

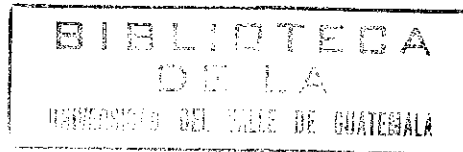
Bulimia Nerviosa: Un estudio sobre su incidencia en adultos jóvenes
universitarios entre los 17 y 26 años

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Sociales

Bulimia Nerviosa: Un estudio sobre su incidencia en adultos jóvenes
universitarios entre los 17 y 26 años

Do yeon Kim Hwang


Trabajo de investigación presentado para optar
al grado académico de Licenciatura en Psicología



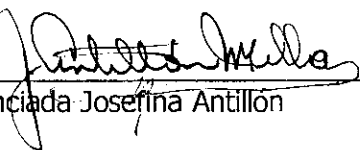
Guatemala

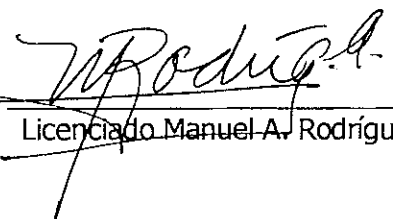
2001

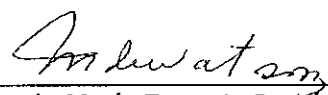
Vo. Bo.:

(f) 
Licenciado Manuel A. Rodríguez Arguello
Asesor

Tribunal:

(f) 
Licenciada Josefina Antillón

(f) 
Licenciado Manuel A. Rodríguez Arguello

(f) 
Licenciada María Eugenia Rodríguez de Watson

Fecha de aprobación: 06 de agosto, 2001

CONTENIDO

	Página
PREFACION.....	ii
LISTA DE TABLAS.....	iii
LISTA DE GRÁFICOS	iv
RESUMEN.....	v
Capítulos	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	4
A. TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN.....	4
B. LA BULIMIA NERVIOSA.....	7
1. Definición.....	8
2. Historia	10
3. Epidemiología.....	11
4. Signo y Síntomas.....	13
5. Causas de la perpetuación de la Bulimia Nerviosa.....	16
6. Personalidad.....	19
7. Consecuencias Psicológicas.....	21
8. Consecuencias Físicas.....	23
9. Familia y Bulimia Nerviosa.....	28
10. Tratamiento Farmacológico de la Bulimia Nerviosa	31
11. Tratamiento Psicológico de la Bulimia Nerviosa.....	33
12. Bulimia Nerviosa en Hombres	38

III.	MARCO METODOLÓGICO.....	43
	1. Hipótesis	43
	2. Variables	43
	3. Población y muestra	44
	4. Instrumento	45
IV.	RESULTADOS	49
V.	CONCLUSIONES	58
VI.	BIBLIOGRAFÍA	61
VII.	APÉNDICE	67
	Apéndice A	
	Criterios Diagnósticos de la Bulimia Nerviosa	
	Según el DSM IV	68
	Apéndice B	
	Complicaciones Médicas de la Bulimia Nerviosa	69
	Apéndice C	
	"Test Bulit"	70
	Apéndice D	
	Hoja de Respuestas del "Test Bulit"	74
	Apéndice E	
	Hoja de Corrección del "Test Bulit"	75

LISTA DE TABLAS

Cuadros

Tabla No. 1	
Estadística Descriptiva de los varones	52
Tabla No. 2	
Estadística Descriptiva de las mujeres	53
Tabla No. 3	
Prueba F para varianzas de dos muestras	54
Tabla No. 4	
Prueba t para muestras de varianzas desiguales	55
Tabla No. 5	
Promedio de los Factores Evaluados	56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráficos

Gráfico No. 1	
Frecuencia de las puntuaciones de los varones	50
Gráfico No. 2	
Frecuencia de las puntuaciones de las mujeres	51
Gráfico N.o 3	
Comparación de los Valores Promedio de los Factores Evaluados	57

RESUMEN

La Bulimia Nerviosa, que significa "hambre de buey", se refiere a la ingesta episódica y compulsiva de gran cantidad de alimentos, acompañada de la percepción de estar realizando una comida anormal, del temor a no poder dejar de comer voluntariamente y de sensaciones de depresión al terminar de comer. Los pacientes con Bulimia Nerviosa tienen un temor patológico a volverse obesos. Las comilonas episódicas van seguidas de la provocación del vómito, y acompañadas o no de la ingesta ulterior de laxantes (Harrison, 1998).

Según el "Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV (DSM-IV), la prevalencia de la Bulimia Nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultos es aproximadamente del 1-3%. Entre los varones la prevalencia es diez veces menor.

Ya que la falta de información sobre los trastornos de alimentación es uno de los determinantes en su prevalencia, se presenta como uno de los objetivos explicar, brevemente, lo que es un trastorno de alimentación y sus diferentes tipos. Así mismo, se desarrollará con más detalle el tema de la Bulimia Nerviosa, explicando su definición, e información importante para su comprensión.

El problema planteado para este trabajo fue encontrar la incidencia de Bulimia Nerviosa en una muestra de jóvenes adultos guatemaltecos entre 17 y 26 años de edad, y determinar si existe una diferencia significativa entre el punteo de los varones y de las mujeres.

Para realizar la medición se utilizó el "Test Bulit" desarrollada por Marcia Smiht y Markk Thelen, la cual mide síntomas de Bulimia Nerviosa. La prueba fue aplicada a un total de 234 participantes de dos diferentes universidades, quienes contestaron en forma voluntaria. Los resultados indican que este trastorno de la conducta alimenticia puede desarrollarse tanto en hombres como en mujeres. Aunque las causas por las que los individuos de ambos sexos padecen de Bulimia Nerviosa son diferentes, los síntomas y consecuencias son las mismas.

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno de la Bulimia Nerviosa es bastante estudiado e investigado. Existe mucha información al alcance de todo el público, a pesar de ello son pocos los que se interesan en conocer con certeza su origen, causas y síntomas.

El DSM-IV (1993) describe la Bulimia Nerviosa como una enfermedad que se caracteriza esencialmente en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso, además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de tres meses (DSM-IV , 1993).

Las personas que comienzan con los ciclos de atracones alimenticios y purgas como un medio de controlar su peso, frecuentemente no se dan cuenta de los riesgos que corren. Lo que podría haberles parecido la solución perfecta para el dilema dietético de desear comer, pero sin ganar peso puede convertirse rápidamente en una existencia de pesadilla, dentro de la cual se sienten desconcertados y acorralados.

El principal motivo por el que los y las bulímicas comienzan a realizar dietas radica en el mito de que la delgadez es el ideal de belleza y esto se ha constituido como un paradigma de éxito. Su difusión como máxima aspiración social lleva implícita una valoración exagerada de los aspectos físicos sobre otras cualidades y aptitudes más trascendentes y, más preocupante aún, es el hecho de que la propagación de estos modelos estéticos puede hacer estragos entre los más jóvenes.

Según Barbara French, autora del libro "La Bulimia. Salud y calidad de vida", la presión hacia la delgadez ha influido hasta ahora en mayor medida sobre las mujeres, pero durante los últimos años esta presión se está generalizando al sexo masculino. Como consecuencia de ello, los hombres también se ven envueltos en el culto al cuerpo delgado y masculino, que fomentan los diferentes medios de comunicación y que son el resultado

de muchas restricciones dietéticas y muchas horas de gimnasio. Este hecho podría hacer que en los próximos años disminuyeran las diferencias entre las proporciones de casos entre hombres y mujeres (French, 1999).

Una reciente encuesta realizada en los Estados Unidos entre 3000 personas y publicada en "Psychology Today" (citado por Saldaña, 1994) destaca que un 93 % de las mujeres y un 82 % de los varones están preocupados por la apariencia y trabajan para mejorarla. Es abrumador el número de personas que desean estar "en el cuerpo de otro". Desear una imagen perfecta o casi perfecta no implica padecer una enfermedad mental, sin embargo, aumenta la posibilidad para padecerla.

Una razón por la que la enfermedad suele ser tan enigmática y difícil de comprender para los demás es que las víctimas frecuentemente parecen risueñas y optimistas, llenas de vida y de seguridad en sí mismas. Muchas son personas llenas de talento, inteligencia y atractivo, pero su aspecto no deja traslucir su frágil autoestima y su profunda aflicción interna por la falta absoluta de control sobre la ingesta alimenticia.

Con una comprensión más completa de la enfermedad, sus víctimas serán capaces de descubrir algunas de las causas de sus propios problemas de conducta alimenticia, y se sentirán fortalecidos y estimulados para salir de ese estilo de vida. Las personas que se sienten desesperadamente aisladas y encerradas en su enfermedad encontrarán un considerable alivio al saber que no están solos.

Los medios de comunicación ocasionalmente provocan interés y preocupación por este proceso, pero existe la necesidad de un reconocimiento más general del problema y una conciencia mucho más abierta de su existencia. Sólo entonces, parte de los prejuicios y vergüenzas relacionadas con la bulimia podrán superarse de modo que las víctimas sientan la suficiente confianza para obtener el apoyo que tanto necesitan de su familia, amigos y la sociedad en general.

Uno de los objetivos planteados en este trabajo es explicar lo que es la Bulimia Nerviosa, los signos y síntomas que presentan las víctimas de este trastorno, así como las causas, consecuencias y tratamientos posibles.

También se proporcionará, en una forma sencilla, información sobre la Bulimia Nerviosa, estudios que se han realizado, definición, síntomas, causas, epidemiología y tratamientos posibles para enfrentar la Bulimia Nerviosa.

Por medio del cuestionario de Bulimia Nerviosa-Test Bulit-, se medirá la incidencia de estudiantes, de la Universidad del Valle de Guatemala y de la Universidad Mariano Gálvez, entre los 17 y 26 años de edad, que presentan síntomas de este trastorno. Además, el objetivo no es sólo determinar la existencia del mismo, sino ver si existe una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados de los varones y mujeres que contestaron la prueba.

Una de las limitaciones principales es la dificultad para que las personas que padecen este trastorno admitan el problema. También se puede considerar como limitación que no existe un medio para verificar la sinceridad con que los sujetos contesten la encuesta.

II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A. Trastorno de alimentación

En los últimos treinta años se ha producido un cambio en la concepción del ideal de belleza, y se ha apostado por un cuerpo más esbelto y angular, con lo que la delgadez no sólo se ha convertido en un signo de belleza, sino también de éxito y autocontrol. "El incremento en la incidencia de la Bulimia Nerviosa no puede dejar de relacionarse con este cambio estético. La preocupación por el peso y la restricción alimenticia se han convertido en un deseo de la mujer en la sociedad occidental; cuando estos hábitos y actividades se manifiestan de forma severa, podemos estar a las puertas del desarrollo de estos trastornos" (Belloch et. al., 1995).

Los trastornos de alimentación consisten en devastadoras enfermedades de conducta producidas por una acción recíproca compleja de factores, que puede incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y la sobrevaloración de la delgadez, el cambio en el condicionante de la mujer y, en definitiva, los factores socioculturales tienen un papel importante en la génesis de los trastornos alimenticios.

"La falta de adecuados conocimientos etiopatológicos ha determinado que la clasificación de los trastornos de la alimentación se haya basado clásicamente en criterios descriptivos. Así, se han diferenciado (Ruiloba, 1996):

- a. Trastornos Cuantitativos, que comprenderían las anomalías por exceso de ingesta (Bulimia Nerviosa y potomanía o ingesta muy excesiva de líquidos) y por defecto (rechazo alimentario y Anorexia Nerviosa).
- b. Trastornos Cualitativos o aberraciones alimenticias, que incluirían la pica o alotriofagia y el mericismo o rumiación" (Ruiloba, 1996).

El DSM-III (1980) estableció cinco categorías diagnósticas dentro de los trastornos de la conducta alimenticia: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, pica, rumiación y una categoría residual denominada trastorno atípico de la conducta alimenticia (DSM-III). En el DSM-III-R (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión revisada, 1987) se mantienen estas categorías diagnósticas de la Anorexia Nerviosa, introducción del concepto de Bulimia Nerviosa en sustitución de la Bulimia y calificación de la categoría residual como trastorno de la conducta alimenticia no específica.

En el DSM-IV (1993), se incluyen dos trastornos específicos: la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa. También se encuentra el trastorno de la conducta alimenticia no específica.

“Los trastornos en la ingestión y de la conducta alimenticia que se diagnostican con más frecuencia en la infancia y la niñez se incluyen en la sección “Trastornos de la ingestión y de la conducta alimenticia de la infancia o la niñez”. Estos trastornos son la pica, trastorno de rumiación, y trastorno de la ingestión alimenticia de la infancia o la niñez” (DSM-IV, 1993).

“En general, los trastornos de alimentación se clasifican en: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, obesidad, trastornos de ingesta voraz y los trastornos de la conducta alimenticia no específicos” (Belloch et. al., 1995).

Según el DSM-IV (1993), la Bulimia Nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado. La Anorexia Nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales (DSM-IV, 1993).

“La obesidad se define como una excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal, un contenido graso mayor del 35% en las mujeres y 30% en los hombres” (Belloch et. al., 1995). Aunque la obesidad simple está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una enfermedad médica, en el DSM-IV no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes

psicológicos o conductuales. Sin embargo, existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de obesidad, este hecho puede indicarse anotando la presencia de factores psicológicos que afectan el estado físico.

“El trastorno de ingesta voraz o el comer en exceso y en forma compulsiva, es una alteración que consiste en episodios bulímicos frecuentes, sin el uso de métodos extremos (sobre todo purgantes) para controlar el peso” (Belloch et al, 1995). El DSM-IV (1993) define el trastorno de la conducta alimenticia no específico como los trastornos de la conducta alimenticia que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimenticia específica, tales como cumplir los criterios diagnósticos para la anorexia, pero las menstruaciones son regulares, peso dentro del límite normal (DSM-IV, 1993).

“La población expuesta a este riesgo está formada en gran parte por mujeres de raza blanca de clase media. Rara vez se observa en mujeres orientales o de raza negra, en gente pobre o en los varones. El impulso que rige la conducta de estas personas es mantenerse delgadas, quedando en segundo plano todos los demás aspectos de la vida” (Harrison, 1998).

Investigaciones realizadas por C Perpeñá, autor del libro “Trastornos alimenticios. El estado de la cuestión”, concluye que entre un 40% y un 80% de todos los pacientes con trastornos del comer experimentan depresión, y la depresión es común en las familias de los pacientes con trastornos del comer. Algunos expertos sostienen que la depresión no desempeña un papel causal, en particular en la Anorexia Nerviosa, ya que los trastornos del comer rara vez se curan cuando se administra medicación antidepresiva como el único tratamiento. La gravedad del trastorno del comer tampoco se correlaciona con la gravedad de cualquier depresión existente. Además, la depresión a menudo mejora después de que los pacientes anoréxicos empiezan a aumentar de peso (Perpeñá, 1989).

La relación madre-hija es de gran importancia para el desarrollo de la percepción corporal en los adolescentes y el desarrollo de desórdenes de alimentación. Aunque las madres pueden tener una influencia grande sobre sus hijos en lo que respecta a los

trastornos del comer, los padres y los hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de anorexia en las niñas. Estas familias comparadas con las de otros sujetos control, son más conflictivos, desorganizados, críticos, menos cohesionados y con menos capacidad para establecer relaciones de confianza y ayuda entre sus miembros. Las personas con Bulimia Nerviosa también tienen una mayor probabilidad que las personas con otros trastornos psiquiátricos de tener un padre obeso o de haber sido ellas mismas obesas en la niñez (Attie et. al.,1989).

B. La Bulimia Nerviosa:

Según Harrison, la Bulimia Nerviosa, es más común que la Anorexia Nerviosa, describe un ciclo de comer excesivo y purgación. La Bulimia Nerviosa empieza generalmente a principios de la adolescencia cuando las mujeres jóvenes intentan dietas restrictivas, fracasan y reaccionan comiendo excesivamente. En respuesta a los excesos, los pacientes se purgan vomitando o tomando laxantes, pastillas de dieta y medicamentos para reducir los líquidos. Los pacientes también pueden revertir a dietas severas, las cuales se tornan de nuevo en excesos si es que el paciente no llega a convertirse en anoréxico (Harrison, 1998).

“Los excesos al comer promedian cerca de 1,000 calorías pero pueden llegar a ser hasta de 20,000 calorías ó más. Los pacientes diagnosticados con bulimia tienen un promedio de cerca de 14 episodios por semana. En general, las personas con Bulimia Nerviosa tienen un peso corporal entre normal a normal-alto, pero pueden fluctuar por más de 10 libras debido al ciclo de comer excesivo-purgación” (Harrison, 1998).

Un estudio realizado por Humphrey (1986) da algún apoyo a la explicación de Freud de que los bulímicos acuden a la comida para saciar el hambre psicológica de afecto y apoyo que no encuentran en el hogar. Los investigadores estudiaron a 80 mujeres jóvenes, de 15 a 23 años; 20 eran bulímicas, 20 eran anoréxicas, 20 eran tanto anoréxicas como bulímicas y 20 no tenían desórdenes alimenticios. Tanto las anoréxicas como las bulímicas informaron tener sentimientos negativos acerca de ellas mismas; las

bulímicas se sentían privadas por sus padres de atención y cuidado, manifestaron haber sido objeto de abusos y no se las tenía en cuenta, especialmente por sus padres. A su vez, ellas se privaban y se maltrataban a sí mismas y a sus padres (Papalia, 1992).

1. Definición:

La Bulimia Nerviosa es definida por Hinz y Williamson (1987, citados por Feldman 1995) como un trastorno que provoca que una persona ingiera enormes cantidades de comida en un episodio. Un galón de helado y una tarta entera se puede engullir con facilidad en una sentada. Después de una cantidad semejante de alimento, quienes padecen este trastorno experimentan sentimientos de culpa y depresión y suelen ingerir laxantes o inducir el vómito para librarse de la comida; a este comportamiento se le denomina como purgar. Ciclos constantes de episodios de ingesta y purga, y el empleo de drogas para inducir el vómito o la diarrea, pueden crear un desequilibrio químico que puede producir daños cardiacos. Sin embargo, el peso de la persona que padece Bulimia Nerviosa permanece sin cambios (Feldman, 1995).

Se han acuñado diversos nombres para describir este proceso, entre ellos bulimarexia (para designar aquellos casos en que coinciden en una misma víctima la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa), ciclos de atracones alimentarios-purgas, síndrome del control anormal/normal del peso, síndrome del gordo/delgada y síndrome del caos dietético. Hilde Bunch (1973, citada por French, 1999), una experta norteamericana en los trastornos de la conducta alimenticia, aplicó el término de "persona gruesa/delgada" a los pacientes con síntomas de bulimia nerviosa. Esta investigadora observó que las personas con sobrepeso (muchas de las pacientes de la Bulimia Nerviosa son obesas antes de sufrir la enfermedad), que después consiguen perder los kilos de más y lucir una figura esbelta, siguen pareciéndose a las personas obesas, con todos sus conflictos no resueltos y una expectativa exagerada. La única diferencia con los obesos es que la cantidad de tejido adiposo de su cuerpo es mucho menor (Feldman, 1995).

“La etimología del vocablo bulimia proviene de las raíces griegas bous –buey- y limos –hambre-, significando, por tanto, hambre desmesurada. En el ámbito clínico se aplica a aquellos episodios caracterizados por una necesidad imperiosa, irrefrenable, de ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico. Como consecuencia, la persona se ve invadida por fuertes sentimientos de repulsión y culpa, y tiene la necesidad de mitigar los efectos de su orgía, por ejemplo, autoinduciéndose el vómito” (Perpeñá, 1989).

Subtipos de Bulimia Nerviosa: las que se purgan en comparación las que no se purgan. Antes de que la Bulimia Nerviosa formara parte de los diagnósticos oficiales, en uno de los criterios de Russell (1979) se hacía mención explícita a la presencia de conductas purgantes para evitar ganar peso, tales como el vómito, uso de laxantes o de diuréticos. En el Manual de Psicopatología de Belloch (1995) se citan una serie de estudios que han encontrado diferencias entre los pacientes con Bulimia Nerviosa que tiene episodios bulímicos, pero que no utilizan esos métodos extremos para controlar su peso, y aquellos que combinan los episodios bulímicos con conductas purgativas (Belloch et. al., 1995).

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de método de purga, con el fin de compensar la ingestión de alimentos durante los atracones (Apéndice A):

- a. “El Tipo purgativo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- b. El tipo no purgativo describe cuadros clínicos en lo que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayuno o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio” (DSM-IV, 1993)

2. Historia:

“La historia de la Bulimia Nerviosa es más reciente que la Anorexia Nerviosa, se trata de un trastorno del que no se hablaba hace dos décadas. Ha emergido en nuestras sociedades con gran fuerza en los últimos 10 años, y encontramos referencias detalladas en los últimos 50 años. En la Bulimia Nerviosa aparecen dos aspectos bien diferenciados, por un lado está el comportamiento de ingestión incontrolada, por otro, las dietas restrictivas, el rechazo a ganar peso y las conductas de purga para el control de dicho peso” (Belloch et. al., 1995).

“De los comportamientos ingestivos descontrolados existen referencias históricas abundantes, algunas del siglo XVIII. Las referencias más antiguas sobre la bulimia las encontramos en el Physical Dictionary de Blanckaart de 1708, y el Diccionario de Médico de Quincy de 1726” (Stein, 1988).

Muchos autores relacionan estos episodios bulímicos con alteraciones digestivas. En 1743, el Diccionario Médico de la ciudad de Londres describe un cuadro denominado “True Boulimus”, caracterizado por preocupación por la comida, ingesta voraz y períodos de ayuno (Stein, 1988).

Otro cuadro descrito por Chinchilla (1995) es el “caninus appetitus” (apetito canino), en el cual el vómito sigue al atracón. Lo que parece más reciente son aquellos aspectos de la enfermedad relacionados con la figura y el peso, donde los factores socioculturales han sido más influyentes y la vinculan, en este aspecto, con la anorexia (Chinchilla, 1995).

“Galeno describió la “kynos orexia” o hambre canina como sinónimo de bulimia, considerándolo como consecuencia de un estado de ánimo anormal y posteriormente, apareció reflejada en los diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX como curiosidad médica. A finales de los años 70 fue descrita y traducida como síndrome de purga y atracones o Bulimarexia. El término de Bulimia aparece por primera vez en 1980 y, finalmente se adopta el término de Bulimia Nerviosa en 1987”(Chinchilla, 1995).

En 1869, Blanchet (citado por Turón, 1997), describe en el Diccionario de Ciencias Médicas de París dos formas de Bulimia Nerviosa: la primera caracterizada por preocupación por la comida, y la segunda por la presencia de vómito. A lo largo de este siglo, cada vez son más frecuentes los artículos donde se describen casos que pueden ser compatibles con la Bulimia Nerviosa, especialmente al describir la evolución de los pacientes de Anorexia Nerviosa (Turón, 1997)

Para Russell (1979), la Bulimia Nerviosa sería una variante de la Anorexia Nerviosa y es un hecho comprobado que un gran porcentaje de pacientes con Bulimia Nerviosa tienen antecedentes de haber padecido Anorexia Nerviosa (Russell, 1979)

En 1979, Russell acuña el nombre de Bulimia Nerviosa para definir aquellos cuadros caracterizados por episodios de sobreingesta, a los que siguen vómitos o uso de diuréticos o laxantes con la finalidad de anular las consecuencias del atracón, en pacientes que rechazan la posibilidad de ser o llegar a ser obesas (Russell, 1979)

3. Epidemiología:

Los estudios epidemiológicos sobre la Bulimia Nerviosa se han visto obstaculizados por factores que van desde la propia naturaleza del síndrome hasta la confusión en los criterios diagnósticos utilizados. La experiencia clínica demuestra que la bulimia nerviosa es una patología oculta, vivida por los pacientes como un modo de toxicomanía, y por tanto, con acusada resistencia a reconocer su presencia.

Es un trastorno difícil de detectar, porque todas sus características son comportamientos que los pacientes intentan ocultar. Además, en este caso, al contrario de lo que pasa en la anorexia nerviosa, su peso no tiene por qué llamar la atención. Tiene mayor incidencia en el sexo femenino, guardando la misma proporción que en el caso de Anorexia Nerviosa (95% son mujeres). La edad de aparición suele oscilar entre los 18 y los 25 años. Está más distribuida socialmente, por lo menos entre los sujetos que atiende a consulta (Belloch et. al., 1995).

“El criterio del DSM-III (1980), no pasaba, en realidad, de la descripción de un atracón, obviando los auténticos elementos discriminatorios del síndrome señalados por Russell (1979). Como resultado de ello los estudios sobre incidencia y prevalencia no han sido satisfactorios y, en muchos casos, con abundancia son falsos positivos que han generado posiblemente la consideración de que la Bulimia Nerviosa es un trastorno con características epidémicas” (Ruiloba, 1996).

Fairburn (1996), ha criticado con detenimiento los estudios epidemiológicos realizados en los primeros cinco años, tras la identificación del síndrome, destacando las siguientes conclusiones:

- a. “Los cuadros bulímicos son mucho más frecuentes en las mujeres que en los hombres
- b. Suelen presentarse a partir de los 20 años
- c. Si bien los atracones son un tipo de conducta alimenticia relativamente frecuente, su presencia como pauta de conducta habitual es poco común. Aunque la minoría de las personas que presentan atracones cumplen los criterios de bulimia nerviosa, la mayoría de las que vomitan postingesta cumplen dichos criterios
- d. La prevalencia probable de la Bulimia Nerviosa en mujeres adultas parece ser de 1 al 2%.” (Fairburn, 1996).

Los primeros trabajos donde existen datos epidemiológicos, Ondercin, Rau y Otros y Dunn, (citados por Turón, 1997) , recogidos por razones diferentes, se centran más en distinguir más entre pacientes comedores o compulsivos y población normal, y algunos de los del primer grupo podrían ser considerados a la luz de los actuales conocimientos como bulímicos. En estos estudios no se recoge información sobre las cantidades ingerida ni la frecuencia de vómito u otras conductas de purga.

Un trabajo que refleja la verdadera dimensión del problema de las conductas bulímicas es el de Whitaker et al (1989) sobre 2,543 muchachas adolescentes, los autores encuentran que el 81% desearía tener un peso más bajo, el 42% se percibe en sobrepeso y el 27% manifiesta gran temor a llegar a ser obesas. Un 63% practicaron algún tipo de

dieta en el último año y restringieron la alimentación, el 22% realizaron dietas y restricción de alimento en el mismo período de tiempo. El 18.5% utilizaron fármacos adelgazantes y el 8% vomitan en alguna ocasión (Whitaker et. al., 1989).

“La mayoría de estos síntomas pasan desapercibidos para los profesionales de primera asistencia, dada la naturaleza reservada de los pacientes y su resistencia a explicarlo” (Whitaker et. al., 1989).

4. Signos y Síntomas:

Por lo general, la Bulimia Nerviosa es descrita por la prensa popular como hambre “insaciable” o “voraz”, pero en realidad eso puede llevar a error, ya que una característica de esta enfermedad es que las víctimas comen en exceso independientemente del hambre que tengan.

“Las personas que padecen de Bulimia Nerviosa sienten la compulsión por comer, pero su preocupación por el peso hace que se purguen después de un episodio. Las comilonas siguen a períodos de agitación y son acompañadas por ansiedad, sentimientos de depresión y pensamientos autoinculpatorios durante y después del episodio” (Ruiloba, 1996).

Es importante tomar en cuenta que la Bulimia Nerviosa se manifiesta de diferentes formas y puede presentar signos diversos. “Las formas de purgación varían igualmente de persona a persona. Algunas víctimas, después de sufrir atracones, hacen ejercicio compulsivo como ‘jogging’ o aeróbicos, con el fin de quemar las calorías ingeridas. Otros se autoinducen al vómito, toman laxantes o ayunan los días siguientes al episodio. No es extraño que hombres y mujeres con Bulimia Nerviosa, utilicen pastillas para quitar el apetito con el fin de controlar su ansiedad y evitar el atracón o que, igualmente utilicen diuréticos para perder peso, cuyo efecto es falso, pues la utilización de estos medios, realmente, produce una sensación momentánea de perder peso, pero el cuerpo al

rehidratarse vuelve a su estado normal, desapareciendo, así, la sensación producida” (Ruiloba, 1996).

Los individuos con Bulimia Nerviosa se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunos presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. El trastorno no puede aparecer en individuos con obesidad moderada y mórbida.

“Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de tres meses (Belloch et. al., 1995).

“Las comilonas, generalmente, son diarias; en un estudio, el promedio de tales episodios fue de 12 por semana, oscilando entre 1 y 46, y la duración de las comidas fue por término medio de 1 hora y 30 minutos, aunque podían durar hasta 8 horas” (Harrison, 1998).

“La cantidad de alimento ingerido fue enorme, de hasta 200 000 KJ (50 000 kcal). Predominan los alimentos ricos en carbohidratos, y lo habitual es comer más de un alimento. En un estudio, se consumieron los siguientes alimentos por orden de frecuencia: helado, pan, caramelos, ‘donuts’, bebidas no alcohólicas. El término de caos dietético se utiliza para describir esta manera de comer. Debido al elevado contenido de carbohidratos en la dieta, son frecuentes las caries dentales” (Harrison, 1998).

“Durante los atracones se seleccionan los alimentos ricos en calorías que se evitan estrictamente en los períodos de dieta, porque son tipos de alimentos blandos y fáciles de masticar (y más tarde, de vomitar). Para sus atracones, algunos escogen alimentos de colores vivos, como naranjas, zanahorias o remolachas. Lo hacen porque, cuando finalmente se autoinducen el vómito, por los colores saben que han eliminado cualquier resto de alimento de su estómago” (Harrison, 1998).

Harrison (1998) explica que casi siempre las conductas a evitar el aumento de peso, suelen ser tales como: el ayuno, el ejercicio físico excesivo y de forma compulsiva, utilización de medicamentos laxantes o diuréticos, enemas, anfetaminas y otros productos químicos para eliminar alimentos, y los vómitos provocados (Harrison, 1998).

En una persona bulímica, pueden observarse varios de los siguientes síntomas (o todos):

“a) Alteraciones del comportamiento: Suele darse en jóvenes de alrededor de 20 años, con frecuencia tras haber padecido una Anorexia Nerviosa, aunque no necesariamente. En ocasiones han sido anteriormente algo obesas o han hecho regímenes de adelgazamiento. La enfermedad suele pasar desapercibida durante mucho tiempo, ya que la persona enferma trata de ocultarla por todos los medios a su alcance.

La persona enferma ingiere considerables cantidades de comida, especialmente dulces, generalmente a escondidas o cuando está a solas, por la noche. La comida se toma de la propia casa o se compra, pudiendo llegar a gastar en ella considerables cantidades de dinero. Tras los episodios de voracidad suele vomitar a escondidas o ayunar durante uno o dos días, o hacer excesivo ejercicio físico, o tomar laxantes o diuréticos para evitar el aumento de peso.

b) Signos y síntomas físicos y psíquicos: Sensación de debilidad, mareos (por hipotensión arterial), dolor de cabeza, hinchazón de la cara (por aumento de tamaño de las glándulas salivales y parótidas), erosión del esmalte dental (por los vómitos), caída del cabello, irregularidades menstruales, frecuentemente padecen depresiones (50% de los casos), conductas compulsivas, trastornos de ansiedad, baja autoestima y otras alteraciones psíquicas” (Ruiloba, 1996).

Las mujeres y hombres con Bulimia Nerviosa son generalmente conscientes de que sus hábitos alimenticios no son normales. Fascinados por el efímero placer que les produce la comida, se hacen acreedores de revistas y libros de cocina que contienen recetas y disfrutan con las discusiones sobre temas relacionados con dietas

extraordinarias. En ocasiones, los bulímicos pueden presentar cuadros de anorexia nerviosa entre períodos de atracones y purgaciones, lo cual representa un peligro adicional.

“Los síntomas de la Bulimia Nerviosa tienen una relación directa con la imagen que perciben de ellos mismos, como se ven o como se sienten acerca de situaciones particulares que crean angustia y ansiedad. Estos episodios surgen igualmente, para evitar o dejar salir sentimientos de rabia, decepción o depresión. La agitación, la ansiedad o incluso la infelicidad, pueden ser las claves que precipitan estos episodios” (Chinchilla, 1995).

5. Causas de la perpetuación de la Bulimia Nerviosa:

“a) Los factores biológicos pueden ser responsables de este ciclo insidioso. Algunos expertos creen que el metabolismo se adapta al ciclo bulímico de comer excesivo y purgación, disminuyendo su ritmo, aumentando así el riesgo de subir de peso, inclusive sólo a través de la ingestión normal de calorías. El proceso de vomitar y el uso de laxantes puede estimular la producción de opioides narcóticos en el cerebro, lo cual causa una adicción al ciclo bulímico. Durante la etapa de dieta, entre los períodos de comer excesivo, las personas se tornan a menudo irritables, deprimidas, y pueden tener una tendencia mayor a expresar trastornos de la personalidad. Los sentimientos positivos tan sólo pueden ser restaurados con otro período de comer excesivo; y así sigue el patrón. El comer dulces también aumenta la serotonina, un producto químico en el cerebro que reduce la depresión y el estrés” (Turón, 1997).

“b) Problemas psicológicos y comportamiento auto-destructivo: las mujeres con Bulimia Nerviosa están propensas a la depresión y se encuentran también en peligro de comportamientos impulsivos peligrosos, como promiscuidad sexual y cleptomanía, los cuales se han reportado en la mitad de las personas con Bulimia Nerviosa. El abuso de alcohol y drogas es más comunes en las mujeres con Bulimia Nerviosa que en la población en general o en las personas con Anorexia Nerviosa. En un estudio de mujeres bulímicas no anoréxicas, el 33% abusaban de alcohol y el 28% abusaban de las drogas y

de este 28% un 18% presentaban sobredosis repetidamente. La cocaína y las anfetaminas fueron las drogas con mayor frecuencia abusadas. En el mismo estudio, fueron comunes otros tipos de comportamiento autodestructivo, entre otros el autocortado y el robo (Turón, 1997).

“Las bulímicas tienen baja autoestima, son ansiosas y depresivas y tienen fuertes creencias morales” (Brouwers, 1988, citado por Saldaña, 1994). Desean ser perfectas, pero la valoración que hacen de sí mismas y su autoimagen son malas: son tímidas y carecen de asertividad. C Saldaña, autor del libro “ Trastornos del Comportamiento Alimenticio” explica que a menudo las bulímicas se preocupan por el temor al rechazo en las relaciones sexuales o por no ser suficientemente atractivas para los hombres. Su compulsión por alcanzar la perfección hace que aumente su ansiedad, la cual es mitigada por lapsos de control durante los episodios de comilonas y purgas. Esto es seguido por sentimientos de culpa y vergüenza, lo que contribuye a los sentimientos de baja autoestima y depresión (Saldaña, 1994).

c) Educación en las culturas occidentales: las mujeres están sometidas a una presión sociocultural considerable, debido a la importancia que se concede a la imagen ideal o al estilo de vida al que deben aspirar, según los cánones de moda actuales, dominados por una valoración excesiva de la delgadez. Los mensajes de los medios de comunicación no son nada realistas, pero afectan la opinión que la gente tiene sobre sí mismo y sobre los demás.

“La publicidad va dirigida principalmente a las mujeres, puesto que son las principales consumidoras de la sociedad, así como las más preocupadas por su aspecto, silueta y peso. Tanto la industria de la moda, como la de las dietas y la cosmética, les hacen creer que sólo existe una forma aceptable de vida, y las mujeres que no se ajustan a ella suelen sentir que “no dan la talla” (French, 1999).

B. French (1999) explica que los anuncios publicitarios lavan el cerebro a la gente haciéndole creer que la grasa corporal excesiva equivale a una mujer carente de atractivo, y para hacer publicidad de todas las cosas “bonitas” de la vida-desde automóviles lujosos

hasta unas vacaciones exóticas, perfumes y cajas de bombones- se sirven de mujeres jóvenes y delgadas, que en realidad, con frecuencia, son adolescentes. También están representadas en ambientes cómodos, saludables, llevando una vida placentera y sin complicaciones, de modo que no es nada sorprendente que algunas mujeres consideren que el único obstáculo entre ellas y la perfección es su aspecto físico (French, 1999).

“Una fuente adicional de tensión para las mujeres de la cultura occidental es la forma en que la figura ideal femeninas ha cambiado. Esto puede ilustrarse comparando el aspecto de personas famosas, como las estrellas de cine. “Durante los años cuarenta y cincuenta, las mujeres deseaban lucir una figura voluminosa, con un cuerpo de guitarra como el de Jayne Mansfield o Marilyn Monroe. A principios de los setenta, todas las adolescentes deseaban estar tan flacas como Twiggy. A pesar de que esta figura no está de moda en la década de los noventa, en la que se concede mucha mayor importancia a la buena forma física y a la salud, el cuerpo ideal sigue siendo tubular, delgado y de pecho plano” (French, 1999).

“Por otra parte, los hombres se ven cada vez más afectados por la misma presión; se considera que estar delgado es sinónimo de éxito, tanto desde un punto de vista social como profesional. Si se examina la forma en que los hombres son representados en los medios de comunicación, está claro que los que simbolizan personas de éxito en un sentido u otro casi siempre tienen un aspecto delgado” (French, 1999).

d) Según Barbara French (1999) los mensajes contradictorios sobre la comida y la alimentación ejercen una presión adicional sobre las mujeres, quienes, debido a su papel de cuidadoras en la sociedad, tienen que pensar casi constantemente en la comida. Por una parte, se les dice que tienen derecho a obtener placer y satisfacer sus necesidades a través de la comida, y por otra, se les aconseja continuamente que eviten las tentaciones de comer en exceso, ya que eso puede hacerlas sentirse infelices y poco deseadas (French, 1999).

En las revistas femeninas se publican cada semana dietas fascinantes, nuevas y milagrosas que prometen hacer perder peso con un mínimo esfuerzo o incomodidad. Ahora bien, en las mismas revistas aparecen fotografías y recetas tentadoras para cocinar platos deliciosos y sencillos. Como consecuencia, muchas mujeres se preocupan constantemente por lo que pueden y no pueden comer, y no resulta nada sorprendente que la mayoría acaben por ponerse a dieta.

Otro factor importante que menciona la autora del libro "La Bulimia", Barbara French (1999), es que algunas profesiones son muy exigentes con el peso corporal y requieren que una persona pese un 10-15% menos del peso normal para su talla y complexión. El ejemplo más evidente es la delgadísima modelo de pasarela. Otros ejemplos menos obvios, pero cuyas víctimas soportan igualmente una presión considerable son los bailarines, gimnastas, jockeys, el personal de las líneas aéreas y los atletas, todos los cuales suelen estar sometidos a una tensión constante para mantener su peso dentro de los límites establecidos, y tal vez llegue a vomitar después de comer, como una forma de controlar el peso. A la larga, eso puede traducirse en una bulimia (French, 1999)

6. Personalidad:

"El término personalidad se utiliza para designar el conjunto de características o rasgos de un sujeto que determinan pautas estables de comportamiento en su interacción con el medio ambiente" (Feldman, 1995).

Los estudios basados en la utilización de escalas han revelado la existencia de diferencias entre pacientes con trastornos de alimentación y personas sanas, y entre pacientes con Anorexia Nerviosa y pacientes con Bulimia Nerviosa, respecto a numerosas variables.

Se han realizado numerosas investigaciones para definir y delimitar la personalidad de las personas que padecen Bulimia Nerviosa. "Los perfiles de personalidad,

generalmente utilizando el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) se caracterizan por un ascenso en las escalas de depresión, desviación psicopática, psicastenia y esquizofrenia, indicando personalidades depresivas y ansiosas, impulsivas y hostiles, rebeldes y aisladas socialmente” (Turón, 1997).

“Mientras las pacientes anoréxicas muestran gran autocontrol y otros rasgos obsesivos (orden, rigidez, meticulosidad y perfeccionismo), las bulímicas suelen tomar decisiones rápidas y actúan de forma impredecible, poco meditada y en definitiva, poco controlada” (Newton et. al., 1993).

“La impulsividad, según se desprende de la mayoría de los estudios, representa el nexo de unión entre la Bulimia Nerviosa y otras conductas que con frecuencia se asocian a ella: abuso de alcohol y drogas, conductas autodestructivas y parasuicidas, desinhibición sexual, robo y cleptomanía” (Herzog et. al., 1992).

Así mismo parece existir una clara asociación entre Bulimia Nerviosa y Trastorno de la personalidad, tal y como se recoge en trabajos sobre incidencia de trastorno en el eje II en estos pacientes.

El autor del libro Trastornos de Alimentación, Turón (1997) menciona que la mayoría de autores muestran cifras de prevalencia que oscilan entre el 35 y el 77% de trastornos de la personalidad (53%, Yates et al., 1989; 77%, Powers et al, 1988; 63%, Kevin et al, 1986; 56% Gwirtsman et al, 1983; 35- 50%, Hudson et al, 1990) y el trastorno histriónico (entre el 33- 35%) (Turón, 1997).

Estos elevados porcentajes de Trastorno de la personalidad parecen ser, por lo tanto, una constante en los diferentes estudios, factor importante ante el curso y pronóstico de la Bulimia Nerviosa, de la misma forma que los trastornos en el eje II modulan la evaluación y el pronóstico de otras enfermedades psiquiátricas, como los trastornos afectivos o los de ansiedad.

“Este importante subgrupo de bulímicos con Trastorno de la personalidad, sugiere una vez más un origen multicausal para la Bulimia Nerviosa. Sería interesante conocer hasta qué punto este trastorno de la alimentación podría, en qué casos, suponer un síntoma o rasgo de un trastorno de la personalidad como trastorno límite o trastorno por déficit de control de impulsos” (Turón, 1997).

“Es necesario matizar, así mismo, de qué forma las alteraciones en el eje II actúan como factor desencadenante del cuadro bulímico, como moduladoras, o si la conducta bulímica está simplemente acentuando rasgos preexistentes de personalidad” (Turón, 1997).

7. Consecuencias Psicológicas:

a) Alteraciones de conducta: El paciente bulímico presenta en general una conducta desordenada, al principio con la alimentación, más adelante también en otros aspectos de su vida. El patrón de conducta, relativo a la alimentación, es desordenado e imprevisible, al contrario que la anoréxica, cuyo patrón de conducta alimenticia es ordenada y previsible.

“Los atracones varían de frecuencia en función del estado de ánimo y la disponibilidad. Los alimentos ingeridos durante la crisis bulímica no obedecen a preferencias específicas y sí a condiciones circunstanciales; las conductas de purga no son regulares y los temores a ganar peso, o la percepción alterada de la figura, se supeditan al estado de ánimo u otras circunstancias ambientales” (Abraham y Beaumont, 1982).

La forma de comer y la frecuencia de las comidas es anormal, comen rápida, voraz y compulsivamente; la engullen sin saborearla y en ese momento ya está pensando cómo eliminar el contenido gástrico.

Entre atracón y atracón, los bulímicos mantienen una dieta restrictiva o incluso en ocasiones ayunan por completo. Esta alteración de ayunos y atracones refuerza y potencia

el trastorno bulímico, ya que el ayuno predispone y facilita la aparición de episodios de ingesta descontrolada.

La conducta más frecuente es la del vómito, y la menor es el uso de diuréticos, y los vómitos se suelen asociar con los laxantes y con el ejercicio físico. Sin embargo, para la mayoría de los bulímicos, este método no suele ser una medida muy efectiva por su propia inconstancia; no mantienen, en general, unas conductas regulares, son incapaces de dedicar mucho tiempo al ejercicio y lo abandonan rápidamente.

“La mayoría de las bulímicas, sin necesidad de abusar de los laxantes, presentan conductas favorecedoras de la laxación, toman alimentos con fibras o aquellos que la publicidad recomienda como favorecedores de la evacuación; y dado que asocia los laxantes con el binomio delgadez/belleza, el siguiente paso será acudir a los laxantes naturales y posteriormente a los productos farmacéuticos” (Turón, 1997).

b) Alteraciones cognitivas: “los pacientes bulímicos presentan pensamientos erróneos con relación a la comida, al peso y a la figura. El rechazo a la posibilidad de ser obeso es una actitud común. Algunos pacientes proceden de la anorexia nerviosa al desarrollarse el trastorno y evolucionan hacia la Bulimia Nerviosa, pasan de un control estricto de la dieta a un control intermitente, aparecen atracones y conductas de purga. Las pacientes bulímicas pueden presentar una distorsión en la percepción y valoración de la figura, y también son muy receptivas a los estereotipos femeninos” (Dolan, 1991, citado por Turón, 1997).

Dolan (1991) explica que al igual que las anoréxicas, también las bulímicas desean estar más delgadas, y también distorsionan la percepción de su cuerpo, aunque en muchas ocasiones, cuando manifiestan estar por encima del peso normal, tienen razón; pero al contrario que las anoréxicas, las bulímicas parece que tienen mayor conciencia de enfermedad, y aunque mantengan los síntomas ocultos por vergüenza y se nieguen a ser tratadas, en el fondo piensan que sus conductas no se pueden considerar como normales (Dolan, 1991, citado por Turón, 1997).

“También tienen conocimientos erróneos con relación a la dieta y reelaboran estos conocimientos a la luz de sus temores y deseos; pero lo dramático es que mientras la anoréxica es consecuente con estos errores dietéticos, la bulímica no lo es, se atraca con aquellos alimentos que más teme y rechaza” (Dolan, 1991, citado por Turón, 1997).

La psicopatología asociada más documentada en la Bulimia Nerviosa es la depresión. Los estudios psicopatológicos en pacientes bulímicos, los marcadores biológicos y los estudios familiares ponen de manifiesto la relación entre trastornos del estado de ánimo y Bulimia Nerviosa.

Antes de la crisis de pérdida de autocontrol y en el prelude del atracón, el paciente bulímico puede notar un sentimiento de excitación, tensión, angustia y un deseo irrefrenable por comer. Estos pacientes reconocen e insisten en considerar la ansiedad como la emoción que acompaña a la conducta de descontrol. En otras ocasiones dicen que es la ansiedad la que los lleva al atracón.

“La ansiedad puede ceder durante el atracón, al tiempo que comienzan los sentimientos de culpa y desvalorización; sin embargo éstos acaban cuando se siente llena, con temor a engordar, se genera una ansiedad insoportable que sólo el vómito puede reducir” (Abraham y Beaumont, 1982).

8. Consecuencias Físicas:

a) Complicaciones médicas:

“La Bulimia Nerviosa puede llegar a presentar importantes complicaciones médicas secundarias a la grave perturbación de los hábitos alimenticios. Existe una sintomatología general que se puede presentar en la mayoría de las pacientes bulímicas, y esta sintomatología es indeterminada y a “priori”, no permite la identificación del trastorno por estos síntomas. La apatía, la fatiga, la irritabilidad y el cambio del ritmo del sueño, se pueden añadir a la pérdida del rendimiento laboral o escolar y el abandono del cuidado de la persona” (Mitchell et. al., 1987).

“Las características de la conducta alimenticia y de la purga darán diferentes complicaciones médicas, las debidas a los vómitos o al abuso de diuréticos o laxantes no serán esencialmente diferentes a las que puedan presentarse en la anorexia nerviosa con esas mismas conductas” (French, 1999).

b) Alteraciones electrolíticas y renales:

“Los pacientes que abusan de los laxantes pueden presentar acidosis metabólica, dado que los fluidos de las repetidas deposiciones son ricos en bicarbonato, pero la complicación más severa es la pérdida de potasio, que en algunos casos se acompañan de niveles bajos de sodio, calcio, fósforo y magnesio. Las complicaciones renales son raras, y en los pacientes deshidratados aumenta la urea en suero, aunque se han descrito casos de nefropatía debido a una situación crónica de deshidratación e hipopotasemia. La disminución del filtrado glomerular (corpúsculo situado en el riñón, que sirve para filtrar la sangre y elaborar orina) también se ha observado en los pacientes bulímicos a consecuencia de las conductas de purga” (Devlin et. al., 1990).

c) Alteraciones pulmonares y mediastínicas:

Según Turón (1997), los vómitos repetidos pueden condicionar la aparición de graves alteraciones mediastínicas, unas se presentarán de forma crónica, hernias o úlceras esofágicas, por la frecuencia de los vómitos y el paso del contenido ácido del estómago hacia la boca. En ocasiones, se puede presentar de forma brusca, a causa de los esfuerzos para vomitar, un neuromomediastino e incluso una rotura esofágica, ambos cuadros son de una extrema gravedad. En algunas ocasiones, en situaciones de gran descontrol durante el atracón e ingesta enormemente exageradas, el estómago puede regurgitar parte del contenido al aparato digestivo, apareciendo entonces una neumonía por aspiración de consecuencias imprevisibles, algunos vómitos no francos, al intentar disimularlos o bloquearlos, pueden provocar igualmente aspiraciones al aparato respiratorio (Turón, 1997).

d) Alteraciones dentales:

El paso del contenido del estómago-rico en ácido clorhídrico- por la boca durante el vómito actúa sobre el esmalte dental deteriorándolo. Este signo, al igual que el de

Russell, las erosiones en el dorso de las manos, son bastantes específicos de una conducta vomitadora repetitiva y por lo tanto, de gran valor en la detección de posible bulimia. Sin embargo, son muchos los pacientes bulímicos que después del vómito tiene una esmerada higiene de la boca, para evitar este riesgo (Haltshuler, 1990).

e) Complicaciones digestivas:

“Las complicaciones digestivas de la Bulimia Nerviosa son menores que las que cabría esperar de unas conductas alimenticias tan alteradas; las glándulas parotídeas y salivales pueden estar hipertrofiadas, sin que esté determinada la causa, y puede deberse al abuso de hidratos de carbono o a las alteraciones electrolíticas. La esofagitis, e incluso la perforación esofágica, se han descrito en pacientes que vomitan, y también existen casos de pancreatitis en bulímicos, e inversamente pacientes con evoluciones tórpidas de una pancreatitis que resultan ser bulímicos, por no ceder en sus conductas alimenticias alteradas” (Mitchell et. al., 1987).

Mitchell (1987) también explica que la dilatación gástrica y el riesgo de muerte por rotura del estómago son específicos de la Bulimia Nerviosa; esta dilatación aguda puede obedecer a las ingestas masivas de alimentos y la rotura atribuible, tanto a estas abundantes ingestas como a los esfuerzos para vomitar en los que aumenta más la presión intragástrica (Mitchell et. al., 1987).

Según Harrison (1998), el estreñimiento es una situación frecuente en los pacientes bulímicos, puede ser la consecuencia de una dieta restrictiva y pobre en fibras, y también, a causa de la deshidratación crónica a que se llega por el abuso de los vómitos; episódicamente pueden presentar evacuaciones diarreicas por cúmulo de heces. Los pacientes que utilizan los laxantes como medida purgatoria, independientemente de las complicaciones electrolíticas, pueden presentar alteraciones del contenido y ritmo de las deposiciones, estreñimientos, esteatorrea e importantes pérdidas proteínicas (Harrison, 1998).

f) Alteraciones cardiovasculares:

“La complicación cardiovascular más importante en la Bulimia Nerviosa es la hipopotasemia, que puede provocar importantes alteraciones del electrocardiograma (ECG) con nefastas consecuencias; esta hipopotasemia es la consecuencia de las conductas purgativas que llevan a una pérdida de potasio a través de los vómitos o por el abuso de laxantes. Aquellos pacientes que se provocan el vómito con derivados de la ipecacuana se someten al riesgo añadido de la toxicidad de esta sustancia, habiéndose descrito casos de miopatía secundaria al abuso de la ipecacuana” (Tolstoi, 1990).

g) Alteraciones neurológicas:

“A pesar de que se llegó a asociar la Bulimia Nerviosa con alteraciones del electroencefalograma (EEG), lo cierto es que esta relación, que incluso condicionó el tratamiento de la Bulimia Nerviosa con anticomiciales, carece de bases objetivas en que apoyarse. Se han detectado dilataciones ventriculares y ensanchamientos de los surcos cerebrales, esto se atribuye a la deshidratación, y los pacientes se recuperan al reequilibrarse electrolíticamente” (Krieg et al, 1989, citado por Tolstoi, 1990). “Puede aparecer miopatía secundaria al déficit de potasio, y neuropatía periféricas por déficit de principios vitamínicos en pacientes no sólo purgativos, sino también con dietas muy restrictivas, en las que puedan estar ausentes principios vitamínicos o minerales esenciales” (Tolstoi, 1990).

h) Alteraciones endocrinológicas:

“Al igual que la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa se caracteriza por notables alteraciones endocrinas; los pacientes bulímicos pueden tener ciclos menstruales normales, pero es frecuente que lleguen a presentar irregularidades menstruales o amenorrea, habiéndose detectado tasas bajas de estradiol y progesterona. Los pacientes con Bulimia Nerviosa tienden a ser no supresores en el test de supresión de la dexametasona, y unos niveles plasmáticos de triyodotironina (T₃) y tiroxina (T₄) disminuidos” (Turón, 1997).

“Debe recordarse que el complejo sintomático de la Bulimia Nerviosa incluye alteraciones de la conducta alimenticia, distorsión de la imagen corporal, maniobras para perder peso, alteraciones del humor y anomalías neuroendocrinas” (Turón, 1997).

Según Harrison (1998), estudios han revelado cantidades bajas de ciertos neurotransmisores -mensajeros químicos en el cerebro en algunas personas con Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa severas, que permanecen bajas incluso después de que han recuperado el peso. Niveles reducidos de estos neurotransmisores, la serotonina y la norepinefrina, también se encuentran en las personas con depresión, y se ven anomalías de serotonina en las personas con trastorno obsesivo-compulsivo. Un estudio reciente ha encontrado que los niveles sanguíneos bajos del aminoácido triptofano, un componente en la comida que es esencial en la producción de serotonina, pueden producir depresión. Las personas que comen excesivamente después de una dieta severa pueden estar respondiendo a este estado emocional de estímulo proteínico (Harrison, 1998).

“En estos pacientes se han objetivado alteraciones en diferentes sistemas neurotransmisores relacionados con la modulación del apetito, del humor y de funciones neuroendocrinas. De hecho, estas alteraciones podrían ser secundarias a un estado de malnutrición frecuente en estos pacientes, actuarían en este supuesto perpetuando los síntomas y entrarían así en un círculo vicioso, en el cual los trastornos de la ingesta inducirían cambios en la neurotransmisión que perpetuaría las conductas alimenticias patológicas” (Ruiloba, 1996).

“Es importante recordar que las disfunciones del humor, del apetito y de la regulación del peso, y las alteraciones neuroendocrinas suelen coexistir en otras enfermedades o trastornos; en efecto los paciente con trastornos afectivos presentan a menudo alteraciones del apetito, con ganancia o pérdida de peso, así como un estado de hiperactividad del sistema adreno-hipofiso-ipotalámico, o disfunciones tiroideas. Así mismo, el síndrome de Cushing, de base neuroendocrino, con frecuencia produce aumento de peso y alteraciones del humor. Similar labilidad emocional y tendencias a los

cambios se asocia frecuentemente con las disfunciones tiroideas primarias” (Turón, 1997).

“Por el momento no se conoce la etiología de estas alteraciones del apetito, del humor y del peso en la Bulimia Nerviosa; sin embargo, la hipótesis de que podría existir un sustrato biológico se refuerza por el hecho de que cada una de estas funciones la modula el mismo neurotransmisor, como la serotonina y la noradrenalina” (Turón, 1997).

“Dado que la disfunción de un sistema biológico puede producir alteraciones en otros sistemas íntimamente relacionados con éste, resulta demasiado complejo por el momento establecer relaciones etiológicas de causa-efecto en la Bulimia Nerviosa” (Turón, 1997).

9. Familia y Bulimia Nerviosa:

Por el momento no se han identificado factores etiológicos concretos para la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, de forma que se utiliza como modelo etiológico una perspectiva multidimensional que incluye factores genéticos, biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales.

Desde el punto de vista sociocultural, se ha argumentado una creciente presión sobre el peso y la imagen corporal, que se traduce en una propensión, en especial entre el colectivo femenino, a seguir unas pautas de alimentación restrictivas tan irreales como insanas. Sin embargo, a pesar de que las dietas constituyen una práctica socialmente extendida, sólo un pequeño porcentaje de la población desarrolla un Trastorno de alimentación (Attie et. al., 1989).

Esto nos llevaría, siempre desde la perspectiva de los factores ambientales, a plantear cuál es el papel que desempeñan en estos trastornos otro sistema social más próximos e influyentes, como es el entorno familiar.

Diferentes estudios han constatado que con frecuencia se objetivan problemas en el funcionamiento familiar de pacientes con Bulimia Nerviosa. Estas familias, en comparación con las de otros sujetos control (sujetos sin el trastorno que se toman como base para la comparación de los sujetos de estudio), son más conflictivas, desorganizadas, críticas, menos cohesionadas y con menor capacidad para establecer relaciones de confianza y de ayuda entre sus miembros. Otros estudios que comparan las familias de pacientes anoréxicas bulímicas, bulímicas en peso normal y comedoras compulsivas, observan perfiles familiares similares (Attie et. al., 1989).

Sights y Richards (1984, citados por Turón 1997), mediante la grabación de entrevistas estructuradas y su posterior evaluación por observadores que desconocían el diagnóstico, compararon las actitudes de las madres y padres de pacientes bulímicos frente a las de un grupo control (grupo de sujetos sin el trastorno que son tomados como base para la comparación con los sujetos del estudio) de edades similares. Las madres de las pacientes resultaron ser más dominantes, controladoras, y tener unas expectativas más elevadas respecto a sus hijas. Los padres habían mantenido una estrecha relación con sus hijas durante su infancia, y aparecía un progresivo distanciamiento en la adolescencia, deterioro que no se observa en la relación padre-hija en el grupo control. Ambos padres del grupo de pacientes bulímicas eran más exigentes y establecían comparaciones entre los hermanos de forma más evidente, y así mismo existía más tensión entre padres e hijos (Turón, 1997).

Un interesante estudio de Pike et al (1991), compara las actitudes y conductas de las madres de pacientes con trastornos de la alimentación con las de madres de adolescentes de un grupo control, buscando alteraciones en las pautas de ingesta y nivel de satisfacción con el peso y la imagen corporal, así como índice de adaptación y cohesión familiar (Pike et. al., 1991).

Estos autores encuentran también que las madres de las pacientes puntúan más alto que las del grupo control en alteraciones de ingesta e insatisfacción respecto a la imagen corporal, medidas a través de la prueba Eating Disorders Inventory (EDI). Una clara mayoría de estas madres mostraban antecedentes de dietas restrictivas (el 90%

frente al 79% del grupo control) y, lo que es más significativo, habían iniciado la práctica de las dietas a edades mucho más tempranas (Pike et. al., 1991).

“Por otra parte, el grupo de madres de pacientes se sentían más insatisfechas respecto al grado de cohesión familiar, al igual que sus hijas, y a diferencia del grupo control. Otro punto importante es que estas madres encontraban a sus hijas menos atractivas que el otro grupo, puntuando en atractivo incluso por debajo de lo que puntuaban las propias pacientes respecto a sí mismas, hecho que apunta hacia un alto grado de exigencia respecto a sus hijas y una probable presión sobre éstas para que estén más delgadas. Los autores interpretan las alteraciones en la ingesta en estas pacientes como un mecanismo de “coping” para mitigar sentimientos de alineación y de soledad en el seno de la vida familiar” (Pike et al, 1991) .Humphrey (1986), describe los atracones como un desesperante intento de lograr una nutrición y confortabilidad, y las conductas de purga como un medio para eliminar sentimientos negativos y hostiles (Humphrey, 1986).

Así mismo, algunos autores establecen conexiones entre problemas conyugales y familiares, y el pronóstico de recuperación de las pacientes. Los problemas familiares previos a la enfermedad se relacionan con una peor evolución. “La restauración de las pautas de alimentación suele ir asociada a un incremento de trastornos psicopatológicos en los padres, sobre todo cuando existen una mala relación conyugal” (Vandereycken y Castro, 1991), como si el trastorno de la alimentación tuviese una función equilibradora u homeostática sobre el medio familiar.

Aunque todas estas consideraciones no explican por qué una adolescente o una mujer joven desarrolla un trastorno de la alimentación, es un hecho que los problemas en el funcionamiento general del sistema familiar pueden ser caldo de cultivo para el desarrollo o mantenimiento de estos trastornos, por lo que es importante su correcta evaluación y manejo de cara al abordaje terapéutico y a la comprensión global del problema.

Los síntomas de la Bulimia Nerviosa muchas veces se infravaloran o son desconocidos para la familia, dado que el paciente tiende a ocultarlos porque son vividos como algo vergonzoso, y su aspecto físico no se ve tan afectado como en el caso de la anorexia nerviosa.

Muchos de los pacientes solicitan ayuda profesional sin que sus familiares conozcan el problema. En la fase inicial del tratamiento es, por lo tanto, necesario evidenciar abiertamente los síntomas del trastorno y el deterioro psíquico y somático que éste ocasiona.

“Al margen del tipo de abordaje terapéutico es imprescindible el concierto y la colaboración de la familia en el abordaje del trastorno. Tras una primera fase de información sobre los diferentes aspectos del trastorno, es importante valorar la actitud de la familia frente a la enfermedad. Se debe estimular a la familia de manera progresiva para que modifique todo aquello que se ha comprobado que contribuye a la perpetuación del trastorno. A tal efecto, es necesario concretar objetivos claros, específicos y realistas, así como formular medios prácticos y viables para conseguirlos” (Vandereycken y Castro, 1991).

10. Tratamiento Farmacológico de la Bulimia Nerviosa:

La mayoría de los autores proponen para la Bulimia Nerviosa un abordaje terapéutico variado donde se conjuguen la psicoterapia individual y familiar, las medidas dietéticas y la farmacoterapia.

“La hipótesis de que la Bulimia Nerviosa se debe a un desequilibrio entre los sistemas facilitadores o inhibidores de la actividad hipotalámica, sugirió la utilización de fármacos inhibidores del apetito, los anorexígenos y en especial la anfetamina y la fenfiuramina han demostrado ser parcialmente eficaces en algunos estudios, pero al mismo tiempo facilitan la desaparición del apetito, provocan euforia, reducción de la sensación de fatiga, hiperexcitabilidad, ansiedad e insomnio. La anfetamina y sus derivados no sólo no son recomendables en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa sino que en la mayoría de ocasiones comportan importantes riesgos (Coyle et. al., 1989).

De todos los modelos de tratamiento farmacológicos, los que se han mostrado más efectivos han sido sin duda los antidepresivos. Se ha considerado que la efectividad de antidepresivos en la Bulimia Nerviosa se debía a la vinculación de ésta con la depresión, y en la alta prevalencia de trastornos afectivos en los familiares de estos pacientes. Esta relación no está suficientemente clarificada, pero sí lo está el efecto beneficioso de los antidepresivos en la Bulimia Nerviosa (Turón, 1997).

El autor del libro "Trastornos de la Alimentación", Vicente Turón (1997), cita los estudios de Walsh en 1984 y 1987 sobre los antidepresivos del grupo inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO). La investigación abarcó 50 pacientes durante ocho semanas y demostraron que la feneltina era superior al placebo, con una reducción de los atracones superior al 60% y una remisión del 35%. Similares son los resultados de Kennedy (1986), sobre 18 pacientes durante seis semanas con tasas de remisión del 30 %. El verdadero problema radica no sólo en los efectos secundarios: inquietud, insomnio, hipotensión o aumento ponderal, sino en las interacciones de estos fármacos con ciertos alimentos y con otros fármacos. Entre las bulímicas no son infrecuentes las conductas de descontrol dietético y de abuso de sustancias, por lo que no se debe descartar la posibilidad de interacciones, en unos casos con productos simpaticomiméticos y en otros con alimentos ricos en tiramina, lo que provoca graves crisis hipertensivas (Turón, 1997).

"Los antidepresivos Inhibidores de la Recaptación de Serotonina (IRSS) son los fármacos de nueva generación con los que se han obtenido mejores resultados en la actualidad, en especial si se valoran la efectividad, los efectos secundarios y la calidad de vida. Se han mostrado efectivos en la reducción de conductas y cogniciones relacionadas con la Bulimia Nerviosa, incluida la apetencia por los hidratos de carbono. Su acción no está relacionada con la presencia de depresión y la reducción de las conductas patológicas, es posible que se deba a una acción específica sobre las cogniciones" (Ruiloba, 1996).

"De más reciente aparición son la paroxetina y la sertralina. Con la paroxetina se tiene una cierta experiencia, se trata de un IRSS con una acción a nivel de receptores selectiva y potente, y parece que no provoca ansiedad o inquietud como efecto secundario.

Sin embargo, las náuseas o una cierta sedación puede resultar un inconveniente” (Turón, 1997).

El papel de la farmacología ocupa un importante lugar en el tratamiento, pero por sí solo no es capaz de reducir totalmente la clínica bulímica. Es posible que la medicación sea un factor determinante en la evolución a corto o medio plazo, y a pesar de que no caben dudas de esta efectividad, se ha confirmado que la tasa de recaídas a largo plazo es alta, aunque se mantenga el tratamiento.

11. Tratamiento Psicológico de la Bulimia Nerviosa:

Yates et al, (1992, citado por Turón, 1997), en una revisión teórica sobre el tratamiento de la Bulimia Nerviosa, describieron cuatro tipos de tratamientos comúnmente utilizados:

- 1) Psicológico;
- 2) bajo internamiento hospitalario;
- 3) farmacológico, y
- 4) combinación de los tres anteriores.

“El internamiento hospitalario sólo estaría indicado en los siguientes cuatro casos o situaciones:

- a. La gravedad del trastorno es tal, que un tratamiento ambulatorio resulta insuficiente (e.g, en casos en los que existen repetidos intentos de suicidio o conductas impulsivas extremas, características de un trastorno de personalidad).
- b. Existencia adicional de dependencia grave de medicamentos, alcohol o drogas.
- c. Existencia de dificultades extremas para romper el círculo vicioso de atracón - vómitos.
- d. Donde los intentos repetidos de tratamiento ambulatorio han fracasado o mostrado un mínimo efecto” (Turón, 1997).

Desde un punto de vista psicoterapéutico, se han utilizado técnicas individuales, grupales, terapia familiar y grupos de soporte mutuo para el tratamiento de la Bulimia Nerviosa.

El marco teórico cognitivo y el conductual han sido internacionalmente los más aceptados e investigados hasta el momento en la Bulimia Nerviosa. Dentro de ellos, Fairburn y colegas (1996) describe cuatro modelos etiopatológicos o explicativos de esta patología:

- 1) modelo de reducción de la ansiedad;
- 2) modelo cognitivo-conductual;
- 3) modelo del control inadecuado de la conducta alimenticia, y
- 4) modelo del estrés interpersonal.

“En la actualidad, los dos primeros, y sus estrategias terapéuticas, se consideran los más adecuados y efectivos en el tratamiento de estos pacientes: es decir, el tratamiento de exposición y prevención de respuesta y el tratamiento cognitivo-conductual” (Fairburn et. al., 1996).

a) Exposición con prevención de respuesta:

“Exposure plus Response Prevention” (ERP) (Rosen y Leitenberg, 1982; Leitenberg, Gross, Peterson y Rosen, 1984, citado por Turón, 1997). Esta técnica consiste en exponer al paciente ante estímulos discriminativos, o elicitadores de la conducta problema (episodios bulímicos o vómitos), como pueden ser: alimentos «prohibidos», o altamente calóricos, o determinadas conductas (e.g, ir de compras al supermercado, estar sola en casa; observar su propia figura corporal; etc.), que sería la denominada *fase de exposición*; e impedir acto seguido que se produzca la conducta problema o reacciones usuales (o fase de *prevención de respuesta*), como serían los vómitos o episodios bulímicos.

En este procedimiento terapéutico aparecen dos posibles estrategias o variantes (Fernández y Saldaña, 1997, citado por Turón, 1997):

- “1. Confrontación con estímulos externos.
 - a. Exposición y prevención del vómito (EVP).
 - b. Exposición y prevención del episodio bulímico (EBP)
2. Confrontación con estímulos internos: sentimientos y pensamientos negativos que aparecen tras la visualización de la propia imagen a través de un monitor de televisión” (Turón, 1997)

“Las desventajas de las estrategias EBP estriban en las dificultades para poder identificar estímulos discriminativos, de atracones incontrolados o episodios bulímicos, pues en la mayoría de los casos no se trata tan sólo de estímulos externos, como por ejemplo productos alimenticios específicos (chocolates, dulces, pastas o frutas secas), sino también de estímulos internos (por ejemplo las emociones de ira, frustración, soledad y factores interpersonales).

La desventaja de las estrategias EVP, estriba en las propias características aversivas inherentes a este procedimiento” (Turón, 1997).

b) Terapia cognitivo-conductual (CBT):

“Las bases teóricas de este procedimiento terapéutico se centran en la teoría cognitivo-conductual desarrollada y aplicada por Beck (1976), en pacientes depresivos en los cuales se demostró su gran efectividad. La aplicación sistemática de este procedimiento, en la Bulimia Nerviosa, la describió por primera vez el grupo de Oxford” (Fairburn et al 1996).

En el tratamiento cognitivo-conductual de la Bulimia Nerviosa se utiliza una combinación de técnicas cognitivas-conductuales para cambiar la conducta de los pacientes, sus actitudes hacia la imagen y el peso, e incluso otras distorsiones cognitivas, como son la baja autoestima y el perfeccionismo.

c) Terapia interpersonal (IPT):

“Esta intervención terapéutica no se centra en los síntomas, sino en el tratamiento y solución de los problemas de fondo que existen en el paciente” (Fairburn et. al., 1996).

El objetivo principal de este método es conseguir una reducción de las emociones negativas que aparecen como consecuencia de déficit en la esfera interpersonal, de manera que se produzca una reducción indirecta de los episodios bulímicos.

“La fase inicial de esta terapia se compone de autorregistros de las relaciones interpersonales a partir de las que apareció el trastorno de la alimentación, para buscar a continuación las relaciones entre el trastorno alimenticio actual y las variables interpersonales. Posteriormente, se formularán objetivos comunes que se intentarán alcanzar a partir de técnicas específicas” (Fairburn et. al., 1996).

d) Grupos psicoterapéuticos en los trastornos alimenticios:

Los pacientes de Bulimia Nerviosa suelen presentar baja autoestima, miedo al rechazo social, perfeccionismo y sentimientos de inferioridad. Se evita sistemáticamente la compañía de los demás por sentimientos de vergüenza o por miedos sociales y progresivamente se aíslan más en sus propios problemas.

Los grupos psicoterapéuticos ofrecen un medio inmejorable para afrontar en estos pacientes temas y problemas de complejo abordaje en un tratamiento individual. Así, la terapia de grupo provee a las personas con trastornos alimentarios de un contexto social en el que pueden desarrollar una identidad más saludable en el marco de las interrelaciones del grupo, que les ayuda a desarrollar estrategias interpersonales y a compartir experiencias sociales.

“Las ventajas más destacables de la terapia de grupo son:

- Los grupos ofrecen la posibilidad de participar en un pequeño marco social.
- Los grupos permiten que las pacientes puedan establecer un “feedback” interpersonal.

- ♦ El grupo tiene para las pacientes la validez consensual o de universalidad, pues conocen a otras enfermas que han tenido los mismos sentimientos, dudas, inseguridades y problemas, lo cual promueve el apoyo e intercambio personal.
- ♦ La función recíproca de los miembros del grupo para «servir de ayuda» o «ser ayudada» puede ser beneficiosa. La autoestima aumenta a través de la satisfacción de contribuir en el proceso terapéutico” (Turón, 1997).

También existen algunas contraindicaciones en el grupo terapéutico, hay terapeutas que tienden a sobreestimar el hecho de que algunas pacientes anoréxicas o bulímicas simplemente no se benefician de un grupo terapéutico. Esto explicaría algunos aspectos importantes de los problemas de abandono.

La homogeneidad de las variables demográficas y clínicas, así como el grado de atracción recíproca de los miembros del grupo pueden ser importantes características para asegurar el éxito del grupo terapéutico. Se ha indicado la necesidad de separar en diferentes grupos a pacientes anoréxicas de bulímicas.

Esto se apoyaría en que las pacientes bulímicas tienen una estructura de personalidad diferente comparada con las pacientes anoréxicas en término de impulsividad, expresividad de emociones, problemas con la intimidad y tolerancia a los conflictos interpersonales.

“Resulta esencial una exhaustiva recopilación de información, previa al tratamiento, que permita conocer la severidad del síntoma o duración del trastorno, así como los deseos de cambio en el paciente. Se debe realizar una exploración psicopatológica para detectar posibles psicopatologías asociadas” (Turón, 1997).

12. Bulimia Nerviosa en Hombres:

Los hombres constituyen aproximadamente el 10% de las personas que acuden a tratamiento médico por cuestiones de trastornos de alimentación. Un estudio reciente, realizado por Fairburn (1996), entre los hombres del ejército de los Estados Unidos de América, reportó un 2.5% de Anorexia Nerviosa, 6.8% de Bulimia Nerviosa y 40% de otra forma de trastorno del comer no especificado de otra manera. Otro estudio realizado en los hombres estadounidenses con trastornos del comer reportó que 42% de los que tenían Bulimia Nerviosa eran homosexuales o bisexuales y 58% de los hombres con Anorexia Nerviosa reportaron ser asexuales. Los otros factores de riesgo entre los hombres, incluyendo depresión, trastorno de la personalidad y abuso de sustancias, fueron paralelos a los factores entre las mujeres con trastornos del comer (Fairburn, 1996).

“Personajes tan conocidos como Lord Byron, Kafka, o el presidente de los Estados Unidos William H. Taft, han padecido una u otra de un trastorno de alimentación” (French, 1999).

Una investigación realizada por Llana Attie y J. Brooks G (1989) con estudiantes de escuela secundaria reportó que 2.7% de las niñas y 1.4% de los niños presentaban comportamiento bulímico. También reportó que las personas que están inconformes con su cuerpo al comienzo de la adolescencia tienden a desarrollar problemas de alimentación (Attie, 1989)

“En un cuestionario realizado a 226 estudiantes universitarios (98 hombres y 128 mujeres) sobre el peso, la figura corporal, la dieta y el historial de ejercicio físico, se encontró que 26% de los hombres y 48% de las mujeres se consideraban sufrir de sobrepeso. Para perder peso, las mujeres usualmente regulaban su dieta, mientras los hombres preferían hacer ejercicio” (Drewnoski y Yee, 1987).

Aunque los hombres y las mujeres presentan síntomas idénticos (hambre, distorsión en la imagen corporal y miedo a engordar); el origen del problema es distinto.

“A la edad de nueve años, 40% de las niñas se consideran gordas, aunque la mayoría realmente no lo son. A la misma edad, ningún hombre se considera gordo. En noveno grado (14 años), 78% de las mujeres consideran que deberían ser más delgadas – mientras únicamente 29% de los hombres opinan lo mismo. La mayoría de hombres sienten deseos de regular su dieta porque son víctimas de la burla de sus compañeros, desean mejorar su rendimiento atlético o se encuentran involucrados en una relación homosexual. Las mujeres, por el otro lado, se perciben gordas por los estándares sociales que les demandan tener “el cuerpo ideal”. Las mujeres también se preocupan por la apariencia de sus cinturas y sus piernas, mientras los hombres se preocupan de su abdomen y el tamaño de su pecho” (Cash et. al., 1986).

En general, los hombres parecen ser más descuidados y estar más despreocupados de su peso y su figura corporal, en comparación con la presión que experimentan las mujeres. Un estudio llevado a cabo por Cash y sus colegas en los Estados Unidos indicó que únicamente el 41% de los hombres están insatisfechos con su peso, mientras el porcentaje de las mujeres asciende al 55%; en el otro extremo, el 77% de los hombres que se encuentran bajo el nivel de peso que les corresponde se sienten satisfechos con su apariencia, mientras el 83% de las mujeres sienten disgusto por esta situación. Los hombres, más que las mujeres, expresaron sentirse bien con su cuerpo al practicar deportes o hacer ejercicio físico regularmente. Las mujeres expresaron una mayor preocupación por su apariencia física y su peso (Cash et. al., 1986).

a. Actitudes sexuales, comportamiento y disfunción endocrina

“Los hombres que sufren de trastornos en la alimentación difieren de las mujeres en similar situación, con respecto a las experiencias sexuales. Es poco probable que los hombres hayan tenido una vida sexual activa antes o durante el desarrollo del trastorno, en contraste con la situación de las mujeres. Sin embargo, los hombres con problemas de Bulimia Nerviosa parecen tener una vida sexual más activa que los hombres con Anorexia Nerviosa” (Pope, 1989).

b. Homosexualidad

“Los casos de hombres homosexuales con trastornos de alimentación presentan una preponderancia marcada. Sin embargo, se estima que el porcentaje de hombres homosexuales en la sociedad americana (3% a 5%) se ve duplicado por la cifra de hombres con trastornos de alimentación” (Whitman, 1983).

“Los conflictos sobre identidad de género u orientación sexual pueden precipitar el desarrollo de un trastorno alimenticio en los hombres. Es posible que, mediante la reducción del impulso sexual por medio de la hambruna, los pacientes logren resolver temporalmente sus conflictos sexuales” (Whitman, 1983).

Según Herzong (1984) los hombres homosexuales pueden correr el riesgo de desarrollar trastornos alimenticios, debido a las exigencias de la comunidad homosexual en torno a “mantener la línea”. En promedio, se ha encontrado que los hombres homosexuales pesan menos que los hombres heterosexuales. Comparados con los hombres heterosexuales, los homosexuales presentan una satisfacción menor con respecto a su figura corporal (Herzong, 1984).

c. Influencias Familiares y Variables de Personalidad

Kearny- Cooke y Steinchen- Asch, (citados por Andersen, 1990), encontraron que los hombres con trastornos alimenticios tienden a tener personalidades dependientes, evasivas y pasivas-agresivas; además de haber experimentado reacciones negativas con respecto a sus cuerpos por parte de sus compañeros de niñez y adolescencia (Andersen, 1990).

“También presentan mayor dependencia de sus padres. Algunos autores han concluido que, en la cultura americana, la musculatura, la agresión física, la competencia atlética, la competitividad y la independencia, se consideran generalmente deseables por los hombres; mientras la dependencia, pasividad, inhibición a la agresión física, la pequeñez y la nitidez se consideran características adecuadas para las mujeres. Los jóvenes que desarrollan en el futuro trastornos alimenticios, no responden a las expectativas culturales con respecto a la masculinidad; por el contrario, tienden a ser más

dependientes, pasivos y no atléticos—cualidades que pueden llevarlos a sentir desolación e inconformidad corporal” (Andersen, 1990).

d. Actividades Físicas

“Se han observado algunas diferencias entre sexos. Una de ellas es que hay muchos más pacientes masculinos que femeninos practicantes de actividades deportivas en el momento de iniciar su enfermedad. Otra es que, entre los varones afectados, el porcentaje de obesos es significativamente superior al observado en mujeres” (Saldaña, 1994).

Los atletas más competitivos son a menudo perfeccionistas, un rasgo común entre las personas con trastornos del comer. Las mujeres en los deportes de "apariciencia", incluyendo gimnasia y patinaje artístico y deportes de resistencia como carreras atléticas y carreras a campo traviesa, tienen un riesgo mayor de desarrollar Anorexia Nerviosa. El éxito en el ballet depende del desarrollo de un cuerpo nervudo y sumamente esbelto. Un estudio que realizó P. R. Lemus y P. Lubin (1993), sobre atletas con problemas alimenticios, concluyó que 1 de cada 10 corredoras sufre de desordenes alimenticios (Lemus, 1993).

“Los luchadores hombres y los remeros de peso liviano se encuentran también con riesgo de someterse a dietas excesivas. Un tercio de los luchadores en escuela secundaria emplea un método llamado “cortado de peso” para la pérdida rápida de peso; este proceso incluye la restricción de comida y la reducción de líquidos usando baños turcos, saunas, laxantes y diuréticos. Aunque los atletas masculinos tienen una mayor tendencia a reanudar patrones de comer normales una vez la competencia concluye, los estudios están mostrando que los niveles de grasa del cuerpo de varios luchadores todavía están lo bastante por debajo de sus compañeros durante la estación baja y llegan a estar a menudo tan bajos como 3% durante la estación de lucha” (Turón, 1997).

“A pesar de que la Bulimia Nerviosa es menos frecuente en los hombres que en las mujeres, ni los síntomas, ni las respuestas al tratamiento, ni su evolución a lo largo del tiempo, diferencian significativamente. Sin embargo, se han observado algunas

diferencias entre sexos. Una de ellas es que hay muchos más pacientes masculinos que femeninos practicantes de actividades deportivas en el momento de iniciar su enfermedad. Otra es que, entre los varones afectados por estos trastornos, el porcentaje de obesos es significativamente superior al observado en mujeres” (Saldaña, 1994).

En realidad, una parte importante de la población masculina desearía aumentar de peso. Y es que el modelo corporal masculino establecido en la sociedad de hoy sigue implicando fortaleza física, desarrollo muscular y sensación general de potencia.

El Profesor de Psiquiatría Joseph Toro (citado por French, 1999), asegura que los varones, junto a su afán por desarrollar los músculos, centran gran parte de su preocupación por el cuerpo mucho más en mantenerse en forma que en la búsqueda de la delgadez. Por ello, así como las revistas dirigidas al público femenino están saturadas de incitaciones a la delgadez, a la pérdida de peso, las de lectura mayoritariamente masculina hacen hincapié en la actividad, el movimiento, la agilidad o la destreza física. Este hecho hace que, en el sexo masculino, muchos trastornos alimenticios se inicien y persistan principalmente por las tentativas de conseguir y mantener “la forma” que por deseos de adelgazar (French, 1999).

III. MARCO METODOLÓGICO

El presente trabajo es una investigación experimental, donde el objetivo es encontrar la incidencia de Bulimia Nerviosa en una muestra de jóvenes adultos guatemaltecos entre 17 y 26 años de edad, y determinar si existe una diferencia significativa entre el punteo de los varones y las mujeres.

1. Hipótesis de Investigación:

Existe una diferencia estadísticamente significativa, al nivel alfa de 0.05, entre varones y mujeres en los resultados del "Test Bulit".

Alfa = 0.05 significa que existe un 5% de error en los resultados del analisis estadístico que se realizara.

2. Variables:

Las variables tomadas en cuenta son:

- a) Variable pseudoindpendiente: el sexo
- b) Variable pseudodependiente: grado de Bulimia Nerviosa, medido a través del punteo obtenido en el cuestionario de Bulimia de Smith y Thelen (1984).
- c) Se tomaron como criterios de exclusión, de participantes en este estudio, enfermedades que pueden producir trastornos en el hábito alimenticio. Por tanto, las variables extrañas son enfermedades como la diabetes, gastritis, úlceras, colitis o cualquier otra enfermedad que pueden alterar los patrones de consumo de alimentos.

3. Población y Muestra:

La población está compuesta por jóvenes adultos entre las edades de 17 y 26 años, estudiantes universitarios, de clase económica media-alta y alta.

Aunque la edad del grupo encuestado es un poco menor que la edad de inicio usual para la enfermedad, se considera que, por ser un grupo de personas mayoritariamente de clase media-alta y alta, expuestas a estímulos (medios de comunicación como cable, cine, periódicos, revistas, etc.) similares a los de la población estadounidense, es un buen grupo para iniciar la investigación en el país.

Ante la imposibilidad de trabajar con una muestra representativa de la población general, se escogió una muestra no probabilística, también llamada muestra dirigida. Esta muestra es llamada no probabilística ya que la elección de sujetos de estudio no depende de la probabilidad, sino del criterio del investigador.

La muestra consta de sujetos voluntarios, extraídos de grupos estáticos (cursando materias similares) de estudiantes universitarios, inscritos en dos universidades privadas; la Universidad del Valle de Guatemala y de la Universidad Mariano Gálvez.

Los voluntarios fueron estudiantes de clases donde se contó con la colaboración de los profesores que cedieron tiempo para la aplicación. Por tanto es una muestra no probabilística tomado de un grupo estático.

Se aplicó el cuestionario a 105 varones y 129 mujeres, siendo un total de 234 sujetos los que componen la muestra total.

4. Instrumento:

El instrumento utilizado fue el cuestionario de Bulimia o Test Bulit de Marcia Smith y Mark Thele (1984), la cual mide síntomas de Bulimia Nerviosa. Esta prueba fue tomada del artículo "Development and validation of a test for Bulimia", publicado en la revista Journal of Consulting and Clinical Psychology de 1984.

La prueba consta de un total 36 preguntas, de las cuales dos preguntas son respondidas exclusivamente por mujeres ya que son sobre la menstruación y su frecuencia. Sin embargo, la puntuación de la prueba es de 31 puntos mínimo ya que las preguntas 7, 33, 34, 35 y 36 no fueron tomadas en cuenta, por los autores, para el análisis de la prueba.

Se califican las respuestas "e" en los apartados 1,2,6,10,16,19,22,23,30 y respuestas "a" en los apartados 3,4,5,8,9,11 al 15,17,18,20,21,24 al 29, 31, 32, 35 con una puntuación de 5 cada una. Las demás respuestas reciben la puntuación de 4,3,2,1, secuencialmente. La hoja de calificación se puede apreciar en el Anexo E.

El punteo va de 31 a 160, y los sujetos de investigación fueron clasificados por el "Test Bulit" como bulímicos si el resultado total era igual o mayor a 102 puntos, y como normales si el resultado era inferior a ese punteo.

Los factores que mide el "Test Bulit" de Marcia Smith y Mark Thelen son: comilonas, sentimiento, vómito, alimentación y peso. El factor comilona mide el comportamiento actual sobre los hábitos alimenticios, comilonas o atracones, así como el temor a la pérdida del control de la conducta alimenticia. El factor de sentimiento es el sentimiento que se produce después de una conducta de ingesta excesiva, como la culpa o la ansiedad. El vomitado es la frecuencia o facilidad con que logra vomitar la comida después de una comilona. El alimento es el tipo de comida que le gusta consumir durante los atracones, como dulces, pasteles, chocolates, frutas secas, pasteles o cualquier otro tipo de alimentos altos en carbohidratos. Y el peso es la cantidad de peso que ha perdido

o ganado en un determinado período de tiempo. Este último factor mide de los laxantes y diuréticos.

Para el desarrollo de la prueba se utilizaron casos de mujeres diagnosticada Bulimia Nerviosa y estudiantes universitarias sin bulimia que sirvieron como grupo control con la intención de determinar la habilidad de predicción de la prueba. En los diversos estudios realizados para la creación, y validación de la prueba se contó con una muestra exclusivamente de mujeres.

Los autores de la investigación "Development and Validation of a Test for Bulimia", Marcia Smith y Mark Thelen (1984) explican que se calculó un coeficiente de confiabilidad mediante el método "test-retest" comparando los resultados totales de la primera y segunda prueba realizada a los sujetos. La confiabilidad de esta "reevaluación" de la prueba resultó ser de 0.87 ($p < 0.0001$) usando la correlación de Pearson para esta muestra.

"Los resultados del "Test Bulit" provenientes de la segunda evaluación mostraron una diferencia significativa entre los sujetos calificados como bulímicos ($M=104.8$) y los sujetos calificados como normales ($M=74.7$), $t(65) = 5.69$, $p < .0001$. Un coeficiente global de validación se obtuvo al correlacionar los resultados totales de la reevaluación con identificación de grupo, de acuerdo al juicio del evaluador ($r=.54$, $p < .0001$, correlación de punto biserial" (Smith et al, 1984).

Los estudios de validación cruzada realizados con las muestras independientes de sujetos normales y sujetos bulímicos sugieren que la escala de evaluación tiene la habilidad de predecir.

La información recopilada ha demostrado, por tanto, que el "Test Bulit" provee un medio objetivo, confiable y válido para la identificación de individuos con síntomas de bulimia. Una validación posterior del Bulit fue realizada al aplicar la evaluación a un grupo universitario no clínico. Los resultados de la evaluación pudieron predecir el diagnóstico,

pues éstos fueron comparados con entrevistas clínicas independientes realizadas a los sujetos.

El porcentaje de sujetos que fueron correctamente clasificados por la evaluación fue predeciblemente mayor para los sujetos evaluados en etapas de validación en los que se investigó a grupos bulímicos identificados, en comparación con los sujetos de la población no clínicos.

El uso de sujetos clasificados clínicamente como bulímicos, como un grupo de criterio, ofrece al "Test Bulit" la ventaja de ser útil para detectar individuos en la población general que sufren de Bulimia Nerviosa o están en riesgo.

Al utilizar una separación del "Test Bulit" en el punteo de 102, los investigadores pueden estar seguros de que los sujetos que cumplen con este criterio manifiestan, de hecho, síntomas de Bulimia Nerviosa. En adición a esto, sin embargo, el "Test Bulit" puede ser efectivamente utilizado como un dispositivo para la identificación de casos actuales o casos incipientes de Bulimia Nerviosa, antes de que estos síntomas sean crónicos.

Para la realización de este trabajo de graduación se consideró adecuada la utilización del "Test Bulit" de M. Smith y M. Thelen (1984), ya que, a pesar que la prueba está validado con mujeres, existe una creciente incidencia de trastornos alimenticios en los varones y las preguntas que se utilizan para determinar síntomas de Bulimia Nerviosa son neutrales al género.

El "Test Bulit" aplicado a la muestra es una versión traducida de la prueba en inglés. Para la revisión de los cuestionarios se elaboró una plantilla con las puntuaciones correspondientes a cada pregunta (véase Anexo E).

La hipótesis presentada en este trabajo se analizará por medio de una "prueba F" para ver si las varianzas son iguales. Luego se realizará una "prueba t", para determinar si

existe una diferencia estadísticamente significativa entre la puntuación de los varones y las mujeres.

También se realizará una estadística descriptiva para ver las características y distribución del conjunto de datos obtenidos a través de la aplicación de las pruebas.

VI. RESULTADOS:

Los estudiantes voluntarios respondieron que se les entregó junto con el "Test Bulit". En la hoja de respuestas se les solicitaba información sobre sexo, edad y si padecían de alguna enfermedad (ver Anexo D). Los datos recolectados a través de la aplicación del "Test Bulit" son los siguientes:

Se pasaron un total de 235 pruebas de las cuales uno llenó el criterio de exclusión ya que padecía de diabetes. Del total restante, 129 pertenece a mujeres y 105 a varones.

Como ayuda de la Hoja Electrónica Excel, se realizó una estadística descriptiva para ver la distribución de los datos y una prueba F para determinar si las varianzas (fluctuación o variabilidad promedio de un determinado valor de la población) eran iguales o desiguales. Luego se realizó una prueba t para determinar si existe una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados de las pruebas de los varones y las mujeres.

Al separar la puntuación en 102 para considerar Bulimia Nerviosa, se encontró un total de cinco mujeres con puntuaciones de 104, 109, 113, 114, y 119. También destacaron 8 pruebas con puntuaciones entre 101 y 90.

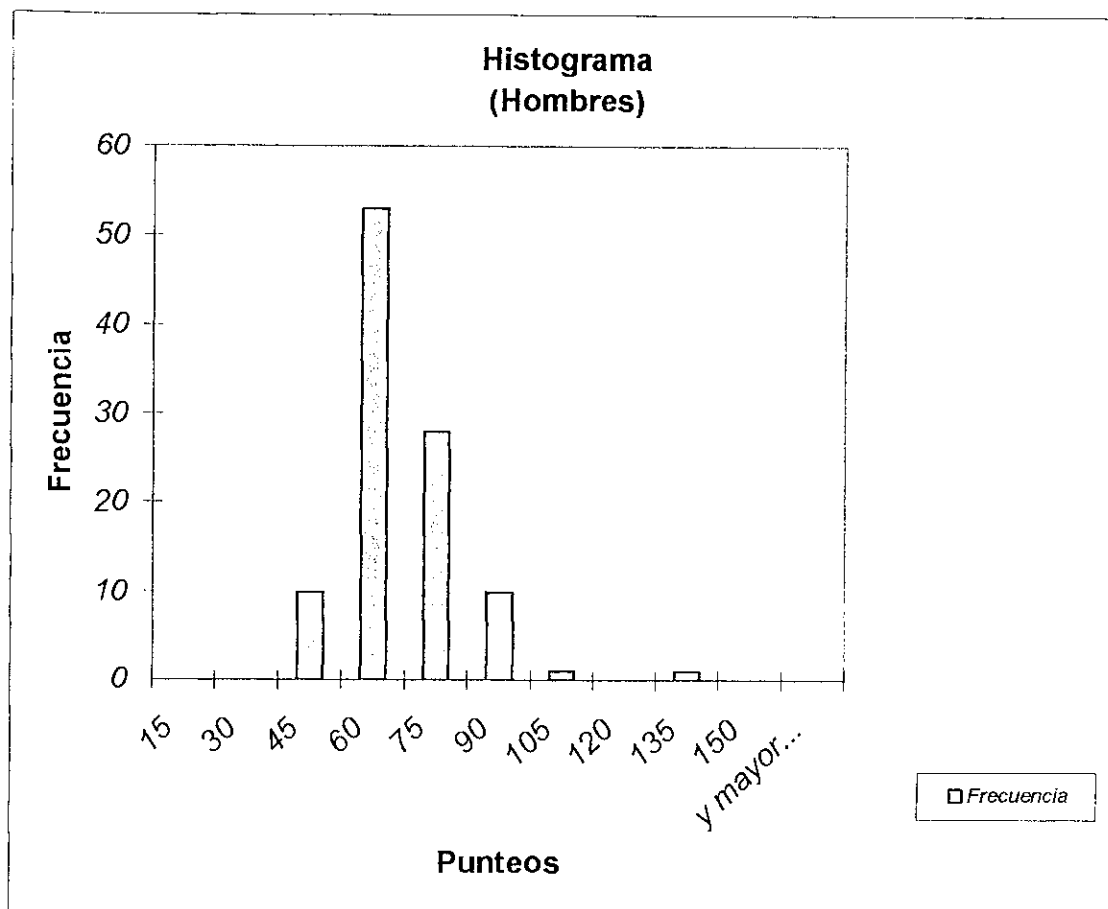
Entre los hombres se encontró una prueba con puntuación de 138 y dos con puntuaciones que podrían ser consideradas como posibles candidatos a desarrollar el trastorno, ya que presentaban una puntuación de 100 y 97.

Estos seis sujetos que presentan síntomas de Bulimia Nerviosa, cinco mujeres y un hombre, representan el 2.56% de la muestra que se utilizó en este estudio.

Existen 10 pruebas con puntuación alta, pero sin llegar al límite establecido de 102 para considerarlos como bulímicos. Sin embargo, estos sujetos, ocho mujeres y dos hombres, podrían desarrollar en un futuro bulimia ya que presentan hábitos de alimentación inapropiados sin llegar a ser, todavía, de importancia clínica.

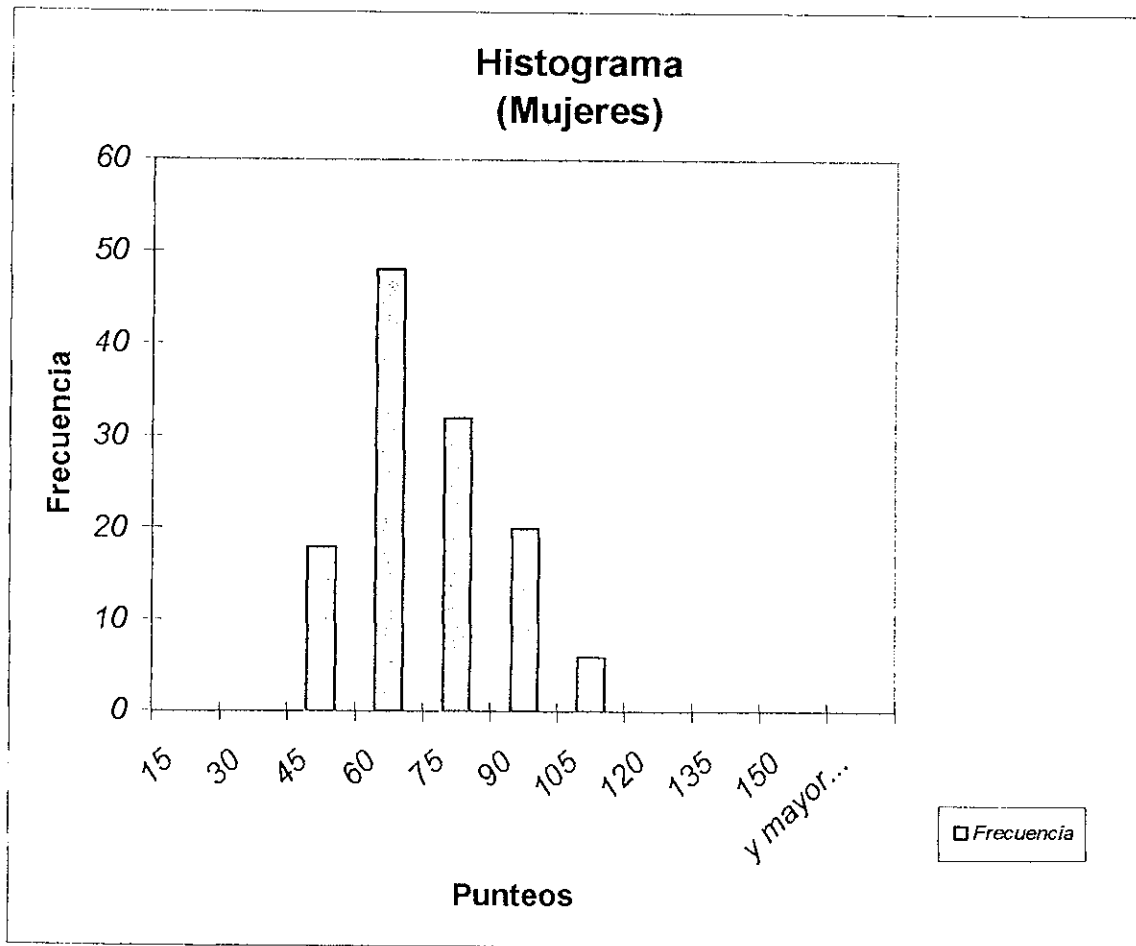
La gráfica no. 1 muestra las frecuencias de las puntuaciones que obtuvieron los hombres. Se puede observar que las frecuencias más altas son 53 sujetos entre punteos 60-75, 28 pruebas con puntuaciones entre 75-90 y 10 pruebas entre puntuaciones de 90-105. También se encuentran 10 pruebas con punteos entre 45-60 y dos entre 105-120. Ningún hombre se encuentra entre los punteos de 120-135. sólo un sujeto obtuvo una puntuación de 138 en su prueba, lo cual indica que presenta síntomas de bulimia nerviosa.

Gráfica No. 1



Las mujeres puntuaron en la prueba total con una frecuencia de cero entre 15-45 puntos, 18 mujeres entre 45-60 puntos, 48 mujeres entre 60-75 puntos, 32 entre 75-90 y 20 sujetos entre 90-105. La frecuencia más alta se encuentra entre 60-75 puntos con 48 mujeres. Se encontró, también, a 6 mujeres con puntuaciones entre 105- 120, lo cual indica que presentan síntomas de bulimia nerviosa según el test Bulit. Estos datos se pueden apreciar en la gráfica no. 2

Gráfica No. 2



Según los resultados del análisis realizado, del total de 105 sujetos que conformaron el grupo de los hombres la media fue de 60, por tanto el promedio de las puntuaciones de los varones fue de 60 puntos. La mediana fue de 57, la moda fue de 54, la desviación estándar 14,860 y la varianza de la muestra fue de 220.8461538. El puntaje mínimo que presentaron las pruebas de los varones fue de 34 y el máximo de 138. Esta última prueba fue la única clasificada con síntomas de Bulimia Nerviosa.

Tabla No. 1

Estadística Descriptiva de los Varones

Estadística	Valores
Media	60
Mediana	57
Moda	54
Desviación estándar	14.86089344
Varianza de la muestra	220.8461538
Curtosis	6.558667529
Coefficiente de asimetría	1.764750303
Rango	104
Mínimo	34
Máximo	138
Suma	6300
Cuenta	105
Mayor (2)	100
Menor(2)	36

El grupo de las mujeres compuestas por 129 sujetos presentó una media de 63.55, por tanto la media de las puntuaciones de las pruebas de las mujeres fue de 63.55 puntos. La mediana fue de 60 puntos, mientras que la desviación estándar fue de 18.014 y la varianza de la muestra fue de 324.515019. El mínimo de las puntuaciones entre las mujeres fue de 35 y el máximo de 119.

Tabla No. 2

Estadística Descriptiva de las Mujeres

Estadística	Valores
Media	63.5503876
Mediana	60
Moda	52
Desviación estándar	18.0143004
Varianza de la muestra	324.515019
Curtosis	0.45315015
Coefficiente de asimetría	0.93237482
Rango	84
Mínimo	35
Máximo	119
Suma	8198
Cuenta	129
Mayor (2)	115
Menor(2)	38

Para comprobar la hipótesis se realizó la "prueba t", la cual es una prueba estadística, para determinar si las dos medias de los grupos difieren significativamente. Además se realizó una "prueba F de varianzas" y se concluye que las "varianzas" son desiguales porque el valor "F" es mayor que los valores críticos F (una cola), como se logra ver en la tabla 3.

Tabla No 3

"Prueba F para varianzas de dos muestras"

Estadística	Grupos	
	Mujeres	Hombres
Media	63.5503	60
Varianza	324.5150	220.8461
Observaciones	129	105
Grados de libertad	128	104
F	1.4694	
P(F<=f) una cola	0.0211	
Valor crítico para F (una cola)	1.3651	

Ya que las varianzas son diferentes, se realizó una "prueba t" ó prueba de hipótesis para determinar si las dos medias de los grupos difieren significativamente.

Como se observa en la tabla 4, el valor "t" observado (1.6519) es mayor al valor crítico t (1.6514) por lo que se concluye que las medias son estadísticamente diferentes, a un nivel de 0.05. La tabla número 4 muestra los resultados de la prueba t que se realizó.

Tabla No 4

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales

Estadística	Grupos	
	Mujeres	Hombres
Media	63.5503	60
Varianza	324.5150	220.8461
Observaciones	129	105
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	232	
Estadístico t	1.65198	
P(T<=t) una cola	0.04994535	
Valor crítico de t (una cola)	1.65144	

Los resultados de los cuestionarios también indican que hay diferencia en los puntajes de cada factor que mide esta prueba. La gráfica no. 3 presenta la comparación de valores promedio de los factores evaluados en el "Test Bulit".

El factor sentimiento representa un total de 50 puntos en el "Test Bulit". Como está indicado en la tabla no. 3, las mujeres presentan un promedio de 22.60, mientras que los hombres presentan un promedio de 18.82. Por tanto se puede concluir que las mujeres se ven más afectadas por las emociones que los hombres. Las mujeres están más preocupadas por su figura y apariencia física y por ello se sienten culpables cuando rompen una dieta o comen en exceso.

Los hombres presentan puntuaciones promedio de 25.43 (sobre 60 puntos) en comilona, 5.52 (sobre 10 puntos) en alimentos y 4.30 (sobre 10 puntos) en peso, a diferencia de las mujeres que muestran un promedio de 24.90 en comilonas, 4.94 en alimentos y 3.70 en peso.

Los hombres muestran una tendencia mayor a realizar y participar en comilonas que las mujeres. También consumen más alimentos altos en carbohidratos, como dulces y pasteles, y se preocupan más por el peso, pero esta preocupación no se centra en mantener una figura delgada, sino en ganar o perder peso para formar un cuerpo más musculoso.

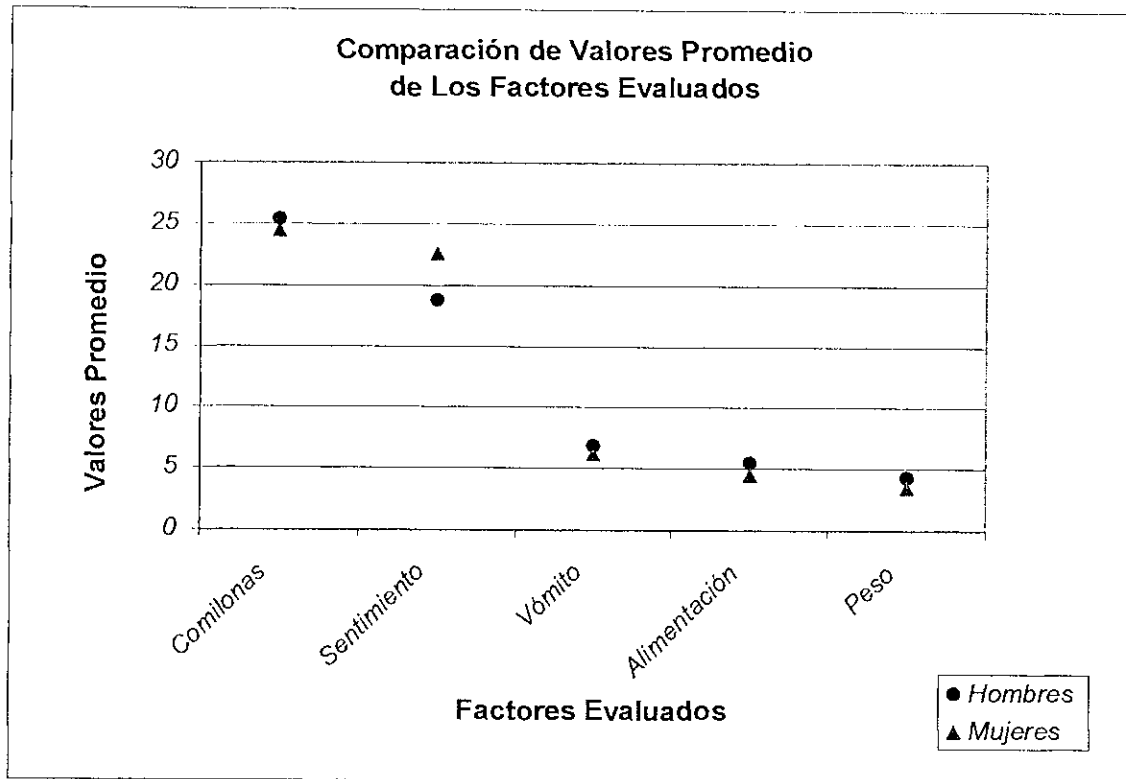
El factor vómito tiene un valor de 20 puntos dentro de la escala total del "Test Bulit". Como lo muestra la gráfica no. 3, existe una diferencia mínima entre el promedio de los hombres y las mujeres. Los hombres presentan un promedio de 6.90 y las mujeres 6.98. Esto indica que los sujetos de este estudio realizan el vómito con poca frecuencia, o bien, poseen poca facilidad para vomitar después de comer en exceso.

Tabla No. 5

Promedio de los factores evaluados por el Test Bulit

Grupo	Factores Evaluados				
	Comilona	Sentimiento	Vómito	Alimentación	Peso
Hombres	25.429	18.821	6.904	5.517	4.301
Mujeres	24.890	22.601	6.984	4.938	3.703

Gráfica No. 3



V. CONCLUSIONES:

El valor "t" observado (1,6519) es mayor que el valor crítico t (1,6514) por lo que se concluye que existe una diferencia estadísticamente significativa, al nivel alfa de 0.05, entre varones y mujeres en los resultados del "Test Bulit". La tabla No.4 muestra estos resultados.

Estos resultados confirman que aunque hombres y mujeres pueden desarrollar Bulimia Nerviosa u otro trastorno de la conducta alimenticia, la presión social a favor a la delgadez se ejerce fundamentalmente sobre el sexo femenino.

El cuestionario también reveló diferencias en las respuestas de los varones y las mujeres con relación a los factores que mide la prueba. Los hombres, por ejemplo, puntuaron más alto en el factor comilona, alimento y peso, mientras que las mujeres puntuaron más alto en el factor sentimiento (ver tabla no. 5 y gráfica no. 3).

Como lo muestra la gráfica no. 3, los hombres están menos preocupados por las comilonas ya que es una actividad que realizan con más frecuencia que en el caso de las mujeres. Es más común observar a hombres comiendo grandes cantidades de comida en restaurantes o reuniones ya que es una actividad socialmente aprobada.

Esta aprobación que la sociedad otorga a los hombres permite que sientan menos culpa o ansiedad antes la realización de una comilona, lo contrario de las mujeres que sienten un gran sentimiento de culpa. Esto lo podemos confirmar con los resultados del "Test Bulit" que se observa en la gráfica no. 3.

Pese a que los hombres pueden sufrir la misma falta de autoestima e idénticos sentimientos de autodesprecio, es poco probable que consideren que ponerse a dieta supone un modo de recuperar la confianza en sí mismos y de volverse más atractivos a los ojos de las mujeres. Al contrario, los hombres tienden a engordar para desarrollar más músculos y sentirse más atractivos.

El impulso de comer en exceso es muy común entre los jóvenes universitarios, pero el comportamiento bulímico que tiene una importancia clínica no lo es. E incluso, cuando se cumple con los criterios para el comportamiento bulímico, es probable que la condición no sea duradera.

Las preguntas 9 y 21 acerca del tipo de alimentación que consumen, determinan que los hombres tienen una dieta más rica en carbohidratos (Tabla No. 5). Una de las causas puede ser que los hombres no realizan dietas rígidas para perder peso. Por el contrario, ganan o pierden peso con mucha más facilidad que muchas mujeres que realizan dietas, esto debido a que realizan diferentes actividades físicas, especialmente deportes y ejercicios intenso.

Los resultados de la "Test Bulit" confirman que mujeres se ven más afectadas en el plano emocional (Tabla No. 5). El estereotipo de la mujer delgada, y la abundancia de alimentos en el mercado, han creado un conflicto en la mujer actual. Por un lado, se encuentra la presión de lucir una figura esbelta y, por el otro lado, está la necesidad de satisfacer las necesidades fisiológicas de alimentación naturales. Este conflicto ha desarrollado en las mujeres un sentimiento de culpa cada vez que comen en exceso o consumen alimentos altos en grasa o carbohidratos.

En total, se encontraron seis personas que presentan síntomas de Bulimia Nerviosa, entre ellas cinco mujeres y un hombre. Estos seis sujetos representan el 2.56% de 234 sujetos que contestaron el "Test Bulit".

Según el DSM- IV (1993) "existe una prevalencia del 1-3% en jóvenes estadounidenses que participaron en las diferentes investigaciones" (DSM-IV), por tanto se puede concluir que existe una prevalencia similar en los jóvenes adultos guatemaltecos de clase socioeconómica media-alta y alta. Esto se debe en gran medida al fácil acceso a la información, televisión por cable, películas, internet, etc.

Esta situación es preocupante, ya que esto indica que los jóvenes guatemaltecos están afectados por las influencias de la cultura occidental de los países desarrollados.

Pero más preocupante, aún, es que en Guatemala existe solamente una clínica especializada en trastornos de alimentación y pocos profesionales atienden este tipo de casos y existe muchísima menos información al alcance de las personas.

Se sugiere que este tema sea estudiado con más detalle y con una muestra más representativa, ya que podría ser de vital importancia para ayudar a las personas que sufren de este trastorno o cualquier otro trastorno de alimentación.

IV. BIBLIOGRAFÍA

Abraham, S., and Beaumont, P. J.V. How patients describe bulimia or
1982 binge eating. *Psychol Med*, 12, 624-635.

American Psychiatric Association (APA). (3ra ed.) Diagnostic and statistical
1980 manual of mental disorders. (DSM-III). Washington, D.C.
Editorial APA

American Psychiatric Association (APA). (3ra ed. revisada) Diagnostic and statistical
1987 manual of mental disorders. (DSM-III-R). Washington, D.C.
Editorial APA

American Psychiatric Association (APA). (4ta ed.) Diagnostic and statistical
1993 manual of mental disorders. (DSM-IV). Washington, D.C.
Editorial APA

Andersen, A. Males with Eating Disorders. New York.
1990 Editorial Brunner/ Mazel

Attie, L., & Brooks- Gunn, J. Development of eating problems in adolescent
1989 girls: a longitudinal study. *Develop Psychol*, 25, 70-79.

Belloch, A., B. Sandín, y F. Ramos. Manual de Psicopatología. México,
1995 D.F. Editorial McGraw Hill.

Cash, T.F., Winstead, B.A., y Janda, L.H. The great American shape-up.
1986. Psychology Today, April, 30-37

Coyle, J.L. Neurocienci y psiquiatría. En: Talbott, J.A., Hales, R.E.m Yudofksky,
1989 S.C. Tratado de Psiquiatría. Barcelona. Editorial Áncora.

Chinchilla, A.; Guía Teórica Práctica de los Trastornos de la Conducta
1995. Alimentaria; anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.
Ed. Masson,

Devlin, M.J., Walsh, T., Kral, J. Metabolic abnormalities in bulimia nervosa.
1990 Arch Gen Psychiatr. 47: 144-148

Drewnowski, A., y Yee, D.K. Men and body image: Are males satisfied with
1987. their body weight?. Psychosomatic Medicine, 49, 626-634.

Fairburn, C.G. Bulimia: its epidedemiology and management.
1984 Eating Disord.

Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, R.A., O´Connor, M.E.,
1996 Psychotherapy and bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatr
50: 419-428.

- Feldman, R. Psicología con aplicación para Iberoamérica. México, D.F.
1995 Editorial McGraw Hill.
- French, B. La Bulimia. Salud y calidad de vida. Barcelona.
1999 editorial Oniro.
- Haltshuter, B.D.; Dechow, P.C.; Waller, D.A.; Ardí, B; An investigation of the oral
1990 pathologies occurring in bulimia nervosa. Int J Eating Disord
9: 191-199
- Harrison. (14^a ed) Principios de Medicina Interna. México, D.F.
1998 Editorial McGraw Hill.
- Herzong, D.B. y cols. Sexual conflict and eating disorders in 27 males.
1984. American Journal of Psychiatry, 141, 989-990.
- Herzong, D.B.; Keller, M.B.; Sacks, N.R.; Yeh, C.J.; Lavori, P.W. Psychiatric
1992 comorbidity in treatment- seeking anorexics and bulimics.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 31 (5): 810-818.
- Humphrey, L. Structural analysis of parent-child relationships in eating
1986. disorders. Journal of Abnormal Psychology. 95 (4), 395-402
- Kennedy, S.H., Piran, N.; Garfinkel, P.E. Isocarboxazid in the treatment of
1986. bulimia. Am J Psychiatr. 143: 1495-1496.

- Lemus, P. y Lubin, P. La anorexia en el atleta. Revista de Psicología General y Aplicada, 46 (4), PP 459-464.
1993
- Mitchell, J.E., Pyle, R.L., & Eckert, E. D. Frequency and duration of binge
1987 Eating episodes in patients with bulimia. American Journal of Psychiatry, 138,835-836.
- Newton, J.R.; Freeman, C.P; Munro, J. Impulsivity and dyscontrol in bulimia
1993 nervosa: is impulsivity an independent phenomenon or a maker of severity? Act Psychiatr Scand 87: 389- 394.
- Papalia, D.E., & Olds S.W. Desarrollo Humano.
1992 Ed. McGraw Hill. Cuarta edición.
- Perpeñá. C. Trastornos alimentarios. El estado de la cuestión. Valencia
1989 Editorial Promolibro.
- Pike, K.M., Rodin, J. Mothers, daughter, and disordered eating. J Abn Psychol.
1991 3 (4): 3- 13.
- Pope, H.G., Hudson, J.L., Jonas, J.M., & Yurgelun-Todd, D. Bulimia treated
1989 with imipramine: a placebo- controlled, doble- blind study. American Journal of Psychiatry, 140, 554- 558.
- Ruiloba, J.V. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría.
1996 Editorial Salvat.

- Russell, G.F.M. Bulimia Nervosa an ominous variant of Anorexia Nervosa.
1979 Psychol Med, 9, 429-448
- Saldaña, C.; Trastornos del Comportamiento Alimentario.
1994 México, D.F. Ed. Fundación Universidad Empresa.
- Stein, P.L. y Reischert, P. Extreme dieting behavior in early adolescence.
1988. Journal of adolescence. 10: 108-121.
- Smith, C.S., & Thelen, M. Development and validation of a test for Bulimia.
1984 Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 863-872.
- Tolstoj, L.G. Ipecac- induced toxicity in eating disorders. Int J Eating Disord.
1990. 9: 371-375.
- Turón, V.J. Trastornos de la Alimentación. Anorexia Nerviosa, Bulimia y
1997 Obesidad. Ed. Masson.
- Vanderecken, W.; Castro, J. Anorexia y bulimia: la familia en su génesis y
1991 tratamiento. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud.
Barcelona. Editorial Martínez Roca.
- Whitman, F.L. Culturally properties of males homosexuality: Tentative
1983 conclusions from cross- cultural research. Archive of Sexual
Behavior, 12, 207- 226.

Whitaker, A.; Davis, M.; Shaffer, D., y cols. The struggle to be thin: a survey of
1989 anorexic and bulimic symtoms in a non- referred adolescent
population. Psychol Med. 19: 143- 163

V. APÉNDICE

Apéndice A

Criterio Diagnóstico de la Bulimia Nerviosa según DSM-IV (1994).

Criterio para el diagnóstico de F50.2 Bulimia Nerviosa [307.51]

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

- (i) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., 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
- (ii) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

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

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

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

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas. Como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Apéndice B

Complicaciones Médicas de la Bulimia Nerviosa (French, 1999).

Complicaciones	Causas
Alteraciones de los electrolitos sanguíneos	
Disminución del potasio	
Disminución del sodio	
Disminución del cloro	Consumo de laxantes y diuréticos
Disminución del magnesio	Vómito
Corazón y sistema circulatorio	
Miocardiopatía	Consumo excesivo de jarabe de ipecacuana (medicamento que se utiliza para inducir el vómito).
Menstruación irregular o amenorrea	Alteraciones de los estrógenos
Riñones y vías urinarias	
Afección del riñón debido a la	
Disminución del potasio	Consumo excesivo de laxantes y diuréticos
	Vómito
Aparato digestivo	
Aumento de tamaño de las glándulas parótidas	
Erosión del esmalte dental	
Inflamación del esófago debido a los vómitos	Vómito
Dilatación gástrica aguda	Consumo excesivo de alimentos en un período breve de tiempo
Aparato respiratorio	
Neumonía por aspiración	Vómito
Sistema nervioso	
Alteraciones de la estructura cerebral	Irregularidades nutricionales

Apéndice C

INSTRUCCIONES: lea las preguntas cuidadosamente y responda colocando una "X" en la respuesta que mejor describa la forma como usted piensa en la hoja de respuestas. Por favor responda a cada pregunta de la forma más honesta que pueda, recuerde que toda la información que usted provea será mantenida estrictamente confidencial.

1. ¿Ha comido alguna vez descontroladamente al punto de atorarse prácticamente de comida (e.g. involucrarse en comilonas)?
 - a. una vez al mes o menos (o nunca)
 - b. dos o tres veces al mes
 - c. una o dos veces a la semana
 - d. de tres a seis veces a la semana
 - e. en un restaurante
 - f. en la casa de un amigo
 - g. no me importa dónde
2. ¿Está satisfecha(a) con su patrón de alimentación?
 - a. de acuerdo
 - b. neutral
 - c. un poco desacuerdo
 - d. fuerte desacuerdo
3. ¿Alguna vez ha comido hasta el punto en que cree que va a explotar?
 - a. prácticamente cada vez que como
 - b. muy frecuentemente
 - c. usualmente
 - d. algunas veces
 - e. poco o nunca
4. ¿Sería posible que usted en el momento presente se llamara a sí mismo(a) un(a) "comelón(a)"?
 - a. sí, definitivamente
 - b. sí
 - c. sí, probablemente
 - d. Sí, posiblemente
 - e. no
5. Prefiere comer:
 - a. en casa solo(a)
 - b. en casa con otra persona
 - c. en un restaurante
 - d. en la casa de un amigo
 - e. no me importa dónde
6. ¿Siente que tiene el control?
 - a. la mayor parte o todo el tiempo
 - b. bastante del tiempo
 - c. ocasionalmente
 - d. rara vez
 - e. nunca
7. ¿Usa laxantes o supositorios para ayudarse en el control de su peso?
 - a. una vez al día o más
 - b. de tres a seis veces por semana
 - c. una o dos veces a la semana
 - d. dos o tres veces al mes
 - e. una vez al mes o menos (o nunca)
8. ¿Come hasta que se siente cansado(a) de continuar?
9.
 - a. por lo menos una vez al día
 - b. de tres a seis veces a la semana
 - c. una o dos veces por semana
 - d. dos o tres veces al mes
 - e. una vez al mes o menos
10. ¿Qué tan frecuente prefiere comer helados, batidos de leche o pudín durante una comilona?
 - a. siempre
 - b. frecuentemente
 - c. algunas veces
 - d. rara vez, o nunca
 - e. no me he involucrado en comilonas

10. ¿Qué tan preocupado(a) está usted acerca de sus comilonas?
- no tengo comilonas
 - me molesta un poco
 - mi preocupación es moderada
 - mi preocupación es grande
 - es probablemente la mayor preocupación de mi vida.
11. ¿La mayor parte de la gente que conoce se asombraría si supiera la cantidad de comida que usted puede consumir en una sentada?
- sin ninguna duda
 - muy probablemente
 - probablemente
 - posiblemente
 - no
12. ¿Come usted algunas veces al punto de sentirse enfermo(a)?
- siempre
 - frecuentemente
 - bastante seguido
 - ocasionalmente
 - rara vez o nunca
13. ¿Teme comer cualquier cosa por miedo a no poder parar?
- siempre
 - casi siempre
 - frecuentemente
 - algunas veces
 - rara vez o nunca
14. No me gusto después de haber comido:
- siempre
 - frecuentemente
 - algunas veces
 - rara vez o nunca
 - no como mucho
15. ¿Qué tan frecuente vomita intencionalmente después de comer?
- dos o más veces a la semana
 - una vez a la semana
 - dos o tres veces al mes
 - una vez al mes
 - menos de una vez al mes (o nunca).
16. ¿Cuál de la siguiente describe sus sentimientos después de una comilona?
- no me doy comilonas
 - me siento bien
 - me siento un poco mal conmigo
 - me siento muy mal conmigo
17. ¿Come mucha comida aún cuando no tiene hambre?
- muy frecuentemente
 - frecuentemente
 - ocasionalmente
 - algunas veces
 - rara vez o nunca
18. ¿Sus patrones de alimentación son diferentes a los de la mayoría de las personas?
- siempre
 - casi siempre
 - frecuentemente
 - algunas veces
19. ¿Ha tratado de perder peso poniéndose en dietas rigurosas?
- no en el pasado año
 - una vez en el pasado año
 - dos o tres veces en el pasado año
 - cuatro o cinco veces en el pasado año

20. ¿Se siente triste o de bajón después de comer más de lo que planeó?
- siempre
 - casi siempre
 - frecuentemente
 - algunas veces
 - rara vez, nunca, o no se aplica.
21. ¿Cuándo se da una comilona, tiende a comer alimentos altos en carbohidratos?
- siempre
 - casi siempre
 - frecuentemente
 - algunas veces
 - rara vez, no me doy comilonas
22. Comparado con otras personas, ¿cómo es su habilidad para controlar su conducta alimenticia?
- mayores que la de otros
 - parecida a la de otros
 - menos a la de otros
 - mucho menor que la de otros
 - no tengo control alguno
23. Uno de sus mejores amigos, súbitamente le sugiere que pruebe el buffet de un nuevo restaurante esta noche. Aún cuando había planeado comer algo liviano esta noche, usted acepta la invitación. Come mucho y se siente incómodamente lleno(a) ¿cómo se sentiría acerca de usted mismo(a) al ir de regreso a casa?
- bien, alegre de haber probado el nuevo restaurante
 - un poco arrepentido de haber comido tanto
 - algo decepcionado(a) de sí mismo(a)
 - a gusto con usted mismo
 - totalmente a gusto con usted mismo(a).
24. Yo me catalogaría actualmente como un(a) comedor(a) compulsivo(a) (alguien que se involucra en episodios de comer descontroladamente).
- definitivamente
 - sí
 - sí, probablemente
 - sí posiblemente
 - no
 - no, probablemente no
25. ¿Cuál es la mayor cantidad de peso que ha perdido usted en un mes?
- más de 20 libras
 - de 12 a 20 libras
 - de 8 a 11 libras
 - de 4 a 7 libras
 - menos de 4 libras
26. ¿Si come mucho la noche anterior se siente deprimido(a) al día siguiente?
- siempre
 - frecuentemente
 - algunas veces
 - rara vez, o nunca
 - no como mucho por las noches
27. ¿Tiene la creencia de que es más fácil para usted vomitar de lo que lo es para la mayor parte de las personas?
- sí, no es ningún problema para mí
 - sí, es muy fácil
 - sí, es un poco fácil
 - aproximadamente igual que los demás
 - no, es menos fácil
28. ¿Siente que la comida controla su vida?
- siempre
 - casi siempre
 - frecuentemente
 - algunas veces
 - rara vez o nunca

29. ¿Se siente deprimido(a) inmediatamente después de haber comido demasiado?
- siempre
 - frecuentemente
 - algunas veces
 - rara vez o nunca
 - no como mucho
30. ¿Con qué frecuencia vomita después de comer para perder peso?
- menos de una vez al mes (o nunca)
 - una vez al mes
 - dos o tres veces al mes
 - una vez a la semana
 - dos o más veces por semana
31. ¿Cuándo consume una gran cantidad de comida, a qué velocidad, usualmente, se come la come?
- con mayor rapidez de la que la mayor parte de persona ha comido en su vida
 - mecho más rápido que la mayor parte de las personas
 - aproximadamente a la misma velocidad que la mayoría
 - más despacio que la mayor parte de las personas
32. ¿Cuál es el mayor peso que usted ha ganado en un mes?
- más de 20 libras
 - de 12 a 20 libras
 - de 8 a 11 libras
 - de 4 a 7 libras
 - menos de 4 libras

Para mujeres

33. Su último período menstrual fue
- dentro del último mes
 - dentro de los últimos 2 meses
 - dentro de los últimos 4 meses
 - dentro de los últimos 6 meses
 - no dentro de los últimos 6 meses
34. ¿Usa diuréticos (píldoras para perder agua) para ayudarse en el control de su peso?
- una vez al día o más
 - de tres a seis veces por semana
 - dos o tres veces por semana
 - dos o tres veces al mes
 - una vez al mes o menos (o nunca).
35. ¿Cómo cree que su apetito se compara con el de la mayor parte de las personas que conoce?
- mejor que la mayoría
 - mucho mayor
 - un poco mayor
 - aproximadamente igual
 - menor que el de la mayoría
36. Mi período menstrual ocurre una vez al mes:
- siempre
 - usualmente
 - algunas veces
 - rara vez
 - nunca.

Nota: Traducción elaborada por la autora de esta tesis y revisado por el asesor para fines de investigación.

Anexo D
Hoja de Respuesta

Edad: _____ Sexo: M F

¿Padece de alguna enfermedad? Si No ¿Cuál? _____

Coloque una "X" sobre la letra que indique su respuesta

PREGUNTA					
1	a	b	c	d	e
2	a	b	c	d	e
3	a	b	c	d	e
4	a	b	c	d	e
5	a	b	c	d	e
6	a	b	c	d	e
7	a	b	c	d	e
8	a	b	c	d	e
9	a	b	c	d	e
10	a	b	c	d	e
11	a	b	c	d	e
12	a	b	c	d	e
13	a	b	c	d	e
14	a	b	c	d	e
15	a	b	c	d	e
16	a	b	c	d	e
17	a	b	c	d	e
18	a	b	c	d	e
19	a	b	c	d	e
20	a	b	c	d	e
21	a	b	c	d	e
22	a	b	c	d	e
23	a	b	c	d	e
24	a	b	c	d	e
25	a	b	c	d	e
26	a	b	c	d	e
27	a	b	c	d	e
28	a	b	c	d	e
29	a	b	c	d	e
30	a	b	c	d	e
31	a	b	c	d	e
32	a	b	c	d	e
PARA MUJERES					
33	a	b	c	d	e
34	a	b	c	d	e
35	a	b	c	d	e
36	a	b	c	d	e

Anexo E

Hoja de Corrección

PREGUNTA					
Com/Vom	1	2	3	4	5
Comilona	1	2	3	4	5
Comilona	5	4	3	2	1
Comilona	5	4	3	2	1
Sentimiento	5	4	3	2	1
Sentimiento	1	2	3	4	5
7					
Com./vom	5	4	3	2	1
Alimento	5	4	3	2	1
Sentimiento	1	2	3	4	5
Comilona	5	4	3	2	1
Comilona	5	4	3	2	1
13	5	4	3	2	1
Sentimiento	5	4	3	2	1
Vómito	5	4	3	2	1
Sentimiento	1	2	3	4	5
Comilona	5	4	3	2	1
Comilona	5	4	3	2	1
Sentimiento	1	2	3	4	5
Sentimiento	5	4	3	2	1
Alimento	5	4	3	2	1
Comilona	1	2	3	4	5
Sentimiento	1	2	3	4	5
Comilona	5	4	3	2	1
Peso	5	4	3	2	1
Sentimiento	5	4	3	2	1
Vómito	5	4	3	2	1
Comilona	5	4	3	2	1
Sentimiento	5	4	3	2	1
Vómito	1	2	3	4	5
Comilona	5	4	3	2	1
Peso	5	4	3	2	1
PARA MUJERES					
33	1	2	3	4	5
34	1	2	3	4	5
Comilona	5	4	3	2	1
36	1	2	3	4	5

20. ¿Se siente triste o de bajón después de comer más de lo que planeó?
- siempre
 - casi siempre
 - frecuentemente
 - algunas veces
 - rara vez, nunca, o no se aplica.
21. ¿Cuándo se da una comilona, tiende a comer alimentos altos en carbohidratos?
- siempre
 - casi siempre
 - frecuentemente
 - algunas veces
 - rara vez, no me doy comilonas
22. Comparado con otras personas, ¿cómo es su habilidad para controlar su conducta alimenticia?
- mayores que la de otros
 - parecida a la de otros
 - menos a la de otros
 - mucho menor que la de otros
 - no tengo control alguno
23. Uno de sus mejores amigos, súbitamente le sugiere que pruebe el buffet de un nuevo restaurante esta noche. Aún cuando había planeado comer algo liviano esta noche, usted acepta la invitación. Come mucho y se siente incómodamente lleno(a) ¿cómo se sentiría acerca de usted mismo(a) al ir de regreso a casa?
- bien, alegre de haber probado el nuevo restaurante
 - un poco arrepentido de haber comido tanto
 - algo decepcionado(a) de sí mismo(a)
 - a gusto con usted mismo
 - totalmente a gusto con usted mismo(a).
24. Yo me catalogaría actualmente como un(a) comedor(a) compulsivo(a) (alguien que se involucra en episodios de comer descontroladamente).
- definitivamente
 - sí
 - sí, probablemente
 - sí posiblemente
 - no
 - no, probablemente no
25. ¿Cuál es la mayor cantidad de peso que ha perdido usted en un mes?
- más de 20 libras
 - de 12 a 20 libras
 - de 8 a 11 libras
 - de 4 a 7 libras
 - menos de 4 libras
26. ¿Si come mucho la noche anterior se siente deprimido(a) al día siguiente?
- siempre
 - frecuentemente
 - algunas veces
 - rara vez, o nunca
 - no como mucho por las noches
27. ¿Tiene la creencia de que es más fácil para usted vomitar de lo que lo es para la mayor parte de las personas?
- sí, no es ningún problema para mí
 - sí, es muy fácil
 - sí, es un poco fácil
 - aproximadamente igual que los demás
 - no, es menos fácil
28. ¿Siente que la comida controla su vida?
- siempre
 - casi siempre
 - frecuentemente
 - algunas veces
 - rara vez o nunca

29. ¿Se siente deprimido(a) inmediatamente después de haber comido demasiado?

- a. siempre
- b. frecuentemente
- c. algunas veces
- d. rara vez o nunca
- e. ~~no~~ como mucho

30. ¿Con qué frecuencia vomita después de comer para perder peso?

- a. menos de una vez al mes (o nunca)
- b. una vez al mes
- c. dos o tres veces al mes
- d. una vez a la semana
- e. dos o más veces por semana

31. ¿Cuándo consume una gran cantidad de comida, a qué velocidad, usualmente, se come la come?

- a. con mayor rapidez de la que la mayor parte de persona ha comido en su vida
- b. mecho más rápido que la mayor parte de las personas
- c. aproximadamente a la misma velocidad que la mayoría
- d. más despacio que la mayor parte de las personas

32. ¿Cuál es el mayor peso que usted ha ganado en un mes?

- a. más de 20 libras
- b. de 12 a 20 libras
- c. de 8 a 11 libras
- d. de 4 a 7 libras
- e. menos de 4 libras

Para mujeres

33. Su último período menstrual fue

- a. dentro del último mes
- b. dentro de los últimos 2 meses
- c. dentro de los últimos 4 meses
- d. dentro de los últimos 6 meses
- e. no dentro de los últimos 6 meses

34. ¿Usa diuréticos (píldoras para perder agua) para ayudarse en el control de su peso?

- a. una vez al día o más
- b. de tres a seis veces por semana
- c. dos o tres veces por semana
- d. dos o tres veces al mes
- e. una vez al mes o menos (o nunca).

35. ¿Cómo cree que su apetito se compara con el de la mayor parte de las personas que conoce?

- a. mejor que la mayoría
- b. mucho mayor
- c. un poco mayor
- d. aproximadamente igual
- e. menor que el de la mayoría

36. Mi período menstrual ocurre una vez al mes:

- a. siempre
- b. usualmente
- c. algunas veces
- d. rara vez
- e. nunca.

Nota: Traducción elaborada por la autora de esta tesis y revisado por el asesor para fines de investigación.

10. ¿Qué tan preocupado(a) está usted acerca de sus comilonas?
- no tengo comilonas
 - me molesta un poco
 - mi preocupación es moderada
 - mi preocupación es grande
 - es probablemente la mayor preocupación de mi vida.
11. ¿La mayor parte de la gente que conoce se asombraría si supiera la cantidad de comida que usted puede consumir en una sentada?
- sin ninguna duda
 - muy probablemente
 - probablemente
 - posiblemente
 - no
12. ¿Come usted algunas veces al punto de sentirse enfermo(a)?
- siempre
 - frecuentemente
 - bastante seguido
 - ocasionalmente
 - rara vez o nunca
13. ¿Teme comer cualquier cosa por miedo a no poder parar?
- siempre
 - casi siempre
 - frecuentemente
 - algunas veces
 - rara vez o nunca
14. No me gusto después de haber comido:
- siempre
 - frecuentemente
 - algunas veces
 - rara vez o nunca
 - no como mucho
15. ¿Qué tan frecuente vomita intencionalmente después de comer?
- dos o más veces a la semana
 - una vez a la semana
 - dos o tres veces al mes
 - una vez al mes
 - menos de una vez al mes (o nunca).
16. ¿Cuál de la siguiente describe sus sentimientos después de una comilona?
- no me doy comilonas
 - me siento bien
 - me siento un poco mal conmigo
 - me siento muy mal conmigo
17. ¿Come mucha comida aún cuando no tiene hambre?
- muy frecuentemente
 - frecuentemente
 - ocasionalmente
 - algunas veces
 - rara vez o nunca
18. ¿Sus patrones de alimentación son diferentes a los de la mayoría de las personas?
- siempre
 - casi siempre
 - frecuentemente
 - algunas veces
19. ¿Ha tratado de perder peso poniéndose en dietas rigurosas?
- no en el pasado año
 - una vez en el pasado año
 - dos o tres veces en el pasado año
 - cuatro o cinco veces en el pasado año

