alimentaria (Chinchilla, 2003). Por ejemplo, como mencionan Merry y colaboradores (2001), en cuanto a la bulimia, se conoce que sociedades de la antigua Grecia, Roma y Arabia mostraban indicios de comportamientos similares a la sintomatología de bulimia nerviosa cuando se realizaban exuberantes banquetes seguidos por la autoinducción del vómito como método a utilizar para poder continuar comiendo mientras durase dicha comida. Sin embargo, este tipo de conducta se regía por fuerzas sociales, mas no por una psicopatología como se la reconocería actualmente.

Asimismo, a lo largo de los siglos existen varios casos que hacen referencia a una sintomatología que hoy en día se relacionaría con un diagnóstico de bulimia nerviosa (Merry y colaboradores, 2001). Por ejemplo, en la Edad Media los vómitos se utilizaban en el ámbito religioso por sus penitentes como método para expiar sus pecados o “lavarlos”, afilar su ingenio e incluso con el propósito de disminuir su libidinosidad sexual (Chinchilla, 2003). De igual manera, se conocen referencias que datan del siglo IX, donde un monje de Monheim describe el caso de una mujer joven llamada Friderada que se caracterizaba por experimentar periodos de tiempo en los que sentía un apetito voraz seguido del rechazo de alimentos sólidos al vomitarlos después de ingerirlos (Medina, 2003). Chinchilla (2003), señala que entre los siglos XVIII y XIX, Galeno describe al



“kynos orexia” o hambre canina como sinónimo de lo que vendría a hacer actualmente la bulimia. En 1903 se dan a conocer las primeras descripciones clínicas de la bulimia a través del caso de una joven llamada Nadia por Pierre Janet, quien consideraba a este cuadro clínico como una obsesión. Durante el siglo XX, específicamente a partir de la década de los 50 se dan a conocer las primeras referencias de bulimia y hacia 1979, este conjunto de síntomas son descritos como un síndrome de atracón y purga por Gerald Russell, psiquiatra inglés, quien los definió como el trastorno que ahora se conoce como bulimia. Finalmente, en el año de 1987, ésta pasa a denominarse de forma oficial por la Asociación Americana de Psiquiatría como un trastorno de la conducta alimentaria.

Por otro lado, Chinchilla (2003), también señala que el tratamiento de la bulimia nerviosa no inicia hasta una vez que es considerada un problema clínico o un trastorno como se denominó más tarde. Frente a la necesidad de una cura frente a esta enfermedad, aparecen modelos teóricos que relacionan a la bulimia con otro tipo de trastornos alimenticios como la anorexia y los atracones y enfermedades como el trastorno obsesivo-compulsivo, de personalidad, las adicciones, ansiedad, cleptomanía, entre otros; así como aparecen modelos explicativos con el objetivo de determinar las causas de la misma basados en enfoques socioculturales, psicológicos y neurobiológicos principalmente, siendo por tanto, el modelo biopsicosocial el más destacado hasta el día de hoy. Como se puede observar, a partir del reconocimiento del cuadro clínico que compete a la bulimia como un trastorno, su tratamiento y aproximaciones a una cura, han evolucionado a la par de su concepto y hoy en día se podría considerar que el tratamiento de la misma se enfoca en el mejoramiento de la salud del paciente desde una mirada holística abarcando orientaciones farmacológicas, biológicas, sociales y psicológicas correspondientes al modelo explicativo.

En cuanto a la efectividad de los tratamientos psicológicos, de acuerdo a Chinchilla (2003), existen varias referencias literarias que señalan a los tratamientos cognitivistas y conductistas entre los más eficaz al referirse a la remisión de síntomas a largo plazo. Sin embargo, también tienen un papel importante terapias de corte psicodinámico, interpersonal, sistemáticas, entre las más conocidas. Dentro de cada metodología se reconocen aspectos específicos de la terapia que influyen directamente en la recuperación de la bulimia; no obstante, los estudios que respaldan la efectividad de dichos elementos terapéuticos pueden no coincidir con los factores de éxito percibidos por el propio paciente. Es necesario, por tanto, incrementar las investigaciones que permitan conocer los factores que desde el punto de vista del paciente, influyeron de forma positiva en su proceso de recuperación, no sólo en el ámbito clínico, sino desde una perspectiva global que integre todos los aspectos de la vida de la persona que ésta considere relevante en la recesión de la enfermedad. Como menciona Cordella (2009), hay varios factores que tienen un papel importante en la aparición, curso y recuperación de los trastornos alimenticios, tales como la existencia de enfermedades comórbidas, las intervenciones realizadas, los vínculos del paciente con sus padres, entre otros, incluyendo la capacidad para afrontar conflictos y la presencia de experiencias traumáticas resueltas o no en la biografía del paciente.

### **El problema**

Cerca de 20 millones de mujeres y 10 millones de hombres en Estados Unidos padecen de un desorden alimenticio clínicamente significativo en algún momento de sus vidas, incluyendo a la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y trastorno alimentario no específico (Wade y colaboradores, 2011). Sin contar varios de los casos que por diversas razones no son reportados y tratados. Por otro lado, según la OMS

el 5% de la población latinoamericana se encuentra afectada por un trastorno alimentario, paralelamente se conoce que en Medellín, Colombia durante el año 2003, 17.7% de las mujeres adolescentes de la ciudad presentaron un trastorno alimentario (Torres y colaboradores, 2012).

Actualmente en el Ecuador no existen estadísticas que señalen la cantidad de diagnósticos realizados por trastornos alimenticios. A pesar de que este tipo de trastornos afectan a una parte importante de la población, los entes de salud pública no tienen estadísticas que evidencien la severidad del problema, lo que probablemente puede deberse a que la mayor parte de las personas que padecen de un trastorno alimentario suelen acudir y ser tratados en el sector privado, al no tener opciones entre el sector público para dicho tratamiento (AGN, 2012). Por otro lado, Sandoval (2010), realizó una investigación en Quito con el propósito de obtener datos que le brinden información acerca de la viabilidad que tendría un centro de ayuda focalizado en la atención de trastornos alimentarios. La muestra constó de 740 personas (366 hombres y 374 mujeres) entre 14 y 17 años y a través del uso de encuestas se encontró que el 30% de los encuestados presentaban un riesgo significativo de padecer un trastorno alimentario, mientras que el 10% de la muestra ya los padecía y por tanto, requería de tratamiento.

Por otra parte, la recuperación de la bulimia es posible por medio de los tratamientos adecuados, y a pesar de las recaídas que estos pacientes pueden sufrir, se conoce que las tasas de recuperación oscilan entre el 20-50% como se mencionó anteriormente (Medina, 2003). Debido a la importancia que tiene el hecho de trabajar en la recuperación de este trastorno, es relevante considerar no sólo qué tipo de tratamiento puede generar mayores índices de éxito, como ya se lo ha estado haciendo durante los últimos años, sino también resulta de gran relevancia conocer las creencias que los pacientes que han tenido bulimia nerviosa sostienen acerca de este proceso.

Son muy reducidos, si es que existen, los estudios que se centran en la investigación de opiniones y pensamientos de esta población en particular asociados a los índices de recuperación (Fairburn, 1998). No obstante, si bien la muestra del presente estudio vendría a ser limitada en cuanto a su número y accesibilidad, ésta puede proveer información valiosa para las entidades de salud mental y profesionales en el área, así como para pacientes actuales con bulimia.

### **Hipótesis**

La hipótesis de la causa del problema se refiere a que las personas con pobres estrategias de afrontamiento y la no resolución de situaciones traumáticas en la historia de vida son factores que por lo general, suelen estar presentes en el día a día de los pacientes que sufren de bulimia nerviosa. Este tipo de factores pueden estar relacionados con la aparición y el mantenimiento de la enfermedad que obstaculizan a su vez, la remisión de sintomatología y por tanto los índices de recuperación en los pacientes de bulimia. Por lo tanto, cuando las personas con bulimia no logran desarrollar durante su proceso de recuperación, mejores estrategias de afrontamiento de problemas y no pueden dar solución o cierre a las situaciones traumáticas ligadas a su historia de vida, dicha recuperación se ve imposibilitada. Siendo ambos, factores que determinan la aparición, y dos de los varios elementos causantes del mantenimiento y las bajas tasas de recuperación de la bulimia nerviosa.

La hipótesis de una posible solución tiene que ver con el posible hecho de que el desarrollo de mejores estrategias de afrontamiento de conflictos y la resolución de situaciones traumáticas en la historia de vida son factores que fomentan la recuperación de la bulimia nerviosa de acuerdo a la percepción de los pacientes recuperados. Es decir, si las personas que han sufrido de bulimia nerviosa desarrollasen por medio de cualquier

método, mejores estrategias de afrontamiento de problemas y solucionar de forma permanente las situaciones traumáticas que hayan estado presentes en sus vidas, se facilitaría la remisión de síntomas correspondientes a la enfermedad, a la vez que se consolidaría el proceso de recuperación del paciente. Por lo tanto, si ambos factores son mejorados y solucionados respectivamente, en la medida de lo posible, la sintomatología empezaría a ceder, posibilitando alcanzar la recuperación de la enfermedad al contribuir con dicho proceso en su totalidad. Lo que paralelamente ayudaría a mantener índices bajos de recaídas.

### **Pregunta de investigación**

Con el presente estudio se busca responder *cuáles son los factores de éxito percibidos en el proceso de recuperación de bulimia nerviosa y hasta qué punto éstos han contribuido a largo plazo.*

### **Contexto y marco teórico**

La bulimia es un trastorno alimenticio caracterizado por episodios o períodos de ingesta frecuente y compulsiva de comida, en donde se denota una pérdida subjetiva de control, seguido por comportamientos compensatorios tales como la autoinducción de vómito, principalmente, acompañados de una preocupación excesiva por el peso o la figura y sensación de culpa y vergüenza, entre la sintomatología más destacada (Fairburn, 1998). Fairburn (1998), señala que ésta afecta gravemente la calidad de vida de los pacientes que la padecen, no sólo en ámbito personal, sino también a nivel social, laboral y/o académico, perjudicando la funcionalidad del mismo en su vida cotidiana, sin mencionar los importantes estragos físicos y psicológicos asociados a esta enfermedad. Estos, que a su vez, pueden mantenerse de forma crónica y remitente hasta llegar a una mejoría notable que puede ser interrumpida por procesos de recaída.

De acuerdo a Chinchilla (2003), es común encontrar entre los síntomas propios de la enfermedad una pobre o nula habilidad para afrontar y/o resolver problemas, así como también una historia personal caracterizada por la vivencia de experiencias y situaciones percibidas como traumáticas por el paciente. Dicha sintomatología tendrá un impacto importante en los procesos cognitivos y conductas de la persona, llevándola al desarrollo y mantención de la enfermedad. Por tanto, cabe señalar que el haber trabajado en el desarrollo de estrategias de afrontamiento y la resolución de situaciones traumáticas en la historia de vida, podrían ser factores que ayuden en la recuperación de la enfermedad de acuerdo a la perspectiva del paciente recuperado.

#### **El propósito del estudio.**

Debido al enfoque exploratorio que caracteriza a este estudio, se espera identificar mediante la opinión y el criterio de personas que se han recuperado de bulimia nerviosa, los factores que en su experiencia han fomentado la recuperación de su enfermedad. Sin embargo, se conoce de acuerdo a investigaciones previas de Besser y Moncada (2013), Rosenvinge y Pettersen (2012) y Cordella (2009) por ejemplo, que existen fenómenos relacionados con la recuperación de la bulimia nerviosa tales como el desarrollo de mejores estrategias de afrontamiento de conflictos y la resolución de situaciones traumáticas en la historia de vida, entre otros.

#### **El significado del estudio.**

El presente estudio puede resultar útil para los profesionales en el área de la psicología clínica y aquellos que se encuentren involucrados en la atención de la bulimia nerviosa, de manera que puede proporcionar información relevante en cuanto a la opinión que sostienen las personas que han podido recuperarse de la enfermedad de forma exitosa. En el presente estudio se tomarán en cuenta a personas que hayan experimentado una

remisión de síntomas por un mínimo de tres años. Ello puede ser útil para futuras intervenciones y adaptaciones a los tratamientos actuales. Por otro lado, el estudio también puede beneficiar a los participantes del mismo al brindarles la posibilidad de ver en retrospectiva su proceso de recuperación y logros a través del mismo. Adicionalmente, podría considerarse uno de los pocos estudios referentes al tema que se han realizado en el país.

### **Definición de términos**

#### **Afrontamiento.**

De acuerdo al concepto dado por Lazarus y Folkman en 1984, se define como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Soriano, 2002, p. 74).

#### **Alexitimia.**

Según Ortuño (2010), se refiere a la “incapacidad para poder describir los sentimientos que se experimentan” (p. 10). Rausch Herscovici (1996), la denomina como “la dificultad para distinguir y expresar emociones y sensaciones [...] poca capacidad para imaginar y ensoñar” (p. 70).

#### **Atracón.**

Se refiere al acto de ingerir en un lapso de tiempo breve, aproximadamente en menos de dos horas, una cantidad de alimento con un alto contenido calórico, desproporcional a lo que se ingeriría normalmente en dicho lapso, equivalente a 2000-4000 calorías; acompañado de una pérdida subjetiva de control (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

**Bulimia nerviosa.**

Síndrome caracterizado por “la alternación de períodos de restricción alimentaria, con episodios de ingestas copiosas, seguidos por vómitos auto-inducidos y por el uso de laxantes y/o diuréticos” (Rausch Herscovici y Bay, 2000, p. 137).

**Comportamiento compensatorio.**

Comportamientos empleados para balancear o compensar la ingesta compulsiva, tales como vomito auto-inducido, ejercicio excesivo, mal uso de laxantes, diuréticos, enemas o ayuno (National Eating Disorders Association, 2011).

**Disparador.**

Hace referencia a un evento, situación, emoción, interacciones e inclusive a una persona u objeto determinados que marcan la aparición de conductas asociadas a un trastorno alimenticio y/o activan a su vez, el trastorno subyacente en la persona (Eating Disorders Glossary, 2009).

**Distorsión Cognitiva.**

Son errores de pensamiento que se presentan de forma consistente y suelen llegar a convertirse en un sesgo sistemático negativo para el procesamiento cognitivo de las personas que padecen de algún trastorno psiquiátrico (Beck, 1995).

**Factores de éxito.**

Aquellos factores que han sido efectivos para ayudar al paciente a recuperarse de su desorden alimentario, entendiéndose como la desaparición de los síntomas del mismo (Jáuregui Lobera, 2009).



**Diferenciación del “yo”.**

Se refiere al proceso en el que el individuo logra una autonomía que lo ayuda a independizarse y separar sus propios pensamientos y emociones de los del resto (Nichols, 2010, p. 28).

**Ingesta compulsiva.**

Se la define como el acto de comer una exagerada cantidad de comida, superior a la que se comería normalmente, sea en un periodo corto de tiempo o a lo largo del día de forma repetida y descontrolada (Fairburn, 1998).

**Purga.**

Específicamente, en el ámbito de los trastornos alimentarios se refiere a la utilización de mecanismos como la autoinducción del vómito, el uso laxantes, diuréticos o enemas y ejercicio en exceso (Rava y Silber, 2004).

**Recaída.**

En el 2002, Calvo la define desde una perspectiva psicológica como la:

Ocurrencia de aquellos comportamientos en los que ya se había hecho un progreso y cuya reincidencia produce una merma de lo conseguido, pudiendo empujar al paciente al nivel inicial de su patología. En los trastornos alimentarios el momento más probable para el recaída es el primer año tras el alta. En los cinco años siguientes también resulta frecuente en relación con situaciones de estrés intenso y cambios vitales radicales (Jáuregui Lobera, 2009, p. 1088).

**Recuperación.**

Lograr la estabilización médica, emocional, la restauración nutricional, desarrollar una relación sana con la comida, alcanzar un peso corporal apropiado, desarrollar

habilidades de afrontamiento efectivas para manejar las emociones, impulsos y los síntomas del trastorno alimenticio, mejoría del estado de ánimo mediante el desarrollo de habilidades de afrontamiento y para evaluar la idoneidad de los medicamentos y el uso de la ayuda, desarrollar una prevención de recaídas y la continuidad del plan de tratamiento de cuidado (Eating Disorders Glossary, 2009).

### **Trastorno alimentario.**

De acuerdo a Cordella (2009), “son un grupo de psicopatologías complejas que encarnan un nudo de amarre de las dimensiones culturales, relacionales y psíquicas... con repercusiones orgánicas graves” (p. 453).

### **Trastornos de control de impulsos.**

Se caracterizan por el fracaso constante de resistirse a un impulso, urgencia o tentación que lleva al individuo que los padece a actuar de manera que puede resultar dañina para sí mismo o para quienes lo rodean. En general se presenta previo a realizar la acción una excitación y/o tensión seguidas por una sensación de alivio, de gratificación o de placer tras sucedido el acto (Asociación americana de psiquiatría, 2013).

### **Trauma.**

Se define como una respuesta ante un acontecimiento inesperado y percibido como estresante y que excede las habilidades de afrontamiento del individuo, generando patrones conductuales que posteriormente pueden considerarse disfuncionales en la vida del mismo (Salvador, 2009, p. 5).

### **Presunciones del autor del estudio**

En primera instancia, se asume que los participantes del estudio responderán las preguntas en la entrevista a realizarse de forma honesta y abierta dentro del tiempo

indicado. Sin embargo, se presume que existe la posibilidad de que algunos participantes puedan sentir incomodidad y respondan con dificultad. Se asume, a su vez, que los participantes tendrán una actitud cooperativa y acudirán a la cita que sea acordada con anterioridad. Se espera que las entrevistas se lleven a cabo en un ámbito coloquial, donde pueda establecerse una conversación fluida y se obtengan los datos necesarios para la elaboración del presente estudio. Se presume que los entrevistados no cumplirán con los criterios de diagnóstico para bulimia nerviosa del DSM-V en la actualidad.

### **Supuestos del estudio**

Los resultados de este estudio pueden ser revisados y utilizados en el área que compete al tratamiento psicológico de la bulimia nerviosa en instituciones especializadas y ser un tema de interés clínico para los profesionales involucrados, así como estudiantes interesados en el mismo. A partir de éste podrían realizarse investigaciones similares que completen la información recabada en dicho estudio, o que incluyan muestras más grandes y variadas dentro del mismo país.

A continuación se presentará el Capítulo 2 que corresponde a la Revisión de la Literatura dividida en tres temas principales correspondientes a: Trastornos alimenticios, Tratamiento y Recuperación. Esto se encuentra seguido de la explicación de la metodología de investigación aplicada en el Capítulo 3, el análisis de datos encontrados en el Capítulo 4, las conclusiones y discusión encontradas en el Capítulo 5.

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

La revisión de la literatura se realizará bajo tres parámetros, entre los que se incluye la explicación de los géneros considerados para el presente estudio, así como los pasos a seguir en dicha revisión y el formato de la misma estructurado de acuerdo a tres temas principales.

### Géneros de literatura incluidos en la revisión

#### Fuentes.

La literatura obtenida para realizar esta investigación incluye información proveniente de revistas académicas como *Textbook in Psychiatric Epidemiology*, *Revista Gaceta de Psiquitría Univesitaria*, *Revista de psicoterapia*, *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *ect.*, libros especializados en el tema a tratar como “Trastornos de la conducta alimentaria”, “La superación de los atracones de comida”, “Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía”, “Recovery from Eating Disorders: A Guide for Clinicians and Their Clients”, entre otros. Además de journals de investigación como el *Journal for Clinical Psychology*, *Shangai Archives of Psychology*, *Journal of Psychiatry Research*, *International Journal of Eating Disdorders*, *The American Journal of Psychiatry*, *The Journal of Clinical Psychiatry*, *Journal of Personality Disorders*, entre otros. También se incluyen datos estadísticos reportados en páginas Web correspondientes a entidades como el *National Institute of Mental Health*. De igual manera, se incluye información obtenida a través de estudios poblacionales como el “Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012” realizado por *The WHO World Mental Health Survey Consortium* y se utilizan datos encontrados en manuales de diagnósticos estandarizados, en este caso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V.

### **Pasos en el proceso de revisión de la literatura**

Los temas expuestos en la revisión de la literatura se generaron por medio del uso de diversas herramientas tales como lluvia de ideas con la contribución de profesionales en el área, búsqueda de palabras claves como “bulimia”, “trastornos alimenticios”, “tratamiento”, “factores de recuperación”, entre otras, en bases de datos electrónicas, sugerencias de profesores y lectura de artículos acerca de estudios similares al de la presente investigación, así como de autores relevantes en el área.

### **Formato de la revisión de la literatura**

El diseño de la revisión se encuentra estructurado por tres temas principales que se han organizado de manera que el lector obtenga en primera instancia, una visión global acerca de los trastornos alimenticios en general, seguido por una profundización sobre el desorden central a tratar, la bulimia y el impacto que éste tiene sobre la vida de las personas afectadas en todas sus esferas. Posteriormente, se expondrá la literatura que trata acerca de los tratamientos existentes para dicha enfermedad, como segundo tema principal; seguido por el último tema principal, la recuperación, donde se incluye información acerca de los factores asociados a la misma, recaídas y sus particularidades.

#### **Trastornos alimentarios: aspectos generales.**

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), los trastornos alimentarios corresponden a un grupo de desórdenes caracterizados por severas perturbaciones de la conducta alimentaria que interfieren con la salud física, así como psicológica y emocional de la persona. De manera general, se puede observar que existe una excesiva preocupación sobre el peso, la imagen corporal y la comida en aquellas personas que padecen un trastorno alimenticio, frente a los cuales toman diferentes medidas y ocurren procesos de diferente índole. Sin embargo, cabe tener claro que “un trastorno alimentario no es

solamente un problema vinculado a la comida o peso sino que se debe, en gran medida, al intento desviado de responder a dificultades o conflictos de distintos órdenes” (Rausch Herscovici, 1996, p. 69). Los trastornos alimenticios se encuentran ligados a un fuerte componente psicológico que los origina e incluso mantiene a través del tiempo y las circunstancias.

De acuerdo a Rausch Herscovici (1996), por lo general las personas diagnosticadas con uno de estos trastornos suelen presentar rasgos comunes, entre los que se incluyen la alexitimia, que involucra la incapacidad o dificultad en diferenciar y expresar emociones, lo que en el caso de un trastorno alimenticio, puede extenderse a una confusión asociada al hambre y a la saciedad. Por otro lado, también suelen encontrarse en estos casos, déficits en el área del autoestima y el autoconcepto, lo que hace que la persona tienda a dudar acerca de su valor y a sentir una inseguridad intrínseca que suele obstaculizar vínculos íntimos y crear una necesidad de aprobación externa. De igual forma, suele ser común que las personas con trastornos alimentarios presenten dificultad en los procesos de individuación, en donde se denota una falta de la diferenciación del “yo” y por tanto, de autonomía e independencia. Las distorsiones referentes a la imagen corporal también son un problema común en estos casos, puede que estas personas perciban partes de sí más grandes o voluptuosas de que realmente son. Dicha visión desproporcionada del cuerpo está ligada a la insatisfacción corporal lo que se traduce en conductas observables tales como evitar cierto tipo de vestimenta o uso de ropa más holgadas que oculten la figura, eludir lugares o situaciones sociales como por ejemplo el contacto íntimo, entre otras. No obstante, tal sintomatología no es exclusiva de un trastorno alimentario como los mencionados anteriormente, ya que puede estar presente en personas consideradas sanas mentalmente.

Rausch Herscovici (1996), también señala que en las personas con trastornos

alimenticios suelen distinguirse conflictos en cuanto a su sexualidad. La autora menciona que en el proceso de maduración sexual experimentado durante la pubertad hay una búsqueda de la delgadez asociada a los estándares de belleza impuestos por la cultura actual, con el propósito de encontrar una pareja, así como aceptación, autoestima y autocontrol. Por otra parte, existe una basta literatura que explica que la anorexia nerviosa “pone de manifiesto el deseo inconsciente de evitar la maduración sexual” (p. 72), con lo que se pueden identificar varios casos de este trastorno. Se puede observar por otro lado, como en el caso de la bulimia nerviosa el control que se busca sobre la conducta alimentaria contrasta con el descontrol y desinhibición sexuales. Sin embargo, el desarrollo de la sexualidad tanto de estos pacientes como de la población sana en general, se encuentra íntimamente ligado con la propia sexualidad de los padres y sus conductas y percepciones asociadas a ella.

Rausch Herscovici (1996), explica que un trastorno alimenticio puede ser denominado como un intento de autodestrucción, sin embargo, se debe distinguir que dicha destructividad no es el propósito que acarrea un trastorno alimenticio, sino una consecuencia del mismo. El despliegue de conductas observado en estos casos, las responsables de los estragos tanto en la salud física como psicológica del paciente, y de mantener a flote la enfermedad, son las consecuencias a las que se enfrenta la persona, debido a su enfermedad, más no una meta que se proyecta. Adicionalmente a todo lo mencionado, la autora plantea que dicho trastorno alimenticio puede surgir como una respuesta frente a un desajuste interno caracterizado por la importante cantidad y severidad de los rasgos problemáticos que se desarrollan en el paciente. De acuerdo a la clasificación que provee el DSM-V, dentro de los trastornos alimenticios se incluyen desórdenes como la bulimia nerviosa, la anorexia nerviosa, el trastorno por atracón o “Binge Eating Disorder” (BED) y el trastorno alimentario no específico (Asociación Americana de

Psiquiatría, 2013)..

Rausch Herscovici (1996), menciona que a pesar de la sintomatología que puede llegar a ser sumamente evidente en ciertos casos de trastornos alimenticios, no en todas las ocasiones resulta fácil advertir cuando se encuentra presente uno de ellos en una persona. Existen varios comportamientos tales como ayunar, hacer ejercicio de manera excesiva, preocuparse por la comida y el peso constantemente, entre otros, que resultan familiares a los síntomas asociados a un trastorno alimenticio que pueden fácilmente confundirse o pasarse de alto, por lo que cabe señalar que se podría estar hablando de un trastorno alimentario únicamente cuando la actitud de la persona hacia la comida y el peso se convierten en los únicos aspectos que rigen su comportamiento.

### **Bulimia Nerviosa: definición y diagnóstico.**

La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que de acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), puede ser diagnosticada si cumple con los siguientes criterios encontrados en el DSM-V.

Criterios para el diagnóstico de Bulimia nerviosa (307.51):

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

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo: en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo: sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no



ganar peso, como son la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos 1 vez a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar si se encuentra en:

Remisión parcial: Después de haber cumplido previamente con todos los criterios, algunos de ellos, no todos, se han mantenido durante un período de tiempo sustancial.

Remisión total: Después de haber cumplido previamente con todos los criterios, ninguno de ellos se ha mantenido durante un período de tiempo sustancial.

Especificar severidad actual:

El nivel mínimo de severidad se basa en la frecuencia de conductas compensatorias inapropiadas. El nivel de severidad puede incrementarse para reflejar otros síntomas y el grado de incapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1-3 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

Severo: Un promedio de 8-13 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

Extremo: Un promedio de 14 o más episodios de conductas compensatorias

inapropiadas por semana.

***Inicio, curso y desarrollo de la bulimia nerviosa.***

De acuerdo a Treasure (2008), la aparición de la bulimia nerviosa puede ocurrir en cualquier momento de la vida de una persona, sin embargo, presenta un pico a los 18 años de edad, en donde normalmente las personas alcanzan un grado de autonomía y desconexión de los aspectos sociales que acompañan a la conducta alimentaria que facilitan el desarrollo de la enfermedad. En cuanto al curso del trastorno, Jáuregui Lobera (2009), señala que la bulimia nerviosa presenta un curso crónico, aunque a largo plazo, los síntomas de la mayoría de los pacientes suelen disminuir. Ésta también presenta un curso intermitente, debido a que pueden presentarse periodos de remisión de aproximadamente un año interrumpidos por atracones o la reincidencia de otro tipo de síntomas. Fairburn y Harrison, (2003). Refieren que en promedio, la bulimia nerviosa puede desarrollarse y establecerse de forma crónica durante cinco años en la vida de una persona, e inclusive perdurar hasta 10 años, manifestando fluctuaciones en su sintomatología y presentación. No obstante, suelen percibirse rasgos comunes entre estos pacientes como la incapacidad de mantener un peso sano, sintomatología depresiva y retraimiento social entre los más observados (Jáuregui Lobera, 2009).

En general el curso y desarrollo de la enfermedad dependerá principalmente de la salud de cada persona, así como del tratamiento utilizado, en el caso de que se esté tratando, de las redes de apoyo o de si existe algún problema o enfermedad concomitantes, entre otros factores, que pueden tener un impacto importante (Fairburn y Harrison, 2003).

Jáuregui Lobera (2009), señala que los períodos de remisión superiores a un año están asociados a un pronóstico más favorable a largo plazo. Inclusive mencionar que en el curso natural del trastorno pueden verse mejorías espontáneas, en 1-2 años, con reducción de atracones, vómitos y abuso de laxantes, hasta en un 25- 30%. Por su parte, Herzog y

colaboradores (1999), explica que algunos autores hablan de un éxito total a corto plazo en el 50-70% de los casos y en estudios de seguimiento entre 6 meses y 6 años se han observado recaídas en un 30-50% (Hsu, 1989).

### ***Mortalidad en la bulimia nerviosa.***

En un estudio realizado por Crow y colaboradores (2009), se encontró que la bulimia nerviosa presenta una tasa de mortalidad del 3.9%, similar al porcentaje de 4.0% respectivo a la anorexia nerviosa y menor al del trastorno alimentario no específico (5.2%). Para esta investigación se tomó en cuenta una muestra de 1.885 individuos que entre los años de 1979 y 1997 se presentaron a una evaluación en la Clínica de Trastornos Alimenticios de la Universidad de Minnesota en donde fueron diagnosticados con un trastorno alimenticio y referidos a un tratamiento especializado. En el 2004, Crow y colaboradores (2009), utilizaron los registros computarizados del National Death Index que almacena información acerca de los fallecimientos desde 1979 en Estados Unidos, así como contiene enlaces asociados a certificados de defunción. Con esta información, los investigadores pudieron desarrollar un algoritmo para analizar y determinar los índices de mortalidad a partir de la muestra mencionada anteriormente de acuerdo a grupos de edades y causas de muerte. El estudio arrojó que de los 1.885 participantes 906 recibieron un diagnóstico de bulimia nerviosa, entre los cuales, 35 fallecieron hasta la fecha (3.9%). Entre dichos fallecimientos, 8 de ellos se debieron a suicidio (0.9%), 4 al uso de sustancias (0.4%), 3 a accidentes (0.3%) y 20 a complicaciones médicas (2.2%).

En cuanto a las edades, el estudio dio a conocer que en el grupo de menores a 20 años un índice de 0.7 personas murieron, en el de 20-30 años un rango de 2.3 personas, en el de 30-50 años uno de 1.8, en el de 40-50 años, 1.2 y en el de mayores a 50 años, 0.7. No obstante, dicho estudio presenta varias limitaciones, como por ejemplo, la muestra de personas diagnosticadas con bulimia nerviosa era mayor que la de anorexia (N: 177) y

trastorno alimentario no específico (N: 802). Asimismo, no se dieron a conocer variables importantes como la presencia de una enfermedad mental o física concomitante que podría haber incrementado el riesgo de mortalidad.

### ***Incidencia y Prevalencia de la bulimia nerviosa.***

De acuerdo a Guerra Prado y Barjau Romero (2003), la bulimia nerviosa presenta una incidencia entre el 1-13% a nivel mundial. Específicamente, Wijbrand Hoek y Van Hoeken (2003) señalan que de acuerdo a la revisión literaria que realizaron sobre la incidencia de la bulimia nerviosa, se conoce que en Suecia un promedio de 3.9 personas por cada 100.000 padecen de este trastorno, en Holanda un promedio de 11.5 personas por cada 100.000, en Dinamarca 3.0, en Rochester Minnesota 13.5 y en el Reino Unido 12.2.

Por otro lado, Fairburn y Harrison (2003), indican que la bulimia nerviosa es uno de los trastornos de la conducta alimentaria más comunes en cuanto a su prevalencia. Solo en Estados Unidos se conoce que de cada 100.000 habitantes por año, estas cifras alcanzan el 1 a 2% en personas con edades comprendidas entre los 16 y 35 años, siendo ésta una enfermedad que suele iniciarse a partir de la pubertad, es decir, alrededor de los 12 años de edad, aunque suele afectar en su mayor parte a adultos jóvenes. Adicionalmente, Nicholls y Grindrod (2008), señalan que la bulimia tiene una prevalencia más alta en sociedades occidentales y personas caucásicas. Sin embargo, de acuerdo al *National Eating Disorders Association* (2011) durante los últimos años de investigación, se han presentado datos que señalan la existencia de una creciente preocupación por el peso, así como otros signos característicos de un desorden alimenticio dentro de adolescentes estudiantes pertenecientes a poblaciones minoritarias en Estados Unidos correspondientes a asiáticos, afroamericanos y nativo americanos. Lo que a su vez se indica que no se tiene conocimiento acerca de si ello se trate de un crecimiento en la prevalencia de la

enfermedad en diferentes culturas y etnias, o si ello responde a un incremento en el reporte de la misma.

Según Hudson y colaboradores (2007), al igual que sucede con otro tipo de trastornos alimentarios, las mujeres presentan una prevalencia mucho mayor (0.5%), que el género masculino (0.1%); tomando en cuenta una posible tendencia a que los hombres reporten en menos cantidad este tipo de problemas o sean mal diagnosticados (Fairburn y Harrison, 2003).

### ***Factores predisponentes de la bulimia nerviosa: Modelo biopsicosocial.***

De acuerdo a Largo Gómez (2003), la etiopatogenia de la bulimia nerviosa se caracteriza por ser multifactorial, ya que las causas que originan su aparición no responden a factores aislados, sino a una serie de elementos biológicos, psicológicos y socioculturales que interactúan entre sí para propiciar o dificultar el desarrollo de la enfermedad. Ello corresponde al modelo biopsicosocial que explica la forma en que la bulimia nerviosa aparece de acuerdo a los factores predisponentes mencionados.

#### *Factores genéticos.*

Treasure y colaboradores (2010), mencionan que en la bulimia nerviosa, así como en otros trastornos alimenticios, el factor de riesgo más importante es el género femenino, aunque no se especifica de manera exacta si esto es considerado así, debido a la genética subyacente o al contexto sociocultural. Díaz Marsá y Sáiz Gonzalez (2003), explica que el componente hereditario es fundamental para el desarrollo de cualquier trastorno alimentario, no obstante, resalta la importancia del aporte de la carga sociocultural para el establecimiento de la bulimia nerviosa. Adicionalmente, menciona que la vulnerabilidad genética subyacente en este trastorno puede actuar sobre otros factores como la personalidad y la predisposición a la obesidad.

Kaye y colaboradores (2004), hablan sobre la susceptibilidad genética que afecta a las personas relacionadas con un paciente de bulimia o de anorexia. Dichos investigadores realizaron un estudio a partir de una muestra de 365 familiares (hermanos, primos, tíos) de 163 pacientes de bulimia nerviosa y 165 de pacientes de bulimia nerviosa con una historia de anorexia (BAN), los cuales fueron diagnosticados previamente de acuerdo a los criterios del DSM-IV. Los familiares utilizados para el estudio habían cumplido en algún momento de sus vidas criterios del DSM-IV para algún trastorno alimenticio. Paralelamente se midieron rasgos y características de este tipo de trastornos como el índice de masa corporal, el temperamento, perfeccionismo, ansiedad, impulsividad, depresión y dependencia a la nicotina en tanto pacientes como los familiares afectados por medios de instrumentos estandarizados como el Multidimensional Perfectionism Scale (Frost MPS), Temperament Character Inventory (TCI), entre otros. Entre la muestra de familiares de pacientes de bulimia afectados, 62 fueron actualmente diagnosticados con bulimia (34.8%), 49 con BAN (27.5%) 35 con anorexia (19.7%) y 32 con trastornos alimentario no específico (18.0%). Mientras que en la muestra de familiares de pacientes con BAN, 42 fueron diagnosticados con bulimia (22.5%), 67 con BAN (35.8%) 48 con anorexia 25.7% y 30 con trastornos alimentario no específico (16.0%). Se encontró que existe una tendencia significativa a que los pacientes con bulimia tengan familiares que presentan el mismo diagnóstico, así como los pacientes con BAN tienden a estar relacionados con familiares que presentan anorexia (odds ratio (OR)  $\frac{1}{4}$  2.0,  $df$   $\frac{1}{4}$  1,  $\chi^2$   $\frac{1}{4}$  8.18,  $p$   $\frac{1}{4}$  .029, number of pairs  $\frac{1}{4}$  303). Asimismo, se encontró que los pacientes con bulimia comparten mayor cantidad de rasgos de personalidad con sus parientes afectados, que los pacientes de BAN con sus familiares. Como parte del estudio también se tomaron muestras de sangre, las cuales se utilizarán en un futuro estudio para su análisis genético. Una de las limitaciones de este estudio tiene que ver justamente con el hecho de que aún no se han

analizado a nivel genético dichos rasgos mencionados ni los genes responsables del mismo.

Mazzeo y colaboradores (2010), realizaron un estudio de gemelos (614 monocigóticos y 410 dicigóticos) en el que de una muestra de 1024 gemelas mujeres del Registro de Gemelos de Virginia (Mid-Atlantic Twin Registry), 37 recibieron un diagnóstico de bulimia nerviosa bajo los criterios del DSM-IV y el ICD-10, paralelamente, Mazzeo y colaboradores (2010) midieron y confirmaron por medio de una entrevista que los medios ambientes en que ambas gemelas se encontraban sean iguales, al igual que se midió su sintomatología. El análisis genético arrojó como resultados que las gemelas monocigóticas presentaban una correlación ( $r=0.62$ ) con la heredabilidad más alta que las gemelas dicigóticas ( $r=0.31$ ), lo que sugiere que la bulimia tiene un carácter heredable importante. Sin embargo, se encontró que las características variables de la enfermedad se deben en su mayoría al efecto aditivo de diferentes factores genéticos ( $a^2= 0.62$ , 95% CI 0.18–0.76), por ejemplo, se encontró que la conducta de vomitar presenta una heredabilidad de 0.53 (0.41–0.74), los atracones 0.34 (0.21–0.53) y el uso excesivo de ejercicio 0.35 (0.13–0.60). Otros síntomas tienen un carácter menos hereditario como la influencia del peso en la auto evaluación [0.24 (0.10–0.46)]. Sin embargo, deben tomarse en cuenta limitaciones como el hecho de que el estudio únicamente tomó en cuenta participantes europeos-americanos con un nivel de educación, medio-bajo y medidas de un solo ítem que pueden atenuar la confiabilidad. Asimismo, no se sabe con certeza si éste podrá replicarse en otros estudios de hermanos no gemelos, así como en la población masculina.

Por su parte, Strober y colaboradores (2000), realizaron una investigación utilizando como muestra mujeres caucásicas de 18 a 28 años, pacientes del Instituto Neuropsiquiátrico de la Universidad de California, divididas en tres grupos, el primero

conformado por 152 mujeres que hayan tenido anorexia nerviosa por mínimo cinco años, el segundo por 171 que hayan tenido bulimia por mínimo cinco años, y el tercero por 181 mujeres que no han tenido en ningún momento de sus vidas un trastorno mental. Al igual que el primer estudio mencionado, se utilizó también una muestra de familiares que constó de 1727 personas mayores de 12 años entre los parientes de los pacientes de los tres grupos. Se realizaron entrevistas telefónicas y personalmente como el Structured Clinical Interview for DSM-111-R Personality Disorders, el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Epidemiologic Version, el Eating Disorders Family History Interview, entre otros con el objetivo de conocer qué trastornos mentales o de personalidad han padecido o padecen actualmente. De acuerdo al análisis respectivo se encontró que los 95 familiares mujeres que recibieron un diagnóstico completo o parcial de trastorno alimenticio, 85 (89.5%), eran parientes de los grupos de pacientes con este tipo de trastornos. El análisis de transmisión cruzada en familias por medio del uso de hazard ratios, mostró que los 12 (7.7%) casos de bulimia encontrados en parientes de los dos primeros grupos, resultaron ser 3.5 veces más que los casos encontrados en los parientes del tercer grupo (2.2%). Los índices de enfermedad en el grupo de los parientes de pacientes con bulimia (14.9%) resultaron ser 4.8 veces más altos que los encontrados en los pacientes del tercer grupo (3.1%), lo cual se traduce en un resultado significativo (Fisher's exact test,  $p= 0.0001$ ). También se encontró que los parientes mujeres directos de personas con bulimia (como madres y hermanas) presentan un riesgo del 4.0% de padecer dicha enfermedad. El presente estudio tiene varias limitaciones como el hecho de que se utilizó un grupo comparativo con el supuesto de que consta de personas sanas que nunca antes han presentado un trastorno mental, ya que de todas maneras no se descarta que pudieron experimentar conflictos, eventos vitales etc. que comprometan dicha "sanidad" y se relacionen con la etiología de algún tipo de enfermedad mental. Asimismo, en la parte



del análisis no se tomó en cuenta el posible efecto diferencial en la transmisión familiar de un desorden alimenticio, que puede tener un trastorno del humor. Finalmente, no se puede confiar totalmente en la neutralidad de los entrevistadores sobre la posibilidad de que hayan “inflado” las descripciones de los participantes y afectado su diagnóstico.

Monteleone y colaboradores (2006), explican que uno de los genes más asociados a la bulimia nerviosa y a los atracones y otros fenotipos de la enfermedad es el BDNF (brain derived neurotrophic factor). Éste modula la conducta alimentaria al mediar la supresión del apetito, además de que actúa en la reducción de peso por medio de los efectos del estrés auto-inducido asociados al sistema serotoninérgico (Steiger y Bruce, 2007).

Monteleone y colaboradores (2006), estudiaron específicamente el polimorfismo de nucleótido simple denominado 196G/A (variación de una secuencia de ADN que afecta únicamente a una base (A, T, C, G). Para el estudio de dicho gen se utilizó una muestra de 210 mujeres caucásicas de las cuales 126 presentaban bulimia, 84 trastorno por atracón y se utilizó para el grupo control 121 mujeres saludables. Como se resultados no se obtuvieron diferencias significativas entre las frecuencias del 196G/A del gen BDNF entre ninguno de los tres grupos. No obstante en los grupos de bulimia y de trastorno por atracón se observó que los sujetos que portan la variación 196A/A experimentan atracones con una frecuencia más alta, así como mayor severidad que aquellas personas con los genotipos 196A/G y 196G/G. Lo que demuestra que el polimorfismo de nucleótido simple 196G/A no contribuye a la vulnerabilidad genética de presentar bulimia o trastorno por atracón, pero si a la severidad de sus síntomas. Como limitación de este estudio debe tenerse presente que no hubo un análisis exhaustivo del efecto aditivo de los genes del cual se habla en la mayoría de investigaciones relacionadas a este tema.

#### *Factores Biológicos.*

Díaz Marsá y Sáiz Gonzalez (2003), recopilan y exponen información sobre la

existencia de alteraciones a nivel neurobiológico en personas con bulimia nerviosa en donde se destacan una hipofunción serotoninérgica y noradrenérgica, así como una actividad colecistocinérgica disminuida. En cuanto al primer caso, se conoce que la serotonina es uno de los neurotransmisores mayormente conocido por ser el encargado de modular la conducta alimentaria y el apetito al actuar sobre la zona ventromedial del hipotálamo para generar una sensación de saciedad de forma precoz, lo que se traduce en la disminución de alimentos, así como de la velocidad en que se lo realiza. Por lo tanto, un funcionamiento disminuido de la misma explicaría algunas de las conductas patológicas observadas en la bulimia como los episodios de atracones, la disminución del metabolismo basal, variaciones en la impulsividad e incremento de trastornos afectivos, entre otros.

Por su parte, Klump y Culbert (2007), hicieron una revisión acerca de estudios genéticos moleculares sobre los trastornos alimenticios realizados durante los últimos años. Reportan que de ocho investigaciones sobre los sistemas asociados en la alimentación y el humor, es decir, sobre la serotonina, dos de ellas, el estudio de Klump y Gobrogge (2005), y el de Norton y Owen (2005), con un rango de participantes de 22-110 como muestra entre ambos, arrojaron resultados significativos en cuanto a que el segundo receptor 5-HT<sub>2a</sub> de serotonina influye directamente sobre dichos sistemas en personas con bulimia nerviosa, ya que mostraron que los alelos A y G se encuentran asociados con el aumento de impulsividad y la disminución de la actividad serotoninérgica postsináptica. Por otro lado, los estudios realizados por Steiger y colaboradores (2005) y (2006) con un rango de 50 a 125 participantes, respecto al transportador de serotonina 5HTT mostró que éste se encuentra asociado al incremento de serotonina en las brechas sinápticas como resultado de la reducción de la receptación de la misma. Este incremento se relaciona con la aparición de ansiedad, exageradas respuestas de estrés, neuroticismo y evitación del daño. Se debe tomar en cuenta como limitaciones, que esta es una revisión de dichos estudios,

por lo tanto puede existir un sesgo por parte de los investigadores que realizaron el meta-análisis.

En cuanto al estrógeno, Klump y Culbert (2007), mencionan que éste es un factor importante en el desarrollo de trastornos alimenticios, ya que influencia de manera directa la ingesta de comida y toma un papel fundamental en la pubertad, momento en que empiezan a desarrollarse este tipo de patologías. El estudio de Edler y colaboradores (2007), realizado con una muestra de 17 participantes, dividida en un grupo de nueve mujeres con bulimia que presentaban un ciclo menstrual regular y un grupo control de ocho mujeres también con ciclos regulares a quienes se le midieron sus niveles de estradiol y progesterona. Se concluyó que existe una asociación significativa entre el incremento de atracones y el incremento de los niveles de progesterona, así como con la disminución de los niveles de estradiol en el grupo de participantes con bulimia y ciclos regulares. Como limitaciones de este estudio puede exponerse el hecho de que la enfermedad influya los niveles hormonales, sin embargo, dichos cambios no difieren significativamente de los niveles del grupo control.

Por otro lado, Díaz Marsá y Sáiz Gonzalez (2003), explican que la noradrenalina es el neurotransmisor encargado de regular el apetito, ya que se conoce que al estimular experimentalmente sus receptores situados en el núcleo paraventricular, la persona aumenta la cantidad de alimento ingerido y se retrasa de forma paralela la saciedad, así como hay una mayor preferencia por hidratos de carbono. En el caso de la bulimia, se conoce que hay un aumento en el número de receptores noradrenérgicos y una reducción en la transmisión de dicho neurotransmisor.

Trebbau López y colaboradores (2011), señalan que en 1988, Liddle y Geraciotti investigaron la hipótesis de que las anomalías en la secreción de colecistocinina (CCK) y la saciedad pueden ocurrir en pacientes con bulimia nerviosa. Díaz Marsá y Sáiz

Gonzalez (2003), señalan que la CCK es un péptido secretado por la mucosa intestinal encargado de aumentar la saciedad al evitar que se dé un vaciamiento total del estómago, sin embargo, se han encontrado niveles disminuidos del mismo en casos de bulimia nerviosa. Trebbau López y colaboradores (2011), mencionan que frente a ello, un estudio realizado por Devlin y colaboradores (1997), exponen que los pacientes de bulimia presentan una disminución en la sensibilidad frente a la distensión gástrica. Trebbau López y colaboradores (2011), explican que éstas y otras alteraciones encontradas en la actividad de diversos neurotransmisores y hormonas relacionados a la bulimia, no se constituyen como causas o consecuencias de la enfermedad, sino más bien, de acuerdo a la hipótesis nutricional, se sostiene que éstas vienen a ser adaptaciones a un estado temporal de hambruna, ya que los cambios producidos por el mismo suelen retornar a niveles normales luego de la ingesta de alimento.

Treasure y colaboradores (2010), mencionan que las complicaciones perinatales tales como nacimiento prematuro y cefalohematoma, así como mecanismos epigenéticos e hipoxia, entre otros, pueden estar asociados al desarrollo de un trastorno alimenticio. En este ámbito, Favaro y colaboradores (2006) realizaron una investigación de los historiales obstétricos de 73 personas con bulimia y 114 con anorexia y de 554 personas en el grupo control. Las muestras clínicas fueron tomadas de los registros de nacimiento del hospital Padúa entre 1971 y 1979, y de la unidad del mismo especializada en tratar trastornos alimentarios. La muestra tenía una edad promedio de inicio de la enfermedad de 17.6 años. 46% de las muestras clínicas presentaban un historial psiquiátrico. En los tres grupos se evaluaron las complicaciones obstétricas por medio del McNeil Sjostrom Scale aplicado a los historiales obstétricos. En cuanto a la bulimia, se encontró una prevalencia significativa de complicaciones como infarto placentario ( $p=0.10$ ), hiperactividad neonatal ( $p=0.005$ ), dificultades alimentarias tempranas ( $p=0.02$ ) y bajo peso al nacer ( $p=0.0009$ ). Tener un

bajo peso para edad gestacional diferenciaba significativamente al grupo de bulimia del de anorexia ( $p=0.04$ ) y del grupo control ( $p=0.05$ ). Cabe señalarse como una de las limitaciones más importantes de este estudio que las muestras clínicas utilizadas fueron heterogéneas, ya que una fue tomada de la población general y otra de una clínica especializada, por lo inherentemente, sus condiciones van a variar como el hecho de que un grupo de personas acudió a buscar ayuda profesional y recibió un tratamiento, conocimiento que no se tiene del grupo tomado de la población general.

#### *Factores psicológicos.*

Fairburn y Harrison (2003), mencionan que desde el punto de vista psicológico, las personas que padecen de bulimia suelen sentirse insatisfechas con su imagen corporal y presentar características premórbidas como baja autoestima, problemas de ansiedad, tendencia a aumentar de peso o a la obesidad y menarquia temprana. Largo Gómez (2003), añade por su parte, la presencia de sentimientos de insuficiencia y disfórico-distímicos y características como haber tenido una crianza desfavorable, como por ejemplo, haber experimentado negligencia, altas expectativas parentales difíciles de alcanzar, discordia parental, haber recibido críticas referentes a su alimentación, forma o peso corporales, hábito de hacer dietas, presión por ser delgado, entre otros, así como tener rasgos de personalidad previamente estructurados en lo que se profundizará más adelante.

Adicionalmente, Rausch Herscovici (1996), señala que es común encontrar en estas personas pobres estrategias de afrontamiento y situaciones traumáticas que no se han resuelto de manera correcta y absoluta como por ejemplo, la pérdida de un ser querido, la vivencia de un abuso sexual, entre otros. El desarrollo de la bulimia nerviosa también puede estar asociada a “[...] la patología psiquiátrica en los familiares de primer grado respecto a la población general, fundamentalmente en cuanto al consumo de alcohol y otras adicciones, trastornos alimentarios y depresiones” (Largo Gómez, 2003, p. 31). En

este fragmento, Largo Gómez (2003), condensa de cierta manera que hijos de padres que hayan padecido alguna patología como las mencionadas, especialmente algún tipo de trastorno afectivo, presentan una mayor predisposición a que se genere dicha enfermedad, que hijos de padres que no las hayan padecido. Asimismo, se cree que la manera en que el individuo se ha criado y ha respondido frente al conflicto que trae este tipo de situaciones en el núcleo familiar tiene un impacto importante en el desarrollo de un trastorno alimentario.

Lilenfeld y colaboradores (1998), realizaron una investigación sobre los trastornos psiquiátricos en los familiares de primer grado de pacientes de trastornos alimenticios. Utilizaron como muestra a 47 mujeres con bulimia y 26 con anorexia diagnosticadas de acuerdo al DSM-III-R y a 460 familiares de primer grado, así como a 44 personas sin historial psiquiátrico como grupo control. Los resultados arrojaron que los familiares de los pacientes con anorexia y bulimia presentaban un mayor riesgo de desarrollar sintomatología de trastorno de depresión mayor, trastornos alimentarios y trastorno obsesivo compulsivo que el grupo control. Se encontró también que los familiares de personas con bulimia tenían un mayor riesgo de presentar dependencia de sustancias que los familiares de personas con anorexia, mientras que éstos últimos tenían un mayor riesgo de presentar trastorno obsesivo compulsivo que los familiares del grupo con bulimia. Una de las limitaciones que este estudio presenta tiene que ver con la muestra pequeña que se utilizó en el grupo de anorexia, ya que ésta sesgar pudo los resultados a partir de las comparaciones estadísticas. Asimismo, es posible que los familiares de los grupos con trastornos alimentarios, al poder detectar con mayor facilidad un trastorno alimenticio, hayan reportado falsos positivos o mayor sintomatología que el grupo control.

Por otro lado, Kally y Cumella (2008), realizaron un análisis fenomenológico acerca de la etiología psicológica de los trastornos alimenticios. Para ello utilizaron una muestra

de pacientes del Bermuda Program for Eating Disorders de 100 mujeres de mediana edad (40-65 años) divididas en dos grupos de acuerdo a la edad de inicio de la enfermedad. El primer grupo constó de 40 participantes cuyo inicio del trastorno se dio previo a los 40 años (promedio de edad de inicio: 19 años), en el cual 28% de las participantes cumplía un diagnóstico puro de bulimia. El segundo grupo constó de 60 participantes cuyo inicio se dio después de los 40 años (promedio de edad de inicio: 44 años), en el cual 10% de las participantes cumplía un diagnóstico puro de bulimia. Las participantes ingresadas al programa antes de 1994 fueron diagnosticadas en ese entonces de acuerdo a los criterios del DSM-III-R y las que ingresaron a partir de dicho año fueron diagnosticadas con el DSM-IV. Como medidas psicométricas se tomaron en cuenta los reportes de los psiquiatras y psicólogos de cada paciente incluyendo a terapeutas familiares. Cada reporte contenía además de la opinión profesional, el punto de vista de cada paciente sobre su enfermedad y criterios acerca de que factores creían que estaban asociados al desarrollo de la misma. La información fue dividida en tres factores: 1) contribuidores, 2) disparadores y 3) mantenedores. Para el análisis se utilizó el Interpretative Phenomenological Analysis y como resultados surgió lo siguiente: 87% de las participantes del primer grupo y 60% del segundo identificaron como factores contribuidores a: 1) problemas de la familia de origen, en donde 46% de las participantes de ambos grupos mencionaron trauma no sexual; 35% del primer grupo y 54% del segundo mencionaron padres controladores, 39% del primero y 33% del segundo a padres críticos; 40% del primero y 17% del segundo a negligencia, 23% del primero y 17% del segundo al alcoholismo parental; y 25% del primero y 13% del segundo a conflictos alrededor de la comida. Como segundo factor contribuidor, 10% de las participantes del grupo uno mencionaron problemas de la familia nuclear, mientras que en el grupo dos, 35% de las participantes los mencionaron. En este ámbito, 64% de las participantes en total mencionaron trauma no sexual (abuso físico en su mayoría) y 29% en

total mencionaron pareja controladora. Como tercer contribuidor, 30% de las participantes de ambos grupos problemas de imagen corporal. Como cuarto y último, 22 de las participantes del grupo uno y 9 de las del grupo dos reportaron haber sido abusadas sexualmente en algún momento de sus vidas y lo mencionaron como contribuidor. En cuanto a los disparadores, 8% de las participantes no pudo identificarlos, sin embargo, 47% del primer grupo y únicamente el 10% del segundo identificaron a la imagen corporal como uno de ellos. Por otro lado, el 13% de las participantes del primer grupo y el 55% de las del segundo, identificaron como un disparador los problemas de la familia nuclear. Finalmente, 7% de las del primer grupo y 25% del segundo mencionaron a problemas médicos y de salud como otro disparador. En cuanto a los mantenedores de la enfermedad, naturalmente, sólo 7% de las participantes del segundo grupo los identificaron. No obstante del primer grupo, 78% de las participantes los reportaron, entre ellos a problemas de la familia de origen (47%) y de la familia nuclear (23%). Como una de las limitaciones que este estudio presenta, cabe señalar que se basó principalmente en recuerdos y percepciones de las participantes, los que pudieron haberse modificado debido al tiempo e impresiones nuevas, no obstante, lo importante es el significado que cada participante le da de la historia de vida.

Adicionalmente, Largo Gómez (2003), también señala que la comorbilidad con trastornos afectivos, el abuso de alcohol y otras sustancias, así como con trastornos de personalidad y de ansiedad, pueden estar posiblemente relacionados con la etiopatogenia de la bulimia, sin tener aún en claro si ésta última se trata de un síntoma de alguno de estos trastornos o de la causa de los mismos.

Kaye y colaboradores (2004), realizaron un estudio acerca de la comorbilidad de los desórdenes de ansiedad con la anorexia y la bulimia. Para ello utilizaron una muestra de 282 mujeres diagnosticadas en algún momento de sus vidas con bulimia y 97 con anorexia



de acuerdo al DSM-IV comparadas con un grupo control de 319 mujeres que no habían presentado ningún tipo de patología. Se le aplicaron diversas escalas a las muestras clínicas como la Yale-Brown obsessive-compulsive scale, la State-trait Anxiety Inventory, el Frost Multidimensional Perfectionism Scale entre otros para encontrar trastornos de ansiedad comórbidos. Como resultados, las tasas de trastornos de ansiedad fueron similares en los tres grupos, sin ninguna diferencia significativa a tomar en cuenta. 63.5% de la muestra total presentó alguna vez en su vida un trastorno de ansiedad. Entre los trastornos más comunes se encontró que del total de participantes, 277 (41%) presentaron en algún momento trastorno obsesivo-compulsivo y 134 (20%) fobia social, siendo los demás trastornos menos comunes. Asimismo, la mayoría de las participantes de la muestra afectada por un trastorno de ansiedad, reportó que los rasgos ansiosos iniciaron en su niñez, previo al desorden alimentario. De igual manera, se conoció que las personas con una historia de trastorno alimentario, pero que al momento no presentaban ningún trastorno, tendían a presentar rasgos de ansiedad, perfeccionismo y evitación del daño y que la presencia de algún trastorno (alimentario o de ansiedad) los exacerbaba. Como limitaciones de este estudio, deben tomarse en cuenta los rasgos que comparten ambos tipos de trastornos estudiados en este caso, facilitando que las participantes puedan generar falsos positivos en el diagnóstico de un trastorno de ansiedad.

White (2000), menciona que la insatisfacción corporal, los problemas de autoestima y las conductas de riesgo se encuentran directamente relacionadas con la aparición de un trastorno alimenticio. Fischer y colaboradores (1991), realizaron un estudio descriptivo con una muestra de 268 adolescentes mujeres estudiantes de una secundaria estatal de Nueva York, con una edad promedio de 16.2 años, quienes completaron una serie de cuestionarios acerca de comportamientos riesgosos para la salud, actitudes hacia el peso y la comida, una escala de autoestima y un inventario de ansiedad. Los resultados indicaron que las

personas que obtuvieron los puntajes más altos en cuanto a conductas riesgosas como el uso de alcohol, tabaco y otras drogas y mayor número de parejas sexuales, tendían a presentar mayores puntajes en el Eating Attitudes Test, así como en las escalas de autoestima, ansiedad y actitudes hacia el peso, que aquellas personas que obtuvieron puntajes más bajos en dichos tests. 18% de la muestra obtuvo un puntaje de 30 o más en el test de actitudes en el Eating Attitudes Test, puntaje que sugiere la presencia de un trastorno de la alimentación. Cabe recalcar que una de las limitaciones más importantes de este estudio es que no demuestra una relación causal entre las conductas estudiadas y la actitud hacia la alimentación, sino una correlación entre ambas que no diferencia los factores que determinan a cada una.

Calam y Waller (1998), señalan que las actitudes hacia la comida y su ingesta son mejores predictores de un desorden alimentario, antes que una baja autoestima. Por su parte, realizaron un estudio longitudinal con el objetivo de determinar si las características psicosociales y de alimentación en la adolescencia temprana (12 años) predicen las actitudes de ingesta y comportamientos en la adultez temprana (19 años). El 71.6% de la muestra (63 mujeres) participaron en ambas etapas del estudio. A la edad de 12 años de las participantes se midieron factores como el perfeccionismo, el autoestima y la función familiar, a los 19 años de edad de las participantes (siete años después) se evaluaron las actitudes hacia la alimentación y conductas asociadas. Se encontró que las actitudes bulímicas presentes a los 12 años estaban subsecuentemente relacionadas con características de bulimia a los 19. Por otro lado, las actitudes restrictivas halladas a los 12 años estaban subsecuentemente relacionadas con comportamientos purgativos a los 19 años. Los investigadores señalan que el autoestima y el perfeccionismo no tenían una relación significativa con problemas alimentarios. No obstante, las características familiares percibidas a los 12 años de edad se encontraban fuertemente relacionadas con

aspectos específicos de las actitudes hacia la alimentación y conductas asociadas medidas siete años después. Como limitación debe tomarse en cuenta el sesgo que presenta este estudio al basarse en la percepción de los recuerdos de los pacientes que pueden encontrarse sesgados.

*Factores socioculturales.*

Dichos factores tienen que ver particularmente con la concepción de belleza en el mundo occidental, particularmente, en el cual se valora y acepta la delgadez como uno de sus ideales, muchas veces asociado de manera intrínseca al éxito y felicidad, rechazando a lo que se considera como gordura (Largo Gómez, 2003). Treasure y colaboradores (2010), añaden que la práctica de estos valores puede relacionarse con problemas de autoestima y el propicio de conductas asociadas a trastornos alimenticios, como hacer dietas y controlar el peso de formas extremistas y poco saludables, así como promover estigmatización del peso y la forma corporales, el *bullying* y críticas destructivas enfocadas en castigar a quienes no cumplan con los parámetros establecidos socialmente. Adicionalmente, malas experiencias relacionadas a comer o a la comida pueden contribuir a este problema.

Ying y colaboradores (2011) realizaron un estudio acerca de la influencia que los factores socioculturales tienen sobre las actitudes hacia la alimentación en una muestra de 584 estudiantes universitarios de Malasia (59.4% mujeres y 40.6% hombres). La muestra completó cuatro cuestionarios estandarizados que medían la presión social percibida por ser delgado, burlas recibidas relacionadas al peso, estrés psicológico, ansiedad y depresión y síntomas de trastorno alimentario. Los resultados indicaron que las variables sociales medidas tienen un efecto significativo sobre el estrés psicológicos y las actitudes hacia la comida tanto en hombres como en mujeres. En el caso de los hombres, la influencia sociocultural ejercía un efecto indirecto sobre el desarrollo de alteraciones en los hábitos

alimenticios por medio del estrés psicológico. En el caso de las mujeres se encontraron los mismos resultados, además de un efecto directo de la influencia sociocultural sobre las alteraciones en los hábitos alimenticios. Es decir, se encontró que el estrés psicológico es un mediador entre las influencias socioculturales y las alteraciones en la alimentación en tanto hombres como mujeres. Cabe recalcar que entre las limitaciones de este estudio, se encuentra el hecho de que fue realizado en Malasia con su población respectiva, por lo que los resultados pueden no ser generalizables, asimismo, no se realizó un diagnóstico formal de trastorno alimentario.

Fitzsimmons-Craft y colaboradores (2012), midieron a través de una serie de escalas la comparación social y la vigilancia corporal como moderadores de la relación entre la ansiedad física social y las actitudes hacia la alimentación. La muestra se conformó de 265 mujeres estudiantes de la Southeastern University de 17 a 27 años. Los resultados indicaron que los individuos que reportaron mayores puntajes en las escalas de comparación social y la vigilancia corporal, también presentaron más ansiedad física social y alteraciones en la alimentación que aquellas personas que reportaron menos puntajes en comparación social y vigilancia corporal. Sin embargo, la interacción entre rasgos ansiosos y vigilancia corporal fue la única interacción significativa en la identificación de alteraciones en la alimentación. Como las limitaciones este estudio presenta, se debe mencionar que no se realizó un diagnóstico formal de trastornos alimenticios en la muestra, por lo que no podría generalizarse en la población con trastornos alimentarios. Adicionalmente, el estudio se realizó en una muestra que se desenvuelve dentro de un contexto que se presta a las comparaciones sociales cotidianas.

Mellor y colaboradores (2009), realizaron una investigación acerca de las influencias socioculturales sobre la insatisfacción corporal y los comportamientos guiados a conseguir cambios corporales en Chile. La muestra utilizada constó de 337 adolescentes chilenos

(110 hombres y 227 mujeres) de 12 a 18 años, a quienes se les midió el índice de masa corporal, y completaron cuestionarios sobre la insatisfacción corporal, estrategias para perder peso, estrategias para aumentar músculo, y la presión familiar, de pares y de los medios de comunicación percibidas para cambiar la forma del cuerpo. Como resultados no se encontró una relación significativa entre el índice de masa corporal y la insatisfacción corporal, pero sí diferencias significativas entre géneros. Las mujeres resultaron ser más propensas a reportar mayores niveles de insatisfacción corporal que los hombres, aunque no se encontraron diferencias de género significativas en la presión percibida, por parte de familiares. Sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas en la presión percibida, por los medios de comunicación y de pares. Las mujeres reportaron mayores niveles de presión percibida, por parte de los medios de comunicación que los hombres, mientras que éstos reportaron mayor presión de pares para perder peso que las mujeres y mayor presión de todos los ámbitos por aumentar músculo. Las limitaciones de este estudio tienen que ver con que se no realizaron diagnósticos de trastornos alimentarios y debido a diferencias culturales, el presente estudio podría no ser generalizable.

Siegfried y Chaney (1996), mencionan que la internalización del estándar sociocultural de la delgadez es uno de los factores de riesgo más importantes asociados al desarrollo de la bulimia. Dicha hipótesis reside en varios estudios que Mintz y Betz (1988), y Striegel-Moore y colaboradores (1986) realizaron, en los que se evidenció que las mujeres diagnosticadas con bulimia reportan una mayor tendencia hacia la aceptación de los valores socioculturales occidentales asociados a la apariencia y peso corporales que aquellas mujeres que no presentan un trastorno alimentario. Por otro lado, Siegfried y Chaney (1996), también se basan en una investigación realizada por Heinberg y colaboradores (1995), en la que se encontró que la internalización de las actitudes socioculturales asociadas al ideal de la delgadez representa una proporción significativa de

las variables que predicen la aparición de un trastorno alimentario. Se debe tomar en cuenta que para que dicha internalización se facilite, interactúan otros factores como la orientación al logro y al mérito, ya que éste suele asociarse a la apariencia y paralelamente a la delgadez; una baja autoestima, tendencia a complacer al resto, necesidad de aprobación por parte del resto, necesidad de control, falta de individuación y preocupación por la presentación social, además de la influencia familiar que también es un aspecto clave en este ámbito.

### *Aspectos psicológicos de la bulimia nerviosa.*

Como señala Rausch Herscovici (1996), al igual que sucede en todos los casos de trastornos alimentarios, la persona que padece de bulimia nerviosa manifiesta una preocupación excesiva frente a su aspecto y peso corporales, llegándoles a conceder un valor que podría calificarse como “exagerado”, lo que se encuentra acompañado de la predisposición a juzgarse a sí mismo de acuerdo a dichos aspectos físicos. Se denota un terror psicológico muy marcado a la gordura que separa a este tipo de pacientes del resto de personas que no lo presentan y que ocasionalmente ingirieren una gran cantidad de alimento y/o sienten una preocupación moderada frente a su peso corporal. Asimismo, Rausch Herscovici explica que el malestar psíquico que sigue a los atracones de comida es muy intenso, y se encuentra asociado principalmente a la pérdida de control que experimenta el individuo frente a la cantidad de comida que come o el tipo de comida que ingiere. Este tipo de episodios suelen darse por terminados cuando el malestar físico es muy fuerte o si la persona es descubierta por alguien, ya que por lo común, dichos actos suelen realizarse a escondidas.

De acuerdo a Rausch Herscovici (1996), el malestar psíquico que se experimenta incluye sentimientos y emociones como remordimiento, vergüenza, fracaso y culpa

principalmente, que a largo plazo suelen generar problemas más graves y más propensos a arraigarse de forma más profunda a la psiquis de la persona como el auto-desprecio, la depresión e ideación suicida, así como intentos auto-lesivos. Existen diversos disparadores que generan este tipo de conductas, que en un principio suele ser el hambre, en especial si se trata de casos donde se trata de sostener una dieta muy restrictiva. Sin embargo, los atracones pueden precipitarse con el tiempo no solo por el hambre, sino también a medida que se generalizan como una respuesta frente a circunstancias que traen consigo una tensión o carga emocional importantes tales como en momentos de ansiedad, enojo, aburrimiento, tristeza o depresión; situaciones que instauran y sostienen la aparición de dichos episodios.

Murphy y colaboradores (2010), mencionan que los atracones suelen mantenerse debido a dificultades que se presentan en la vida diaria de la persona con bulimia, asociadas a cambios de humor, lo que dificulta enormemente el mantener una dieta o restricción. En cuanto a los cambios de humor, dichos autores señalan que la irritabilidad, la labilidad, ansiedad, la dificultad de concentrarse, la pérdida de libido, rasgos obsesivos y la evitación social pueden estar asociadas a los estados de semi-inanición que viven las personas con bulimia antes de ser interrumpidas por los episodios de atracones.

Varias de las conductas y procesos psicológicos de la bulimia constituyen una serie de mecanismos de respuesta utilizados como una solución externa a un conflicto interno, al no poseer estrategias de afrontamiento necesarias frente a situaciones conflictivas y al no ser capaz de resolver o darle un cierre a eventos vividos como traumáticos durante la vida de manera acertada y saludable (Rausch Herscovici, 1996).

Costin (2007), menciona que los comportamientos alimentarios desordenados funcionan como substitutos de funciones psicológicas que no se han desarrollado correctamente. Cuando un individuo no tiene la capacidad de enfrentar una situación de

manera saludable, suele desarrollar medidas mal-adaptativas con el propósito de generarse a seguridad a sí mismo, control, entre otras sensaciones que resultan adaptativas y necesarias en el enfrentamiento de una circunstancia adversa. Paradójicamente, un trastorno alimentario representa un esfuerzo por comunicar, enfrentar, defenderse de, o resolver otro tipo de conflictos internos. Los atracones pueden ser utilizados como un mecanismo anestésico debido a la falta o déficit en las habilidades para auto-calmarse, consolarse y/o expresar tristeza. Por otro lado, el vómito auto-inducido, puede ser un mecanismo de desfogue de ira, de tensión o de alivio de ansiedad, que posiblemente esté ligado a la falta de fomento de la expresión de emociones en la niñez o a respuestas de negligencia, crítica o abuso frente a ésta. Además de las funciones mencionadas, los trastornos alimentarios suelen servir como substitutos de confort, distracción, búsqueda de atención, de estructura, un grito de ayuda, falta de identidad, evitación de intimidad, sentimientos de culpabilidad, auto-purificación, auto-castigo, entre los más comunes.

En este ámbito, Rorty y colaboradores (1995), realizaron un estudio acerca de la correlación entre el castigo físico, el ambiente familiar durante la niñez y la bulimia nerviosa. Para ello se utilizó una muestra de 80 personas que habían tenido bulimia en algún momento de sus vidas y 40 que no lo habían padecido como grupo control. Se evaluaron las actitudes hacia la alimentación, trastornos afectivo, el entorno familiar (castigos físicos, percepción de la disciplina y castigos merecidos) con el EAT-SADS-L, Assesing Enviroments III y el Family Assessment Measure III. Los resultados mostraron que el grupo que había tenido bulimia presentaba una mayor proporción de castigo físico que el grupo control y una percepción de la disciplina parental más dura y caprichosa. No obstante, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la sensación de que eran castigos merecidos. Adicionalmente, se encontró que 14 personas del grupo de bulimia cumplía con los criterios de abuso físico o consideraba que había sido abusado, mientras



que únicamente una persona del grupo control cumplía con dichos criterios. Finalmente, se encontró que las personas del grupo de bulimia calificó de forma más negativa a su ambiente familiar (cumplimiento de tareas, de roles, comunicación, expresión afectiva, involucramiento afectivo, control, valores y normas) que las personas del grupo control (BN  $M = 54.04 \pm 20.37$  versus Control  $M = 39.83 \pm 17.01$ ,  $t = 14.36$ ,  $p < 0.0002$ ). Las limitaciones de esta investigación tienen que ver con el hecho de que más personas del grupo control completaron el estudio que personas del grupo de bulimia. Asimismo, la muestra del grupo de bulimia no era homogénea en el sentido que no se tuvo un control acerca del estadio de la enfermedad en la que se encontraban. Adicionalmente, al ser un grupo con tendencia a la inestabilidad emocional, pudo existir un sesgo importante en sus reportes.

Hilbert y colaboradores (2011), estudiaron las respuestas psicofisiológicas frente al estrés idiosincrático en 27 mujeres con bulimia, 27 con trastorno por atracón y 27 mujeres saludables como grupo control. Como procedimiento se evaluaron los eventos considerados como estresantes por las participantes en las últimas 2-4 semanas o anteriores a ellas y se las expuso a los mismos; se midieron parámetros fisiológicos periféricos, las variaciones del ritmo cardiaco tónico, estado nutricional y tipos de estrés. Como resultados no se obtuvieron diferencias en las respuestas fisiológicas frente al estrés entre grupos. Sin embargo, en el ámbito psicológico, tanto el grupo de bulimia como el de trastorno por atracón respondieron frente al estrés con una reacción más fuerte de tristeza y de inseguridad que el grupo control. Se observó también que los participantes de ambos grupos de trastornos alimentarios reportaron hambre y deseos por tener un atracón en el contexto específico de estrés interpersonal. En este ámbito, los participantes del grupo de bulimia presentaron una mayor dificultad en recuperarse del deseo por tener un atracón que el otro grupo. Como las limitaciones que este estudio presenta, se debe señalar que el

promedio de edad del grupo de trastorno por atracón era significativamente mayor al de los otros grupos, lo que puede influenciar en las respuestas obtenidas frente al estrés.

Paralelamente, los participantes del grupo de bulimia presentaban una mayor severidad en cuanto a los síntomas de la enfermedad.

Amianto y colaboradores (2012), realizaron una investigación con el propósito de comparar la expresión de la ira y las medidas psicopatológicas y de personalidad entre 242 pacientes con bulimia nerviosa y 121 personas sin ninguna patología como grupo control. La muestra fue evaluada con el Temperament and Character Inventory (TCI), (STAXI-2), Beck Depression Inventory (BDI), Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2), Binge Eating Scale (BES), Body Shape Questionnaire (BSQ), y el State-Trait Anger Expression Inventory 2. Los resultados indicaron que las pacientes de bulimia presentaron mayores niveles de ira y de psicopatología que las personas del grupo control. Asimismo, se encontraron patrones específicos de la bulimia al compararlos con el grupo control; se observó que el grupo de bulimia presentaba una auto-dirección y cooperativismo fuertemente relacionados a la ira y la psicopatología. Los síntomas bulímicos se encontraban asociados a la ira reactiva como un rasgo de personalidad. Adicionalmente, los rasgos de ira y la expresión de la misma mediaban los atracones e impulsividad en estos pacientes, así como la expresión de la ira mediaba parcialmente la evitación del daño y la inseguridad social o interpersonal. Los hallazgos encontrados evidencian la importancia que tienen la ira y su expresividad en la expresión de la sintomatología bulímica. Cabe mencionar como una de las limitaciones de este estudio que dentro del grupo de bulimia existían pacientes que no se purgaban y otros que si lo hacían. Adicionalmente, los datos analizados se obtuvieron únicamente por medio del auto-reporte de los pacientes.

### ***Estructura familiar en la bulimia nerviosa.***

De acuerdo a Rausch Herscovici y Bay (2000), referirse a la estructura familiar en la bulimia nerviosa no se remite al hecho de que existe una familia prototipo a partir de la cual se genera este tipo de enfermedad, sino mas bien se refiere a un grupo de características psicológicas que suelen encontrarse en el núcleo familiar de pacientes que presentan bulimia y que se repiten con frecuencia en la mayoría de los casos. Chinchilla (2003), señala que al comparar a estas familias con las de la población en general, o inclusive con las familias de personas anoréxicas, se observa que hay un mayor grado de conflicto en las relaciones familiares, así como una desorganización y desconfianza importantes entre los miembros. Asimismo, en este tipo de familias no suelen haber límites claros establecidos que permitan que existan privacidad e independencia adecuadas a la edad y situación de cada familiar. Suele ser común también, encontrar una dependencia emocional e interacciones de control poco apropiadas entre los miembros, así como más abuso de sustancias, especialmente del alcohol, y más antecedentes de depresión y de obesidad. En el trabajo clínico se distingue que los pacientes con bulimia no esperan un apoyo y comprensión por parte de su familia, así como a su vez, hay una falta de empatía y afecto principalmente por parte de los padres hacia los hijos. De acuerdo a Rausch Herscovici (1996), todos estos fenómenos que caracterizan la estructura familiar del paciente con bulimia pueden actuar como predisponentes previo a la instalación de la enfermedad, así como también ésta puede exacerbar dichos conflictos.

Erol y colaboradores (2007), realizaron un estudio con el objetivo de comparar el funcionamiento familiar de 15 pacientes con anorexia, 13 con bulimia y 17 con trastorno obsesivo-compulsivo. Los 45 participantes pertenecían al género femenino y fueron evaluadas con el cuestionario Family Assessment Device (FAD) en el cual se miden siete dimensiones del funcionamiento familiar (salud/patología general de la familia, resolución

de problemas, comunicación, roles, respuesta afectiva, involucramiento afectivo y control del comportamiento). Paralelamente, el Eating Attitudes Test (EAT) también fue aplicado. No se encontraron diferencias significativas en los resultados de la evaluación del funcionamiento familiar entre los tres grupos estudiados. Es decir, no se pudo evidenciar en este caso, una asociación entre los tipos de funcionamiento familiar y los trastornos específicos estudiados. Asimismo, tampoco se encontraron diferencias significativas en dicho ámbitos entre anorexia y bulimia. Entre las limitaciones de este estudio, deben señalarse la reducida muestra que se utilizó, la falta de un grupo control sin ningún diagnóstico psiquiátrico, el hecho de haber utilizado únicamente una muestra femenina y se haberse basado solamente en el auto-reporte de los pacientes.

De acuerdo a un estudio realizado por Fornari y colaboradores (1999), acerca de la relación entre la percepción del funcionamiento familiar y sintomatología depresiva en pacientes con anorexia y bulimia, existe una asociación significativa entre la sintomatología depresiva auto-reportada en este tipo de pacientes y la percepción de un funcionamiento familiar pobre. Según las mediciones realizadas mediante el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime Version (SADS-L), Beck Depression Inventory (BDI) y el Family Assessment Device (FAD), los autores encontraron también que las personas con bulimia nerviosa suelen reportar un contexto familiar más disfuncional que personas con anorexia y que un diagnóstico de bulimia funciona como un predictor más consistente de interacciones disfuncionales familiares que el diagnóstico de un trastorno afectivo. Las limitaciones de este estudio tienen que ver con que la mayoría de casos de trastornos alimentarios suelen encontrarse íntimamente asociados con síntomas depresivos, lo que dificulta la diferenciación de ambas variables.

Amianto y colaboradores (2012), realizaron una investigación con el propósito de conocer la visión que sostienen las personas con trastornos alimentarios y sus padres

respecto al funcionamiento de sus familias. La muestra constó de 103 personas con anorexia y 68 bulimia. De entrada, a los 171 participantes se les evaluaron niveles de sintomatología depresiva, psicopatología alimentaria y funcionamiento familiar con el uso del Beck Depression Inventory (BDI), Eating disorder Inventory (EDI-2) y el Family Assessment Device (FAD). Las madres de los participantes también fueron evaluadas con este último. Los resultados arrojaron que las madres fueron el miembro de la familia que más reportaban una visión positiva del funcionamiento familiar, frente a la visión más crítica reportada por los pacientes. Se encontró también que los pacientes de bulimia presentan mayor puntaje en cuanto a su psicopatología que los pacientes de anorexia, con diferencias significativas en los roles familiares e involucramiento afectivo que actúan como mantenedores de los síntomas depresivos encontrados en esta muestra. En cuanto al funcionamiento familiar, frente a estos resultados, los investigadores concluyeron que efectivamente existe una influencia de la dinámica familiar sobre la patología alimentaria, así como también existe una conciencia pobre sobre los problemas en la interacción familiar por parte de las madres de los pacientes, instancia que confirma a su vez, una figura parental inmadura. Como limitaciones cabe mencionar que la muestra de pacientes con anorexia era mucho mayor a la de pacientes con bulimia, asimismo, no se compararon los resultados con un grupo control libre de psicopatologías.

### ***Características de la personalidad en personas con bulimia nerviosa.***

Rausch Herscovici (1996), indica que al hablar sobre la personalidad bulímica se refiere a un grupo de características comunes que suelen compartir en un grado a otro este tipo de pacientes. Al comparar la población general con personas diagnosticadas con bulimia nerviosa, se observa que éstas últimas poseen una baja autoestima, presentan dificultades en el funcionamiento social, sufren de niveles altos de ansiedad y una baja

tolerancia a la misma, tienden a la depresión, presentan mayor susceptibilidad a los vínculos que establecen en sus relaciones interpersonales, así como inestabilidad emocional, baja tolerancia a la frustración e impulsividad, la que se observa en conductas como la automutilación y los atracones principalmente; sin dejar de lado a comportamientos que no se encuentran directamente asociados a la enfermedad, como robo, consumo de sustancias, despilfarro, etc. Adicionalmente, se conoce que esta población manifiesta de manera más regular dependencia o abuso de sustancias como al alcohol, el tabaco y otras drogas, además de experimentar más conflictos y trastornos sexuales. Es común a su vez, encontrar una tendencia hacia la teatralidad en este tipo de pacientes, que suelen buscar atención y constantemente exageran e intensifican sus emociones.

Bulik y colaboradores (2004), realizaron una investigación con una muestra obtenida de un estudio genético realizado en diferentes centros y constó de 97 mujeres que habían presentado anorexia en algún momento de sus vidas, 282 que habían presentado bulimia y 293 con una historia de anorexia y trastorno por atracón de acuerdo a los criterios del DSM-IV, a quienes se les evaluó por trastornos del uso de alcohol y se estudió su perfil de personalidad con el uso del DSM-IV, y la aplicación de: el Multidimensional Perfectionism Scale, el Temperament and Character Inventory y el Barratt Impulsivity Scale, respectivamente. Los resultados arrojaron que los trastornos del uso de alcohol tenían una prevalencia significativamente mayor en las participantes de los grupos con una historia de anorexia y trastorno por atracón y en el de bulimia en comparación con el grupo de anorexia ( $p=0.0001$ ). La mayor parte de las participantes mencionaron que el trastorno alimenticio tuvo un inicio anterior al uso del alcohol, únicamente 1/3 reportó un inicio secundario al trastorno del uso de alcohol. Por otro lado, en el ámbito de los rasgos de personalidad medidos, se llegó a la conclusión de que los individuos con ambos trastornos

exhiben perfiles fenotípicos caracterizados por ansiedad, perfeccionismo, impulsividad y disposiciones dramáticas. Asimismo, se observó que presentan un patrón alternado de control y descontrol. En los casos observados, es posible que el uso del alcohol se encuentre asociado a la modulación de la ansiedad. Como limitaciones, este estudio no se especifica el rango de edad de la muestra, ni se realizaron diagnósticos por trastornos de personalidad, mas solo de rasgos de la misma. Asimismo, no se utilizó un grupo control para este propósito.

Chinchilla (2003), menciona que gran parte de los rasgos o dificultades experimentadas suelen estar presentes desde la infancia de la persona con bulimia y todas constituyen parte de su funcionamiento diario. Además de las características mencionadas previamente, es importante señalar que esta población, suele ser motivada por la búsqueda de emociones intensas, lo que se asocia directamente a la impulsividad; también presentan dificultad para sentir gratificación y hay una falta de persistencia que denota cierta desorganización. No obstante, Chinchilla (2003), explica que hay autores que distinguen a otro tipo de pacientes en este ámbito, a aquellos que se caracterizan por una personalidad más organizada y ajustada, a partir de la cual presentan un trastorno basado en la restricción alimentaria, en el cual no se observa un cuadro tan caótico, por lo que cabe tener en cuenta que los patrones asociados a la enfermedad siempre pueden variar de acuerdo a cada individuo.

Carroll y colaboradores (1998), utilizaron una muestra de 15 pacientes con bulimia nerviosa y depresión y a 15 pacientes con bulimia sin depresión de la unidad clínica de la Universidad de Sydney, así como a 15 personas sin ninguna patología psiquiátrica como grupo control para determinar índices de comorbilidad del trastorno alimentario con trastornos de la personalidad. A todos los participantes se les evaluó con el Bulimic Investigatory Test, el Edinburg (BITE), el ED Inventory-2, The Hamilton Depression

Scale y The Personality Disorders Examination. Se halló que el 46.7% del grupo con bulimia y depresión, el 33.3% del grupo con bulimia y sin depresión y el 6.7% del grupo control ( $p < 0.05$ ) cumplían con criterios del DSM-III-R para presentar al menos un trastorno de la personalidad. Se observó que existe una importante comorbilidad entre los trastornos alimenticios y los de personalidad que no pueden atribuirse únicamente a la influencia de la depresión. Como limitación se señala el uso del DSM-III-R y la posible existencia de otros trastornos psiquiátricos no evaluados en las muestras.

En la misma área, Díaz Marsá y colaboradores (2000), investigaron el temperamento y la personalidad que se presentan en la bulimia y en la anorexia. La muestra utilizada consistió de 72 pacientes de trastornos alimentarios diagnosticados de acuerdo al DSM-IV y un grupo control de 30 personas. Se midieron las dimensiones de personalidad y trastornos de la personalidad con el uso del Eysenck's EPQ, Cloninger's TCI y SCID-II Questionnaires, además de la impulsividad y características clínicas específicas. Como resultados se obtuvo que el 61.8% de las personas con un trastorno alimentario presentan un trastorno de la personalidad comórbido. En el caso de la anorexia restrictiva trastorno de personalidad evitativo resultó ser el más común, así como otros trastornos del *cluster C*, mientras que en la bulimia y en la anorexia purgativa, el trastorno de personalidad limítrofe resultó ser el más común. En general, se obtuvo que las personas con un trastorno alimentario presentaron mayores índices de neuroticismo y bajos índices de autodirección. En cuanto a rasgos de personalidad específicos de la bulimia, se encontró que estos pacientes presentaban índices más altos de impulsividad, así como de evitación de daño. Como limitación, se señala que la muestra clínica utilizada en representación de la bulimia y la anorexia era reducida en tamaño, asimismo, no se tomaron en cuenta la posible comorbilidad con otros trastornos mentales.

Abbott, Wonderlich y Mitchell (2001), explican que los pacientes de bulimia suelen



presentar una alta comorbilidad con trastornos de personalidad, especialmente los pertenecientes al *cluster* B: dramático, emocional como son los trastornos histriónico, narcisista, antisocial y límite de la personalidad, siendo el último el más común. Dichos autores indican que la comorbilidad con un trastorno de la personalidad implica un cuadro clínico más severo del trastorno alimentario y una historia más larga del mismo, por lo que su tratamiento resulta más complicado.

Herzog y colaboradores (1992), realizó una investigación acerca de la prevalencia de los trastornos de personalidad en personas con trastornos alimentarios. Fue utilizada para este estudio, una muestra 31 mujeres con anorexia, 91 con bulimia y 88 con anorexia/bulimia (historia de ambas). Todas las participantes fueron evaluadas con la Structured Interview for DSM-III, Personality Disorders. Los resultados arrojaron que el 27% de las 210 personas tenían al menos un trastorno de la personalidad. El grupo que más presentó este tipo de trastornos fue el de anorexia/bulimia (39%), seguido por el de anorexia (22%) y el de bulimia (21%) Se encontró una diferencia significativa en la distribución de los trastornos del *cluster* B en los tres grupos, ya que se observaron mayores índices de prevalencia del trastorno de personalidad límite en los grupos de bulimia y anorexia/bulimia que en el de anorexia. En cambio, los trastornos de personalidad del *cluster* C presentaban mayores índices en los grupos de anorexia y anorexia/bulimia que en el de bulimia. Una de las limitaciones de este estudio, compete al hecho de que las participantes del grupo de anorexia/bulimia presentaban mayor número de psicopatologías además de los trastornos alimentarios, por lo que pudieron haber influido en la comorbilidad con el trastorno de personalidad.

#### ***Efectos fisiológicos y complicaciones médicas en la bulimia nerviosa.***

Como Rausch Herscovici y Bay (2000), sugieren, la salud física en general es un

tema del cual preocuparse con los pacientes de bulimia nerviosa, ya que se ve atenuada de manera impactante. El uso recurrente de laxantes, diuréticos y los vómitos constantes son factores que causan pérdida excesiva de electrolitos que puede llevar a que se produzcan problemas como deshidratación severa, cansancio, depresión, arritmias cardíacas, hipotensión arterial, entre otras alteraciones como las metabólicas originadas por deficiencia de elementos como el magnesio y niveles alterados de cloro, potasio, calcio y fósforo que pueden afectar la contractibilidad del músculo cardíaco y acarrear complicaciones cardiovasculares e incluso la muerte. “Mitchell ha encontrado alteraciones electrolíticas en el 50% de las pacientes bulímicas” (Rausch Herscovici y Bay, 2000, p. 158). Por otro lado, la bulimia nerviosa puede llegar a ser responsable de la aparición de nefropatías, alteraciones endocrinas, gastrointestinales, pulmonares y neurológicas que contribuyen un riesgo significativo para la salud, así como un obstáculo importante para el tratamiento y recuperación de la enfermedad.

Hasegawa (2001), indica que tanto la bulimia como la anorexia, se encuentran asociadas a numerosas alteraciones endocrinológicas, principalmente la amenorrea, el hipotiroidismo y el hipercortisolismo que funcionan como mecanismos del organismo destinados a conservar la energía. Asimismo, debido a los periodos de hambruna, las concentraciones de la hormona de crecimiento suelen aumentar, mientras que las concentraciones de azúcar e insulina en la sangre disminuyen. Frente a estas y otras alteraciones endocrinas, resulta muy probable que se desencadene una disfunción hipotalámica importante en este tipo de pacientes, difícil de revertir, además de las variaciones en el funcionamiento de las monoaminas, neuropéptidos y leptinas que se pueden observar en los trastornos alimentarios, aunque aún queda por determinar si ellas constituyen parte de la etiología de la enfermedad o consecuencia.

Por su parte, Palla y Litt (1988), revisaron el historial médico de 65 adolescentes y preadolescentes de 10 a 20 años diagnosticadas con un trastorno alimentario, quienes se habían encontrado en algún momento de sus vidas bajo observación médica en el Eating Disorders Clinic of the Children's Hospital en Stanford. Se encontró que 55% de las pacientes con anorexia y 22% de la pacientes con bulimia, habían requerido hospitalización debido a complicaciones médicas derivadas del trastorno alimentario. Las complicaciones más frecuentes halladas en la muestra fueron: anormalidades cardiovasculares que incluían bradicardia, disritmias, pulso ortostático marcado e inestabilidad de la presión arterial; hipotermia con temperaturas menores a 35.5 grados centígrados; anormalidades renales incluyendo piuria, hematuria y proteinuria. Adicionalmente, se encontraron casos de alteraciones electrolíticas como hipokalemia, hipocalcemia, hipofosfatemia e hipomagnesemia específicamente en pacientes que vomitaban o se purgaban de alguna forma. Cabe recalcar como limitación de este estudio, que se realizó a través de una revisión por lo que pudo haber existido un sesgo e información incompleta o errónea.

Mitchell y colaboradores (2009) realizaron una serie de pruebas de detección de electrolitos en un grupo de 168 pacientes con bulimia atendidos en una clínica de la especialidad. Se encontraron anormalidades electrolíticas en 82 (48.8%) pacientes, siendo las más comunes la alcalosis metabólica (27.4%), la hipocloremia (23.8%) y la hipocalemia (13.7%). No se encontraron anormalidades significativas en el nivel de azúcar de la sangre, pero si de los niveles de amilasa sérica asociada a los atracones y vómitos frecuentes. Las limitaciones de este estudio están relacionadas al hecho de que no se establecieron asociaciones entre la severidad de la sintomatología presentada por cada paciente y las alteraciones electrolíticas, tampoco se utilizó un grupo control saludable.

En cuanto a las complicaciones gastrointestinales, Ogawa y colaboradores (2004),

realizaron una electrogastrografía antes y después de una prueba de carga de agua a 14 pacientes diagnosticadas con anorexia, 14 con bulimia, 8 con trastorno alimentario no específico de acuerdo al Eating Disorders Examination (EDE) y 19 personas de un grupo control. Los resultados indicaron que la potencia mioeléctrica gástrica de los 36 pacientes fue menor a la de las personas del grupo control (44.5% versus 74.2%;  $p < 0.05$ ), mientras que el porcentaje de bradigastria fue mayor (30.4% versus 10.4%;  $p < 0.05$ ) antes y después de la prueba de carga de agua. Adicionalmente, se encontró una correlación moderada entre la duración de la enfermedad y el porcentaje de bradigastria. Los hallazgos del estudio indican que las anomalías alimentarias sostenidas por un largo periodo de tiempo, propias de los trastornos alimentarios pueden generar complicaciones motoras en la función gástrica. Como limitaciones, la presente investigación contó con una muestra muy pequeña y no se tomaron en cuenta la salud gastroenterológica previa de los pacientes con un trastorno alimenticio previa al desarrollo del mismo.

### **Tratamiento de la bulimia nerviosa.**

#### ***Enfoque cognitivo-conductual.***

Barjau Romero y Guerro Prado (2003), sostienen que la terapia cognitiva-conductual (TCC) es uno de los métodos terapéuticos más aplicados y eficaces en el tratamiento de la bulimia nerviosa y en general de cualquier trastorno alimentario. Dicha premisa se basa en el mismo funcionamiento de la enfermedad, ya que los hábitos tan marcados que la caracterizan permiten que se pueda realizar una aproximación conductual que rompa con el ciclo establecido entre atracón-vómito-restricción-atracón y facilite la regulación de los factores perpetuantes. De igual manera, en la bulimia nerviosa se presentan varias distorsiones cognitivas y pensamientos erróneos asociados a la comida, el peso e imagen, entre las principales, por lo que las técnicas cognitivas utilizadas en este tipo de terapia

resultan también ideales para el tratamiento. Cabe mencionar en este ámbito, que las distorsiones cognitivas muy marcadas son otro de los aspectos claves que se encontrarán en la bulimia nerviosa, así como en la basta mayoría de trastornos psiquiátricos (Rausch Herscovici, 1996). De acuerdo a Beck (1995), dichas distorsiones consisten en una interpretación errónea de una situación específica que llegan a afectar la conducta y las creencias de la persona y a aplicarse en el resto de situaciones cotidianas. En los pacientes de bulimia se pueden identificar distorsiones como el pensamiento polarizado que se refieren a la tendencia valorar las cosas como buenas o malas, o a pensar como “todo” o “nada” por ejemplo, un paciente con un trastorno alimenticio podría pensar: “Si me acostumbro a disfrutar de comer dulces, nunca podre parar” (Rausch Herscovici, 1996, p. 73). Otra distorsión observable es/son los llamados deberías, que consisten en la organización bajo reglas estrictas y específicas, por ejemplo una persona con uno de estos trastornos puede pensar: “Debería hacer régimen” (Rausch Herscovici, 1996, p. 74) (Beck, 1995). La visión catastrófica también suele estar presente en personas con estos trastornos, y se refiere a adelantarse a ciertas situaciones de manera catastrófica o exagerada, como por ejemplo pensar: “Si como este pedazo de torta, me volveré obesa” (Rausch Herscovici, 1996, p. 73) (Besck, 1995); el filtraje o abstracción selectiva es otro tipo de distorsión cognitiva que consiste en centrarse únicamente en un aspecto de dada situación, el cual determinará la interpretación de la misma (Beck, 1995). Por ejemplo, el paciente podría tener un dilema acerca de si ir o no a una fiesta porque se dará comida y únicamente podrá concentrarse en ella y en resistir la tentación de comerla o atracarse con ella, ignorando los aspectos positivos de asistir como ver a sus amistades (Rausch Herscovici, 1996).

Barjau Romero y Guerro Prado (2003), indican que las herramientas utilizadas en el enfoque cognitivo-conductual buscan la “Modificación de las conductas alimentarias y otras conductas que tienen como objeto el control de peso; y el abordaje de las creencias y

cogniciones distorsionadas presentes en el desarrollo y mantenimiento del trastorno” (p. 224). Entre las técnicas más destacadas utilizadas en el tratamiento de la bulimia nerviosa se encuentran el control de contingencias, la exposición y prevención de respuesta, uso de preguntas socráticas, control de estímulos, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales, el refuerzo social y la prevención de recaídas (Kirzman y Salgueiro, 2002).

Treasure y colaboradores (2010), sostienen que dentro de las terapias enfocadas en el tratamiento de la bulimia nerviosa, la cognitiva-conductual produce la remisión total de la enfermedad en 40% de las personas que padecen de bulimia. Existen otros modelos dentro de la línea cognitiva-conductual que se están comenzando a utilizar para el tratamiento de la bulimia nerviosa como la terapia dialéctica conductual, la que se enfoca en el trabajo terapéutico de las habilidades de regulación emocional adaptativas, la efectividad interpersonal, la tolerancia al estrés y el *mindfulness* (Costin, 2007).

Paulsen y colaboradores (2014), realizaron un ensayo controlado aleatorio comparando la efectividad de la terapia psicoanalítica y la terapia cognitiva conductual (TCC) en el tratamiento de bulimia nerviosa. Para ello se basaron en una muestra de 70 personas con bulimia, las cuales recibieron ó dos años de terapia psicoanalítica semanal ó 20 sesiones de terapia cognitiva-conductual por cinco meses. Después de la culminación de ambas terapias (5 meses y 2 años) los participantes fueron evaluados con el Eating Disorder Examination Interview y se realizó un análisis de regresión logística. Como resultados se obtuvo que ambas terapias generaron una mejoría en la psicopatología y alivio de síntomas, sin embargo, se observó una marcada diferencia entre la terapia cognitiva conductual y la psicoanalítica. A los cinco meses de iniciados los tratamientos, el 42% de los pacientes de TCC y el 6% de los pacientes de terapia psicoanalítica habían parado de purgarse y de tener atracones (odds ratio=13.40, 95% CI= 2.45-73.42,  $p<0.01$ ).

A los 2 años de iniciados los tratamientos, el 44% de los pacientes de TCC y el 15% de los pacientes de terapia psicoanalítica habían parado de purgarse y de tener atracones (odds ratio=4.34, 95% CI= 1.33-14.21,  $p<0.02$ ); lo que demuestra la efectividad superior de la TCC en el alivio de síntomas bulímicos. Como limitación cabe mencionar que las terapias se realizaron en cortos períodos de tiempo, asimismo y que la TCC presenta como ventaja una especificidad mucho mayor en cuanto al tratamiento de síntomas, necesario en el tratamiento de trastornos alimentarios.

En el caso de la terapia dialéctica conductual, Safer y colaboradores (2001), realizaron un estudio acerca de los efectos que produce dicha terapia adaptada al tratamiento de los atracones y comportamientos purgativos de la bulimia nerviosa. Para la aplicabilidad del estudio, se modificó uno de los criterios de bulimia nerviosa presentes en el DSM-IV (el número de atracón/purga se redujo a uno semanal), ya que únicamente el 80.6% de las participantes cumplían con el criterio de dos episodios de atracón/purga semanales. Se utilizó una muestra de 31 mujeres de 18 a 35 años con por lo menos un episodio de atracón/purga a la semana durante los últimos tres meses, de las cuáles 14 fueron asignadas al azar a 20 sesiones de terapia dialéctica conductual (1 por semana) y 15 a una lista de espera que no recibiría un tratamiento mientras se realizaba el estudio (grupo control); las participantes fueron evaluadas con el Eating Disorder Examination, Emotional Eating Scale y Positive and Negative Affect Schedule. Los resultados encontrados mostraron que a las 20 semanas, cuatro pacientes del grupo de tratamiento (28.6%), no presentaban ningún episodio de atracón o de purga, mientras que 12 del grupo control (80.0%) continuaron sintomáticas ( $p<0.05$ , Fisher's exact test). Cinco pacientes del grupo de terapia dialéctica conductual (35.7%) presentaron sintomatología leve y una reducción del 89% de los episodios de purga y 88% de atracones. Otras cinco del mismo grupo (35.7%) permanecieron sintomáticas y cumplían con los criterios del DSM-IV para el

diagnóstico de bulimia nerviosa; mientras que dos de las participantes del grupo de la lista de espera (13.3%) presentaron síntomas leves pero no una reducción del número de episodios de atracones y purgas. Como limitaciones se debe tener presente que la terapia utilizada en este estudio fue adaptada del manual dirigido al tratamiento del trastorno de personalidad límite para ser utilizada en la bulimia nerviosa y se utilizó además una muestra pequeña.

Agras y colaboradores (2000), investigaron los predictores de los resultados generados por el tratamiento de la bulimia nerviosa con TCC. Para ello utilizaron una muestra de 194 mujeres diagnosticadas con bulimia de acuerdo al DSM-III, a quienes se les aplicó 18 sesiones de TCC en tres distintos centros de tratamiento (los tratantes de cada centro recibieron el mismo entrenamiento y monitoreo), durante 16 semanas. Cabe señalar que el 43% de la muestra presentaba un trastorno de personalidad, (50% del *cluster B*), el 22% presentaba un episodio previo de anorexia, el 59% presentó en algún momento de su vida un trastorno depresivo mayor, mientras que el 23% presentaba uno actualmente. Las participantes fueron evaluadas con el SCI y el Eating Disorders Examination antes y después del tratamiento. Se midieron patologías específicas relacionadas al trastorno alimentario, aspectos generales de psicopatología y el funcionamiento interpersonal. Como resultados se obtuvo que el 26% de las pacientes abandonaron el tratamiento entre la segunda y cuarta semana. En 58 de los 140 participantes que completaron la terapia (41%) cesaron los episodios de atracones y de purga por un período de 28 días. Al comparar a la muestra que se mantuvo en el tratamiento con la que lo abandonó, se conoció que éstos últimos presentaban cogniciones bulímicas más marcadas previo al tratamiento (effect size=0.61), así como mayor preocupación por la forma y peso corporal (effect size=0.58) y mayores índices de impulsividad (effect size=-0.53). De igual manera, se comparó el grupo que alcanzó una mejoría y el grupo que no se recuperó (N=82), y se observó que la



muestra en la que no cesaron los síntomas, tendía a reportar más sintomatología depresiva (effect size=-0.57), menor índice de masa corporal (effect size=-0.41), lo que probablemente se encuentra asociado a una dieta más restrictiva, y un pobre ajuste social (effect size=0.46). Finalmente, se obtuvo como resultado que el progreso temprano por parte del paciente en el tratamiento de la enfermedad es posiblemente mejor predictor de éxito que las condiciones de pre-tratamiento mencionadas anteriormente, mientras que una reducción de menos del 70% de los episodios de purga para la sexta semana de tratamiento, es posiblemente el predictor más importante de fracaso. Como limitaciones de estudio es importante señalar que no se tiene información acerca de la razón de la mayoría de abandonos, y a pesar de que los profesionales tratantes de los tres centros recibieron el mismo entrenamiento y monitoreo en TCC, es posible que se hayan dado diferencias en su uso y manejo, cuestión sobre la cual tampoco se tiene conocimiento.

Por otro lado, Cooper y Fairburn (2009), señalan que en 1981 Fairburn describió por primera vez la terapia cognitivo conductual para la bulimia nerviosa ó CBT-BN (Cognitive Behavioural- Therapy for Bulimia Nervosa), la cual se enfoca específicamente en el trabajo terapéutico de la sobre-evaluación del peso y la forma corporales, característica particular en este tipo de pacientes. A partir de ella se han realizado adaptaciones para ser utilizada en cualquier tipo de trastorno alimentario, lo que hace que este tipo de terapia tenga un alcance “transdiagnóstico”, concepto acuñado por Fairburn, Cooper y Shafran (2003) para referirse al amplio rango clínico en el cual un tratamiento puede ser utilizado. Particularmente en el ámbito de los trastornos alimentarios dicho concepto compete a la visión de que los síntomas de los trastornos alimenticios son manifestaciones de un único y amplio trastorno alimentario. Cooper y Fairburn (2009), explican que más tarde se creó la nueva versión del tratamiento de los trastornos alimentarios llamada terapia cognitivo-conductual mejorada ó Enhanced cognitive-behavioural therapy (CBT-E). Ésta consiste en

un tratamiento orientado en la sintomatología específica de los trastornos alimentarios relativamente corto enfocado en modificar los valores, creencias y procesos cognitivos que mantienen el trastorno como las actitudes y pensamientos distorsionados sobre el significado que estos pacientes le atribuyen al peso, forma y apariencia (Fairburn, 2011). Fairburn colaboradores (2009), especifican dos formas de este tipo de terapia, la TCC-Ef, que se enfoca únicamente en la patología característica del trastorno alimentario, y la TCC-Eb que viene a ser una terapia más compleja que se enfoca en la intolerancia al estado de ánimo, perfeccionismo clínico, baja autoestima y dificultades interpersonales.

Fairburn y colaboradores (2009), realizaron un estudio comparativo entre los dos tratamientos cognitivo conductuales mencionados para pacientes de trastornos alimentarios, TCC-Ef y la TCC-Eb, en dos sitios de tratamiento diferentes (Oxford y Leicester). Como método se utilizaron 156 pacientes de trastornos alimentarios diagnosticados de acuerdo al DSM-IV que presentaban un índice de masa corporal sobre 17.5, de los cuales, 57 (38.3%) tenían bulimia, 92 (61.7%) trastorno alimentario no específico y siete (4.7%) trastorno por atracón. Los participantes fueron divididos en cuatro grupos. El primer grupo fue tratado con TCC-Ef, el segundo con TCC-Eb, el tercero se caracterizó por ocho semanas de retraso en el tratamiento, seguido por TCC-Ef y el cuarto por ocho semanas de retraso en el tratamiento, seguido por TCC-Eb. Se midieron las características del trastorno alimentario, las psiquiátricas generales, la idoneidad del tratamiento y su expectativa; y a severidad de psicopatología adicional. Como instrumentos se utilizaron principalmente el Eating Disorder Examination interview (EDE) y su versión de auto-reporte, el Brief Symptom Inventory (BSI) y su versión de auto-reporte y The Structured Clinical Interview for DSM-IV. Como resultados se encontró que los grupos tercero y cuarto presentaron pocos cambios en cuanto a la severidad de los síntomas, mientras que los primeros dos grupos presentaron un cambio equivalente y

substantial que se mantuvo durante el seguimiento. Al final del tratamiento 38.6% (22/57) de los pacientes de bulimia reportaron 0 episodios de atracones y de purga en los 28 días previos y a las 60 semanas de seguimiento, la proporción de estos pacientes aumentó a 45.6% (26/57). Se observó que los resultados del tratamiento no dependieron del tipo de trastorno alimentario y no se obtuvo una diferencia significativa entre los sitios de tratamiento. Se observó que los pacientes que presentaban una marcada psicopatología adicional respondieron mejor a la TCC-Eb, mientras que el resto de pacientes respondieron mejor a la TCC-Ef. Sin embargo, estadísticamente no se encontraron diferencias significativas en la efectividad de ambos tipos de terapia, ya que el promedio de las puntuaciones absolutas y de cambio fueron casi idénticos para los dos tratamientos (por ejemplo, el cambio de acuerdo al EDE resultó de -1.51 (SD = 1,35) frente a -1,53 (SD = 1,28) para TCC-Ef y TCC-Eb, respectivamente. Como limitaciones, este estudio no posee un grupo control, ya que todos los participantes recibieron terapia, a pesar de que en dos grupos se pospuso. Adicionalmente, no hubo una muestra de anorexia pura como hubo de bulimia, que pruebe el carácter “transdiagnóstico” de las terapias.

### ***Enfoque psicodinámico.***

Las terapias de corte psicodinámico tienen la más larga historia en cuanto al tratamiento de trastornos alimentarios se refiere, y se basa específicamente en los conceptos y determinismo acuñados por el psicoanálisis (Hay y colaboradores, 2009). Huerta González (2003), indica que en este tipo de terapias se trata de buscar el significado de lo que le está sucediendo al paciente con un trastorno alimentario al “asociar la psicopatología con su correlato interno” (p. 239). Asimismo, el autor menciona que esta perspectiva puede explicar cómo las complicadas relaciones interpersonales que estos pacientes presentan con quienes se encuentran a su alrededor como familiares, cuidadores

y terapeutas pueden influir de manera importante en la manera en que la enfermedad se presenta y sus síntomas evolucionan. Huerta Gonzales (2003), señala que el enfoque psicodinámico plantea de forma global, incluyendo a todo tipo de trastorno mental, que la enfermedad observable en estos pacientes no es más que la representación de conflictos subyacentes en el inconsciente de la persona; por ejemplo: “Se puede considerar el vómito como una forma de rechazar un trauma sexual, o el miedo a engordar como muestra de repulsión a quedarse embarazada (lo cual puede, a su vez, estar relacionado con fantasías sobre el embarazo de la madre)” (p. 239). Además explica que los desórdenes alimentarios se encuentran íntimamente ligados a fenómenos relacionados con las etapas del desarrollo, especialmente en la etapa epídica, que cuando no ha sido resuelta, pueden observarse problemas como dificultad de mantener relaciones sociales y características como una estrecha relación con el padre y dificultosa con la madre, entendiéndolo de manera básica. Otros aspectos como la teoría de las relaciones objetales también se encuentran asociados al desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios.

De acuerdo al abordaje que Lunn y Poulsen (2012), realizan, explican que la terapia psicoanalítica para el tratamiento de la bulimia nerviosa debe tener un claro enfoque en la relación de transferencia-contratransferencia que se crea entre el paciente y el terapeuta. Se trata principalmente, de vincular los patrones actuales de comportamiento en el ámbito terapéutico a los patrones de las relaciones en la infancia y patrones actuales fuera del ámbito terapéutico; y de esta forma llegar a comprender los síntomas bulímicos asociados a estas relaciones. Las intervenciones que se utilizan en este tipo de terapia deben ir acorde a la etapa de la terapia en la que se encuentran, así como las necesidades específicas de cada paciente y su personalidad.

Por otra parte, Weissman y colaboradores (2000), mencionan que una de las de las terapias psicodinámicas más utilizadas en este ámbito es la terapia interpersonal que se

basa en la relación existente entre la naturaleza de la interacción con seres significativos y la sintomatología presentada del paciente enfocándose en los déficits interpersonales. Costin (2007), explica que la terapia interpersonal se enfoca en la asociación que existe entre las conductas de los trastornos alimentarios y los conflictos interpersonales subyacentes, basándose en el hecho de que los pacientes con estos trastornos presentan problemas importantes en sus relaciones íntimas que pueden funcionar como mantenedores de la enfermedad, así como pudieron ser un disparador de la misma. Si bien esta terapia no se orienta a la sintomatología asociada a la comida o a las conductas compensatorias características del desorden, trata de que el paciente identifique la relación entre los síntomas y sus experiencias referentes a las relaciones interpersonales. Según Keel y colaboradores (2005), la terapia interpersonal puede reducir el riesgo de recaída en la medida que contribuye a que la persona reconozca y maneje los estresores psicosociales que de una u otra forma se encuentran asociados al desorden alimentario.

Agras, Walsh y colaboradores (2000), realizaron un estudio con el objetivo de comparar la efectividad de la TCC con la terapia interpersonal (IPT) en dos sitios distintos, propósito para el cuál se utilizaron 220 pacientes que cumplían con los criterios del DMS-III-R para bulimia nerviosa. 110 participantes fueron distribuidos de forma aleatoria a 19 sesiones de TCC (54 en Columbia y 56 en Standford), y los otros 110 a 19 sesiones de IPT (56 en Columbia y 54 en Standford) en un período de 20 semanas. Previa y posteriormente a los tratamientos, se midieron la psicopatología general, el trastorno alimentario, el funcionamiento interpersonal y el autoestima de los participantes. Paralelamente, se evaluó de qué tan adecuada era la terapia y que tan idóneo el tratamiento que recibieron. Debido a los abandonos de tratamiento, sólo 129 personas fueron incluidas en el análisis del estudio. Los resultados arrojaron que la efectividad de la TCC era significativamente superior a la de la IPT, ya que el porcentaje de pacientes recuperados que completaron el tratamiento

fue de 45% (n=29) y 8% (n=5), respectivamente. La TCC también resultó ser significativamente superior en cuanto al porcentaje de remisión [48% (n=53) versus 28% (n=319)], y en el porcentaje que cumplía las normas de la comunidad para actitudes y conductas alimentarias [41% (n=45) versus 27% (n=30)]. Al final del tratamiento, los atracones y la purga se redujeron en un 86% y en un 84%, respectivamente en el grupo TCC, mientras que en el grupo IPT se redujeron en un 51% y en un 50% respectivamente. No se observaron diferencias significativas en el resto de medidas. Sin embargo, en el seguimiento realizado un año después, no se encontraron diferencias significativas entre los dos tratamientos, debido a que 26 (40%) de las personas que completaron la TCC se habían recuperado totalmente, al igual que 17 (27%) de las personas que completaron la IPT. No se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sitio de tratamiento ni en cuanto a que tan adecuadas resultaron ser las terapias. Como limitaciones, se debe señalar que en Stanford, los participantes eran mayores a los de Columbia, y los participantes en ésta última, tenían un historial más largo de conductas purgativas. Asimismo, hubo un mayor número de abandonos en Columbia, específicamente en el grupo de IPT.

Por su parte, Kächele, Kordy y Richard (2001), realizaron un estudio acerca de los resultados obtenidos a través de la terapia psicodinámica en el tratamiento de la bulimia nerviosa. La muestra utilizada constó de 1771 pacientes mayores de edad, de los cuales 335 fueron diagnosticados con anorexia, 647 con bulimia y 169 con ambos en los 43 hospitales en Alemania donde recibirían el tratamiento a modo de internación. La mayoría pertenecía al género femenino, únicamente el 4% pertenecía al género masculino. Los pacientes fueron observados y evaluados durante un período de dos años y medio. Entre las evaluaciones aplicadas al inicio y al final del periodo de tratamiento se incluyeron el Symptom Checklist-90-R, Eating Disorder Inventory (EDI), Freiburg Personality Inventory (FPI-R), Narcissistic Personality Inventory y el Parental Care Index. Únicamente

773 pacientes participaron en el seguimiento realizado a los dos años y medio de iniciado el tratamiento, siendo 225 pacientes de anorexia, 399 de bulimia y 109 de ambos. Como resultados se obtuvo que el 33% de los pacientes con anorexia, 25% de los pacientes con bulimia y el 21% de ambos no presentaban sintomatología. El tratamiento tuvo una duración promedio de 11 semanas. No se encontraron diferencias significativas en los resultados obtenidos por parte de la terapia de acuerdo al hospital de tratamiento. Se encontró que tener un rango de edad de entre 18 y 20 años y recibir un tratamiento más largo (15 semanas o más) son predictores de un mejor pronóstico para la bulimia. Las limitaciones en este estudio tienen que ver con las variaciones que pudieron haberse dado en la aplicación de la terapia psicodinámica al tratarse de 43 lugares donde debían realizarse, tales como la capacidad de los profesionales que la aplicaron y los procesos llevados a cabo que no fueron estandarizados.

Garner y colaboradores (1993), realizaron un estudio con el objetivo de comparar la efectividad de cuatro meses (18 sesiones) de TCC versus psicoterapia psicoanalítica expresiva y de apoyo (SET) en el tratamiento de la bulimia nerviosa. La muestra utilizada constó de 60 pacientes diagnosticados con bulimia de acuerdo al DSM-III que fueron asignados aleatoriamente a cada tipo de tratamiento realizados de forma individual y ambulatoria basados en manuales estandarizados. Se midieron la cantidad de episodios de vómito auto-inducido, atracones y actitudes hacia el peso y forma corporales. Al final del periodo de evaluación se conoció que 50 participantes terminaron el tratamiento, 25 de cada grupo. Los resultados mostraron una mejoría significativa en ambos grupos en cuanto a la sintomatología medida, así como en el funcionamiento psicosocial. Ambos tratamientos resultaron igual de efectivos en la reducción de atracones. La TCC fue marginalmente superior a la psicoterapia psicoanalítica expresiva y de apoyo en la reducción de vómito auto-inducido, debido a que 36% participantes de la TCC y 12% de la

psicoterapia psicoanalítica expresiva y de apoyo se abstuvieron de dicha conducta durante el último mes. Adicionalmente, la TCC fue superior en aminorar actitudes perturbadas hacia la alimentación y el peso, síntomas depresivos, baja autoestima, estrés psicológico y ciertos rasgos de personalidad. La limitación principal de este estudio es que no se realizó un seguimiento con el cual se pueda verificar la durabilidad de la efectividad de los tratamientos o cambios en la respuesta de los pacientes frente al mismo.

### ***Enfoque familiar.***

Huerta Gonzáles (2003), señala la importancia de entender que la bulimia nerviosa, así como todo tipo de psicopatología, se desarrolla dentro del contexto de las relaciones significativas del paciente, fundamentalmente en el núcleo familiar, donde se propician los esquemas, roles e interacciones que constituyen un papel primordial en la enfermedad. En la terapia familiar se trata de ver a la familia como un sistema en el que los síntomas del trastorno interactúan con conflictos como la expresión de emociones por ejemplo, y estructura familiar, independientemente de cual sea el causante, ya que todos estos factores de alguna manera están perpetuando la enfermedad. Debe tomarse en cuenta que en donde haya un trastorno mental como la bulimia, las reglas y hábitos comunes en los que se ha basado la interacción familiar hasta el momento, ya no están funcionando ni satisfaciendo las necesidades que enfrenta la familia con este desorden, por lo que prima realizar una reestructuración de las reglas del hogar, así como de los límites y de los roles.

De acuerdo a Cordella (2009), los padres son el primer recurso de regulación psíquica para el paciente, por lo que crear que un sistema eficiente para el tratamiento del paciente, necesita de la intervención de dichas figuras.

Por otro lado, Guarderas (2005), menciona que suele ser común observar en familias de pacientes con bulimia nerviosa que algunos familiares han adoptado en algún momento



roles que no le pertenecen, mantienen límites difusos en donde no hay individuación que le brinde a cada miembro, especialmente a los hijos, sentido de independencia, control y de separación; naturales en cualquier proceso de maduración. Por el contrario, puede suceder que los límites en la familia son tan distantes que no existe la seguridad y el soporte emocional necesarios para el paciente con bulimia.

Schmidt y colaboradores (2007), realizaron un estudio para comparar la efectividad entre la terapia familiar y la TCC auto-guiada en el tratamiento de bulimia nerviosa en adolescentes. En este caso se utilizó una muestra de 85 personas de 13 a 20 años diagnosticados de acuerdo al DSM-IV con bulimia o trastorno alimentario no específico, reclutados de centros de tratamiento de desórdenes alimentarios en el Reino Unido. 41 participantes fueron asignados al azar a terapia familiar y 44 a TCC auto-guiada y apoyada por un profesional de la salud. En primera instancia, se midieron los episodios de atracones y de purga al inicio y al final de los tratamientos (seis meses) y se realizó un seguimiento de los mismos a los 12 meses. En segunda instancia, se midieron otros síntomas bulímicos y el costo de los tratamientos. La terapia familiar (se les ofrecieron 13 sesiones con familiares y dos individuales) se basó en una adaptación del modelo de Maudsley para el tratamiento de anorexia y para la TCC auto-guiada se utilizó un manual previamente testeado en adultos, 10 sesiones semanales, seguimientos trimestrales y dos sesiones opcionales con un ser cercano. Previo al tratamiento, se midió que los participantes más afectados de la terapia familiar presentaban atracones en un 65.9% y vómitos en un 80.5%. En el caso de la TCC auto-guiada, los participantes más afectados presentaban atracones en un 63.6% y vómitos en un 70.5%. A los seis meses, se obtuvo como resultados que con la terapia familiar dichos porcentajes se redujeron al 50.0% y al 40.6%, respectivamente; mientras que con la TCC auto-guiada los porcentajes se redujeron al 19.4% y al 32.3% respectivamente. A los 12 meses, se obtuvo como resultados que con la terapia familiar

dichos porcentajes se habían reducido al 17.2% y al 24.0%, respectivamente; mientras que con la TCC auto-guiada el porcentaje de atracones había aumentado al 28.0% y el de vómitos se había casi mantenido (30.0%). En cuanto al cambio en los demás síntomas del trastorno alimentario, no se encontraron diferencias significativas entre ambas terapias. Se determinó que la TCC auto-guiada tenía un costo mucho menor que el de la terapia familiar. Los investigadores concluyeron que la TCC auto-guiada ofrece una reducción mucho más rápida que la terapia familiar y hay una mayor aceptabilidad por parte de los adolescentes. En lo que se refiere a las limitaciones, debe tenerse en cuenta que no se trabajó con un grupo control y que el trabajo terapéutico con familiares no suele ser ampliamente aceptado por pacientes jóvenes.

Grange y colaboradores (2007), compararon la efectividad de la terapia basada en la familia (FBT) con la psicoterapia de apoyo (SPT) en adolescentes con bulimia nerviosa. La muestra constó de 80 pacientes de entre 12-19 años de edad diagnosticados de acuerdo a los criterios del DSM-IV o con un diagnóstico de bulimia parcial (no presentaban dos episodios de atracón/purga semanal, sino solo uno). 41 participantes fueron asignados de forma aleatoria a 20 sesiones de FBT y 39 de del los a SPT durante seis meses. La sintomatología fue evaluada por medio del Eating Disorder Examination, así como la frecuencia de la misma. Como resultados se encontró una diferencia significativa entre ambas terapias en cuanto a los índices de remisión, ya que 16 (39%) de los pacientes tratados con FBT habían logrado abstinencia de atracones y purgas, mientras que únicamente 7 (18%) de los pacientes que recibieron STP alcanzaron dicha abstinencia ( $P = 0.049$ ). A pesar de que los porcentajes de remisión habían decrecido hacia el seguimiento realizado seis meses más tarde (12 pacientes (29%) versus 4 pacientes (10%);  $P = .05$ ), aún existía una diferencia significativa a favor de la FBT. Para el resto de características patológicas del trastorno alimentario medidas pre-tratamiento, también se

encontró una diferencia significativa a favor de la misma (de  $p=0.003$  a  $p=0.03$  para todas). Como limitación de este estudio, se conoce que la muestra no era homogénea, ya que el 48% de todos los participantes presentaban al momento de la investigación un trastorno del estado de ánimo, adicionalmente, no hubo un grupo control y la persona encargada de realizar el análisis estadístico se encontraba involucrada con los tratamientos realizados por lo que pudo haber un sesgo en dicho análisis.

Dodge y colaboradores (1995), realizaron un estudio exploratorio acerca de la efectividad de la terapia familiar en el tratamiento de adolescentes con bulimia nerviosa. La muestra constó de ocho mujeres de edades comprendidas entre 14 y 17 años referidos del Departamento de Niños y Adolescentes del Hospital Maudsley. Para la evaluación se utilizaron The Morgan Russell Scales for Anorexia Nervosa adaptada a los síntomas bulímicos, The Eating Attitude Test (EAT-40), Eating Disorders Inventory (EDI) y The Rosenberg Self-esteem Scale (RSE). La terapia tuvo una duración de seis meses. Los resultados al final de la terapia indicaron una mejoría significativa en la sintomatología del trastorno, una de las participantes presentó 0 episodios de atracones/purga, tres menos de una vez al mes, dos menos de una vez por semana, una más de una vez por semana y otra regularmente; mientras que cuatro dejaron de vomitar por completo, tres menos de una vez al mes y sólo una lo hacía regularmente. Paralelamente hubo una reducción significativa en los puntajes obtenidos luego de la terapia, en el EDI y el EAT-40, que decrecieron del 78.38 (sd = 40.75) al 57.71 (sd= 36.39) ( $p = 0.045$ ;  $t = 2.01$ ). No obstante, estos puntajes aún indican actitudes de trastornos alimentarios. Finalmente, se encontró que de las cuatro personas que antes del tratamiento presentaron un episodio auto-lesivo, post-tratamiento no presentaron ninguno. La limitación más importante que presenta el presente estudio es la muestra reducida con el que se trabajó y no hubo un grupo control con el cual comparar resultados, asimismo, la muestra no fue homogénea, ya que dos de las ocho familias

constaban de sólo un padre.

Robinson, Dolhanty y Greenberg (2013), describen el uso de la terapia familiar enfocada en las emociones para el tratamiento de los desórdenes alimentarios. Los autores señalan que este tipo de terapia busca que los padres o bien los cuidadores de las personas con un trastorno alimentario, se conviertan en el entrenador emocional del paciente y apoyen su procesamiento emocional, ya que esto permitirá un incremento en la auto-eficacia emocional del paciente y la creación de un vínculo más profundo entre padres e hijo. Dichos logros tendrían un impacto importante en la sintomatología del trastorno alimentario presentado, debido que el trastorno como estrategia de afrontamiento se volvería innecesario para lidiar con experiencias emocionales dolorosas.

Por otro lado, Maier (2014), ofrece un enfoque feminista en la terapia de pareja enfocada en las emociones para el tratamiento de trastornos alimentarios. El enfoque al cual se refiere brinda la oportunidad de asociar la sintomatología presentada por el paciente con los factores etiológicos relacionados al desarrollo del trastorno alimentario. Adicionalmente, la terapia de pareja enfocada en las emociones trabaja a nivel terapéutico sentimientos y emociones de vergüenza, miedo e inclusive secretos que suelen estar relacionados al trastorno alimentario presentado y a los esquemas del contexto social, lo cual puede trabajarse dentro de la seguridad que puede ofrecer la pareja.

Johnson y colaboradores (1998), describen el uso de la terapia familiar enfocada en las emociones ó Emotionally Focused Family Therapy (EFFT) en el tratamiento de pacientes con bulimia. Dicha terapia tiene como objetivo modificar los ciclos de angustia en las interacciones familiares que provocan y a su vez mantienen vínculos inseguros entre los miembros de la familia, afectando directamente a los pacientes con bulimia nerviosa. Esta terapia fomenta ciclos de interacción positivos caracterizados por su accesibilidad y su capacidad de respuesta. Es así que Johnson y colaboradores (1998), realizaron una

investigación para comprobar la efectividad de la terapia familiar enfocada en las emociones en pacientes con bulimia. La muestra total constó de 13 mujeres de 17 años que cumplían con los criterios del DSM-III para bulimia, reclutadas de la lista de espera de una clínica de desórdenes alimentarios. Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a recibir EFFT o TCC grupal. Se midieron las características clínicas por medio de varias herramientas psicométricas, entre ellas, el Mental Health Diagnostic Interview Schedule (C-DIS), Diagnostic Survey for Eating Disorders, The Eating Disorder Inventory (EDI), The Bulimic Symptom Checklist (BSC), Hopkin`s Symptom Checklist Revised (SCL-90-R), entre otros. Los resultados arrojaron que ambos tratamientos condujeron a la reducción de síntomas bulímicos demostrado por los puntajes del EDI ( $F(1,11)=6,65; p<0.05$ ), del BSC ( $F(1,11)=4.79; p<0.05$ ), entre otros. Específicamente, se observó una reducción significativa en las escalas de la severidad de atracones, vómito, deseo de delgadez, ineffectividad. La EFFT redujo en un 52% la frecuencia de atracones y en un 65% la de vómitos. Asimismo, redujo significativamente la psicopatología general y las escalas de obsesividad-compulsividad, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad y psicoticismo del SCL-90-R.

La limitación de este estudio es que las características de las terapias familiares tradicionales no siempre se ajustan a las necesidades de las familias con una paciente de bulimia. Adicionalmente, cabe señalar que la muestra de esta investigación fue una muy reducida en cuanto a su tamaño, debido a que gran parte de los participantes contactados no quisieron involucrar a sus familias respectivas en el tratamiento, lo que dificulta la generalización de los resultados.

#### ***Tratamiento farmacológico.***

Chinchilla (2003) señala que el tratamiento con psicofármacos para la bulimia

nerviosa suele incluir el uso de antidepresivos como la fluoxetina o la clorimipramina, entre otros; el uso de benzodiazepinas como por ejemplo, el lorazepam y el clorazepato y el uso de estabilizadores del ánimo como el topiramato. De acuerdo a Treasure y colaboradores (2010), éste último medicamento suele resultar altamente eficaz en el tratamiento de síntomas bulímicos como los atracones, sin embargo, aún deben realizarse los estudios necesarios acerca de si esta droga es realmente segura para ser utilizada para tratar la bulimia nerviosa. Por otro lado, Treasure y colaboradores (2010), también mencionan que en estudios como en el de Shapiro y colaboradores realizado en el 2007, y en los de Hay y Bacaltchuk realizados en el 2003 y en el 2008, se evidencia la eficacia del uso de antidepresivos en pacientes con bulimia a corto plazo, es decir durante alrededor de ocho semanas aproximadamente. Sin embargo, en el meta-análisis de ocho investigaciones distintas, donde se utilizaron como muestra a 901 pacientes, se llegó a la conclusión de que dicho fármaco produce un efecto de moderado a considerable, ya que es responsable de generar cambios en la sintomatología de la enfermedad en un 50% o más, aunque presenta una tasa de remisión menor al 20%. A su vez, se concluyó que a pesar de la aceptabilidad que tiene el tratamiento con antidepresivos para esta población, los índices de abandono del tratamiento llegaban hasta un 40%. Entre los antidepresivos más recomendados para el tratamiento de la bulimia se encuentran los inhibidores de la recaptación de serotonina, siendo el más utilizado la fluoxetina por haber sido una de las más probadas e investigadas en dicho ámbito.

Crow y Mitchell (2001), explican que la farmacoterapia juega un rol más importante sobre el tratamiento de la bulimia que el de la anorexia y explican que de acuerdo a la revisión de varios estudios (Fitcher et al., (1991), Goldsteind et al., (1995), FBNCSSG, (1992), Goldbloom et al., (1997), entre otros), la fluoxetina viene a ser el medicamento de elección en el tratamiento de la bulimia, el que resulta aún más exitoso en combinación

con una psicoterapia. Fairburn y Harrisson (2003), recomiendan fuertemente combinar el tratamiento con antidepresivos y la terapia psicológica, especialmente la terapia cognitiva conductual debido a los importantes beneficios que ambos aportan en el proceso de recuperación de la bulimia nerviosa.

Leombruni y colaboradores (2006), realizaron una investigación con el objetivo de comparar los efectos del citalopram y de la fluoxetina en el tratamiento de la bulimia. Se utilizaron 37 pacientes con dicho trastorno de los cuales 18 recibieron fluoxetina, mientras que 17 citalopram. Los pacientes fueron evaluados al inicio y al final de tratamiento con el Eating Disorder Inventory-2, Body Shape Questionnaire, Binge Eating Scale, Beck Depression Inventory y con el Temperament and Character Inventory. Ambos grupos presentaron características psicopatológicas similares, así como índices de abandono. Como resultados se obtuvo que el grupo tratado con fluoxetina presentaron una mayor reducción de ira “introyectada” que el tratado con citalopram, mientras que los pacientes tratados este último presentaron una mayor de reducción de sentimientos depresivos. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la efectividad de ambos medicamentos en el resto de sintomatología evaluada. Debe tenerse presente que este estudio no utilizó un grupo control, y que la ira “introyectada” en muchos casos es considerada como parte de los síntomas depresivos.

Mitchell y colaboradores (2002) trataron a 62 pacientes con bulimia, [grupo que no obtuvo buenos resultados con un tratamiento previo de TCC (N=194)] con IPT o con antidepresivos. De este grupo únicamente 37 personas completaron los tratamientos y se encontró que hacia el final de estos, el 16% del grupo que recibió IPT presentaba una abstinencia total de episodios de atracón/purga, mientras que en el grupo que recibió antidepresivos, solamente el 10% presentó dicha abstinencia. La limitación de este estudio es que algunas personas pueden mostrarse resistentes a la toma de medicamentos,

asimismo, la muestra no se encontraba en las mismas condiciones después de haber recibido TCC.

Walsh y colaboradores (2004), realizaron una investigación con 91 mujeres con bulimia nerviosa (promedio de dos años con la enfermedad) en dos sitios diferentes (Massachusetts y Conneticut). Aleatoriamente, la muestra fue asignada a recibir fluoxetina ó placebo ó fluoxetina + autoayuda guiada (adaptación de TCC) ó placebo + autoayuda guiada durante 3-4 meses. Se midieron características de la muestra con el SCI for DSM-IV, Eating Disorder Examination, Beck Depression Inventory, y el SCL. Como resultados se encontró que 8.8% de la muestra mostró una remisión de síntomas en el último mes de tratamiento; los pacientes que recibieron fluoxetina presentaron una mayor reducción de episodios de purga y vómitos, así como una mejoría de síntomas psicológicos que el grupo placebo. En el resto de comparaciones no se encontraron diferencias significativas, aunque la autoayuda guiada parece no reflejar cambios. Se halló un menor desgaste en el grupo que recibió fluoxetina que en el que recibió placebo [2.83 (95% CI=1.18-6.77,  $p=0.02$ )]. La limitación de este estudio es que hubo un 20-35% de abandonos de tratamiento, lo que indica problemas de adherencia, y así como es posible que la guía recibida en el tratamiento de autoayuda no haya sido la apropiada, o no se haya realizado de manera estandarizada.

Agras y colaboradores (1992), realizaron una investigación con el objetivo de analizar la efectividad de la desipramina, un antidepresivo tricíclico, versus la de 15 sesiones de TCC, versus la combinación de ambas y al abandonar los tratamientos a las 16 y 24 semanas. Para ello se usó una muestra de 71 pacientes reclutada de una clínica de desórdenes alimentarios y por medio de volantes, que cumplía con los criterios del DSM-III para bulimia. Se midieron la cantidad de atracones, purgas y rasgos comunes de la enfermedad pre-tratamiento y en las semanas 16, 24 y 32. Los resultados arrojaron que a



las 16 semanas, tanto la TCC como el tratamiento combinado era superior a la medicación en la reducción de atracones y purga. Sin embargo, a las 32 semanas sólo el tratamiento combinado de 24 semanas era superior a la medicación dada por 16 semanas. El tratamiento combinado mostró ser eficiente también en reducir la preocupación hacia la dieta y el hambre. Asimismo, se encontró que la TCC parecía prevenir recaídas en los pacientes que dejaron la medicación a las 16 semanas. En general, se mostró que la mejor opción en el tratamiento de bulimia, en este caso, es la combinación TCC y medicación, manteniendo esta última por 24 semanas. Se debe tomar en cuenta como limitación de este estudio que éste fue un tratamiento ambulatorio en el que la mayoría de variables de la vida de cada participantes no pudieron ser controladas o estandarizadas para homogeneizar las muestras que recibían cada tratamiento, así como también limita la utilización de los criterios del DSM-III para realizar el diagnóstico.

Bacaltchuk y Hay (2003), realizaron un metaanálisis con el objetivo de determinar si el uso de antidepresivos resultaba efectivo en el tratamiento de bulimia nerviosa. Para ello utilizaron 19 estudios que comparan los efectos de antidepresivos versus placebo. Específicamente, se basaron en seis investigaciones que utilizaban antidepresivos tricíclicos (TCAs) (imipramina, desipramina y amitriptilina), cinco con inhibidores de monoamino oxidasa (fenelzina, isocarboxazida, moclobemida y brofaromina), cinco con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (IRSS) (fluoxetina) y tres con otras clases de fármacos (mianserina, trazodona y bupropion). Se obtuvieron resultados similares en la eficacia entre los diferentes grupos. La mejoría clínica definida por una reducción del 50% o más de atracones favoreció notablemente a los fármacos sobre el placebo [RR=0.63 (95% CI 0.55-0.74)]. Los pacientes tratados con antidepresivos tendían a interrumpir el tratamiento debido a eventos adversos. En este ámbito, los tratados con TCAs tendían a abandonar el tratamiento en mayor cantidad que los tratados con placebo,

sin embargo, con la fluoxetina, sucedió lo opuesto. Se encontró que el uso de antidepresivos era clínicamente efectivo para el tratamiento de la bulimia comparado con el placebo, al presentar mayores índices de remisión, aunque también más abandonos. No se pudieron demostrar efectos significativos en cuanto a la eficacia y tolerabilidad entre las varias clases de antidepresivos investigados. Al ser éste un metaanálisis se debe señalar como limitaciones la posibilidad de que hayan existido sesgos previos en los estudios originales y por parte de los investigadores en la inclusión subjetiva de los datos y análisis de resultados de los mismos.

Fichter y colaboradores (1996), realizaron un estudio para probar la eficacia de la fluvoxamina un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina en el mantenimiento de la remisión de síntomas en la bulimia nerviosa. Participaron 72 pacientes que habían sido tratados exitosamente con psicoterapia de forma previa. Éstos recibieron fluvoxamina ó placebo durante 15 semanas. Se midieron comportamientos bulímicos y otros aspectos de la enfermedad, así como el estatus general, depresión, ansiedad, conducta obsesiva-compulsiva, entre otras psicopatologías, evaluadas por el Eating Disorder Inventory (EDI), Psychiatric Status Rating Scales for Bulimia nervosa y Structured Interview for Anorexia and Bulimia nervosa (SIAB). Como resultados se encontró que la fluvoxamina tuvo un efecto significativo en la reducción de la reaparición de comportamientos bulímicos, ello se determinó en las escalas de las herramientas psicométricas mencionadas, específicamente en el puntaje total y la subescalas de ayuno y de vómito del SIAB. Se observó también que los impulsos a realizar atracones en las semanas previas disminuyeron, así como y el número de purgas. El puntaje total del EDI y la subescala de bulimia del SIAB mostraron los efectos superiores de la fluvoxamina en la prevención de recaídas al placebo en las personas que completaron el tratamiento. Durante la fase de retirada de la medicación no se observaron efectos de la discontinuidad de la misma. La

limitación que presenta este estudio es que hubo un porcentaje considerable de abandono del tratamiento [N = 27 (33%)], quedando en el estudio 37 personas de las cuales, 19 pertenecientes al grupo de fluvoxamina abandonaron el tratamiento, por lo que el análisis se realizó incluyendo a la muestra que se intentó tratar.

### ***Terapia grupal.***

Por otro lado, Rausch Herscovici y Bay (2000), mencionan que el abordaje grupal de la bulimia nerviosa es una de las más opciones viables, basándose en el trabajo de Mitchell y colaboradores de la Universidad de Minnesota. Lothstein (2012), explica que la terapia de grupo cognitiva-conductual aplicada a la bulimia resulta sumamente beneficiosa para el paciente debido a que los conflictos interpersonales asociados con la enfermedad pueden ser tratados y sobrellevados en este ámbito, lo cual lleva a mejorías en la sintomatología mostrada. El autor igualmente menciona que síntomas como el vómito auto-inducido, los atracones y el abuso de laxantes y diuréticos disminuyen notablemente con el uso de esta modalidad, así como los índices de abandono de tratamiento, a pesar que dicho hallazgo no representa una diferencia significativa en comparación a la terapia individual cognitiva-conductual. Huerta Gonzáles (2003), expone que la terapia grupal es exitosa en esta área debido a que proporciona esperanza, información, además de generar aprendizaje interpersonal, por imitación, catarsis, cohesión, altruismo, entre otros factores esenciales, además de que ayuda a reproducir los esquemas familiares que pueden corregirse.

Quiroga y Cryan (2007), realizaron un estudio con 43 mujeres de 17-30 años diagnosticadas con bulimia nerviosa o con trastorno por atracón. Entre ellas, 20 recibieron TCC grupal, mientras que 23 recibieron terapia psicodinámica grupal. Se realizaron 48 semanas de tratamiento, una sesión de 90 minutos semanal y un año de seguimiento. Ambos grupos fueron evaluadas antes y después del tratamiento con el Eating Disorder

Examination-II (EDI-II) y entrevistas clínicas basadas en el DSM-IV. Ambos grupos recibieron tratamiento nutricional. Como resultados se obtuvo que las pacientes de la TCC grupal mejoraron significativamente los síntomas del trastorno alimentario, específicamente, las escalas de obsesión por la delgadez ( $p=0.002$ ) y bulimia ( $p=0.003$ ); mientras que en las pacientes de la terapia psicodinámica grupal se observó una mejoría en los síntomas psicopatológicos generales, específicamente en las escalas de conciencia interoceptiva ( $p=0.0000$ ), ineffectividad ( $p=0.001$ ) y miedo a la madurez ( $p=0.002$ ). En cuanto a la escala de perfeccionismo, se encontró en el seguimiento que ninguno de los tratamientos tuvo un efecto significativo en su puntaje. Las limitaciones de este estudio tienen que ver con el hecho de que se utilizó un único instrumento para medir la mejoría en las pacientes y no se complementó con el uso de otros que enriquezcan la investigación y sus resultados.

Dixon y Kiecolt-Glaser (1984), realizaron una investigación sobre la eficacia de la terapia grupal en la reducción de síntomas bulímicos como los hábitos de atracones/purgas, patrones de alimentación, actitud hacia sí mismo y manejo de estrés. La muestra constó de 30 mujeres de 14 a 44 años diagnosticadas con bulimia y se dividió entre aquellas que completaron el tratamiento ( $N=11$ ) y las que no lo completaron ( $N=19$ ). Las participantes recibieron terapia durante 10 semanas, una hora y media semanal y se utilizaron como base técnicas conductuales. Las participantes fueron evaluadas con el SCL-90, Marlowe-Crowne Social Desirability Scale, y escalas asociadas al locus of control. Los resultados indicaron que el grupo que completó la terapia mostró una mejoría en sus síntomas así como un incremento en su locus de control; tres pacientes se encontraban abstinentes de atracones y cuatro presentaban una reducción sustancial en su frecuencia; nueve pacientes continuaron mostrando mejorías en los seguimientos realizados a los nueve meses al año. Las limitaciones de este estudio residen en que la terapia utilizada no se adaptó a los

posibles trastornos concomitantes que pudieron estar presentes influenciando la severidad de trastorno alimentario.

Katzman y colaboradores (2010), realizaron un estudio dividido en dos fases. En la primera fase se comparó la TCC individual versus terapia de aumento de la motivación (motivational enhancement therapy) individual para el tratamiento de bulimia, seguidos de TCC grupal versus TCC individual como segunda fase. Para ello se utilizaron 225 pacientes con bulimia o trastorno alimentario no específico. El tratamiento tuvo una duración de 12 semanas con seguimientos al año y a los dos años y medio. Se utilizaron varios cuestionarios, entre ellos el SCL-90, EDE, Change Assesment Scale, entre otros. Se realizaron dos tipos de evaluaciones, una de acuerdo al criterio de los terapeutas y otra basada en la autoevaluación de los pacientes. No se encontraron diferencias significativas entre ambas evaluaciones en cuanto a la medición de purgas, pero sí en los episodios de atracones. Como resultados de acuerdo a las mediciones de los terapeutas no se obtuvieron diferencias significativas entre grupos referentes al índice de abandonos y a la reducción de atracones y vómito auto-inducido. Sin embargo, se observó que con el tiempo, las tasas de tanto atracones como vómito auto-inducido decrecieron en los diferentes grupos ( $p < 0.001$ ). Debido a las pocas diferencias entre los grupos de tratamiento, los índices de abstinencia de conductas bulímicas durante los seguimientos, se calcularon en conjunto. En el primer seguimiento se encontró un índice del 40%, mientras que en el segundo seguimiento uno del 46%. Lo que indica que el tiempo tiene un efecto más significativo sobre la sintomatología que la modalidad de terapia utilizada. Las limitaciones en este estudio tienen que ver con que no se incluyó un grupo control y las mediciones de atracones difirieron entre el criterios de los terapeutas y los pacientes.

Bailer y colaboradores (2004), realizaron un estudio que compara la efectividad de la TCC versus la autoayuda guiada. La muestra utilizada constó de 81 pacientes con

bulimia que fueron asignados al azar a cada grupo de tratamiento durante 18 semanas. Las terapias grupales tenían una duración de 1.5 horas a la semana, mientras que los pacientes asignados a la autoayuda guiada tenían una vez por semana una corta visita para guiarse. Se midieron la frecuencia de los atracones y los vómitos auto-inducidos de forma semanal, así como la psicopatología relacionada al desorden y depresión con el Eating Disorders Inventory (EDI) y el Beck Depression Inventory (BDI). Un año después del tratamiento se realizó un seguimiento. Como resultados los participantes de ambos grupos mostraron una reducción importante de síntomas, aunque no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento. Al año de seguimiento se encontró una mejoría mantenida, sin embargo, las tasas de remisión fueron mayores en el grupo de auto ayuda guiada (74%), en comparación a la TCC grupal (44%). La limitación de este estudio es que no se incluyeron datos acerca de la reducción de otras conductas bulímicas como el uso de laxantes y diuréticos, ayunos, etc. Tampoco se dio a conocer la edad promedio de los participantes de cada grupo que puede influir en el resultado del tratamiento ni el porcentaje de individuos con depresión de cada grupo.

Kirkley y colaboradores (1985), realizaron una comparación de la efectividad de dos terapias grupales en el tratamiento de la bulimia nerviosa. La muestra se conformó de 28 mujeres entre 18 y 46 años diagnosticadas con bulimia de acuerdo al DSM-III. Las participantes se dividieron aleatoriamente en dos grupos, uno que recibiría TCC grupal y otro terapia no directiva grupal. En el primer grupo se instruyó que se trabajara específicamente en la reducción de atracones y vómitos auto-inducidos, mientras que al segundo grupo no se le dio tal instrucción. Los tratamientos tuvieron una duración de 16 semanas y se dio un seguimiento a los tres meses. Las pacientes fueron evaluadas antes y después del tratamiento con el Beck Depression Inventory, State-Trait Personality Inventory y el Eating Attitudes Test. Los resultados arrojaron que el grupo de TCC grupal

tuvo un menor número de abandonos y se encontró una reducción significativa de atracones y vómito auto-inducido ( $p < 0.001$ ). Al seguimiento de tres meses, los resultados mostraron que el 38% de los participantes de la TCC grupal continuaban absteniéndose de atracones y vómitos, mientras que en el grupo no directivo únicamente el 11% lo logró. Sin embargo, las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas. Como limitaciones, este estudio no contó con un grupo control; adicionalmente, no se realizaron seguimientos a largo plazo.

Brennan, Emmerling y Whelton (2014), realizaron un estudio cualitativo con el objetivo de explorar las perspectivas de las mujeres con diagnósticos de trastorno alimentario con respecto a sus experiencias generadas al participar en terapia de grupo centrada en la emoción, la cual hizo énfasis en la autocrítica. Se recolectó la información pertinente por medio de formularios de retroalimentación llenados por las participantes, y por cartas que las mismas escribieron dirigidas a sus voces autocríticas respectivas al final de la terapia. Los resultados indicaron seis temas generales que surgieron: dificultad en separarse de la crítica, reconocer el impacto destructivo de la crítica, reconocer la función protectora de la crítica, acceder a y aceptar sentimientos previamente evitados, aceptar las propias necesidades y valorar el grupo. Como limitaciones, este estudio no diferenció los temas encontrados entre cada trastorno alimentario, asimismo, el hecho de que el tratamiento hiciera énfasis en la autocrítica llevó a que los resultados se refieran en su mayoría a este ámbito. Adicionalmente, no se conocen características importantes de la historia de vida de cada participante que pudieron afectar indudablemente la perspectiva de sus experiencias asociadas al tratamiento.

### **Recuperación de la bulimia nerviosa.**

Rosenvinge y Pettersen (2012), señalan que la recuperación de un trastorno

alimenticio se encuentra muchas veces asociada a factores como la edad de apareamiento de la enfermedad, su severidad, al momento en el que empezó a ser tratada, a la educación y personalidad base del paciente, a su red de apoyo, así como a la existencia de un trastorno concomitante, por mencionar alguno y por supuesto, a la interacción de dichos factores que es única en cada paciente.

De acuerdo a Noorbendos (2013), la definición de recuperación se encuentra sujeto a la perspectiva del autor, ya que muchos disciernen en cuanto a cómo se detectaría que un paciente se ha recuperado exitosamente de la enfermedad. Existen varias líneas de pensamiento que sostienen que la recuperación de un trastorno alimentario se alcanza en el momento que se da una reducción significativa de los síntomas característicos de la enfermedad como la cantidad de conductas compensatorias, por ejemplo. Otros autores, así como terapeutas, señalan que ello depende de si el paciente continua cumpliendo o no con los criterios señalados por un manual diagnóstico como el DSM-V. Sin embargo, a pesar de la disminución sintomática, es posible que los factores subyacentes que mantienen el trastorno aún permanezcan intactos en la psiquis del paciente, por lo que dicha reducción de síntomas debe considerarse como una recuperación parcial. Es decir, para que se dé una recuperación total es imprescindible que los factores perpetuantes del trastorno hayan sido trabajados a nivel terapéutico y resueltos de alguna manera.

En este ámbito, Rosenvinge y Pettersen (2012), señalan como uno de los abordajes más estudiados para conocer si se ha llegado o no a una recuperación, a la experiencia subjetiva del paciente. Ésta permite captar matices del proceso que pueden pasarse por alto. La naturaleza subjetiva que subyace en la experiencia del paciente es un factor crucial para percibir la propia sensación de bienestar que debería estar presente en un proceso de recuperación. Sin embargo, ésta puede resultar un arma de doble filo, ya que recuperarse de un trastorno alimenticio trae consigo varias responsabilidades y nuevos retos que



estaban siendo afrontados por medio de la enfermedad, lo que hace posible que la persona perciba con dificultad la satisfacción o bienestar que puede traer la recuperación, frente a este hecho. Es así que dicho abordaje debería complementarse con la perspectiva objetiva y exterior que puede proveer una evaluación clínica.

Noorbendos (2013), señala que el 50% de los pacientes con anorexia y bulimia se recuperan, mientras que el 30% mejora notablemente y el 20% permanece enfermo. De igual manera, se conoce que el porcentaje de pacientes que se recuperan de bulimia es más alto que el de los de anorexia, aunque aquellos que se recuperan de trastorno por atracón tienen una mejor prognosis que ambos de los trastornos mencionados. Cabe mencionarse que la población adolescente diagnosticada con algún trastorno alimentario suele recuperarse más que pacientes de otros grupos de edades, ya que el 85% de ellos se recupera exitosamente. Debe tomarse en cuenta que la detección y tratamiento tempranos de la enfermedad aumenta drásticamente las posibilidades de recuperación, ya que un diagnóstico tardío, la falta de atención profesional y de un tratamiento completo, así como las pobres estrategias para el manejo de recaídas son factores que dificultan la recuperación completa y exitosa del paciente.

Chinchilla (2013), denomina al proceso de recuperación como un curso inestable caracterizado por el predominio de mejorías, con episodios de recaídas, por lo que aconseja que luego de haber dado de alta a un paciente, se dé un seguimiento prolongado de la enfermedad de entre dos a cuatro años aproximadamente.

### **Recaídas.**

Keel y Mitchell (1997), informan que aproximadamente un tercio de las personas que se recuperan de bulimia nerviosa suelen experimentar el resurgimiento de sintomatología bulímica. Mencionan que de acuerdo a uno de los estudios de seguimiento revisados en su

trabajo, las tasas de recaídas varían entre el 26% y 43% en periodos de seis meses a seis años respectivamente. Besser y Moncada (2013), sostienen que el cambio terapéutico en la bulimia nerviosa es cíclico, ya que las recaídas son una parte normal del proceso de recuperación. Sin embargo, un mal manejo de las mismas puede poner en riesgo a todos los logros alcanzados durante el proceso terapéutico. Frente a ello, Chinchilla (2003), menciona que la prevención de recaídas es un entrenamiento que debe enseñarse a todo paciente de bulimia. Es necesario que el paciente continúe con las técnicas y procedimientos en los que fue entrenado a lo largo de su tratamiento, a pesar de la finalización del mismo para que pueda asegurar la estabilidad de su recuperación previniendo recaídas. No obstante, es de igual importancia crear conciencia que las recaídas son comunes y probablemente sucederán en algún momento de la vida del paciente después de dado de alta, por lo que es un aspecto clave que debe cubrirse en cualquier tipo de terapia como parte de la psicoeducación referente al trastorno.

Para encontrar e identificar factores predictores de recaídas, Keel, Dorer y colaboradores (2005), realizaron entrevistas bianual y más tarde anualmente, a un grupo de 136 pacientes de anorexia y 110 de bulimia para evaluar síntomas de trastornos alimentarios, psicopatología general y función social. A los nueve años de seguimiento, el 93% (N=229) de la muestra fue evaluada. De acuerdo a los puntajes de 1-2 obtenidos en The Psychiatric Status Rating Scale por ocho semanas, se conoció que el 75% (N=83) de las participantes del grupo de bulimia se encontraba en remisión, 26% se encontraban en recaída al presentar síntomas de bulimia, mientras que el 7% recayó pero presentando síntomas de anorexia. Como resultados se encontró que los factores que tenían un efecto significativo en la predicción de recaídas fueron: problemas en la función psicosocial, preocupación de la forma y peso corporales, la escala de funcionamiento global (GAF), miedo a la gordura, hospitalizaciones y la edad. La limitación de este estudio reside en la

forma en que se denominó el concepto de recaída, ya que se lo hizo a través de los puntajes obtenidos en el instrumento utilizado, asimismo, no se conoce con qué tipo de terapia se trató previamente a los participantes.

Halmi y colaboradores (2002), realizaron un estudio en tres lugares diferentes (Cornell, Minnesota y Rutgers) con 48 personas de los 194 participantes de un estudio previo, el cual consistió en que los participantes reciban TCC como tratamiento a un diagnóstico de bulimia, frente al que respondieron con total abstinencia de atracones y purga al final del tratamiento. Dicha investigación se realizó cuatro meses después de finalizada la terapia. Los 48 participantes fueron evaluados con los mismos instrumentos utilizados pre y post tratamiento [DSM-III-R, Eating Examination Inventory y The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale (YBC-EDS)]. Los resultados arrojaron que el 44% de la muestra había recaído a los cuatro meses después de la terapia. Se encontró que esta muestra presentaba mayores niveles de preocupación frente a la alimentación y de rituales asociados a la misma; menos motivación por cambiar y mayores índices de severidad sintomática previo al tratamiento de acuerdo al (YBC-EDS). Estos participantes también habían mantenido abstinencia de síntomas bulímicos por menos tiempo que otros participantes durante el tratamiento de TCC [ $F(1,42) = 6.3, p = 0.0$ ]. Cabe señalar que este estudio tiene como limitación que no se conocieron los índices de recaída de la muestra total del estudio previo. Asimismo, al ser una muestra relativamente pequeña, no se obtuvo información acerca de si variables como los trastornos de personalidad y del estado de ánimo que se encontraban presentes en la muestra tuvieron un efecto significativo en las recaídas.

Grilo y colaboradores (2007), realizaron un estudio longitudinal acerca del curso natural de la bulimia y el trastorno alimentario no específico, particularmente sobre la remisión, recaídas y efectos de los trastornos de personalidad durante cinco años. La

muestra constó de 92 mujeres diagnosticadas en ese momento con bulimia (N=23) y trastorno alimentario no específico (N= 69), provenientes del Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. El curso de los trastornos alimentarios fue evaluado a los seis meses, 12 meses y luego cada año durante 60 meses con el uso del Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation. El curso de los trastornos de personalidad fue evaluado con la versión de seguimiento del Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV) en los mismos intervalos de tiempo. A los 60 meses de seguimiento, los resultados indicaron que 17 de las 63 pacientes con bulimia y 57 de las 69 pacientes con trastorno alimentario no específico se encontraban en remisión. No obstante, no se encontraron diferencias significativas entre ambos trastornos (probabilidad de remisión para la bulimia= 74% y para trastorno alimentario no específico= 83%). En cuanto a las recaídas, los resultados mostraron que ocho pacientes de bulimia (rate=47%) y 34 de trastorno alimentario no específico habían recaído (rate=42), sin embargo, de igual forma, no se obtuvieron diferencias significativas entre ambos trastornos. Se encontró a su vez, que los trastornos de personalidad no son un predictor del tiempo de remisión y los cambios hallados en éstos se encontraban mínimamente relacionados con la probabilidad de remisión o recaída. Por lo tanto, se concluyó que el curso de los trastornos alimentarios en este caso, parece no estar influenciados por los trastornos de personalidad. Las limitaciones de este estudio se basan en que no se conocen los tratamientos utilizados, además de que la muestra no era homogénea por la comorbilidad de trastornos de personalidad y depresión.

Herzog y colaboradores (1999), realizaron un estudio naturalista longitudinal de 7.5 años sobre la recuperación y recaídas de la anorexia y la bulimia. Para ello se utilizó una muestra de 246 mujeres diagnosticadas con los mismos. A los 90 meses de seguimiento se obtuvo como resultados que la tasa de recuperación total de bulimia nerviosa (74%) era

significativamente mayor a la de anorexia (33%). Por lo que se encontró que un diagnóstico de anorexia era el predictor más importante de un mal pronóstico. Por otro lado, no se encontraron predictores de recuperación en la muestra de bulimia. El 83% de las personas con anorexia y el 99% con bulimia alcanzaron una recuperación parcial, mientras que aproximadamente un tercio de ambos grupos recayó después de haberse recuperado por completo. De igual manera, no se encontraron predictores de recaídas. Debe tenerse en cuenta como limitaciones de este estudio la presencia de variables como la comorbilidad con otras enfermedades que no fue tomada en cuenta al realizar el análisis respectivo, así como la severidad sintomática inicial como un predictor.

Fichter y Quadflieg (2004), realizaron un estudio longitudinal de 12 años en el que evaluaron aspectos específicos de trastornos alimentarios y psicopatología general de 96 mujeres con bulimia. Los resultados del análisis de regresión logístico arrojaron que a los 12 años de seguimiento hay una estabilidad y mejoría en la sintomatología de la enfermedad notables, ya que el 70.1% de los pacientes no presentaba un trastorno alimentario de acuerdo a los criterios del DSM-IV. Sin embargo, el 13.2% presentaba trastorno alimentario no específico y únicamente el 10.1% cumplía nuevamente con los criterios para un diagnóstico de bulimia, mientras que el 2% de la muestra había fallecido. Los casos que desarrollaron anorexia o trastorno por atracón no llegaron a ser una muestra significativa. Por otro lado, se encontró que la comorbilidad con un trastorno psiquiátrico era el factor que mejor predecía el resultado de la enfermedad. La limitación de este estudio reside en el hecho de que no se mencionan el número de abandonos que se dieron a lo largo del estudio, por lo que las cifras encontradas pueden variar.

Steinhausen y Weber (2009), hicieron una revisión de 79 estudios acerca de los resultados y factores pronósticos de la bulimia nerviosa en 5,653 pacientes combinados. El análisis final se realizó en base a 4,639 pacientes, debido a que únicamente 49 estudios

trataban los temas a investigar. Dicho análisis se dificultó debido a la falta de estandarización de los criterios sobre los resultados y pronóstico. Sin embargo, se encontraron 27 investigaciones que conceptualizaron y delimitaron los criterios de resultado en tres conceptos principales: recuperación, mejoría y cronicidad. En la muestra combinada se observó que aproximadamente el 45% de los pacientes alcanzó una recuperación total, mientras que aproximadamente el 27% mejoró notablemente. No obstante se encontró que cerca del 23% de la muestra combinada presentaba un curso crónico de la enfermedad, es decir, habían experimentado recaídas y mantenido síntomas bulímicos. Otros 19 estudios se basaron en dos de estos conceptos (recuperación y cronicidad) e información adicional sobre el cruce de la bulimia con otros trastornos alimentarios luego de su recuperación. Entre estos estudios el índice de recuperación se encontraba aproximadamente en 60%, mientras que el de cronicidad en un 30%, y 10% había desarrollado síntomas de otro trastorno alimentario. Por otro lado, gracias a los datos del análisis de los estudios longitudinales se encontró que la bulimia nerviosa presenta un curso curvilíneo caracterizado por tasas altas de recuperación entre los cuatro y nueve años de seguimiento y picos inversos de mejoría y de recaídas; éstas últimas que pueden contribuir a la cronicidad. Este estudio presenta varias limitaciones, entre ellas tiene que ver la dificultad por aislar los factores de interés para la investigación, los sesgos que pueden existir en cada estudio por parte de los investigadores y participantes y la falta de una estandarización de procesos, mediciones y criterios.

Keel, Mitchell y Miller (1999), realizaron una investigación longitudinal con 173 mujeres que habían sido diagnosticadas con bulimia nerviosa entre 1981 y 1987 y participado previamente en dos estudios basados en el tratamiento farmacológico y psicológico (TCC) de la misma. En dicho seguimiento, las participantes fueron evaluadas de acuerdo al Eating Disorders Questionnaire, Hamilton Depression Rating Scale,

Multidimensional Personality Questionnaire Scale 8: Control/Impulsiveness, Body Shape Questionnaire (BSQ) y la Structure DSM-IV SCID-I/P. Los resultados indicaron que el 11% de la muestra cumplía con los criterios para bulimia nerviosa, 0.6% para anorexia, 18.5% para trastorno alimentario no específico, y el 69.9% de la muestra se encontraba en remisión parcial o total. Entre los resultados también se encontraron predictores de recaídas. Los factores que tenían un efecto significativo en este ámbito fueron: un historial de problemas de abuso de sustancias y un historial más largo de bulimia antes de la presentación al estudio inicial ( $p=0.001$ ). Se concluyó que la cantidad de mujeres que presenta un diagnóstico de bulimia decrece en un 30% a medida que el espacio entre seguimientos aumenta. Como limitaciones cabe mencionar que el 20% de la muestra inicial no participó en este estudio de seguimiento. Por otro lado, en el análisis estadístico no se pudo determinar el efecto del control de impulsos sobre el curso de la enfermedad.

Fairburn y colaboradores (2000), realizaron una investigación sobre el curso natural de la bulimia y el trastorno por atracón en mujeres jóvenes (16-35 años). La muestra se dividió en 102 mujeres diagnosticadas con bulimia y 48 con trastorno por atracón de acuerdo al DSM-IV. La investigación se basó en seguimientos realizados cada 15 meses durante cinco años y en las mediciones del Eating Disorder Examination (EDE), Brief Symptom Inventory, Robson Self-Esteem Questionnaire, y del Social Adjustment Scale. En cuanto al grupo de bulimia, a los cinco años de seguimiento se obtuvo como resultados que el 15% de la muestra cumplía con un diagnóstico de bulimia, el 36% presentaba otro trastorno alimentario (2% anorexia y 34% trastorno alimentario no específico) y el 8% trastorno por atracón. Se observaron tasas de recaída más bajas en el grupo de trastorno por atracón. Se conoció que cada año alrededor de un tercio remite de la enfermedad, mientras que otro tercio recae. Entre las limitaciones del presente estudio deben mencionarse la

reducida muestra del grupo de trastorno por atracón y variables no evaluadas como la presencia de eventos vitales que pudieron influir en el índice de recaídas.

### **Factores de éxito en la recuperación de bulimia nerviosa.**

Rosenvinge y Pettersen (2012), sugieren un modelo que integra las características y factores relevantes para comprender la recuperación de la bulimia nerviosa. Es importante señalar que dicho modelo hace una distinción sobre aquellos aspectos que resultan necesarios para la recuperación y los que son suficientes para alcanzarlas. Resulta necesario que el paciente haya logrado mantenerse en un peso normal y haya podido reducir la frecuencia en la que realiza dietas, atracones y comportamientos compensatorios. Paralelamente, es necesario que se reduzcan los pensamientos basados en la creencia central que sostiene que es vital controlar la alimentación, el peso y la forma corporales. Cabe señalar que al hablar de una reducción en la frecuencia de este tipo de sintomatología, los autores no se refieren a la cantidad de veces en que éstas ocurren, sino a que dicha frecuencia se nivele a las variaciones normales observadas en la población general.

Por otra parte, este modelo explica cuatro dominios en los que debe haber un cambio o mejoría considerados suficientes para que el paciente se encuentre recuperado, acompañados, esencialmente por cambios a nivel sintomático y patológico. El primer dominio corresponde a los aspectos psicológicos, área en la que se espera que la persona desafíe y crea en menor intensidad en la veracidad de sus creencias centrales, se incremente la sensación de bienestar, la aceptación de sí mismo y de su cuerpo, haya una mejoría en sus habilidades de afrontamiento y en las estrategias de resolución de problemas que emplea, así como haya una mayor tolerancia y mejor manejo de afectos negativos, en donde se espera a su vez, que no se utilicen síntomas del trastorno



alimentario como una herramienta para regular o comunicar emociones. También es importante que se sienta capaz de alcanzar su potencial y no conformarse con las expectativas de otros. Finalmente, dentro de este dominio, el paciente debe alcanzar una comprensión suficiente acerca del porqué se desarrolló su bulimia y con qué propósitos lo hizo.

En el segundo dominio, los aspectos sociales, se espera que el individuo haya desarrollado su habilidad para formar parte de actividades sociales y las experimente como algo enriquecedor, mas no como un elemento asociable a su desorden o causante de estrés. En la etapa de recuperación, es importante que los síntomas de la bulimia no acaparen la atención del paciente y no dificulten su asistencia a clases o al trabajo de forma diaria. En la misma medida, se espera que la persona haya desarrollado la habilidad para vivir su día a día dentro de la sociedad, en donde sea capaz de satisfacer las necesidades sociales que surjan y las propias.

En cuanto al tercer dominio, el paciente debe presentar cambios o una mejoría en el aspecto existencial, es decir, se espera que empiece a tomar un rol más activo en sus decisiones y en cuanto a su futuro. En este ámbito, la persona debería interesarse más por buscar su propósito de vida más allá de la comida y la delgadez, a la vez que construye con una identidad ajena a la que la bulimia le proveía.

El cuarto y último dominio se refiere al aspecto interpersonal. Dentro de este ámbito, resulta importante mencionar que la preocupación constante por los síntomas de la bulimia tienen un impacto negativo sobre las relaciones del paciente e impiden el establecimiento de vínculos; por lo que se espera que en la etapa de recuperación, la enfermedad ya no irrumpa en las relaciones íntimas del paciente. Es decir, los síntomas de la bulimia no deberían captar la atención de la persona en la medida que ésta deje de atender sus relaciones o evite el contacto con sus seres significativos por miedo a ser rechazado o

estigmatizado. Cabe recalcar que los problemas a nivel interpersonal aún pueden presentarse, no obstante, su origen no debería encontrarse relacionado con la enfermedad. Finalmente, se espera que la persona busque establecer o restablecer relaciones que refuercen creencias positivas y sean una fuente de apoyo.

Besser y Moncada (2013), por su parte, hablan de facilitadores de cambio refiriéndose al ámbito terapéutico. Uno de los facilitadores fundamentales es que la persona tenga conciencia de su enfermedad, ya que únicamente a partir de esta aceptación se podrá empezar a trabajar a nivel terapéutico. Mencionan también a la alianza terapéutica como otro facilitador importante, ya que su establecimiento permite que el paciente sienta confianza en el equipo de profesionales con los que se está tratando, siendo ésta otro de los facilitadores principales. La confianza en el equipo es de vital importancia debido a que ésta permitirá que la resistencia característica en este tipo de pacientes baje y tenga un mayor compromiso con el tratamiento. De igual forma, el apoyo de la familia es otro factor que contribuye a crear cohesión al tratamiento, a la vez que le brinda al paciente un sentido de seguridad y motivación. Adicionalmente, los autores señalan que haber superado o mejorado las dificultades de vínculo, haber desarrollado mayor autonomía e independencia, retornar a sus actividades normales, así como haber aprendido a hacer frente a situaciones estresantes y haber vivido eventos extra-terapéuticos que potencien la motivación frente al tratamiento como formar una pareja, iniciar una carrera, una mudanza, entre otros, tienen un impacto favorable en el proceso de recuperación del paciente. Por otro lado, Besser y Moncada (2013) también incluyen aspectos profesionales y la actitud personal de los terapeutas como un factor facilitador para el cambio y mencionan que características como ser flexible, mostrarse paciente, y tener una alta tolerancia a la frustración y a la agresión pueden generar cambios clínicos importantes en el tratamiento de la bulimia, al igual que ser percibidos como terapeutas competentes, cálidos, empáticos,

que se muestren respetuosos y aprecien la individualidad del paciente.

## **METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente es un estudio cualitativo fenomenológico exploratorio, método que fue aplicado con el propósito de conocer cuáles son los factores de éxito percibidos en el proceso de recuperación de bulimia nerviosa y hasta qué punto éstos han contribuido a largo plazo. La pregunta de investigación se contestó por medio del uso de una entrevista semi-estructurada creada por el investigador y un cuestionario adaptado del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) aplicados a ocho personas mayores de 18 años que padecieron la enfermedad en algún momento de sus vidas y que actualmente se encuentran recuperadas desde hace un periodo mínimo de tres años.

### **Justificación de la metodología seleccionada**

El método cualitativo es una práctica que ofrece una interpretación naturalista del mundo con el propósito de entender la experiencia subjetiva del ser humano (Denzin y Lincoln, 2003). Dicho método aplicado en la presente investigación busca conocer cómo las personas construyen su mundo y entender como lo experimentan a través del análisis de las historias de vida narradas y descritas de acuerdo al contexto y significado que cada individuo les atribuye (Gibbs, 2007). La orientación exploratoria de este estudio, le brinda flexibilidad y amplitud al mismo, así como plantea examinar aspectos de un tema específico, los cuales han sido poco estudiados o investigados en diferentes contextos como es el caso de los factores de éxito percibidos en la recuperación de bulimia nerviosa en una muestra de ecuatorianos (Hernández y colaboradores, 1997). Paralelamente, el carácter fenomenológico de la investigación permite realizar una aproximación subjetiva del fenómeno humano que se intenta estudiar (Creswell, 1998).

El análisis de la investigación se basó en el método cualitativo de la comparación constante de Glaser y Strauss (1967), la cual permite realizar una revisión y una

comparación de los datos obtenidos en un instrumento de medición como lo es la entrevista, para poder crear una teoría explicativa (Maykut y Morehouse, 1994). Dicho método nació de la teoría fundamentada, la que consiste en el uso de directrices inductivas sistemáticas para la recolección y análisis teórico de datos, así como en el uso analítico de interpretaciones (Charmaz, 2003). La comparación constante es utilizada con el fin de desarrollar proposiciones: “declaraciones de hechos inductivamente derivados de un riguroso y sistemático análisis de datos” (Maykut y Morehouse, 1994, p. 126). El análisis que utiliza dicho método busca identificar unidades de significado, refiriéndose a la exploración de las palabras, ideas y temas expresados, es decir significados atribuidos por la experiencia de los participantes, delineadas por el enfoque del investigador (Maykut y Morehouse, 1994). La unidades de significado son exploradas, en este caso, en cada entrevista y entre las mismas, de forma que se encuentren relaciones entre los temas que más se repitieron dentro de las entrevistas, temas que subsecuentemente se categorizaran y codificarán en unidades de significado similares (Maykut y Morehouse, 1994).

Con la metodología expuesta se puede llegar a determinar la frecuencia de factor que los participantes consideran que los han ayudado en su recuperación de la bulimia nerviosa; si el desarrollo de mejores estrategias de afrontamiento de conflictos es un factor percibido que ayuda en la recuperación de bulimia nerviosa; si la resolución de situaciones traumáticas en la historia de vida es un factor percibido que ayuda en la recuperación de bulimia nerviosa y conocer cuál es el factor que más ha contribuido en la recuperación de bulimia nerviosa para confirmar o sugerir que forme parte del tratamiento de este trastorno.

### **Herramienta de investigación utilizada**

Para la presente investigación se utilizaron un cuestionario y una entrevista semi-estructurada creados por la investigadora, los cuales fueron aplicados a los ocho participantes del estudio y serán descritos a continuación.

#### **Cuestionario.**

Las preguntas utilizadas en el cuestionario fueron adaptadas de los criterios de diagnóstico de bulimia nerviosa expuestos en el DSM-V. El cuestionario fue aplicado con el propósito de verificar que los participantes estén recuperados, es decir, que actualmente no cumplan con los criterios necesarios para un diagnóstico de bulimia nerviosa.

Asimismo, se diseñó para que fuese contestado de forma individual y escrita por cada participante, constó de cinco preguntas a las cuales debían responder encerrando la palabra sí o la palabra no y se esperó que tenga una duración aproximada de tres minutos.

#### **Entrevista semi-estructurada.**

Las preguntas utilizadas en la entrevista se basaron en la revisión literaria disponible sobre el tema a tratar. Para ello se utilizó material bibliográfico proveniente de revistas académicas como *The American Journal of Psychiatry*, *Psychiatry*, *Interpersonal and Biological Processes*, *Psyche*; *International Journal of Eating Disorders*, entre otros y libros como “The outpatient treatment of eating disorders”, “Bulimia”, “The eating disorders sourcebook”, “La superación de los atracones de comida”, “Trastornos de la conducta alimentaria”, entre otros. La entrevista semi-estructurada se realizó personalmente y de forma oral con cada participante, constó de 19 preguntas abiertas y se diseñó de manera que tenga una duración aproximada de 20 minutos por participante. Ésta es una herramienta que permitió la obtención de datos e información acerca de los factores que la muestra del estudio consideraba que contribuyeron en la recuperación exitosa de su

enfermedad de acuerdo a la perspectiva y experiencia de cada participante. La entrevista semi-estructurada se caracteriza por ser flexible, debido a que su uso facilita la modificación de la organización de las preguntas y la posibilidad de ampliar y clarificar las respuestas obtenidas de manera que se logre completar la información requerida y obtener la mayor cantidad de datos. Adicionalmente, en este tipo de entrevistas, el investigador se enfoca en ganar la confianza del entrevistado para acceder a información que le brinde el entendimiento de la experiencia relatada por éste (Fontana y Frey, 2003).

### **Descripción de participantes**

#### **Número.**

Para este estudio participaron ocho personas, mayores de edad, entre 23 y 34 años, que padecieron de bulimia nerviosa en algún momento de sus vidas de acuerdo a los criterios de diagnóstico establecidos en el DSM-V y que se encuentran recuperados desde hace un periodo mínimo tres años. El número de participantes utilizado bastó para alcanzar el punto de saturación de la información requerida; la recolección de nuevos datos resultarían redundantes para el estudio (Maykut y Morehouse, 1994). Los participantes fueron seleccionados de una lista de pacientes dados de alta por psicoterapeutas particulares y terapeutas de la Clínica Noos de quienes recibieron tratamiento.

#### **Género.**

De los ocho sujetos que participaron en el estudio, 87.5% (N=7) de la muestra pertenecían al género femenino y 12.5% (N=1) al masculino, lo cual resulta relevante para la investigación, debido a que los resultados y las conclusiones a las que se llegaron, reflejan en su mayoría a la opinión femenina.

**Nivel socioeconómico.**

Los participantes de este estudio pertenecen a un nivel socioeconómico medio-alto, siendo éste un aspecto relevante en el proceso de recuperación de bulimia nerviosa, debido a ésta puede ser una ventaja en la medida que los participantes tienen la capacidad económica para acceder a programas de tratamiento completos, así como tener acceso a mejores cuidados y atención médica, lo que para personas de otros estratos resultaría más difícil.

**Características especiales relacionadas con el estudio.**

Es importante mencionar que uno de los participantes entrevistados reside actualmente en el extranjero, por lo que la entrevista se realizó vía skype. Adicionalmente, la mayoría de los participantes reportó haber padecido la enfermedad en edades tempranas refiriéndose a la pubertad y adolescencia.

**Fuentes y recolección de datos**

La información recolectada para el presente estudio proviene de las respuestas obtenidas a través de la aplicación de la entrevista semi-estructurada a los ocho participantes.

Para la selección de muestra, la investigadora se contactó personalmente con la Clínica Noos de especialidades psicológicas y médicas y con psicólogos que trabajan en consultorios particulares con el objetivo de acceder a la información de contacto de ex pacientes de bulimia nerviosa de la institución o consultorio donde hayan sido dados de alta hace mínimo tres años debido a su recuperación exitosa.

Seguidamente, los terapeutas correspondientes se comunicaron telefónicamente con los ex pacientes, que ellos (la institución o el terapeuta) consideraban que cumplían con los requisitos para participar en el estudio. Dicho contacto se realizó con el objetivo de



informarlos acerca del estudio y de conocer si les gustaría participar y solicitarles su consentimiento para ser contactados por la investigadora. La institución y los terapeutas particulares entregaron una lista de nombres a la investigadora de las personas quienes cumplían con los criterios de inclusión del estudio (hombres y mujeres, mayores de edad que hayan tenido un diagnóstico de bulimia nerviosa previamente y que se hayan recuperado exitosamente hace mínimo 3 años hasta la actualidad) y dieron su consentimiento oral para ser contactadas telefónicamente por la investigadora. En dicho contacto telefónico, se organizó una cita individual con cada participante para realizar la entrevista personalmente.

Previo a su realización, se le pidió a cada participante que llenase un formulario de consentimiento informado y el cuestionario escrito basado en el DSM-V. La entrevista fue grabada en audio, no obstante, se realizó de forma anónima, es decir, no se mencionaron en ningún momento, los nombres de los participantes, ni ninguna información con la cual se los pudiese identificar. Las respuestas, las cuales fueron transcritas a un documento de Word para su posterior análisis, fueron archivadas y protegidas por la investigadora. El mismo criterio de anonimato fue aplicado en dicha transcripción.

### **Prueba piloto.**

Para el presente estudio no se realizó una prueba piloto.

## ANÁLISIS DE DATOS

### Detalles del análisis

La entrevista semi-estructurada fue una herramienta que se aplicó a los ocho participantes del estudio con el propósito de identificar los factores de éxito percibidos en el proceso de recuperación de bulimia nerviosa y hasta qué punto éstos han contribuido a la misma. Los datos recolectados en audio fueron transcritos por la investigadora para que de esta forma pudieran ser analizados sistemáticamente con mayor detenimiento y exactitud bajo el método de comparación constante. A cada participante se le asignó un número para que de esta forma puedan ser identificados a lo largo del análisis de datos sin el riesgo de exponer su identidad.

Una vez transcritas las entrevistas, la información de cada una de ellas fue leída y examinada por la investigadora con el objetivo de identificar unidades de significado, a partir de las cuales se obtendrían los temas específicos sobre el fenómeno estudiado como dicta el método cualitativo (Maykut y Morehouse, 1994). Los temas encontrados serían los factores de éxito percibidos en la recuperación de bulimia nerviosa. Posteriormente, dichos factores fueron clasificados en dos categorías: factores principales y factores secundarios de acuerdo a la frecuencia en que se encontraban. Las unidades de significado halladas en cada documento fueron comparados entre las ocho transcripciones por medio del método de la comparación constante, de manera que se logren determinar categorías que abarquen a dichas unidades y puedan explorarse los patrones entre las mismas (Maykut y Morehouse, 1994). Con éste proceso se llevó a cabo un entendimiento de los factores estudiados.

Después de que la comparación fue llevada a cabo, los factores más frecuentes e importantes para la investigación, es decir, aquellos que se repetían como mínimo en seis

de las ocho entrevistas, se denominaron factores principales, mientras que los factores que surgían en menor frecuencia es decir, los que se repetían entre tres y cinco de las ocho entrevistas, constituyeron los secundarios. Para facilitar la comprensión e identificación en el proceso de la comparación constante de los diversos factores, éstos fueron codificados por la investigadora; cada factor fue etiquetado con tres letras representativas del mismo.

Los factores de éxito encontrados fueron tabulados de manera que pudieran ser visualizados por el lector según su frecuencia, la que determinó la categoría en la cual los factores fueron colocados. Adicionalmente, cada uno de ellos fue analizado por separado para que exista un mayor entendimiento.

### **Información sobre los participantes**

**Tabla 1. Datos demográficos de los participantes**

|                 | Edad | Género    | Estado Civil | Ocupación                     | Nivel socioeconómico |
|-----------------|------|-----------|--------------|-------------------------------|----------------------|
| Participante #1 | 23   | Femenino  | Soltera      | Estudiante universitaria      | Medio-alto           |
| Participante #2 | 25   | Femenino  | Soltera      | Instructora de Yoga           | Medio-alto           |
| Participante #3 | 31   | Femenino  | Soltera      | Ingeniera Agrónoma            | Medio-alto           |
| Participante #4 | 34   | Femenino  | Soltera      | Música y profesora parvularia | Medio-alto           |
| Participante #5 | 27   | Femenino  | Soltera      | Cosmetóloga                   | Medio-alto           |
| Participante #6 | 32   | Femenino  | Soltera      | Diseñadora de Modas           | Medio-alto           |
| Participante #7 | 23   | Femenino  | Soltera      | Estudiante universitaria      | Medio-alto           |
| Participante #8 | 23   | Masculino | Soltero      | Estudiante universitario      | Medio-alto           |

A continuación realizará un resumen sobre los datos generales de cada participante entrevistado y de las características de su enfermedad y recuperación.

#### **Participante #1:**

Mujer de 23 años de edad, soltera, estudiante de idiomas y relaciones internacionales, fue diagnosticada con bulimia nerviosa a la edad de 14 años con una duración aproximada de tres años, recibió tratamiento psicológico (terapia cognitiva-conductual) y tratamiento psiquiátrico. A sus 17 años fue dada de alta en la clínica

especializada The Center. Tuvo un episodio de recaída entre los 17 y 18 años, por lo que volvió a terapia por un corto periodo. La participante se encuentra recuperada desde hace cuatro años, es decir los síntomas han remitido en su totalidad desde entonces. De acuerdo al cuestionario basado en el DSM-V la participante no cumple actualmente con un diagnóstico para bulimia nerviosa.

### **Participante #2:**

Mujer de 25 años de edad, soltera, instructora de yoga, fue diagnosticada a la edad de 15 años con bulimia nerviosa, sin embargo, la participante refiere haber tenido la enfermedad desde dos años atrás previos al diagnóstico. Es decir según la participante tuvo bulimia nerviosa durante siete años. La participante recibió tratamiento psicológico en Estados Unidos y en el país en el The Center y más tarde en la Clínica Noos, específicamente terapia cognitivo-conductual, terapia psicoanalítica y terapia familiar. La participante reportó haber iniciado la práctica de yoga y meditación como recursos terapéuticos paralelos. Tuvo varias recaídas durante el proceso de recuperación por lo que volvió a terapia psicológica. Sin embargo, los síntomas han remitido en su totalidad desde hace tres años, momento en que fue dada de alta, es decir, se encuentra recuperada desde ese entonces. De acuerdo al cuestionario basado en el DSM-V la participante no cumple actualmente con un diagnóstico para bulimia nerviosa.

### **Participante #3**

Mujer de 31 años de edad, soltera, ingeniera agrónoma, fue diagnosticada con bulimia nerviosa a la edad de 15 años, con una duración de la enfermedad de ocho años. La participante recibió tratamiento psicológico en los que se incluyeron terapia cognitivo-conductual, terapia psicoanalítica y terapia familiar, también recibió un tratamiento nutricional en la Clínica Noos. La participante presentó un episodio de recaída después de

haber sido dada de alta por los profesionales tratantes, no obstante, presentó una remisión de síntomas desde sus 25 años. Es decir, la participante lleva recuperada seis años. De acuerdo al cuestionario basado en el DSM-V la participante no cumple actualmente con un diagnóstico para bulimia nerviosa.

#### **Participante #4**

Mujer de 34 años de edad, soltera, música y profesora de parvularia, obtuvo un diagnóstico de bulimia nerviosa a la edad de 17 años, con una duración de la enfermedad de seis años. Recibió tratamiento en el The Center. La participante presentó dos episodios de recaída de corta duración hasta sus 24 años durante los cuales acudió a un psicólogo particular quien terminado el tratamiento le dio de alta. Es decir, la participante lleva recuperada 10 años. De acuerdo al cuestionario basado en el DSM-V la participante no cumple actualmente con un diagnóstico para bulimia nerviosa.

#### **Participante #5**

Mujer de 27 años de edad, soltera, cosmetóloga, fue diagnosticada con bulimia nerviosa a los 15 años hasta los 21 años. La participante presentó episodios de recaídas durante el proceso de recuperación. Sin embargo, se encuentra recuperada desde hace seis años. La participante realizó su tratamiento psicológico (terapia cognitivo conductual, familiar y psicoanalítica) y nutricional en The Center y posteriormente se recuperó en la Clínica Noos. De acuerdo al cuestionario basado en el DSM-V la participante no cumple actualmente con un diagnóstico para bulimia nerviosa.

#### **Participante #6**

Mujer de 32 años de edad, soltera, diseñadora de modas, recibió un diagnóstico de bulimia nerviosa a la edad de 14 años, tuvo la enfermedad durante seis años aproximadamente, momento en el que fue dada de alta en The Center. La participante

recibió terapia cognitivo conductual, familiar y psicodinámica, así como tratamiento nutricional. La participante reporta no haber tenido recaídas desde entonces. Es decir, la participante lleva aproximadamente 12 años recuperada. De acuerdo al cuestionario basado en el DSM-V la participante no cumple actualmente con un diagnóstico para bulimia nerviosa.

#### **Participante #7**

Mujer de 23 años de edad, soltera, estudiante de medicina, recibió un diagnóstico de bulimia nerviosa a la edad de 14 años, tuvo la enfermedad durante seis años aproximadamente. La participante recibió tratamiento psicológico (terapia cognitivo-conductual y psicoanalítica) y nutricional en la Clínica Noos y fue dada de alta a sus 20 años. La participante reporta no haber tenido recaídas desde entonces. Es decir, la participante lleva tres años recuperada. De acuerdo al cuestionario basado en el DSM-V la participante no cumple actualmente con un diagnóstico para bulimia nerviosa.

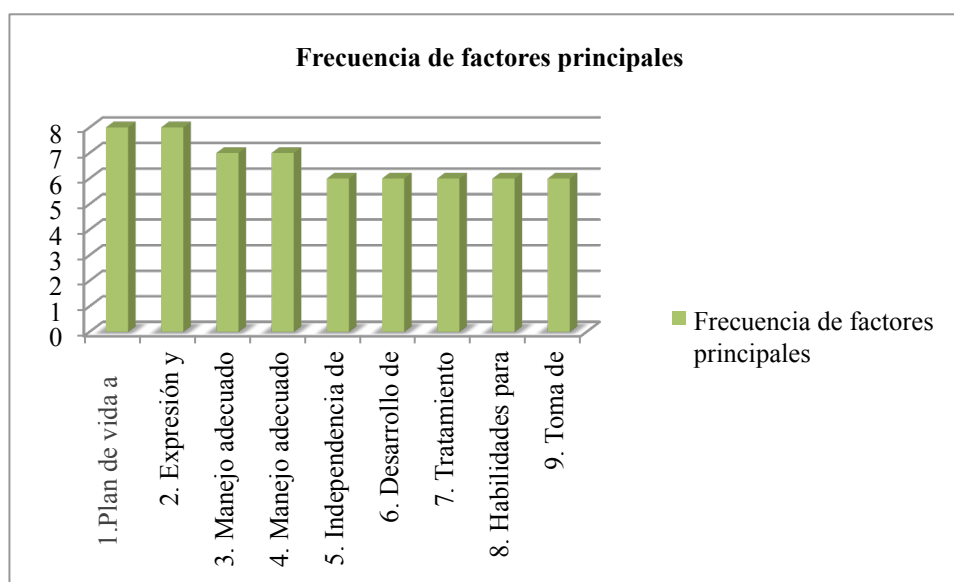
#### **Participante #8**

Hombre de 23 años de edad, soltero, estudiante de medicina en Australia, recibió un diagnóstico de bulimia nerviosa a la edad de 14 años, tuvo la enfermedad durante cuatro años aproximadamente, momento en el que fue dada de alta de la Clínica Noos donde recibió terapia cognitivo conductual, terapia familiar y tratamiento nutricional. El participante reporta no haber tenido recaídas desde entonces, por lo que lleva cinco años recuperado. De acuerdo al cuestionario basado en el DSM-V la participante no cumple actualmente con un diagnóstico para bulimia nerviosa.

## Resultados

**Tabla 2. Factores principales**

| Factores Principales                           | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1. Plan de vida a futuro                       | X  | X  | X  | X  | X  | X  | X  | X  |
| 2. Expresión y comunicación de las emociones   | X  | X  | X  | X  | X  | X  | X  | X  |
| 3. Manejo adecuado de impulsos                 | X  |    | X  | X  | X  | X  | X  | X  |
| 4. Manejo adecuado del estrés                  | X  | X  | X  | X  | X  | X  | X  |    |
| 5. Independencia de los padres                 | X  |    | X  | X  | X  |    | X  | X  |
| 6. Desarrollo de vínculo familiar              |    | X  | X  | X  | X  |    | X  | X  |
| 7. Tratamiento psicológico                     |    | X  | X  | X  | X  | X  | X  |    |
| 8. Habilidades para afrontar conflictos        | X  | X  | X  | X  |    |    | X  | X  |
| 9. Toma de conciencia de conflictos personales |    | X  | X  | X  |    | X  | X  | X  |



**Figura 1. Frecuencia de los factores principales**

A continuación se realizará el análisis de cada uno de los factores principales encontrados.

### Factores Principales.

#### 1. *Plan de vida a futuro.*

Los ocho participantes mencionaron que un plan de vida a futuro corresponde a

un factor que contribuye a la recuperación de la bulimia nerviosa. En este ámbito, los participantes se refieren a un proyecto de vida a realizarse como un plan a futuro.

Comentan que elaborar dicho plan funciona como una herramienta de motivación en cuanto a que los lleva a pensar más allá de la enfermedad. Por ejemplo, la participante uno señala: *“Un plan de vida influye porque te motiva, te motiva a salir de la bulimia, te motiva a vivir por algo” (Comunicación personal, 9 de octubre de 2014)*”. Éste también les permite contemplar las posibilidades y oportunidades de vida que se les pueden presentar al superar la enfermedad que los está reteniendo de alguna forma. El plan a futuro está relacionado con las metas de vida que proponen los participantes, quienes mencionan que enfocarse en las mismas contribuye al desprendimiento de la enfermedad y a esforzarse en el proceso de recuperación y su mantenimiento. Por ejemplo, la participante seis menciona:

*“Crear un plan de vida a futuro es fundamental para la recuperación porque en mi caso, me acuerdo que pensar en mis estudios afuera me hacían querer recuperarme más rápido y olvidarme de todo esto y si fue algo que me empujó a estabilizarme.” (Comunicación personal, 15 de octubre de 2014)*”

Si bien a algunas personas tener un plan de vida les sirvió como motivante, para otros éste representó un instrumento utilizado en el tratamiento de la enfermedad. Las personas pueden definir y llevar adelante sus proyectos de vida, debido a que han podido procesar su enfermedad y aclarado los conflictos asociados a la misma. Por ejemplo, la participante cuatro indica:

*“Creo que fue fundamental para llegar a la recuperación, porque yo antes de enfermarme ya tenía una idea talvez difusa de lo que quería hacer de mi vida futura, esas ideas existían, pero el tratamiento me permitió ordenarlas, ponerlas juntas nuevamente y caminar hacia eso.” (Comunicación personal, 12*



de octubre de 2014)

Como se ha podido observar, todos los participantes señalaron que tener un plan de vida o bien un proyecto de vida a futuro resultó ser un factor que les brindó la oportunidad de visualizarse a sí mismos en una vida libre del trastorno alimentario construida por ellos mismos a partir de sus esfuerzos por recuperarse, por lo que éste constituye un factor de éxito percibido en la recuperación de la bulimia nerviosa.

## **2. *Expresión y comunicación de las emociones.***

Los ocho participantes creyeron que la expresión y comunicación de sus emociones fueron claves para la recuperación del trastorno alimentario, debido a que ambas capacidades se encontraban afectadas o disminuidas previo y durante el curso de la enfermedad y al desarrollarse generaron una serie de consecuencias positivas sobre las relaciones interpersonales de los entrevistados y bienestar subjetivo. En este ámbito el participante ocho explicó:

*“Ahora soy bastante más expresivo. Antes cuando tenía bulimia y también antes de eso evitaba serlo. Ahora puedo abrazar a la gente sin sentirme avergonzado y reír y molestar sin pensar en que los demás pensarán de mí. A la final es así como soy, ¿verdad? [...]”* (Comunicación personal, 20 de octubre de 2014)

Por su parte, la participante dos mencionó como la expresión y la comunicación de las emociones le permitió reconstruir su relación con su familia y paralelamente recuperarse:

*“[...] mi capacidad de conversar con ellos. Porque antes más bien no les decía nada y más bien vivía como toda esta vida oculta, con mi familia era una persona y después cuando estaba sola era otra persona, pero poder como*

*hacerme una sola persona con ellos, mostrándoles este lado que era súper oscuro, súper incomprensible pero que era yo al final me ayudó demasiado en mi recuperación, fue sacarme un peso de encima.”* (Comunicación personal, 10 de octubre de 2014)

Como se describió en la revisión literaria anteriormente, la bulimia nerviosa suele ser un mecanismo por el cual se intenta comunicar y expresar emociones; sin embargo, una vez que se logran de una manera sana, se empiezan a observar mejorías en los conflictos que la enfermedad conlleva como los participantes comentan. Por ejemplo, la participante siete explicó:

*“Me parece que antes no podía hablar sobre lo que sentía, más con mi papás, era complicado, pero cuando empecé a dejar que mis emociones como que fluyan, todo fue mejorando, ósea mi relación con ellos, con otras personas cercanas y también mi estado de ánimo y todo lo que me estaba pasando en ese tiempo.”* (Comunicación personal, 17 de octubre de 2014)

### **3. Manejo adecuado de impulsos.**

Según siete de los ocho participantes, el manejo adecuado de impulsos es otro de los factores que más contribuyeron en la recuperación de bulimia nerviosa. La participante siete mencionó:

*“Mi manejo del control de los impulsos ha mejorado bastante, en la medida que ahora yo tomo mis decisiones y pienso en mi bienestar antes que cualquier cosa y satisfacer cualquier impulso que sé que me hacía mal. Puedo controlarme y eso me ayudó a superar mis problemas y a mantenerme bien.”* (Comunicación personal, 17 de octubre de 2014)

Como se conoce, la dificultad en controlar los impulsos es un elemento

característico de esta enfermedad, que propicia y mantiene varios de los comportamientos observados en la misma como son los atracones y las conductas purgativas. De igual manera, dicha dificultad viene a ser también una fuente generadora de otro tipo de conflictos en la vida de la persona que sufre de este trastorno alimentario. Frente a ello, como lo han señalado la mayor parte de los entrevistados, un buen manejo de los impulsos alivia no sólo la sintomatología mencionada, sino también mejora situaciones cotidianas y disminuye niveles de ansiedad. Por ejemplo, la participante tres explicó:

*“[...] antes era muy difícil poder parar los impulsos que me surgían de repente, pero con el tiempo me empecé a dar cuenta que podía controlarme más fácil y pensar las cosas con tranquilidad antes de hacerlas y arrepentirme después. Eso me bajaba la angustia con la que antes vivía y me permitía sentir más control en mi vida, mis problemas y sobre el trastorno.”* (Comunicación personal, 12 de octubre de 2014)

Por otro lado, la participante seis señaló:

*“[...] creo que eso, el control de mis impulsos, es fundamental, es una cosa que obviamente me ayuda a mantener mi salud y especialmente a no recaer en la bulimia, porque sé que cualquiera puede recaer si se deja llevar por sus impulsos.”* (Comunicación personal, 15 de octubre de 2014)

Ello señala la importancia que tiene manejo adecuado de impulsos también tiene en aspectos como el mantenimiento de la recuperación de la bulimia nerviosa al evitar posibles recaídas y la reincidencia de problemas relacionados a la enfermedad.

#### **4. Manejo adecuado del estrés.**

Siete de los ocho participantes señalaron que el manejo adecuado del estrés es

un factor de éxito percibido en la recuperación de bulimia. Por ejemplo, la participante uno mencionó:

*“Ya no me causo tanta ansiedad ni tanto entres, porque creo que estoy emocionalmente estable, antes con la enfermedad era imposible estar emocionalmente estable, entonces la reacción a todas las cosas era negativa y no eres dueño de tus reacciones pero ahora sí, cuando empecé a sentirme mejor vi que nada tenía la misma gravedad que antes.”* (Comunicación personal, 9 de octubre de 2014)

Asimismo, la bulimia nerviosa suele ser utilizada como una herramienta para desfogarse o aliviar el estrés, no obstante, encontrar estrategias que ayuden a manejar el estrés de manera saludable es un elemento que contribuye en el proceso de recuperación. En este ámbito, la participante cinco mencionó:

*“Antes cuando estaba enferma usaba la comida primeramente como manera de “desestresarme”. Pasaba algo y comía. Ahora no lo hago. Antes me aislaba. Ahora trato de pedir ayuda y dejé enteramente de usar a la comida o a los vómitos como “desestresantes” y fue como que empecé a sentirme diferente, mejor.”* (Comunicación personal, 13 de octubre de 2014)

De la misma manera, la participante cuatro expresó lo siguiente: *“Tenía dos formas de reaccionar anteriormente, o explotar o quedarme en silencio, ahora dependiendo de la situación tomo decisiones de qué hacer y busco espacios personales para pensar. Sé que cambiar esas reacciones me ayudó [...]”* (Comunicación personal, 12 de octubre de 2014).

##### **5. Independencia de los padres.**

En este caso, se observó que seis de los ocho participantes determinaron que el

desarrollo de independencia de los padres fue uno de los factores que también contribuyó en su recuperación. La participante cuatro señaló que: “[...] *el deseo de independizarme de mi familia me ha servido para lograr un espacio personal en casi todos los aspectos de mi vida y recuperarme*” (Comunicación personal, 12 de octubre de 2014).

La independencia de los padres de la que se habla, se refiere a la capacidad de desarrollar autonomía y madurez en los comportamientos, así como de asumir responsabilidad de los mismos. Algunos entrevistados mencionaron tener una dependencia psicológica importante de sus padres, la que no les permitía desenvolverse como individuos y el lograr una independencia de los mismos abrió paso a tanto su proceso de recuperación como el desarrollo de mejores lazos familiares. La participante uno indicó en este aspecto: “*Obviamente fueron un soporte para mí pero tal vez mi problema era de independencia, entonces al momento que me fui, me desligue de toda preocupación, de todo, de cualquier cosa. Eso también hizo que me lleve mejor con ellos*” (Comunicación personal, 9 de octubre de 2014). Este factor se encuentra íntimamente relacionado con la importancia de la individuación en el proceso de maduración del ser humano, el cual viene a ser a su vez, un proceso clave en la recuperación de la bulimia nerviosa, ya que como se señala en la revisión literaria del presente estudio, las familias de pacientes con este tipo de trastorno no suelen mantener niveles de dependencia e independencia adecuados para el desarrollo psicológico de sus miembros. Por ejemplo, la participante cinco mencionó:

*“[...] Bueno el apoyo que me dio mi familia fue bueno [...] Pero a la vez estresante, ya que sentía que me veían todo, que tenía sus miradas al momento de comer, que estaban ahí vigilándome y eso me molestaba muchísimo. Sólo me*

*gusto el apoyo, pero no me gustaba que se metan realmente, sino que me dejaran hacer las cosas por mí misma, ser más independiente.”* (Comunicación personal, 13 de octubre de 2014)

#### **6. Desarrollo de vínculo familiar.**

Seis de los ocho participantes señalaron que el desarrollo de vínculos familiares constituyó un factor de éxito en su recuperación de la enfermedad. No obstante, varios de los participantes explicaron que en un inicio, la relación con sus familias constituía un obstáculo en el proceso de recuperación. Señalaron que ello se debía al pobre conocimiento sobre el trastorno alimentario con el cual estaban tratando y su manejo, así como a los conflictos familiares presentes en ese entonces y problemas como la falta de comunicación, de confianza y de las interacciones familiares.

Los participantes que hablaron al respecto, coincidían que una vez superadas dichas trabas en las relaciones familiares, el desarrollo de vínculos entre sus miembros generaron el apoyo y herramientas necesarios para que se lleve a cabo la recuperación. Por ejemplo, la participante dos mencionó:

*“Al comienzo era súper difícil, más bien creo que era peor que mi familia esté a lado mío [...] Por otro lado ya cuando entendieron más, pude empezar a tener conversaciones súper abiertas, entonces llegó un punto en el que automáticamente las primeras personas a las que buscaba si es que sentía mucha ansiedad, eran mi hermana y mi mamá y ellas sabían que no tenían que hacer nada, solo escuchar o estar ahí [...]”* (Comunicación personal, 10 de octubre de 2014)

En este mismo ámbito, la participante siete señaló: *“Me ayudó mucho cuando mis papás empezaron a hacer terapia y se tranquilizaron las peleas que había entre*

*ellos y empecé a tener una mejor relación con ellos, especialmente con mi mamá”*

(Comunicación personal, 17 de octubre de 2014). Por otra parte, algunos participantes expresaron que los buenos vínculos familiares siempre estuvieron presentes en su caso para facilitar su recuperación, como indicó el participante ocho:

*“De forma de que con todos los cambios que yo experimentaba [...] mis papás no se hicieron problema, a la final aceptaron a la persona que era y soy.*

*Ahora puedo ser más abierto en lo que soy, más franco en lo que yo pienso y así es como mi familia me valora como persona, hijo, hermano, etc.”*

(Comunicación personal, 20 de octubre de 2014)

Es decir, sin importar el hecho de que hayan existido complicaciones previas o no en el establecimiento de vínculos familiares, éstos son esenciales en el proceso de recuperación de la bulimia nerviosa al permitir que los pacientes experimenten apoyo, cariño, seguridad y los niveles de confianza suficientes para crear las bases necesarias en las que su proceso se respaldará.

## **7. Tratamiento psicológico.**

De acuerdo a seis de los ocho participantes, el tratamiento psicológico constituye otro de los factores que contribuyen en la recuperación de la enfermedad. Frente a la pregunta “¿Qué terapia crees que te ha ayudado más durante tu tratamiento?” la participante tres respondió: “*[...] la terapia psicológica, porque he aprendido a conocerme y manejar mi vida y mejorar impulsos [...]*” (Comunicación personal, 12 de octubre de 2014). Como se puede observar, en este y varios fragmentos de diferentes entrevistas como la de la participante seis: “*[...] para mí fue genial haber hecho terapia, fue algo que cambió mi forma de pensar y de verme a mí misma y a la enfermedad, me gustó mucho y me ayudó también”*

(Comunicación personal, 15 de octubre de 2014), y la de la participante siete: *“La terapia psicológica. Ahí aprendí muchísimo, cosas que antes no me daba cuenta y que estaban ahí todo el tiempo. Fue muy útil en mi recuperación [...]”*

(Comunicación personal, 17 de octubre de 2014), se puede inferir que el tratamiento psicológico tiene un efecto sumamente importante en el proceso de recuperación que conlleva la enfermedad, debido a que le permite a las personas que presentan bulimia nerviosa, tener un espacio en el que pueden conocerse a sí mismos y a su trastorno, su funcionamiento, los porqués y consecuencias.

Adicionalmente, es un recurso valioso en la manera en que le enseña al paciente a utilizar diversas herramientas con el objetivo de desplazar la enfermedad y desarrollar mecanismos saludables que conduzcan a una recuperación y mantención de un estilo de vida sano.

#### **8. Habilidades para afrontar conflictos.**

Seis de los ocho participantes reportaron que tener habilidades para afrontar conflictos corresponden a un factor de éxito en la recuperación de bulimia nerviosa. Por ejemplo, la participante dos señaló: *“Creo afronto mis conflictos de forma más tranquila, antes no tenía herramientas creo, mi herramienta era la bulimia [...] pero ya me doy ese tiempo de saber qué es lo que necesito hacer para no irme a la bulimia”* (Comunicación personal, 10 de octubre de 2014). Como también se ha observado en el caso de otros aspectos, la bulimia nerviosa suele ser utilizada como una herramienta, tal como lo indica la participantes dos, para el afrontamiento de conflictos debido a la dificultad que los pacientes con bulimia nerviosa experimentan al no tener mecanismos disponibles que puedan utilizarse en situaciones determinadas que desencadenan conflictos importantes. En este caso, la participante



tres señaló:

*“[...] puedo pensar antes de entrar en ansiedad cuando me viene un conflicto. Cuando tenía bulimia era como que no podía pensar en algo que me ayudara cuando me pasaba algo, solo actuaba para no sentir esa ansiedad. Después fui aprendiendo a afrontar mis problemas sin escapar o caer en la bulimia.”*

(Comunicación personal, 12 de octubre de 2014)

Por su parte, la participante siete mencionó lo siguiente:

*“Estoy más tranquila, pienso antes de actuar. Antes de recuperarme me ahogaba en un vaso de agua y cuando lo conseguí sentí que ningún problema era tan grande como parecía y dejé de estresarme tanto como antes. Comencé a tomar las cosas con calma y fue algo bueno.”* (Comunicación personal, 17 de octubre de 2014)

Como se puede concluir a partir de la respuesta extraída de la séptima entrevista, aprender habilidades para afrontar conflictos tiene un efecto positivo sobre la recuperación del trastorno alimentario, ya que permite que la persona utilice diferentes caminos o métodos para enfrentarse a una situación problemática, sin que la ansiedad y otras emociones fuertes se apoderen de la persona y faciliten el uso de herramientas inapropiadas como lo son las conductas asociadas a la bulimia nerviosa.

#### **9. Toma de conciencia de conflictos personales.**

Según el criterio de seis de los ocho participantes, uno de los factores que contribuyeron en su recuperación de la bulimia nerviosa fue la toma de conciencia de conflictos personales. Al hablar de este aspecto, los participantes se refieren a darse cuenta de los problemas subyacentes en cada persona, problemas que afectan a cada persona en su día a día en diferente medida y que no tienen necesariamente una relación con la bulimia nerviosa. La participantes dos mencionó en este ámbito:

*“Creo que con la bulimia aprendí algunos problemas que no sabía que tenía, las cosas tienen que ser súper prácticas en la vida, si uno necesita algo tiene que decir y pedir, si es que te parece que te están invadiendo tienes que decir no y poner límites, yo no hacía eso en ese entonces y darme cuenta de eso me ayudó muchísimo y ahora si le doy más preferencia a mi área personal [...]”*

(Comunicación personal, 10 de octubre de 2014)

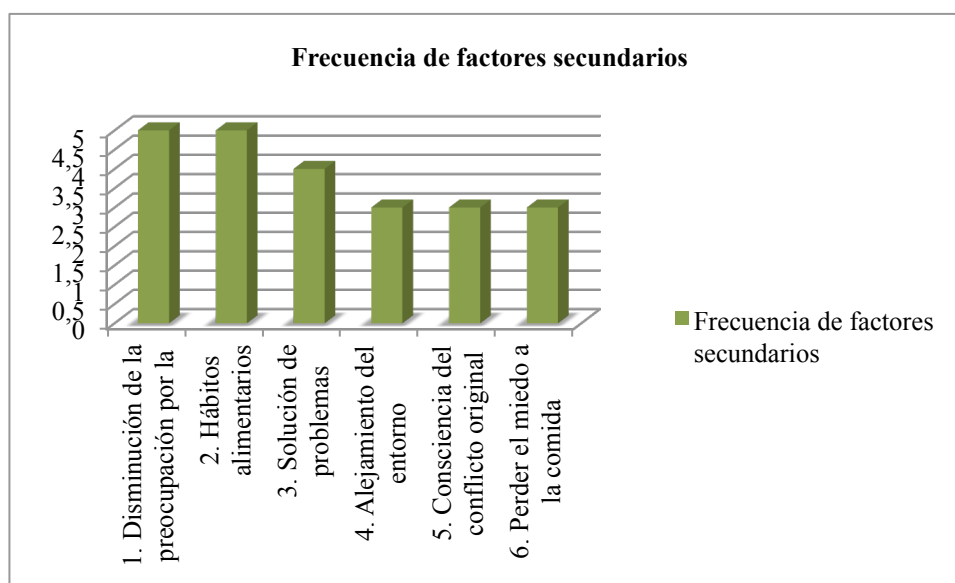
Asimismo, la participante tres señaló: *“Como a los seis meses de tratamiento [...] empecé a resolver los problemas que me rondaban como lo de mi mamá y que me tenían tan angustiada. Todo eso me ayudó en mi recuperación”* (Comunicación personal, 12 de octubre de 2014); y la participante cuatro mencionó:

*“Me parece que uno de los problemas que tenía era la autocrítica que antes era un elemento del perfeccionismo bastante exacerbado en mí, pero que después de tratar de resolverlo se ha ido transformando en una capacidad para auto-examinarme pero sin juzgarme y de esa manera conocer mejor mis emociones, estado de ánimo, alegrías y tristezas.”* (Comunicación personal, 12 de octubre de 2014)

Darse cuenta de dichos conflictos personales, permitió a los participantes enfocarse por entero en el trabajo de recuperación, así como también conocerse a sí mismos y pulir aspectos de sus vidas con los que no se encontraban satisfechos y generaban un malestar psíquico importante que los hacía aún más vulnerables a la bulimia nerviosa.

**Tabla 3. Factores secundarios**

| Factores Secundarios   | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1. Disminución de la preocupación por la forma y peso corporal | X  |    |    |    | X  | X  | X  | X  |
| 2. Hábitos alimentarios saludables                             | X  | X  | X  | X  |    | X  |    |    |
| 3. Solución de problemas familiares                            |    | X  | X  |    |    | X  | X  |    |
| 4. Alejamiento del entorno                                     | X  |    |    |    |    | X  | X  |    |
| 5. Consciencia del conflicto original                          |    |    |    | X  |    | X  | X  |    |
| 6. Perder el miedo a la comida                                 |    | X  | X  | X  |    |    |    |    |

**Figura 2. Frecuencia de los factores secundarios**

A continuación se realizará el análisis de cada uno de los factores secundarios encontrados.

### **Factores Secundarios.**

#### ***1. Disminución de la preocupación por la forma y peso corporal.***

Cinco de los ocho participantes determinaron que la disminución de la preocupación por la forma y peso corporal corresponde a un factor que contribuye a la recuperación de la bulimia nerviosa. La participante cinco mencionó: “[...] desde que empecé a sentir que me recuperaba subí de peso, bueno diría que estoy en mi

*peso ideal, me mantengo, me veo bien y dejé de preocuparme tanto la verdad, me da cuenta que el peso no te define y no es algo por lo que vale la pena dañarse a uno mismo”* (Comunicación personal, 13 de octubre de 2014).

Fue fundamental para algunos participantes tomar conciencia de que el peso y la forma del cuerpo no eran prioridades como en algún momento lo sintieron para poder encaminarse hacia su recuperación. La participante seis indicó: “[...] *todo cambió, los primeros años de recuperación tenía que luchar por verme bien, saber que así como estaba, estaba bien, estaba divina y una vez que lo acepté todo cambió para bien*” (Comunicación personal, 15 de octubre de 2014). Asimismo, la participante siete señaló: “[...] *al hacer deporte mi cuerpo ha cambiado aunque conservo mi mismo peso, pero paré de estresarme tanto por eso, ósea es algo que aprendí a aceptar, a querer y no darle tanta importancia como le daba*” (Comunicación personal, 17 de octubre de 2014).

Dichos comentarios indican como la disminución de uno de los temas centrales de la bulimia nerviosa y otros trastornos alimentarios como lo es la preocupación por la forma y el peso corporal tuvieron un efecto en el proceso de recuperación de los participantes, permitiéndoles preocuparse por aspectos verdaderamente esenciales como su salud y bienestar físico y psicológico.

## **2. Hábitos alimentarios saludables.**

Cinco de los ocho participantes informaron que el desarrollo de hábitos alimentarios saludables contribuyeron a su recuperación. Por ejemplo, la participante uno mencionó:

*“Con la rutina es difícil tener buenos hábitos, pero dejé de llevar hábitos tan como restringidos o tan obsesivos [...] si empecé a tratar de comer full frutas,*

*verduras, de cuidarme en lo más que pueda, ósea empecé a tratar de comer cosas saludables pero ya no como una obsesión.”* (Comunicación personal, 9 de octubre de 2014)

Al hablar de hábitos alimentarios saludables, los participantes se refieren a la organización de las comidas, así como al consumo de alimentos sanos y nutritivos. Adicionalmente, recalcan la importancia de no realizar dietas o restringirse de ninguna manera. Dentro de ello, la participante dos indicó lo siguiente:

*“Me dediqué a cuidar un montón de no tener hambre en el día, de no saltarme las comidas, de recibir alimentación suficiente para que por lo menos biológicamente no tenga ansiedad y supe que debía alimentarme para estar nutrida [...]”* (Comunicación personal, 10 de octubre de 2014)

Por lo que algunos participantes mencionan, los hábitos alimentarios saludables que adquirieron para recuperarse están también relacionados a un tratamiento nutricional. Por ejemplo, la participante tres menciona: *“[...] trate de mantener horarios y seguir un plan nutricional que me dio la nutricionista. Eso me ayudó a no descuidarme y saber que si quiero continuar bien debo manejarme dentro de hábitos saludables toda la vida.”* (Comunicación personal, 12 de octubre de 2014)

De acuerdo a Castillo (2014), los hábitos alimentarios saludables permitieron a los participantes construir una relación sana con la comida a la vez que ayudaron a controlar la ansiedad por comer y modificaron los patrones cognitivos en relación al alimento. Asimismo, el establecer nuevos hábitos saludables contribuyó a la eliminación de los viejos hábitos que se habían establecido con el trastorno alimentario.

### 3. *Solución de problemas familiares.*

Cuatro de los ocho participantes mencionaron que la solución de problemas familiares fue importante durante su recuperación. La participante siete mencionó: *“Tenía muchos problemas en mi casa con mis padres y también para comunicarme y hablar sobre lo que me pasaba, cuando entré a terapia y empezamos a resolver todo, sentí que desde ese punto solo podía empezar a mejorar”* (Comunicación personal, 17 de octubre de 2014).

De acuerdo a Castillo (2014), la solución de problemas familiares les permitió a los participantes mejorar los vínculos afectivos, emocionales y de comunicación dentro de la familia, así como también dio lugar a la comprensión de los problemas y conflictos del otro. *“La enfermedad a veces es tan fuerte que la persona sólo se puede ver a sí mismo”*, señaló Castillo (2014), por lo que prima la importancia de desarrollar la capacidad de ver y entender al otro para poder solucionar cualquier clase de conflicto.

Por su parte, la participante seis señaló: *“Yo tenía mucho roce con mi mamá pero creo que mientras estuve en tratamiento pude limar asperezas con mi mamá y si fue de gran ayuda para mí, porque luego se convirtió en un apoyo para mi recuperación”* (Comunicación personal, 15 de octubre de 2014). Asimismo, la participante tres comentó: *“[...] y el apoyo de mis papás, especialmente el de mi mamá, fueron las cosas más importantes que recuerdo que me ayudaron, claro, una vez que pudimos solucionar todos los resentimientos y los problemas que estaban afectando nuestra relación”* (Comunicación personal, 12 de octubre de 2014).

Como se puede observar, los problemas señalados solían estar asociados con la madre, frente a lo que Castillo (2014) indicó que suele ser común encontrar en casos de bulimia nerviosa una falta de aceptación inconsciente de la madre por el hijo, así

como niveles de rechazo muy altos, por lo que muchas veces los vínculos que se establecen tienen un carácter compensatorio, es decir, la madre desarrolla una sobreprotección compensando el rechazo inconsciente.

Solucionar este tipo de conflictos está relacionado directamente con uno de los factores principales mencionados anteriormente, el desarrollo del vínculo familiar.

#### **4. Alejamiento del entorno.**

Tres de los ocho participantes reportaron que el alejamiento de su entorno sea por viajes o mudanzas, es un factor que los ayudó en la recuperación de la bulimia nerviosa. La participante seis mencionó: “[...] *me fui del país, me fui a estudiar a Italia y la verdad me sirvió mucho para crecer como persona y dejar atrás muchos de los problemas que tenía en casa y conmigo misma [...]*” (Comunicación personal, 15 de octubre de 2014).

Como se puede ver, este factor está relacionado con alejarse físicamente de ambientes problemáticos como por ejemplo, el familiar, en el caso de personas que experimentaban conflictos en esa área. La participante uno señaló:

*“[...] yo me gradué del colegio y me fui de viaje, me fui como tres meses, también fue como que logré una independencia de mis papás y salir del mismo medio y salir de todo, eso fue lo que en realidad me motivó a olvidarme del trastorno [...] al momento que me fui solo deje todo ese peso atrás, si fueron un soporte, pero me ayudo más la descarga de mi familia.”* (Comunicación personal, 9 de octubre de 2014)

Por otro lado, un alejamiento permite que la persona se independice y se haga responsable de sí misma, los cuales son aspectos claves en el proceso de recuperación de la bulimia nerviosa. En este ámbito la participante siete señaló:

*“Cuando me mudé a otra casa sentí que no tenía la presión de mis padres y mi familia [...]”* (Comunicación personal, 17 de octubre de 2014). El alejamiento del entorno es un factor que facilitó la individuación y favoreció los niveles de autonomía de los participantes, así como también un espacio en el pudieron procesar la enfermedad y conflictos asociados.

### **5. Consciencia del conflicto original.**

De acuerdo a tres de los ocho participantes, tener consciencia del conflicto original ayuda en el proceso de recuperación de la bulimia nerviosa, por ejemplo, la participante cuatro señaló:

*“Me di cuenta que necesitaba un trabajo interior profundo y un cambio de los hábitos y conductas anteriores por unos nuevos, es decir, mi problema no era tanto la bulimia, sino lo que pasaba dentro de mi e hizo que aparezca.”*

(Comunicación personal, 12 de octubre de 2014)

Al hablar del conflicto original los participantes no se refieren a factores disparadores de la enfermedad, sino más bien a uno o a un conjunto de conflictos primitivos que probablemente pudo o pudieron haberse desarrollado en los primeros años de vida de la persona sentando las bases para el trastorno alimentario, el que inició años más tarde por medio de un disparador. En este ámbito, la participante seis mencionó:

*“[...] creo que un “breaking point” de que empecé a mejorar fue cuando realmente tomé consciencia de que era una enfermedad, que era un mecanismo [...] me di cuenta que el problema no era mi peso, no era el desorden, era lo que llevaba adentro, un montón de inseguridades, el divorcio de mis papas, cuando me di cuenta que el desorden me estaba arruinando y que no era eso lo*



*que realmente me pasaba ahí supe que tenía que dejarlo, como que entendí, entre en un estado de conciencia súper alto y entre en un estado de conciencia en el que sabía que mi mente me estaba jugando [...]”* (Comunicación personal, 15 de octubre de 2014)

Asimismo, la participante siete indicó: *“[...] empecé a aprender sobre mi misma y sobre lo que realmente me estaba pasando y quería cubrir con la bulimia [...]”* (Comunicación personal, 17 de octubre de 2014).

Para ciertos participantes identificar y reconocer el conflicto a partir del que se originó la enfermedad fue fundamental, ya que trabajaron terapéuticamente desde la raíz del problema y no únicamente sobre los síntomas observables de la bulimia nerviosa.

#### **6. Perder el miedo a la comida.**

Tres de los ocho participantes señalaron que haber perdido el miedo a la comida o a comer les ayudó a su recuperación. La participante dos mencionó:

*“[...] ya no le tengo miedo a comer como tenía antes, cualquier cosita al frente mío era como un peligro para mí, como una amenaza y por otro lado como que antes sentía inseguridad cuando tenía hambre, después empecé a sentir que es normal y dejé de tenerle miedo al tener hambre y además ahora siento que puedo sentir cuando estoy satisfecha, ya comí y se acabó antes era como que comí y me quedaba con ansiedad porque se acabó.”* (Comunicación personal, 10 de octubre de 2014)

La participante tres comentó:

*“Como a los seis meses de tratamiento empecé a controlar los impulsos de vomitar, a mejorar la relación con mi mamá, me dejó de perseguir el miedo a*

*la comida y empecé a resolver los problemas que me rondaban como lo de mi mamá y que me tenían tan angustiada. Todo eso me ayudó en mi recuperación.”* (Comunicación personal, 12 de octubre de 2014)

En este mismo ámbito, la participante cuatro indicó: “[...] *cuando perdí el miedo a la comida y empecé a reconocer cuales eran las motivaciones reales que me llevaban a tener esas conductas.*” (Comunicación personal, 12 de octubre de 2014)

Según Castillo (2014), las personas con bulimia nerviosa desarrollan dicho miedo debido a que no pueden parar de comer una vez que inician y no pueden controlar la ansiedad que les produce el no poder parar. Asimismo, crean una connotación negativa hacia ciertos alimentos, los que empiezan a considerar como malos. Este tipo de alimentos son vividos como algo tóxico, ya que los ansían comer, pero una vez que lo ingirieron se convirtió en “veneno”. Castillo (2014), finalmente señala que como un paso importante para alcanzar la recuperación, los participantes debieron aprender de alguna manera que todos los alimentos son buenos dependiendo del uso y manejo que les den, de forma que pierdan el miedo que antes los dominaba, así como las connotaciones negativas.

### **Importancia del estudio**

Potencialmente este estudio podría contribuir a que las personas que han sido diagnosticadas en algún momento de sus vidas con bulimia nerviosa y los profesionales tratantes en el área, obtengan información que les permita conocer qué factores creen las personas que han padecido esta enfermedad y se han recuperado de la misma, son los que contribuyeron en su recuperación, lo que tendrá un impacto positivo en la visión de este trastorno en el área clínica y en forma en que se trata la enfermedad y los propios pacientes.

Más aún en el ámbito ecuatoriano, ya que inclusive en la actualidad, se conoce poco acerca de dicho trastorno, así como de su tratamiento y las implicaciones que éste trae a la vida del paciente que lo padece. Por otro lado, al presentarle al participante la oportunidad de compartir su criterio acerca de qué factores fueron clave en su recuperación, éste puede ver en retrospectiva su proceso y con él, los logros que consiguió a través del mismo. Paralelamente, este estudio puede dar lugar a verificar la hipótesis de la solución del problema presentada anteriormente, la que señala que el desarrollo de mejores estrategias de afrontamiento de conflictos y la resolución de situaciones traumáticas en la historia de vida son factores que fomentan la recuperación de la bulimia nerviosa de acuerdo a la percepción de los pacientes recuperados, problema que debe ser tomado en cuenta en el tratamiento de la bulimia nerviosa en el Ecuador.

### **Resumen de sesgos del autor**

Cabe tomar en cuenta que el hecho de que ésta se trate de una investigación cualitativa, trae consigo mayores probabilidades de sesgos del autor que si se tratara de otro tipo de estudio que puede ser más controlado. La utilización de una entrevista semi-estructurada realizada personalmente da lugar a que la investigadora pueda alterar la organización y estructura de dicho instrumento, así como otras de sus características de tal manera que los entrevistados pudieron haber respondido de una forma determinada, como por ejemplo, a favor de un aspecto o tema específicos. Asimismo, la interacción social que se mantuvo con cada participante, lo que pudo afectar las respuestas obtenidas, no pudo ser igual en todos los casos. Adicionalmente, el análisis de datos se encuentra sujeto a la identificación subjetiva de los factores estudiados por parte de la investigadora. No obstante, a pesar de todo ello, al basarse en una hipótesis exploratoria, existe un grado de

imparcialidad por parte de la investigadora que resulta relevante para la reducción del sesgo en este ámbito.

## CONCLUSIONES

El presente estudio arrojó que un plan de vida a futuro, la expresión y comunicación de las emociones, el manejo adecuado de impulsos, el manejo adecuado del estrés, la independencia de los padres, el desarrollo de vínculo familiar, el tratamiento psicológico, las habilidades para afrontar conflictos y la toma de conciencia de conflictos personales, así como la disminución de la preocupación por la forma y peso corporal, los hábitos alimentarios saludables, la solución de problemas familiares, el alejamiento del entorno, la consciencia del conflicto original y perder el miedo a la comida son factores de éxito percibidos en la recuperación de bulimia nerviosa. Varios de los resultados encontrados a partir de esta investigación fueron similares a los que se pueden hallar dentro de la literatura, sin embargo, algunos de ellos no son mencionados en la teoría y otros estudios similares.

Por ejemplo, tener un plan de vida a futuro es un factor que de acuerdo a esta investigación, contribuye en la recuperación de bulimia nerviosa, sin embargo, los autores en los que se basó la revisión literaria realizada no mencionan su posible aporte en la misma. A pesar de ello, algunos de los participantes que fueron entrevistados determinaron que un plan de vida a futuro es un factor que les permitió superar la enfermedad al funcionar como un incentivo y como un proyecto de vida.

Por otro lado, de acuerdo a las entrevistas contestadas, la expresión y comunicación de emociones también contribuye a la recuperación de bulimia nerviosa. En este caso, varios autores como Rausch Herscovici (1996), Costin (2007), Murphy y colaboradores (2010), entre otros, señalan que la dificultad en la expresión y comunicación de las emociones, favorecen el apareamiento y mantenimiento del trastorno, por tanto, se puede considerar que la expresión y comunicación de emociones constituye una herramienta

esencial para que pacientes de bulimia nerviosa puedan mejorar notablemente e inclusive recuperarse.

De la misma forma, por medio de la presente investigación, se halló que el manejo adecuado de impulsos es un factor de éxito percibido en la recuperación de bulimia nerviosa. Lo que coincide con autores como Barjau Romero y Guerro Prado (2003), quienes señalan la importancia que tiene el control de los impulsos en el tratamiento de personas que padecen de la enfermedad. Sin embargo, en un estudio de Keel, Mitchell y Miller (1999), no se logró determinar estadísticamente el papel que el manejo adecuado de impulsos desempeña en la recuperación de la bulimia nerviosa.

El manejo adecuado del estrés fue otro de los factores señalados por los participantes de este estudio como facilitador de su recuperación. Lo que puede asociarse con un estudio realizado por Hilbert y colaboradores (2011), el cual sostiene que las personas con bulimia nerviosa presentan un pobre manejo del estrés, por ende, se estima que un manejo adecuado del mismo lograría buenos resultados en cuanto a la prognosis de la enfermedad.

Por otro lado, los resultados encontrados arrojaron que la independencia de los padres es otro de los factores contribuyentes en la recuperación. Lo que resulta similar a lo que Guarderas (2005) y Cordella (2009) señalan. Dichos autores indican que la independencia de los padres tiene gran importancia en este ámbito al hablar de cómo la individuación es un aspecto primordial para la recuperación de la enfermedad, ya que ambos procesos van de la mano y producen un efecto positivo en los pacientes con bulimia, por lo que la literatura y las entrevistas realizadas coinciden en que dicho factor contribuye a recuperarse exitosamente de la enfermedad.

El desarrollo de vínculos familiares fue otro de los factores identificados por los participantes como contribuidores en la recuperación de la bulimia nerviosa. Dicho factor se encuentra estrechamente asociado con el apoyo familiar, siendo este último un factor

que varios autores como Besser y Moncada (2013), Guarderas (2005), Huerta González (2003), entre otros, asocian con la efectiva recuperación de bulimia nerviosa. Asimismo, este hallazgo coincide con los resultados obtenidos en estudios como el de Dodge y colaboradores (1995) que indica el impacto positivo que la terapia familiar, donde se trabajan dichos vínculos, tiene sobre la recuperación de estos pacientes. En el mismo ámbito, los resultados son similares a la teoría que Robinson, Dolhanty y Greenberg (2013), explican. Dichos autores indican la importancia que reside en la creación de vínculos más profundos entre los padres y el paciente para que éste último desarrolle habilidades emocionales que le permitan utilizar recursos diferentes a los que caracterizan los cuadros de bulimia.

Otro de los factores de éxito percibidos en la recuperación de la bulimia nerviosa señalado por los entrevistados es el tratamiento psicológico. Dentro de este ámbito una importante cantidad de autores e investigadores como Rausch Herscovici (1996), Chinchilla (2003), Huerta González (2003), Rosenvinge y Pettersen (2012), Lunn y Poulsen (2012), Fairburn (1998), Besser y Moncada (2013), etc. coinciden con este hecho al respaldar la importancia detrás de recibir tratamiento psicológico para recuperarse de la bulimia nerviosa. Se puede encontrar la misma clase de respaldo en diversos estudios que sostienen la eficacia de las terapias psicológicas en el tratamiento y la recuperación de bulimia nerviosa como los de Agras y colaboradores (2000), Paulsen y colaboradores (2014), Fairburn y colaboradores (2009), Safer y colaboradores (2001), entre otros.

Las entrevistas realizadas también arrojaron como resultados que las habilidades para afrontar conflictos son un factor que contribuye en la recuperación de bulimia nerviosa. Dicho hallazgo coincide con la literatura de Rosenvinge y Pettersen (2012), quienes indican que es primordial que una persona recuperada de bulimia nerviosa tenga la habilidad de utilizar herramientas para el afrontamiento de problemas y situaciones

problemáticas para acercarse a su recuperación.

Por otro lado, Rosenvinge y Pettersen (2012) también especifican lo importante que resulta en este ámbito que la persona que se encuentra en recuperación comprenda de forma profunda la razón por la cual su enfermedad se desarrolló, refiriéndose a la importancia que recae sobre tener consciencia del conflicto original y los conflictos personales que circundan este hecho. Lo que resulta similar a los resultados obtenidos en el presente estudio, ya que la toma de conciencia de conflictos personales y la consciencia del conflicto original son otros de los factores que efectivamente fueron denominados por los participantes como elementos que contribuyeron en su recuperación.

Más aún, los entrevistados señalaron que además de la importancia que tiene reconocer y tratar los conflictos personales, la solución de problemas familiares tiene un papel fundamental en su proceso de sanación y en el mantenimiento de su recuperación, siendo estos hallazgos similares a lo que Kally y Cumella (2008), Cordella (2009) y otros autores sostienen.

En otra instancia, la disminución de la preocupación por la forma y peso corporal es un factor que de acuerdo a los resultados obtenidos también tiene un impacto positivo sobre la recuperación de los pacientes con bulimia nerviosa. Asimismo, algunos de los participantes mencionaron que resultó de gran ayuda para ellos empezar a alimentarse con alimentos sanos y nutritivos y desarrollar hábitos alimentarios saludables. Ello resulta similar a lo que Rosenvinge y Pettersen (2012), exponen, debido a que dicha disminución de la preocupación por la forma y peso corporales es un pilar fundamental para la identificación de una persona recuperada de bulimia nerviosa, así como el desarrollo de hábitos de alimentación saludables.

Los entrevistados mencionaron que el alejamiento del entorno también contribuyó en su recuperación. Como ya se señaló, la literatura revisada indica que mucho de la



instauración de la bulimia nerviosa tiene que ver con los problemas familiares en los que el individuo se desenvuelve y debe atravesar constantemente. Si bien dicho factor no es contemplado dentro de la revisión literaria como un elemento específico que ayude a la recuperación de la enfermedad, los participantes de esta investigación sostienen que el alejamiento de un entorno problemático trae consigo consecuencias positivas y encamina al individuo hacia la recuperación de la bulimia nerviosa.

En última instancia, los resultados indicaron que perder el miedo a la comida es otro de los factores que facilita la recuperación de la bulimia nerviosa, lo que coincide con lo que Rosenvinge y Pettersen (2012), explican acerca de la importancia que tiene que un paciente de bulimia nerviosa deje de controlar áreas de su vida como la alimentación y el peso de forma tan minuciosa para dirigirse a su recuperación.

### **Respuesta(s) a la pregunta de investigación**

La pregunta de investigación buscaba responder cuáles son los factores de éxito percibidos en el proceso de recuperación de bulimia nerviosa y hasta qué punto éstos han contribuido, los resultados indicaron que existen nueve factores principales (plan de vida a futuro, expresión y comunicación de las emociones, manejo adecuado de impulsos, manejo adecuado del estrés, independencia de los padres, desarrollo de vínculo familiar, tratamiento psicológico, habilidades para afrontar conflictos y toma de conciencia de conflictos personales) y seis factores secundarios (disminución de la preocupación por la forma y peso corporal, hábitos alimentarios saludables, solución de problemas familiares, alejamiento del entorno, consciencia del conflicto original y perder el miedo a la comida) que contribuyeron a la misma.

### **Limitaciones del estudio**

Resulta importante señalar como limitación el hecho de que las entrevistas con las que se recolectaron los datos fueron grabadas en audio personalmente, lo que pudo haber cohibido la forma en que respondieron algunos de los participantes debido al contenido personal explorado que puede percibirse como sensible (Strober y colaboradores, 2000). En este mismo ámbito, no se puede tener la certeza de que los participantes respondieron las preguntas con total honestidad y transparencia. Asimismo, como Opdenakker (2006), señala, la actitud del entrevistador pudo tener un efecto sobre las respuestas dadas por los participantes.

Otra de las limitaciones de este estudio tiene que ver con que todos los participantes de la muestra utilizada para las entrevistas pertenecían a un estrato socioeconómico medio-alto, así como también eran de etnia mestiza y crecieron dentro de la cultura ecuatoriana, por lo que es probable que los resultados hallados en la investigación no puedan ser generalizados a la población de otros países, y a otras culturas y estratos socioeconómicos diferentes dentro del mismo país como sucedió con los estudios de Ying y colaboradores (2011) y Mellor y colaboradores (2008) quienes realizaron investigaciones con participantes pertenecientes a culturas y estratos socioeconómicos específicos. Por tanto, los hallazgos de la presente investigación se encuentran limitados a la población ecuatoriana de estrato socioeconómico medio-alto.

Por otro lado, debe mencionarse que si bien los resultados obtenidos por medio de las entrevistas están basados en la percepción de los participantes, algunos de los casos se remitían a una enfermedad que los participantes tuvieron hace 10 o 12 años, lo que puede traer consigo dificultades para recordar información específica y certera de acuerdo a lo que los estudios realizados por Kally y Cumella (2008), indican. Sin embargo, en este

ámbito interviene la importancia del significado que las personas le dan a sus experiencias y a su mundo subjetivo, aspectos que se desearon explorar desde un principio.

Podría decirse que otra limitación de este estudio tiene que ver con que los participantes que colaboraron con la investigación recibieron su tratamiento por bulimia nerviosa únicamente en clínicas especializadas del país como en el caso de un estudio realizado por Carroll y colaboradores (1998), quienes tomaron la muestra utilizada en su estudio únicamente de una unidad clínica especializada en la ciudad de Sydney. Sin embargo, debe indicarse que era necesario como criterio de inclusión de la muestra que dichos participantes se encuentren recuperados, por lo que únicamente se tomaron en cuenta a sujetos que hayan sido dados de alta por un profesional en el área como se dio en las clínicas especializadas de las que se tomó la muestra.

Cabe tomar en cuenta como otra de las limitaciones del presente estudio, que cada caso de bulimia explorado tuvo una duración, tratamiento y circunstancias variables que indiscutiblemente debieron tener un impacto distinto en cada recuperación (Díaz Marsá y Saíz González, 2003). Asimismo, no se investigaron formalmente la presencia de eventos traumáticos y trastornos mentales en la historia de vida de cada participante que Rorty y colaboradores (1995), mencionan como importantes en el proceso de recuperación. No obstante, los factores asociados a dichas áreas que eran considerados como relevantes por los participantes en cuanto a su recuperación, fueron mencionados en las entrevistas.

Finalmente, debe mencionarse también que en su gran mayoría la muestra utilizada estuvo constituida por el género femenino, habiendo sólo un participante del género masculino, por lo que los resultados encontrados difícilmente pueden ser generalizados a la población masculina del país con este trastorno, limitación que se ha presentado en varios estudios del tema realizados anteriormente debido a la proporción mayor de mujeres frente

a la de los hombres que presenta bulimia nerviosa (Fitzsimmons-Craft y colaboradores, 2012).

### **Recomendaciones para futuros estudios**

Se recomienda para futuras investigaciones que se tomen en cuenta las limitaciones mencionadas anteriormente y se lleven a cabo las modificaciones necesarias para que éstas no produzcan un sesgo en la investigación. Dentro de ello, se sugiere el uso de una muestra más grande y diversificada en cuanto al estrato socioeconómico, la cultura y etnias para que de esta forma los resultados hallados puedan ser generalizados a una población más grande. Asimismo, se recomienda el uso de una entrevista más estructurada para que así la recolección de datos se realice de forma estandarizada y no se dé lugar a que exista un sesgo por parte del investigador.

A su vez, se sugiere que la muestra contenga una cantidad similar de participantes hombres y mujeres para explorar las posibles diferencias entre los resultados de ambos géneros. Similarmente, podría incluirse un grupo de personas recuperadas de anorexia nerviosa para tener la posibilidad de realizar comparaciones entre los factores de recuperación entre ambos trastornos alimentarios. Por otro lado, se podría incluir dentro de la entrevista utilizada preguntas asociadas a eventos específicos de la vida de los participantes con el objetivo de conocer si dichos eventos realmente guardan relación con la aparición de la bulimia nerviosa y con su proceso de recuperación.

### **Resumen general**

La bulimia nerviosa es un trastorno alimentario cuyas primeras apariciones se remontan hace varios siglos atrás, llegando a ser reconocida como tal en 1987 por la Asociación Americana de Psiquiatría. Dicho trastorno afecta a millones de personas a nivel mundial, inclusive a un porcentaje de ecuatorianos del cuál hasta el día de hoy no se tiene

un registro formal. La etiopatogenia de la enfermedad, de acuerdo al modelo biopsicosocial, tiene una base genética, biológica, psicológica y sociocultural de las cuales aún no se tiene la certeza de si son los factores causantes de la misma o consecuencias que se desarrollan a partir de su instauración, no obstante, se observan alteraciones en las diversas áreas. Por otro lado, el tratamiento de la bulimia nerviosa debe basarse en un trabajo multidisciplinario y debe tomar en cuenta dentro del área psicológica, enfoques como el cognitivo-conductual, psicodinámico, familiar, psiquiátrico y grupal dependiendo las necesidades de cada paciente. La recuperación, por su parte, según algunos autores, se encuentra directamente relacionada con características como la edad de inicio de la enfermedad, personalidad del paciente, tratamiento, entre otros, sin embargo, para que una persona se recupere de la bulimia nerviosa resulta primordial que exista una ausencia total de síntomas. Finalmente, debe señalarse en este punto, que las recaídas suelen ser comunes durante el proceso de recuperación, índice que variará de acuerdo a la situación de cada individuo y el tratamiento utilizado.

Con el objetivo de conocer cuáles son los factores de éxito percibidos en el proceso de recuperación de bulimia nerviosa y hasta qué punto éstos han contribuido este estudio se basó en una metodología cualitativa fenomenológica exploratoria. Para ello se utilizaron una entrevista semi-estructurada y un cuestionario basado en el DSM-V, los cuales fueron aplicados a ocho participantes recuperados de bulimia nerviosa desde hace mínimo tres años.

El análisis de datos se realizó a partir del método de comparación constante del cual se obtuvieron nueve factores principales (plan de vida a futuro, independencia de los padres, desarrollo de vínculo familiar, manejo adecuado de impulsos, expresión y comunicación de las emociones, manejo adecuado del estrés, tratamiento psicológico, habilidades para afrontar conflictos y toma de conciencia de conflictos personales) y seis

factores secundarios (alejamiento del entorno, disminución de la preocupación por la forma y peso corporal, consciencia del conflicto original, hábitos alimentarios saludables, solución de problemas familiares y perder el miedo a la comida) que correspondieron a los factores de éxito percibidos en la recuperación de bulimia nerviosa.

## REFERENCIAS

- Abbot, D.W., Wonderlich, S.A. y Mitchell, J. (2001). "Treatment implications of comorbid personality disorders". En *The outpatient treatment of eating disorders: A guide for therapists, dietitians and physicians*, JE Mitchell (Ed), pp. 173-186. University of Minnesota Press, ISBN 978-0816637188, Minneapolis.
- AGN (2012, 10 de enero). "La anorexia, un trastorno sin estadísticas." *El Mercurio*.  
Obtenido el 11 de noviembre de 2014 de [http://www.elmercurio.com.ec/316681-la-anorexia-un-transtorno-sin-estadisticas/#.VGlxg\\_SsX1q](http://www.elmercurio.com.ec/316681-la-anorexia-un-transtorno-sin-estadisticas/#.VGlxg_SsX1q)
- Agras, W.S., Rossiter, E.M., Arnow, B., Schneider, J.A., Telch, C.F., Raeburn, S.D., Bruce, B., Perl, M., Koran, L.M. (1992). "Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison." *The American Journal of Psychiatry*, 149(1):82-87. Obtenido el 19 de octubre de 2014 de <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=168301>
- Agras, W.S., Walsh, T., Fairburn, C., Wilson, T. y Kraemer, E. (2000). "A Multicenter Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa." *JAMA Psychiatry Formerly Archives of General Psychiatry*, 57(5):459-466. doi:10.1001/archpsyc.57.5.459.
- Agras, W.S., Crow, S., Halmi, K., Mitchell, J., Wilson, G. y Kraemer, H. (2000). "Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study." *The american Journal of Psychiatry*, 157(8):1302-1308.  
Doi:10.1176/appi.ajp.157.8.1302
- Alderman, L. (2010, 3 de diciembre). "Treating Eating Disorders and Paying for It." *The New York Times*. p. B6. Obtenido el 05 de octubre de 2014 de [http://www.nytimes.com/2010/12/04/health/04patient.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2010/12/04/health/04patient.html?_r=0)

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Amianto, F., Bertorello, A., Marech, L., Pagnanelli, R., abbate Daga, G. y Fassino, S. (2012). "Family functioning and eating disorders." *Minerva Psichiatrica*, 53(4): 333-342. Obtenido el 26 de octubre de 2014 de <http://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-psichiatrica/article.php?cod=R17Y2012N04A0333&acquista=1>
- Amianto, F., Siccardi, S., Abbate-Daga, G., Marech, L., Barosio, M. y Fassino, S. (2012). "Does anger mediate between personality and eating symptoms in bulimia nervosa?" *Psychiatry Research*, 200: 502–512. Obtenido el 26 de octubre de 2014 de <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.036>
- Bacaltchuk, J. y Hay, P. (2003). "Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa." *Cochrane Database Syst Rev*:CD003391.
- Barjau Romero, J.M. y Guerro Prado, D. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual de la anorexia y bulimia nerviosas. En A. Chinchilla (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 222-239). Barcelona: Masson.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. Foreword by Aaron T. Beck. New York: The Guilford Press.
- Bailer, U., de Zwaan, M., Leisch, F., Strnad, A., Lennkh-Wolfsberg, C., El-Ghama, N., Hornik, K. y Kasper, S. (2004). "Guided Self-help versus Cognitive-Behavioral Group Therapy in the Treatment of Bulimia Nervosa." *International Journal of Eating Disorders*, 35(4): 522–537. Doi: 10.1002/eat.20003.



- Besser, M. C., y Moncada, L. (2013). "Proceso Psicoterapéutico Desde la Perspectiva de Terapeutas que Tratan Trastornos Alimentarios: Un Estudio Cualitativo." *Psyke*, 22; 1: 69-82, doi:10.7764/psyke.2013.22.08
- Bulik, C., Klump, K., Thornton, L., Kaplan, A., Devlin, B., Fichter, M., Halmi, K., Strober, M., Woodside, D., Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Mauri, M., Cassano, G., Keel, P., Berretini, W. y Kaye, W. (2004). "Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders. A multicenter study." *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7): 1000-1006. Doi: 10.4088/JCP.v65n0718.
- Brennan, M., Emmerling, M. y Whelton, W. (2014). "Emotion-focused group therapy: Addressing self-criticism in the treatment of eating disorders." *Counselling and Psychotherapy Research*. Doi: 10.1080/14733145.2014.914549
- Calam, R. y Waller, G. (1998). "Are eating and psychosocial characteristics in early teenage years useful predictors of eating characteristics in early adulthood? A 7-year longitudinal study." *International Journal of Eating Disorders*, 24(4): 351-362. Doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199812)24:4<351::AID-EAT2>3.0.CO;2-1
- Carroll, J., Touyz, S. y Beumont, P. (1998). "Specific comorbidity between bulimia nervosa and personality disorders." *International Journal of Eating Disorders*, 19(2): 159-170. Doi: 10.1002/(SICI)1098-108x(199603)19:2<159::AD-EAT>3.0.00i2-M.
- Castillo, M.C. (Noviembre de 2014). Doctora en Psicología Clínica. (F. Barriga, Entrevistador) Quito, Pichincha, Ecuador.
- Charmaz A. (2003). Grounded Theory: Objectivist and constructivist methods. En N. Denzin y Y. Lincoln (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry*, (pp. 249-292). U.S.A: SAGE Publications, Inc.
- Chinchilla, A. (2003). Anorexia y bulimia nerviosa: revisión histórica. En A. Chinchilla (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 1-15). Barcelona: Masson.

- Chinchilla, A. (2003). Anorexia y bulimias nerviosas: sintomatología clínica, diagnóstico, diagnóstico diferencial, pronóstico y criterios de ingreso. En A. Chinchilla (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 53-107). Barcelona: Masson.
- Chinchilla, A. (2003). Bulimia nerviosa. En A. Chinchilla (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 107-129). Barcelona: Masson.
- Cooper, Z. y Fairburn, C. (2009). "The evolution of enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: learning from treatment nonresponse." *Cognitive and behavioral practice*. Doi: 10.1016/j.cbpra.2010.07.007.
- Cordella, P. (2009). "El tratamiento en los trastornos de alimentación", *Revista Gaceta de Psiquitría Univesitaria*, 5; 4: 453-457.
- Costin, C. (2007). *The Eating Disorder Sourcebook. A comprehensive guide to the causes, treatment, and prevention of eating disorders*. 3rd Ed. U.S.A.: The McGraw-Hill Companies.
- Creswell, John W. (1994). *Diseño de investigación. Aproximaciones cualitativas y cuantitativas*. Great Britain: SAGE Publications Ltd.
- Crow, S. y Mitchell, J. (2001). Pharmacotherapy. En J. Mitchell (Ed.), *The Outpatient Treatment of Eating Disorders. A guide for therapists, dietitians and physicians*. U.S.A.: University of Minnesota Press
- Crow, S., Peterson, C., Swanson, S., Raymond, N., Specker, S., Eckert, D. y Mitchell, J. (2009). "Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders." *The American Journal of Psychiatry*., 166(12): 1342-1346. Doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09020247
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2003). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. En N. Denzin y Y. Lincoln (Eds.), *Collecting and interpreting qualitative materials*, (pp. 1-47). U.S.A: SAGE Publications, Inc.

- Díaz Marsá, A., Carrasco, J. y Saíz González, D. (2000). "A study of temperament and personality in anorexia nervosa and bulimia nervosa." *Journal of Personality Disorders*, 14(4): 352-359. Doi: 10.1521/ped.2.14.4.352.
- Díaz Marsá, A. y Saíz González, D. (2003). Aspectos neurobiológicos de los trastornos de la conducta alimentaria. En A. Chinchilla (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 37-53). Barcelona: Masson.
- Dixon, K. y Kiecolt-Glaser, J. (1984). "Group therapy for bulimia." *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*, 6(2): 156-170. Obtenido el 20 de octubre de 2014 de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1985-23199-001>
- Dodge, E., Hodes, M., Eisler, I. y Dares, C. (1995). Family therapy for bulimia nervosa in adolescents: an exploratory study. *Journal of Family Therapy*, 17: 159-77. Obtenido el 15 de octubre de 2014 de: <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1467-6427.1995.tb00004.x/asset/j.1467-6427.1995.tb00004.x.pdf?v=1&t=i1d41nn1&s=3a49b48e4d65ddff79c6ef57802bfd3e07c479c7&>
- "Eating Disorders". (2014). *National Institute of Mental Health*. Obtenido el 9 de julio de 2014 de <http://oyc.yale.edu/sites/default/files/EatingDisorders.pdf>
- Eating Disorders Glossary. (2009). *Recovery*. Obtenido el 12 de septiembre de 2014 de <http://glossary.feast-ed.org/5-psychology-and-therapies/recovery>
- Eating Disorders Glossary. (2009). *Trigger*. Obtenido el 12 de septiembre de 2014 de <http://glossary.feast-ed.org/5-psychology-and-therapies/triggers>
- Erol, A., Yacivi, F. y Toprak, G. (2007). "Family functioning of patients with an eating disorder compared with that of patients with obsessive compulsive disorder." *Comprehensive Psychiatry* 48: 47 – 50. Obtenido el 23 de octubre de 2014 de

<http://www.genderbias.net/docs/resources/guideline/Family%20functioning%20of%20patients%20with%20an%20eating%20disorder%20compared%20with%20that.pdf>

Fairburn, C. (1998). La superación de los atracones de comida. Barcelona: Paidós.

Fairburn, C. y Harrison, P. (2003). "Eating Disorders." *The Lancet*, 361: 407-416.

Obtenido el 11 de septiembre de 2014 de:

[http://ac.els-cdn.com/S0140673603123781/1-s2.0-S0140673603123781-main.pdf?\\_tid=6f850276-2af0-11e4-8d0d-00000aab0f02&acdnat=1408817468\\_b4adc76950b7706fbc86d6034b03ac80](http://ac.els-cdn.com/S0140673603123781/1-s2.0-S0140673603123781-main.pdf?_tid=6f850276-2af0-11e4-8d0d-00000aab0f02&acdnat=1408817468_b4adc76950b7706fbc86d6034b03ac80)

Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., Norman, P. y O'Connor, M. (2000). "The Natural Course of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder in Young Women." *JAMA Formerly Archives of General Psychiatry*, 57(7): :659-665. Doi:10-1001/pubs.Arch Gen Psychiatry-ISSN-0003-990x-57-7-yoa9404.

Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., O'Connor, M., Bohn, K., Hawker, D., Wales, J. y Palmer, R. (2009). "Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for Patients With Eating Disorders: A Two-Site Trial With 60-Week Follow-Up." *The American Journal of Psychiatry*, 166(3):311-319. Doi:10.1176/appi.ajp.2008.08040608

Favaro, A., Tenconi, E. y Santonastaso, P. (2006). "Perinatal Factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa." *JAMA Psychiatry Formerly Archives of Psychiatry*, 63(1): 82-88. Doi: 10.1001/archpsyc.63.1.82.

Fichter, M.M, Krüger, R., Rief, W., Holland, R. y Dohne, J. (1996). "Fluvoxamine in prevention of relapse in bulimia nervosa: effects on eating-specific psychopathology." *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16(1):9-18.

- Fichter, M.M y Quadflieg, N. (2004). "Twelve-year course and outcome of bulimia nervosa." *Psychological Medicine*, 34(8): 1395-1406. Doi: 10.1017/S0033291704002673.
- Fisher, M., Schneider, M., Pegler, C. y Napolitano, B. (1991). "Eating attitudes, health-risk behaviors, self-esteem, and anxiety among adolescent females in a suburban high school." *The Journal of Adolescent Health*, 12(5):377-84.
- Fitzsimmons-Craft, E., Harney, M., Brownstone, L., Higgins, M., Bardone-Cone, A. (2012). "Examining social physique anxiety and disordered eating in college women. The roles of social comparison and body surveillance." *Appetite*, 59: 796–805. Obtenido el 11 de septiembre de 2014 de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2012.08.019>
- Fontana, A. y Frey, J. (2003). The interview: From structured questions to negotiated text. En N. Denzin y Y. Lincoln (Eds.), *Collecting and interpreting qualitative materials*, (pp. 61-107). U.S.A: SAGE Publications, Inc.
- Fornari, V., Wlodarczyk-Bisaga, K., Mathews, M., Sandberg, D., Mandel, F. y Katz, J. (1999). "Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa." *Comprehensive Psychiatry*, 40(6): 434: eh. Doi: 10.1016/S0010-440X(99)90087-1
- Garner, D., Rockert, W., Davis, R., Garner, M., Olmsted, M. y Eagle, M. (1993). "Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa." *The American Journal of Psychiatry*, 150(1):37-46. Obtenido el 26 de octubre de 2014 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8417578>
- Gibbs, G. (2007). *Analyzing Qualitative Data*. Great Britain: SAGE Publications, Ltd.
- Grange, D., Crosby, R., Rathouz, P. y Leventhal, B. (2007). "A Randomized Controlled Comparison of Family-Based Treatment and Supportive Psychotherapy for

- Adolescent Bulimia Nervosa.” *JAMA Psychiatry Formerly Archives of General Psychiatry*, 64(9): 1049-1056. doi:10.1001/archpsyc.64.9.1049.
- Grilo, C.M., Pagano, M.E., Skodol, A.E., Sanislow, C.A., McGlashan, T.H., Gunderson, J.G. y Stout, R.L. (2007). “Natural course of bulimia nervosa and of eating disorder not otherwise specified: 5-year prospective study of remissions, relapses, and the effects of personality disorder psychopathology.” *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(5): 738- 46. Obtenido el 20 de octubre de 2014 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2527481/>
- Guarderas, M. (2005). “Paquete informativo: desórdenes alimenticios.” *The Center*.
- Guerro Prado, D. y Barjau Romero, J.M. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. En A. Chinchilla (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 15-21). Barcelona: Masson.
- Halmi, K., Agras, S., Mitchell, J., Wilson, T., Crow, S., Bryson, S. y Kraemer, H. (2002). “Relapse Predictors of Patients With Bulimia Nervosa Who Achieved Abstinence Through Cognitive Behavioral Therapy.” *JAMA Psychiatry Formerly Archives of General Psychiatry*, 59(12):1105-1109. doi:10.1001/archpsyc.59.12.1105.
- Hasegawa K. (2001). “Endocrine and reproductive disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa.” *Nihon Rinsho*, 59(3):549-53. Obtenido el 26 de octubre de 2014 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11268607>
- Hay, P.P., Bacaltchuk, J., Stefano, S. y Kashyap, P. (2009). “Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing.” *The Cochrane Database of Systematic Review*, 7(4). Doi: 10.1002/14651858.CD000562.pub3.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1997). Metodología de la investigación. Colombia: Panamericana Formas e Impresos S.A.

- Herzog, D., Dorer, D., Keel, P., Selwyn, S., Ekeblad, E., Flores, A., Greenwood, D., Burwell, R. y Keller, M. (1999). "Recovery and Relapse in Anorexia and Bulimia Nervosa: A 7.5-Year Follow-up Study." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7): 829-837. Doi: 10.1097/00004583-199907000-00012.
- Herzog, D., Keller, M., Lavori, P., Kenny, E. y Sacks, N. (1992). "The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders." *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(5): 147-152.
- Hilbert, A., Vögele, C., Tuschen-Caffier, B., Hartmann, A. (2011). "Psychophysiological responses to idiosyncratic stress in bulimia nervosa and binge eating disorder." *Physiology & Behavior*, 104: 770–777. Doi:10.1016/j.physbeh.2011.07.013.
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G. y Kessler, R.C. (2007). "The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication." *Biological Psychiatry*, 61(3): 348-358. Obtenido el 10 de octubre de 2014 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1892232/>
- Huerta González, M. (2003). Tratamiento psicodinámico de los trastornos de la conducta alimentaria. En A. Chinchilla (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 239-243). Barcelona: Masson.
- Huerta González, M. (2003). Psicoterapia sistémica y de grupo en los trastornos de la conducta alimentaria. En A. Chinchilla (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 243-247). Barcelona: Masson.
- Jáuregui Lobera, I. (2009). "Cronicidad en trastornos de la conducta alimentaria." *Trastornos de la Conducta Alimentaria 10*; 1086-1100.
- Johnson, S., Maddeaux, C. y Blouin, J. (1998). "Emotionally Focused Family Therapy for Bulimia: Changing Attachment Patterns." *Psychotherapy*, 35(2): 238-247.

Obtenido el 19 de octubre de 2014 de

[http://www.relationshipinstitute.com.au/files/resources/1998p\\_](http://www.relationshipinstitute.com.au/files/resources/1998p_)

[Emotionally\\_Focused\\_Family\\_Therapy\\_for\\_Bulimia\\_Changing\\_Attachment\\_Pat-  
terns.pdf](#)

Kächel, H., Kordy, H. y Richard, M. (2001). "Therapy Amount and Outcome of Inpatient Psychodynamic Treatment of Eating Disorders in Germany: Data From a Multicenter Study." *Psychotherapy Research*, 11(3): 239-257.  
Doi:10.1080/713663982.

Kally, Z. y Cumella, E. (2008). "100 Midlelife Women with Eating Disorders: A Phenomenological Analysis of Etiology." *The Journal of General Psychology*, 135(4), 359–377.

Katzman, M., Bara-Carril, N., Rabe-Hesketh, S., Schmidt, U., Troop, N. y Treasure, J. (2010). "A Randomized Controlled Two-Stage Trial in the Treatment of Bulimia Nervosa, Comparing TCC Versus Motivational Enhancement in Phase 1 Followed by Group Versus Individual TCC in Phase 2." *Psychosomatic Medicine* 72: 1-8.  
Doi: 10.1097/PSY.0b013e3181ec5373

Kaye, W., Bulik, C., Thornton, L. Barbarion, N. y Masters, K. (2004). "Comorbidity of anxiety disorders with anorexia nervosa and bulimia nervosa." *The American Journal of Psychiatry*, 161: 2215-2221. Doi: 10.1176/appi.ajp.161.12.2215.

Kaye, W., Devlin, B., Barbarich, N., Bulik, C., Thornton, L., Bacanu, S., Fichter, M., Halmi, K., Kaplan, A., Strober, M., Woodside, D., Bergen, A., Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Mauri, M., Cassano, G., Keel, P., Plotnicov, K., Pollice, C., Klump, K., Lilienfeld, L., Ganjei, K., Quadflieg, N. y Berrettini, W. (2004). "Genetic analysis of bulimia nervosa: methods and sample description." *International Journal of Eating Disorders*, ;35(4):556-570.



- Keel, P., Dorer, D., Franko, D., Jackson, S. y Herzog, D. (2005). Postremission Predictors of Relapse in Women With Eating Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162: 2263-2268. Obtenido el 19 de octubre de 2014 de <http://psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/4027/2263.pdf>
- Keel, P., y Mitchell, J. (1997). "Outcome in bulimia nervosa." *The American Journal of Psychiatry*, 154; 3: 313-321. Obtenido el 9 de julio de 2014 de <http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3674/313.pdf>
- Keel, P., Mitchell, J., Miller, K., Davis, T. y Crow, S. (1999). "Long-term Outcome of Bulimia Nervosa." *JAMA Psychiatry Formerly Archives of General Psychiatry*, 56(1): 63-69. Doi:10.1001/archpsyc.56.1.63.
- Kirkley, B.G., Schneider, J.A., Agras, W.S. y Bachman, J.A. (1985). "Comparison of Two Group Treatments for Bulimia." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(1): 43-48. Doi:10.1037/0022-006X.53.1.43
- Kirzsmán, D. y Salgueiro, M. (2002). "El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario." Madrid: TEA.
- Klump K.L. y Culbert K.M. "Molecular genetic studies of eating disorders: Current status and future directions." *Current Directions in Psychological Science*, 16:37-41.
- Largo Gómez, R. (2003). Etiopatogenia de la bulimia nerviosa. En A. Chinchilla (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 31-37). Barcelona: Masson.
- Leombruni, P., Amianto, F., Delsedime, N., Gramaglia, C., Abbate-Daga, G., Fassino, S. (2006). "Citalopram versus fluoxetine for the treatment of patients with bulimia nervosa: A single-blind randomized controlled trial." *Advances in Therapy*, 23(3): 481-494. Doi:10.1007/BF02850170
- Lilenfeld, L., Kaye, W., Greeno, C., Merikangas, K., Plotnikov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C. y Nagy, L. (1998). "A controlled family study of anorexia

- nervosa and bulimia nervosa. Psychiatric disorders in first degree relatives and effects of proband comorbidity." *JAMA Psychiatry Formerly Archives of General Psychiatry*, 55(7): 603-610. Doi: 10.1001/archpsyc.55.7.603.
- Lothstein, L. (2012). "Group Therapy for Patients Suffering from Eating Disorders." *International Journal of Group Psychotherapy*, 62(3), 473-476. doi: 10.1521/ijgp.2012.62.3.473
- Lunn, S. y Poulsen, S. (2012). "Psychoanalytic psychotherapy for bulimia nervosa: A manualized approach." *Psychoanalytic Psychotherapy*. 26:1, 48-64. Doi: 10.1080/02668734.2011.652977
- Maier, C (2014). "Feminist-Informed Emotionally Focused Couples Therapy as Treatment for Eating Disorders." *The American Journal of Family Therapy*. Doi:10.1080/01926187.2014.956620.
- Mayakut, P. y Morehouse, R. (1994). *Beggining qualitative research. A philosophic and practical guide*. London: RoutledgeFalmer.
- Mazzeo, S., Mitchell, K., Bulik, C., Aggen, S., Kendler, K. y Neale, M. (2010). "A twin study of specific bulimia nervosa symptoms." *Psychological Medicine*, 40(7): 1203-1213. Obtenido el 07 de octubre de 2014 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2882507/#!po=2.17391>
- Mellor, D., McCabe, M., Ricciardelli, L., Merino, M. (2008). "Body dissatisfaction and body change behaviors in Chile: The role of sociocultural factors." *Body Image*, 5: 205-215. doi:10.1016/j.bodyim.2008.01.004
- Merry N., Miller, A., y Pumariega, J., (2001). "Culture and Eating Disorders: A Historical and Cross-Cultural Review." *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 64, 93-110. Doi: 10.1521/psyc.64.2.93.18621
- Medina, L. (2003). *Bulimia*. U.S.A.: Greenhaven Press.

- Mitchell, J., Halmi, K., Wilson, T., Agras, S., Kraemer, H. y Crow, S. (2002). "A randomized secondary treatment study of women with bulimia nervosa who fail to respond to TCC." *International Journal of Eating Disorders*, 32(3): 271–281.  
Doi: 10.1002/eat.10092
- Mitchell, J., Pyle, R., Eckert, E., Hatsukami, D. y Lentz, R. (2009). "Electrolyte and other physiological abnormalities in patients with bulimia." *Psychological Medicine*, 13(2): 273-278. Doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700050881>
- Monteleone, P., Zanardini, R., Tortorella, A., Gennarelli, M., Castaldo, E., Canestrelli, B. y Maj, M. (2006). "The 196G/A (val66met) polymorphism of the BDNF gene is significantly associated with binge eating behavior in women with bulimia nervosa or binge eating disorder." *Neuroscience Letters*, 406(1-2): 133-137. Doi: 10.1016/j.neulet.2006.07.040
- Murphy, R., Straeblers, S. y Fairburn, C. (2010). "Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders." *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3): 611-621.
- National Eating Disorders Association (2011). *Bulimia nervosa*. Obtenido el 12 de septiembre de 2014 de <http://www.nationaleatingdisorders.org/>
- National Eating Disorders Association (2011). *Race, Ethnicity and culture*. Obtenido el 12 de septiembre de 2014 de <http://www.nationaleatingdisorders.org/>
- Nicholls, D. y Grindrod, C. (2008). "Behavioural Eating Disorders." *Pediatrics and Child's Health*. 19:2: 60-66. Obtenido el 11 de septiembre de 2014 de: [http://ac.els-cdn.com/S1751722208002564/1-s2.0-S1751722208002564-main.pdf?\\_tid=95849220-2af0-11e4-ae36-00000aab0f6c&acdnat=1408817531\\_d2e87c0efab072c9eadc52760cb9f3ec](http://ac.els-cdn.com/S1751722208002564/1-s2.0-S1751722208002564-main.pdf?_tid=95849220-2af0-11e4-ae36-00000aab0f6c&acdnat=1408817531_d2e87c0efab072c9eadc52760cb9f3ec)

- Nichols, M. (2010). *Family Therapy: Concepts and Methods*. 9th Ed. Boston: Pearson Education, Inc.
- Noordenbos, G. (2013). *Recovery from Eating Disorders: A Guide for Clinicians and Their Clients*. John Wiley & Sons, Ltd., Publication.
- Ogawa, A., Mizuta, I., Fukunaga, T., Takeuchi, N., Honaga, E., Sugita, Y., Mikami, A., Inoue, Y. y Takeda, M. (2004). Electrogastrography abnormality in eating disorders. *Psychiatry and Clinical. Neurosciences*, 58: 300–310. Obtenido el 26 de octubre de 2014 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15149298>
- Opendakker, R. (2006). “Advantages and Disadvantages of Four Interview Techniques in Qualitative Research.” *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 7(4), Art. 11. Obtenido el 21 de noviembre de 2014 de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0604118>
- Ortuño, F. (2010). “Lecciones de psiquiatría”. España: Editorial Médica Panamericana.
- Palla, B. y Litt, I.F. (1988). “Medical complications of eating disorders in adolescents.” *Pediatrics*, 81(5):613-23. Obtenido el 26 de octubre de 2014 de [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3162764](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3162764)
- Paulsen, S., Lunn, S., Daniel, S., Folken, S., Mathiensen, B., Katznelson, H. y Fairburn, C. (2014). “A Randomized Control Trial of Psychoanalytic Psychotherapy versus Cognitive Behavioural Therapy for Bulimia Nervosa.” *The American Journal of Psychiatry*, 171(1): 109-117 doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12121511.
- Qian, J., Hu, Q., Wuan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z. y Yu, D. (2013). “Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review.” *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(4): 212–223. Doi: 10.3969/j.issn.1002-0829.2013.04.003.

- Quiroga, S. y Cryan, G. (2007). "Resultados del Inventario EDI-II en adolescentes tardías femeninas con trastornos de la alimentación. Comparación de tratamientos (Spanish)." *Fundamentos en Humanidades*, 8(16): 127-152. Obtenido el 19 de octubre de 2014 de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=e487d406-a932-409c-ae71-4220d37b9402%40sessionmgr4003&hid=4107>
- Rausch Herscovici, C. (1996). *La esclavitud de las dietas: guía para reconocer y encarar un trastorno alimenticio*. Buenos Aires: Paidós.
- Rausch Herscovici, C. y Bay, L. (2000). *Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía*. Lanús: Paidós.
- Rava, M. F. y Silber, T. (2004). "Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones." *Archivos Argentinos de Pediatría*, 102; 5: 353-363.
- Robinson, A., Dolhanty, J. y Greenberg, L. (2013). "Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders in Children and Adolescents." *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Doi: 10.1002/cpp.1861
- Rorty, M., Yager, J. y Rossotto, E. (1995). "Aspects of Childhood Physical Punishment and Family Environment Correlates in bulimia Nervosa." *Child Abuse & Neglect*, 19(6): 659-667. Obtenido el 27 de octubre de 2014 de [http://ac.els-cdn.com/0145213495000243/1-s2.0-0145213495000243-main.pdf?\\_tid=ad03dac6-5e5a-11e4-9965-00000aacb362&acdnat=1414470607\\_4beff8bddb5af84ca27e558c429cf606](http://ac.els-cdn.com/0145213495000243/1-s2.0-0145213495000243-main.pdf?_tid=ad03dac6-5e5a-11e4-9965-00000aacb362&acdnat=1414470607_4beff8bddb5af84ca27e558c429cf606)
- Rosenvinge, J. y Pettersen, G. (2012). "Towards a Comprehensive Model of Recovery." *Relevant topics in Eating Disorders*, 269-292. Obtenido el 30 de septiembre de

2014 de: <http://www.intechopen.com/books/relevant-topics-in-eating-disorders/towards-a-comprehensive-model-of-recovery>.

Safer, D., Telch, C. y Agras, S. (2001). "Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa." *The American Journal of Psychiatry*, 158(4): 632-634. Doi: 10.1176/appi.ajp.158.4.632

Sandoval, A. (2010). "Proyecto para la creación de centro de ayuda encaminada a personas con trastornos alimenticios en la ciudad de Quito." *Universidad Tecnológica Equinoccial, Facultad de Ciencias Económicas y Negocios*. 1-159. No publicado. Obtenido el 11 de noviembre de 2014 de [http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/9909/1/43593\\_1.pdf](http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/9909/1/43593_1.pdf).

Salvador, M. (2009). "El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas." *Revista de psicoterapia*, 20(80): 5-16.

Schmidt, U., Lee, S., Beecham, J., Perkins, S., Treasure, J., Yi, I., Winn, S., Robinson, P., Murphy, R., Keville, S., Johnson-Sabine, E., Jenkins, M., Frost, S., Dodge, L., Berelowitz, M. y Eisler, I. (2007). "A Randomized Control Trial of Family Therapy and Cognitive-Behavioural Therapy Guided Self Care for Adolescents with Bulimia Nervosa and Related Disorders." *The American Journal of Psychiatric Disorders*, 164(4): 512-521. Obtenido el 15 de octubre de 2014 de <http://focus.psychiatryonline.org/data/Journals/FOCUS/1840/foc00409000512.pdf>

Siegfried, N. y Chaney, J. (1996). "Bulimia nervosa in undergraduate women: Factors associated with internalization of the sociocultural standard of thinness." *Applied & Preventive Psychology*, 5:249-259. Obtenido el 27 de octubre de 2014 de <http://ac.els-cdn.com/S0962184996800163/1-s2.0-S0962184996800163->

main.pdf?\_tid=e151adf0-5edf-11e4-b245-

0000aacb362&acdnat=1414527817\_ff494e3477839dfd4e575aa17f184fe1

- Soriano, J. (2002). "Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología." *Boletín de psicología*, 75, 73-85.
- Steiger, H. y Bruce, K. (2007). "Phenotypes, endophenotypes, and genotypes in bulimia-spectrum eating disorders." *Canadian Journal of Psychiatry* 52: 220-227.
- Steinhausen, H.C. y Weber, S. (2009). "The Outcome of Bulimia Nervosa: Findings of One-Quarter Century of Research." *The American Journal of Psychiatry*, 166 (12):1331– 1341. Obtenido el 19 de octubre de 2014 de <http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3908/09aj1331.PDF>
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. y Kaye, W. (2000). "Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes." *American Journal of Psychiatry*, 157(3):393-401.
- Treasure, J. (2008). "Eating Disorders." *Psychiatryc Disorders*, 36(8): 430-435.
- Treasure, J., Claudino, A. y Zucker, N. (2010). "Eating Disorders." *The Lancet*, 375: 583–593. Doi:10.1016/S0140-6736(09)61748-7
- Trebbau López, H., Molina-Ruiz, R., Reyes Molón, L. y Díaz-Marsa, M. (2011). "Cholecystokinin in the Pathogenesis of Bulimia Nervosa." *International Journal of Clinical Medicine*, 2: 509-515. Doi:10.4236/ijcm.2011.24085
- Torres, Y., Posada, J., Mejía, R., Bareño, J., Sierra, G., Montoya, L., y Agudelo, A. (2012). "Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012." *The WHO World Mental Health Survey Consortium*. Medellín: L Vieco e Hijas Ltda.

Obtenido el 13 de julio de 2014 de

<http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios>

[/locales/CO031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf](#)

- Wade, T. D., Keski-Rahkonen A., & Hudson J. (2011). "Epidemiology of eating disorders." M. Tsuang and M. Tohen (Eds.), *Textbook in Psychiatric Epidemiology*, 3, 343-360. New York: Wiley.
- Walsh, B., Fairburn, C., Mickley, D., Sysko, R., Parides, M. (2004). "Treatment of Bulimia Nervosa in Primary Care Setting." *The American Journal of Psychiatry*, 161(3): 556-561. Doi: 10.1176/appi.ajp.161.3.556
- Weissman, M., Markowitz, J. y Klerman, G. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- White, J. (2000). "The prevention of eating disorders: a review of the research on risk factors with implications for practice." *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13(2): 76-88.
- Wijbrand Hoek, H. y Van Hoeken, D. (2003). "Review of the prevalence and incidence of eating disorders." *International Journal of Eating Disorders*, 34(4): 383-396. Doi: 10.1002/eat.10222
- Ying, W., Nasir, M., Sharrif, M. y Hazizi, A. (2011). "Direct and indirect effects of sociocultural influences on disordered eating among Malaysian male and female university students. A mediation analysis of psychological distress." *Appetite*, 56: 778– 783. Doi:10.1016/j.appet.2011.03.005.



## ANEXO A: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito**

**El Comité de Revisión Institucional de la USFQ**

**The Institutional Review Board of the USFQ**

**Formulario Consentimiento Informado**

**Título de la investigación:** “Factores percibidos de éxito que han contribuido en la recuperación de bulimia nerviosa”

**Versión y Fecha:** V3, 30 de Septiembre de 2014

**Organización del investigador:** Universidad San Francisco de Quito

**Nombre del investigador principal:** Cristina Florencia Barriga Castillo

**Números telefónicos:** 3564013, 0984515895, **dirección fija y correo electrónica del investigador principal:** Ángel Rojas, Conjunto Montepiedra Casa 13 Cumbayá, florencia.barriga@gmail.com

**Co-investigadores:** No existen

### 1. Introducción

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación sobre los “Factores percibidos de éxito que han contribuido en la recuperación de bulimia nerviosa” porque cumple con los requisitos que lo incluyen dentro del grupo de participantes que el estudio necesita para ser realizado, tales como ser mayor de edad, haber tenido un diagnóstico de bulimia nerviosa en algún momento de su vida y haberse recuperado de la misma hace mínimo 3 años.

Para participar debe usted tomarse el tiempo necesario para decidir si lo hará o no, conjuntamente con su familia y amigos. Este formulario incluye un resumen de la

información que los investigadores analizarán con usted. Si usted decide participar en el estudio, recibirá una copia de este formulario. Le invitamos a compartir sus inquietudes sobre el estudio y a hacer todas las preguntas necesarias para que cualquier duda quede clara.

## **2. ¿Por qué se está realizando este estudio de investigación?**

El estudio de investigación se está realizando con la finalidad de conocer cuáles son los factores que los participantes del mismo consideran que han contribuido al éxito de su recuperación tras haber tenido bulimia nerviosa.

## **3. ¿Este estudio tiene algún beneficio para usted y/o para la sociedad?**

Se le presenta al participante la oportunidad de compartir su criterio acerca de qué factores lo ayudaron más en su recuperación. En cuanto a la sociedad, las personas que han sido diagnosticadas con bulimia nerviosa y los profesionales tratantes pueden obtener beneficios al conocer que tipo de factores facilitan la recuperación de esta enfermedad e incorporarlos en su tratamiento.

## **4. ¿Cuántas personas participarán en el estudio?**

Para este estudio participarán 8 personas que cumplan con los requisitos de inclusión mencionados anteriormente.

## **5. ¿En qué consiste el estudio?**

El estudio consiste en que los participantes contesten una entrevista semi-estructurada realizada de forma oral creada previamente por el investigador, luego de que éste haya determinado que actualmente la persona no tenga síntomas que correspondan a bulimia nerviosa por medio de un cuestionario escrito.

## **6. ¿Cuánto tiempo durará su participación en este estudio?**

La participación en este estudio tendrá una duración de 35 minutos aproximadamente.

**7. ¿Cuáles son los riesgos para usted, como participante de este estudio?**

Algunas de las preguntas de la entrevista pueden ser sensibles y producirle incomodidad por los recuerdos que generen, sin embargo, usted puede negarse a contestar cualquier pregunta o detener la entrevista cuando lo desee.

**8. ¿La información o muestras que doy son confidenciales?**

Mantener su privacidad es importante. Aplicaremos las siguientes medidas para mantener segura la información que usted nos proporciona:

- La información tendrá un código para proteger su privacidad.
- Solo el investigador sabrá su nombre.
- Su nombre no será mencionado en las publicaciones o reportes de la investigación.
- La información será manejada de la siguiente manera: los resultados no serán entregados al sujeto participante, a menos que los solicite.
- El Comité de Bioética podrá tener acceso a los expedientes en caso de necesidad por problemas de seguridad o ética en el estudio.

**9. ¿Qué otras opciones tengo?**

Usted puede decidir NO participar en este estudio sin volver a ser contactado por el investigador.

**10. ¿Cuáles son los costos para el participante por ser parte de este estudio?**

Usted NO tendrá que pagar nada por participar.

**11. ¿Me pagarán por participar en el estudio?**

Usted no recibirá ningún pago por participar en este estudio.

**12. ¿Cuáles son mis derechos como participante de este estudio?**

Su participación en este estudio es voluntaria, es decir, usted puede decidir NO participar. Si usted decide participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento. Para hacerlo debe ponerse en contacto con los investigadores mencionados en este formulario de consentimiento informado. No habrá sanciones ni pérdida de beneficios si usted decide no participar, o decide retirarse del estudio antes de su conclusión.

**13. ¿A quién debo llamar si tengo preguntas o problemas?**

Si usted tiene alguna pregunta acerca del estudio, llame o envíe un mensaje de correo electrónico a: [florencia.barriga@gmail.com](mailto:florencia.barriga@gmail.com)

Si usted tiene preguntas sobre este formulario también puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al teléfono 02-297-1149 o por correo electrónico a: [comitebioetica@usfq.edu.ec](mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec)

**14. El consentimiento informado:**

Comprendo mi participación y los riesgos y beneficios de participar en este estudio de investigación. He tenido el tiempo suficiente para revisarlo y el lenguaje del consentimiento fue claro y comprensible. Todas mis preguntas como participante fueron contestadas. Me han entregado una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en este estudio de investigación.

Estoy de acuerdo que se grabe esta entrevista, sí ( ) no ( ).

\_\_\_\_\_

Firma del participante

\_\_\_\_\_

Fecha

Nombre del investigador que obtiene el consentimiento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del investigador

\_\_\_\_\_

Fecha

**ANEXO B: CUESTIONARIO BASADO EN EL DSM-V****Cuestionario de Bulimia Nerviosa**

(Adaptado de los criterios de Bulimia Nerviosa del DSM-V)

**Por favor responda de forma sincera a las siguientes preguntas. Encierre en un círculo su respuesta.**

1. ¿Ha experimentado atracones en repetidas ocasiones durante los últimos 3 meses? Entendiéndose por atracón: comer en un período corto de tiempo (ej.: 2 horas) una cantidad de comida mucho mayor a la que otras personas comerían en el mismo período, acompañado por una sensación de pérdida de control.

Si

No

2. Si es así, ¿alguna vez han ocurrido al menos 1 vez a la semana?

Si

No

3. ¿Ha tenido conductas compensatorias de forma repetida (como provocarse el vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos u otros fármacos, ayunar o ejercitar de forma excesiva) con la finalidad de no ganar peso durante los últimos 3 meses?

Si

No

4. Si es así, ¿alguna vez han ocurrido al menos 1 vez a la semana?

Si

No

5. ¿Usted cree que actualmente su forma de autoevaluarse está indudablemente influenciada por su peso y forma corporal?

Si

No

6. ¿Actualmente padeces de otro trastorno alimentario como por ejemplo: anorexia?

Si

No

## ANEXO C: ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

### Entrevista

1. ¿En qué consistió tu tratamiento?
2. ¿En qué momento del tratamiento te diste cuenta que algo cambiaba/mejoraba en ti?, ¿Qué estaba sucediendo?
3. ¿Qué te hizo darte cuenta que empezaron a ceder los síntomas?
4. ¿De qué manera ha cambiado tu relación con la comida?
5. Ahora que te has recuperado ¿Qué piensas acerca de cómo manejas tus hábitos alimentarios?
6. ¿Qué recurso/s personal/es has desarrollado que ayudaron al proceso de recuperación?
7. ¿Qué acontecimientos o vivencias de tu historia personal asocias con tu recuperación?
8. ¿Qué cambios has notado en tus habilidades para afrontar conflictos luego de la recuperación?
9. ¿Cómo ha cambiado el manejo de las situaciones que te causan estrés ahora en comparación a cuando iniciaste el tratamiento?
10. ¿De qué manera influyó tu familia en la recuperación?
11. ¿En qué sientes que ha cambiado la relación con tu familia?
12. ¿Qué cambios has notado en tu imagen corporal luego de tu recuperación?
13. ¿Crees que ha mejorado tu manejo del control de impulsos? ¿Cómo?
14. ¿Qué cambios notas ahora en tu capacidad de expresión de las emociones en comparación a cuando iniciaste el tratamiento?
15. ¿Qué terapia crees que te ha ayudado más durante tu tratamiento?
16. ¿Cómo continuó tu vida luego de la recuperación?
17. ¿Cómo crees que tener un plan de vida a futuro influye en la recuperación?
18. ¿Hay algo más que te gustaría comentar acerca de tu recuperación?
19. ¿Qué le recomendarías a una persona con un trastorno alimentario que está en proceso de recuperación?