

# El peso de comer: ética en el tratamiento de la bulimia

Karyme Díaz García

Sara Gabriela Flores Vilchis

Mario Giovanni Mondragón Victoria

Paulina Patricia Rábago Sánchez

Alejandra Valencia Camacho

### Resumen

La bulimia nerviosa (BN) afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes, se diagnostica según los criterios del DSM-V que incluyen episodios de atracones, comportamientos compensatorios y una autoevaluación afectada por el peso y la apariencia. El tratamiento de la BN enfrenta desafíos, pero la psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual y la terapia farmacológica pueden ser efectivas. En este contexto, la bioética juega un papel crucial al enfatizar la importancia de los valores humanos sobre los intereses económicos y científicos. La autonomía, el consentimiento informado y el respeto por la dignidad y derechos del paciente plantean cuestiones éticas. La equidad y la justicia también son fundamentales, ya que pueden existir desigualdades en el acceso a la atención médica. La bioética proporciona un marco de reflexión para abordar estos problemas éticos y encontrar soluciones que promuevan el bienestar de las personas afectadas por la BN.

**Palabras clave:** Bulimia nerviosa; bioética; terapia cognitivo conductual; tratamiento.

---

Díaz García, K., Flores Vilchis, S.G., Mondragón Victoria, M.G., Rábago Sánchez, P.P., y Valencia Camacho, A. (2023). El peso de comer: ética en el tratamiento de la bulimia. En J. Jaimes Cienfuegos, J. Monroy García, A.M. Millan Velázquez. (Coords). *Trastornos de la conducta alimentaria. Bioética y sociedad* (pp. 169-189) Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.83.c62>



## Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son problemas psiquiátricos graves que se desarrollan durante la adolescencia y/o adultez temprana, constituyen un problema de salud pública debido a su alta prevalencia y su prolongado curso clínico. Existe una alteración en la alimentación que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Los trastornos de la conducta alimentaria tienen como principal problema el peso e imagen corporal debido a ideas sobrevaloradas o distorsionadas sobre el concepto de forma y peso perfectos, se ven influenciados por la falsa idea de belleza, delgadez y perfección transmitida por los medios de comunicación y la asociación del éxito con la apariencia física (Díaz Plaza et al., 2022)

Dentro de los TCA, la bulimia nerviosa (BN), junto con la anorexia (AN), se presentan como unos de los trastornos más prevalentes (Bermúdez et al., 2021). Otros problemas de salud mental se han considerado durante mucho tiempo entre los principales factores de riesgo asociados a la bulimia nerviosa. Incluso, la comorbilidad de carácter psiquiátrico en los trastornos alimentarios en adolescentes es frecuente, siendo alta en entornos clínicos, como en la ansiedad y depresión, estrés postraumático y el abuso de sustancias psicoactivas (Ruchkin et al., 2021).

El abordaje de todo paciente que presente un trastorno de la conducta alimentaria implica un enfoque integral, humanizado y de carácter bioético; Warren T. Reich define a la Bioética como "El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las

ciencias de la vida y de la salud, examinadas a la luz de los valores y de los principios morales".

La BN es un trastorno caracterizado por la pérdida de control sobre los alimentos, con episodios recurrentes de la ingesta de grandes cantidades de comida en un corto periodo de tiempo (atracones) acompañado de conductas compensatorias repetitivas inapropiadas como es la existencia de vómitos autoinducidos, uso de laxantes y diuréticos, ayuno o ejercicio excesivo que no permiten el aumento de peso corporal esperado, los atracones a menudo van seguidos por la presencia de sentimientos de culpa, depresión o disgusto con uno mismo además de la sobrevaloración de la forma y el peso corporal (Bermúdez et al., 2021; Grani-zo y Le Grange, 2022).

Los atracones se definen como el consumo rápido y desmesurado de alimentos, generalmente estos rebasan la cantidad normal de comida que debería consumir una persona del peso y talla del paciente. También es típico que las personas que padecen BN presenten una sobrevaloración y/o percepción distorsionada de su cuerpo, los hombres tienden a reportar más problemas con su musculatura, mientras que las mujeres reportan una mayor preocupación por la delgadez y la forma estética e idealizada su cuerpo. Es muy probable que estos diferentes ideales impulsen comportamientos distintos, siendo aquellos que promueven la delgadez excesiva los que confieren un mayor riesgo de suicidio (Perkins & Brausch, 2018).

Como herramienta de apoyo para el diagnóstico de bulimia nerviosa, se cuentan con los criterios de la Asociación Americana

de Psiquiatría, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-V), que enfatiza en que los TCA se caracterizan por "una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de alimentos, y que causa un deterioro significativo de la salud física o en el funcionamiento psicosocial". Los criterios para diagnosticar bulimia nerviosa son:

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracción se caracteriza por los dos hechos siguientes:

- Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerían en un período similar en circunstancias parecidas.
- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Como se puede analizar, los criterios del DSM-V contempla 3 características principales en la bulimia nerviosa: la existencia de los episodios recurrentes de atracones, contemplado en el criterio A, los comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso, del criterio B, y la autoevaluación que se ve influida por el peso y la constitución corporal, criterio D. Además, con base en la frecuencia de los comportamientos compensatorios inapropiados, se puede valorar la gravedad de la bulimia nerviosa en el paciente. Se considera de gravedad leve si hay de 1 a 3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana, moderada con 4 a 7 episodios a la semana, grave con 8 a 13 episodios a la semana, y de extrema gravedad si existen más de 14 episodios (American Psychiatric Association, 2013).

Existen múltiples complicaciones relacionadas con las medidas compensatorias de la bulimia nerviosa. A nivel oral, se generan lesiones en las partes blandas de la boca, principalmente en el paladar blando, además de erosiones dentales y caries. El contenido gástrico, por los vómitos autoinducidos, también afecta a la faringe y laringe. Las complicaciones a nivel del esófago son la pérdida de tono del esfínter gastroesofágico provocando síntomas compatibles con reflujo gastroesofágico, además, existe un aumento en el riesgo de padecer esófago de Barret (Gabler et

al., 2017). Y a nivel renal, el riñón puede ser afectado producto de la deshidratación, de la pérdida de electrolitos como potasio y por el uso crónico de diuréticos o laxantes. La bulimia también provoca alteraciones hormonales con la posterior alteración e irregularidad de los ciclos menstruales de las mujeres (Rava & Silber, 2004). Además se reportan déficits neurológicos y alteraciones en las funciones ejecutivas en mujeres con este trastorno (Bracho et al., 2022).

Aunado a lo anterior, a las complicaciones de la BN y el impacto que provoca en la calidad de vida de las personas que la padecen, ha sido necesario analizar la importancia de la terapia cognitivo conductual, la cual consiste en abordar los componentes cognitivos de una manera sistemática: sobrevaluación del peso, apariencia, dieta y el régimen del todo o nada y los aspectos conductuales: hábitos alimentarios y compensación (Fairburn, 2017). El tratamiento de elección es la terapia cognitivo conductual, ésta cuenta con grandes cifras de efectividad, sin embargo, se han realizado estudios donde se complementa y/o compara con otros enfoques farmacológicos y no farmacológicos con el fin de brindar un resultado más eficiente, disminuir el riesgo de recaídas y facilitar su disponibilidad para la población (Granizo y Le Grange, 2022).

Los pacientes que han hecho uso de la psicofarmacología, enfocados especialmente en el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, han reflejado resultados positivos y notoria mejoría en la evolución de la enfermedad (Barajas Iglesia et al., 2018).

Sin embargo, existen casos reportados de pacientes que no muestran una respuesta favorable al tratamiento psicofarmacológico, por lo cual, durante los últimos años se han buscado terapias alternativas que brinden mejores pronósticos para los pacientes diagnosticados por BN.

La terapia electroconvulsiva (TEC) ha sido una alternativa terapéutica en padecimientos psiquiátricos, como el trastorno depresivo mayor, que muestran poca o nula respuesta a tratamientos farmacológicos o bien cuando se requiere de una mejoría rápida de la sintomatología, sin embargo las tasas de uso son bajas, ya que actualmente no se cuenta con una técnica estandarizada que promueva su utilización y prevenga un uso inadecuado.

El mecanismo de acción de la TEC tiene fundamento en la despolarización de las neuronas del tracto corticoespinal directamente, a través de electrodos colocados en la región fronto-temporal sobre el cuero cabelludo, del cono axonal o indirectamente por medio de interneuronas, lo cual induce cambios en los sistemas de neurotransmisión, serotonina, dopamina, receptores de NMDA, taurina, aspartato y serina.

Neurotransmisores como la dopamina y la serotonina se encuentran disminuidos en el trastorno depresivo mayor, por lo cual se establece una relación entre la TEC y la mejoría sintomática de los pacientes diagnosticados a través de la influencia directa sobre la plasticidad sináptica, cambios en la excitabilidad de las redes neuronales y activación de asas de retroalimentación.

La TEC requiere del uso de anestesia general, así como de un relajante muscular para prevenir la generación de espasmos musculares. Durante el procedimiento, se debe generar un estímulo que sea suficiente para provocar una crisis convulsiva generalizada que permita incrementar, de manera transitoria, la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, permitiendo el paso de neurotransmisores al parénquima cerebral. Es necesario señalar que el uso de la terapia electroconvulsiva como herramienta terapéutica busca respetar los principios bioéticos (beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia) para su correcto empleo en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

En un estudio longitudinal realizado con pacientes con trastorno depresivo mayor que recibieron 10 sesiones de TEC bifrontotemporal, con una frecuencia de 2 sesiones por semana durante 5 semanas consecutivas y una calibración empírica del estímulo de 150%, se reportaron alteraciones cognitivas a nivel de la memoria verbal, de aprendizaje, así como de la fluidez verbal, sin reportarse ninguna otra afección en el resto de los dominios cognitivos y con un retorno a su nivel basal en un periodo máximo de 6 meses.

El tratamiento es altamente efectivo si se lleva a cabo un abordaje multidisciplinar, estos tratamientos de manera general, tienen una larga duración y tiempo de vigilancia activa. La participación activa de médicos especialistas, nutriólogos, fisioterapeutas, psicólogos y una red de apoyo bien fortalecida, son factores indispensables para lograr la recuperación del paciente (Ayuzo del Valle, Norma Cipatli, et. al.2020).

El tratamiento nutricional en la bulimia nerviosa es un componente importante dentro de un enfoque terapéutico integral. Aunque el tratamiento principal para la bulimia nerviosa es la terapia psicológica, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), la nutrición adecuada desempeña un papel crucial en la recuperación y el manejo de los síntomas.

El objetivo del tratamiento nutricional en la bulimia nerviosa es establecer patrones de alimentación saludables, restablecer el peso corporal adecuado y abordar las deficiencias nutricionales. Aquí hay algunas pautas generales para el tratamiento nutricional de la bulimia nerviosa:

1. Establecer un plan de comidas regular: Es importante establecer horarios regulares para las comidas y los refrigerios. Esto ayuda a evitar la restricción excesiva y los atracones, y promueve una relación más saludable con la comida.
2. Incluir alimentos variados y equilibrados: Se recomienda una alimentación equilibrada que incluya una variedad de alimentos de todos los grupos alimentarios, como carnes magras, pescado, productos lácteos bajos en grasa, frutas, verduras, granos integrales y grasas saludables.
3. Evitar las dietas restrictivas: Se debe evitar la adopción de dietas muy restrictivas o extremas, ya que pueden aumentar el riesgo de atracones y perpetuar el ciclo de conductas bulímicas.

4. Controlar la ingesta de alimentos desencadenantes: Es importante trabajar con un profesional de la salud, como un dietista o nutricionista, para identificar y abordar los desencadenantes específicos de los atracones. Esto puede implicar evitar ciertos alimentos o situaciones que desencadenan conductas bulímicas.
5. Promover la educación nutricional: Proporcionar educación nutricional adecuada puede ayudar a mejorar la comprensión sobre una alimentación saludable y desafiar las creencias distorsionadas sobre la comida y el peso.
6. Monitorear el peso y la composición corporal: Bajo la supervisión de un profesional de la salud, se puede monitorear el peso y la composición corporal para asegurarse de que se esté alcanzando y manteniendo un peso saludable.

Es importante tener en cuenta que el tratamiento nutricional en la bulimia nerviosa debe ser individualizado y adaptado a las necesidades específicas de cada persona. Trabajar con un equipo de profesionales de la salud, que incluya a un terapeuta y a un dietista o nutricionista especializado en trastornos alimentarios, puede ser fundamental para el éxito del tratamiento, siempre velando por la autonomía e integridad del paciente.

Factores tales como la alta prevalencia de conductas de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, las edades tempranas de aparición de la BN, así como la normalización y aceptación de

conductas de riesgo por parte de los pares, resalta la importancia de generar espacios de diálogo dirigidos a la población en general sobre la aceptación de la propia imagen corporal, los peligros que generan los vómitos continuos o los ayunos prolongados, los efectos secundarios sobre la salud que son producidos por los laxantes y diuréticos, ya sean de origen natural o sintético (Mendes et. al, 2019).

## **Antecedentes**

Desde tiempos remotos, se han identificado los trastornos de conducta alimenticia, sin embargo no eran considerados una enfermedad y no se les prestaba la atención suficiente, posiblemente porque los pacientes se mantenían ocultos y no eran diagnosticados por temor a la burla o ser juzgados, o tal vez por minimizar la trascendencia de la salud mental. A pesar de que anteriormente se hacía hincapié en la anorexia, la bibliografía refiere que en la actualidad, la prevalencia de bulimia nerviosa va en aumento (INEGI, 2021). Se calcula que la prevalencia de por vida de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y del trastorno por atracón en la población adolescente de la Ciudad de México es de 0.5%, 1.0% y 1.4%, respectivamente. Además, entre el 83% y el 100% de personas informan presentar algún tipo de deterioro, se ha visto que los pacientes que padecen de AN y casi la mitad de los que padecen BN o trastorno por atracón informan un deterioro grave (Benjet, 2012).

Explorar la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual como uno de los principales tratamientos de la BN.

## **Metodología**

La revisión documental de la literatura existente sobre la BN y sus tratamientos, fue la metodología de elección, esto con el fin de conjuntar la información existente con respecto al manejo y tratamiento de la misma. Se realizó una selección de bibliografía con base en artículos de revistas médicas, publicados tanto en inglés como español, durante el año 2017 al 2023. Se seleccionaron un total de 22 artículos y con éstos, se analizó la información recabada, se discutió y se sintetizó.

## **Consideraciones éticas**

Dado a que el siguiente trabajo de investigación tiene como fin ser un escrito de revisión documental, no existen implicaciones éticas dentro del mismo.

## **Resultados**

Si bien, la terapia cognitivo conductual, no se adapta a todos los pacientes por diferentes condiciones físicas, psicológicas y sociales que les impiden un adecuado seguimiento y control de la bulimia nerviosa, un gran número de pacientes ha sido bene-

ficiado con este tratamiento, expresada por la satisfacción de los pacientes y el éxito social, influido por la disminución de pensamientos negativos repetitivos (Isaza Cardona., 2019).

Según un metaanálisis y revisión sistemática (Linardon et al., 2017) la terapia cognitivo conductual (TCC) superó a la psicoterapia interpersonal en los síntomas cognitivos y redujo los síntomas conductuales de atracones. Demuestra que la TCC es un tratamiento psicológico eficaz para las personas con trastornos alimentarios pues la TCC produce mejoras importantes y duraderas en los síntomas conductuales y cognitivos centrales de los trastornos alimentarios.

También, se ha identificado que la red de apoyo es sumamente importante para la recuperación y evitar recaídas; en un estudio experimental prospectivo, se analizó la intervención cognitivo conductual para pacientes adolescentes y sus padres en el tratamiento de la bulimia nerviosa, encontrándose que tras el tratamiento se produce un cambio estadísticamente significativo en la percepción de control de los padres sobre el problema de sus hijas, se incrementa el nivel de información que poseen los padres, y se experimenta una mejora en las estrategias de afrontamiento del problema y una disminución significativa en el impacto del trastorno alimentario en las relaciones entre padres e hijos (Castro et., al 2010).

## Discusión

La terapia cognitivo conductual, se basa en técnicas conductuales que incluyen:

Autoobservación y autorregistros, para que la o el paciente adquiera conciencia del problema, siempre respetando la autonomía y opinión del paciente para la realización de estas técnicas. Se realiza mediante un registro de control alimentario, recuperado de Fairburn (1995) en el que se registran los alimentos y bebidas consumidos, lugar y hora, si considera una ingesta excesiva, conductas compensatorias y los sentimientos antes y después de la ingesta. Esta herramienta ayuda al personal de salud tratante a entender el comportamiento de su paciente a lo largo de su evolución con este trastorno, llegando a ayudarlo a emplear una mejor relación médico-paciente e identificar recaídas.

Instauración de un patrón alimentario de 5 comidas con el fin de regular el circuito de hambre-saciedad y evitar la restricción alimentaria.

Entrenamiento en respuesta alternativa, consiste en poner en práctica otras actividades para impedir un atracón.

Técnicas de control estimular: se basa en restringir los estímulos discriminativos, es decir, limitar la posibilidad de generar un atracón, limitando la comida al alcance, comiendo más despacio, hacer las compras después de comer, entre otras.

Técnica de solución de problemas: afrontando las situaciones que se identificaron en el registro, que desencadenan los atracones, como los momentos de estrés.

Por otra parte, en las técnicas de reestructuración cognitiva se informa sobre la relación entre cogniciones, conducta y emociones, enfatizando en la preocupación excesiva de la imagen corporal, trabajando con diferentes técnicas como:

- Cuestionamiento socrático: donde se cuestiona y racionaliza sobre los cambios en el peso, obesidad, objetivando si es posible o no los pensamientos que estimulan la bulimia nerviosa
- Generación de contraargumentos: se analiza si se aplican las mismas normas hacia las demás personas. Por ejemplo: ¿considera que una persona de tu peso y talla está obesa?
- Identificar errores de atribución: cuando se presentan fluctuaciones significativas de peso a lo largo del día o mes, se busca identificar otros factores ajenos a la ingesta de alimentos
- Prueba de realidad: el seguimiento se realiza mediante el Índice de masa corporal (IMC), entonces se muestra su gráfica de IMC.

- Generación de pensamiento alternativo: Se analizan los pensamientos irracionales y se crean pensamientos alternativos realistas. por ejemplo: el que coma una rebanada de pizza, no hará que aumente 5 kilos (Garayo, 2018).

## Conclusiones

De acuerdo a la información recabada mediante ésta investigación, podemos concluir que la Bulimia Nerviosa se considera una enfermedad que condiciona, casi siempre, un estado crítico de etiología multifactorial.

La detección y tratamiento temprano, son indispensables para la mejoría y buena evolución del paciente. Es por ello, que el profesional de salud debe conocer los criterios de detección puntual de la enfermedad con el fin de tener un mejor control de la misma y reducir el porcentaje de probabilidad de la presentación de secuelas.

Reconocemos a la terapia cognitivo conductual como tratamiento de elección para la BN, esto gracias al modelo de abordaje utilizado: centrado en ayudar al paciente a transformar pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas.

El tratamiento farmacológico, sin embargo, también resulta muy útil para el manejo integral de la enfermedad; se ha demostrado que hacer uso de antidepresivos resulta clínicamente

efectivo para estos pacientes, siempre velando por los intereses y características del sujeto, manteniendo una relación ética entre el personal de salud y el paciente.

Hacer un conjunto de ambos tratamientos, genera una experiencia benéfica para el paciente. La terapia cognitivo conductual, al ser individualizada se enfoca, de manera específica, en las necesidades de cada persona y eso resulta vital dentro de este trastorno.

## Referencias

- Aguilar, R.M.L., Piana, R.C., & Aguilar, A.G. (2020). Panorama general de la terapia electroconvulsiva: indicaciones y funcionamiento. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 63(6), 20-30
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.
- Ayuzo-del Valle, N.C., & Covarrubias-Esquer, J.D. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de pediatría*, 86(2), 80-86. <https://acortar.link/wks5rC>
- Barajas-Iglesias, B., Jáuregui-Lobera, I., Laporta-Herrero, I., & Santed-Germán, M.Á. (2018). The influence of the aesthetic body shape model on adolescents with eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*, 35(5), 1131-1137. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1826>.
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., & Medina-Mora, M.E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud mental*, 35(6), 483-490.

- Bracho, M.J., Grasso-Cladera, A., & Salas, R.C. (2022). Déficit neuropsicológicos en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 60(1), 40–50. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272022000100040>
- Comisión Nacional de Bioética. (2021, 22 de octubre). ¿Qué es Bioética? *Gob.mx*. <https://acortar.link/EkGfE9>
- Díaz Plaza, M. deD., Belmonte Cortés, S., Novalbos Ruiz, J.P., Santi Cano, M.J., & Rodríguez Martín, A. (2022). Advertising and the media in eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 55-61. <https://doi.org/10.20960/nh.04179>
- Fonseca, J.D., Barreto, S.H., Alfonso, Y.M., Neiza, N.C., & Cárdenas, JA. R. (2023). Bulimia nervosa risk factors (BN): key elements of health care security. A review of the literature. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 13(1), 85-107.
- Gabler, G., Olguín, P., & Rodríguez, A. (2017). Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 893–900. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.09.003>
- Garayo, L.B., & Garcia, A.R.S. (2018). Efectividad de una intervención cognitivo-conductual combinada con técnicas de la entrevista motivacional en bulimia nerviosa: un estudio de caso. *Informació psicològica*, (116), 95-111.
- García Pérez, M.Á. (2006). Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 4(2), 341–356. <https://acortar.link/a3d97m>
- Hernández-Chavarría, V., Rojas-Mendoza, K., Min-Kim, H., Yglesias-Dimadi, I., & Castro-Torres, G. (2023). El trastorno dismórfico corporal: una patología subdiagnosticada con impacto clínico. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 9(1), 30-41.

- INEGI. (s.f.). *Tasa de casos nuevos de enfermedades sobre trastornos mentales y del comportamiento seleccionados y entidad federativa según sexo, serie anual de 2014 a 2021*. <https://acortar.link/eaa0Xt>
- Isaza Cardona, C. (2019). *Efecto de la terapia de aceptación y compromiso centrada en reducir el pensamiento negativo repetitivo en personas con bulimia nerviosa* [Tesis de grado, Fundación universitaria Konrad Lorenz]. Repositorio Institucional <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/2158>
- Linardon, J., Wade, T.D., De la Piedad García, X., y Brennan, L. (2017). La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos alimentarios: una revisión sistemática y un metanálisis. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 85(11), 1080.
- Malavera, M., Silva, F., García, R., Rueda, L., & Carrillo, S. (2014). Fundamentos y aplicaciones clínicas de la estimulación magnética transcraneal en neuropsiquiatría. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(1), 32-39.
- Mendes Temóteo Brandt, L., Freitas Fernandes, L.H., Silva Aragão, A., Pinto da Costa Luna, T., Macedo Feliciano, R., Auad, S.M., & Leite Cavalcanti, A. (2019). Risk Behavior For Bulimia Among Adolescents. *Revista Paulista de Pediatría*, 37(2), 217-224. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;2;00008>
- Rava, M.F., & Silber, T.J. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1): Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 102(5), 353-363. <https://acortar.link/LDt1RP>
- San Agustín, A., & Moreno, J.C. (2021). Ethical Aspects of Transcranial Magnetic Stimulation for Neuroenhancement. *Dilemata*, (34), 121-132
- San Juan, S.R., Gutiérrez, M.A., García, M.Á.R., & Giménez-Donoso, S. (2018). A propósito de un caso: La dificultad en la toma de decisiones en casos de anorexia nerviosa. *Dilemata*, (26), 63-70

Vázquez Parra, J.C., & Martell Espericueta, C.M. (2020). El respeto de la autonomía como elemento fundamental en el tratamiento ético de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 20(1), 93-105.

## §

## **The burden of eating: Ethics in the treatment of bulimia**

### **O peso de comer: ética no tratamento da bulimia**

#### **Karyme Díaz García**

<https://orcid.org/0009-0003-1445-9322>

Universidad Autónoma del Estado de México | Facultad de Medicina | Toluca | México  
karyme.diazgarcia@hotmail.com

Estudiante del 4to año de la Licenciatura en Nutrición por parte de la UAEMex, Miembro activo de la Organización Estudiantil en Pro de la Salud (OEPSA) y el Núcleo de Calidad Académica en Fisiología (NUCAF) dentro de la Facultad de Medicina.

#### **Sara Gabriela Flores Vilchis**

<https://orcid.org/0009-0000-3436-9365>

Universidad Autónoma del Estado de México | Facultad de Medicina | Toluca | México  
saravilchis2000@hotmail.com

Estudiante del 4to año de la Licenciatura Médico Cirujano por parte de la UAEMex, Miembro activo del Programa Mentores Académicos dentro de la Facultad de Medicina.

#### **Mario Giovanni Mondragón Victoria**

<https://orcid.org/0009-0005-7028-8286>

Universidad Autónoma del Estado de México | Facultad de Medicina | Toluca | México  
giovanni\_dic2000@yahoo.com.mx

Licenciatura en Médico Cirujano en la Facultad de Medicina UAEMex, actualmente realizando el Internado Médico de Pregrado en el Hospital General Regional 220, Toluca, Estado de México.

#### **Paulina Patricia Rábago Sánchez**

<https://orcid.org/0000-0002-3403-6752>

Universidad Autónoma del Estado de México | Facultad de Medicina | Toluca | México  
pprs2008@hotmail.com

Licenciatura en Médico Cirujano en la Facultad de Medicina UAEMex, actualmente realizando el Internado Médico de Pregrado en el Centro Médico ABC.

#### **Alejandra Valencia Camacho**

<https://orcid.org/0009-0006-0874-2780>

Universidad Autónoma del Estado de México | Facultad de Medicina | Toluca | México  
alevalencia271200@gmail.com

Licenciatura en Médico Cirujano en la Universidad Autónoma del Estado de México, actualmente Médico interno de pregrado en el HGR 251.

## Abstract

Eating disorders, or TCAs, are psychiatric conditions characterized by pathological eating behaviors and poor self-perception, often leading to physical alterations like weight and body shape changes. Six types of eating disorders are identified, including anorexia nervosa, bulimia nervosa (BN), pica, rumination disorder, binge eating disorder, and avoidance and restriction food intake disorder. BN, in particular, involves binge eating followed by compensatory actions to prevent weight gain, such as vomiting, drug use, excessive exercise, diuretics, and laxatives. It is common in adolescents and young adults and is diagnosed based on criteria in the DSM-V. Treatment options for BN include psychotherapy, cognitive-behavioral therapy, and pharmacological therapy, though it can be refractory to some approaches. The text emphasizes the importance of bioethics in addressing eating disorders, highlighting the need to prioritize human values over economic gain and scientific progress. Patient autonomy, informed consent, dignity, and rights are ethical concerns, and balancing beneficence and nonmaleficence in treatment is crucial. Equity and justice in healthcare access are also key considerations, making bioethics a valuable framework for addressing these ethical issues and promoting the well-being of affected individuals.

**Keywords:** bulimia nervosa; ED; bioethics; cognitive behavioral therapy; treatment.