



Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

Journal homepage: <http://journals.iztacala.unam.mx/>

Speeches in anorexia and bulimia nervosa: a qualitative study about the disorder experiencing

Discursos en anorexia y bulimia nerviosa: un estudio cualitativo acerca del vivenciar del trastorno

Claudia Cruzat Mandich¹, Fernanda Díaz Castrillón², Javiera Aylwin Navarro³, Andrea García Troncoso⁴, Rosa Behar Astudillo⁵, Marcelo Arancibia Meza⁶.

1 Psicóloga, Profesora Asistente de la Facultad de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile.

2 Psicóloga, Profesora Asistente de la Facultad de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile.

3 Alumna de la Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile.

4 Psicóloga, Ayudante de la Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

5 Médico Psiquiatra, Profesora Titular de la Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

6 Alumno de la Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

Abstract

Background: distinctive discursive characteristics related to the experience of an eating disorder (ED) in anorectic and bulimic patients have been observed.

Material and methods: a descriptive-analytical-qualitative design based on the Grounded Theory model was used. The sample was intentional, and 15 patients were included, 7 anorectics and 8 bulimics, according DSM-IV-TR diagnostic criteria. Data were collected by a depth interview pattern and analysed by an open codification. **Results:** differences in perception of the following categories in anorectic versus bulimic patients were detected: sickness notion (diagnostic reception), meanings associated to foods (traumatic versus pleasant experience), body conception (thinness beauty body ideal and dissociated body from the self) and self image (body dissatisfaction related to alexithymia, lack of assertiveness, perfectionism and impulsivity). **Conclusion:** although ED patients often transit from one diagnostic to another, in their speeches exist some differences related to core ED parameters.

Resumen

Introducción: se han observado características discursivas particulares en relación a la vivencia del trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en pacientes anorécticas y bulímicas. **Material y métodos:** se utilizó un diseño descriptivo-analítico cualitativo basado en el modelo de la Grounded Theory. El muestreo fue intencional, conformándose la muestra por 15 pacientes, 7 anorécticas y 8 bulímicas, según criterios del DSM-IV-TR. Se recolectaron los datos mediante el patrón de entrevista en profundidad y para su análisis una codificación abierta. **Resultados:** se detectaron diferencias en la percepción de pacientes anorécticas versus bulímicas en las siguientes categorías: noción de enfermedad (recepción del diagnóstico), significados asociados a los alimentos (experiencia traumática versus placentera), concepción de la corporalidad (ideal delgado de belleza corporal y cuerpo disociado del sí mismo) y autoimagen (insatisfacción corporal relacionada con alexitimia, falta de asertividad, perfeccionismo e impulsividad). **Conclusiones:** si bien las pacientes con TCA transitan, a menudo, desde un diagnóstico a otro, existen en sus relatos ciertas distinciones relacionadas a los parámetros nucleares de los TCA.

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Recibido: 11/02/2014
Revisado: 01/07/2014
Aceptado: 01/08/2014

Key words: Speech, Eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa.

Palabras clave: Discurso, Trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son alteraciones comportamentales relacionadas al acto de comer, a la imagen corporal y al desarrollo de la identidad, siendo afecciones estrechamente ligadas a la idolatría por la delgadez que afectan principalmente a mujeres adolescentes (Del Bosque & Caballero, 2008; Duhart, 2002), en las que el control alimentario es una fuente de identidad, proporcionando sentimientos de confianza, control y competencia (Del

Bosque & Caballero, 2008; Mallor, 2004), conjuntamente con la corporalidad relacionada al anhelo de lograr una figura determinada (Bedoya y Marín, 2010).

En el TCA, la comida y el peso corporal se convierten en ejes del pensamiento de estas jóvenes. Este último posee un fuerte significado emocional, que provoca una desconexión con las sensaciones corporales, mientras que el cuerpo es percibido como una fuente de tensión, homologando la delgadez a seguridad, perfección y felicidad, en tanto el sobrepeso es vivido con incomodidad, asco e infelicidad (Cruzat, Aspillaga, Torres, Rodríguez, Díaz & Haemmer-

li, 2010), generando por ende, insatisfacción con el propio cuerpo y temor a aumentar de peso.

El diagnóstico de los distintos subtipos de TCA es complejo, pues aunque comparten características clínicas, evolucionan con entrecruzamientos y virajes desde un cuadro a otro (Behar, 2010a; Juli, 2012). Algunos investigadores suponen que los TCA pertenecen a una sola entidad, que comparten un mismo núcleo psicopatológico, presentando variaciones sintomatológicas (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003) que indican el intento por desarrollar el sentido del sí mismo (Patching & Lawler, 2009). Juli (2012) concluye que la expresión sintomatológica y su representación dependen más bien de la estructura de la personalidad, siendo distintivo los síntomas bulímicos, configurándose así sólo una entidad. No obstante, otros autores (Birmingham, Touyz & Harbottle, 2009) señalan que no existe suficiente evidencia para plantear una causa única. Eddy, Dorer, Franko, Tahilani, Thompson-Brenner y Herzog (2008), en un seguimiento de 7 años, encontraron que las anorécticas transitan entre los distintos subtipos de anorexia nerviosa (AN) y otras hacia la bulimia nerviosa (BN), con gran probabilidad de recaer con sintomatología anoréctica, frente a las bulímicas que muestran escasa posibilidad de presentar AN, concluyendo que los subtipos de AN corresponderían sólo a fases de la patología, siendo ésta un trastorno completo independiente de la BN; aunque, por su parte, Coelho, Wilson, Winslade, Thaler, Israel y Steiger (2013) verificaron que pacientes con AN purgativa presentan más distorsiones cognitivas que mantienen e intensifican el TCA, en contraste con las restrictivas y bulímicas, lo que fundamentaría la existencia de los diferentes subtipos de TCA.

Existen rasgos discursivos distintivos entre los subtipos de AN y la BN. En este sentido, Davies, Swan, Schmidt y Tchanturia (2012), determinaron que las anorécticas presentan mayor inhibición en su expresión emocional que las bulímicas y una expresión verbal más atenuada, con menor uso de palabras positivas que el grupo control, mientras que las bulímicas son indistinguibles en relación a este criterio. Al respecto, se ha verificado que las

anorécticas y las bulímicas presentan mecanismos de supresión emocional, tales como alexitimia y falta de asertividad, en desmedro de las habilidades y el funcionamiento psicosocial, interfiriendo significativamente en el manejo de su expresión emocional (Behar, 2011a,b).

El objetivo de este estudio es comparar las manifestaciones clínicas, psicopatológicas y conductuales desde la perspectiva vivencial subjetiva de pacientes portadoras de AN y BN, considerando parámetros como noción de enfermedad, significados asociados a los alimentos, concepción de la corporalidad y autoimagen.

Método

Se aplicó un diseño descriptivo-analítico cualitativo basado en el modelo de la *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967), especialmente apropiado para acceder a los procesos subjetivos desde la perspectiva del participante. Se utilizó un muestreo intencionado con los siguientes criterios de inclusión: (a) mujeres con diagnóstico de TCA realizado por un psiquiatra y/o psicólogo según requisitos del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), (b) que hayan estado o estén en psicoterapia; (c) que se encuentren en fase de seguimiento o final de la psicoterapia. El tamaño de la muestra se basó en el criterio de saturación teórica; es decir, la recolección de información ocurre hasta que comienzan a repetirse los datos y la inclusión de nuevos participantes ya no afecta la inserción de nuevos antecedentes, por lo que no surgen nuevas categorías emergentes (Strauss & Corbin, 2002; Mella, 2003). En base a este criterio, la muestra quedó conformada por 15 pacientes chilenas voluntarias previo consentimiento informado; entre 18 y 30 años, 8 anorécticas y 7 bulímicas. La recolección de datos se efectuó mediante la entrevista en profundidad, concebida por Taylor y Bogdan (1998) como reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, para la comprensión de sus perspectivas vitales, experiencias o situaciones, según sus propias palabras, con una duración entre 90 y 120 minutos. Las pacientes fueron atendi-

das por terapeutas y equipos especializados en TCA de Santiago, Concepción y Viña del Mar. Se empleó triangulación de analistas (González, 2000), realizándose discusiones sobre los hallazgos, categorías emergentes y resultados preliminares. La modalidad de la *Grounded Theory* implica realizar una labor inductiva sobre los datos, lo que permite integrar información inesperada en categorías emergentes que surgen a partir de las respuestas de los participantes, del análisis de éstas y su posterior codificación (Strauss & Corbin, 1990; Krause, 1995). El procedimiento consistió en polarizar las entrevistas a partir de los diagnósticos diferenciales (AN-BN), con el fin de comparar los discursos y revisar sus similitudes y diferencias.

Resultados

A continuación se presentan los resultados descriptivos que comparan las narrativas de las pacientes con AN y BN respecto a su TCA, incluyendo temáticas tales como noción de enfermedad, relación con el alimento, concepción de la corporalidad y autoimagen.

Noción de enfermedad

Referida a la denuncia de síntomas que además involucran un compromiso afectivo con ellos y la paciente los integra en un estado global perturbador del sentido personal de su existencia. (Capponi, 2010). *Anorexia nerviosa*. Dos pacientes refieren que haber sido diagnosticadas con la enfermedad tuvo gran importancia, empero, señalan dificultades para reconocer el origen del trastorno y comprender lo que realmente ocurre con ellas.

“Cuando me dijo que tenía anorexia fue fuerte... no entendía en qué momento había empezado...cómo había pasado de ser algo tan normal a anorexia” (II, 57)

Otras dos pacientes informan no haber querido asumir la enfermedad al momento de recibir el diagnóstico.

“Encontraba raro que tuviera un trastorno alimenticio...una parte de mí sabía que estaba bajando de peso y que tenía conductas... yo había estudiado el tema y decía ‘sí’... ‘¡ya, bueno!’ , pero como que no entraba en m ... que no era, no sé”(VI, 45)

Los discursos de seis de las pacientes con AN indican baja consciencia de enfermedad.

“Estaba demasiado flaca, pero en el fondo me gustaba que me dijeran eso... a veces me llegaba a gustar verme enferma porque sabía que estaba bajando de peso” (II, 45)

Respecto a la purga, la mitad de las pacientes reconocieron haber recurrido a la autoinducción del vómito como control ponderal, mientras otras dos señalan nunca haber realizado dicha conducta.

Bulimia nerviosa. Tres pacientes bulímicas describen su enfermedad como una adicción fuera de su control, dando cuenta de situaciones como esconder alimentos, robar para conseguirlos, buscar lugares y horarios para provocarse el vómito y sentir alivio luego de hacerlo. Se aprecia preocupación de que otros no adviertan tales conductas, denotando vergüenza hacia dichas acciones y la posibilidad de que sean descubiertas por sus familiares.

“No sabía qué hacer... perdí el control de las cosas. Ya no manejaba nada... a lo que llegué... me sentí como una drogadicta... miraba el dinero, y por otro lado no quería devolvérselo porque era mi dinero para mis dulces...” (IV, 52)

La enfermedad es vivida como una condena que produce vergüenza, cumpliendo inicialmente la función de provocar alivio y generar un ideal de perfección, que en retrospectiva les consumió mucho tiempo y energía.

“Es una mierda que casi destruyó mi vida... que me hizo perder seis años... nunca pude estar feliz aunque yo diga que antes estaba perfecta... me destruyó la vida...” (IV,92)

Por otra parte, para cinco de las entrevistadas la enfermedad les significó obtener la atención familiar anhelada.

“Yo creo que era un llamado de auxilio... porque la verdad es que no me quería morir, pero quería que se dieran cuenta de que yo estaba mal...” (IX, 12)

En general, las bulímicas vivencian el diagnóstico del TCA como una experiencia tranquilizadora al comprender que constituye una enfermedad y que no están “locas”.

“La terapeuta me dijo: ‘tuviste una depresión no diagnosticada, que no trataron. Tus neurotransmisores se murieron, por lo tanto, te tengo que dar un remedio que los va a reconstruir; por eso tienes cambios tan bruscos de peso, de ánimo, de todo... te invito a seguir el tratamiento conmigo... ya has perdido mucho tiempo’. Fue cien por ciento efectiva...y yo dije: ‘listo’...” (XIX, 5)

Relación con el alimento

Considera los hábitos alimentarios cotidianos, incluyendo tanto las conductas de restricción alimentaria como la presencia de atracones y purgas (Behar, 2010a).

Anorexia nerviosa. Todas las pacientes describen la alimentación como el principal tema de preocupación durante la enfermedad, asociándose en uno de los casos a la propia identidad.

“Me definía más... era un problema cuando salía... era lo que más me preocupaba, el tema principal para mí” (II, 2)

Poseer el control de la ingesta alimentaria, central en estas pacientes, se relaciona con poder tomar decisiones libremente y sentir que se posee fuerza de voluntad. El alimento conlleva una connotación negativa, percibiéndose como una tortura que causa angustia y que se supedita a la experiencia previa de haber tenido sobrepeso.

“Yo creo que de verdad es un tema...para mí la comida sigue significando una tortura... yo por mí, no comería en todo el día y ojalá no me diera hambre” (XVI, 502)

Respecto a la vinculación de la comida con los antecedentes de sobrepeso, ello se entiende como una complicación que se logró vencer.

“Es algo que por mucho tiempo me provocó problemas, me venció toda mi vida... y por fin podía controlarlo... llegó el momento en que podía vencerlo... fue mi enemigo durante diez o doce años. Por primera vez pude sobreponerme, entonces eso se sentía bien” (II, 73)

Bulimia nerviosa. Dos pacientes emplean la comida como una estrategia para reemplazar, manejar y/o aplacar afectos como ansiedad y tristeza.

“ ‘Vamos a comprar un dulce o un helado para que se te pase la pena (tristeza)’, entonces el tema no se hablaba, sino que íbamos a comprar algo y me comía un dulce, un pastel, y la pena se pasaba” (III, 7).

Cuatro pacientes mencionan el acto de comer como placentero, pero que debe ser purgado para poder sentir alivio.

“Cuando vomitaba era una sensación como de sentirme bien... que había botado todo lo que había comido... así yo quería que fuera mi vida, que comiera y lo botara, y haciendo eso estaba bien” (VIII, 88).

Concepción de la corporalidad

Implica el modo en que las pacientes con TCA perciben, se imaginan, sienten y actúan respecto a su propio cuerpo (Rosen, 1995).

Anorexia nerviosa. Seis anorécticas habían presentado sobrepeso durante su infancia y/o adolescencia, sintiéndose socialmente excluidas debido a comen-

tarios negativos recibidos de pares, profesores y familiares.

“En el colegio me molestaban por el peso, porque era rellenita... a los diez años una amiga me dijo: ‘tú eres tan gorda que no te puedes mirar los pies en la ducha’, y yo todavía me los miro cuando me baño” (XVIII, 492)

“Una vez fui a un taller de teatro y la profesora, famosa en el colegio por ser fastidiosa, hizo que me presentara...y para finalizar me dice: ‘y le gusta comer bastante ¿cierto?’” (II, 29)

Durante la adolescencia, tres pacientes destacan una mayor preocupación por su cuerpo y atractivo físico, entendiendo el ser delgada como el ideal de belleza en oposición al sobrepeso.

“ ¿Por qué empezó a los quince años y no antes?’ ... Quizás porque era más adolescente y quería preocuparme más del cuerpo, ser más atractiva. A una niña gorda no la toman en cuenta...sí, mil veces más a una niña más delgada y bonita”(I, 18)

Bulimia nerviosa. En estas mujeres el cuerpo es percibido como un objeto que puede y debe ser controlado por medio de laxantes, alimentos y conductas purgativas. Existiría en ellas, necesidad de mayor control frente a la ingesta alimentaria, además de dificultades en el reconocimiento de algunas emociones o sensaciones, tales como el hambre.

“Culpa por no poder controlarme, no poder controlarme y... por no poder controlarme, de comer principalmente” (IX, 20)

Mediante las conductas purgativas, el cuerpo podría ser *“callado”* y *“calmado”*, de acuerdo al relato de una paciente bulímica. Por otra parte, el cuerpo es vivido como ajeno, objeto de burlas y de maltratos. Entre los antecedentes descritos por las pacientes, destaca la experiencia de tener sobrepeso.

“...Yo tenía sobrepeso cuando era niña. Empecé el tratamiento como a los trece años con nutricionis-

ta... ahí bajé de peso, y me empecé a involucrar más en esto de bajar de peso...” (IX, 1)

En cuanto a la adolescencia, tres pacientes describen este periodo como una etapa vital especialmente conflictiva, por implicar aumento ponderal y cambios en la forma corporal. Es entonces cuando asumir la delgadez como ideal de belleza cobra relevancia.

“Me desarrollé antes que mis otras compañeras... yo creo que ahí empezó el tema de compararme con mis pares. Mirar a mis pares y decir: “ella está flaca y yo estoy gorda, y ella puede hacer esto y yo no puedo hacer esto”, o “al muchacho que me atrae le gusta la flaca, y yo soy gorda y por eso no me toma en cuenta”... empezar a meterme en la cabeza que delgadez es sinónimo de belleza” (VIII, 50)

Autoimagen

Alude a la creencia de que partes específicas del cuerpo se asocian con cambios considerables de la silueta, o que la *“gordura”*, acrecentada en la pubertad, conducen a diversos grados de insatisfacción corporal relacionados con otras alteraciones de la silueta corporal (ej. distorsión de la imagen corporal) que han sido catalogadas como uno de los déficits básicos en los TCA (Garner, Olmstead y Polivy, 1983).

Anorexia nerviosa. El auto-concepto de estas pacientes durante la enfermedad refleja conflictos en la autoestima en la mayor parte de los casos.

“Por falta de seguridad me cuesta mucho quererme” (I, 178)

Además, tres pacientes manifiestan dificultades para afrontar adecuadamente las críticas hacia ellas.

“A veces me hacían un comentario, algo muy desagradable o me pasaban a llevar y yo no hacía nada... ahora puedo responder, no me da tanto miedo lo que piensen de mí... todavía me afecta pero en otros aspectos, ya no es lo mismo... porque antes me daba miedo enfrentar a cualquier persona, no tenía per-

sonalidad” (II, 161)

Seis pacientes se reconocen como perfeccionistas y exigentes, buscando agradar a los demás y alcanzar la excelencia. Tres de ellas señalan no querer a sí mismas; otras tres refieren ser sumisas, tímidas y dejarse llevar por su ambiente, dificultando el identificarse a sí mismas como prioridad.

“Había mucha pena, mucha angustia, me sentía muy reprimida. Sentía que tenía que ser perfecta para quien fuese... tenía mucho miedo de crecer” (XVI, 1094)

“Entendí que era demasiado autoexigente, muy perfeccionista, que volcaba todo mi control en la comida” (VI, 91)

Siete anorécticas relatan un cuadro depresivo durante la enfermedad: desánimo, irritabilidad y pensamientos obsesivos sobre el alimento. Dos pacientes indican temor a crecer y asumir la feminidad. Otras dos señalan no haber tenido claridad respecto a su identidad, es decir, dificultades para integrar e identificar las emociones, falta de claridad respecto a sus objetivos, de capacidad para planificar a largo plazo y establecer metas.

“He notado una madurez, quizás una integración más potente de mis emociones y de mí misma... antes yo tenía un caos completo de quién era. Ahora tengo bien organizado quién soy, lo que quiero, lo que no quiero, mis debilidades... antes yo pensé que no las tenía; es como que me permitió conocerme más” (VI, 92)

Cuatro pacientes anorécticas manifestaron miedo por subir de peso, entendiendo la ganancia de peso como la pérdida de un logro alcanzado con esfuerzo.

“Me costó mucho bajar de peso... porque hice un esfuerzo muy grande y sentía que con esto me lo quitaban... que todo lo que me esforcé... todo lo que sufrí después lo iba a perder” (II, 67)

Bulimia nerviosa. En este trastorno, las pacientes se

describen en relación a la incapacidad para controlar el peso corporal y buscar la perfección.

“Ser flaca (risas), ser delgada... tener buenas calificaciones, ser sobresaliente en el curso... siempre fui presidenta, tesorera o lo que fuera. Desde pequeña era la encargada del estante o de la biblioteca, siempre tenía a cargo algo, entonces yo era importante...” (IX, 86)

Discusión

A partir de los resultados obtenidos, es posible distinguir características particulares en las participantes. Respecto a la noción de enfermedad, resaltan sus diferencias en la experiencia de recibir el diagnóstico, apreciándose alivio y comprensión de la patología en las bulímicas, aunque para las anorécticas la vivencia genera confusión y dificultades para asumir el trastorno, mostrando menor consciencia de enfermedad. Adicionalmente, pese a que la patología es descrita por las bulímicas como una adicción provocadora de vergüenza, también está ligada a experiencias deseadas, como recibir mayor atención familiar, constituyéndose por tanto en ganancia secundaria. Generalmente el diagnóstico de TCA suele ser tardío debido a la tendencia a la ocultación, ya sea por falta de consciencia de enfermedad o por temor a no ser entendidas. Aquéllas que niegan la enfermedad difieren significativamente de las que la admiten y muestran puntajes dentro del rango patológico en instrumentos que evalúan cuantitativamente la sintomatología del TCA. Se estima que sólo alrededor de un tercio de todas las pacientes anorécticas buscan tratamiento, pues comúnmente, los beneficios que conlleva la enfermedad incluyen la sensación de ser protegida o cuidada, el control de sí misma, ser atractiva, evitar emociones incómodas y sentirse especial. Los costos implican pensamientos constantes respecto a la comida, sentirse sobrepasadas e impactos negativos en las relaciones interpersonales (Vandereycken, 2006 a,b). La AN es altamente valorada por la paciente y los reforzadores internos parecen jugar un papel más poderoso que los sociales, tales

como atención y orgullo por la pérdida ponderal, en el mantenimiento de la patología (Serpell, Treasure, Teasdale & Sullivan, 1999).

Los significados asociados a los alimentos también difieren entre ambos grupos. Las anorécticas se vinculan al recuerdo traumático de haber tenido sobrepeso durante la infancia y/o adolescencia, sufriendo por ello experiencias de rechazo social. Entre los acontecimientos vitales precipitantes más comúnmente vinculados al inicio de los TCA figuran, entre otros, comentarios peyorativos, desagradables y/o críticos acerca del cuerpo y dietas estrictas para adelgazar, generalmente auto-indicadas. La comida es entendida como un desafío superado gracias a su capacidad para tomar decisiones y demostrar fuerza de voluntad. En contraste, para las participantes bulímicas, se asocia a experiencias placenteras, no obstante, es una cuestión que debe eliminarse del cuerpo mediante conductas purgativas que desencadenan una sensación de alivio.

En la concepción de la corporalidad, se constatan ciertas coincidencias en los discursos de las anorécticas y bulímicas. La identificación de la adolescencia como etapa crítica en el desarrollo de la enfermedad es compartida por ambos grupos, relacionándola con cambios corporales y mayor preocupación por el atractivo físico, siendo la delgadez el ideal de belleza a alcanzar. Por otra parte, en ambos cuadros clínicos el sobrepeso es catalogado como antecedente relevante en la comprensión longitudinal del TCA. Sin embargo, pese a estas semejanzas discursivas, en las bulímicas emerge además el cuerpo como un objeto ajeno al sí mismo referido a situaciones de burlas y/o maltratos, que debe controlarse mediante conductas compensatorias.

La imagen corporal y el peso socialmente ideal lleva a las mujeres a compararse permanentemente con otras (Behar, 2010b). La obesidad se identifica con malestar e infelicidad y la delgadez con felicidad y bienestar (Esteban, 2004; Raich, 2001). La familia enseña desde muy temprano sus propios parámetros estéticos y comportamentales en torno a hábitos alimentarios, entre otros (Behar, 2010c). Se ha constatado que la comparación social de la silueta

corporal es un predictor importante de insatisfacción corporal (Heinberg & Thompson, 1992; Stormer & Thompson, 1996). Dunkley, Wertheim y Paxton (2001) hallaron que en muchachas adolescentes, la frecuencia de bromas (Levine, Smolak & Hayden, 1994; Fabian & Thompson, 1989; Paxton, Schutz & Wertheim, 1999), la percepción de la presión para ser delgada por parte de los medios, pares y padres fueron los predictores más significativos de insatisfacción corporal y de estrategias de cambios corporales (McCabe & Ricciardelli, 2001), especialmente de restricción alimentaria.

La autoimagen varía según el TCA. En las anorécticas destacan rasgos de personalidad asociados a exigencia, necesidad de control y anhelo de perfección. Paralelamente, describen actitudes de sumisión y sentimientos de inseguridad, especialmente en las relaciones interpersonales (Behar, 2010a). En las entrevistadas bulímicas, se enfatiza la percepción de incapacidad para controlar el peso corporal, y el logro de perfección (Behar, 2010d; Behar, 2011a,b). Slade y Dewey (1986) y Hamacheck (1978), establecieron que la tendencia al perfeccionismo sería un factor de riesgo para individuos portadores de algún grado de insatisfacción general, que en el caso de los TCA se focaliza esencialmente en la figura corporal, postulado comprobado por Behar (1996) y por Davis, Claridge y Fox (2000).

La insatisfacción con la propia figura parece estar consistentemente relacionada con el empeoramiento del TCA (Cooley & Toray, 2001), representa un factor de mantenimiento (Stice & Shaw, 2002) y un predictor de recaídas. Suele relacionarse con una baja autoestima, que genera la necesidad "obsesiva" de alcanzar un peso bajo a costa de una extrema delgadez (Rabe-Jablonska & Sobow, 2000; Behar, 2010b). Sack, Henniger y Lamprecht (2002), en una evaluación post tratamiento, concluyeron que la imagen corporal mejoró en todos los grupos de pacientes alimentarias, excepto en las anorécticas. No obstante, Slade y Brodie (1994) consideran que las pacientes con TCA no poseen una imagen distorsionada, fija e implacable, tal como había establecido Bruch (1962), sino por el contrario, ésta

es incierta, inestable y débil, concepto que suscita importantes implicancias terapéuticas, ya que puede aportar grandes beneficios focalizarse en el trastorno de la imagen corporal como primer objetivo de la intervención. Dada la multidimensionalidad del trastorno de la imagen corporal en estos cuadros, su tratamiento según Raich, Villarroel y Espinoza (2010) debe incluir intervenciones en todos los aspectos.

Limitaciones del estudio

A pesar de que la heterogeneidad socio-demográfica y terapéutica de la muestra dificulta el hallazgo de regularidades en las pacientes entrevistadas, ésta permite que las categorías emergentes fuesen descritas desde diferentes ángulos y ante una mayor variedad de características de las participantes. Por otra parte, al considerar diagnósticos bien delimitados de AN y BN, con el fin de polarizar y encontrar diferencias, estos pueden aparecer como patologías muy distintas, rebatiendo la idea del tránsito de un diagnóstico a otro, fenómeno que se observa con frecuencia en la casuística.

En conclusión, nuestros hallazgos nos orientan a que además de reconocer los argumentos expuestos por los modelos teóricos vigentes, es necesario considerar la importancia de continuar investigando comparativamente los significados y vivencias subjetivas de las pacientes con AN y BN, favoreciendo el desarrollo de intervenciones terapéuticas acordes a sus particularidades y requerimientos, esencialmente respecto a la noción de enfermedad, significados asociados a los alimentos, concepción de la corporalidad y autoimagen, que cursan un cuadro clínico completo, o bien, transitan a lo largo de un continuo por distintas etapas de la enfermedad.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revised. 4th Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bedoya, M. & Marín, A. (2010). Cuerpo vivido e identidad narrativa en mujeres diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 544-555.
- Behar, R. (1996). El perfeccionismo en los trastornos del hábito del comer. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 34, 257-262.
- Behar, R. (2010a). Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En R. Behar y G. Figueroa (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición* (pp. 121-147). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Behar, R. (2010b). La imagen corporal en los trastornos alimentarios: Evaluación y aspectos clínicos. En R. Behar y G. Figueroa (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición* (pp. 191-207). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Behar R. (2010c). Corporalidad, sociedad y cultura en la etiopatogenia de las patologías alimentarias. En R. Behar y G. Figueroa (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición* (pp. 75-94). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Behar, R. (2010d). Trastornos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. En: R. Behar y G. Figueroa (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición* (pp. 95-117). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Behar, R. (2011a). Emotional expression in eating disorders: alexithymia and assertiveness. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49, 338-346.
- Behar, R. (2011b). Psychosocial functioning in eating disorders: social anxiety, alexithymia and lack of assertiveness. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 1, 90-101.
- Birmingham, L., Touyz, S. & Harbottle, J. (2009). Are anorexia nervosa and bulimia nervosa separate disorders? Challenging the 'transdiagnostic' theory of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17, 2-13.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Capponi, R. (2010). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Coelho, J., Wilson, S., Winslade, A., Thaler, L., Israel, M. & Steiger, H. (2013). Over-evaluation of thoughts about food: differences across eating disorder subtypes and a preliminary examination of treatment effects. *International Journal of Eating Disorders*,

- DOI: 10.1002/eat.22207.
- Cooley, E. & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 28-36.
- Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M. & Haemmerli, C. (2010). Significados y vivencias subjetivas asociados a la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen. *Psykhé*, 19, 3-17.
- Davis, C., Claridge, G. & Fox, J. (2000). Not just a pretty face: physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 67-73.
- Davies, H., Swan, N., Schmidt, U. & Tchanturia, K. (2012). An experimental investigation of verbal expression of emotion in anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20, 476-483.
- Del Bosque, J. & Caballero, A. (2008). Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 66, 398-409.
- Duhart, F. (2002). Comedoergo sum. Reflexiones sobre la identidad cultural alimentaria. *Gazeta de Antropología*, 18: (15). Disponible en: http://digibug.ugr.es/html/10481/7403/G18_15Frederic_Duhart.pdf.
- Dunkley, T., Wertheim, E. & Paxton, S. (2001). Examination of a model of multiple sociocultural influences on adolescent girls' body dissatisfaction and dietary restraint. *Adolescence*, 36, 265-79.
- Eddy, K., Dorer, D., Franko, D., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H. & Herzog, D. (2008). Cruzamiento diagnóstico en la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa: implicaciones para el DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 11, 312-317.
- Esteban, M. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Fabian, L. & Thompson, J. (1989). Body image and eating disturbance in young females. *Journal of Eating Disorders*, 8, 63-74.
- Fairburn, C., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behavioral Research Therapy*, 41, 509-28.
- Garner, D., Olmstead, M. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- González, F. (2000). *Investigación cualitativa en psicología. Rumbos y desafíos*. México: International Thomson Editores.
- Hamacheck, D. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Heinberg, L. & Thompson, J. (1992). Social comparison: gender, target importance ratings, and relations to body image disturbance. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 7, 335-44.
- Juli, M. R. (2012). Analysis of multi instrumental assessment of eating disorders: comparison between anorexia and bulimia. *Psiquiatria Danubina*, 24, 119-124.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación. Departamento de Educación, Facultad de Humanidades, Universidad de La Serena*, 7, 19- 39.
- Levine, M., Smolak, L. & Hayden, H. (1994). The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *Journal of Early Adolescence*, 14, 471-490.
- McCabe, M. & Ricciardelli, L. (2001). Parent, peer, and media influences on body image and strategies to both increase and decrease body size among adolescent boys and girls. *Adolescence*, 36, 225-40.
- Mallor, P. (2004). Bulimia: ¿Cómo llenar un vacío existencial? Una aproximación a los trastornos de la alimentación. *Revista de Psicoterapia*, 15, 145-164.
- Mella, O. (2003). *Metodología cualitativa en ciencias sociales y educación. Orientaciones teórico-metodológicas y técnicas de investigación*. Santiago de Chile: Editorial Primus.
- Patching, J. & Lawler, J. (2009). Understanding women's experiences of developing and eating disorder and recovering: a life history approach. *Nursing Inquiry*, 16, 10-21.
- Paxton, S., Schutz, H. & Wertheim, E. (1999). Friendship cliques as peer influences on body image attitudes, dietary restraint, extreme weight loss behaviors and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 255-66.
- Rabe-Jablonska Jolanta, J. & SobowTomasz, M. (2000). The links between body dysmorphic disorder and eating disorders. *European Psychiatry*, 15, 302-5.

- Raich, R. (2001). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Raich, R., Villarroel, A. & Espinoza, P. (2010). Intervención cognitivo-conductual en la imagen corporal. En R. Behar y G. Figueroa (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición* (pp. 332-349). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Rosen, J. (1995). Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 331-343.
- Sack, M., Henniger, S. & Lamprecht, F. (2002). Changes of body image and body awareness in eating-disorder and non eating-disorder patients after inpatient-therapy. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52,64-9.
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J. & Sullivan V. (1999). Anorexia nervosa: friend or foe? A qualitative analysis of the themes expressed in letters written by anorexia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 25,177-186.
- Slade P. & Dewey M. (1986). Self report questionnaire for screening individuals at risk for developing an eating disorder. In N. Schutte and J. Malouff (Eds.). *Sourcebook of adult assessment. (Applied clinical psychology)* (pp. 299-307). New York: Plenum Press.
- Slade, P. & Brodie, D. (1994). Body image distortion and eating disorder: a reconceptualization based on recent literature. *Eating Disorders Review*, 1, 32-46.
- Stice, E. & Shaw, H. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985-93.
- Stormer, SM. & Thompson, JK. (1996). Explanations of body image disturbance: a test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison and sociocultural hypotheses. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 193-202.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. London: Sage.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Segunda Edición*. Bogotá: CONTUS-Editorial Universidad de Antioquia.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Vandereycken, W. (2006a). Denial of illness in anorexia nervosa—a conceptual review: Part 1 diagnostic significance and assessment. *European Eating Disorders Review*, 14,341-351.
- Vandereycken, W. (2006b). Denial of illness in anorexia nervosa—a conceptual review: Part 2 different forms and meanings. *European Eating Disorders Review*, 14,352-368.