



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>





PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

REPRESENTACIONES MENTALES DEL SELF EN UN GRUPO DE PACIENTES CON BULIMIA NERVIOSA

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología
con mención en Psicología Clínica que presenta la
Bachiller:

ROCÍO GABILONDO LANDÁZURI

(DORIS ARGUMEDO)

LIMA, 2009



AGRADECIMIENTOS

Tengo que agradecer, en primer lugar, a las partes de mí que toman decisiones sin considerar la tan bien ponderada practicidad como una variable, sino priorizando las ganas y el deseo. Esas partes que no abandonan, aunque el espacio se mueva y tome la forma del tiempo y se lea como días, meses, años.

Quiero también dar gracias a la mirada serena de mi mamá, que me transmite su libertad respetando mi espacio para explorar, y comparte, antes que corrige, lo que encuentro en el camino. Su capacidad de arriesgar en lo profesional, es absolutamente inspiradora para mí. También quiero agradecer el firme apoyo de mi familia, su interés y su tolerancia que me ayuda a transformar mis dudas en posiciones, mis críticas en paciencia: mi abuela, mi padre, mi hermano.

En el mundo académico, agradezco a Doris Argumedo quien me apoyó, y exigió, con toda la paciencia de la que fue capaz cuando me sentía en un laberinto de ideas. Su tiempo, su experiencia y su pasión, generosamente compartidos, me ayudaron a ponerle tierra a lo que parecía aire.

A Patricia Albornoz, que me permitió ir mil y un veces a visitarla y compartió su conocimiento, sus materiales y su entusiasmo.

A mis amigas psicólogas, en particular, a Cecilia Solano, por su compromiso; a Ursula Zapata, por su audacia y también a Verónicka Vigil.

A Silvana Romero, por sus claras observaciones y su delicadeza al transmitir las.

A Jessica Tapia, por compartir conmigo un espacio para trenzar las ideas de la clínica con las de la educación, y por proponerme nuevas aventuras no solamente conceptuales.

Y a mis amigas que batallan con sus ideas para ponerlas en papel: Mariana Silva, Paulina Chirif.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo describir las características del sentido del self en un grupo de pacientes con bulimia nerviosa. Se obtuvo descripciones del self de 40 personas que formaron dos grupos: pacientes con bulimia nerviosa (N = 20) y no pacientes (N = 20) que tenían entre 18 y 30 años. La entrevista de Evaluación de las Descripciones del Self (que consta de 6 escalas: Modo de Descripción, Capacidad de Relación, Variables Cognitivas, Mirada del Self, Variables del Desarrollo y Variables Afectivas) mostró diferencias significativas entre ambos grupos. Se encontró que las pacientes bulímicas presentan diferencias en la cualidad de la relación con los otros, en lo referente a la autovaloración, en su grado de ambición, y en el nivel de definición de su identidad. Asimismo, también presentan más indicadores de depresión. Tanto el grupo de pacientes como el de no pacientes definieron al self predominantemente en términos de logros.

Palabras Clave: Trastornos Alimentarios, Bulimia Nervosa, Representación del Self

ABSTRACT

The purpose of this research is to describe the sense of self in a sample of Bulimia Nervosa patients. We obtained self descriptions from 40 women between the ages of 18 and 30 who made up two groups: bulimia nervosa patients (N=20) and non – patients (N=20). The assessment of self – descriptions, composed of 6 categories (Modes of Description, Sense of Relatedness, Cognitive Variables, Self – View, Developmental Variables and Affective Variables), showed that the two groups were significantly different. Bulimic patients self-descriptions showed differences in quality of relatedness, self – regard, and differences in striving for accomplishment and in the level of self-definition. Plus, they showed more references towards depression. Both groups, bulimia nervosa patients and non patients described the self predominantly in terms of goals.

Key Words: Eating Disorders, Bulimia Nervosa, Self Representations

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: Representaciones Mentales del Self en la Bulimia Nerviosa

Bulimia Nerviosa

Definición y Clasificación Diagnóstica

1

Algunas Consideraciones sobre la Comorbilidad y los Criterios
Diagnósticos

3

Incidencia, Prevalencia y Edad de Inicio

5

Etiología de la Bulimia Nerviosa

6

Representaciones Mentales en la Bulimia Nerviosa

Definición de Representación Mental

9

Las Representaciones Mentales y el Desarrollo de la Personalidad

11

Representaciones Mentales y Patología: el Modelo de Blatt

12

El self en los Trastornos Alimentarios: el Caso de la Bulimia Nerviosa

13

Planteamiento del Problema

15

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

Participantes

17

Instrumentos

19

Ficha de Datos

19

Entrevista de Evaluación de la Descripción del Self

19

Inventario sobre Trastornos Alimentarios

21

Procedimiento

21

CAPÍTULO III: RESULTADOS

23



INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios (TA) capturan el interés de los medios de comunicación, del público en general y de los clínicos. En nuestro país, aunque los estudios epidemiológicos son escasos, contamos con algunas cifras que pueden clarificar la extensión de los trastornos alimentarios y dentro de estos, de la Bulimia Nerviosa (BN). Así, en el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental realizado en el 2002 por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio – Delgado Hideyo Noguchi en Lima Metropolitana, se encontró que un 0.6 % de la población adulta y un 0.8% de la población adolescente sufre de BN y, en relación al riesgo, Martínez, Zusman, Hartley, Morote, y Calderón (2003) encontraron que, en una muestra de 2000 adolescentes, el 16.4% podría desarrollar un TA y un 5.4%, BN.

El origen de los trastornos alimentarios aún es incierto y algunos autores (Polivy y Herman, 2002; Palmer, 2001) consideran que no puede estar únicamente relacionado a los nuevos patrones estéticos imperantes sino que su origen es multicausal. Dentro de esta multicausalidad se ha identificado que las perturbaciones en el desarrollo del self son factores importantes que contribuyen a la formación y persistencia de los desórdenes alimentarios (Fauchaus y Nyquist, 2001). De hecho, numerosos hallazgos señalan que esta población comparte características que pueden entenderse como dificultades en la construcción del self, como por ejemplo influencias afectivas como el estrés y el ánimo negativo; baja autoestima; insatisfacción corporal; y factores cognitivos referidos al self como pensamientos negativos, juicios inexactos, y patrones de pensamiento (Polivy y Herman, 2001). En este contexto, la psicología del self considera que los desórdenes alimentarios son desórdenes del self (Bachar, 1998; Bers, Blatt y Dolinsky, 2004; Fauchaus y Nyquist, 2001).

De hecho, muchos autores señalan cómo los trastornos alimentarios cumplen la función de regular el abrumador afecto negativo y construir un coherente sentido del self cuando fallan las estructuras internas (Rorty y Yager, 1996). En el caso de la BN en particular, Sugarman (1990) señala cómo esta enfermedad tendría su origen en una falla para integrar bien el self corporal en la representación del self. Al manipular su propio cuerpo, al atracarse, purgarse y controlar su peso las mujeres restituyen temporalmente un sentido de vitalización y efectividad. Además, el hacerlo les provee de una identidad patológica y compensatoria que les permite sentir que tienen una presencia significativa en el mundo (Goodsitt, 1997).

Blatt (2004) ha aplicado su modelo de psicopatología a la investigación de los trastornos alimentarios, en particular de la Anorexia Nerviosa (AN). Este autor y sus colaboradores (2004) utilizan el constructo psicoanalítico de la representación del self y exploran el sentido del self de estas pacientes a partir de autodescripciones. Logran así distinguirlas de otros pacientes psiquiátricos y de los no pacientes.

La propuesta de la presente investigación está ubicada en la lectura de los trastornos alimentarios desde la psicología del self y busca la aplicación del modelo propuesto por Blatt sobre las representaciones mentales del self a la comprensión de la BN. Consideramos que el estudio que presentamos permitiría diseñar intervenciones terapéuticas más efectivas en nuestro medio. Por otro lado, la aplicación de la Entrevista de Evaluación de las Descripciones del Self (Bers, Blatt, y Schaffer, 1992) permitirá conocer su efectividad y podrá extenderse a otras muestras clínicas, además, engrosará el número de pruebas conocidas en nuestro contexto que evalúen las representaciones mentales.

Con este fin, en el primer capítulo se ha desarrollado el marco conceptual donde se exponen las principales ideas relativas a la BN. Se presentan primero los aspectos descriptivos que abarcan la definición y clasificación diagnóstica, algunas consideraciones relativas a estos, características demográficas y de la etiología de la enfermedad. Posteriormente, se desarrollan las ideas acerca de las representaciones mentales en la BN, proporcionando primero una definición de la representación mental, para luego relacionarla con el desarrollo de la personalidad. Acto seguido, se introduce el modelo psicopatológico de Blatt y, finalmente, se explican los TA, en particular la BN, a partir de la teoría del self.

En los capítulos posteriores, se detalla la metodología utilizada y los resultados encontrados. Finalmente, se presenta la discusión a la luz de los resultados obtenidos y de la base teórica reseñada.

CAPÍTULO I

Representaciones Mentales del Self en pacientes con Bulimia Nerviosa

Bulimia Nerviosa

Definición y Clasificación diagnóstica

En un inicio, se consideraba la BN como una variante de la AN. Esto se debía a que los pacientes indicaban haber presentado un episodio previo de AN y ambos desórdenes compartían una psicopatología similar: el miedo a engordar. Posteriormente, se reconoció que la BN no sólo era diferente a la AN sino que además es un trastorno relativamente nuevo (Russell, 2004). Sin embargo, cuando en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera edición (DSM III) fue publicado el término “bulimia”, este difería de manera importante con el de “bulimia nerviosa”. Particularmente, se le dio un énfasis insuficiente al disturbio psicológico específico del desorden, es decir, el miedo a engordar, pues tal como estaba descrito solo designaba un hambre excesivo. Adicionalmente, el diagnóstico excluía a los pacientes cuyos episodios bulímicos fueran atribuibles a la AN. Había así una falla para entender la relación entre ambos desórdenes. Si bien estas críticas fueron recogidas en el DSM III – R y la Décima Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud CIE – 10, las dificultades para el diagnóstico diferencial aun permanecen (Russell, 1997).

El DSM – IV - TR (APA, 2002), sistema actual de clasificación, señala que la BN se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes, una sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (esta es realizada en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían). Además, el DSM IV - TR considera para el diagnóstico la existencia de repetidas conductas compensatorias inapropiadas con el fin de no ganar peso (vómitos provocados; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas, ayuno, y ejercicio excesivo). Tanto estas conductas como los atracones tienen lugar, en promedio, al menos dos veces a la semana por un período de tres meses. A esto se añade que la autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. Por último, la alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

El DSM IV - TR considera dos subtipos para la BN, determinados a partir de la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga: el purgativo (cuando el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio) y el no purgativo (cuando el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas como ayunar 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).

Por su parte, el CIE - 10 (OMS, 1992) brinda similares pautas para el diagnóstico como la preocupación continua por la comida con posibles atracones (episodios de polifagia); conductas destinadas a contrarrestar el aumento de peso (vómitos, uso de laxantes, ayuno, uso de fármacos) y temor morboso a engordar. Aunque ambos, el DSM IV – TR y el CIE – 10 proponen criterios prácticamente iguales, el primero excluye el diagnóstico de BN si esta conducta tiene lugar exclusivamente en el transcurso de una AN, la CIE – 10, por su parte, excluye el diagnóstico de AN si se han dado atracones de forma regular (APA, 2004).

Existen adicionalmente otros desórdenes alimentarios relacionados a la BN como la bulimia multiimpulsiva y el trastorno de comer compulsivo, no reconocidos como tales en los sistemas de clasificación formales. En cuanto al primero, Lacey (1993) sugiere que se caracteriza por reportar una historia de al menos tres de seis comportamientos impulsivos (abuso de alcohol severo, abuso de drogas, auto daño, intento suicida, robo o promiscuidad sexual). Quienes la padecen tienen un perfil de personalidad discreto, una mayor psicopatología global y una mejora más pobre comparados con aquellos individuos bulímicos menos impulsivos. Por su parte, Myers et al. (2006) encuentran que este subtipo de BN no difiere de los otros subtipos en sus conductas alimentarias, pero sí en sus impulsos o conductas autodestructivas. En cuanto al trastorno de comer compulsivo, este comparte con la BN el síntoma de los atracones, pero estos ocurren en un panorama donde la tendencia a comer de más tiene mayor fuerza que la restricción alimentaria, por lo cual se la asocia fuertemente con la obesidad (Fairburn y Harrison, 2003). Harrison et al. (2006) plantean que el desorden de comer compulsivo es un desorden estable y crónico antes que un patrón de comer anormal y no específico. De hecho, aunque en la actualidad se encuentra categorizado en el DSM -IV- TR como un Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), algunos autores como Yager (2008) consideran que en el DSM V tendrá total validez como categoría diagnóstica.

Algunas consideraciones sobre la comorbilidad y los criterios diagnósticos

Centrándonos en la BN, algunos autores señalan que es muy difícil detectar un trastorno puro ya que se confunde con otros cuadros clínicos y algunas veces se presenta de manera simultánea con otros trastornos (González, 2003). De hecho, las condiciones comórbidas más comunes de los desórdenes alimentarios incluyen desórdenes afectivos, de ansiedad, de abuso de sustancias, y de personalidad. Además, la mayoría de mujeres con desórdenes de la alimentación también tendrán la presencia de otro desorden en el eje I o II (Pearlstein, 2002).

En cuanto a los desórdenes afectivos, Perez, Joiner, y Lewinsohn, (2004) encontraron que en adolescentes, la distimia tenía un mayor correlato con la BN que con la depresión mayor. Esto difiere de lo encontrado en población adulta donde la depresión mayor correlaciona positivamente con la BN. Este cambio en los patrones de comorbilidad de la adolescencia a la adultez estaría relacionado con una disminución seria de los recursos psicológicos en el tiempo y, como consecuencia, con un mayor riesgo para episodios depresivos más severos y numerosos. Explican que la presencia de distimia en la adolescencia puede ser un posible factor de riesgo para el desarrollo de la BN.

Por su parte, Kaye et al. (2004) señalan, en torno a los desórdenes de ansiedad, que los individuos con AN, BN, y AN y BN a la vez, tenían similares índices de todos los desórdenes de este tipo (obsesivo compulsivo, pánico, fobia social, agorafobia, y desorden de ansiedad generalizado), a excepción del desorden de estrés postraumático que era tres veces más frecuente en individuos con BN o en AN y BN a la vez, que en aquellos con AN. Estos autores encontraron también que la aparición de estos desórdenes de ansiedad precedía la aparición de un desorden alimentario.

Acerca del consumo de sustancias, Herzog et al. (2006) encontraron que había poca diferencia entre la frecuencia y el tipo de sustancias usadas en los grupos de AN y BN. Encontraron además que, entre las sustancias usadas más frecuentemente por quienes sufren de desórdenes alimentarios, figuraban aquellas que eran supresoras del apetito como la cocaína y las anfetaminas.

Otro hallazgo relaciona los desórdenes alimentarios y la dismorfia corporal. Este es un desorden somatomorfo, que, de acuerdo al DSM IV, consiste en una preocupación dañina y angustiosa relacionada con una defecto en la apariencia ya sea este imaginado o leve. De acuerdo a Ruffolo et al. (2006), una alta proporción de personas diagnosticadas con dismorfia corporal tendrán un desorden alimentario y, en particular, un 6.5%, BN.

Sobre el tema de la personalidad, investigadores como Wonderlich y Mitchell (2001) indican que queda duda sobre si en el DSM y el CIE se describe adecuadamente el dominio de los desórdenes de personalidad. Sobre este tema, Sansone, Levitt y Sansone (2005) indican que se ignora la genuina prevalencia de los desórdenes de personalidad en aquellos que sufren de desórdenes alimentarios. Sin embargo, resumiendo la información existente, encontraron que entre aquellos que tienen BN, el trastorno de personalidad borderline (TPB) es el más frecuente, con una prevalencia de 28%, lo cual coincide con la AN de tipo purgativo pero difiere de la AN restrictiva, donde el desorden de personalidad más frecuente es el obsesivo compulsivo, seguido del desorden de personalidad evitativo. Al TPB le siguen los desórdenes de personalidad dependiente e histriónico con índices de prevalencia de alrededor 20%. Basándose en esto, en la BN, el Cluster predominante es el B, seguido, en un menor grado del Cluster C. Esto es corroborado por Klump et al. (2004) quienes refieren que es probablemente debido a la presencia de trastornos de personalidad del Cluster B que las mujeres con BN o AN y BN a la vez, tendían a ser más ansiosas e inhibidas que las mujeres del grupo control. Además, estas mujeres reflejaban una tendencia general a ser socialmente indiferentes, críticas de otros y la caracterizaba una tendencia hacia la ineffectividad y una conformidad general frente a la presión externa.

Kamryn et al. (2008) mencionan la alta tasa de movimiento de la AN a la BN (20% al 50% según Strober et al., 1997) y una menor tasa de BN a AN (10 % de acuerdo a Keel y Mitchell, 1997) y refieren que estos movimiento de un trastorno al otro suponen un cruce diagnóstico y pueden reflejar problemas con la validez del esquema diagnóstico actual para los desórdenes alimentarios. Sobre este punto, Nielsen y Palmer (2003) refieren que una clasificación ideal debería consistir en categorías que sean mutuamente excluyentes y colectivamente exhaustivas cuyas entidades son discretas y cubren todo el campo. A este respecto es importante tener en cuenta que las distinciones entre ambos desórdenes alimentarios son arbitrarias y no definen condiciones que sean clínicamente distintas. De hecho, algunos autores como Polivy y Herman (2002) recogen la teoría del espectro que considera a los desórdenes de alimentación como un mismo síndrome con diferentes manifestaciones.

Por otro lado, Nielsen y Palmer (2003) explican que la nueva subclasificación de AN en restrictiva y compulsiva purgativa responde al hecho que el bajo peso (característico de la AN) y el atracón (característico de la BN) ocurren juntos comúnmente, con lo que las características principales de ambos desórdenes pueden coexistir aún transversalmente.

Otras de las críticas en torno a las clasificaciones diagnósticas de los desórdenes alimentarios propuestas en el DSM es la creciente prevalencia de estos en los pre adolescentes. Estos no pueden ser clasificados en estos sistemas ya que ambos han sido desarrollados y validados en poblaciones adultas (Yager, Becker y Zerbe 2002).

Finalmente, en cuanto a los síntomas, De las Casas (2003) apunta que los síntomas de asco y repugnancia no aparecen contemplados entre los indicadores diagnósticos actuales de la BN y que ayudarían a enriquecer su comprensión.

Incidencia, Prevalencia y edad de inicio

Hoek y Van Hoeken (2003) refieren que no se han realizado estudios sobre la incidencia de desórdenes alimentarios en la población general, los índices disponibles de incidencia se han basado en casos presentados a los servicios de cuidado de salud. Para Nielsen (2001) el mejor estimado es un 13 por 100 000 en la población por año para mujeres.

En lo que concierne a la prevalencia de la BN, el DSM – IV- TR (APA, 2002) indica que entre las mujeres es aproximadamente del 1-3 % y entre los hombres es diez veces menor. Para otros autores como Van Hoeken, Lucas, y Hoek (1998), el índice de prevalencia de BN en el ciclo vital parece ser 1% en mujeres y 0.1% en hombres. En nuestro país, los estudios son escasos. En el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental realizado en el 2002 por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio – Delgado Hideyo Noguchi en Lima Metropolitana, se encontró que un 0.6 % de la población adulta y un 0.8% de la población adolescente sufre de BN. De hecho, las cifras presentadas por el Programa de Prevención del Suicidio de este mismo instituto muestran que un 15.6% de las personas atendidas por intentos de suicidio presenta trastornos de alimentación, predominantemente BN, en damas entre 18 y 29 años (Vásquez et al., 2004). Asimismo, los hallazgos de Martínez et al. (2003) señalan en general una tendencia de las adolescentes a desarrollar cuadros mixtos en nuestro medio. En una muestra de alumnas de 13 a 19 años de edad de colegios públicos y privados se encuentra en relación a la BN una prevalencia de 5.2% (frente a un 1.4% de AN) de los cuales aparece en estado puro el 3% de los casos y el resto aparece mezclado con yo - yo dieting (1.6%), con AN (0.1%), y con ambos cuadros (0.5%).

Por lo general, la BN suele iniciarse más tardíamente que la AN, aunque no hay consenso claro acerca de esto. Para algunos, la edad más típica es entre los 16 y

18 años cuando la persona está en el proceso de separarse física y mentalmente de su casa (Kolodny, 2000). Para otros, aparece cerca de los veinte años y su aparición es muy escasa antes de la pubertad aunque, al igual que la anorexia, también los adultos pueden iniciar un trastorno bulímico (Cervera, 2005). Otros autores como Zerbe (2002) señalan que la aparición de desórdenes alimentarios en la etapa adulta y después de esta, se debe a un intento de resolver, aunque de manera inadecuada, los dilemas de este momento evolutivo y evitar enfrentar transiciones vitales tales como ver cómo los hijos se mudan, volverse abuelos, cambiar de carrera, hacer reajustes en el matrimonio o recurrir al divorcio.

Etiología de la BN

En el campo de los desórdenes psiquiátricos no se encuentran casi relaciones causales y la BN no es la excepción. Existe un número de factores que pueden estar asociados con un incremento en el riesgo de tener un desorden de alimentación. La BN tendría entonces una etiología multifactorial (Palmer, 2001).

Entre los factores que pueden explicar la aparición de este trastorno, tenemos a los de tipo sociocultural. En este sentido, la literatura explica que los desórdenes alimentarios no ocurren uniformemente en todas las culturas todo el tiempo. De hecho, la obsesión con la delgadez se concentra en culturas donde la comida es abundante (Polivy y Herman, 2002). Estos valores relacionados a la delgadez son característicos de la cultura occidental, que rápidamente invade otras comunidades al desarrollarse socioeconómicamente (Toro et al., 2006).

Así, los factores culturales se relacionan con la insatisfacción corporal dado que estos influyen en la imagen corporal ideal (Toro et al., 2006). A su vez, esta es asociada con la restricción alimentaria en un intento por alcanzar una figura delgada y por controlar la autoestima (Jaeger et al., 2002). Otros autores como Polivy y Herman (2004) consideran que se ha culpado a la presión sociocultural de contribuir al desarrollo de los desórdenes alimentarios, sin tomar en cuenta que la exposición voluntaria de las mujeres a estas imágenes mediáticas puede ser placentera. Estos autores señalan que el problema se exagera (aunque no empieza) con los medios, ya que, en personalidades vulnerables, el efecto de la exposición a las imágenes idealizadas promueve restricción alimentaria (que es un corto paso a una alimentación desordenada) y esta es un fuerte predictor de TA.

Por otro lado, muchas teorías apuntan a explicar cómo la dinámica familiar puede influir en el desencadenamiento o perpetuación de los desórdenes alimentarios (Minuchin, Rosman y Baker, 1978). Así, Goodsitt (1997) señala que antes de la aparición de la BN, la joven se encuentra en un conflicto entre seguir su propia vida y

mantener el equilibrio psíquico de una figura parental que no es feliz y cuya vida ha sido perturbada por el divorcio, alcoholismo o inestabilidad mental. Este conflicto también podría estar relacionado con la falta de resolución de problemas y con el bajo nivel de cohesión y de expresividad que caracterizan a la familia de la paciente con BN (Benninghoven et al., 2003). Con esto, estas pacientes perciben que las interacciones con los miembros de la familia están asociadas con emociones negativas. Anteriormente, Waller (1994) había relacionado sus percepciones sobre las familias con su sintomatología. Encontró que los atracones eran más frecuentes cuando se percibía que la familia tenía pocas habilidades para la resolución de problemas y eran menos frecuentes cuando se percibía que la familia tenía un estilo más cohesivo.

Esta perturbación en la dinámica familiar podría estar relacionada con las percepciones de las pacientes con BN. De hecho, para Bonne et al. (2003) una característica de las familias con desórdenes alimentarios, en particular con BN, son las discrepantes percepciones que presentan entre padres e hijos acerca de las funciones familiares. Así, encontraron que en quienes sufrían de BN, estas percepciones eran significativamente más despectivas que las de sus padres; en contraste, la percepción era largamente congruente entre sujetos sanos y sus padres.

En el aspecto biológico, Polivy y Herman (2002) explican que hay reticencia a señalar los correlatos biológicos como causa de los TA, ya que estos últimos tienen el potencial para perturbar los sistemas neuroendocrinos del apetito, de tal manera que las anormalidades biológicas pueden ser tanto efectos como causas. De hecho, muchas de las anormalidades son conocidos efectos del hambre o del estrés.

Con todo, los estudios genéticos se han enfocado en el polimorfismo en los genes relacionados a la serotonina (5- HT) ya que este sistema neurotransmisor es importante en la regulación del comer y en el ánimo (Fairburn y Harrison, 2003). Sin embargo, tal como indican Wonderlich et al. (2005), aunque se ha relacionado la BN de tipo impulsivo a la neurotransmisión hiposerotonérgica, no se ha encontrado una asociación significativa con el polimorfismo 5- HTTLPR (gen transportador de la serotonina), lo que sugiere que habría influencias de otro tipo u otras influencias genéticas.

Por otro lado, las actitudes negativas hacia la figura corporal ocupan una posición prominente entre los factores de riesgo de la BN (Jaeger et al., 2002). De hecho, en las mujeres que sufren de este trastorno se ha encontrado mayor presencia de cogniciones de una reactividad negativa relacionadas al cuerpo que en las mujeres que no muestran un desorden alimentario. Esto sugeriría un sobreinvolucramiento con el propio cuerpo y un estrechamiento de su foco de atención que se refleja en

experimentar pensamientos fuertes que se ven incrementados sustancialmente cuando son confrontadas con su apariencia física (Hilbert y Tuschen- Caffier, 2005).

Otros factores de riesgo para los desórdenes alimentarios son los rasgos de personalidad. La relación entre ambos no es clara, ya que pueden predisponer a o ser el resultado de un desorden alimentario o no tener influencia el uno sobre el otro sino deberse a una tercera variable que aumenta el riesgo para una o para ambas alteraciones (Wonderlich y Mitchell, 2001). Así se han asociado muchos rasgos a la BN tales como la baja autoestima y después el perfeccionismo, siendo este último particularmente común como antecedente de AN (Fairburn y Harrison, 2003). En cuanto al perfeccionismo, Castro Fornieles et al. (2005) encontraron que los pacientes que tienen AN y BN tienen un mayor perfeccionismo orientado en el self entendido este como un escrutinio crítico del self, con estándares irreales impuestos y una perfección del self requerida. Este tipo de perfeccionismo sería común a la AN y BN, y distintivo de estos desórdenes diferenciándolos de otros desordenes psiquiátricos como los desórdenes depresivos o de ansiedad.

Por otro lado, la baja autoestima o el concepto negativo del self ha tenido un rol central en muchas teorías clínicas de los desordenes alimentarios. De hecho, los pacientes con BN y AN exhiben déficits en el concepto del self con respecto a los grupos controles sanos. Esto se confirma tanto en la autoestima global como en la idea de ineffectividad (Jacobi et al., 2004).

Además, Engel et al. (2005) han encontrado que tanto la impulsividad como la compulsión son rasgos comportamentales comunes en pacientes con BN. De hecho, estos autores encuentran que agrupar las pacientes bulímicas en niveles de impulsividad y compulsión lleva a diferencias significativas entre grupos en las variables que miden personalidad, uso de sustancias, patología alimentaria y depresión.

En el Perú, la investigación refiere también que en pacientes bulímicas se encontraron conductas suicidas impulsivas, abuso de sustancias psicoactivas y manifestaciones de falta de control como cleptomanía, mitomanía, gasto compulsivo, sexualidad compulsiva, entre otros (Vázquez et al., 2004).

Finalmente, la hipótesis de una relación causal entre el abuso sexual infantil previo y los desórdenes de la alimentación ha recibido reportes mixtos desde la literatura (Pearlstein, 2002). Por un lado, se han asociado experiencias premórbidas, como el abuso sexual infantil, a la aparición de un desorden alimentario como la BN y a la aparición de otros trastornos psiquiátricos (Fairburn y Harrison, 2003; Mangwett et al., 2005). Por otro lado, algunos (Treuer et al., 2005) mantienen que en los pacientes con desórdenes alimentarios, la presencia de abuso sexual no es un factor tan

importante como otros (como el abuso físico) ya que no se encuentra asociado a una mayor severidad en la distorsión de la imagen corporal.

Representaciones Mentales en la Bulimia Nerviosa

Definición de Representación Mental

Las representaciones mentales del self y de los otros son esquemas cognitivo - afectivos que se desarrollan en el ciclo vital (Auerbach y Blatt, 1998). Estos esquemas se originan cuando los niños, usando interacciones tempranas con los cuidadores primarios, construyen esquemas cognitivo-afectivos del self y de los otros derivando y determinando la experiencia del self en una matriz interpersonal (Auerbach y Blatt, 2001). Estas plantillas regulan y dirigen un amplio rango de comportamiento subsecuente, especialmente en el ámbito de las relaciones interpersonales y se vuelven la plantilla o prototipo que estructura el modo de pensar y sentir sobre uno mismo y sobre los demás. Estos esquemas también reflejan el nivel del desarrollo del individuo e importantes aspectos de la vida psíquica como impulsos, afectos, y fantasías (Blatt, Auerbach, Levy, 1997).

Tanto la teoría cognitiva del desarrollo y la teoría psicoanalítica intentan dar cuenta del modo cómo los individuos establecen, mantienen y revisan los sistemas de significación (esquemas, planes, scripts o representaciones) que organizan y dan forma a su entendimiento del self en relación con otros (Blatt y Harpaz-Rotem, 2005). Este constructo ha sido desarrollado por numerosos autores tales como Piaget (1945), Ainsworth (1969, 1982), Bowlby (1969, 1973), Mahler, Pine y Cassidy (1985), Stern (1985), Beebe (1986) y Fonagy (1995), que son tomados por Blatt para construir su propia teoría definiendo las representaciones en el marco de la intersubjetividad. Este marco complejiza el paradigma cartesiano al añadir que la existencia no solo depende de la propia actividad mental ("cogito ergo sum") sino también de la respuesta de un otro.

El sentido del self de los niños y su capacidad de interactuar con otros es inicialmente un producto de las relaciones con sus primeros cuidadores (Blatt y Harpaz - Rotem, 2005). De hecho, al observar los procesos de apego y separación desde los 12 a los 18 meses, se encuentran los más claros ejemplos de la relación entre la calidad de la interacción impersonal y la construcción de esquemas cognitivo afectivos. Así, las investigaciones sobre la interacción madre – hijo en los tres a cuatro primeros años de vida, demuestran que las sutiles vicisitudes de la adaptación entre el cuidador y el infante interactúan con las capacidades de los recién nacidos para facilitar el

desarrollo de las representaciones mentales del self y de otros (Blatt, Auerbach y Levy, 1997).

La investigación en el apego temprano demuestra que el niño establece modelos de trabajo internos (Internal Working Models - IWM) de relaciones de apego que son relativamente estables en el tiempo. Blatt, Auerbach y Levy toman la definición de Main et al. (1985) y definen los IWM como “un set de reglas conscientes e inconscientes para la organización de información relevante a las experiencias de apego, sentimientos e ideaciones” (p. 67) y que, además, varían en su nivel de flexibilidad, adaptación y madurez y funcionan como plantillas que están “relacionadas no solo a patrones individuales en el comportamiento no verbal sino también a patrones de lenguaje y estructuras mentales” (p. 67). Por tanto son centrales para el desarrollo del self e influyen en la naturaleza y la cualidad de las relaciones interpersonales a través del ciclo vital ya que se vuelven estructuras psicológicas resistentes que organizan la información y que promueven la asimilación de nuevas experiencias a las estructuras mentales ya existentes. En la terminología psicoanalítica, estos esquemas cognitivo afectivos del self y de los otros son llamados representaciones del self y representaciones objetales.

Así, la representación del self se forma a través de las relaciones con otros en un proceso dialéctico (Auerbach y Blatt, 2001). Esta perspectiva constructivista enriquece el entendimiento del desarrollo de la personalidad, la patología y el proceso terapéutico al considerar la construcción de representaciones mentales o esquemas cognitivo afectivos como un constituyente central del desarrollo de la personalidad (Blatt, Auebach y Levy, 1997).

Las Representaciones mentales y el desarrollo de la personalidad

Blatt y sus colegas (Blatt, Auerbach, Levy, 1997; Blatt 2003, 2004), proponen que el progreso en el desarrollo de las representaciones objetales –el logro de representaciones más simbólicas, exactas, estables diferenciadas e integradas– está relacionado con el resultado de secuencias de desarrollo complejas y epigenéticas. Precisan que el nivel de desarrollo de la representación objetal de las relaciones con otros significativos es un aspecto integral de un sentido del self maduro y efectivo (Blatt, 2004). Los perjuicios en la capacidad de las representaciones objetales están asociados con un sentido del self dañado, una necesidad intensa de contacto cercano con otros y una desregulación del afecto (Schaffer y Blatt, 1990 citados en Blatt, 2004).

La naturaleza de la relación objetal determina el nivel de la representación mental. Entonces, el desarrollo de la constancia libidinal y la representación objetal están entrelazadas y ambos procesos se desarrollan simultáneamente en una transacción compleja. Usando la teoría cognitiva del desarrollo (Piaget, Werner) y la teoría de las relaciones objetales (Fraiberg, A. Freud, Jacobson y Mahler), Blatt (2003) identifica puntos nodales en el desarrollo de la estructura de la representación mental. En un inicio, la constancia de límites en la que uno está apto para establecer y mantener un sentido de separación entre el self y el otro, entre el self y el no self. A este punto le sigue el reconocimiento o constancia emocional en la que uno es capaz de mantener y establecer un apego emocional consistente a una persona particular. Luego se llega a la constancia objetal o de evocación cuando uno es capaz de mantener y establecer una relación emocional positiva con un otro significativo cuando el otro está ausente o cuando uno está en conflicto con esa persona significativa. Posteriormente se alcanza la constancia del self cuando uno tiene una representación consolidada, cohesiva y estable de uno mismo como diferente y distinto de otros y resistente en el tiempo y el espacio sin depender del propio estado emocional. Finalmente se alcanza el pensamiento operacional, cuando uno es capaz de coordinar relaciones entre muchas dimensiones y así también considerar a uno mismo dentro de la configuración triádica de la propia familia y en contextos sociales más amplios.

Además, Blatt, Auerbach y Levy (1997, 1998, 2001, 2003) proponen un modelo teórico en el cual la personalidad se desarrolla desde la infancia a la senectud por una transacción dialéctica compleja entre dos procesos de desarrollo fundamentales. Uno es llamado Sentido de Relación, y se refiere al desarrollo de una relación interpersonal cada vez más madura, íntima, mutuamente satisfactoria, recíproca y el otro es llamado la Definición del Self y se refiere al desarrollo de un sentido del self o identidad diferenciado, integrado, realista y esencialmente positivo. Los procesos de desarrollo fundamentales evolucionan a través de una transacción compleja, dialéctica, jerárquica, sinérgica tal que el progreso en una línea usualmente facilita el progreso en la otra. Así, las relaciones satisfactorias y significativas contribuyen a desarrollar un concepto y un sentido del self que lleva a niveles más maduros de relaciones interpersonales (Blatt, 2005, 1998, 2001).

Representaciones mentales y patología: el modelo de Blatt

Las predisposiciones biológicas y los eventos ambientales severamente disruptivos pueden interactuar para perturbar el proceso integrado de desarrollo descrito líneas arriba (Blatt, Auerbach, y Levy, 1997; Blatt y Auerbach, 1998;

Auerbach y Blatt, 2001; Blatt, 2003 y 2006). Blatt y sus colegas señalan que las consecuencias de las desviaciones del desarrollo temprano en el desarrollo de límites, reconocimiento, objeto y constancia objetal son después amplificadas en perturbaciones interpersonales, cognitivas y afectivas en los adultos (Blatt, Auerbach y Levy, 1997).

Además, los fenómenos disruptivos pueden llevar a un énfasis exagerado de una dimensión del desarrollo a expensas de la otra (Blatt, 2006). Blatt y Schichman en el 1983 establecieron una polaridad entre los temas asociados a la Relación y a la Definición del Self lo que ha diferenciado dos configuraciones primarias de psicopatología: anaclítica (excesiva preocupación por temas de relación) e introyectiva (excesiva preocupación por temas de definición del self) (Blatt, 2005). La configuración anaclítica se caracteriza por una preocupación por los otros con intensas luchas internas para establecer relaciones interpersonales con sentimientos de confianza, intimidad, cooperación y reciprocidad. El desarrollo del self está interrumpido por estos conflictos relacionados con la sensación de estar privados de cuidado, cariño y amor. En la configuración introyectiva, es central la lucha para mantener un sentido de definición del self, al grado de negar las relaciones interpersonales que se desarrollan. Así, se enfocan principalmente en la agresión y en temas de control del self y la propia valía. La preocupación principal en la definición del self distorsiona la calidad de las experiencias interpersonales (Blatt, 2006).

El self en los trastornos alimentarios: el caso de la BN

Para los psicólogos del self, son importantes la estructura psíquica poco desarrollada y la visión de los síntomas como medidas de emergencia para restaurar un sentido de vitalidad, completud o efectividad. Para Kohut, (1971 citado en Goodsitt, 1997) la capacidad de tolerar la separación sin una descompensación psíquica depende de la internalización de ciertas funciones y estructuras llamadas funciones objetales del self e incluyen la capacidad de proveer cohesión, vitalidad, calma, equilibrio narcisista, regulación de las tensiones y de la autoestima. En el curso de este funcionamiento sano del self, otros pueden servir como objetos del self pero de una manera madura y limitada. Cuando hay un desorden del self, este se vuelve dependiente de los objetos del self para hacer lo que el self poco desarrollado no puede hacer (Bachar, 1998). En este contexto, la psicología del self considera que los desórdenes alimentarios son desórdenes del self. (Bachar, 1998; Bers, Blatt y Dolinsky, 2004; Fauchaus et al., 2001). Los trastornos alimentarios se explicarían porque en algún punto del desarrollo del self, el individuo inventa un sistema restitutivo

por medio del cual, antes que las personas, son los patrones desordenados del comer los que son usados para satisfacer las necesidades objetales del self (Jonson et al., 2001).

En el caso de la Bulimia Nerviosa se han relacionado sus orígenes con el proceso de desarrollo y se ha identificado una importante dificultad con los procesos de separación tanto en los progenitores como en la paciente (Gabbard, 2002; Sugarman, 1991). Más aún, Goodsitt (1997) explica que la falla para mantener las necesidades objetales del self puede ocurrir cuando los padres se encuentran muy absorbidos, ansiosos, abrumados, necesitados, depresivos o psicóticos. En este caso, los niños pueden decidir que fiarse de otros para abastecer las necesidades objetales del self es muy riesgoso. En el caso de la BN, las chicas entran a la pubertad y adolescencia pobremente equipadas para regular sus ánimos, tensiones, autoestima y cohesión. Al manipular su propio cuerpo, al atracarse, purgarse y controlar su peso restituye temporalmente un sentido de vitalidad y efectividad. Además, una vez que se desarrolla la BN, esta provee a estas mujeres de una identidad patológica y compensatoria que les permite el sentido de tener una presencia significativa en el mundo.

Por otro lado, con referencia a los TA, se hipotetiza que el self es primero un self corporal y cuando el cuerpo está pobremente integrado en la organización del self, la falta de cohesión se refleja en las distorsiones y delusiones corporales (Goodsitt, 1997). Así, para este autor los excesivos intentos para controlar la propia figura derivan del terrible sentido que el propio cuerpo, como un aspecto de la organización del self, está fuera de control y es fácilmente influido por fuerzas externas. En los TA, falta la convicción de que los cuerpos son agentes activos que metabolizan la comida; para estas mujeres en la relación entre su cuerpo y la comida, sus cuerpos son extrañamente pasivos, impotentes e inhábiles para regular las actividades metabólicas.

En esta línea y extendiendo sus ideas a la BN, Sugarman (1990) sugiere que el desorden se originaría en una falla para integrar bien el self corporal en la representación del self. Explica que el self corporal es el centro de las interacciones tempranas con otros significativos en un contexto en el que el self no está aún indiferenciado del objeto, diferenciación que tendrá lugar mientras se inicia el proceso de separación e individuación. La diferenciación del ego y el ello y la diferenciación de los impulsos y una temprana neutralización acompañada con un cambio cognitivo a un pensamiento preoperacional, promueven una representación del self que es más

simbólica y extensa. La maduración lleva a la constancia evocativa objetal y emerge un mundo representacional genuino. Es entonces que la representación del self es relativamente distinta de la representación objetal y el self corporal es una de las muchas facetas de la representación del self del niño que se expanden para incluir otros elementos tales como self como niño, self como hija y self como niña. Sin embargo, si la función materna falla al llevar la comunicación somática a un nivel simbólico, los afectos y los impulsos permanecerán localizados en el self corporal y no serán experimentados a un nivel simbólico. Esos niños permanecen fijados a una etapa temprana en la que el self corporal no es distinto del self psicológico y la representación del self no está bien diferenciada de la representación de objeto generándose así un riesgo para desarrollar BN.

El modelo de Blatt ha sido aplicado a los TA, particularmente en la investigación de Anorexia Nerviosa. Bers, Blatt y Dolinsky (2004) exploraron el sentido del self de estas pacientes tratando de capturar aquellas cualidades que las distinguían de otros pacientes psiquiátricos y de los no pacientes. En las tres muestras, se evaluaron las descripciones del self, la inteligencia y el desorden alimentario. Se encontraron algunas características que diferenciaban el sentido del self de las pacientes con AN de los otros grupos y que por lo tanto aparecen como un núcleo dentro del desorden. Se observó así que estas pacientes tenían una aumentada auto reflexión lo que indicaba una mayor reflexión acerca del self, un foco más concreto y más interno y un estilo ideacional contradictorio y evaluativo que contenía severos juicios del self. La mirada negativa del self ocurría en el contexto de un escrutinio intenso del self. La incrementada reflexión acerca del self estaba acompañada de un afecto ansioso y depresivo que se expresaba abiertamente en las descripciones del self. Esto apunta a una reflexión del self poco modulada con una cualidad crítica y negativa. Estas pacientes parecían estar envueltas en una lucha desesperada para sentirse adecuadas, valiosas y efectivas pero de tal forma que terminaban sintiéndose de la manera contraria (Bers, Blatt, y Dolinsky, 2004).

Llama la atención que aunque las pacientes con AN persigan intensamente la delgadez y tengan una preocupación con la apariencia y el peso, descriptores físicos o concretos o un foco externo no dominaron sus descripciones del self. Por el contrario, se encontró un foco interno lo que brinda evidencia que la patología de AN va más allá de lo físico y que hay puntales más profundos para el sentido del self en pacientes con AN que una percepción inadecuada de la imagen corporal o un deseo exagerado de delgadez (Bers, Blatt, y Dolinsky, 2004).

La propuesta de la presente investigación está ubicada en la lectura de los TA desde la psicología del self y busca ampliar el modelo propuesto por Blatt sobre las representaciones mentales del self a la comprensión de la BN.

Planteamiento del Problema

Como mencionamos anteriormente, las perturbaciones en el desarrollo del self son factores importantes que contribuyen a la formación y persistencia de los desórdenes alimentarios. Autores como Goodsitt (1997) y Bachar (1998) enfatizan que las fallas en el desarrollo al servir de espejo, idealizar y validar necesidades en el infante, generan déficits en las capacidades para mantener la autoestima, la cohesión y varias funciones autoregulativas. Más específicamente, autores como Sugarman (1990) indican que los tempranos desajustes entre el niño y su madre llevan a trastornos del sentido de agencia, un deficiente self corporal y finalmente una representación del self distorsionada. Todos estos elementos estarían implicados en la etiología y sostenimiento de los TA.

Existen muchas pruebas diseñadas para medir nivel de riesgo de trastornos alimentarios en general tales como el EDI (Eating Disorder Inventory); EAT - 40 (Eating Attitudes Test); la escala de evaluación de la imagen corporal de Garner; el cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA), existen otras diseñadas para identificar indicadores de BN como el BITE (Bulimic Investigatory Test Edinburgh) y otras creadas en nuestro medio como el Inventario sobre Trastornos Alimentarios adaptado por Hartley. Por otro lado, existen técnicas proyectivas como el TAT o como el Rorschach, que se relacionan con la representación mental y los procesos cognitivos, que evitan los sesgos inherentes a los autoreportes (Ionascu, 2003) y que han sido utilizadas en la evaluación de la BN (Smith, et al, 1991).

Sin embargo, la perspectiva desde la cual se apoya nuestro trabajo requiere un instrumento que le dé énfasis a la representación mental del sentido del self. Dentro de este panorama, utilizar la Entrevista de Evaluación de las Descripciones del Self resulta pertinente y una propuesta interesante para la medición de este constructo en población clínica con TA. Ello nos permitiría explorar el sentido del self en las pacientes con Bulimia Nerviosa y aportar a la investigación empírica en el campo de las representaciones del self en los trastornos alimenticios desde el modelo psicoanalítico.

Tomando en cuenta la relevancia de la evaluación de las representaciones del self para la comprensión y efectiva intervención de los Trastornos Alimentarios, en particular de la Bulimia Nervosa nos hacemos la siguiente pregunta de investigación: ¿cómo son las representaciones del self en pacientes bulímicas de 18 y 30 años que acuden a un Hospital de Salud Mental?

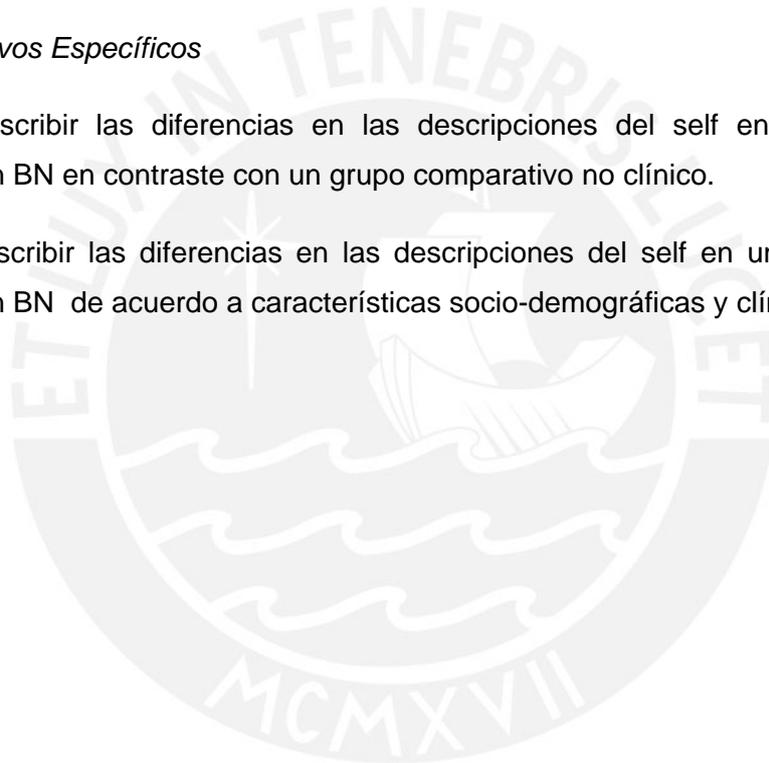
Objetivos

Objetivo General

Describir las características del sentido del self en un grupo de pacientes diagnosticadas con BN.

Objetivos Específicos

- 1) Describir las diferencias en las descripciones del self en un grupo de pacientes con BN en contraste con un grupo comparativo no clínico.
- 2) Describir las diferencias en las descripciones del self en una muestra de pacientes con BN de acuerdo a características socio-demográficas y clínicas.





CAPÍTULO II

Metodología

Tipo y Diseño de Investigación

Este estudio es descriptivo, ya que busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de una variable en un grupo particular (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). El diseño utilizado es no experimental, ya que se recoge la información y se estudia el comportamiento de los datos en su contexto natural sin manipular las variables de estudio. A su vez, la investigación es de tipo transeccional descriptivo, dado que los datos han sido recogidos en un momento determinado a través de una única aplicación a cada participante y describe las variables relevantes (Kerlinger y Lee, 2002).

Participantes

El universo de estudio está conformado por las pacientes con Bulimia Nerviosa mayores de 18 años que acuden a atenderse a un Instituto de Salud Mental de Lima Metropolitana. El tipo de muestro utilizado fue no probabilístico accidental pues se convocó a aquellas pacientes que estuvieran disponibles y al alcance del investigador (Kerlinger, 2002).

Así, para el grupo de estudio se seleccionó a 20 mujeres diagnosticadas con Bulimia Nervosa (criterio del DSM IV, APA 1994) y que acudieran a consulta a un instituto de salud mental de Lima. Sus edades fluctuaron entre 18 y 30 años ($Me=22$; $DS= 3,71$), vivían en diferentes distritos de Lima Metropolitana y la mayoría cursaba estudios superiores universitarios (40%). Las participantes tenían un tiempo de enfermedad crónica de 1 a 12 años ($Me=5.1$; $DS=3.11$); un 60% había asistido a terapia de un mes a cuatro años ($Me=13.17$; $DS=16.97$) y un 35 % había estado alguna vez hospitalizada. Ninguna tenía algún diagnóstico de psicosis al momento de la aplicación. Los datos más relevantes de la muestra se aprecian en la Tabla 1.

Tabla 1
 Distribución de la muestra según algunas variables demográficas y clínicas importantes*

Variable	F	%	Variable	f	%
Procedencia			Estado Civil		
Lima	11	55	Soltera	19	95
Provincia	9	45	Casada	1	5
Grado de Instrucción			Vive con		
Secundaria Completa	2	10	Sola	1	5
Técnica Incompleta	6	30	Familia nuclear	14	70
Técnica Completa	3	15	Familia extendida	2	10
Superior Incompleta	8	40	Nuclear Propia	3	15
Superior Completa	1	5			
Ocupación			Hospitalizaciones		
Ninguna	10	50	Ninguna	13	65
Estudia	7	35	Una	4	20
Trabaja	3	15	Tres	3	15
Medicación			Terapia		
Si	19	95	Si	12	60
No	1	5	No	8	40
			Diagnósticos Asociados		
Diagnóstico Principal			Diagnóstico Secundario		
Sin diagnóstico	1	5	Borderline	1	5
Borderline	8	40	Dependiente	1	5
Depresión leve	1	5	Distimia	1	5
Depresión mayor	4	20	Total	3	15
Distimia	1	5			
Epilepsia	1	5			
Personalidad Inestable	4	20			

*n=20

Para el grupo de comparación, se utilizó la técnica de apareo con el fin de igualar a los grupos en relación a las variables demográficas (Hernández et al, 2000). Por tanto, éste estuvo conformado por 20 mujeres cuyos datos demográficos coincidían con los de las participantes del grupo de estudio. Estas mujeres no tenían antecedentes de atención psiquiátrica ni indicadores de trastornos alimentarios como se corroboró con el Inventario sobre Trastornos Alimentarios (ICA) adaptado por Hartley (1999). Se encontró que las integrantes de esta muestra puntúan en promedio 90 (DE = 37.18) ubicándose entre el primer y tercer quintil por lo que se descarta la existencia de riesgo de trastornos alimentarios.

Instrumentos

Ficha de Datos

Se construyó una ficha que incluía datos demográficos y clínicos cuyo objetivo era recolectar datos sociodemográficos relevantes para la comprensión del trastorno como edad, lugar de procedencia, grado de instrucción, composición familiar, ocupación, así como consignar información específica propia de la enfermedad (tiempo de enfermedad, número de hospitalizaciones, asistencia a terapia, medicación actual, entre otros) extraída de la historia clínica archivada en el hospital.

La Entrevista de Evaluación de las Descripciones del Self

Instrumento elaborado por Bers, Blatt y Schaffer en 1993. Consiste en una técnica proyectiva en la que el sujeto brinda una descripción espontánea de sí. Estos autores se basaron en una revisión de la literatura clínica, social y del desarrollo para identificar diversos aspectos del sentido del self. A partir de esto se evalúan siete categorías (Longitud, Modo de Descripción, Capacidad de Relacionarse, Variables Cognitivas, Mirada del self, Variables del Desarrollo, Variables Afectivas) que subsumen 19 escalas para capturar dimensiones importantes de las representaciones del self en un amplio rango que va de la normalidad a psicopatología severa.

Los autores obtuvieron una confiabilidad entre evaluadores en un rango de .74 a .99. Se encontró que algunas variables como Agencia, Capacidad de Relación y Variables Cognitivas y Afectivas diferencian significativamente pacientes psiquiátricos de no psiquiátricos lo que aporta a la validez. En las escalas de la anterior versión hecha en 1985 se estableció la confiabilidad y la validez para muestras no clínicas y se encontró evidencia de relaciones entre las descripciones del self y las medidas de depresión y oralidad (Bers, Blatt y Schaffer, 1992).

En la investigación hecha en el 2004 (Bers, Blatt y Dolinsky, 2004), se planteó que las categorías mencionadas arriba podrían traslaparse y tener una correlación significativa. Para delinear las dimensiones de las descripciones del self de una manera más parsimoniosa, se realizó un análisis factorial para revelar las diferencias y las coincidencias entre estas escalas. Se usaron los puntajes de 171 hombres y mujeres los que produjeron cuatro factores claros e interpretables que subsumieron 18 escalas, a los que se llamaron Agencia, Reflexión, Diferenciación y Relación. Las escalas de ansiedad y depresión fueron excluidas del análisis porque eran aspectos menos estables del self y fueron usadas como escalas separadas en análisis subsecuentes. El Factor I, Agencia, incluía el Autorespeto positivo / negativo, el Nivel de Definición del Self, Integridad, y Esfuerzo. El Factor II, Reflexión, incluía Autoreflexión, Nivel Conceptual, Modo Predominante, Tolerancia de Aspectos Contradictorios y Autocrítica. El Factor III, Diferenciación, incluía Solidez, Diferenciación / Integración y Longitud. El Factor IV, Relación, incluía Nivel de

Relación, Articulación de la Relación, Calidad de las Relación y Equilibrio entre Relación – Definición del Self. Para la confiabilidad entre calificadores, dos jueces puntuaron de modo independiente las descripciones del self de 20 sujetos (Pearson r), y se encontró un nivel aceptable de concordancia para las 18 escalas que iba en un rango de .67 a .95.

Las evaluaciones del sentido del self han sido usadas con muestras clínicas que incluyen desorden de personalidad borderline, esquizofrenia (Blatt y Auerbach, 1996) y trastornos alimentarios (Bers, Blatt y Dolinsky, 2004). Con respecto a esto último, Bers, Blatt y Dolinsky (2004) exploraron el sentido del self en pacientes con anorexia nerviosa, aplicando para ello este instrumento. Los resultados muestran una diferencia en el sentido del self de pacientes anoréxicas en comparación con mujeres con otros trastornos psiquiátricos y con mujeres no anoréxicas. Se encontró que las mujeres que tenían algún desorden psiquiátrico se distinguían de las mujeres que no lo tenían por un bajo sentido de agencia y una baja capacidad de relacionarse. Sin embargo, lo que diferenciaba significativamente a las mujeres anoréxicas de los otros dos grupos era una severa y alta autorreflexión y una expresión más abierta de afectos depresivos y ansiosos.

Para la presente investigación una persona especialista en inglés, lingüística y psicología tradujo el Manual de La Entrevista de Evaluación de la Descripción del Self del inglés al castellano. Se realizó una prueba piloto a tres sujetos que cumplían con las características demográficas de la muestra, comprobándose la comprensión de la consigna y que las respuestas dadas podían ser calificadas de acuerdo a las categorías establecidas para la población original. Se revisó y se esclareció con otro especialista y el autor de la prueba tanto las definiciones de los constructos medidos como los criterios de calificación desarrollando precisiones conceptuales y de interpretación de modo que el contenido de los mismos fuese lo más preciso posible. Además se intercaló ejemplos para clarificar los criterios de puntuación de la prueba y mejorar la presentación del contenido del manual. Todo ello permitió aportar a la validez de contenido del Instrumento.

Con el fin de apoyar a la confianza en la medición, se realizó la calificación de los protocolos tanto por la investigadora como por una psicóloga con experiencia clínica de orientación psicoanalítica. Se evaluaron de modo conjunto 5 protocolos del grupo de estudio y 5 del grupo de comparación y se resolvieron las dudas del material restante por acuerdo.

Inventario sobre Trastornos Alimentarios

Este inventario fue adaptado por Hartley (1999) del inventario de síntomas anoréxicos creado por Marcés y Delgado (1995). Evalúa comportamientos relacionados a los trastornos alimentarios. Consta de 115 ítems cuyo formato de respuesta es de tipo Likert de 6 puntos. Los ítems se corresponden a los criterios diagnósticos del DSM IV, llamados ítems críticos, los cuales se utilizan para determinar población en riesgo.

Fue validado por Hartley en nuestro medio en una muestra de 361 adolescentes femeninas entre 13 y 18 de nivel socio-económico bajo, medio alto y alto. Primero, se realizó la validez de contenido por criterio de jueces, determinándose que el índice de acuerdo fuera igual o mayor que 0.80 para cada ítem. Se midió la confiabilidad en una prueba piloto a través del Alpha de Cronbach obteniéndose un coeficiente de 0.93. Asimismo, se analizaron las correlaciones ítem-test, aceptándose todos aquellos ítems con índices de discriminación por encima $r=0.20$. De los 8 ítems que presentaron una baja o negativa correlación ítem-test, sólo se eliminaron 3 y se conservaron 5 debido a su importancia teórica y a que existía la posibilidad de perfeccionarlos. Al finalizar, se volvió a medir la confiabilidad por consistencia interna a través del Alpha de Cronbach, cuyo resultado mostró que se había mantenido ($r=0.93$). Sólo se encontraron 2 ítems con correlaciones ítem-test menores a $r=0.20$, de los cuales se eliminó uno y se mantuvo el otro por su importancia tanto teórico como clínica (Hartley, 1999).

Procedimiento

Luego de realizar la traducción del manual de la Entrevista de Evaluación de las Descripciones del Self y comprobar su aplicabilidad mediante la prueba piloto, se contactó a una psiquiatra de un Instituto de Salud Mental de Lima Metropolitana para entrevistar a algunas de sus pacientes. Así, al terminar la consulta, la psiquiatra presentaba a la evaluadora como “una psicóloga que haría algunas preguntas” y la dejaba a solas con las pacientes. Una vez reunidas, primero se les explicó el objetivo de la entrevista y se solicitó su consentimiento oral para participar, además se les avisó que serían grabadas. Se les preguntó alguna información para llenar la ficha de datos y se procedió a la aplicación de la entrevista. Se excluyeron de esta muestra aquellas pacientes que estuvieran hospitalizadas.

Posteriormente, se reunió una muestra no clínica que compartiera las mismas características demográficas que la muestra clínica y se siguió el mismo procedimiento que con el grupo de estudio. Para descartar patología, se les preguntó si habían acudido al psiquiatra en alguna ocasión y para descartar riesgo de trastornos alimentarios, se les aplicó el Inventario para Trastornos Alimentarios de Hartley (1999).

Al finalizar se realizó la aplicación de la Entrevista de Evaluación de las Descripciones del Self.

Luego se procedió a transcribir cada entrevista y a calificarla de acuerdo a las pautas del Manual traducido y a trasladar la data numérica a una base de datos en el programa SPSS 15. Se obtuvieron los estadísticos descriptivos pertinentes para la descripción de la muestra así como para cada grupo en la Entrevista de Evaluación de las Descripciones del Self. Seguidamente se efectuaron los análisis de normalidad en la distribución de los puntajes y la comparación de medias mediante el estadístico U de Mann-Whitney o Shapiro Wilk dependiendo del caso.



CAPÍTULO III

Resultados

A continuación se presentarán los resultados obtenidos respondiendo a los objetivos de la investigación. Además de presentar las tablas con la información estadística correspondiente, se presentarán viñetas que permitirán una mejor comprensión de los hallazgos.

De acuerdo a los objetivos de estudio, se pretende determinar si existen diferencias significativas en las representaciones mentales del self entre el grupo de pacientes con BN y el grupo comparativo. Debido a que las distribuciones de los puntajes resultaron ser no paramétricas en su mayoría, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney como estadístico de comparación (Anexo A).

Como se aprecia en la Tabla 2, se evidencian diferencias significativas en las representaciones mentales del self entre el grupo clínico y el grupo de comparación tanto en la *Longitud* como en cuatro dimensiones de la *Descripción del Self*: Capacidad de Relación (II), Mirada del Self (IV), Variables del Desarrollo (V) y Variables Afectivas (VI).

En cuanto a la *Longitud*, se observa que las pacientes bulímicas emplearon significativamente más palabras para realizar las descripciones de sí mismas que las mujeres del grupo de comparación.



Tabla 2

Representaciones Mentales del Self según grupo

	Grupo						U
	Estudio			Comparativo			
	N	\bar{X}	DE	N	\bar{X}	DE	
Longitud	20	5,85	1,31	20	4,65	1,50	110,500**
I. Modo de Descripción							
IA. Modo Predominante	20	3,10	,91	20	2,90	,72	168,000
IB. Solidez	20	2,90	,79	20	2,70	,73	165,000
IC. Nivel Conceptual	20	6,10	1,12	20	6,05	1,32	197,500
II. Capacidad de Relación							
IIA. Articulación de la Relación	18	3,78	,94	14	3,64	1,01	116,000
IIB. Calidad de Relación	16	3,38	1,50	9	5,11	1,27	27,000**
IIC. Relación con Examinador	20	2,05	1,15	20	1,80	1,01	175,000
III. Variables Cognitivas							
IIIA. Autoreflexión	20	2,80	1,01	20	2,35	,88	152,500
IIIB. Tolerancia a Contradicciones	20	1,75	,98	20	1,50	,95	172,000
IIIC. Diferenciación e Integración	20	2,55	1,05	20	2,95	1,10	162,000
IV. Mirada del Self							
IVA. Autovaloración	20	2,85	1,46	20	5,15	1,31	51,000**
IVB. Capacidad de Autocrítica	20	3,60	1,54	20	1,90	,97	78,500**
IVC. Grado de Ambición	14	2,36	,84	8	3,50	,54	16,000**
V. Variables del Desarrollo							
VA. Nivel de Relación	16	3,75	,86	12	5,08	1,24	43,000**
VB. Nivel de Def. del Self	20	3,35	1,04	20	4,65	1,31	90,000**
VC. Equilibrio Rel-Def	20	1,80	,41	20	1,75	,44	190,000
VD. Integridad	20	3,50	,51	20	5,10	,72	20,000**
VI. Variables Afectivas							
VIA. Ansiedad	20	1,90	1,38	20	1,20	,52	152,500
VIB. Depresión	20	2,25	1,45	20	1,05	,22	105,500**

Por su parte, en cuanto a la *Capacidad de Relación (II)*, sólo se observan diferencias significativas en la Calidad de Relación (IIB). Se encuentra que existe significativamente un mayor grado de cuidado y compromiso hacia las relaciones con los demás en las mujeres del grupo de comparación que en las pacientes con BN. Estas últimas presentan, en su mayoría, sentimientos negativos lo que se traducirá en una mayor distancia interpersonal, demanda o en un sentimiento de ser rechazadas y juzgadas por otros.

"(...) le tengo cierto pánico a estar con los chicos, no me gusta estar con enamorado simplemente porque tengo una mala imagen de papá. Ha tenido dos novias, tres novias y

simplemente por eso no puedo aceptar a los chicos sin desconfianza y mientras que esté con alguien a admitir que estoy sola” (Noelia, 19 años).

“(Soy una persona...) Que se hiere cuando, mejor dicho, recuerda mucho cuando las personas la hieren, recuerda mucho y trato de mostrarme como una persona enérgica...este...a la mirada de otros pero en realidad nadie sabe quién soy” (Yesenia, 24 años).

“Soy demasiado sensible al mínimo comentario, muy susceptible. Siento que cualquier persona cuando le da la gana me puede utilizar de la peor manera. O hasta, como decir, pueden trapear el piso conmigo...” (Zoila, 24 años).

En el área de *Variables Cognitivas (III)*, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Por el contrario, en términos de *la Mirada del Self (IV)*, se encuentran diferencias significativas entre los grupos en todas las escalas que la componen: Autovaloración positiva–negativa (IVA), Capacidad de Autocrítica (IVB) y Grado de Ambición (IVC). En la primera escala, Autovaloración positiva–negativa (IVA), se observa que las pacientes con BN presentan una autovaloración predominantemente negativa mientras que las mujeres del grupo comparativo tienden a valorarse de modo claramente positivo.

“Me gusta estar en mi cuarto así con las cortinas cerradas. Me veo una persona gorda. Por momentos me veo fea en el espejo. Quisiera bajar de peso, pero a veces pienso que no puedo; no me gustan los ejercicios, odío los ejercicios” (Gaby, 30 años).

“(...) a veces me gustaría ser diferente, o sea me gustaría ser como otras personas, rubia o con ojos azules o con la piel blanca para ser mejor aceptada, tal vez para sentirme yo mejor” (Marta, 19 años).

En cuanto a la Capacidad de Autocrítica (IVB), se aprecia que las pacientes con BN presentan un mayor grado de insatisfacción frente a estándares que no llegan a cumplir que las mujeres del grupo de comparación.

“Soy muy autocrítica al punto de ser perfeccionista. No me gusta que las cosas salgan mal y critico mucho mi trabajo en todo en todo aspecto; critico muchos aspectos de mi vida. (...) suelo criticarme mucho, no solamente en lo que hago sino en cómo soy, en cómo me veo” (Meche, 23 años).

A nivel del Grado de Ambición (IVC), se observa que las mujeres del grupo de estudio tienden a mantener un menor nivel de motivación y un menor esfuerzo invertido hacia el logro que el otro grupo, el cual va desde una falta de claridad en las metas a menciones explícitas de falta de ambición.

“Me siento incapaz de resolver muchas cosas, incapaz de lograr objetivos, de tener metas, de sentirme optimista” (Zoila, 24 años).

“Bueno, mi defecto es que estoy enferma, que no quiero sanarme, que quizá a veces trato de sanarme, pero no tengo voluntad, me gustaría sanarme pues” (Sandra, 21 años).

Por otro lado, en términos de las *Variables de Desarrollo (V)* existen diferencias significativas que indican que las pacientes con BN tienen un menor Nivel de Relación (VA) que las mujeres del grupo comparativo, es decir, tienden a incorporar en menor medida las necesidades del otro en sus descripciones y con esto es menos frecuente la correspondencia mutua, la empatía y la reciprocidad.

“Dependiente. Me tiendo a aferrar mucho a alguien o a algo. Le tengo miedo a la soledad, eso también me he dado cuenta, no me gusta estar sola, siempre encuentro a alguien con el que me pego y con el que hago todas mis cosas; a veces es mi mamá, en este caso es mi novio o alguien de la universidad” (Karen, 26 años).

En términos del Nivel de Definición del Self (VB), se observa que si bien en ambos grupos hay tan solo un sentido del self emergente, en las pacientes con BN este es significativamente diferente al del grupo comparativo. En ellas se aprecia un sentido de self reactivo, es decir, se reacciona ante el entorno y se refleja en una preocupación por hacer valer, definir y hasta proteger la propia individualidad; en el grupo de no pacientes, la identidad se experimenta de modo no reactivo, es decir, el self empieza a ser experimentado desde el sí mismo y aparece una preocupación unida a un sentido de estabilidad, orden y regulación que se va desarrollando. No se encontraron diferencias sustanciales en la escala Equilibrio Relación-Definición (VC). Finalmente en cuanto a la Integridad (VD), se evidencian diferencias estadísticamente significativas que sugieren que la integración de aspectos positivos y negativos a través del tiempo es mayor en el grupo comparativo que en el grupo de pacientes con BN.

“Creo que soy un poco lenta por lo que me dice mi hermana, un poco quedada, pero yo creo que no, a veces siento que me lo dice y me convence que soy alguien a quien yo pienso que no soy. (...) no sabría decir cuál es mi verdadera personalidad, estoy muy confundida, es algo muy confuso todavía. (...). No sé si ella dice que me hace un bien con lo que me dice, que me hace sentir más fuerte, pero a mí me causa tristeza. A veces pienso que sí está bien y a veces pienso que está mal que me diga esas cosas o que me trate de la manera en que lo hace. Pero no..., no sé” (Susana, 19 años).

A nivel de las *Variables Afectivas (VI)*, si bien los puntajes son bajos en ambos grupos, se observa que las pacientes con BN presentan significativamente más indicadores de Depresión (VIB), es decir aludieron a sentimientos tristes y apáticos sobre el self y la vida en general, que las mujeres del grupo comparativo. No se encontraron diferencias sustanciales en la escala de Ansiedad (VIA).

“(...) tengo muchos problemas de depresión, entro muy rápido en depresión y es la depresión la que me causa las ansias. Cuando me siento triste, lo único que hago es aferrarme a la comida, solamente pienso que la comida va a ser mi única felicidad, mi única salida a todos mis problemas y como, como, como hasta un punto en que ya no puedo soportar la cantidad que he comido y comienzo a vomitar y de nuevo vuelvo a comer y vuelvo a vomitar y estoy en ese proceso de comer, comer y vomitar ...” (Cintia, 20 años).

“Soy una persona que ha intentado suicidarse varias veces, no estaba satisfecha con su vida totalmente, perdió las ganas de vivir, de soñar, de querer salir adelante...” (Noelia, 19 años).

Además, se efectuaron análisis de las representaciones mentales del self al interior del grupo clínico de acuerdo a variables sociodemográficas y clínicas relevantes, y se encontró diferencias significativas de acuerdo al lugar de nacimiento, a la ocupación y a la asistencia o no a terapia.

En la Tabla 3 se puede apreciar que existen diferencias significativas en la Autovaloración (IVA) y el Nivel de Relación (VA) en las pacientes con BN siendo estas mayores en aquellas que nacieron en Lima.

Tabla 3
Representaciones Mentales del Self según Lugar de Nacimiento

	Lugar de Nacimiento						U
	Lima			Provincia			
	N	\bar{X}	DE	N	\bar{X}	DE	
IVA. Autovaloración	11	3,55	1,69	9	2,00	0,00	22,500*
VA. Nivel de Relación	10	4,20	0,42	6	3,00	0,89	8,000*

*p<0,05

En la Tabla 4 se observa que existen diferencias significativas en las escalas de Nivel de Definición del Self (VA) y Depresión (VIB) de acuerdo a la ocupación. Se encuentra que las pacientes que estudian presentan una mayor definición del self que aquellas que trabajan o que no tienen ocupación alguna. Asimismo se aprecia que, en sus auto – descripciones, los indicadores de depresión son significativamente mayores en las pacientes que trabajan que en aquellas que estudian o están desocupadas.

Tabla 4
Representaciones Mentales del Self según Ocupación

		\bar{X}	DE	H
VB. Nivel Def. Self	Ninguna ^a	3,00	0,67	9,23*
	Estudia ^b	4,29	0,95	
	Trabaja ^c	2,33	0,58	
VIB. Depresión	Ninguna ^a	1,40	0,97	9,20*
	Estudia ^b	2,57	1,13	
	Trabaja ^c	4,33	1,16	

^a n=10

^b n=7

^c n=3

*p<0,05

Finalmente, en la Tabla 5 se observa que existen diferencias significativas en la escala Calidad de Relación (IIB) de acuerdo a una variable clínica importante: haber tenido intervención terapéutica o no. Se halló que aquellas mujeres que no habían recibido terapia tienen un mayor compromiso y cuidado hacia sus relaciones que aquellas que la habían recibido.

Tabla 5
Representaciones Mentales del Self según Intervención Terapéutica

	Intervención Terapéutica				U
	Sin ^a		Con ^b		
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	
II B. Calidad de la Relación	4,50	1,64	2,70	0,95	10,500*

^a n=6

^b n=10

*p<0,05

CAPÍTULO IV

Discusión

A continuación se discuten los hallazgos del presente estudio, analizando primero los resultados en torno a las representaciones mentales del self del grupo de pacientes con BN en relación al grupo comparativo. Posteriormente se discutirán los hallazgos de acuerdo a variables socio-demográficas y clínicas y finalmente se presentarán las conclusiones y limitaciones de la investigación.

En primer lugar, en cuanto a la *Capacidad de Relación (II)* encontramos que en la escala de Calidad de la Relación (IIB), el grupo de estudio evidencia sentimientos más negativos hacia otros que el grupo de comparación. Este hallazgo se ve corroborado por las investigaciones actuales que señalan que, en las familias de estas pacientes, las interacciones con sus miembros están asociadas a emociones negativas (Benninghoven et al., 2003; Goodsitt, 1997; Waller, 1994). Probablemente este clima conflictivo sea de larga data, ya que los esquemas representacionales que están a la base de la calidad de la relación se construyen cuando el sujeto es niño e interactúa con los cuidadores primarios (Auerbach y Blatt, 2001). Es probable que esta dinámica se haya cristalizado en el tiempo en un esquema representacional negativo de las relaciones interpersonales que se reflejarían en una tendencia hacia la indiferencia emocional, demanda, o el sentimiento de ser rechazado o juzgado por otros.

Lo anterior estaría relacionado con el menor Nivel de Relación (VA) que las mujeres con BN presentan con respecto al grupo de comparación, lo cual implica que tienden a incorporar en menor medida las necesidades del otro en sus descripciones, siendo menos frecuente la correspondencia mutua, la empatía y la reciprocidad. Estos hallazgos pueden ser entendidos a partir de los planteamientos de Klump et al. (2004) quienes refieren que las mujeres con BN reflejan una tendencia general a ser socialmente indiferentes, intolerantes y críticas de otros. De hecho, en la literatura sobre el tema se menciona que las funciones objetales del self son depositadas en otros (Kohut, 1971, citado en Goodsitt, 1997) y cuando existe un desorden del self, este se vuelve dependiente de los objetos del self para que hagan lo que el self poco desarrollado no puede hacer (Bachar, 1998). En otras palabras, la representación del

self no está bien diferenciada de la representación de objeto, lo cual también se encuentra ligado a una falla en la simbolización (Sugarman, 1990). Así, este desplazamiento de funciones que hacen las pacientes con BN generaría una dificultad para percibir las necesidades de quienes las rodean y afectaría los procesos de separación y diferenciación y, por tanto, la correspondencia, empatía y reciprocidad.

Vinculado a lo anterior y tomando las ideas de Blatt (2003, 2004) en cuanto al desarrollo de la estructura de la representación mental, encontramos que las mujeres con BN se encontrarían en una etapa inicial caracterizada por la dificultad para establecer un sentido de separación entre el self y los otros y entre lo que es el self y el no self. Esta característica figura en la literatura como un factor de riesgo para desarrollar BN (Sugarman, 1990) y nos permite entender el menor Nivel de Definición del Self (VB) frente al grupo de comparación. Dado que la diferenciación del self frente a los otros no está consolidada, éstos se convierten en un punto de referencia necesario para definir la propia identidad del self. Esta característica y su impacto en las relaciones se asemeja a la carencia de una identidad integrada que Kernberg (1987) describe en el síndrome de difusión de identidad. Este abarca un concepto pobremente integrado del sí mismo que se refleja, entre otras cosas, en autopercepciones contradictorias que no pueden articularse en una forma emocionalmente significativa y percepciones empobrecidas de los demás.

Este nivel de definición del self va de la mano con el menor nivel de Integridad (VD) que caracteriza al grupo de estudio. Esto alude al grado de integración de aspectos positivos y negativos a través del tiempo. Para Kernberg (1987), esta ausencia de articulación, que se refleja en múltiples representaciones afectivas, cognitivas y contradictorias del sí mismo y de los otros, se debería a la predominancia de una agresión grave activada en estas pacientes. Así, disociar las representaciones “buenas” y “malas”, protegería el amor y la bondad de la contaminación por el odio predominante. Esta característica se reflejaría en la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación que es un patrón característico de estas mujeres y a la vez es una de las características de los desórdenes de personalidad borderline (DSM IV – TR, APA 2002), cuya prevalencia es de 28% en las pacientes con BN (Sansone et al., 2005).

Inseparable de la calidad de relación con los demás, descrita líneas arriba, está la *Mirada que el Self (IV)* construye de sí. Los resultados indican que en las tres escalas que componen esta área, el grupo de estudio muestra diferencias

significativas. Así, presentan una Autovaloración predominantemente Negativa (IVA), una elevada Autocrítica (IVB) y un bajo Grado de Ambición (IVC) en contraste con las mujeres del grupo comparativo.

Tal como reseña Tyson (2000), el nivel de la autoestima refleja la manera en la que el self se ajusta al ideal del yo, parte del superyó. En tal sentido, la elevada Autocrítica (IVB) de las pacientes con BN podría estar relacionada con los aspectos más sádicos de un superyó que con sus altas exigencias no cumple la función de regular, sino de destruir la autoestima. Asimismo, esta elevada autocrítica concuerda con los rasgos de personalidad asociados a la BN como el perfeccionismo orientado en el self entendido como “escrutinio crítico” (Castro Fornieles et al., 2005) o como “inefectividad” por Jacobi et al. (2004). El mayor grado de insatisfacción que exhiben estas mujeres explicaría por qué las esperanzas puestas en la figura corporal están condenadas al fracaso.

No sería de extrañar entonces que la Autovaloración Negativa (IVA) caracterice a la muestra de estudio. El concepto negativo del self ha tenido un rol central en muchas teorías clínicas de los desórdenes alimentarios (Jacobi et al., 2004; Fauchaus y Nyquist, 2001) y se piensa que esta percepción negativa del sí mismo podría ser uno de los factores que está a la base de las actitudes negativas hacia la figura corporal (Jaeger et al., 2002). De acuerdo con Sugarman (1990) estas mujeres permanecen fijadas a una etapa temprana en la que el self corporal no es distinto del self psicológico. Podría hipotetizarse que, debido a esta indiferenciación, la comida surgiría como un intento de regular las actitudes negativas a través de la manipulación de la figura corporal. Así, la comida pasaría a tener el lugar de un objeto que puede usarse y del que puede abusarse y que genera esclavitud (Zukerfeld, 2002).

La elevada autocrítica y la autovaloración negativa podrían estar asociadas a una falta de claridad sobre el área a la cual dirigir los propios esfuerzos. Esto se vería reflejado en un menor grado de Ambición (IVC) en contraste con una mayor cantidad de metas mencionadas por el grupo de comparación. Este hallazgo podría tener relación con la difusión de identidad mencionada anteriormente ya que un self pobremente integrado tiene poca capacidad de fijarse metas. También estaría vinculado con una particular idea del tiempo asociada con los aspectos depresivos de este tipo de personalidades. Al no haber un proyecto de vida a futuro sobre el cual colocar las propias ganas, el grado de ambición no es lo suficientemente constante como para anhelar una meta con claridad.

Los resultados también muestran que las pacientes con BN poseen significativamente más indicadores de Depresión (VIB) (aluden a sentimientos tristes y apáticos sobre el self y la vida en general) que las mujeres del grupo de comparación, sin embargo éstos no son pronunciados. En la muestra de estudio no se refleja el 15.6% de las personas atendidas por intentos de suicidio diagnosticadas con trastornos de alimentación, predominantemente BN (Vásquez, 2004). Una posible explicación sería que para puntuar un indicador de depresión en la prueba, la mención tiene que ser explícita en la producción verbal y muchas veces el matiz depresivo se expresa como un tono que no alcanza a ser representado con un marcador textual. Esto también explicaría los bajos puntajes en la otra variable afectiva, Ansiedad (VIB), reportada en la literatura como un desorden asociado a la BN (Kaye et al., 2004).

Las pacientes bulímicas emplearon significativamente más palabras para realizar las descripciones de sí mismas que las mujeres del grupo de comparación. Creemos que esto se explica por varios factores, uno de ellos se refiere a una falla en la función simbólica. En un símil con la comida, los afectos no pueden ser contenidos ni simbolizados por la palabra para luego ser pensados, entonces ésta pierde su valor nutricional y adquiere solo una función de descarga. Los afectos, al no ser digeridos – pensados por el aparato mental se hacen intolerables, por lo que son expulsados abruptamente. Esta dificultad para simbolizar con la palabra puede estar relacionada con una falla en la función materna que no ha logrado llevar la comunicación somática a un nivel simbólico. Esta sería una de las razones por las que estas mujeres permanecen fijadas a una etapa temprana en la que el self corporal no es distinto del self psicológico (Sugarman, 1990).

Enfocando este tema desde otro ángulo, a primera vista se podría asociar el particular discurso de estas mujeres a fallas en la cognición. Éste se determina por un estilo lingüístico común (carece de marcadores temporales, de conectores que sintetizan ideas o que las ordenen de manera lógica). Producto de esto, su producción verbal se caracteriza por el caos y el desborde, recreando el síntoma (vómito) que sobreviene al atracón, lo que se evidencia en la mayor *Longitud* de sus descripciones. Sin embargo, al analizar los resultados de las *Variables Cognitivas (III)* encontramos que ambos grupos puntúan igual de bajo. Esto nos permite hipotetizar que el particular discurso de las mujeres con BN no se debe a fallas cognitivas sino que reflejaría la producción de un sistema mental que está sobrecargado de información afectiva, más aún si se trata de producir autoreportes. Con todo, nuestra prueba no evalúa discursos

ajenos al self por lo que creemos que resultaría interesante analizar esta línea en posteriores investigaciones.

Nuestros hallazgos no muestran diferencias significativas en la escala Relación – Definición del Self (VC) que, tal como vimos en el marco conceptual, diferenciaría las configuraciones psicopatológicas anaclítica e introyectiva (Blatt, 2005). Ambos grupos puntúan mayormente en Definición del Self, es decir, el self se define predominantemente en términos de logros. Esto podría estar relacionado con un factor evolutivo ya que la edad promedio de las mujeres de nuestra muestra es de 22 años por lo que se encuentran, de acuerdo a Florenzano (1993), en la etapa del adulto joven caracterizada por la búsqueda de la inserción activa dentro del mundo laboral y social.

Por otro lado, en cuanto a las características sociodemográficas y clínicas se encontró que existen diferencias significativas en la Autovaloración (IVA) y en el Nivel de Relación (VA) en las pacientes con BN siendo estas mayores en aquellas que nacieron en Lima. Consideramos que podemos discutir estos datos tomando en cuenta una variable cultural. Tomaremos las ideas de Menéndez (2002), quien señala que la construcción de los sujetos estudiados por las ciencias sociales se ha hecho a partir de la mirada de la sociedad dominante, occidental en este caso. Dado que Lima tiene una mayor influencia occidental que el resto de provincias, sus habitantes puntuarán más alto en lo que la sociedad dominante considere propio. Así, las características diferentes que estarían a la base de la autovaloración o el nivel de relación en las mujeres que son de provincia, serían medidas por parámetros occidentales como bajas, es decir insuficientes.

También encontramos diferencias significativas según ocupación. Entonces, quienes trabajan tienen mayores indicadores de Depresión (VIB) y una menor Definición del Self (VB). Dado que el asumir un compromiso de trabajo se relaciona con aspectos positivos del self, llama la atención que quienes trabajan presenten una mayor cantidad de indicadores de Depresión (IVB). Sin embargo, la literatura consigna que en las descripciones del self de los pacientes psiquiátricos, las expresiones conductuales de depresión decrecían mientras se incrementaban marcadamente la expresión de estos indicadores en los autoreportes (Blatt et al. 1996). Creemos que en el caso de las pacientes bulímicas este incremento en los indicadores de depresión también revela una característica positiva del self. Más precisamente, esto se relacionaría con una mayor capacidad de simbolización de los propios estados

depresivos, los que pueden ser contenidos y pensados y disminuyen así el acto que caracteriza la BN. Por tanto, el incremento de indicadores de depresión en los autoreportes se relacionaría con un self más capaz de contener sus estados afectivos tal como se aprecia en aquellos sujetos que trabajan y estudian, quienes presentan un nivel de actividad laboral que es señal de mejoría.

Llama la atención que quienes estudian presenten una mayor Definición del Self (VB) que aquellas que no trabajan o no realizan ninguna actividad. Probablemente esto se deba a que, cuando una persona estudia, el self muestra una mayor definición, con metas particulares asociadas a un proyecto de vida. Además, el vínculo entre el estudio y el logro de una calidad de vida que supere la actual, está extendido en nuestra sociedad. Este vínculo se concentraría en la frase “salir adelante”, la cual encontramos en varios de nuestros autoreportes. En contraste, los empleos que las entrevistadas tienen (vendedoras en su mayoría) podrían ser considerados temporales, mecánicos y, por tanto, monótonos. Podría pensarse que este tipo de empleos no sostiene la idea de un proyecto de vida. Lo mismo sucedería cuando no tienen ninguna ocupación, ya que no habría ningún proyecto al cual aferrarse y sobre el cual depositar su esfuerzo. Considerando lo anterior, hipotetizamos que la necesidad de estas mujeres de asirse de estructuras externas para generarse la idea de un futuro podría estar asociada a una dificultad para generar una línea temporal desde el sí mismo que redunde en una mayor Definición del Self.

Por último, se encontró diferencias según intervención terapéutica ya que quienes recibían terapia reflejaban una menor Calidad en la Relación (IIA) que las pacientes que no asisten a una. Dado que el grupo que asiste a terapia no es homogéneo (desigual tiempo, desigual frecuencia, distintos marcos de intervención) no podemos arribar a muchas conclusiones. Sin embargo, un factor común a los componentes de esta variable es que la intervención terapéutica no ha concluido, por tanto las pacientes se encuentran aún en tratamiento o lo han abandonado. De cara a estos hallazgos, una hipótesis sería que dentro de la intervención con estas mujeres, el vínculo paciente-terapeuta es uno de los campos de trabajo más delicados. Así, es posible que de no intervenir directa y activamente en este vínculo, creando nuevas memorias que modifiquen los esquemas cognitivo afectivos que sustenten la calidad de la relación, no sólo se pone en juego la adhesión al tratamiento sino que, además, el recuerdo del proceso frustrado refuerza el impacto negativo asociado con el vínculo, lo que generaría en las personas que han tenido terapias frustradas una calidad de la

relación más baja que las que no la han tenido. Esto requeriría profundizarse en posteriores líneas de investigación.

La discusión anterior nos provee de algunas ideas para describir el sistema mental que caracteriza a las mujeres con BN. Primero, consideramos que la similitud en los puntajes bajos de las Variables Cognitivas (III) en ambos grupos está relacionada con un factor evolutivo. La edad media de nuestras pacientes es de 22 años y es probable que esta etapa contribuya a que el grado de Autoreflexión (IIIA) y la Tolerancia de Aspectos Contradictorios (IIIB) no estén consolidados, lo que es recogido por los puntajes bajos en estas escalas. Entonces, dada la indiferenciación en las Variables Cognitivas (III) en ambos grupos, creemos que la particular manera de organizar la información en las pacientes con BN no estaría relacionada con una falla cognitiva sino que reflejaría algunas características del sistema mental de estas pacientes que se activarían al procesar información afectiva (sentimientos). Más precisamente, es la capacidad de organizar la información tomando en cuenta la jerarquía, que el DRAE (2001) define como gradación, la que se halla perturbada de tal forma que la integración y, por tanto, la síntesis de este tipo de información se ve afectada. Al no poder graduar la información importante de la que no lo es, la psique se ve sobrecargada y no deja lugar para la entrada de información discrepante. Producto de esto, estas mujeres no pueden modular emociones ya que sólo pueden acceder a un extremo del continuo a la vez. Probablemente, esta jerarquización se vea perturbada también por la predominante agresión activada tempranamente en estas pacientes y que se asocia con las representaciones múltiples y contradictorias que no pueden ser integradas, como mencionamos arriba (Kernberg, 1987). La capacidad de desarrollar una representación del self y de los otros que integre imágenes con distintos matices afectivos (Tyson, 2000) se vería afectada. La dificultad en la jerarquización estaría a la base de las diferencias significativas halladas en las escalas de Longitud, Calidad de la Relación (IIB), Autovaloración Negativa (IVA), Autocrítica (IVB) e Integración (VD).

En esta misma línea, consideramos que esta falla en la jerarquización contribuye a entorpecer la función de simbolización de la palabra. La palabra tiene la función de contener sentimientos y prevenir que experiencias emocionales altamente cargadas busquen descarga inmediata por medio del soma o se liberen en la acción (McDougall, 1989). Sin embargo, la dificultad al ordenar la información obstruiría la capacidad de establecer relaciones / asociaciones entre los elementos afectivos y

cognitivos y con esto se obstruiría la función simbólica de la palabra. La falla en la simbolización y por tanto, entre la representación del self y la del objeto (Sugarman, 1990) estaría relacionada con Longitud, Nivel de Relación (VA) y Nivel de Definición del Self (VB).

Producto de la falla en la jerarquización y, consecuentemente en la simbolización, el espacio psíquico se vería saturado de información cognitivo – afectiva, con lo que habría poco espacio disponible para la recepción de ideas nuevas. Esto se reflejaría en la particular temporalidad que estas mujeres presentan, donde no aparece el futuro. Baranger (1953) señala cómo la desaparición de la dimensión temporal del porvenir sucede cuando existe un encierro en el pasado individual. Esto es más acentuado en las personalidades de tipo depresivo donde el tiempo se estructuraría a partir de determinado momento de lo ya vivido - que puede ser el momento de la pérdida, muerte o desaparición del objeto-, (cabe resaltar que el indicador de depresión caracteriza a nuestra muestra y, aunque es bajo, los resultados muestran una alta dispersión que indica que algunas de las entrevistadas tienen altos indicadores de depresión). En estas personalidades, el tiempo está orientado al revés, desde el presente al pasado orientando hacia este las “ganas” / “energía”. El presente no se viviría como un verdadero presente, lo que implicaría perspectivas de futuro, sino como una débil emanación del momento crucial absoluto de la muerte del objeto. La particular temporalidad de este grupo se reflejaría en el Grado de Ambición (IVC), y en la escala de Depresión (VIB).

Las características que diferencian al grupo de estudio con el de comparación coinciden parcialmente con los hallazgos señalados por Blatt et al. (2004) en su investigación sobre el sentido del self en pacientes con Anorexia Nerviosa. De hecho, nuestro muestra comparte tanto con las pacientes de AN y con el grupo clínico investigado un nivel bajo en las escalas de Autovaloración positiva y negativa -IVA-; Nivel de definición del self -IVB- Integridad –VD- y Grado de ambición -IVC-. Asimismo, también concuerda en las bajas puntuaciones de Nivel de Relación –VA- y Calidad de la Relación –IIB-. Además, se corroboran los hallazgos de Blatt en tanto que las escalas que caracterizan a las pacientes con AN (Auto Reflexion –IIIA-, Nivel Conceptual –IC- Modo Predominante –IA- y Tolerancia de aspectos contradictorios –IIIB-) no son compartidas por las pacientes con BN, salvo por la escala de Autocrítica -IVB-. Probablemente esta esté relacionada con la escala Depresión (VI B), escala que comparten tanto nuestro grupo de BN como el grupo de AN investigado por Blatt.

Futuras investigaciones que tomen en cuenta las diferencias entre BN y otros grupos clínicos podrían contribuir distinguir con mayor precisión este trastorno.

Consideramos que esta prueba nos permite investigar el mundo representacional de quienes tienen BN y brinda la posibilidad de entender la patología tanto desde la cognición como desde el afecto con lo que se permite una detallada articulación de diferentes elementos que, en conjunto, generan una configuración mental. En este sentido, intentamos hacer perceptible diferentes circuitos mentales a partir de una prueba aplicada en una muestra clínica y nuestro trabajo engrosa esta línea de investigación. A la luz de los resultados, creemos que sería importante validar este instrumento en población del interior del país pues las categorías de calificación podrían tener sesgos culturales. Asimismo, es importante seguir aportando a la validez, precisando cada vez más las definiciones de las áreas de evaluación y el sistema de calificación a partir de su aplicación a nuevas poblaciones. Finalmente, consideramos que una descripción de las características del sentido del self de las mujeres que sufren de BN sirve a los fines de lograr una comprensión más profunda de estos sistemas mentales lo cual es una herramienta para crear intervenciones terapéuticas más precisas.



Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)* Barcelona: Masson.
- Auerbach, J. y Blatt, S. (2001). Self-reflexivity, intersubjectivity and therapeutic change. En: *Psychoanalytic Psychology*. 18(3):427-450
- Bachar, E. (1998). The contributions of self psychology to the treatment of anorexia and bulimia. En: *American Journal of Psychotherapy* 52(2):147-165.
- Baranger, W. (1961). La noción de "material" y el aspecto temporal prospectivo de la interpretación. En: *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. 4(2):1-19.
- Benninghoven, D., Schneider, H., Strack, M., Reich, G. & Cierpka, M. (2003). Family Representations in relationship episodes of patients with a diagnosis of Bulimia Nervosa. En: *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 76:323-336.
- Bers, S.A., Blatt, S.J., y Dolinsky, A. (2004). The sense of self in anorexia nervosa Patients. En: *Psychoanalytic Study of the Child*.: 59:294-315.
- Blatt, S. (2006). A fundamental polarity in psychoanalysis: implications for personality development. En: *Psychoanalytic Inquiry*. 26(4):491-520.
- Blatt, S. (2004). *Experiences of Depression: Theoretical, Clinical and Research Perspectives*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Blatt, S. (2003). El Rorschach en el siglo XXI: la evaluación de la representación mental. En: *Persona* (6):23-51.
- Blatt, S. y Auerbach, J. (1998). Mental representation, severe psychopathology and the therapeutic process. En: *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49:113-159.
- Blatt, S., Auerbach, J. y Aryan, M. (1998). Representational structures and the therapeutic process. En: *Empirical Studies of the Therapeutic Hour*. Washington, DC.: APA Books.
- Blatt, S., Auerbach, J. y Levy, K. (1997). Mental representations in personality development, psychopathology and the therapeutic process. En: *Review of General Psychology*. 1(4):351-371.
- Blatt, S., Stayner, D., Auerbach, J. y Behrends, R. (1996). Change in object and self – representations in long – term, intensive, inpatient, treatment of seriously disturbed adolescents and young adults. En: *Psychiatry*, 59: 82-107.
- Blatt, S., Bers, S.A. y Schaffer, C. (1992). *The assessment of self*. Manuscrito no publicado. Universidad de Yale.
- Blatt, S. y Harpaz-Rotem, I. (2005). Changes in representations of a self- designated significant other in long-term intensive inpatient treatment of seriously disturbed adolescents and young adults. En: *Psychiatry*. 68(3):266-282.
- Bonne, O., Lahat, S., Kfir, R., Berry, E, et al. (2003). Parent- daughter discrepancies in perception of family function in bulimia nervosa. En: *Psychiatry*. 66(3) 244-254.

- Castro–Fornieles, J., Gual, P., Lahortiga, F., Gila, A., Casulà, V., Fuhrmann, C., et al. (2007). Self-oriented perfectionism in eating disorders. En: *Journal of Eating Disorders*. 40(6):562-568.
- Cervera, M. (2005). *Riesgo y Prevención de la Anorexia y de la Bulimia*. Madrid: Pirámide.
- De las Casas, P. (2003). La anorexia y la bulimia: un cuestionamiento permanente. En: *Revista de Psicoanálisis*. (3) 23–29.
- Engel, S., Corneliussen, S, Wonderlich, S., Crosby, R., Le Grange, D., Crow, S., et al. (2005). Impulsivity and compulsivity in bulimia nervosa. En: *Journal of Eating Disorders*. 38:244–251.
- Fairburn, C. y Harrison, P. (2003). Eating disorders En: *The Lancet*. 361:408–416.
- Fauchaus, K. y Nyquist, L. (2001). Disturbance in the self: A source of eating disorders. En: *Eating Disorders Review*. 12(1):1-4.
- Florenzano, R. (1993). *En el camino de la vida*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría Dinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- González, L. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. En: *Salud Mental*. 26(3):1-8.
- Goodsitt, A. (1997). Eating disorders: A self psychological perspective. En: *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. Londres: The Guilford Press.
- Harrison, P; Lalonde, J.; Pindyck, L. y Walsh, T. (2006). Binge eating disorder: a stable syndrome. En: *The American Journal of Psychiatry*. 163(12):2181–2183.
- Hartley, J. (1999). *Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares*. Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima- Perú.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2000). *Metodología de la Investigación* (2da Ed.). México, D.F.: McGraw - Hill.
- Herzog, D., Franko, D., Dorer, D., Keel, P., Jackson, S. y Manzo, M. (2006). Drug abuse in women with eating disorders. En: *International Journal of Eating Disorders*, 39 (5):364–368.
- Hilbert, A. y Tuschen-Caffier, B. (2005) Body related cognitions in binge-eating disorder and bulimia nervosa. En: *Journal of Social and Clinical Psychology*. 24(4):564-579.
- Hoek, H. y Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. En: *International Journal of Eating Disorders*, 34(4):383–396.
- Ionascu, N. (2003). *The effect of perceptual body distortion on affective components: a Rorschach investigation*. Disertación doctoral no publicada, Wright Institute Graduate School of Psychology, EE UU.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2002) Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental, 2002, Informe General. En: *Anales de Salud Mental*. XVIII-1,2.

- Jacobi, S., Paul, T., de Zwaan, M., Nutzinger, D. y Dahme, B. (2004). Specificity of self – concept disturbances in eating disorders. En: *International Journal of Eating Disorders*. 35 (2):204–210.
- Jaeger, B., Ruggiero, GM., Edlund, B. y Gomez-Perretta, C. (2002). Body dissatisfaction and its interrelations with other risk factors for Bulimia Nervosa in 12 countries En: *Psychotherapy and Psychosomatics*. 71(1):54–61.
- Jhonsson, P., Smith, G. y Amner, G. (2001). The troubled self in women with severe eating disorders (Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa) En: *Nordic Psychiatric Journal*. 55:343–349.
- Kamryn, E., Dorer, D., Franko, D., Tahilani, K. y Thomps, H. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM V. En: *The American Journal of Psychiatry*. 165(2) 245–250.
- Kaye, W., Bulik, C., Thornton, L., Barbarich, N. y Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. En: *American Journal of Psychiatry*. 161(12):2217–2221.
- Keel, P. y Mitchell, J. (1997). Outcome in bulimia nervosa. En: *American Journal Psychiatric*. 154(12):1790-1791.
- Kerlinger, F. (2002). *Investigación del Comportamiento*. (4da Ed.) México, D.F.: McGraw–Hill.
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos Graves de la Personalidad*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Klump, K., Strober, M., Bulik, C., Thorton, L., Johnson, C., Devlin, B. et al. (2004). Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. En: *Psychological Medicine*. 34:1407–1418.
- Kolodny, N. (2000). *Cuando la comida es tu enemiga*. BCN: Granica.
- Lacey, J. (1993). Self – damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa: a catchment area study. En: *British Journal of Psychiatry*. 163:190-194.
- Levy, K., Shaver, P. y Blatt, S. (1998). Attachment styles and parental representations. En: *Journal of Psychological and Social Psychology*. 74(2):407–419.
- Mangwett, B., Hausmann, A., Danzl, C., Walch, T., Rupp, C., Biebl, W. et al. (2005). Childhood body focused behaviors and social behaviors as risk factors of eating disorders. En: *Psychotherapy and Psychosomatics*. 74(4):247-253.
- Martínez, P., Zusman, L., Hartley, J., Morote, R. & Calderón, A. (2003). Estudio Epidemiológico de los Trastornos Alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. En: *Revista de Psicología de la PUCP*. 21(2):234–269.
- McDougall, J. (1989). *Theaters of the Body*. Nueva York: W. W. Norton.
- Menéndez, E. (2002). *La Parte Negada de la Cultura*. Barcelona: Ediciones BellaTerra.
- Minuchin S., Rosman, B.L. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in context*. Cambridge, MA: University Press.

- Myers, T., Wonderlich, S., Crosby, R., Mitchell, J., Steffen, K., Smyth, J. et al. (2006). Is Multi-Impulsive Bulimia a Distinct Type of Bulimia Nervosa: Psychopathology and EMA Finding. En: *International Journal of Eating Disorders*. 39:655–661.
- Nielsen, S. y Palmer, B. (2003). Diagnosing eating disorders–AN, BN and the others. Editorial. En: *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 108:161–162.
- Nielsen, S. (2001). Epidemiology and mortality of eating disorders. En: *The Psychiatric Clinics of North America-Eating Disorders*. 24(2):201–214.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Manual de Trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10)*. Madrid: Meditor.
- Palmer, B. (2001). *Helping people with eating disorders (A clinical guide to assessment and treatment)*. London: John Wiley and sons, LTD.
- Pearlstein, T. (2002). Eating disorders and comorbidity. En: *Archives of Women Mental Health*. (4):67–78.
- Perez, M., Joiner, T. y Lewinsohn, P. (2004). Is major depressive disorder or dysthymia more strongly associated with Bulimia Nervosa? En: *International Journal of Eating Disorders*. 36(1):55–61.
- Polivy, J. y Herman, P. (2002). Causes of eating disorders. En: *Annual Review of Psychology*. 53:187–213.
- Polivy, J. y Herman, P. (2004). Sociocultural idealization of thin female body shapes: an introduction to the special issue on body image and eating disorders. En: *Journal of Social and Clinical Psychology*. 23(1)1–6.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Real Academia Española (DRAE)*. Recuperado el 17 de Marzo de 2009, de <http://www.rae.es/rae.html>
- Rorty, M. y Yager, J. (1996). Histories of childhood trauma and complex post- traumatic sequelae in women with eating disorders. En: *The Psychiatric Clinics of North America-Eating Disorders*. 14(4):773 – 787.
- Ruffolo, J., Phillips, K., Menard, W., Fay, C. y Wisberg, R. (2006). Comorbidity of Body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. En: *International Journal of Eating Disorders*. 39(1):11-19.
- Russell, G. (2004). Thoughts on the 25 th anniversary of bulimia nervosa. En: *European Eating Disorders Review*. 12:7–21.
- Russell, G. (1997). The history of bulimia nervosa. En: *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. London: The Guilford Press.
- Sansone, R, Levitt, J. y Sansone, R. (2005). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. En: *Eating Disorders*. 13:7–21.
- Smith, J., Hillard, M. y Roll, S. (1991). Rorschach evaluation of adolescent bulimics. En: *Adolescence*. 26(103):687-696.
- Strober, M., Freeman, R. y Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10 – 15 years in a prospective study. En: *International Journal of Eating Disorders*. 22(4):339-360.

- Sugarman, A. (1990). Bulimia: El desplazamiento del self psicológico al self corporal. En: *The Psychodynamic Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Nueva York: Guilford Press.
- Toro, J., Gomez- Perezmitré., G, Sentis, J., Valles, A., Casual, V., Castro, J., et al. (2006). Eating disorders and body image in spanish and mexican female adolescents. En: *Society Psychiatry Epidemiology*, 41, 556 – 565.
- Treuer, T., Koperdák, M., Rozsá, S. y Füredi, J. (2005). The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. En: *European Eating Disorders Review*. 13:106–111.
- Tyson, P. y Tyson, R. (2000). *Teorías Psicoanalíticas del desarrollo: una integración*. Lima: Publicaciones Psicoanalíticas.
- Van Hoeken, D; Lucas, A.R. y Hoek, HW. (1998). Neurobiology in the treatment of eating disorders. En: *Clinical and Neurological Advances in Psychiatry*. 97-126.
- Vásquez, F, Calizaza, R., Campos, G., Alfaro, O., Contreras, A., Nicolás, Y., et al. (2004). Los vómitos que aproximan a la muerte. El complejo problema de la bulimia y el intento de autoeliminar. En: *Revista de Neuropsiquiatría*, 07:249–256.
- Waller, G. (1994). Bulimic women's perceptions of interaction within their families. En: *Psychological Reports*. 74:27–32.
- Wonderlich, S. y Mitchell, J. (2001). The role of personality in the onset of eating disorders and treatment implications. En: *The Psychiatric Clinics of North America-Eating Disorders*. 24(2):249– 258.
- Wonderlich, S., Crosby, R., Joiner, T., Peterson, C., Bardone – Cone, A., Klein, M., et al. (2005). Personality subtyping and Bulimia Nervosa: psychopathological and genetic correlates. En: *Psychological Medicine*. 35:649–657.
- Yager, J., Becker, A.E. y Zerbe, K. (2002). Eating disorders, *Psychiatric UPDATE* [Folleto]. New York:Medical Information Systems.
- Yager, J. (2008). Binge Eating Disorder: The search for better treatments. En: *The American Journal of Psychiatry*. 165(1):4–6.
- Zerbe, K. (2002). Eating disorders in midlife and Beyond: transition and Transformation at a crucial developmental stage. En: *Psychoanalysis and Psychotherapy*. 19(1)9–19.
- Zukerfeld, R. (2002). *Acto Bulímico, Cuerpo y Tercera Tópica*. Buenos Aires: Paidós.

ANEXOS

ANEXO A

Pruebas de Normalidad en la Distribución de los puntajes del Instrumento y de las variables de contraste

Representaciones del Self

	Parámetros Normales ^a				Parámetros Normales ^a		
	M	DE	Z		M	DE	Z
Longitud	5,25	1,51	1,27	Autovaloración	4,00	1,80	1,373*
Modo Predominante	3,0	0,82	1,74**	Capacidad de Autocrítica	2,75	1,53	1,097
Solidez	2,80	0,76	1,61*	Esfuerzo	2,77	,92	1,522**
Nivel Conceptual	6,08	1,21	1,44**	Nivel de Relación	4,32	1,22	1,684**
Articulación de la Relación	3,72	,96	1,36*	Definición del Self	4,00	1,340	1,406**
Calidad de Relación	4,00	1,63	,85	Equilibrio Rel-Def	1,78	,423	3,021**
Relación con Examinador	1,93	1,07	1,62**	Integridad	4,30	1,018	1,366**
Autoreflexión	2,58	,96	1,59**	Ansiedad	1,55	1,085	2,808**
Tolerancia a contradicciones	1,63	,95	2,65**	Depresión	1,65	1,189	2,737**
Diferenciación e integración	2,75	1,08	1,53**				

^an = 40

*p<0,05

**p<0,01

