

Original

Estudio cualitativo de trastornos del comportamiento alimentario relacionados con alteraciones de la imagen corporal

Laura Guirao Vázquez^a

^a Enfermería, Hospital Universitario de Gerona Doctor Josep Trueta, Servicio de UCI Neonatal y Pediátrica, Gerona, España

Recibido el 22 de mayo de 2025. Aceptado el 29 de julio 2025.

Disponible en Internet el 9 de agosto de 2025.

Resumen

Introducción: los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), como la bulimia, y su repercusión en la imagen corporal, causan gran impacto en la sociedad actual, puesto que son un problema sanitario, en la mayoría de los casos por factores desencadenantes internos y/o externos. El objetivo es comprobar la utilidad de las técnicas cualitativas en el estudio de los TCA, examinar los condicionantes sociales y motivacionales como factores desencadenantes de estos trastornos, y, por último, analizar las consecuencias o secuelas en la salud de las personas que lo sufren. **Método:** se diseñó una investigación con enfoque cualitativo mediante la técnica del relato biográfico, con entrevistas en profundidad a una mujer de 21 años con diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria avanzado. **Resultados:** los resultados revelan la importancia que tienen los condicionantes sociales en la vida de una persona, las circunstancias en las que el sujeto crece y se desarrolla, pueden ser claves para la aparición de trastornos de alimentación, en los que se pueden crear graves consecuencias, afectando incluso en la salud de la persona y en su bienestar mental, provocando a su vez la necesidad de consumir servicios de salud. **Conclusiones:** el método biográfico en la investigación cualitativa es una técnica eficaz para analizar los problemas de personas con trastornos de la conducta alimentaria, mostrando la importancia del relato biográfico.

Palabras clave: bulimia; factores desencadenantes; investigación cualitativa; trastornos de alimentación; servicios de salud.

Abstract

Introduction: Eating disorders (EDs), such as bulimia, and their impact on body image, have a significant impact on today's society, as they are a health problem, often due to internal and/or external triggering factors. The objective is to test the usefulness of qualitative techniques in the study of eating disorders, examine the social and motivational factors that trigger these disorders, and, finally, analyze the consequences or after-effects on the health of those who suffer from them. **Methods:** A qualitative research approach was designed using the biographical narrative technique, with in-depth interviews with a 21-year-old woman diagnosed with an advanced eating disorder. **Results:** The results reveal the importance of social conditions in a person's life. The circumstances in which the subject grows and develops can be key to the appearance of eating disorders, which can create serious consequences, even affecting the person's health and mental well-being, in turn causing the need to consume health services. **Conclusions:** The biographical method in qualitative research is an effective technique for analyzing the problems of people with eating disorders, showing the importance of the biographical story.

Keywords: Bulimia; Triggers, Qualitative Research; Eating Disorders; Health Services.

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) representan en la actualidad un importante problema de salud pública, con implicaciones físicas, psicológicas y sociales significativas. Estas alteraciones suelen estar vinculadas a una percepción distorsionada de la imagen corporal y a la influencia de diversos factores personales, familiares y socioculturales. La imagen corporal, entendida como la representación mental que una persona tiene de su propio cuerpo, constituye un constructo altamente subjetivo, sobre el que no existe consenso científico en cuanto a su evaluación objetiva ni definición estandarizada¹.

En las sociedades contemporáneas, la imagen corporal se encuentra profundamente condicionada por estereotipos sociales que promueven ideales de belleza irreales. Esta presión externa afecta especialmente a adolescentes, quienes desarrollan sentimientos de rechazo hacia su propio cuerpo al comparar su físico con el canon impuesto. En muchos casos, dicha insatisfacción conlleva conductas alimentarias desadaptativas que derivan en TCA como la anorexia o la bulimia¹. La percepción distorsionada del cuerpo, las creencias, emociones y pensamientos negativos acerca del propio aspecto, y el contexto familiar o social en el que el individuo se desarrolla, constituyen los ejes que configuran el equilibrio —o la ruptura— de la imagen corporal².

Cuando estas variables se ven afectadas de forma prolongada, pueden dar lugar a un trastorno de la imagen corporal (TIC), caracterizado por pensamientos perjudiciales y persistentes sobre la figura. Este fenómeno suele iniciarse en la infancia y consolidarse en la adolescencia, etapa en la que predomina la búsqueda de aceptación social, muchas veces vinculada a la delgadez como sinónimo de éxito o valía personal³. El TIC, de hecho, puede considerarse una manifestación del trastorno dismórfico corporal (TDC), definido como una preocupación excesiva por defectos físicos mínimos o inexistentes desde la mirada externa, pero intensamente vividos por quien los padece⁴.

Los TCA más comunes incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia y el trastorno por atracón, aunque también existen otros como el de rumiación, la ortorexia o la potomanía, todos ellos vinculados a patrones obsesivos en la alimentación y el control corporal⁵. Estas alteraciones se relacionan estrechamente con estados de ánimo depresivos, ansiedad, autoestima baja y conductas de evitación. La relación entre alimentación y salud mental es bidireccional: un estado de ánimo alterado puede afectar a la conducta alimentaria, así como una alimentación inadecuada puede influir negativamente en la estabilidad emocional⁶.

La prevalencia de estos trastornos es elevada, especialmente entre adolescentes y jóvenes. En España se ha constatado un incremento del 15 % de los TCA en menores de 12 años. A nivel mundial, la prevalencia en la población general ha ascendido del 3,4 % al 7,8 % en los últimos años, siendo la franja de riesgo principal la comprendida entre los 12 y 21 años. Se estima que el 94 % de los casos se dan en mujeres, con una prevalencia del 4,1 % al 6,1 %, frente al 0,3 % en varones^{7,8}. En Centroamérica, estos trastornos muestran

una alta incidencia debido a factores como la obesidad, el sedentarismo y la baja autoestima, aunque el fenómeno se extiende también a países desarrollados⁹.

Los factores de riesgo son múltiples. Junto a la presión social y cultural por alcanzar un cuerpo ideal, se encuentran los condicionantes familiares, el estrés, los trastornos hormonales o los desequilibrios psicológicos¹⁰. Especialmente dañino resulta el modelo de belleza transmitido por los medios de comunicación, que asocia el éxito con la delgadez y la musculatura, generando frustración en quienes no alcanzan esos estándares¹¹.

Desde el punto de vista asistencial, el abordaje de los TCA exige una atención integral y coordinada. El equipo de enfermería debe acompañar desde la empatía, construyendo una relación terapéutica basada en la confianza. Herramientas como el cuestionario SCOFF permiten una detección precoz, mientras que técnicas como la reestructuración cognitiva o la terapia centrada en la compasión se han mostrado eficaces para mejorar la autoimagen, la autoestima y la relación con la comida¹²⁻¹⁴.

En este contexto, la investigación cualitativa aporta un enfoque humanista que permite comprender la experiencia subjetiva de quienes padecen TCA. A través de técnicas como la entrevista o el relato biográfico, se accede a la vivencia personal del trastorno, facilitando el diseño de estrategias terapéuticas ajustadas a las necesidades reales del paciente¹⁵⁻¹⁶. El método biográfico, en particular, permite reconstruir la historia de vida del sujeto, interpretar sus emociones y analizar cómo determinados acontecimientos influyen en su percepción corporal y sus hábitos alimentarios.

El propósito de este estudio es comprobar la utilidad de las técnicas cualitativas en el estudio de los trastornos de alimentación, examinando los condicionantes sociales y motivacionales como factores desencadenantes de los TCA y analizando las consecuencias y secuelas en la salud de estos pacientes.

Métodos

Diseño de investigación

Se diseñó una investigación con enfoque cualitativo mediante la técnica del relato biográfico, con entrevistas en profundidad. El estudio se lleva a cabo en Ceuta, durante el mes de febrero de 2022, los días 1, 4, 9 y 11 del respectivo mes.

Participante

La selección de la muestra se realizó de forma intencional accediendo a una persona con los problemas de salud relacionados con los objetivos del trabajo.

En el momento de la selección, el sujeto de estudio, con sexo femenino, tenía 21 años, su estado civil era soltera, estudiante de un grado universitario y con un trastorno de conducta alimentaria avanzado, con un inicio que se remonta a la infancia, pero diagnosticado en el año 2021.

Recogida y análisis de datos

Se llevaron a cabo cuatro entrevistas, grabadas con soporte de audio, cada una de ellas con una duración media de cuarenta minutos. Tres de las entrevistas se realizaron en el domicilio del sujeto de estudio, apoyadas por fotos y diarios del pasado, y, una en un ambiente más informal, pactados los puntos de encuentro por ambas partes.

Tras realizar las grabaciones, las entrevistas fueron transcritas de forma literal antes de las 48h. de su ejecución, respetando cada representación emitida por la entrevistada, tales como expresiones, silencios, etc. El lenguaje empleado en las entrevistas fue el español. Para la transcripción, se utilizaron las convenciones de transcripción de Jefferson¹⁷.

Tras la transcripción de las grabaciones, se elaboró una grilla, es decir, se segmentaron las transcripciones en fragmentos textuales, relacionando cada uno de ellos a su vez en la categoría indicada. Se siguió el

proceso de fragmentación propuesto por Flick¹⁸, codificando cada expresión del texto a su correspondiente categoría. Como soporte de ayuda para los resultados del análisis cualitativo se utilizó el software MAXQDA 2022, que sirvió de apoyo para poder clasificar correctamente las alusiones y citas que se hacían en la entrevista, cada una de ellas en su respectiva dimensión.

En la Tabla 1 se presentan las categorías que se emplearon en el análisis.

Tabla 1. Categorías del análisis

Dimensión / Variable	Subcategoría	Definición
6.1 Salud		Conjunto de condiciones mentales, físicas y sociales en las que se encuentra un individuo en un espacio y tiempo determinados.
	6.1.1 Ansiedad	Sentimiento de inquietud constante ante acontecimientos futuros. En el caso de la comida, se manifiesta como necesidad impulsiva y descontrolada de comer sin apetito real.
	6.1.2 Actitudes nocivas	Comportamientos dañinos que afectan tanto al propio individuo como a quienes lo rodean.
	6.1.3 Problemas hormonales	Cambios fisiológicos y metabólicos desencadenados por alteraciones hormonales de distinta causa.
6.2 Alimentación	.	Ingesta de alimentos para cubrir las necesidades nutritivas del organismo y aportar energía para el desarrollo.
	6.2.1 Sentimiento de culpa	Emoción surgida tras conductas percibidas como incorrectas, en situaciones reales o imaginarias.
	6.2.2 Restricción de comida	Limitación o prohibición en el consumo de determinados alimentos.
6.3 Relaciones familiares	.	Vínculos que mantienen las personas que integran un núcleo familiar con características definitorias.
6.4 Personalidad	.	Características y cualidades que distinguen a cada individuo.
	6.4.1 Autoestima y confianza	Percepciones, evaluaciones y creencias que un sujeto posee sobre sí mismo.
	6.4.2 Motivación	Conjunto de procesos internos que impulsan al individuo hacia determinadas metas o conductas.
	6.4.3 Percepción del cuerpo	Representación real o imaginaria que una persona tiene de su aspecto físico.
	6.4.4 Vergüenza	Emoción que limita la expresión y seguridad personal debido a factores internos o externos.
	6.4.5 Miedos en el futuro	Sentimientos de angustia o desconfianza ante riesgos reales o imaginarios.
	.	Cambios emocionales, sociales, biológicos, físicos y mentales que atraviesa la persona desde la infancia hasta la adolescencia tardía.
6.5 Etapas de la vida	.	
6.6 Relaciones personales	.	Vínculos afectivos o emocionales que se establecen con otras personas a través de sensaciones y experiencias.
	6.6.1 Sexualidad	Sentimientos y vivencias en el acto sexual cuando existe comodidad y atracción mutua.
6.7 Amistades	.	Relación afectiva entre individuos que comparten experiencias y momentos significativos.
6.8 Vida universitaria	.	Etapas del adolescente tardío marcada por el proceso de madurez y autonomía.
	6.8.1 Toma de conciencia	Conocimiento realista de las emociones, actitudes y del entorno.
	6.8.2 Hábitos saludables	Conductas que favorecen el bienestar y la salud del individuo.
6.9 Psicoterapia	.	Tratamiento psicológico dirigido a resolver enfermedades mentales y problemas de conducta.
6.10 Objetivos para superar el TCA	.	Acciones o comportamientos dirigidos a la superación del trastorno de la conducta alimentaria.

Aspectos éticos

Las entrevistas se desarrollaron en un ambiente íntimo, realizando pausas cuando era necesario, y, dejando fluir las conversaciones, para poder dar libertad a la entrevistada a exponer sus ideas y sentimientos, sin sobrecargar de preguntas los diálogos. El lenguaje empleado fue el español, y, en cuanto al nombre utilizado para dar figura a la protagonista de la historia es ficticio. Se obtuvo la previa autorización y consentimiento de la entrevistada. Se le informó de la finalidad del trabajo y el proceso para la realización de este. Los encuentros y el tiempo empleado fueron de mutuo acuerdo.

En todo momento se aseguró la confidencialidad de la historia del sujeto de estudio, preservando los resultados obtenidos. La recogida de estos y su posterior análisis, se realizó siguiendo los principios éticos destinados a los estudios relacionados con la salud de la Conferencia de Helsinki de la World Medical Association¹⁹.

Resultados

Salud

La entrevistada entiende la salud como un concepto integral en el que se conjugan dimensiones físicas, mentales y sociales. Desde pequeña, su experiencia estuvo marcada por el colesterol congénito, lo que derivó en un régimen autoritario de dietas supervisadas por nutricionistas. Este control no le impidió desarrollar patologías, pero sí condicionó profundamente su relación con la comida. Para ella, la salud no es sinónimo de delgadez, sino de equilibrio. En sus palabras: *“Mira, la base de todo está en el equilibrio, tenemos que comer de todo. Yo prefiero tener un hijo que a lo mejor no tenga el peso estándar pero que esté sano físicamente y mentalmente comiendo de todo, a lo contrario”*.

La ansiedad surge como consecuencia de las restricciones impuestas y de la necesidad de aparentar prudencia ante los demás. Relata cómo, de niña, se abstenía de consumir ciertos alimentos en público para satisfacer las expectativas maternas, pero luego recurría a atracones en privado: *“A lo mejor después llegaba a mi casa, y cuando no me veía nadie, me metía una cucharada de nocilla”*. Reconoce que la prohibición genera el deseo de lo prohibido: *“Cuando te ponen una restricción, seas pequeño o grande, en cualquier ámbito de la vida, vas a quererlo y necesitarlo”*.

En cuanto a las actitudes nocivas, confiesa que llegó a considerar el vómito como vía de compensación, aunque nunca lo practicó. En su lugar, utilizaba largos periodos de ayuno: *“Se me ha pasado por la mente vomitar, pero no lo he hecho, pero sí que me tiraba bastante tiempo sin comer”*.

Además, asocia su ansiedad con problemas hormonales, como alteraciones en los niveles de prolactina y ciclos menstruales irregulares. La atención médica le reveló la conexión entre su insomnio, su ansiedad y los desajustes hormonales, lo que supuso un punto de inflexión: *“La verdad, es que ese médico fue como un rayito de sol, me acuerdo que me dijo: podrías mirar para ir a terapia”*.

Alimentación

La alimentación es percibida como una fuente de conflicto más que de disfrute. Desde la infancia, la entrevistada estuvo sometida a dietas rígidas, con menús repetitivos que le generaban rechazo: *“Todas las semanas tenía el mismo programa de comidas, con el objetivo de perder peso. Relata, que en las horas de las comidas lo pasaba mal, porque no se encontraba cómoda ni motivada”*.

Los sentimientos de culpa aparecen como una consecuencia de este control y del autosabotaje posterior. Confiesa que nunca podía comer dulces con tranquilidad delante de su madre: *“Yo, por ejemplo, no recuerdo comerme un huevo kinder delante de mi madre teniendo la conciencia tranquila”*. La culpa se convierte en un círculo vicioso tras los atracones: *“En ese momento me decía a mí misma que eso no iba a volver a pasar... pero claro, después me sentía fatal lógicamente”*.

Respecto a la restricción de comida, señala la diferencia entre el trato recibido frente a su hermano, lo que le generaba frustración: *“A mí me encantaba el salchichón, y mi madre me decía que no porque tenía colesterol, pero yo veía a mi hermano comerlo, y a mí me daban pavo y lomo embuchado”*. Incluso cuando sus niveles de colesterol se normalizaron, las restricciones continuaron, centradas ya en el peso.

Relaciones familiares

La relación con su padre se describe como un sostén emocional constante, mientras que la figura materna representa la fuente principal de presión y crítica. Señala que su madre, sin intención de dañarla, proyectó en ella sus propias inseguridades: *“Puede ser que mi madre haya pasado por un trastorno alimentario también”*.

Los comentarios de la madre afectaron su autoestima y su confianza: *“Vas muy guapa hija, pero si perdieras unos kilos estaría mejor”*. Aunque con el tiempo ambas han conversado más abiertamente, la confianza aún no es plena: *“En temas que me afectan más sentimentalmente a mí, pues no tengo confianza con ella”*.

Personalidad

La entrevistada relata haber desarrollado una personalidad “defensiva”, basada en mostrar seguridad y alegría para ocultar su malestar. *“Yo siempre he sido la Ana feliz, la alocada, y cuando peor estaba, más segura intentaba mostrarme”*. Sin embargo, admite que en su interior predominaban la inseguridad y la tristeza.

En relación con la autoestima y la confianza, explica que su cuerpo ha sido siempre su mayor complejo. La vergüenza de mostrarse desnuda refleja su vulnerabilidad: *“A partir que yo cumplí 12/13 años, a mí no me ha vuelto a ver nadie desnuda”*. Reconoce que durante mucho tiempo pensó que las miradas de los demás eran burlas hacia su físico: *“Yo salía de fiesta, y veía que alguien me estaba mirando y lo primero que pensaba es que se estaban riendo de mí”*.

La motivación aparece ahora como un elemento renovado. Si antes solo la movían los estudios, actualmente busca equilibrio y aceptación personal: *“Hoy por hoy, siento motivación por estar bien conmigo misma, por no pisotearme, por reírme de verdad, sentirme tranquila y en paz mentalmente”*.

En cuanto a la percepción del cuerpo, admite haber tenido una visión distorsionada desde niña: *“Yo siempre gorda, siempre, desde que nací”*. Aunque ahora intenta cambiar esa mirada, reconoce que el proceso es lento. La vergüenza ha sido otro obstáculo, especialmente al recibir el diagnóstico de bulimia: *“No podía decir en grande: TENGO BULIMIA. Pero ahora sí, y estoy muy orgullosa de ello”*.

Etapas de la vida

La infancia y la adolescencia fueron recordadas como periodos felices, pero atravesados por complejos, burlas escolares y comparaciones familiares. A los 18 años, al mudarse a otra ciudad para estudiar, encontró una relativa liberación, aunque mantuvo la obsesión por el peso y la comida. Describe esa etapa como ambivalente: *“Yo salía de fiesta, me bebía mis cubatas, estaba con mis amigos y como que se me olvidaba todo un poco, pero cuando me volvía a levantar por la mañana, estaba igual de mal o peor”*.

Relaciones personales y sexualidad

Las relaciones sentimentales fueron escasas y complejas. La baja autoestima y la vergüenza de mostrarse condicionaron su manera de vincularse. Relata una relación dañina que, aunque la perjudicó, fue la única en la que logró sentirse cómoda con su cuerpo: *“Yo nunca me había sentido libre de mostrar mi cuerpo tal como era con nadie, y con él surgía y me apetecía”*. Sin embargo, con el tiempo comprendió que esa experiencia no le benefició en su recuperación.

Amistades

Las amistades representan un espacio de apoyo y comprensión. Asegura que nunca se sintió excluida por su aspecto físico, y que sus inseguridades provenían de sí misma: *“Cuando me he sentido diferente, ha sido por mí misma. Porque yo veía más guapas a mis amigas que a mí”*. Sus amigos reaccionaron con comprensión al conocer su TCA: *“Muchos de ellos era como que se lo esperaban... pero todos me apoyaron”*.

Vida universitaria

El traslado a Ceuta para cursar estudios universitarios significó un punto de inflexión. Supuso una huida del ambiente familiar restrictivo y la posibilidad de decidir por sí misma. *“Aquí sí me apetecía un sábado comerme una pizza, pues me la comía, pero no me notaba tanta ansiedad como allí”*.

La toma de conciencia se consolidó al identificarse con actitudes de otras personas y al vivir experiencias académicas que confrontaron sus miedos. Un ejemplo fue la práctica de medidas antropométricas, que le generó pánico, pero que al compartirlo con su profesora supuso un paso hacia la aceptación: *“Recuerdo que*

le mandé un mensaje a mi amiga Sara, y le dije: mira yo sé que tengo un problema, a mí no me han diagnosticado nada, pero algo me pasa”.

El desarrollo de hábitos saludables aparece ahora como parte del proceso de recuperación. El ejercicio físico, antes vivido como castigo, ha pasado a ser una fuente de bienestar: *“Ahora lo veo como una forma de evasión, tranquilidad y me sirve mucho para despejar la mente”.*

Psicoterapia

El inicio de la psicoterapia estuvo acompañado de vergüenza y dudas, pero supuso un antes y un después en su evolución. Reconoce que en el momento más crítico fue indispensable: *“Cuando decidí ir, es que lo necesitaba, me vi ya tan saturada mentalmente”.* A través de la terapia, logró comprender sus problemas de ansiedad y abrirse al diálogo con su madre.

Objetivos para superar el TCA

Finalmente, los objetivos que se plantea se centran en no volver a caer en la autocrítica destructiva y en aprender a convivir con sus luces y sombras. Busca dejar atrás la idea de relacionar el deporte con el peso y transformarlo en una fuente de equilibrio emocional: *“Me asombro a mí misma, cuando por ejemplo salgo de fiesta, y no me fijo tanto en si me están mirando o no”.*

Su principal reto es mantener una actitud positiva consigo misma, del mismo modo en que siempre lo ha hecho con los demás: *“Me he propuesto, sobre todo, no volver atrás, no juzgarme, o darme cuenta que estoy haciéndolo y saber pararlo”.*

Discusión

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen en la actualidad una de las problemáticas de salud más relevantes en población joven, especialmente entre los 15 y los 25 años. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas y, en países como España, se estima que alrededor de 400.000 personas padecen algún tipo de TCA, siendo la anorexia y la bulimia nerviosa las formas más comunes. Aproximadamente un 90 % de los casos corresponde a mujeres, lo que refleja la marcada dimensión de género que atraviesa este tipo de patologías⁶.

La elección de un enfoque cualitativo para el estudio de los TCA permite captar las vivencias, percepciones y actitudes de las personas afectadas, algo que resulta difícil de abordar mediante metodologías exclusivamente cuantitativas. Las entrevistas en profundidad se convierten en un recurso idóneo para acceder a los pensamientos y sentimientos que rodean la experiencia del trastorno, proporcionando información rica y contextualizada. El análisis de narrativas permite además reconstruir trayectorias vitales y observar cómo se articulan factores individuales, familiares y sociales en la génesis y mantenimiento del problema²⁰.

En comparación con otros diseños como los grupos focales o las entrevistas semiestructuradas a múltiples participantes, la historia de vida mediante entrevista individual posibilita una mayor libertad en el desarrollo de la conversación, genera confianza en la persona entrevistada y reduce el margen de error en la recogida de datos, al concentrarse en un solo caso. Aunque la representatividad estadística es limitada, la riqueza interpretativa del método cualitativo radica en su capacidad para ilustrar emociones y significados, lo que contribuye a la elaboración de hipótesis y a la prevención de conductas de riesgo^{21,22}.

El análisis de los datos cualitativos recogidos permite identificar estereotipos y creencias erróneas sobre la alimentación, muy difundidos en la sociedad actual y reforzados por los medios de comunicación y las redes sociales. Ideas como “un cuerpo delgado es un cuerpo sano”, “todas las grasas son perjudiciales” o “contar calorías garantiza una dieta equilibrada” revelan la influencia cultural en la construcción de los hábitos alimentarios. Estos mensajes, cuando son interiorizados de forma rígida, pueden derivar en actitudes obsesivas hacia la comida y el cuerpo²³.

Los resultados también ponen de relieve la importancia de los factores predisponentes en el desarrollo de la bulimia nerviosa. Entre los más habituales se encuentran la impulsividad, los rasgos de personalidad vulnerables y las dinámicas obsesivo-compulsivas, como el círculo de atracón y purga²⁴. En el caso analizado, la combinación de restricciones alimentarias, la preocupación constante por la silueta y la susceptibilidad interpersonal actuaron como desencadenantes del trastorno.

La percepción corporal emerge como el factor más estrechamente vinculado a los TCA, aunque interactúa con elementos como la genética, la cultura familiar, la personalidad y las enfermedades previas. En el caso estudiado, la influencia materna resultó decisiva: los comentarios críticos y la imposición de dietas desde la infancia favorecieron la construcción de una imagen corporal distorsionada y un estado de ansiedad sostenido. Estos hallazgos se alinean con estudios que identifican el entorno familiar como uno de los principales condicionantes externos en la aparición de TCA, ya que transmite normas y actitudes sobre el cuerpo y la alimentación que, en ocasiones, refuerzan la inseguridad y la autocrítica.

Junto a la familia, el contexto sociocultural ejerce un fuerte papel en la configuración de estos trastornos. Las normas culturales sobre la alimentación y las restricciones asociadas a determinadas creencias religiosas o estilos de vida también pueden constituir un factor de presión. Además, los medios de comunicación y las redes sociales difunden modelos de belleza basados en la delgadez extrema, que se presentan como estándares deseables y contribuyen al desarrollo de insatisfacción corporal. Este ideal afecta con especial intensidad a las mujeres, aunque cada vez se observan más casos de hombres jóvenes con problemas relacionados con la imagen y la alimentación¹².

Las consecuencias de los TCA abarcan múltiples dimensiones. A nivel físico, las alteraciones metabólicas, hormonales y nutricionales comprometen la salud general. A nivel psicológico, los trastornos se relacionan con depresión, ansiedad y, en los casos más graves, con conductas autodestructivas. El trastorno límite de la personalidad, caracterizado por impulsividad, inestabilidad afectiva y riesgo de autoagresión, aparece con frecuencia asociado a la bulimia, lo que exige una vigilancia clínica estrecha²⁵. Además, las secuelas trascienden lo individual y repercuten en la esfera social y familiar, deteriorando las relaciones interpersonales y la autonomía personal. El aislamiento, la pérdida de autoestima y la autoexigencia excesiva refuerzan un círculo de soledad que dificulta el acceso a redes de apoyo²⁶.

Conclusiones

La investigación cualitativa permite comprender con mayor profundidad los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), al captar las emociones y experiencias de quienes los padecen. La bulimia se revela como un fenómeno multifactorial, donde confluyen biografía personal, personalidad y presión social, especialmente en torno a la imagen corporal. Sus consecuencias afectan de manera integral: alteraciones fisiológicas, ansiedad, depresión, baja autoestima y aislamiento social. Estos hallazgos refuerzan que los TCA son problemas complejos y multidimensionales, cuya atención requiere un abordaje integral y sensible que combine aspectos biográficos, psicológicos y sociales para favorecer la recuperación.

Financiación

La autora no ha recibido financiación o ayuda económica para la realización del estudio.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

1. Garrido García J. Percepción y satisfacción de la imagen corporal en estudiantes universitarios. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2017.
2. Palomares Cuadros L, Cuesta Santos JM, Estévez Díaz M, Torres Campos B. Desarrollo de la imagen corporal, la autoestima y el autoconcepto físico al finalizar la Educación Primaria. *Universitas Psychol.* 2017;16(4):1–13. doi: 10.11144/javeriana.upsy16-4.dica
3. Rincón Barreto G, Restrepo Escobar SM, Correa Pérez LF, Jorge Ospina Duque J, Montoya Arenas DA. Trastorno dismórfico corporal: una revisión de las dimensiones clínicas, neurobiología y neuropsicología. *Cuad Hispanoam Psicol.* 2020;19(1):1–21. doi: 10.18270/chps.v19i1.3133
4. Giraldo-O'Meara M, Belloch A. El trastorno dismórfico corporal: un problema infra-diagnosticado. *Rev Psicopatol Psicol Clin.* 2017;22(1):69-84. doi: 10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.17929

5. Beato-Fernández L, Rodríguez-Cano T. Identidad y Proceso Emocional de Cambio en los Trastornos del Comportamiento Alimentario. RDP;31(115):17-31. doi: 10.33898/rdp.v31i115.333
6. Encinas AM, Merino JM, Graellberna M, Villa-Asensi J, Álvarez T, Lacruz-Gascón T, García ARS. Modelo de interiorización y exteriorización para explicar el inicio de la psicopatología de los trastornos alimentarios en la adolescencia. Psicol Conductual. 2021;29(1):51–72. doi: 10.51668/bp.8321103s
7. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes [Internet]. Madrid: SEMG; 30 Nov 2018 [citado 27 enero 2025]. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/noticias/item/326-noticia-20181130>
8. Moreno Redondo FJ, Benítez Brito N, Pinto Robayna B, Ramallo Fariña Y, Díaz Flores C. Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. Rev Esp Nutr Hum Diet [Internet]. 15 de julio de 2019 [citado 27 de agosto de 2025];23(Supl. 1):130-1. Disponible en: <https://www.renhyd.org/renhyd/article/view/891>
9. Alvarez CE, Herrera Monge MF, Herrera González E, Villalobos Víquez G, Araya Vargas G. Sobre peso, obesidad, niveles de actividad física y autoestima de la niñez centroamericana: un análisis comparativo entre países (Overweight, obesity, physical activity levels, and self-esteem in Central American children: comparative analysis between cou. Retos [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 14 de enero de 2025];37:238-46. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/71680>
10. Escolar-Llamazares M, Martínez Martín MÁ, González Alonso MY, Medina Gómez MB, Mercado Val E, Lara Ortega F. Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: estimación de vulnerabilidad por sexo y edad. Rev Mex Trastor Aliment. [Internet] 2017 [citado 10 de enero de 2025];8(2):105–12. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232017000200105&lng=es.
11. Montes Martínez J, Fuentes Prieto J, Herrero Martín G, Jáuregui-Lobera I. Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. JONNPR [Internet]. 2020 [citado 12 de enero de 2025];5(10):1221–44. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2529-850X2020001000011
12. Gismero González ME. Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. rdp [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 16 de enero de 2025];31(115):33-47. Disponible en: <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/article/view/35025>
13. Doldán C. The SCOFF Questionnaire in Spanish and Guarani: an alternative of primary prevention in Paraguay. Aten Primaria. 2020;52(10):792–3. doi: 10.1016/j.aprim.2020.03.006
14. Alonso del Río A. La intervención cognitivo - conductual en TCA. Una revisión sistemática de su efectividad basada en la evidencia. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2020.
15. Schenkel EN, Pérez, MI. Un abordaje teórico de la investigación cualitativa como enfoque metodológico. Acta Geogr. 2019;12(30):227–33.
16. Landín Miranda M del R, Sánchez Trejo SI. El método biográfico-narrativo. Una herramienta para la investigación educativa. EDUCA [Internet]. 6 de mayo de 2019 [citado 18 de enero de 2025];28(54):227-42. Disponible en: <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/educacion/article/view/20789>
17. Jefferson G. On the organization of laughter in talk about troubles. In: Atkinson JM, Heritage J, editors. Structures of social action: studies in conversation analysis. Cambridge: Cambridge University Press; 1984. p. 346-69. doi:10.1017/CBO9780511665868.021
18. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Morata; 2012.
19. World Medical Association (WMA). Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Ferney-Voltaire: WMA; 2017 [citado 8 de enero 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
20. Sánchez Bracho M, Fernández M, Díaz J. Técnicas e instrumentos de recolección de información: análisis y procesamiento realizado por el investigador cualitativo. RCUI [Internet]. 10 de enero de 2021 [citado 14 de enero de 2025];8(1):107-21. Disponible en: <https://revista.uisrael.edu.ec/index.php/rcui/article/view/400>
21. Díaz-Tendero D, Cruzat-Mandich C, Jiménez T, Martínez Pía, SS, Ulloa V. Mindfulness en el control del atracón, la perspectiva de un grupo de adultos chilenos. Rev. Mex. de trastor. aliment [Internet]. 2019 Jun [citado 19 de enero 2025];10(1):75-84. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232019000100075&lng=es. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.483>
22. Ochoa Sangrador C, Molina Arias M, Ortega Páez E. Inferencia estadística: contraste de hipótesis. Evid Pediatr. 2020;16:11.
23. Vasilachis I. Estrategias de investigación cualitativa. Vol. II. Barcelona: Gedisa; 2019.
24. Acosta-Enríquez ME. Factores de riesgo y determinantes que condicionan conductas alimentarias de riesgo (CAR) en estudiantes universitarios [Internet]. Universidad de Morelos (México); 2021 Apr [citado 20 agosto 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/350831778_FACTORES_DE_RIESGO_Y_DETERMINANTES_QUE_CONDICIONAN_A_CONDUCTAS_ALIMENTARIAS_DE_RIESGO_CAR_EN_ESTUDIANTES_UNIVERSITARIOS/link/6074ec64585151ce17ece5d/download?tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn9

25. Saad MB, Eymann A, Granados N, Rotblat G, Dawson S, Cibeira A, Paz MC. Evolución y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: serie de casos. Arch Argent Pediatr. 2021 Aug;119(4):e364-e369. doi: 10.5546/aap.2021.e364
26. Gaete V, López C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2020 [citado 21 enero 2025];91(5). Disponible en: <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v91i5.1534>