



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología
División de Educación Continua

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVOSA Y BULIMIA NERVOSA

T E S I N A
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTA:

GUADALUPE ORTIZ JIMENEZ

Director de Tesina: Dra. Gilda Gómez Peresmitré
Comité de Tesina: Mtra. Olga Livier Bustos Romero
Lic. Lilia Joya Laureano
Mtra. Lucy María Reidl Martínez
Mtra. María de la Luz Javiedes Romero



MEXICO, D. F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

Un eterno agradecimiento a la Dra. Gilda Gómez Peresmitré, por la confianza, apoyo y conocimientos plasmados en la elaboración de mi trabajo.

No tengo palabras con que agradecerle al comité revisor, compuesto por: la Mtra. Olga Livier B., Lic. Lilia Joya L., Mtra. Lucy Ma. Reidl M., y Mtra Ma. De la Luz Javiedes R. por su apoyo y comprensión en un momento difícil para mí y sobre todo por su colaboración y participación en mi tesina. ¡¡¡Mil gracias!!!!

A mi madre: Ser que me motiva día a día y no deja de sorprenderme con su infinito amor. Gracias a tu cuidado he logrado superar difíciles momentos, y sobre todo me has ayudado a continuar con mis sueños aún y cuando a veces pienso que los he perdido; tu confianza me hace crecer y buscar ser mejor. Por todo ello, este sueño lo comparto contigo, "es nuestro". Te quiero mucho

A mi padre: quien forjó en mí la disciplina y penso en mi futuro; permitiéndome continuar con mis estudios a pesar de que ya no se encontraba entre nosotros. Gracias por todo el amor que me tuviste.

A Lore: mi hermana, amiga y cómplice. De todo lo que tengo que agradecer, lo más importante es el tenerte a mi lado, apoyándome y siendo la alegría que me impulsa para lograr lo que me propongo. Muy jóvenes la vida nos quitó lo que más queríamos y créeme que si no hubieras estado ahí tomándome de la mano, no habría podido seguir adelante. Gracias por tu eterno apoyo y tu gran amor.

A Marce: quien me inició en el viaje del conocimiento y reflexión. Con tu ejemplo, he aprendido a esforzarme y a seguirme preparando; ya que con dedicación y amor al trabajo, las metas son más fáciles de lograr. Créeme que aún y cuando hemos tenido nuestros momentos difíciles, se que nuestro cariño es muy fuerte.

Para Ale: la niña que más quiero y a quién le dedico este trabajo, para que le sirva de ejemplo. Recuerda que todo se puede lograr si tan sólo te decides a hacerlo, no habiendo mejor satisfacción que el saber que valió la pena.

Para mis primos y tíos por creer siempre en mí.

Un especial agradecimiento a Gisela, por su ayuda y buena disposición en la búsqueda y traducción de información, y sobre todo por su amistad.

Para todos y cada uno de mis amigos que me han acompañado y han formado parte de mi crecimiento personal y ahora profesional, les agradezco todos los momentos vividos. Juntos iniciamos una búsqueda y ahora como profesionales sólo resta mantener viva las ganas de triunfar.

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
1. Antecedentes históricos de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nervosas.....	6
2. Proceso salud-enfermedad.....	17
3. Definición de conceptos y Diagnóstico diferencial.....	30
4. Epidemiología.....	37
5. Factores de riesgo en trastornos alimentarios.....	41
5.1 Diferencia entre factores de riesgo y trastornos de la alimentación.....	41
5.2 Prevalencia de factores de riesgo en muestras mexicanas.....	43
5.3 Factores de riesgo asociados con imagen corporal.....	43
5.3.1 Otros factores de riesgo.....	48
5.4 Prevención de los factores de riesgo asociados con imagen corporal.....	56
5.5 Investigaciones realizadas en México.....	58
6. Teorías de los trastornos alimentarios.....	67
6.1 Cognoscitivo-conductual.....	67
6.2 Psicodinámico.....	71
6.3 Psicología del self.....	72
6.4 Feministas.....	76
6.5 Interpretaciones psicoanalíticas.....	77

6.6 Sistémica.....	82
7. Tratamiento de los desórdenes alimentarios.....	84
7.1 Tratamiento hospitalario.....	86
7.2 Tratamiento para pacientes externos.....	87
7.3 Orientación cognoscitivo-conductual.....	89
7.4 Terapia individual.....	90
7.5 Terapia familiar.....	91
7.6 Terapia de grupo.....	94
7.7 Terapia farmacológica.....	96
7.8 Eficacia y desventajas del tratamiento.....	97
7.9 Pronóstico.....	103
CONCLUSIONES.....	106
REFERENCIAS.....	110

RESUMEN

El presente trabajo forma parte de una investigación mayor*, y es de carácter documental que tuvo como propósito describir los trastornos de la alimentación (anorexia nervosa y bulimia nervosa) desde su evolución histórica hasta la caracterización que han a sumido en nuestros días y que las ha convertido en patologías de nuestro tiempo. Asimismo, se les diferencia de los factores de riesgo que pueden conducir a ellas, y se discuten las investigaciones más relevantes documentadas en la literatura internacional y nacional.

Se muestra que estas patologías, lejos de ser privativas de los países desarrollados y de la raza blanca como en un principio se hipotetizó, se encuentran también, y desafortunadamente, en países en desarrollo. Por ejemplo, en la Ciudad de México se ha demostrado que entre los escolares (pre-púberes, púberes y adolescentes) de escuelas públicas y privadas existe un creciente interés por un ideal de figura, que ha sido impuesto por una cultura que rinde culto a la delgadez, teniendo como consecuencia la insatisfacción por el propio cuerpo y la búsqueda de soluciones que afectan la salud.

Por último, se discuten los distintos métodos enfocados al tratamiento de los trastornos de la alimentación y sus posibles resultados.

* Proyecto: PAPIIT No. IN305599 CONACYT 34507-H

INTRODUCCION

Este presente estudio constituye una investigación documental que tiene como propósito fundamental aportar elementos teóricos que permitan tener una mejor comprensión de la anorexia nervosa y bulimia nervosa; así como conocer la contribución que las distintas teorías dan para el desarrollo de tales patologías y su abordaje terapéutico.

Como es bien sabido, actualmente la imagen de la mujer desde el punto de vista estético, ha cambiado mucho a comparación de tiempos pasados. Y los bombardeos de cuerpos extremadamente delgados llegan a través de cualquier medio de comunicación (pasarelas, revistas, televisión, ropa y más recientemente desde los dibujos animados) provocando un nuevo estilo de vida. Es innegable el hecho de que en tiempos pasados la representación artística de la mujer era simbolizada por aquellas que se encontraban dentro de lo que hoy llamamos sobrepeso, basta con ver las obras de arte que se encuentran en los museos para darnos cuenta, que esto es verdad.

Lo que en su momento llevó a la aceptación de la mujer con mayor peso corporal, del que ahora se desea, fue la simbolización de un mayor nivel económico y por lo tanto una mejor salud física. Después, poco a poco, esta imagen física se alteró, sobretodo, durante el siglo pasado la visión del cuerpo femenino se ha acelerado hasta llegar a lo que hoy día se considera aceptable. Para Gómez Pérez Mitre (1993) la figura femenina, socialmente deseable, ha sufrido cambios que van desde una figura llena durante los años 20, a una más delgada, a partir de los años 50. A su vez, Chinchilla (1994) informa que en los últimos años se está asistiendo a una proliferación de la mujer delgada y atractiva, prototipo a alcanzar en esta sociedad de consumo, que ocupa páginas de revistas de moda, modelos de alta costura o de anuncios publicitarios variados, etc. Este modelo se traduce en un culto hacia un cuerpo llamativo, provocador, sensual, y competitivo.

Toro y Vilardell (1987) mencionan que son el culto femenino, es decir, el culto del cuerpo en forma de éxito social, la equiparación entre auto-control y adelgazamiento, la identificación entre autoestima y aceptación social del propio cuerpo en función de unos cánones arbitrariamente fijados, los que constituyen otros tantos hitos de la tragedia anoréxica.

Hoy día resulta irónico el bombardeo publicitario, que por un lado incita al consumidor a adquirir más alimentos y después lo rechaza por no poseer un cuerpo deseado socialmente. A esto González (citado en Barber, Bolaños, López y Ostrosky, 1995) comenta el como la gente gasta grandes cantidades de dinero en más alimentos de los que necesita y después paga por el privilegio de hacer ejercicio, dietas y bajar de peso, todo con la finalidad de alcanzar una figura esbelta la cual es más importante que la propia salud Toro (1996) habla del como la imagen del cuerpo socialmente deseado esta dirigido a toda la población, sólo que su búsqueda no resulta alarmante a excepcion de aquellos grupos que se encuentran más vulnerables, como resulta ser, el de los jóvenes Y sobre todo en las muchachas adolescentes jóvenes, quienes, sin defensas intelectuales ni argumentos criticos, interiorizan mayoritariamente, como siempre ha ocurrido, los valores de la sociedad en que se desarrollan sus vidas.

Ante lo ya mencionado Walsh y Devlin (1998) mencionan como la fuerte evidencia circunstancial sugiere que los factores culturales juegan un importante papel en el desarrollo de los desórdenes alimentarios Asimismo, los informes de anorexia nervosa y bulimia nervosa emanan predominantemente del mundo industrializado, donde la comida es abundante y la delgadez -particularmente para las mujeres- se iguala con atractivo Sin embargo, Toro (1996) menciona que los trastornos del comportamiento alimentario no son

sólo un problema exclusivamente cultural sino son un problema personal o familiar, social y de génesis.

Ante esto Holtz y Tena (1995) refieren que son varias las causas que provocan un trastorno de alimentación: factores socioculturales, familiares, psicológicos, metabólicos e incluso se cree que biogénéticos. Holtz (citado por López, 1995) comenta que los desórdenes de la alimentación son sólo un síntoma que encubre un trastorno más profundo de personalidad, donde los factores socioculturales son decisivos para desencadenar este tipo de trastornos. Con lo anterior, se entiende porque no en todas las personas surte efecto la influencia social por alcanzar un ideal corporal.

Por todo lo mencionado con anterioridad, se reconoce la importancia del tema y su actual aumento en la sociedad como resultado de distintos factores que intervienen en su incidencia y prevalencia. Por consiguiente, es necesario reconocer su existencia, población en riesgo y su forma de abordaje terapéutico que, acompañado de un trabajo multidisciplinario, permita salvarle la vida a quien la padece. Quedando mucho por investigar sobre los desórdenes alimentarios y sus avances terapéuticos, se considera de gran aporte ésta investigación bibliográfica, la cual se espera sirva como apoyo a todo aquel interesado en la génesis y tratamiento de dichas patologías.

A continuación se describirá el contenido de los capítulos que conforman esta investigación documental.

Como se verá, en el capítulo 1, se realizó un recorrido histórico de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nervosa y bulimia nervosa.

En el capítulo 2, se aborda el tema de salud-enfermedad, junto con los factores que intervienen en el desencadenamiento de los trastornos alimentarios.

En el capítulo 3, se muestra la definición de la anorexia nervosa y bulimia nervosa; así como la evolución de los criterios de diagnóstico propios, tomando en cuenta las variaciones realizadas a lo largo del tiempo en últimas ediciones del DSM.

En el capítulo 4, se muestra un panorama de la epidemiología internacional de la anorexia nervosa y bulimia nervosa

En el capítulo 5, se presentan los factores de riesgo en los trastornos de la alimentación. Asimismo, se realiza una diferenciación conceptual entre factores de riesgo y trastornos alimentarios, el nivel de prevalencia en muestras mexicanas, su prevención y, por último, se revisan algunas investigaciones realizadas hasta la fecha en México realizados con población estudiantil de nivel primaria hasta profesional.

En el capítulo 6, se presentan las interpretaciones psicológicas dadas por los distintos enfoques teóricos en relación a los trastornos alimentarios.

En el capítulo 7, se muestran los distintos enfoques terapéuticos existentes en el manejo de los trastornos alimentarios, así como su eficacia, desventajas, y pronóstico.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVOSA Y BULIMIA NERVOSA.

El ayuno ha existido en varias culturas del mundo desde tiempos ancestrales, como un medio de protección contra las fuerzas del mal, garantizando cierta pureza. Con la llegada del Cristianismo se estableció como una práctica religiosa relevante, definitoria de la comunidad cristiana, e identificada con la pureza de corazón delante de Dios

Entre los años 1200 y 1500, coincidiendo con la aparición de las órdenes mendicantes, un número creciente de mujeres religiosas se entregaba a la práctica del ayuno. Catalina de Siena, Veronica Giuliani, Maria de Oignies, Beatriz de Nazaret, Margarita de Yperen, Juliana de Lieja, Columba de Rieti e Ida de Lovania no son más que algunas de las más significativas y reconocidas de estas mujeres. Cuando los médicos europeos de los siglos XVII y XVIII analizaron este género de trastornos, los denominaron *inedia prodigiosa* y *anorexia mirabilis*. La palabra **anorexia** era utilizada desde siempre en la literatura médica haciéndola sinonimo de falta de apetito, de acuerdo con el significado del vocablo griego *anorektous*. En diccionarios medicos del siglo XVII se utilizaba como denominación de la inapetencia y de ciertos trastornos del estomago (citado en Toro, 1996)

En ciertos lugares, las mujeres ayunadoras pasaron a ser perseguidas por creer que era Satán y no Dios quien las motivaba. Vandereycken y Deth (citados en Toro, 1996) comentan que durante los siglos XV al XVIII la mujer autoinane con frecuencia corria el riesgo de ser considerada como una bruja o como una poseida por Satanás, debido a que en la imaginación de muchas gentes, las brujas, dada su condición voladora, debian ser sumamente ligeras. De igual manera, mencionan que fue a partir de las normas dictadas por el papa Benedicto XIV, que los ayunos pasaron a un segundo plano, al tiempo que descendió drásticamente el número de canonizaciones. Sin embargo, en pleno siglo XVIII,

existían los llamados artistas del hambre o esqueletos vivientes; éstos eran varones que exhibían su muy especial habilidad de mantenerse vivos a pesar de no ingerir alimentos durante periodos de tiempo. Sus motivaciones eran abiertamente lucrativas, pero su delgadez también resultaba francamente manifiesta.

Bynum (citado en Toro,1996) menciona que en las sociedades preindustriales, hombres y mujeres debían adaptarse a los ritmos naturales de escasez y abundancia; las oscilaciones entre saciedad y hambre los llevaba a establecer ayunos voluntarios con la idea de conseguir de los Dioses salud, buena suerte o fertilidad.

Según Habermas (citado en Holtz, 1995) las mujeres antes de mediados del siglo XIX no tenían propiamente anorexia nervosa, ya que los ayunos no eran motivados por un temor mórbido a engordar. Así, los informes históricos antiguos difieren de los casos modernos de varias maneras.

Bordo en 1990 (citado en Unikel, 1998) menciona que en la transformación de los ayunos prolongados como purificación espiritual a la ahora persecución de un ideal estético, la auto-inanición se volvió un proyecto al servicio del cuerpo, más que al servicio del alma.

Toro (1996) refiere que el 31 de octubre de 1859, Louis-Victor Marcé, en la Societe Médico- Psychologique de Paris, leyó una comunicación titulada "*Note sur une de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments*"(p 30) Su muerte, a los 36 años de edad, probablemente impidió una mayor defensa y divulgación de su aportación Raimbault y Eliachetf (1991) refieren que en el año de 1694, Morton es identificado como el autor de la primera descripción de lo que él llamó *consumción nerviosa*, sin embargo los trabajos de Lasegue en 1873 y Gull en 1874

describen casi simultáneamente esta enfermedad; ingleses y franceses polemizan por atribuirle la anterioridad de la descripción a Gull o Laségue.

A su vez, Laségue (citado en Toro, 1996) comenta que la anorexia histórica se inicia entre los 15 y 20 años a consecuencia de algún género de emoción posiblemente relacionada con la transición a la edad adulta; produciéndose, la evolución de la enfermedad, a lo largo de tres etapas: 1) la paciente manifiesta su malestar al comer, restringe los alimentos, aumenta su actividad física y recibe todo género de presiones por parte de sus padres en orden a incrementar su alimentación; 2) contempla el empeoramiento del estado mental de la paciente, obliga a la intervención médica, limita sus conversaciones al tema de la alimentación, la menstruación se hace irregular o insuficiente y la constipación intestinal se hace muy intensa; 3) el deterioro físico es evidente, apareciendo amenorrea, constante sed, piel pálida y seca, constipación resistente, atrofia gástrica, anemia, vértigo y desmayos. De igual manera, Laségue prestaba atención a las familias de sus pacientes y señaló que las anoréxicas procedían de familias con voluntad y capacidad de invertir recursos emocionales y económicos en ellas. Se convirtió en el primer médico del siglo XIX en sugerir que el rechazo de los alimentos constituían una forma de conflicto intrafamiliar entre las muchachas y sus padres.

Charcot (citado en Chinchilla, 1994) quien acompañó a Laségue en el estudio de la anorexia fue el introductor cuasi oficial de la *parentectomia*, el aislamiento de la paciente respecto de su familia, como fórmula terapéutica. Y fue William Osler (citado en Toro, 1996) quien divulgó que el más sorprendente y relevante trastorno digestivo de la histeria es la *anorexia nerviosa*.

Ponce de León, Montejo, Berenguer, Ruiz y Scigliano (1995) mencionan que Gull en 1868 se refiere a la actitud de las enfermas ante su condición física así como ante la

comida, observando incluso la presencia de episodios de apetito voraz, pero sin mencionar ideas o temores relacionados con la imagen corporal.

Toro (1996) refiere que Gull en el año 1874, describió el trastorno padecido por unas muchachas que, sufriendolo, podían caer en un estado de inanición. Leyó una comunicación titulada *Anorexia hysterica*. Al año siguiente publicó este trabajo bajo el siguiente enunciado: *Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica)*. En su artículo definitivo cambia *apepsia* por *anorexia*, al creer que en el trastorno se produce una falta de apetito y no un trastorno digestivo. Asimismo, rechazó el término *histérica* sustituyéndolo por *nerviosa* al negar la implicación del útero en la anorexia y defenderla del sistema nervioso. Además, señalaba que el trastorno también podía afectar a varones. La supuesta falta de apetito de la anoréxica se debería a un estado mental mórbido. Años más tarde, Huchard (citado en Toro, 1996) propuso el término de *anorexia mental* en lugar de *anorexia histérica*, puesto que en el trastorno no aparecían los síntomas propios de la *histeria*, *anestesia*, *ceguera* y *parálisis*.

A su vez Janet en el año 1903 (citado en Toro, 1996) describió dos formas de enfermedad obsesiva e histérica. En la forma *obsesiva* se mantendría la sensación de hambre. La paciente se manifestaría a disgusto con su cuerpo, temiendo engordar y, según Janet, desarrollarse y hacerse mujer, la persecución de la pérdida de peso la conduciría a excesos en ejercicio físico. Hablaba de un *verdadero delirio* para referirse al padecimiento de hambre intenso junto con la renuncia a comer. En cambio, la forma *histérica*, mucho menos frecuente, implicaría una pérdida real de apetito. La incapacidad para comer se acompañaría de parestesias, sensaciones anormales, sabores desusados y una notable frecuencia de vómitos y regurgitaciones. Los pacientes incurrirían en una actividad física

excesiva en orden a negar su fatiga. Janet interpretó todas estas manifestaciones en relación con la sexualidad.

Freud en 1895 (citado en Raimbault y Eliacheff, 1991) en su *manuscrito G*, acentúa el aspecto depresivo de la anorexia; mencionando que la neurosis alimenticia llamada anorexia es comparable con la melancolía. Asimismo, comenta que la anorexia mental de las adolescentes se presenta como una forma de melancolía en aquellos sujetos cuya sexualidad está aún inacabada. La enferma, en ese caso, afirma no querer comer sólo porque no tiene hambre. Por lo tanto, hay pérdida del apetito y, en el terreno sexual, pérdida de la libido. Simmonds en el año de 1914 descubrió la caquexia hipofisiaria (adelgazamiento con insuficiencia endocrina) cuyos signos clínicos, en especial la delgadez, son atribuidos a un panhipopituitarismo (déficit global de la hipófisis) y el comportamiento es considerado como un epifenómeno. Por lo que comentaba que el tratamiento debía ser exclusivamente endocrino. Sin embargo, jamás se probó la eficacia de este tratamiento (citado en Raimbault y Eliacheff, 1991).

Tras la Segunda Guerra Mundial se inicia el abordaje actual de los trastornos del comportamiento alimentario, y más concretamente de la anorexia nervosa.

Chinchilla (1994) comenta que Rayle, se refería a la anorexia nervosa como una enfermedad causada por un traumatismo psíquico, diferenciable de la enfermedad por caquexia mental clásica. Refiere que en 1939, el mismo, Ryle teniendo en cuenta la moda adelgazadora y el estilo de vida más emotivo (emocional) de las jóvenes generaciones a partir de la guerra, predijo un incremento del número de las anoréxicas.

Raimbault y Eliacheff (1991) mencionan que fue en el Simposio de Göttingen en 1965, bajo la dirección de Meyer y Feldman, donde se oficializa un giro en la concepción psicopatológica de la anorexia nervosa. El interés se desplaza de los trastornos alimenticios

hacia las perturbaciones corporales: la anorexia mental tiene una estructura específica. El conflicto esencial se halla a nivel del cuerpo y no al nivel de las funciones alimenticias investidas sexualmente. Expresa una incapacidad por asumir las transformaciones propias de la pubertad.

Toro (1996) refiere que fue Brunch, quien determina que la anorexia nerviosa debía entenderse en términos de desarrollo de la personalidad total en el contexto de una familia concreta; proponiendo dos tipos de anorexia primaria y secundaria. Las características básicas de la anorexia *primaria* serían la distorsión de la imagen corporal, la incapacidad para reconocer estados internos, desde el hambre hasta las emociones, y una sensación generalizada de ineficiencia. La anorexia *secundaria* o atípica implicaba como característica esencial una pérdida de peso grave debida a conflictos internos. La comida y la alimentación estarían saturadas de interpretaciones simbólicas erróneas de la función alimentaria. Continuando con Brunch, Chinchilla (1994) refiere que, en 1962 al hablar de anorexia decía que ésta reposa sobre desórdenes perceptivos y conceptuales, y sobre una negación del cuerpo y sus necesidades.

Raimbault y Eliacheff (1991) comentan que Selvini, de formación kleiniana, comienza a cambiar su orientación terapéutica hacia una concepción sistémica en la medida que en que la enfermedad mental se considera como la única respuesta adaptada a un sistema familiar ilógico y patógeno. Toro (1996) complementa la información sobre Selvini, al mencionar que en 1974 ella atribuyó el desarrollo de la anorexia nerviosa a la emergencia de una sociedad opulenta, orientada hacia el consumo, habiendo incrementado las familias de clase media su atención dirigida a los hijos, y con las mujeres experimentando una situación contradictoria provocada por la creciente presión a favor de su emancipación. Sugiriendo que la anorexia es más frecuente en las muchachas que en los

varones porque, pese a la retórica de su independencia, aquellas continúan estando sujetas a mucho más control familiar que los chicos. Y es a partir de estas aportaciones, que se desglosan dos claras líneas de abordaje.

Toro (1996) comenta dos líneas importantes del análisis de los trastornos del comportamiento alimentario. La primera, es iniciada por Minuchin en 1978 que con su análisis sistémico pretende profundizar en la dinámica familiar la cual considera como el factor causal de mayor importancia en la anorexia nervosa. En segundo lugar, ubica a todos los especialistas que se inclinan por una interpretación social y cultural - más allá de lo estrictamente familiar- como origen de los trastornos alimentarios. Refiriéndose a Garfinkel y Garner en 1982 en América, y a Vandereycken (p ej., Vandereycken y Meerman, 1984) en Europa, como, probablemente los autores emblemáticos en este contexto.

Raimbault y Eliacheff (1991) comentan que fue en el congreso de Toronto, en 1981, donde se marcan las perspectivas biopsicosociales según las cuales se despliegan las investigaciones en la actualidad. Russell (citado en Ponce de León y cols., 1995) comenta que la psicopatología de la anorexia nervosa se ha enfocado en el deseo de la delgadez, postulando que este hecho no puede haber estado presente en las pacientes y oculto durante generaciones a los estudiosos del tema. Los autores ya mencionados aseguran que Brumer en 1988, sugiere que en el desarrollo de la anorexia nervosa se distinguen dos fases: 1) la paciente iniciaría un estilo conductual por razones ascéticas, y 2) sería el resultado de la adaptación de su psiquismo y su cuerpo a la desnutrición.

Estudios realizados por Garfinker, Garner, Kaplan y Darby en 1983, y a su vez en Toro y Vilardell en 1987 (citados en Holtz, 1995) hablan de la gran diferencia existente entre las mujeres ayunadoras que vivieron antes de 1850 y las mujeres de hoy día, mencionando que la diferencia radica en el miedo anormal a engordar y llegar a ser obesas,

a pesar de estar emaciadas. Siendo así como comienzan los diferentes estudios encaminados a averiguar más sobre la anorexia, descubriéndose así los síntomas bulímicos, creando un enlace que fue separado en 1980, con la edición del DSM-III y posteriormente en la edición revisada del DSM-III en 1987.

En lo referente a la bulimia nervosa diremos que éste es un trastorno de reciente investigación como tal; sin embargo, a lo largo de la historia ya se daban señas de su existencia.

Stunkard (citado en Toro, 1996) menciona que desde tiempos ancestrales ya existían las prácticas vomitivas, siendo Jenofonte en Anabasis quien en el año 970 antes de Cristo describiera, por vez primera, lo que ahora consideramos prácticas bulímicas. Como parte de su cultura los griegos en situaciones sociales y religiosas se entregaban a los vómitos de modo cuasi ritualizado. De igual manera, Sturkand comenta como Hipócrates distinguía el *boulimos*, un hambre enfermiza, del hambre ordinaria, así como igualmente Aristófanes utilizó el término en su acepción de hambre feroz. Dentro de las clases medias y altas de la Roma antigua, se acostumbraban grandes banquetes y cada vez que el estómago quedaba saciado, los comensales se trasladaban a una habitación contigua, el *vomitortum*, y vomitaban.

Toro (1996) informa como según el Oxford English Dictionary de 1983, refiere que fue Trevisa, en 1398 quien utilizó por vez primera la palabra *bulimia*, significando únicamente apetito immoderado, y como Stein y Laakso en su revisión historico-medica de la bulimia, encontraron que la Enciclopedia Británica en el año de 1797 define a la bulimia como *una enfermedad en que el paciente está afectado por un deseo de comer insaciable y perpetuo, y a menos que lo satisfaga, suele caer en accesos de desvanecimiento*.

Igualmente, encontraron que Motherby, en 1785 describió tres tipos de bulimia: 1) la de hambre pura; 2) aquella en que el hambre acaba en vómito y 3) la que asocia hambre a desmayos.

La referencia más completa al trastorno escrita antes de 1800 fue hecha por James en el año de 1743, en ella el autor argumentaba que mientras algunos pacientes experimentaban la complicación de vomitar tras la ingestión de grandes cantidades de alimento, otros no lo hacían así. Empleo el término *boulimus* en asociación con *caninus appetitu y fame canina* para describir la forma en que la persona vomitaba como un perro para aliviar el estómago después de ingerir demasiada; en el *boulimus* suele desmayarse. Hooper en 1825 utilizó bulimia emética, bulimia canina y *cynorexia* para designar un apetito voraz seguido de vómitos (citado en Holtz, 1995)

Toro (1996) refiere que Dunglison en 1839 menciona que dentro de la literatura médica de mediados del siglo XIX se muestra cierto interés por la bulimia como síntoma o como diagnóstico, apareciendo la definición Bulimia: de buey y hambre, un apetito canino. Mencionando la presencia de ésta, a veces, en la histeria y en el embarazo; raramente en otras circunstancias. A su vez comenta que Blachez en 1869 cuando la bulimia es acompañada de vómitos hablaba de *emorexia*, utilizando el término *licorexia* para designar los casos en que el tránsito digestivo era especialmente veloz a causa de contracciones intestinales rápidas. Aplicó la denominación *fringale* cuando la sintomatología bulímica alternaba con la anorexia en mujeres.

En su libro Toro (1996) hace referencia a Beaumont, quien menciona el trastorno bulímico como perturbación frecuente incorporada a la anorexia nerviosa, siendo en el mejor de los casos considerado como un síntoma de ésta, lo que determino que la anorexia se clasificara en *restrictiva y de vómitos y laxantes*

Al final de la década de los setentas empieza a valorarse como entidad nosológica autónoma la presencia de bulimia en personas de peso normal. Es Russell quien, en 1979 (citado en Chinchilla, 1994) describe la *bulimia nerviosa* propiamente dicha. En sus criterios diagnósticos, junto a los atracones y las conductas compensatorias de los mismos, hace hincapié explícito en el miedo a engordar como condición *sine qua non*. Tal denominación y descripción son recogidas en el DSM-III de 1987, quedando establecida la actual concepción de la bulimia nerviosa, un trastorno que ha recibido muy distintas denominaciones: *hiperorexia nerviosa*, *síndrome del caos dietético*, *síndrome del control anormal normal de peso*, *síndrome de atracones*, *síndrome del gordo delgado*.

Vandereycken (citado en Toro, 1996) destaca la aportación de Ziolk, quien en 1976 propuso el término de *hiperorexia nerviosa*, y que desde 1966 escribió diversos artículos sobre la *hiperorexia*, definiendo el cuadro como opuesto a la anorexia y considerándolo como clínicamente autónomo. Habermas (citado en Toro, 1996) ha estudiado la evolución histórica del *heissunger* (apetito voraz). Considerando a la bulimia nerviosa como un trastorno mucho más reciente que la anorexia nerviosa, situando su origen en los albores del siglo XX.

Toro (1996) cita a Russell quien en 1985 menciona que la manifestación de la anorexia nerviosa se ha modificado en la segunda mitad del siglo XX al constituirse la bulimia en una parte característica del cuadro clínico. Subraya que este cambio es un ejemplo de un fenómeno de la *maleabilidad de una enfermedad bajo la influencia de factores históricos o de circunstancias sociales modificadas*.

Chinchilla (1994) menciona que en el DSM-III R se recoge lo que se define auténticamente el síndrome bulímico: la asociación de dicha conducta y la preocupación

mórbida por el peso y la figura corporal, la utilización consecuente de métodos para evitar el termino aumentado de peso y la vivencia de descontrol.

Holtz (1995) informa que en el DSM-IV se añade la importancia de la especificación del tipo de bulimia nervosa que ocurre, ya sea: Tipo con purga y Tipo sin purga. Esta distinción se agregó para evitar la confusión diagnóstica que se estaba dando alrededor del término de bulimia, ya que para algunos autores, la persona bulímica sigue los criterios del DSM-III-R, aunque no se purguen, mientras que otros autores consideraban que la bulimia es aquella conducta de atascarse y después purgarse. Asimismo, cita a autores tales como Casper y cols., en 1980, Garfinkel, Moldofosky y Garner quienes - en el mismo año- mencionan que los síntomas pueden ocurrir a lo largo de un continuo de trastornos de alimentación que van desde la anorexia nervosa restrictiva hasta la obesidad, pasando por las anoréxicas bulímicas y la bulimia de peso normal.

Es así, como se realizó el recorrido histórico de los dos trastornos de la conducta alimentaria que actualmente presenta un auge de verdadera preocupación. Sin embargo, se hará referencia a los trastornos de conducta alimentaria no especificado, el cual comparado con los dos trastornos antes mencionados es de menor contexto histórico.

Spitzer (citado en Holtz, 1995) propuso agregar al DSM-IV un nuevo síndrome. llamado *Binge Eating Disorder* que serviría para diferenciar la bulimia nervosa con purgas de aquella que sólo se refiere a aquellas personas que comen compulsivamente pero no se purgan. Sin embargo, su propuesta no fue aceptada y en vez de ésta se decidió incluir los dos tipos de bulimia y relegar el *Binge Eating Disorder* al rubro de Trastorno de la conducta alimentaria no especificados, refinándose a los trastornos de conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de conducta alimentaria específica.

2. PROCESO SALUD – ENFERMEDAD.

De acuerdo con lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (citado en Gómez, 1996) desde mediados del siglo XIX hasta los inicios del siglo pasado, los problemas de salud eran constituidos principalmente por enfermedades infecciosas. Actualmente, las cosas han cambiado, la morbilidad y mortalidad predominantes están constituidas por las enfermedades crónicas no transmisibles, las transmisibles, el incremento de suicidios y homicidios

El predominio del enfoque científico, basado en la ingeniería para ver al organismo vivo como una maquina susceptible de montar y desmontar, incluso desde determinados sectores de la medicina, considera que la comprensión de los procesos patológicos, y la reacción del organismo ante los mismos, podría permitir intervenir terapéuticamente, sobre todo por medios quirúrgicos, químicos o eléctricos. Sin embargo, como refiere Riskin (citado en Gómez, 1996) el hombre no es una maquina que se programe para determinadas actividades, al contrario el compartir el tiempo entre el trabajo y el ocio dentro del ambiente de cada uno de ellos lo llevan a que se perturbe su desarrollo normal de vida poniendo en riesgo su salud.

Los avances en ingeniería genética destacan la importancia de factores genéticos para la existencia de ciertas patologías, que a su vez se combinan con factores ambientales (contaminación, estilo de vida, estrés, etc) incrementando las probabilidades para desarrollar ciertas enfermedades, que se dan con mayor frecuencia en familias con alta incidencia en dichas patologías. San Martín, en su enfoque biológico-ecológico considera a la salud como un estado compensado o de equilibrio dinámico, donde el organismo tiene la posibilidad fisiológica de poder amortiguar una agresión externa, de modo que logre

compensar el desequilibrio, y no se produzca enfermedad. La enfermedad se presenta como un desequilibrio o descompensación de intolerancia a los agentes agresores (Gómez, 1996).

Rodríguez (1999) se refiere a la salud como un proceso, una relación siempre en construcción y siempre destruyéndose en la permanente dialéctica de la cultura y de la vida, con la impronta del medio social en que se la concibe y la acepta y de la persona que la padece o de la teoría que la explica. Menciona que la salud no es un estado, tampoco lo es la enfermedad; por el contrario son parte de un proceso multidimensional. Por lo que la persona a lo largo de su vida, se va desplazando sobre un eje salud-enfermedad (y muerte), acercándose ya a uno ya a otro de sus extremos, según si se refuerza o se rompe el equilibrio entre factores que están permanentemente interactuando: físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales

En cambio para Rubio y López (1996) la enfermedad es un fenómeno natural que, posible en todos los seres de la realidad física, al darse en uno de ellos desvía más o menos el curso de su actividad; por lo que, hasta que la muerte se produce, el individuo vive y experimenta su propia vida en la salud y la enfermedad. Sin embargo, que la enfermedad aparezca en todos los seres de la naturaleza no significa que se presente de igual forma, en todos ellos

Actualmente se mantiene la propuesta de la Organización Mundial de la Salud, entendiéndose por salud al triple bienestar físico, psíquico y social, pareciendo indicar que cualquier otra situación, es sinónimo de enfermedad (Rubio y López, 1996).

En lo referente a los trastornos de la alimentación, no existe una causa única para su existencia, más bien, es el conjunto de varios factores tales como las presiones familiares, los desajustes químicos y emocionales y los trastornos de la personalidad. Las personas que sufren de estos trastornos suelen compartir ciertos rasgos: tienen miedo de perder el control

sobre su alimentación y engordar, poseen una baja autoestima, y tanto las personas con anorexia como las que presentan bulimia poseen dificultad en la identificación y expresión de sus emociones. Para muchos expertos, los factores emocionales negativos en la familia o en otras relaciones íntimas desempeñan un gran papel en el desencadenamiento y perpetuación de los trastornos del comer. Estudios revelan que las madres de anoréxicos tienden estar demasiado involucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de bulímicas son críticas y desinteresadas, en lo referente a los padres y hermanos se ha encontrado que son excesivamente críticos. Algunos estudios sugieren que la carencia de afecto físico cuando niños es una característica presentada por personas que tienen una imagen distorsionada de sus cuerpos (Guerrero, 2000)

Para Anderson, 1983 (citado por Unikel y Gómez Pérez Mitre, 1999) existen dos componentes básicos dentro de los trastornos alimentarios: 1) el temor a aumentar de peso y, 2) el temor a la pérdida de control sobre el comer. Se considera a una persona como un comedor preocupado por su peso cuando el temor que presenta ante el aumento de peso es débil, mientras que cuando el temor es moderado la persona se mostrará con alteraciones entre sus conductas controladas o descontroladas del comer.

Toro (1998) menciona que el inicio del trastorno anoréxico suele producirse entre los 14 y 18 años de edad, aunque la franja cronológica de riesgo se sitúa entre los 10 y los 24 años. Iniciándose, generalmente, por un deseo de adelgazar, aunque en otros casos aparecen como reacción a un acontecimiento o a un cambio en el modo de vida del adolescente: un viaje, el cambio de residencia o escolaridad, período extenso de dolor emocional, un duelo, evento traumático, comentarios acerca de la figura, el fracaso personal, enfermedad infecciosa, accidentes automovilísticos, elección de una carrera en la que es muy importante la apariencia física. Siendo la decisión de adelgazar la consecuencia

del desacuerdo con la forma del propio cuerpo; y sólo una minoría de pacientes presentan sobrepeso antes de tomar tal decisión. Es así como se inicia la práctica de distintos métodos para adelgazar; dándose primero la restricción alimentaria de carbohidratos y grasas, posteriormente iniciarán rutinas de actividades físicas que llevan a cabo individualmente y muchas veces de manera oculta. El autor mencionado anteriormente, informa que alrededor de una cuarta parte incurren en vómitos autoinducidos y un 20% en el uso de laxantes. Por lo que la pérdida de peso, que en sus inicios paso desapercibida se hace cada vez más evidente; y a partir de un cierto momento, aparecen los síntomas propios de la malnutrición.

Para Chinchilla (1994) el trastorno anoréxico se presenta en chicas, de nivel socioeconómico medio alto, previamente adaptadas en apariencia, con buenos rendimientos escolares, con necesidad de afecto y aceptación social, afectivamente inseguras, con dificultades en el contacto familiar, con miedo al rechazo social, con preocupaciones alimentarias previas a temporadas, con cierta preocupación por dietas y revistas relacionadas con nutrición, calorías, recetas y estética, suelen presentar crisis afectivo-emocionales ante comentarios sobre su cuerpo. Es así como la primera respuesta a verse gorda, incluso a controlarse por la vergüenza de los comentarios de amigos y familiares de matiz peyorativo, burlesco o discriminatorio de tipo dietético, más o menos normal, con el tiempo se va haciendo patológica e incomprensiblemente desmesurada. En un periodo de 3 a 6 meses la enfermedad suele ser ya autónoma e independiente de la voluntad de la paciente, a la que domina, apareciendo los signos externos físicos de delgadez y los rituales y manipulaciones alimentarias. El permanente miedo a la obesidad, la búsqueda de la delgadez por diferentes miedos y las alteraciones de la desnutrición serían la patología básica. Habría previamente ánimo depresivo, vivido en pacientes con dificultades

cognitivas, obsesividad por estar delgadas lo cual les significa una mejor integración y competencia social.

Siguiendo con la misma línea, Perpiña (1995) explica como comúnmente la anorexia se inicia a raíz de críticas directas o indirectas sobre el peso con lo que comienza la restricción de ingesta, tanto en la calidad como en la cantidad del alimento; introduciéndose así en el mundo de las dietas, llegando a ser expertas. En su deseo de delgadez establecen el peso que deben de tener, pero adelgazan un poco más para prevenir cualquier aumento que no estuviera en sus cálculos; lograda la pérdida de peso, aparecen rituales peculiares. Otra característica es la distorsión de la imagen corporal. Para Crispo, Figueroa y Guelar (1994) algunas anoréxicas al principio hacen un gran esfuerzo de voluntad por dejar de comer: pacto con una amiga, promesa religiosa, etc. lo que indica que la pérdida del deseo de comer no es causa sino consecuencia de dejar de comer.

Para algunos autores como Leibbrand (citado en Chinchilla, 1994) la tendencia al aislamiento en las anoréxicas es resultado del miedo a convertirse en adultos, lo que previenen por medio del ayuno, refugiándose en una regresión infantil o parando ese desarrollo.

Lofrano (1996) refiere que al hablar de la personalidad Bruch planteaba, que las anoréxicas son más neuróticas, ansiosas, introvertidas y obsesivas que los controles normales, también, presentan inconformidad social, descontrol de las emociones y evitación. Asimismo, Lofrano menciona como distintos autores afirman que la inseguridad social, la dependencia y sumisión, la falta de espontaneidad y de autonomía jugarían un papel de rasgos predisponentes, mientras que la introversión, la obsesividad y la depresión serían sólo consecuencias del trastorno.

A lo ya mencionado, Duker y Slade (1995) comentan que tanto para la anoréxica como para la bulímica, los alimentos y el peso, son la preocupación esencial de ambas; sin embargo, mientras las bulímicas tienen que enfrentar a diario muestras de su incapacidad para controlarse a sí misma y lo que come, la anoréxica hambrienta que pierde peso siente que mantener el control es un triunfo, algo positivo. Quedando claro que el inicio del cuadro consiste en la aparición y repetición de una serie de cogniciones relacionadas con la apariencia del cuerpo y la valoración estética del mismo.

Beck en 1976, Garner y Bemis en 1982 (citados en Toro y Vilardell, 1987) mencionan las alteraciones del pensamiento de la anoréxica una vez instaurado el trastorno. Siendo la *abstracción selectiva* donde la paciente llega a pensar que sólo puede adquirir el control a través de la comida, *generalizaciones excesivas*, *manifestación de posibles consecuencias negativas*, llegando la paciente a pensar que cualquier aumento de peso sería insoportable para ella, *pensamiento dicotómico* (todo o nada), *ideas de autoreferencia*, piensan que cuando comen todo mundo las observa, *pensamiento supersticioso*, aceptando relaciones de causa a efecto entre acontecimientos no contingentes (piensan que el comer x alimento inmediatamente se convertirá en grasa en el estomago). A lo largo del proceso anoréxico, este tipo de pensamiento, constituye un poderosísimo factor de mantenimiento, sumamente resistente a la crítica racional, tratándose de cogniciones sumamente desadaptadoras, que encierran en sí mismas un notable potencia ansiógeno.

Asimismo, Toro y Vilardell (1987) hablan de la existencia de una alteración de la *percepción interna* en la anorexia nervosa, por lo que la anoréxica actúa como si los estímulos internos relacionados con el hambre, la saciedad, y otras sensaciones corpóreas no fueran percibidas o lo fueran de modo anómalo. Entendiéndose así, la aparente

dificultad de la anoréxica para abordar e informar correctamente acerca de sus estados físicos y emocionales. Serían características calificables de *alexitimicas*.

La restricción alimentaria y la pérdida de peso generan varios cambios psicológicos, que van desde intelectuales, sexuales, estados de ánimo y sentimientos. El primero y quizá de mayor importancia, es la forma en que el hambre deteriora la capacidad de razonar. Este daño es progresivo, pero reversible, siempre y cuando el peso vuelva a la normalidad. Mientras más desnutrida está una persona más se altera su pensamiento, reduciéndose poco a poco la capacidad de pensamiento complejo, y las ideas se vuelven simples y extremistas.

Duker y Slade (1995) comentan que la persona de bajo peso y mal nutrición se ve así misma con base en esta manera de pensar de "todo o nada" (p. 46). Asimismo, refieren que también se ven afectadas las funciones del pensamiento abstracto, perdiendo la capacidad de ser imaginativo, creativo o de abordar situaciones complejas o que requieren gran dedicación, resultándoles muy difícil tratar incluso con un grupo reducido de personas, sintiéndose confundida y abrumada por la imposibilidad de hallar una coherencia a lo que está sucediendo. De hecho a veces no puede ni desenvolverse adecuadamente con tan sólo otra persona. Siendo esta la razón por la cual la enferma siente la necesidad de que todos los aspectos de su vida sean totalmente previsibles y estén bien organizados de antemano.

Son de destacar los cambios significativos de la conducta sexual en la que se observa un rechazo masivo evidenciándose tanto en el plano fisiológico como así en lo referente al deseo.

Abarquero (2000) menciona que desde el aspecto fisiológico surge una ausencia de menstruación y una reducción generalizada de la adiposidad, desapareciendo así las formas femeninas en senos y glúteos, manifestándose totalmente asexualada no habiendo actividad de masturbación y una ausencia de placer oral, genital y hasta cutáneo. Estos cambios

expresan una incapacidad de asumir el rol genital y las transformaciones corporales propias de la pubertad. La agresión es vertiginosa en cuanto a que ella no encuentra ningún punto de fijación y organización a nivel de zonas erógenas, generando una conducta de erotización de los comportamientos alimentarios. Aún así, el autor comenta que, existe un grupo de pacientes que presentan actividad sexual, sin embargo ésta se realiza sin placer, maquiñalmente inscribiéndose dentro de los comportamientos de manejo, por ello, si se diera lugar al surgimiento de deseo sexual será posiblemente en ese ámbito donde aparezca el mayor conflicto, donde el sentimiento de voracidad de todo o nada y de insatisfacción darán lugar a la liberación de una agresión libre, que en definitiva alimenta los síntomas anoréxicos y bulímicos. Siendo posible observar como dentro de los comportamientos de manejo no son raras las actitudes de seducción donde la mirada desde un lugar de voyeurismo-exhibicionismo reemplaza su aversión hacia toda formación sensorial de placer.

Ridruejo (1996) menciona que dentro de los aspectos afectivos de las anoréxicas podemos encontrar un excesivo deseo de agradar a los demás, aún a expensas de su propio interés, un deseo de control sobre su entorno, y contrapuesto a su falta de control personal que parecen reconocer, miedo o temor a situaciones nuevas, revelado en su timidez e introversión previa, contención de los sentimientos, relación excesivamente estrecha con los padres

Barber, Bolaños, López y Ostrosky (1995) refieren que cuando la anorexia se instala en el individuo se empieza a desarrollar una enfermedad con una dinámica fisiológica interna, independiente del factor psicológico que se originó. Por lo que, clínicamente, los pacientes con anorexia nervosa pueden presentar emaciación grave y quejarse de intolerancia al frío y estreñimiento, presentando, casi siempre, amenorrea. En casos graves, puede haber bradicardia, hipotensión e hipotermia. La exploración muestra

pérdida de la grasa corporal, piel seca y escamosa, y aumento de vello corporal tipo lanugo. También pueden estar crecidas las parótidas y haber edema, problemas de sueño. Asimismo, los autores comentan la disminución de los niveles de neurotransmisores como norepinefrina, serotonina y dopamina, anormalidades en el metabolismo de carbohidratos, anormalidades en la regulación de la temperatura, vaciado gástrico lento. Cada uno de estos problemas, son graves y desaparecen en cuanto el paciente recupera su peso normal; sin embargo pueden quedar algún tipo de lesiones irreparables, tales como la osteoporosis, anormalidades menstruales y reproductivas

Como se menciono anteriormente, la existencia de los trastornos de la alimentación no es producto de un solo factor y no tan solo produce dificultades fisiológicas. A esto Barber y cols (1995) refieren que para Holtz las probables psicopatologías subyacentes a la anorexia nervosa son los trastornos de la personalidad, sobre todo histriónico, limitrofe y narcisista, personalidad limitrofe, alta incidencia de ansiedad y trastornos del estado de ánimo, sobre todo bipolar, ciclotimia y depresivo, personalidad múltiple, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de despersonalización

Vázquez y Raich (1998) al hablar del papel de la familia dentro del trastorno anoréxico refieren que fue el modelo de la familia psicósomática propuesto por Minuchin y cols., en el año de 1975, el pionero en describir las características familiares en un trastorno psicósomático como la anorexia, presentando sobreprotección, rigidez, carencia de resolución de conflictos y una elevada implicación interpersonal

Para Ridruejo (1996) la consecuencia de la inanición, interacción familiar, aislamiento social, cogniciones anoréxicas, actividad física excesiva y latrogenia, funcionan como factores de mantenimiento de la anorexia nervosa

Billiet (2000) refiere que la bulimia y la anorexia nervosa comparten el temor a la gordura y la búsqueda de la delgadez, y si bien son patologías hermanadas presentan diferencias entre sí. La bulímica suele tener mayor conciencia de sus estados internos. Sin embargo, controla menos sus impulsos, y tiene dificultad para tolerar ansiedades y/o frustraciones. En general, su aspecto es más saludable, e incluso pueden tener sobre peso. Suelen ser más extrovertidas manifestando una vida social más activa

El inicio del trastorno bulímico se sitúa alrededor de los 18 años de edad, aunque pueden verse casos iniciados a partir de los 10 años. Fairburn y Cooper (citados en Toro, 1998) refieren que alrededor del 70 % de los bulímicos presentan un peso corporal normal, mientras que el 30 % restante se subdivide de manera bastante equilibrada entre los que tienen sobre peso y los que cuentan con infrapeso. Alrededor del 80 % de los pacientes inician su trastorno incurriendo en atracones consiguientes a la imperiosa necesidad de comer que experimentan; otra minoría comienza su bulimia mediante la provocación de vómitos destinados a disminuir o controlar el peso

Chinchilla (1994) refiere que el inicio de los atracones suele iniciar durante el final de la enseñanza secundaria, cuando a la paciente se le presenta la toma de responsabilidades o de decisiones de importancia trascendentales, tales como estudiar, trabajar, independizarse de los padres, etc. Y ya instaurado el cuadro, las conductas sociopáticas, impulsivas, de hurtos (la mayoría de las veces para comprar comida), las conductas adictivas y otra serie de riesgos son frecuentes. También comenta que, el alimento se suele comer en secreto, generalmente de forma rápida, muchas veces tragado y no masticado, siendo generalmente ricos en calorías, como los dulces de textura suave, los cuales comen sin gusto pero que al inicio les da como una sensación de paz, no se sacian pero se quedan con el estómago, lleno y el vientre muy distendido. Durante el atracón la

paciente actúa mecánicamente y puede que sea imposible que pare de comer; los sentimientos de culpa-reproches, el malestar digestivo y la vergüenza de no haber podido controlar la ingesta generan el vomito reflejo que más tarde se hará provocado manualmente, aliviándose todo ese tipo de molestias y culpas.

Lofrano (1996) menciona que en la bulimia existen dos rasgos de carácter predisponentes baja autoestima e inestabilidad afectiva, que incluye tendencias a la depresión y a la impulsividad, con déficit yoico, como poca tolerancia a la ansiedad y la frustración. Chinchilla (1994) menciona que algunas chicas eran comelonas desde muy temprana edad, siendo rellenitas el 50% de ellas antes de iniciar el cuadro. Y un cierto porcentaje sufrió agresiones sexuales en su infancia o adolescencia que les deja estigmas emocionales y cognitivos importantes. Cuando se asocia sintomatología depresiva los síntomas comunes serían la tristeza, insomnio, reducción en la concentración, fatiga, pensamientos pesimistas, ideas suicidas, baja autoestima, etc.

Además de la preocupación por la imagen corporal, Perpiñá (1995) refiere que la queja principal de las pacientes bulímicas es su pérdida de control sobre su comportamiento alimentario, sintiéndose impotentes ante ese impulso irrefrenable a comer. El alimento ingerido durante los atracones suele ser de alto contenido calórico, precisamente aquello que no se permite en sus dietas.

Para Ridruejo (1996) es importante tener en cuenta que la frecuencia de episodios bulímicos es variable, pero llega a veces a repetirse en el mismo día. Toro (1996) comenta que cuando los atracones ya están establecidos, estos suelen precipitarse por distintas circunstancias, siendo los estados de ánimo disfóricos (ansiedad, tristeza, colera, aburrimiento) los desencadenantes usuales. Aunque, también lo son las situaciones de estrés y otras de la vida cotidiana que previamente han quedado asociadas a los atracones.

Chinchilla (1994) menciona que los pacientes bulímicos, al igual que los afectos de anorexia nervosa, tienen una preocupación por su peso e imagen corporal y un miedo atroz a la posibilidad de ser obesos en el presente o en el futuro, con intentos de control de su peso corporal mediante dietas, vómitos u otros medios para que no sedimente lo ingerido. Sin embargo, con el tiempo no pueden controlar los deseos irrefrenables de comer en forma de atracones, presentándose los ciclos de atracones y de vómitos muy frecuentes, siendo el paciente consciente de la anormalidad de su conducta alimentaria, lo que frecuentemente les genera sentimientos depresivos al darse los atracones. No siempre se trata de atracones reales, sino que a la larga ya con ingestas menores de alimentos prohibidos los pacientes tienen las mismas sensaciones de descontrol, sintiendo desde un inicio el impulso de comer y el miedo a no poder parar. Sería como una fuerza interna, que no pueden evitar o a la que no pueden resistirse, la que les impulsa a comer vorazmente. Por ello, el autor ya mencionado, comenta que con el tiempo se van haciendo sociópatas sobre todo cuando no se las trata precozmente, pudiendo conseguir dinero, como sea, para comida, alcohol, laxantes, medicamentos, etc. Siendo la promiscuidad, las autolesiones y otras conductas desadaptativas la norma. Otras son muy extremistas e intolerantes con tendencia hacia la obtención del todo o nada.

Guerrero (2000) confirma lo ya mencionado, al referir que las mujeres con bulimia son propensas a la depresión y se encuentran también en peligro de los comportamientos impulsivos peligrosos, como la cleptomanía y la promiscuidad sexual. El uso indebido del alcohol y de las drogas es más común en las personas con bulimia que en la población general.

En lo que se refiere al aspecto físico, Perpiñá (1995) menciona que debido al continuo desajuste provocado por los patrones de alimentación, los vómitos, el uso de

laxantes, etc., las pacientes bulímicas sufren de varias complicaciones físicas, como deplección de los niveles de pérdida de potasio, hipertrofia de la glándula parótida a consecuencia del desequilibrio electrolítico, infecciones urinarias, arritmias cardíacas, rigidez muscular, crisis epilépticas, y a largo plazo daño renal, irregularidades menstruales, estreñimiento, caries, etc Para Russell (citado en Chinchilla, 1994) la bulimia nervosa no es más que una variante de la anorexia nervosa y para su diagnóstico debe de haberse presentado un episodio claro de anorexia nervosa.

3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Alvarez y Mancilla (1998) comentan que el hablar de trastorno alimentario es referirse en general a trastornos psicológicos que reportan grandes anormalidades en el comportamiento de ingesta, afectando mayormente, a mujeres jóvenes y adolescentes provenientes de sociedades desarrolladas donde existe una abundancia de comida, y cuya cultura enfatiza la delgadez. Pareciendo que a mayor poder adquisitivo mayor número de personas con dichos trastornos.

Jiménez y Sanz (1999) definen la Anorexia Nervosa (AN) como un trastorno caracterizado por el rechazo persistente a los alimentos, consecuencia del temor irracional ante la posibilidad de aumentar de peso en el momento actual y futuro, junto con una alteración en la percepción de la imagen corporal, que da lugar a una intensa pérdida de peso y que conduce a un estado de desnutrición progresiva. Chinchilla (1994) comenta que el diagnóstico de la anorexia nervosa va a depender de la captación e identificación de ciertas conductas alteradas, relacionadas con la imagen corporal (alteración perceptivo-cognitiva), con la alimentación (alteración, selección, manipulación y preocupación obsesiva encaminada a mantener el peso o perderlo actuando sobre la misma). Sin embargo, existe dificultad cuando se tiene que diferenciar frente a la delgadez por moda o gusto, tan frecuente en nuestra cultura y sociedad, mantenida pero sin pérdida progresiva de peso, que se da en ciertas profesiones como lo son bailarinas, modelos, gimnastas, incluyendo a jóvenes adolescentes normales, pero que presentan la sintomatología.

Perpiñá (1995) habla sobre las diversas alteraciones que presentan pérdidas significativas de peso y/o patrones alimentarios anómalos que hay que diferenciar de lo que es un trastorno alimentario. La diabetes, melitus, neoplasia y la tirotoxicosis son algunas alteraciones físicas que hay que descartar. La depresión puede cursar con anorexia y

pérdida de peso, siendo la ocurrencia de estos síntomas junto a otros como la incapacidad de concentración, alteraciones del sueño, tristeza, etc., puede dificultar un diagnóstico diferencial respecto a la depresión; sin embargo, en esta última no se da un miedo patológico a engordar ni problemas con la imagen corporal. Asimismo, refiere que en el trastorno obsesivo-compulsivo puede existir una evitación a los alimentos sólo que esta es causada al temor de que estén contaminadas, y la existencia de rituales en torno a ellos dirigidos a su purificación. En determinados trastornos psicóticos se pueden presentar extraños patrones de alimentación provocados fundamentalmente por la presencia de delirios sobre el envenenamiento de la comida. Perpiña, concluye diciendo que la característica diferencial entre un trastorno alimentario y otro que cursa con signos semejantes radica precisamente en la idea sobrevalorada de adelgazar que sólo se da en los trastornos alimentarios.

El diagnóstico de la AN esta basado fundamentalmente en la pérdida de peso importante por rechazo de la comida. Amenorrea o falta de inicio de la menstruación, y por una serie de rasgos psicopatológicos, que ayudan al diagnóstico y patogenia (trastornos perceptivos, imagen corporal, de las sensaciones de hambre y saciedad, ascetismo, miedo fóbico a la ganancia de peso corporal, etc.), y de origen psicogenético o endógeno según los distintos enfoques.

Chinchilla (1994) define a la Bulimia Nervosa (BN) como un irresistible impulso a la ingesta episódica e incontrolada, compulsiva y rápida de grandes cantidades de alimentos ricos en calorías durante un periodo de tiempo variable de unos minutos a horas, durante los cuales el paciente experimenta una pérdida de control sobre la conducta alimentaria, existiendo durante el mismo una dificultad para parar de comer durante esos episodios de voracidad para después terminar con el vomito reflejo, resultado de los sentimientos de

culpa y vergüenza, malestar físico. Anulando con esto la digestión de lo ingerido y evitándose así el temor a engordar.

Perpiñá (1995) menciona que al igual que en la AN, la característica diferencial para la BN debe realizarse en función de los patrones anómalos de alimentación y la pérdida de peso. Comenta que dentro de las alteraciones de etiología orgánica que hay que descartar, encontramos a los tumores hipotalámicos y los síndromes de Kleine-Levin y de Klüver-Buc, en los que se puede ingerir sustancias no nutritivas. Así como en los trastornos de conversión pueden aparecer síntomas comunes a AN y BN (pérdida de apetito, pérdida de peso, etc.) siendo el vómito psicógeno el que puede causar más confusión, sólo que ninguno de ellos se produce con el fin de reducir peso. Sugiere no olvidar diferenciar a aquellos patrones anómalos de alimentación que se producen en las fobias sociales donde existe el miedo a comer en público, pero por temor a atragantarse o vomitar.

En conclusión, es la conducta y el comportamiento de estas pacientes que se traduce por atracones voraces, falta de control sobre la ingesta, posible ánimo depresivo y pensamientos de autodesprecio después de cada atracón, preocupación morbosa por el cuerpo, el peso y la comida, intentos de solucionar o aminorar los efectos de la sobreingesta por medio de vómitos provocados, abuso de laxantes, diuréticos, anorexígenos, estimulantes, etc., o bien por hiperactividad motora como mecanismo de desgaste.

La definición dada por el DSM-IV (1994) para la anorexia y bulimia nervosa comparten que en ambas existe una alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. Sólo que en el caso de la AN, menciona que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, mientras que la BN se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias.

inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Los criterios de diagnóstico para la anorexia y bulimia nervosa han presentado cambios a lo largo de los últimos años.

Holtz (1995) refiere que en el DSM-III (1980), la bulimia aparece como un síndrome separado de la AN, con criterios de diagnóstico propios, los cuales fueron ampliados y modificados en la edición del DSM-III-R (1987). En cuanto a la edición del DSM-IV (1994) menciona que hay ciertos cambios a los criterios diagnósticos de la bulimia. Añadiéndose la importancia de especificar el tipo de BN que ocurre, ya sea de tipo con purga o sin purga, esto con el fin de evitar la confusión diagnóstica que se estaba dando alrededor del término bulimia, como consecuencia de considerar como bulímica a aquella persona que presentara atracones dos o más veces por semana, siguiendo el criterio del DSM-III-R, aunque no se purguen, mientras que otros autores consideraban que la bulimia es aquella conducta de atascarse y después purgarse. La autora refiere como gracias a las investigaciones realizadas por Casper y cols en 1980, Garfinkel, Moldofosky y Garner en 1980, y Russell en 1979 se concluyó que los síntomas pueden ocurrir a lo largo de un continuo de trastornos de la alimentación que van desde la anorexia nervosa restrictiva hasta la obesidad, pasando por las anorexicas bulímicas (o viceversa, dependiendo del síndrome que predomine), y la bulimia de peso normal.

Criterios para el diagnóstico de Anorexia Nervosa, según el DSM-IV (1995, pág. 553-

564)

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Criterios para el diagnóstico de Bulimia Nervosa, según el DSM-IV (1995, pág. 553-564)

a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en una cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

(2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

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

c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses

d) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales

e) El trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nervosa

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

A pesar de que en este trabajo de investigación sólo se revisaran la anorexia y bulimia nervosa, es de considerar importante la mención de los trastornos de la conducta alimentaria no especificado, la cual es utilizada para referirse a aquellos trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de conducta alimentaria específica. El DSM-IV (1995, pag) cita algunos ejemplos

1 En las mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa, pero las menstruaciones son regulares

2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nervosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas)
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno compulsivo se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nervosa.

4. EPIDEMIOLOGÍA

Los Trastornos de la Alimentación (TA) constituyen actualmente un foco de gran interés para la investigación clínica y básica. Dicho interés surge como necesidad de dar respuesta a la problemática que presenta actualmente un gran sector de la población caracterizado básicamente por ser mujeres adolescentes y pertenecer o haberse desarrollado en una cultura de tipo occidental. No obstante, dicho interés por el tema es muy reciente, ya que, aunque la enfermedad no es nueva no comienza a estudiarse con rigor hasta hace unas décadas (Mateos y Solano, 1997).

Martínez, Toro, Blecua y Zaragoza, (1993) refieren que en una investigación realizada, por ellos mismos, en 1988 observaron que los anuncios destinados específicamente a la pérdida de peso, tenían su impacto publicitario principal y significativo en la población femenina de entre 14 y 24 años de clase social media y media-alta que vivían en poblaciones de más de 50,000 habitantes

Barber y cols. (1995) refieren que Roth, después de una investigación realizada en 1992, explica que los norteamericanos se gastan 33,000 millones de dólares anuales para perder peso. 20 millones de mujeres sufren trastornos relacionados con la comida. Encontrando que el 25% de los hombres y el 50% de las mujeres están constantemente a dieta, y el 9 de cada 10 personas que pierden peso sometiendo a una dieta lo recuperan.

Martínez y cols (1993) en un estudio realizado en una población femenina barcelonesa adolescente y juvenil encontraron que el 63 % de las jóvenes se preocupaban por la forma de sus cuerpos, el 35 % había realizado regímenes para adelgazar y el 45 % practicaba ejercicios físicos

Beato (1997) refiere que Sullivan en 1995, en un meta - análisis de 42 estudios (3006 pacientes) sobre mortalidad de anorexia nervosa encontró que mueren 56% al año,

una incidencia de muerte 200 veces mayor que la de suicidio en la población general y un índice de mortalidad del doble que en la población psiquiátrica femenina que ha tenido ingresos psiquiátricos. Holtz y Tena, (1995) refieren que los problemas de anorexia y bulimia han sido ampliamente estudiados en varios países de Occidente, así como en secciones occidentalizadas de países orientales y del tercer mundo, encontrando una similitud en el porcentaje promedio, oscilando entre un 4 al 13 por ciento, de los trastornos de la alimentación hallado entre estudiantes de universidades y preparatorias alrededor del mundo. Lo cual resulta alarmante considerando que estos trastornos son los únicos síndromes clasificados en el DSM-IV que – por sí solos- pueden llevar a desequilibrios orgánicos graves e incluso a poner en peligro la vida de quien los padece

Walsh y Devlin (1998) comentan que en los Estados Unidos, el 27% de jóvenes adolescentes quienes se ven queriendo estar en el peso correcto están intentando perder peso, comparado a menos del 10% de chicos adolescentes Reagan y Trent (1998) refieren que desafortunadamente, las investigaciones a menudo han encontrado mayores desórdenes alimentarios en las mujeres blancas a excepción de otras razas o grupos étnicos como las mujeres afroamericanas. Tanto la anorexia como la bulimia nervosa se destacan por su prevalencia, a lo cual Garfinkel y Garner en 1982 (citado en Vázquez y Raich, 1998) mencionan 1 de cada 100 para el caso de anorexia, y Fairbur y Beglin en 1990 hablan de 9 de cada 100 en el caso de la bulimia (citado en Vazquez y Raich, 1998)

Holtz y Tena (1995) mencionan que la prevalencia de los trastornos de la alimentación surge principalmente en mujeres jóvenes, en edad adolescente o adulta Toro (1998) cita los resultados del estudio realizado - con estudiantes temeninas- por Pyle y colaboradores en 1986, y en la que encontraron un aumento tres veces mayor en la prevalencia de la bulimia tan sólo entre 1980 y 1983 Guerrero (2000) refiere que la

anorexia nervosa es la tercera enfermedad crónica más común en mujeres adolescentes y se estima que ocurrirá entre el 0.5% al 3% de todos los adolescentes. Behar, R., Botero, J., Corsi, P. y Muñoz, P. (1994) refieren que en su investigación encontraron que las jóvenes adolescentes en edad escolar han sido consideradas como una población de alto riesgo para desarrollar eventualmente un trastorno del hábito del comer, sea éste anoréctico y/o bulímico.

Klemchuk, Hutchinson y Frank en 1990, mencionaron como la insatisfacción corporal, la preocupación por el peso y los trastornos alimentarios han aumentando como problema sobresaliente en colegios universitarios, por lo que sugirieron realizar un análisis crítico del medio ambiente y de la experiencia escolar, para detectar los factores que puedan potenciar o exacerbar problemas relacionados con la alimentación (citado en Mancilla, Alvarez, López, Mercado, Martínez y Roman en 1998)

Vázquez en 1999 menciona que los TA están a la orden del día en gente que no se encuentra a gusto con su cuerpo, que sienten fricciones de tipo social que los llevan a depresiones y angustias (citado en Villalobos, 2000). En una entrevista realizada a Victoria Holtz, comenta que estudios realizados por la fundación internacional CBA, demuestran que en los últimos años ha aumentado la prevalencia de TA, en diversas escuelas secundarias y preparatorias de la ciudad de México donde el 87 por ciento de las adolescentes han realizado dietas para bajar de peso, el 11 por ciento de ellas se han provocado el vómito, el 8 por ciento ha usado laxantes, el 12 por ciento diuréticos y el 27 por ciento ha utilizado pastillas para adelgazar (citado por Villalobos, 2000).

Ocampo, Alvarez y Vázquez (citado en Rios, 1999) de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales, plantel Iztacala mencionan una investigación realizada con una

muestra de 2200 alumnas de 15 a 27 años, de diversas clases sociales provenientes de universidades públicas y privadas; el 8 % de las estudiantes de nivel medio superior y superior del Valle de México presentan sintomatología de TA, como anorexia y bulimia y aunque en las mujeres es más grave el problema, ya está alcanzando a los hombres. Encontraron que las chicas entrevistadas están insatisfechas por el tamaño de sus senos, debido a que los consideran muy grandes

Ríos (1999) menciona que Ocampo, Alvarez y Vázquez refieren que en México desde hace diez años la obsesión por la figura delgada ha aumentado. Iniciando las mujeres, en promedio, la carrera de las dietas a los 11 o 12 años, influenciadas por varias situaciones como la presión social y familiar, y la imagen que difunden en los medios de comunicación.

5. FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS

5.1 Diferencia entre factores de riesgo y trastornos de la alimentación.

Gómez-Peresmitre (2000) refiere que los factores de riesgo son aquellos que inciden negativamente en el estado de salud del sujeto individual o colectivo contribuyendo al desajuste o bien al desequilibrio del mismo, y esto, en la medida en que vulnerabiliza al individuo, incrementando la probabilidad de enfermedad y en la que facilitan las condiciones para la manifestación de la misma.

Chorot, Pérez y Sandín (1995) mencionan como Factores de Riesgo (FR) a aquellas condiciones que incrementan la probabilidad de que un individuo desarrolle un trastorno determinado, señalando que existen tres tipos de FR, es decir, los concomitantes sociales, los factores predisponentes y los factores precipitantes. Los autores refieren que, los factores concomitantes son aquellos elementos que coexisten con algún tipo de trastorno, por ejemplo: la clase social, el aislamiento social, etc. En cambio, los factores predisponentes están ligados a la vulnerabilidad del organismo, actuando durante periodos prolongados de tiempo, o bien en etapas precoces de la vida, dentro de los cuales encontramos 1) los factores genéticos, 2) los factores prenatales y perinatales, 3) los factores psicosociales. Por último nombran a los factores precipitantes como aquellos que ocurren momentos antes de desencadenarse el trastorno en cuestión, o bien, es cuando se produce una asociación significativa entre el inicio del trastorno y la presencia de un cambio ambiental claramente definido. Siendo factores precipitantes tanto los producidos por situaciones traumáticas de estrés, como los referidos a los sucesos vitales estresantes.

Gómez-Peresmitre (2000) menciona que los factores de riesgo en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria se han clasificado desde diferentes perspectivas. Siendo las más importantes 1) los asociados con imagen corporal, 2) los asociados con

conducta alimentaria, 3) aquellos relacionados con el cuerpo biológico, y 4) aquellas prácticas compensatorias.

Garner (2000) sugiere que los desórdenes de la alimentación son la superación de una imagen del cuerpo negativa; involucrando una intensa preocupación por la gordura, que lleva a intentos extremos por controlar el peso del cuerpo. Asimismo, menciona que algunos han sugerido que se relacione el aumento epidémico de los desórdenes de la alimentación a la intensa presión, en mujeres, que existe hoy en día para llevar una dieta y para conformarse al papel extremadamente delgado que hoy planea la belleza femenina.

En años recientes, ha habido una tendencia a entender la AN y BN como un desorden multicausal, ya que no existe una sola causa que explique todos los casos. Más bien, se supone que hay factores culturales, individuales (psicológico y biológico), y familiares que pueden actuar exclusivamente o pueden combinar entre sí maneras diferentes que lleven a un desorden del comer. Una vez que el desorden se ha desarrollado, los síntomas de inanición junto con la reacción de la pérdida de peso pueden perpetuar el desorden (Garner, 2000). La genética también puede desempeñar un papel causal.

Lofrano (2000) menciona como el grado de participación de cada uno de los factores involucrados y su particular combinatoria hace un estilo singular de funcionamiento que se verá reflejado en la clínica, apareciendo así, no solamente distintas entidades clínicas, sino que aún dentro de cada una de ellas, pueden diferenciarse formas de comienzo, intensidad de sintomatología, presencia o ausencia de desórdenes de la personalidad concomitantes, grado de cronicidad de la enfermedad, alteraciones somáticas y psíquicas agregadas como consecuencia del TA y riesgo de vida.

5.2 Prevalencia de factores de riesgo en muestras mexicanas:

En un estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré (2000) para detectar la presencia de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en 5187 estudiantes de bachillerato, encontró que tanto los hombres como las mujeres presentan insatisfacción con su imagen corporal sólo que la variante se encuentra en el hecho de que las mujeres desean ser más delgadas mientras que los hombres desean tener una imagen más gruesa. A su vez, el sexo masculino presenta menor porcentaje en la alteración de la imagen corporal a diferencia de las mujeres que presentan mayor alteración. Asimismo, es el grupo femenino quien presenta mayor preocupación por su peso corporal y por la comida y aunque en ambos sexos se detectó la presencia del seguimiento de dieta son las mujeres quienes presentan mayores porcentajes. En cuanto a lo referente a la presencia de atracones, se encontró mayor porcentaje en los hombres que en las mujeres.

Más adelante se citan investigaciones, como la ya mencionada, de forma más extensa. Lo cual sirve para confirmar la existencia de factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en poblaciones mexicanas.

5.3 Factores de riesgo asociados con Imagen corporal :

Para Davidoff (1989) la adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la vida adulta, que va desde los 13 hasta los 18 años de edad y dentro de la cual surgen varios desafíos. En forma más central, los adolescentes deben manejar las exigencias y expectativas conflictivas de la familia, la comunidad y los amigos, desarrollar conclusiones con respecto a los cambios de sus cuerpos y las necesidades que los acompañan, establecer independencia y moldearse una identidad para la vida adulta. Saucedo y Gómez Pérez-Mitré (1998) se refieren a la adolescencia como un proceso evolutivo cambiante propio de

todo ser humano, que es anunciado en la etapa puberal o adolescencia temprana, comenzando con la aparición de los signos sexuales secundarios (entre los 10 y 12 años), continua con la adolescencia media en la que los cambios puberales ya se encuentran establecidos (de los 13 a los 15 años) y termina con la adolescencia final (de los 16 a los 20 años).

Toro y Vilardell (1987) mencionan a la etapa adolescente como una edad en que la aprobación social más significativa no es ya la de los adultos, la de los educadores o la de los padres, sino la del grupo de pares. En consecuencia, compartir, seguir y encarnar los valores del grupo de edad es algo estrechamente relacionado con la autoestima personal. Aplicándose a todos los comportamientos y características personales, muy principalmente al propio cuerpo aunque sólo sea porque en esas edades se producen modificaciones corporales importantes, especialmente en las muchachas, las cuales es preciso asumir e integrar en la autoestima global. Según los autores, la aceptación o no del propio cuerpo va a estar condicionada por los criterios que al respecto predominan en el grupo contemporáneo. Por tal motivo, hay que tener en cuenta que para el adolescente su cuerpo en desarrollo le plantea no sólo cómo es, sino como desearía ser, ya que la percepción de los cambios tiene que obligar a incertidumbres, esperanzas, deseos, etc. Es así como entra en juego la gran influencia de las presiones sociales, provocadas por la publicidad manifiesta o encubierta que presenta características físicas de actrices, bailarinas, cantantes, gimnastas, modelos, etc., empujando de alguna manera al adolescente a la búsqueda de ese prototipo de delgadez.

Corsaro (1997) menciona que en la adolescencia normales, la anorexia y bulimia pueden ser manifestaciones de curso pasajero debido a que en este periodo lo patológico de hoy, puede ser lo normal de ayer o mañana, pero, cuando aparecen como trastorno

disfuncional aislado, por lo general parecería deberse a cuestiones relacionadas con las crisis vitales: adolescencia, ingreso al trabajo, universidad etc

A su vez, Gómez Pérez-Mitré (1997) menciona que la literatura internacional señala como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios la distorsión de la imagen corporal, sobreestimación y subestimación, satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y nivel o grado de discrepancia entre figura actual y figura ideal. Siendo resultado de presiones de una cultura de la delgadez, del peso/tamaño y forma real, con comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social, y por último con variables psicosociales subjetivas como, autopercepción y percepciones de los otros del peso o tamaño corporal, y de la forma, peso y forma deseada, autoatribuciones, autoconcepto y autoestima, entre otras

Gómez-Pérez-Mitré (1998) cita a Brownell y Rodin, 1994, Cash et al, 1986, Fallon, Katzaman, y Wooley, 1994, Muth y Cash, 1995 quienes mencionan que la insatisfacción, preocupación por el peso y la actitud negativa hacia la obesidad constituyen algunos de los principales factores de riesgo (en los desórdenes del comer) asociados con imagen corporal. Se ha encontrado que el único predictor significativo de incremento en los desórdenes del comer es la insatisfacción corporal. Bruchon- Schweitzer en 1992 (citado en Gómez-Pérez-Mitré, 1998) mencionaron que la satisfacción corporal contribuye significativamente en la adaptación personal y social, con la autoestima favorable así como el equilibrio emocional. Por lo que, un cuerpo percibido negativamente, así como la insatisfacción corporal que trae consigo, se relacionaran si no con trastornos alimentarios si con factores de riesgo asociados con ellos

Raich (1998) refiere que en 1989 Attie y Brooks-Gunn se refieren a la insatisfacción corporal como el principal factor predictor del trastorno alimentario en la adolescencia.

Igualmente comenta como es que Cash, Counts y Huffine en 1990 observaron que aquellas mujeres de peso normal con un antecedente de sobre peso u obesidad infantil, mostraron mayor insatisfacción corporal además de una marcada ansiedad en cuanto al peso: por lo que una historia de sobre peso tiene diversas repercusiones psicológicas: restos de una imagen corporal negativa, que no se extingue en su totalidad con la pérdida de peso. Para Gómez Pérez-Mitré (1995) entendemos por peso corporal real, a aquel resultado obtenido de la medición realizada con una báscula y/o el valor del índice de masa corporal (peso/talla). En cuanto al peso corporal imaginario, es aquel patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se pone en acción cuando el objeto de observación es el propio cuerpo. Comenta que, usualmente, funciona en el sentido de una sobreestimación del tamaño del cuerpo, conduciendo a una sobreestimación del peso corporal, junto con respuestas de rechazo o de insatisfacción con la imagen corporal, con aumento en las respuestas de temor a incrementar el peso, de rechazo a la gordura y de preocupación por la comida. Sin olvidar mencionar la importancia que la respuesta de sobreestimación se produce sin que la persona tome en cuenta el peso real.

Para Calvo (1992) el término imagen corporal, se refiere a la imagen que tenemos en nuestras mentes, sobre el tamaño y la forma de nuestros cuerpos, y a los sentimientos relativos a estos aspectos del cuerpo y a sus partes constituyentes. Gómez Pérez-Mitré (1998) menciona que la imagen corporal es considerada como una construcción social con referentes biológicos, psicológicos, económicos y socio culturales. Raich (1998) cita la definición realizada por Cash en 1990, donde menciona que la imagen corporal implica perceptualmente, imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo, cognitivamente, supone una atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal, y emocionalmente,

involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la experiencia externa.

Garner (2000) menciona que la imagen corporal no influye solamente en nuestros sentimientos también influye mucho en nuestra conducta, sentimientos, pensamientos y autoestima; siendo las percepciones del cuerpo, sentimientos, y creencias quienes gobiernan el plan de vida en el que nos encontramos, a quien conocemos, con quien nos casamos, la naturaleza de nuestras interacciones, nivel de consuelo diario y la tendencia hacia los desórdenes psicológicos. Uno de los síntomas centrales de la AN es la perturbación de la manera en que la víctima experimenta su peso corporal o forma del cuerpo. Para Gómez Pérez-Mitré (1995) al hablar de distorsión de la imagen corporal nos estamos refiriendo al mayor o menor alejamiento, específico, concreto del peso real, o sea, a la diferencia existente entre peso real y peso imaginario

Rosen en 1990 define el trastorno de la imagen corporal como una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física (citado en Raich,1998). Tanto la paciente anoréxica como la bulímica presentan trastorno de la imagen corporal, sintiendo que no cambia su cuerpo, ni están delgadas, a pesar de estarlo en extremo

Calvo (1992) comenta como muchas pacientes son incapaces de reconocer o responder adecuadamente a las sensaciones internas (dolor, sed, angustia, emociones, calor, etc), y mientras unas piensan que sus cuerpos están grotescamente hinchados; otras perciben sus piernas y sus estómagos como normales y atractivos. Finalmente menciona que la mayor distorsión de la imagen corporal se da en las pacientes más graves y más obstinadas, con tendencia al vomito y la bulimia, con mas trastornos psicopatológicos, falta de autocontrol, pobre autoimagen y mala respuesta al tratamiento. En la búsqueda de un

cuerpo delgado las jóvenes recurren a métodos que las ayuden a lograrlo y a mantenerlo. Uno de estos métodos es el seguimiento de dietas, que generalmente precede al desarrollo de un desorden alimentario y es reconocido como un importante factor de riesgo, ya que favorece la preocupación por los alimentos, reduce los sentimientos de control sobre el comer, y propicia subsecuentes episodios de comer en exceso.

Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann y Wakeling (1990, citado por Unikel, Mora y Gómez Pérez- Mitré, 1999) mencionan que el riesgo de desarrollar un desorden alimentario es ocho veces mayor entre los adolescentes que hacen dietas, que en aquellos que no las utilizan. El seguimiento de dietas esta relacionado con la insatisfacción con la figura corporal o con la preocupación por la misma (Gómez Pérez-Mitré, 1995)

5.3.1 Otros factores de riesgo:

Todo cuanto facilite una restricción alimentaria significativa es un principio susceptible de inducir un trastorno anoréxico. Por lo que el anhelo de delgadez que impregna nuestra cultura occidental constituye sin duda el principal agente causal de la anorexia nervosa. Son muchos los fenómenos sociales que han contribuido a la difusión del estereotipo corporal delgado: difusión de modelos delgados a través del poder de medios de comunicación especialmente visuales, prácticas deportivas, gradual exhibición del cuerpo, asistencia masiva a playas y piscinas, la creciente industrialización dedicada a productos y servicios adelgazantes y de su avasalladora publicidad, satanización de la obesidad y el sobre peso, etc. Pero hay otras formas de llegar al adelgazamiento patológico que también son socioculturales.

Los trastornos del comportamiento alimentario de muchos deportistas y bailarinas están siendo estudiados ya que presentan varios factores potencialmente patógenos: exceso

de ejercicio físico, necesidad obsesiva de estar en forma, alcanzar mayores rendimientos y la sobrevaloración de la estética de la delgadez; alcanzando un 30% de trastornos del comportamiento alimentario diagnosticados rigurosamente (Toro, 1998).

Unikel, Mora y Gómez Pérez- Mitré (1999) mencionan que estudios realizados por Garner y Garfinkel en 1980; Hamilton, Brooks-Gunn y Warren en 1985; y Szmuckler en 1985 señalan existe una predisposición al desarrollo de desordenes alimentarios en aquellas personas que participan en actividades donde hay presión por mantener un cuerpo delgado, y en las que existe un elevado nivel de exigencia y competitividad, como son la actuación, modelaje, bailarinas, patinadoras y gimnastas

Garner (2000) menciona que aun cuando la anorexia nervosa tiende a ocurrir a menudo entre adolescentes o mujeres adultas jóvenes, también se desarrolla entre muchachos u hombres jóvenes, igualmente, se pensaba que sólo ocurría entre las familias adineradas pero ahora esta claro que se desarrolla en todos los niveles socioeconómicos. Aún siendo raro, se ha informado la presencia en mujeres más viejas y en grupos raciales y étnicos. Comenta que existe la evidencia de que ciertos atletas, particularmente aquellos en deportes que dan énfasis a la figura delgada para mejorar su actuación o apariencia, están en un mayor riesgo de presentar desórdenes de la alimentación (bailarines de ballet, gimnastas, patinadores artísticos, corredores y los luchadores)

Para Gómez Perez-Mitré, Granados, Jauregui, Tafoya y Unikel (2000) ciertamente, la presencia de los desórdenes alimentarios en el genero masculino ha sido poco explorada, sin embargo, se ha encontrado que el seguimiento de dieta y problemas con la forma de comer, puede constatar que los factores de riesgo asociados con la imagen corporal se acompañan de problemas con la conducta alimentaria Refieren que el indice de masa corporal se ve más afectado, por la edad y por el nivel socioeconómico cuando se analiza

en relación con problemas con la forma de comer que con seguimiento de dietas. Así mismo, mencionan que el género masculino no quiere una figura ideal delgada, ni más delgada que la actual, sino una más gruesa y musculosa

En la búsqueda de un cuerpo delgado las jóvenes recurren a métodos que las ayuden a lograrlo y a mantenerlo. Uno de estos métodos es el seguimiento de dietas, que generalmente precede al desarrollo de un desorden alimentario y es reconocido como un importante factor de riesgo, ya que favorece la preocupación por los alimentos, reduce los sentimientos de control sobre el comer, y propicia subsecuentes episodios de comer en exceso.

Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann y Wakeling (1990, citado por Unikel, Mora y Gómez Pérez- Mitré, 1999) mencionan que el riesgo de desarrollar un desorden alimentario es ocho veces mayor entre los adolescentes que hacen dietas, que en aquellos que no las utilizan. Chinchilla (1994) menciona como factores de riesgo, la preocupación por el peso y control del mismo por un lado, los vómitos provocados, uso de laxantes y diuréticos, dietas estrictas o ayunos severos para evitar ganar peso

Behar (1992) menciona al rol femenino como factor de riesgo en el desarrollo de la AN, ya que las niñas desde muy pequeñas tienden a asimilar la imagen de feminidad, volviéndose un proceso bastante dificultoso, porque no sólo deben adaptarse a su correspondiente rol genérico sino que simultáneamente deben moverse en una escala de validez occidental socio-cultural más extensa y dentro de la cual se ven confrontadas al gran reforzamiento otorgado a cualidades tales como asertividad, independencia, destreza intelectual, productividad y otros atributos que más bien cumplen con los requisitos de un rol genérico masculino. Siendo en la pubertad, por los cambios biológicos y psicológicos

propios de la misma, cuando aparece una toma de conciencia más evidente de los roles genéricos y, por lo tanto, una vulnerabilidad real a la influencia social.

Los factores genéticos participan de manera importante en la presencia de la AN. Toro (1998) refiere que un familiar en primero o segundo grado de un paciente anoréxico (o bulímico) tiene de cuatro a cinco veces más probabilidades de sufrir un trastorno del comportamiento alimentario que la población general. Así mismo, señala que Hsu en 1990 realizó una revisión de todos los estudios gemelares en los que se controló rigurosamente la cigosidad y en donde quedó determinada una concordancia del 50% en gemelos monocigotos femeninos por un 7% en gemelos dicigotos femeninos. Quedando planteada la existencia de una posible predisposición o vulnerabilidad genética aunque se desconoce su acumulación.

Walsh, y Devlin (1998) hablan del papel que desempeñan los factores familiares en el desarrollo de los desórdenes alimentarios. Refieren que el continuo riesgo de AN y BN entre las parientes de un individuo con un desorden alimentario es de 2 a 20 veces mayor que en la población general. Encontrando un rango de concordancia de los desórdenes alimentarios en gemelos monocigotos y dicigotos como resultado de las contribuciones del ambiente compartido y los genes compartidos. Lo que sugiere que una significativa porción de riesgo para desarrollar un desorden alimentario, es heredada.

Otro punto relevante es el comentado por Krahnstoever y Lipps (2001) quienes mencionan el importante papel de los padres en los hábitos alimenticios de sus hijos, teniendo más influencia que la producida por los medios de comunicación. En su estudio, los autores, encontraron que la preocupación de los progenitores por el peso de los hijos puede influir negativamente en la autoestima del menor, sobre todo si se trata de niñas, provocando una posibilidad mayor, que la de sus compañeros, de comenzar dietas para

controlar el peso. Asimismo, señalan que aquellos jóvenes cuyas madres están constantemente poniéndoles a dieta son más propensos a estar preocupados por su peso y seguir una dieta frecuentemente.

Jiménez y Sanz (1999) mencionan en un orden de importancia a los cuadros depresivos, la ansiedad y el síndrome obsesivo compulsivo como factores predisponentes. Igualmente, hablan de la obesidad o sobrepeso, puesto que las primeras decisiones para adelgazar se facilitan cuando hay un exceso de kilos. Las autoras destacan a este factor con mayor predisposición en la anorexia bulímica que en la restrictiva; ya que se tiene en la anorexia restrictiva una sensibilidad excesiva para el peso, es decir, tiene fácil sobrevaloración del propio peso o de sus dimensiones corporales.

González (2000) habla de los rasgos de personalidad como factores predisponentes en un desorden alimenticio. Evidenciando, las anoréxicas, caracteres tales como: obsesivas, histéricas, introvertidas, irritables, emocionalmente inmaduras, timidas, obstinadas, manipuladoras, sobredependientes de su familia, perfeccionistas, altamente inteligentes, competitivas, etc. Mientras, las bulímicas muestran rasgos tales como: indulgentes, impulsivas, emocionalmente inestables, tendencia a la automedicación (laxantes, anorexígenos y diuréticos), depresivas, sobresensitivas, etc. Barber y cols (1995) mencionan que en el año de 1990, Donoso encontró que la AN se da como un cambio conductual sin causa aparente, siguiéndole un periodo de formación del síndrome y más tarde oscilaciones físicas transitorias, funcionando los cambios puberales, la sexualización corporal, la presencia de situaciones altamente estresantes y la imposibilidad de enfrentarlas, como los eventos desencadenantes.

Toro (1998) menciona que en líneas generales los niveles de noradrenalina en orina y en LCR suelen estar disminuidos, pero esta disminución es considerada como consecuencia

de la inanición y la pérdida de peso; en cambio la hipofunción noradrenérgica es responsable en gran parte de la hipotensión y la bradicardia anoréxicas, y en mayor medida de la amenorrea. Comenta que en la anorexia se produce una disminución en los niveles 5HT tanto periféricos como centrales. Sin embargo, esta hipofunción también se considera asociada a la inanición, la pérdida de peso y las irregularidades alimentarias en general. Tratándose, pues, de características *estado* y no *rasgo*, algo semejante ocurre en las tasas detectables de opioides.

Walsh y Devlin (1998) mencionan que las perturbaciones fisiológicas provenientes de pacientes con AN han llevado a especulaciones durante mucho tiempo en cuanto que su conducta profundamente anormal es causada por una anomalía biológica primaria; rupturas del tracto gastrointestinal, el pituitario, el hipotálamo, y la postulación de varios neurotransmisores se mencionan como factores causales en el desarrollo de AN. Sin embargo, la observación de la mayoría de estas perturbaciones fisiológicas resueltas con la normalización del peso corporal discuten nuevamente su papel como factores etiológicos. Mencionan que los recientes estudios de serotonina y leptin en pacientes con AN ilustran el desafío de determinar si las anomalías fisiológicas son una causa o una consecuencia del desorden. Destacan que el neurotransmisor de serotonina está envuelto en el sistema fisiológico pertinente a AN, y como los aumentos en serotonina del cerebro funcionan en primacia a las reducciones en succión de comida, y las disminuciones en función de serotonina del cerebro son asociados con depresión. A su vez, refieren que el fluido cerebroespinal (CSF) niveles de mayor metabolismo de serotonina 5-hydroxyindoleacetic ácido (5-HIAA), es bajo en individuos de peso insuficiente con AN pero entonces sube por encima de los niveles normales en individuos que han tenido recuperaciones anteriores.

Este hallazgo ha llevado a especular que un disturbio o perturbación premorbida en la función serotoninérgica podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de anorexia nervosa.

Crisp (citado en Calvo, 1992 p. 224) piensa que hay un estado premorbido en algunas adolescentes que encuentran en la delgadez una forma de regresión biológica para afrontar la crisis de la madurez. Mencionando como factores de riesgo:

- Ser mujer.
- Pertenecer a un sistema de valores de clase media (triunfo y superación).
- Ser obesa, o con un desarrollo puberal muy rápido.
- Ser parte de una familia con excesiva preocupación por la comida y/o tener exceso de obesidad y/o la presencia de anorexia en algún familiar.
- Haber sido excesivamente buena o complaciente durante la infancia, o no haber sido preparada para manejarse en la adolescencia.
- Poseer unos padres con tendencia, a la evitación social, y/o al desarrollo de la depresión.

El más importante factor predisponente o facilitador de la BN es sin duda alguna la práctica de restricción alimentaria. Aunque no hay que olvidar la participación de los factores genéticos, refiriendo mayor frecuencia del trastorno bulímico en sus familiares, lo que pudiera indicar cierta especificidad en la transmisión hereditaria o, en todo caso, la supuesta vulnerabilidad genética pudiera ser responsable tanto de la inestabilidad emocional facilitadora del trastorno como del escaso control de impulsos que caracteriza a estos pacientes.

En cuanto a los factores culturales, no se les puede otorgar la responsabilidad total o directa de los atracones, pero si son responsables de la preocupación por la silueta y el peso dentro del deseo de delgadez propio de nuestra época, convirtiéndose en los agentes que conducen a la restricción alimentaria y a los ayunos que desencadenan los episodios bulímicos. Otro factor de riesgo podría ser el tipo de personalidad que caracteriza a estas pacientes, encontrando inestabilidad emocional y dificultades en el control de impulsos como previas al inicio de una BN. Con cierta frecuencia la presencia de abusos sexuales en la infancia o incluso en la época peripuberal son considerados como factor causal (Toro, 1998).

Hudson y Pope (citado en Zukerfeld, 1996) remarcan la existencia de los trastornos afectivos mayores o menores en el 70% de los bulímicos, insistiendo en la base biológica y/o genética de esta patología. Observaron además que el 16% de los familiares directos de pacientes con bulimia tenían una depresión mayor. En muchos casos, el atracón en si mismo actúa como mecanismo de alivio de síntomas de ansiedad y síntomas depresivos. En otros casos, es en realidad la purga lo que logra el verdadero alivio de los síntomas depresivos. En algunos pacientes, los síntomas depresivos están, durante y después del ciclo atracón-purga.

En lo que se refiere a los factores familiares como desencadenantes de la sintomatología, Sights y Richards (citado en Zukerkeld, 1996) encontraron que las madres de jóvenes bulímicas tienen más expectativas de éxito y son más dominantes que las de jóvenes no bulímicas. Varios investigadores enfatizan que el trastorno primario está en la alteración del *feed-back* de serotonina, de tal forma que los bajos niveles de este neurotransmisor serían la base biológica de la desesperación por hidratos de carbono, y el resto de la sintomatología, una consecuencia de este hecho.

5.4 Prevención de los factores de riesgo asociados con imagen corporal:

Pearce (1995) menciona que tanto la AN como la BN tienen como base un uso anómalo de la comida, un temor de las emociones y la preocupación de no controlar lo que ingieren. Se pueden hacer muchas cosas para prevenir los desórdenes, asegurándose de que la comida no se use para controlar a la gente. Es de suma importancia intentar evitar mezclar la comida y los sentimientos. El horario de comida deberá ser apacible, interesante y divertida, en lugar de ser un momento de regaños y de tensión.

En 1990 Thompson, menciona que en el marco de los trastornos alimentarios, la imagen corporal es definida como la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física, y su alteración (citado en Mora y Raich, 1993). Berscheid y Walster (citado en Behar y cols. 1992) mencionan que la percepción negativa de la imagen corporal entre las jóvenes adolescentes es entendible en parte al esfuerzo de las mismas por vivir con la seguridad de una imagen ideal propuesta por la cultura más que por la vitalidad de sus cuerpos femeninos.

Behar y cols. (1994) mencionan la influencia del medio ambiente sociocultural occidental sobre la búsqueda de la delgadez como ideal estético en la población de adolescentes de sexo femenino en mayor medida y frecuencia que en los varones. Siendo las mujeres, quienes presentan mayor deseo por la ocurrencia de transformaciones en su apariencia personal, por lo que se dice que son más comúnmente vulnerables a poseer una autoestima deficiente, a la distorsión de la imagen corporal y, por lo tanto, a la depresión. Lo anterior los llevó a la necesidad de plantear algunas consideraciones básicas para la prevención de un trastorno del comportamiento alimentario dirigidas a poblaciones que implican alta peligrosidad.

- 1) Ayudar a la autoaceptación y la autovaloración

- 2) Evitar exigir logros de perfección y excelencia más allá de las propias capacidades.
- 3) Proveer un apropiado, pero no limitado grado de autonomía y responsabilidad.
- 4) Reconocer y apoyar la aparición de crisis vitales.
- 5) Otorgar información básica sobre nutrición y práctica de ejercicios físicos.
- 6) Ser extremadamente cauteloso al recomendar la reducción ponderal
- 7) Averiguar las justas razones acerca del deseo de disminuir el peso corporal (p.164).

Anónimo (2000) menciona algunos aspectos de las conductas de los padres que pueden ayudar a prevenir los trastornos alimentarios.

- Construir la autoestima de los hijos, incitándolos a descubrir sus posibilidades sin decirles, constantemente, lo mucho mejor que podrían llegar a ser.
- Aceptar a los hijos sin tener en cuenta para nada su peso corporal. Siendo importante que los padres acepten su peso, para ser convincentes
- Promover la actividad y disfrute de la vida sin culpabilidad.
- Nunca utilizar la comida como premio o castigo
- No limitar la comida a menos que un médico lo indique
- Fomentar en casa una dieta variada y equilibrada
- Explicar las consecuencias negativas de las dietas incontroladas y de las presiones para "tener un cierto aspecto" (p. 2)
- Como padres nunca se deben limitar las propias actividades por el aspecto, ya que si se acomplejan, pueden provocar que los hijos se acomplejen también (p.2)

Krahnstoever y Lipps (2001) mencionan la influencia que los padres tienen sobre el comportamiento de sus hijos; siendo importante que recuerden que son un modelo a imitar, por ello deben de intentar seguir la dieta y comportamientos oportunos que les gustaría que sus hijos emularan. Es necesario que se abstengan de hacer comentarios negativos sobre el peso de sus hijos y el de otros compañeros. Asimismo, deben ayudar a que los niños entiendan que muchos modelos y actores tienen unas formas en sus cuerpos que son irreales e inalcanzables, a menos que hagan uso de métodos perjudiciales para la salud.

5.5 Investigaciones realizadas en México:

El aumento de los problemas alimentarios dentro de las culturas occidentales, y consumistas de la creciente industrialización dedicada al adelgazamiento ha despertado el interés de profesionales relacionados con la salud, por conocer que tanto índice de afectación existe en la población mexicana y así, poder llevar a cabo programas preventivos que logren detener su crecimiento. Sin embargo, su investigación en el país no tiene el mismo impacto que otras, ello como resultado del poco apoyo otorgado a la exploración de tales patologías, quedando muy por debajo del nivel prioritario otorgado a otras áreas de la salud.

Gómez, Pérez-Mitré (1993) realizó una investigación utilizando una muestra no probabilística conformada por una población estudiantil de la Universidad Nacional Autónoma De México, en donde el 51% eran hombres y el 49% eran mujeres en un rango de edad de 15 a 49 años. Su objetivo fue detectar anomalías de la conducta alimentaria. Los resultados mostraron inexistencia del problema de obesidad (2%), mientras que con respecto a sobrepeso, indicaron una prevalencia del 41 por ciento. Aún sin haberse encontrado resultados que pudieran considerarse como indicadores específicos de AN, si

aparecieron sus elementos componentes, al igual que sucedió con la bulimia, por lo que los resultados se consideraron como indicadores de factores de riesgo bulimianoréxicos.

Gómez, Pérez-Mitré (1995) en su estudio propone las categorías, peso real y peso imaginario, para facilitar el entendimiento y el manejo operativo de la variable distorsión de la imagen corporal. Obteniendo prevalencias y patrones de distribución de obesidad y de distorsión de la imagen corporal en diferentes muestras de poblaciones mexicanas. Como resultados de mayor importancia desde el punto de vista teórico y práctico se encontró el carácter condicional del efecto de distorsión y la sugerencia de una inversión en la siguiente secuencia: a) la distorsión de la imagen corporal, antecedendo, b) el desarrollo de prácticas riesgosas asociadas con desórdenes del comer. Virseda (1995) en su aplicación de un cuestionario abierto sobre las ideas relacionadas al cuerpo, sobre sí mismos y relaciones con otros; aplicado a una muestra de 70 universitarios, encontró que los jóvenes reconocen la importancia de una adecuada alimentación y los riesgos producidos por una dieta errónea. Igualmente, menciona que la preocupación por la esbeltez por sí sola no es un determinante de los trastornos de la alimentación.

Gómez, Pérez-Mitre y Unikel, S (1996) investigaron la presencia o no de los trastornos de la conducta alimentaria en 92 mujeres adolescentes de nivel socioeconómico medio y medio alto. Formaron dos grupos, uno con estudiantes de danza clásica y otro con estudiantes de secundaria y preparatoria de escuelas privadas de la Ciudad de México. Encontrando mayores porcentajes en conductas anómalas del comer (tales como seguimiento de dietas, accesos bulímicos y ejercicio excesivo) en el grupo de las estudiantes de ballet, y conductas como el vómito autoinducido y el uso de laxantes se presentaron en proporciones relativamente bajas en ambos grupos.

Gómez, Pérez-Mitré (1997) realizó un estudio dirigido a conocer la imagen corporal de niños púberes o preadolescentes, utilizando 200 niños escolares provenientes de instituciones públicas y privadas del sistema de enseñanza primaria; del género femenino y masculino, dentro de un rango de 10 a 11 años de edad, catalogados dentro de un nivel socioeconómico medio y un nivel socioeconómico bajo. Se les aplicó un cuestionario en versión para niñas y versión para niños, ya que aunque ambos exploraban las mismas áreas también incluían reactivos específicos por género. Se encontraron indicadores o tendencias de riesgo similares a las documentadas en las muestras de adolescentes, tales como: insatisfacción con la imagen corporal, y sobrestimación de la misma, preocupación por el peso y una fuerte motivación y actitud favorable hacia la delgadez, en la que la figura ideal es, más bien, una figura anoréctica. En cuanto a la distribución del índice de masa corporal, se encontraron preadolescentes con pesos muy bajos y en porcentajes más altos de los que se han informado en otros estudios y observados en las muestras de adolescentes mexicanos. Saucedo y Gómez, Pérez-Mitré (1998) con el objetivo de determinar la validez diagnóstica del Índice Nutricional (IN), trabajaron con una muestra de 256 escolares de la ciudad de México, cuyas edades fluctuaban entre los 10 y 12 años, formando parte tanto niñas como niños. Utilizaron el método de sensibilidad y especificidad para establecer la validez diagnóstica del IN. Los resultados indicaron que los puntos de corte convencionales para el IN tienen buena sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de bajo peso, normalidad y obesidad, pero no para el sobrepeso. Concluyeron que en el diagnóstico del estado de nutrición de los preadolescentes, los nuevos puntos de corte del IN resultan más confiables que los tradicionales.

Gómez, Pérez-Mitré y Ávila (1998) exploraron la relación entre la conducta alimentaria y obesidad comparando estas variables en una muestra no probabilística

constituida por 124 adolescentes hombres y 98 adolescentes mujeres. Se les aplicó un cuestionario que explora conductas alimentarias normales y anómalas, denominado Escala de Factores de Riesgo Asociado con Trastornos Alimentarios (EFRATA); y también se tomaron medidas antropométricas. Dentro de los resultados obtenidos encontraron: a) en las mujeres, una relación clara y directa entre la variable obesidad y conducta alimentaria compulsiva; b) entre los hombres, un factor compuesto por variables compensatorias y c) un factor común a hombres y mujeres que involucra variables que miden preocupación por el peso y por la comida.

Gómez Pérez-Mitré (1998) en su estudio de carácter descriptivo y con un diseño de 2 grupos con observaciones independientes, buscaba dar a conocer algunos de los factores de riesgo asociados con imagen corporal detectados en muestras no probabilísticas de 789 adolescentes en un rango de edad de 17 años y 962 preadolescentes del sexo femenino. Encontró que entre los principales factores de riesgo asociados con imagen corporal sobresale el deseo de una figura ideal delgada ya que el 94% de los sujetos de ambas muestras lo presentaban; igualmente encontró una alta prevalencia entre las niñas más jóvenes del estudio. Es importante resaltar que en esta investigación se encontró que al preguntarle a las jóvenes que tan satisfechas se encontraban con su figura corporal, la mitad de la muestra respondió encontrarse satisfecha o muy satisfecha cuando lo que frecuentemente se reporta, para las adolescentes norteamericanas, son respuestas de insatisfacción, las cuales son consideradas como respuestas normativas.

Mancilla, Alvarez., López, Mercado, Manriquez, y Roman (1998) valoraron la ocurrencia de la AN y BN en una muestra universitaria mexicana, así como la relación existente entre los factores de riesgo propuestos por Cooper et al en 1987; Toro et al en 1994 y Garner et al en 1983, con los trastornos alimentarios observados en dicha muestra y

evaluar si existen diferencias entre los grupos con trastorno y sin trastorno (control) con respecto a los factores de riesgo. Los resultados obtenidos fueron: a) 44 casos de chicas con trastorno alimentarios, representando el 8.3% de la población, b) se pudo constatar un alto porcentaje en el uso de prácticas dietarias, c) tendencia al perfeccionismo en jóvenes con trastornos alimentarios, d) los grupos con trastorno tuvieron una ligera tendencia a puntuar más en el factor de desconfianza interpersonal, e) se observó una correlación entre los factores de riesgo, a excepción de miedo a madurar, con los trastornos alimentarios, y se pudo constatar que algunos factores de riesgo se correlacionan más con un tipo de trastorno que con otro.

González, Lizano y Gómez Pérez-Mitre (1999) en la aplicación de un cuestionario que exploraba hábitos alimentarios, problemas alimentarios, relaciones familiares y una escala de auto-atribución en una población de 200 niños mexicanos en edad escolar, encontraron mayor consumo de carbohidratos en niños y niñas procedentes de escuelas públicas que en los niños provenientes de escuelas privadas. Asimismo, se encontró que los niños presentaban una mayor frecuencia de problemas alimentarios que las niñas. En cuanto a la auto-atribución negativa, ésta estaba relacionada con problemas alimentarios y relaciones familiares autoritarias.

Gómez, Pérez-Mitré y Unikel (1999) en su interés por conocer si existe un continuo cuantitativo de menor a mayor riesgo en términos de la presencia de la sobrestimación del peso corporal, de la insatisfacción con la figura, de la preocupación por la figura y de la presencia de conductas alimentarias de riesgo tipo restrictivo y tipo purgativo, en una muestra con (252 mujeres adolescentes adultas) estudiantes de escuelas privadas de ballet, estudiantes de nivel medio y medio superior de escuela pública, estudiantes de nivel medio superior de escuela privada, bailarinas profesionales, profesionales no bailarinas y pacientes

con diagnóstico de anorexia y/o bulimia; aplicaron un cuestionario sobre trastornos de la conducta alimentaria, encontrando que los grupos con menor riesgo de trastornos de la conducta alimentaria fueron las mujeres adolescentes de escuela pública y privada, y las mujeres adultas no bailarinas; en un punto intermedio las adolescentes estudiantes de ballet y las bailarinas profesionales, y en el extremo de mayor patología se encontraban las mujeres clínicamente diagnosticadas. A su vez, las estudiantes de escuela privada mostraron mayor promedio de indicadores clínicos que las profesionales no bailarinas. El estudio permitió concluir la existencia de prácticas comunes entre las mujeres que son socialmente aceptadas, en la búsqueda de una figura corporal idealmente delgada y fomentada por los medios de comunicación

Unikel, Mora, y Gómez, Pérez-Mitré (1999) en su investigación de carácter exploratorio utilizaron dos grupos formados uno por 70 estudiantes de ballet y el otro por 78 estudiantes de secundaria y preparatoria, ambos grupos formados por mujeres entre 13 y 17 años de edad provenientes de escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México, todo ello con la finalidad de compararlos y detectar si la presencia de prácticas anómalas del comer y distorsión de la imagen corporal, tiene alguna relación con dicha percepción. Por otra parte, se estudió la relación entre la presencia de prácticas anómalas del comer y la distorsión de la imagen corporal con la percepción de la gordura. Se identificaron tres dimensiones asociadas con la gordura positiva, neutral y negativa. Las autoras concluyen, que el predominio de la percepción negativa de la gordura entre las adolescentes de los diferentes grupos se fundamenta en una serie de creencias y prejuicios alrededor de este concepto

La antropóloga Ocampo y las psicólogas Álvarez y Vázquez de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales, plantel Iztacala mencionan que, de acuerdo a su

investigación aplicada a 2200 alumnas de 15 a 27 años, de diversas clases sociales provenientes de universidades públicas y privadas; el 8.2 % de las estudiantes de nivel medio superior y superior del Valle de México presentan sintomatología de trastornos alimenticios, como anorexia y bulimia y aunque en las mujeres es más grave el problema, ya esta alcanzando a los hombres. Encontraron que las chicas entrevistadas están insatisfechas por el tamaño de sus senos, debido a que los consideran muy grandes (citado en Ríos, 1999).

Pineda, Platas y Gómez, Pérez-Mitré (2000) investigaron la relación existente entre imagen corporal (satisfacción/insatisfacción), el seguimiento de dietas para así controlar el peso corporal, y la edad de la menarca. Su muestra estuvo conformada por 280 mujeres estudiantes, donde el 41% eran con menarca temprana (< 11.5 años), el 50% eran con menarca normal (11.5 a 14 años), y un 9% presentaban menarca tardía (> 14 años). Se les aplicó el Cuestionario de Alimentación y Salud para preadolescentes (niñas de 9 a 12 años, Gómez Pérez-Mitré, 1997). Sus resultados indicaron que casi la mitad de la muestra manifestó insatisfacción con su imagen corporal. El 23 % de las chicas que habiéndose autopercebido corporalmente muy delgadas se mostraban insatisfechas y deseaban ser más delgadas. Desde un punto de vista teórico se encontró una interacción entre satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, edad de la menarca y seguimiento de dietas restrictivas. Asimismo, el análisis indicó que la mayoría de las jóvenes insatisfechas con su imagen corporal realizaron dieta, mientras que las satisfechas con su imagen corporal la conducta dietaria casi no se observó. También se encontró que a mayor edad de la primera menstruación mayor insatisfacción se manifestaba y por lo tanto mayor era el seguimiento de dieta.

Gómez-Peresmitré y Avila (1998) con una muestra compuesta por 245 niñas y 242 niños de 10 años de edad, encontró que el 25% hizo cambios en su alimentación durante el último año, y que de estos el 19% los había hecho para bajar de peso mientras que el 6% para subir. Las niñas más que los niños, se saltaban alguna comida del día, especialmente la cena, disminuían el consumo de alimentos considerados por ellas como engordadores (pan, tortilla, arroz y frijoles).

En cuanto al conocimiento sobre trastornos de la alimentación en el género masculino, Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel (2000) investigaron lo sucedido entre los hombres y jóvenes adultos con respecto a los factores de riesgo asociados con imagen corporal. Utilizaron una muestra de 1646 estudiantes de bachillerato y de los primeros semestres de estudios profesionales de escuelas públicas dentro de un rango de edad de 14 a 24 años. Se les aplicó un instrumento de papel y lápiz que investiga la imagen corporal (IIC) en su versión para adolescentes y adultos (IICA), se realizó una medición del peso corporal y talla. Los resultados mostraron que el género masculino no quiere una figura ideal delgada, ni más delgada que la actual, sino una más gruesa. Por otra parte, se encontró un 15% de prevalencia de dieta restrictiva y un 12% de trastornos alimentarios.

Gómez Pérez-Mitré (2000) investigó la presencia de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria, en las tres etapas de desarrollo (pre-puberal, puberal y adolescencia) de una población mexicana. La muestra fue de tipo no probabilística compuesta por 8673 hombres y mujeres en un rango de edad de 6 a 19 años. Los resultados mostraron la presencia de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria no sólo en los adolescentes sino también en niños escolares de primaria (pre-púberes) y púberes. Siendo el deseo a una figura delgada y muy delgada incrementado en la medida

en que se incrementa la edad, de tal manera que son las adolescentes quien más lo desean; Sin embargo, las niñas más pequeñas, aunque en menor porcentaje, también desean una figura delgada y muy delgada. En cambio, el porcentaje de los hombres es menor en relación con el de las mujeres. Para ellos es de mayor interés, conforme aumentan de edad, una figura atlética (con músculos que hacen más ancha la espalda y los hombros). La autora menciona que en cuanto a la actitud negativa hacia la obesidad en niños pre-púberes, representa un pronóstico negativo en tanto aumenta las probabilidades de presentar factores de riesgo tales como, seguimiento de dieta restrictiva que puede conducir más directamente a un trastorno de conducta alimentaria.

En un estudio realizado por Gómez-Peresmitré (2000) en cuanto a los problemas de la salud resultado directamente de una dieta restrictiva en la pubertad, es la desnutrición. Los datos confirman cómo la asociación insatisfacción con imagen corporal/dieta restrictiva se relacionó con desnutrición leve (2%) y severa (1%) en púberes de escuelas públicas y privadas provenientes de un ecosistema urbano y mayormente metropolitano como lo es el D.F., sugiriendo que los factores de riesgo en trastornos de la alimentación pueden ser una nueva vía, cualitativamente distinta a la tradicional relacionada con la pobreza (enfermedades infecciosas y/o disponibilidad y utilización insuficiente de energía alimentaria).

6. TEORÍAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

6.1 Cognoscitivo-conductual:

Williamson y Muller (1999) mencionan que para la teoría cognoscitiva, en los trastornos alimentarios (T.A.) las creencias y expectativas referentes a la talla corporal y a la alimentación son predisuestas debido a la información procesada y selectivamente relacionada a la gordura/delgadez, seguimiento de dietas restrictivas y control de ingesta o control de peso corporal. Para ellos la teoría cognoscitivo-conductual describe la influencia de la cognición en el desarrollo y mantenimiento de conductas patológicas de control de peso y alimentación; siendo un concepto central de esta teoría la estructuración del pensamiento organizado por esquemas. Comentan que en la psicología cognoscitiva un esquema es visto como una estructura de conocimiento altamente eficiente, cuyo propósito es dirigir y ordenar la atención, percepción, y procesamiento de la información. Se supone que los esquemas existen para toda la información que requiere organización en memoria y procesos cognoscitivos, sin embargo estas estructuras de conocimiento pueden servir fácilmente a un propósito disfuncional si se poseen juicios, conductas y pensamientos predisuestos, llevando a un camino autodestructivo o mal adaptativo.

En individuos con T.A., de acuerdo con la teoría cognoscitivo-conductual, esto es precisamente lo que ocurre. Cooper y Fairbum en 1993 (citado en Williamson y Muller, 1999) refieren que las personas con T.A., presumiblemente han desarrollado un esquema distorsionado que se centra en un sobre interés en la alimentación y proporciones corporales. Tentativamente el esquema está estereotipado, cargado afectivamente y sobrevalorado de información referente a la forma y peso corporal, estando la información sobrevalorada en la medida que se da la importancia central entre otras estructuras cognitivas. Entonces el esquema corporal es considerado como un esquema que llega a ser

personal. Es así como el esquema comienza a tomar un papel activo en el procesamiento de información, los estímulos ambiguos son sesgados o predispuestos por los significados estrictamente personales del esquema corporal. Los autores, ya mencionados, mencionan que este proceso ocurre automáticamente con la atención no consciente en las acciones

El mismo Willianson en 1996 concluyó que el sesgo cognitivo es presumiblemente una función de un esquema corporal distorsionado, no de una conducta alimentaria anómala. Por lo tanto, la teoría cognoscitivo-conductual predice la presencia de sesgos cognitivos relacionados con peso y forma corporal y alimentación en sujetos no clínicos quienes están muy preocupados con la forma y peso corporal, pero que no se encuentran en un cierto diagnóstico con un T A. (citado en Willianson y Muller, 1999)

Fainburn, Shafran y Cooper (1999) refieren que Bruch en 1973 enfatizó la importancia del estilo de pensamiento de estos pacientes, acentuando la ineffectividad del significado de parálisis, la cual penetra a todos los pensamientos y actividades de los pacientes anoréxicos. Y como sus ideas fueron refinadas subsecuentemente y extendidas por Garner y Bemis en 1982 y 1985, en sus artículos ellos aplican a la anorexia nervosa los principios de terapia cognoscitiva y terapia de depresión de Beck. Fainburn y cols., informan que éstos documentos describen que esta aún a la delantera la teoría cognitivo conductual en el informe de la anorexia nerviosa

De acuerdo con Vitousek, en 1996, (citado en Fainburn, Shafran y Cooper, 1999) para el modelo cognoscitivo-conductual los síntomas de la bulimia y anorexia son mantenidos por una característica de ideas sobrevaloradas acerca de las implicaciones personales de la imagen y peso corporal. Teniendo tales actitudes sus orígenes en la interacción de las características individuales establecidas (tal como perfeccionismo, ascetismo y dificultades en la regulación afectiva) con ideales socioculturales para la

apariciencia femenina. Ya una vez formado, la influencia de las creencias individuales dominada por el empeño de seguir estereotipos alimentarios y conductas eliminatorias, que son responsables de contingencias excéntricas, eventualmente se ven afectadas por secuelas psicológicas que también sirven para sostener conductas y creencias distorsionadas

Para Wolf y Serpell, en 1998, (citado en Fainburn, Shafran y Cooper, 1999) el extremo concerniente acerca del peso e imagen corporal son la esencia característica que mantiene el desorden. En cambio, Slade en 1982 sugirió que una necesidad para el control, es central al desarrollo y mantenimiento de la anorexia, esta necesidad es expresada a través de dietas, que son reforzadas tanto por el pensamiento posesivo, los sentimientos resultado de sucesos, y miedo negativo, hasta el final, de ganancia de peso nuevamente, y la negativa de otras dificultades. Como resultado se encuentran intensas dietas, baja de peso y la llegada al proceso de mantenimiento (citado en Fainburn, Shafran y Cooper, 1999)

Spangler (1999) comenta que para la teoría cognoscitivo-conductual los síntomas bulímicos son desarrollados y mantenidos por poner un alto valor en conseguir un peso idealizado (usualmente debajo del promedio) e imagen delgada acompañada por creencias problemáticas o incorrectas en tres dominios esenciales, incluyendo 1) expectativas irreales en cuanto a la imagen y peso corporal, 2) significado de imagen/peso corporal, ya que creen que al obtener el peso e imagen idealizada obtendrán sentimientos de auto-valor deseado, 3) modelo de comida/alimentación, teniendo creencias incorrectas acerca de la comida, sistema digestivo y como influyen en el peso corporal. Spangler, menciona que las creencias disfuncionales acerca del cuerpo y la comida causan la insatisfacción del peso e imagen corporal resultando en el desarrollo de un rígido y restrictivo modelo alimentario diseñado para controlar o alterar la imagen y peso corporal, y como resultado de estas creencias, la alimentación llega a ser regulada por roles auto-generados más que por

señales internas. Refiere que estos roles incluyen: restricción (frecuencia de comidas), tipo y cantidad de alimento ingerido durante una comida; semejante régimen de dieta restrictiva conlleva a una privación física y psicopatológica. Dándose como consecuencia de la privación, una fuerte e intensa señal enfocada a la comida y la susceptibilidad a la disminución de control sobre el alimento. El autor - ya mencionado- comenta que en resumen, el modelo cognoscitivo de la etiología de la bulimia nervosa asume que, ésta es principalmente manejada psicológicamente por creencias rígidas e irreales con respecto al peso e imagen corporal y los esfuerzos para controlar el peso e imagen corporal por medio de dietas estrictas. Sin embargo, una dieta restrictiva es iniciada tanto por factores psicológicos y fisiológicos asociados con privación de comida que contribuye a la perpetuación de la condición. Finaliza diciendo que, el modelo cognoscitivo-conductual reconoce que el desarrollo de la BN ocurre en un contexto sociocultural que contribuye al desarrollo de creencias disfuncionales acerca de la insatisfacción del peso e imagen corporal y conductas alimentarias restrictivas.

Polivy y Herman en 1995 (citado en Steiger e Israel, 1999) mencionan que la asociación entre dieta restrictiva y atracones o sobreingesta de comida frecuentemente ocurre después de romper una dieta restrictiva, cuando existe la posibilidad de utilizar una purga que prevenga la ganancia de peso. En el modelo conductual, para una paciente anoréxica la conducta de rechazar el alimento aparece como primordial, como central en el cuadro, llevando a formular la hipótesis de que esa conducta mantenida a una alta tasa de frecuencia, debía ser sometida a algún género de *reforzamiento positivo*, esto es, se trataría de un comportamiento operante mantenido por las consecuencias ambientales que le seguirían (Toro y Vilardell, 1987).

Mateos y Solano (1997) mencionan que el enfoque conductual, propone que los trastornos alimentarios forman un complejo patrón conductual caracterizado por conductas que se adquieren y se mantienen en el tiempo como consecuencia de reforzadores y castigos (externos y/o internos). No obstante, es preciso señalar que el enfoque conductual por sí solo resulta insuficiente para dar cuenta de toda la complejidad que entrañan estos trastornos.

6.2 Psicodinámico:

Steiger e Israel (1999) comentan que autores como Waller, Kaufman y Adaeutsch en el modelo psicodinámico temprano, interpretaban los síntomas anoréxicos como una defensa nueva en el manejo de conflictos sexuales (idea alimentaria para invocar fantasías sexuales, y negativa de comida para reducir la asociada ansiedad). En cambio, Sours menciona que las teorías psicodinámicas contemporáneas mayormente la de psicología del self y escuelas de relaciones de objeto, construyen a la AN como un síntoma de un defecto fundamentado en la maduración del self. Esta visión enfatiza el problema en las bases del desarrollo para déficits en autonomía, autorregulación e identidad, y su rol en la predisposición para una alimentación inadaptada. Un supuesto implícito, según Steiger e Israel, es que la maduración de sucesos depende de la formación de experiencias de relaciones de parentesco que ayudan al niño a archivar la estabilidad de auto-concepto, auto-confianza, y con eso permitir la capacidad a comprometerse en relaciones personales saludables, para este modelo, la AN es concebida a envolver creencias en experiencias formativas. Siendo la anorexia nervosa vista como un fracaso en el esfuerzo adaptativo en la fase de demandas sociales abrumadoras, tal como en la pubertad.

Fainburn, Shafran y Cooper (1999) refieren que Brunch hizo énfasis en la sobreprotección materna y el fracaso en las respuestas apropiadas a conductas auto-afirmativas del niño, como la razón fundamental para la aparición de los sentimientos de poco auto-valor, ineffectividad y déficits en la conciencia de si mismos.

Steiger e Israël (1999) mencionan que teorías relacionadas, describen dificultades similares que impiden el desarrollo de un sentido cohesivo del self y autoconfianza en el niño con negativas alimentarias como una adaptación a la intrusión y sobreprotección familiar. Específicamente, estas teorías conceptualizan a la AN como un significado de auto-afirmación en la fase de exceso de sobreprotección familiar y sentimiento de auto-inadecuación; en este contexto, el síndrome de anorexia es pensado para servir funciones duales, creando un sentido artificial de auto-control que sustituye la ocupación de estabilizar y satisfacer relaciones consanguíneas con una curiosa intensa relación con el cuerpo. El cuerpo no la palabra interpersonal llega a ser la escena para una afirmación de independencia y necesidad maestra. Pensando en la BN, los autores mencionan que, la teoría introduce dimensiones adicionales de psicopatología 1) déficits auto-regulatorios, 2) dramáticas fluctuaciones en el autoconcepto, y 3) efectos erráticos para regular tensiones internas. Asimismo, refieren que autores como Humphrey y Johnson mencionan que semejantes características son ideadas para ser conectadas al extenso modelo de interacción familiar caracterizado por hostilidad, negligencia, críticas abiertas, rechazo y censura.

6.3 Psicología del self:

Bachar (1998) comenta que Geist en 1989 mencionó que la psicología del self veía a los trastornos alimentarios como trastornos del self. Por lo tanto, los pacientes de AN y BN no pueden confiar en los seres humanos para cumplir sus necesidades de relación de

objeto. Más bien, esos pacientes acuden a la comida para cumplir tales necesidades. Siguiendo ésta línea, el autor, comenta que en 1971 Kohut, describió dos necesidades principales de relación de objeto: 1) reflejo de las necesidades de objeto, y 2) idealización de las necesidades de objeto. Derivando el paciente con anorexia su satisfacción de necesidades de objeto a través de la comida, principalmente a través de reflejar experiencias de relación de objeto; su necesidad no se satisface con la admiración o aprobación de sus compañeros, sino de su propia noción de que ella posee poderes sobrenaturales que le permiten que evite la comida. La eliminación o el ignorar la comida refleja el cumplimiento de las necesidades de objeto. Entonces, el paciente con bulimia deriva la satisfacción de sus necesidades de objeto a través de la comida principalmente a través de idealizar las experiencias de relación de objeto.

Como menciona Sands (citado en Bachar, 1998) la comida es experimentada como un poder omnipotente proporcionando alivio, calma, consuelo y regulando dolorosas emociones, como el enojo, depresión, vergüenza y culpa.

Goodsitt en 1985 (citado en Bachar, 1998) identificó en la paciente anoréxica una manifestación extrema de su incapacidad para referirse a los seres humanos y para cumplir sus necesidades objetales, ella desea comportarse como si fuera un ser humano generoso. Para asegurar desinterés, ella cumple necesidades de objeto para otros, principalmente sus padres, aferrándose a esta posición de ser un objeto para otros, sirve como una barrera que impide a otras personas ser un objeto para ella. Su desinterés, que incluso ignora, es expresado por sus necesidades básicas: nutrición y el ocupar espacio en el mundo. Para Goodsitt, el gran sentimiento de triunfo de la paciente anoréxica al perder, cada vez más realmente, peso significa que ella está pareciendo grandiosa en cuanto a las maneras de satisfacer las necesidades de nutrición, pero detrás del sentimiento triunfante, está de nuevo

el desinterés. Esto es porque ella está diciendo: *en efecto, yo puedo ser admirada por mi éxito en abandonarme*. El autor menciona que la singularidad de los desórdenes alimentarios, es que en algún punto crucial en el desarrollo infantil, no se cubrieron las necesidades narcicistas cruciales aprendidas empíricamente, por lo que se inventó un nuevo sistema restaurativo en el que el modelo del desorden alimentario se usa en lugar del ser humano para satisfacer necesidades objetales

Según Geis (citado en Bachar, 1998) el subdesarrollo del self se expresa como un sentimiento maligno central de vacío, como una defensa contra este vacío el paciente con desorden alimentario organiza algún mando sobre el miedo de vacío a través de sus síntomas; controla el sentimiento de vacío por medio del cruel comer compulsivo, o creando *vacío controlado* mediante el vómito o evitando la comida. Sobre este objeto ella tiene mando completo. Bachar (1998) refiere que Sands en 1991 comentó que la comida es el primer medio a través del cual las experiencias de alivio y confortabilidad fueron transferidas de las figuras paternas

Ulman y Paul (citado en Bachar, 1998) sugieren que, cuando el paciente de bulimia no cree que merece la *indulgencia*, su vomitar es un esfuerzo mágico por deshacer su sobreindulgencia. Su perturbada conducta alimentaria le permite, el lujo, al paciente anoréxico o bulímico algún tipo de autonomía sobre la confianza en las personas, le proporciona alguna defensa contra la fragmentación total y desintegración

Duker y Slade (1995) mencionan que la paciente anoréxica es una paciente cuya experiencia al nacer engendró fuertes sentimientos positivos y negativos y que, durante la adolescencia, cuando lucha por su autonomía, estos sentimientos reaparecen y su lucha la realiza en los mismos términos que en la primera infancia, confiriéndole al alimento el mismo simbolismo que tuvo entonces. Suponiendo que su reducción progresiva de

alimento ingerido es sólo un efecto colateral del modo en que la persona enfrenta las tareas de desarrollo de la adolescencia. Los autores mencionan que el especialista cuyo enfoque teórico tenga en cuenta los efectos psicológicos de la inanición considerará a la anorexia un estado cada vez más incapacitante, en el cual se verifican distintos procesos en diferentes En cambio, para la teoría centrada en la pérdida del interés sexual, la adolescente ante la necesidad de establecer un sentido de si misma con respecto a la naciente sexualidad y a las presiones sociales propias de esta época, encuentra alivio en la inanición precisamente porque embota su interés sexual, como ya no existen deseos de establecer una relación sexual, se elimina un componente esencial de esta crisis de identidad. Para los autores, mencionados, la anoréxica con deficiencias de peso se encuentra, en el aspecto endocrino, en estado preadolescente. Hablan de la experimentación de regresión, que en este caso se alcanza por procesos fisiológicos. Por tal motivo, en el contexto de esta teoría se emplea el término *regresión psicobiológica*. Para la teoría de la inanición como espiral, los efectos de la inanición son diversos, y afectan otros aspectos además del relativo a la sexualidad. Este enfoque se centra en los cambios intelectuales y emocionales que se presentan a medida que avanza la inanición, y en particular en la manera en que dichos cambios afectan gradualmente tanto la capacidad del individuo para elegir y tomar decisiones como la naturaleza de estas decisiones, incluyendo algunas tan arriesgadas como la de no sólo mantener sino intensificar el control alimentario (Duker y Slade, 1995). Y sus efectos actúan directamente en la experiencia total del individuo para generar un cambio integral.

6.4 Feminista:

El movimiento feminista ha elaborado una serie de postulados y explicaciones en torno a este fenómeno por lo que vale la pena hacer referencia a algunos de éstos planteamientos.

Toro (1996) cita a Chernin quien en 1983 habló de la omnipresente *tiranía de la delgadez* la cual estaría limitando el desarrollo de la mujer desde todos los puntos de vista, social, personal y físicamente. Para él la mujer, a diferencia del hombre, parece tener la obligación de avergonzarse de su cuerpo y, en consecuencia, proceder a modificarlo. De ahí los mil y un procedimientos vigentes en nuestros días destinados a adelgazar, remodelar y ocultar o suprimir lo supuestamente sobrante. La mujer se hallaría mucho más incómoda en su cuerpo que el varón en el suyo. Todo se basa en los intentos ancestrales del varón por mantener su dominio sobre la mujer. La autora defiende la existencia en el hombre de una especie de temor original hacia la mujer. Este temor se forjaría a través de sus experiencias infantiles relativas al cuerpo de su madre. La época actual, caracterizada por el incremento y desarrollo del papel social de la mujer, estaría dando lugar a un aumento de ese temor, el hombre reaccionaría intentando – y al parecer logrando – que la mujer ocupa cada vez menos espacio, concretamente a través de la reducción de su cuerpo.

Toro (1996) comenta que la mujer ha aceptado la presión social que le exige poseer un cuerpo delgado cuando su motivación más o menos inconsciente tendería a lo contrario. Por lo que la restricción alimentaria, consecuencia de la aceptación e interiorización de una absurda normativa social, conduciría a la lógica ingestión compulsiva exigida por el organismo y causante de la desesperación de la mujer. Así pues, los atracones más o menos voluminosos serían consecuencia directa de la opresión social ejercida sobre el sexo femenino. La sociedad, por supuesto patriarcal, ejercería la influencia adelgazante a través

de la restricción de funciones laborales e incluso domésticas de la mujer, por un lado, y de la presión de los medios de comunicación y de la industria productora de agentes adelgazantes, por otro.

Chinchilla (1994) refiere que el feminismo con su modelo de delgadez como meta para el éxito y la felicidad, con la preocupación por la apariencia, valoración del sexo de forma diferente, que daría junto a factores de vulnerabilidad biológica el cuadro de la bulimia nervosa. Striegel en 1993 elaboró un modelo evolutivo que trata de dar cuenta principalmente de la aparición del trastorno en la adolescencia y su mayor incidencia en mujeres. Señalando que el conjunto de factores socioambientales, la interiorización del rol sexual, unido a la presión estresante de la adolescencia y la creencia y adopción del mito de la *superwoman* podrían explicar la aparición de un trastorno de la alimentación (citado en Mateos y Solano, 1997).

Behar (1992) refiere que para la teoría de género, la anoréctica, a causa de su gran receptividad femenina, se ve obligada a ambicionar y a obtener fácticamente éxito social y profesional que la familia impone en pro de la mantención y mejoramiento de su estatus socioeconómico, lo que sería homologable al estereotipo del rol genérico masculino. Los miembros de la familia no se permiten expresar emocionalmente ni reconocer el logro de la paciente, provocando en la anoréctica una profunda autodesvalorización en su feminidad.

6.5 Interpretaciones psicoanalíticas:

Desde la perspectiva psicoanalítica, la AN no sería más que la expresión de un conflicto intrapsíquico a través de la vía oroalimenticia. El rechazo de alimento estaría relacionado con un simbolismo oral primitivo. Ciertos alimentos constituirían un tabú y

posteriormente se produciría la generalización a los alimentos en general (Toro y Vilardell, 1987).

Toro (1996) cita a Ajuriaguerra, quien en 1976 refería que con frecuencia el hecho de comer esta ligado a unas preocupaciones sexuales, a la creencia de una fecundación por la boca y por la comida, como aparece en las fantasías imaginarias de la anoréxica. Estos fantasmas serían por tanto la expresión del temor a ser fecundada; la obesidad simbolizaría el embarazo, debido a un exceso de alimentación y donde el nacimiento sería una especie de exoneración. El problema puede centrarse a veces en un plano mucho más primitivo: incorporación del seno, objeto ambivalente benéfico y maléfico. Es en la lucha entre la incorporación y el rechazo donde se encuentra a veces las bases primitivas de la anorexia, implicando el comer, la asimilación y la destrucción simultáneamente

Chinchilla (1994) comenta el significado que tiene la AN para distintos autores. Primeramente, menciona que para Freud la anorexia, en sus primeros trabajos, es un síntoma de conversión histérica (expresión de erotismo oral). En los segundos trabajos ya ve matices depresivos, hay por una parte pérdida de apetito en las anorexias, y en el plano sexual, pérdida de la libido. Comenta que en 1927 Freud en su escrito de *La vida sexual* añade respecto a la anorexia, *el papel del trauma, ahora interno, la pérdida de la realidad, la perversión, el valor del fetichismo como negación del aparato genital y protección contra la angustia y la castración*. Asimismo refiere que para Abraham, *el hecho de comer significa inconscientemente quedar embarazada, lo que podría rechazar o inhibir la alimentación, siendo pues la anorexia secundaria al rechazo psicológico*. En cuanto a Feldman éste define la AN como una neurosis actual en relación con la crisis de maduración de la pubertad y no una estructura neurótica relacionada con una neurosis

posteriormente se produciría la generalización a los alimentos en general (Toro y Vilardell, 1987).

Toro (1996) cita a Ajuriaguerra, quien en 1976 refería que con frecuencia el hecho de comer esta ligado a unas preocupaciones sexuales, a la creencia de una fecundación por la boca y por la comida, como aparece en las fantasías imaginarias de la anoréxica. Estos fantasmas serían por tanto la expresión del temor a ser fecundada; la obesidad simbolizaría el embarazo, debido a un exceso de alimentación y donde el nacimiento sería una especie de exoneración. El problema puede centrarse a veces en un plano mucho más primitivo: incorporación del seno, objeto ambivalente benéfico y maléfico. Es en la lucha entre la incorporación y el rechazo donde se encuentra a veces las bases primitivas de la anorexia, implicando el comer, la asimilación y la destrucción simultáneamente.

Chinchilla (1994) comenta el significado que tiene la AN para distintos autores. Primeramente, menciona que para Freud la anorexia, en sus primeros trabajos, es un síntoma de conversión histérica (expresión de erotismo oral). En los segundos trabajos ya ve matices depresivos, hay por una parte pérdida de apetito en las anorexias, y en el plano sexual, pérdida de la libido. Comenta que en 1927 Freud en su escrito de *La vida sexual* añade respecto a la anorexia *el papel del trauma, ahora interno, la pérdida de la realidad, la perversión, el valor del fetichismo como negación del aparato genital y protección contra la angustia y la castración*. Asimismo refiere que para Abraham, *el hecho de comer significa inconscientemente quedar embarazada, lo que podría rechazar o inhibir la alimentación, siendo pues la anorexia secundaria al rechazo psicológico*. En cuanto a Feldman éste define la AN como una neurosis actual en relación con la crisis de maduración de la pubertad y no una estructura neurótica relacionada con una neurosis

infantil. Los conflictos a veces son reprimidos y otros son conscientes, siendo en consecuencia su polarización variada, así como la crítica.

Mara Salvini (citado en Chinchilla, 1994) bajo una óptica doble, existencial y kleiniana dice: La AN es una psicosis monosintomática, a medio camino entre la esquizofrenia y la depresión, y en realidad se explica como una defensa paranoide intrapersonal; situándola entre otros trastornos como la situación hipocondríaca, la dismorfofobia y la despersonalización somatopsíquica. La consecuencia sería el cuerpo distanciado por la escisión entre el yo corporal y el yo central.

Raimbault y Eliacheff (1991) mencionan que Ana Freud en 1936 define a la AN como el ascetismo de la adolescencia, sitúa la anorexia mental de la joven en lo que ella denomina los comportamientos ascéticos de la adolescencia, un modo de defensa propio de la edad. El ascetismo apunta al rechazo de plano de las pulsiones que la adolescente siente como amenazantes. Este rechazo, que primero concierne a las tendencias incestuosas de la prepuberal, se extiende luego a cualquier satisfacción pulsional, sea cual fuere.

Martínez de Bagattini (1995) comenta que la conducta anoréxica es fruto de un movimiento de deslibidación objetal profundo, en donde los objetos vivos son sustituidos por la búsqueda de la no-satisfacción del deseo y el recoger sensaciones sin cesar renacientes, pero nunca jamás satisfechas. Siendo el cuerpo propio paradójicamente también objeto de desinvertimiento y convirtiéndose en un cuerpo máquina para vaciar o llenar, en lo que denominan *cuerpo tubo*, que va tomando el lugar de toda relación viva y diversificada. Para Jammet los recuerdos parecen borrarse al borrar toda actividad fantasmática y sería producto de este empobrecimiento lo que las llevaría a un tipo de pensamiento operatorio, como el descrito por la escuela de Psicósomática Psicoanalítica de

París. Se anula todo proceso asociativo y la vida imaginaria, sentida como amenazante es eliminada (citado en Martínez de Bagattini, 1995).

La estética de lo feo obedece a la imperiosa necesidad de familiarizarse con las figuras espectrales pertenecientes al universo del narcisismo de muerte; por lo que la estética onírica de los anoréxicos revela las sombras sofocantes y asfixiantes del narcisismo de muerte tras la cuales se agitan, hormigueantes, fantasías donde la oralidad canibalesca y las angustias de devoración se entremezclan con fantasías de penetración y de violación. Por lo tanto, las ogresas de imagos y de objetos de amor perdidos para siempre parecen no tener a su disposición sino su cuerpo, y la fascinación del Otro que de él emanan, para denunciar cabalmente el dominio que ejercen sobre ellas espectros vampíreos incorporados en tiempos inmemorables Givre (1997)

Chinchilla (1994) menciona que Bruch en 1978 refirió que la anoréxica posee unos padres permanentemente en competición por sacrificar por su hija, mientras que al mismo tiempo le plantearían unas exigencias muy extremas, difícilmente realizables, especialmente en lo que concierne al aspecto físico, el comportamiento general de rendimiento (éxitos). Los problemas específicos que conducirían a la anorexia se iniciarían, en la primera infancia, básicamente en las situaciones de alimentación que ponen en contacto a la madre y al hijo, donde la madre, en estos casos, no reaccionaría coherentemente a los estados de privación o saciedad de la pequeña, impidiéndole una correcta discriminación de sus sensaciones internas. Bruch destaca tres trastornos centrales en la AN: la alteración de la *imagen corporal*, las *distorsiones interoceptivas* que afectan desde la sensación de hambre hasta las sensaciones afectivas, y el sentimiento de *ineficacia personal*.

Calvo (1992) informa que las señales afectivas no se perciben y la imagen corporal se distorsiona produciendo sentimientos de incapacidad o ineficacia. Por lo que cuando surgen los cambios en la pubertad: crecimiento, menstruación, cambios corporales, emociones, impulsos, sentimientos negativos, surge paralelamente la amenaza de la pérdida de control. Volviéndose la preocupación por el peso del cuerpo un intento de la paciente de manejarse con esta ansiedad, y el ayuno autoimpuesto un medio de controlar la madurez corporal.

Selvini en 1985 (citado en Toro y Vilardell, 1987) comenta que en el abordaje del problema anoréxico, las relaciones entre los padres juegan un papel central: en las relaciones de pareja, todo conflicto es negado dando la impresión de que no existen problemas entre ellos, sin embargo, cada uno de los padres ve con desagrado y rencor a su compañero. En lo concerniente a las relaciones con los hijos, cada padre parece satisfecho en cuanto a padre en la misma medida en que experimenta insatisfacción respecto al otro. El pequeño permanecerá así inmaduro e independiente.

Chinchilla (1994 p 81) menciona las formulaciones psicodinámicas de la AN, planteadas por Sours en 1974.

1. Sentimientos de culpa a raíz de la agresión contra la madre en relación con el conflicto edípico.
2. Apatía y depresión por la pérdida de objeto
3. Intento complaciente de acercarse a la madre a través de una identificación regresiva.
4. Deseos de muerte contra la madre via impulsos incorporativos destructivos
5. Relación hiperdependiente y seductora con el padre.

6. Respuesta de evitación ante un intenso conflicto postpuberal.
7. Intento de ganar autonomía e independencia en el comportamiento.
8. Rechazo del deseo de estar embarazada, mediante la privación de alimentos.
9. Tendencias sádico-orales y formación reactiva contra los impulsos incorporativos y destructivos.
10. Control pasivo y hostil de la familia que ha investido a la alimentación de un símbolo cultural.
11. Identificación femenina en los pacientes varones; deseo de eliminar la adiposidad asociada a la figura femenina.
12. Intento de controlar la sexualidad mediante la privación de alimento, que conduce a la interrupción del metabolismo sexual y, por tanto, de la excitación sexual.
13. Incapacidad de diferenciar las sensaciones que indican necesidad de alimentación de otros estados físicos y afectivos debido al desarrollo bajo la influencia y al servicio de alguna otra persona.
14. Perturbaciones de la imagen corporal, de la percepción y reconocimiento de los estados físicos, omnipresente sensación de ineficacia.

6.6 Sistémica:

Calvo (1992) refiere que la AN ha sido considerada **paradigmática del trastorno psicossomático**, en el que la disfunción familiar se expresa en la sintomatología somática de un miembro. Por lo que es considerada como una rebeldía ante la situación de opresión y de valores de autosacrificio familiares. Asimismo menciona que para Selvini-Palazzoli las pautas de comunicación familiar están alteradas, destacando los conflictos matrimoniales, los problemas de liderazgo, la negación de los mensajes de comunicación, **alianzas**

encubiertas y gran rigidez. Para Toro y Vilardell (1987) el enfoque sistémico propuesto por Minuchin y cols.; en 1978 ve a la anorexia como un trastorno psicossomático gestado en un ambiente familiar donde

- 1.- Relaciones familiares que adoptan una forma de proximidad extrema entre los individuos, con muy escasa definición de los límites entre ellos.
- 2.- Sobreprotección generalizada hacia los hijos.
- 3.- Rigidez en el mantenimiento de la situación actual, con evitación y no aceptación de los cambios propios de la evolución infantil y adolescente.
- 4.- Ausencia de resolución de los conflictos que se producen.
- 5.- La implicación del hijo en la conflictividad conyugal es considerada como un factor clave en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología (p 164).

La anorexia no toma responsabilidades sobre su conducta, que está fuera de su control porque "está enferma" (Calvo, 1992 p.215).

7. TRATAMIENTO DE LOS DESORDENES ALIMENTARIOS.

Como resultado de la falta de conciencia de enfermedad, las mujeres que padecen un trastorno alimentario no tendrán la necesidad por si mismas de acudir a tratamiento, son en este caso los familiares, que al darse cuenta del estado físico en el que se encuentran, quienes deciden llevarlas al médico.

Para Morandé y Graell (2000) el tratamiento se inicia por los factores etiopatogénicos de mantenimiento, los factores predisponentes son tratados con posteridad, los factores precipitantes son de poca prevalencia, siendo la definición de los mecanismos de mantenimiento en cada caso el primer paso para iniciar el tratamiento.

El objetivo inmediato del tratamiento es volver a comer, pero la ganancia de peso es frecuentemente temporal, a menos que la paciente sea consciente de los sentimientos que la han llevado a la anorexia. Por tanto, el tratamiento debe constar de terapia nutricional y de comportamiento, terapia cognoscitiva (dando información sobre el desorden), psicoterapia individual y de grupo, y consejería familiar (Papalia, y Wendkos, 1993).

El tratamiento de la anorexia nervosa (AN) es difícil, duro y suele tener un largo recorrido, ya que se considera que para que se den los cambios necesarios debe pasar un promedio de dos a cuatro años (Calvo, 1994)

Es fundamental para el tratamiento que, desde los primeros momentos de contacto con la paciente se intente que la relación con el terapeuta sea posible, por lo que no hay que tener prisa y se utilizaran las sesiones necesarias para que se fomente un clima de confianza en el que no vea al terapeuta como un aliado de su familia con una misma finalidad, que es engordarla. De hecho el objetivo terapéutico no debe ser que engorde, aunque esto será una consecuencia lógica de la mejoría terapéutica (Ortiz, 1997)

Para Garner (2000) existen muchas formas de tratamiento recomendadas para la AN y la mayoría puede lograr resultados positivos. Existe el acuerdo general sobre la importancia de la restauración del peso corporal en combinación con una o más terapias que están diseñadas para dirigirse a los problemas psicológicos que han llevado al desarrollo y mantenimiento del desorden alimentario. En muchos casos, los diferentes tratamientos estarán sujetos a las necesidades de la víctima y su familia. Éstos pueden incluir la educación, hospitalización, cuidado parcial o tratamiento de hospital de día, psicoterapia individual, terapia familiar, terapia de grupo, asesoría nutricional, grupos de apoyo, y de vez en cuando, tratamiento farmacológico. Garner, propone los siguientes factores como determinantes en la elección del tipo de tratamiento a seguir: 1) edad de la víctima, 2) los arreglos vivientes actuales, 3) duración del desorden, 4) la condición médica global, incluso estado de peso actual, 5) otros síntomas del desorden alimentario (atracones, vómitos, uso y abuso de laxantes), 6) pobre resultado en tratamientos anteriores, 7) severidad de otros síntomas psicológicos asociados, como depresión, dificultad para controlar impulsos, y problemas de personalidad. En cuanto a los objetivos globales de tratamiento, menciona: 1) ganancia gradual de peso a un nivel que permita para empezar periodos menstruales normales, 2) normalización de la ingesta alimentaria, 3) eliminar conductas de dominio de peso inapropiadas, 4) mejora en las complicaciones médicas, 5) ayudar a la víctima a cubrir con cambios la ingesta y el peso, 6) la dirección de los problemas psicológicos y familiares que han causado el desorden o que lo han llevado a mantenerse a través del tiempo.

A continuación se expondrán algunas pautas de tratamiento para la anorexia y bulimia nervosas desde distintas orientaciones.

Calvo (1992) refiere la importancia de mencionar que el objetivo del tratamiento, es producir un cambio pausado en el que se necesita diferenciar dos grandes fases. En la primera fase, es vital tratar de proteger la salud de los pacientes, reinterpretar la enfermedad, incrementar la autoconciencia y proveerlos de algunos recursos, para poder pasar a una segunda fase en las que se les pide una responsabilidad en su autocuidado y el afianzamiento de sus habilidades de imitación. Lograr establecer una colaboración sincera de los pacientes es lograr casi la mitad del tratamiento.

Según Ortiz (1997) el tratamiento tendrá que ser realizado en régimen de hospital o en régimen ambulatorio y requerirá, en muchos de los casos, tres tipos de intervenciones: individual, de grupo y familiar. Si el estado de la paciente es grave y necesita ser hospitalizada, la función inicial del psicólogo será apoyar a otros profesionales implicados como el especialista en nutrición, el médico y el psiquiatra, debido a que en esta primera fase lo primordial es proteger la vida del paciente consiguiendo un establecimiento físico mínimo que le permita proveerla de los recursos suficientes para poder intervenir en el resto de las áreas afectadas.

7.1 Tratamiento hospitalario:

Garner (2000) menciona que la hospitalización raramente es suficiente para curar un desorden alimentario. Ésta normalmente involucra la recuperación gradual de peso y el re-aprender a comer de manera saludable. Una de las ventajas del tratamiento del hospital es

que proporciona un ambiente seguro donde se puede supervisar la comida y peso cuidadosamente mientras se exploran preocupaciones psicológicas

Ortiz (1997) menciona que en la intervención hospitalaria se negocia con la paciente un peso y talla mínimo, y un peso de posible reingreso, siempre tomando en cuenta las características físicas, edad y talla de cada paciente. Se establecerá una dieta equilibrada en la que no tenga que enfrentarse a aquellos alimentos que mayor fobia le producen; después se establecerá un programa de refuerzos positivos y de extinción para la normalización del peso y la comida. Estando los refuerzos positivos encaminados a conseguir adecuadas formas de comer así como a aumentos progresivos de peso, para ello se les otorgaran determinados privilegios o premios conforme vaya consiguiendo los objetivos terapéuticos y se extinguirán los hábitos relacionados con formas inadecuadas de comer. Tales refuerzos deberán ser aplicados por todo el personal a cargo, el cual tendrá conocimiento de los puntos a seguir para que exista una clara concordancia entre ellos. Menciona la necesidad de controlar el incremento de peso, así que deberán de ser pesadas con la frecuencia necesaria, según el caso, prestando especial atención a los posibles engaños (llevar objetos pesados en la ropa) para aumentar el peso. Por último, antes de que la paciente vuelva a su casa es necesario prepararla, al igual que a sus familiares con respecto a las situaciones estresantes que tendrán que afrontar

7.2 Tratamiento para pacientes externos:

Según comentan Beumont y Russel (1993) el tratamiento del paciente ambulatorio comienza con un breve ensayo de terapia. Si no se da la mejoría esperada a corto plazo, el terapeuta debe insistir en la admisión, sin embargo, una proporción sustancial de pacientes logra funcionar como enfermos ambulatorios ya que no presentan un estado severo de

emancipación, no tienen complicaciones médicas, se encuentran motivadas para el cambio, y cuentan con el apoyo de amigos y familiares. Refieren, los autores, que las ventajas del tratamiento ambulatorio son su bajo costo, y que hecho de que evita el estigma de admisión y el peligro de ser influenciado por las conductas de otros pacientes, causando menos ruptura a la vida del paciente.

Para Ortiz (1997) en el tratamiento ambulatorio individual, las diversas técnicas empleadas se van intercalando de forma que traten todos los aspectos alterados evaluados anteriormente. 1) *educación en nutrición* consiste en explicar las consecuencias de una mala nutrición, la poca capacidad de los laxantes, diuréticos, etc , para conseguir un peso estable, y todos aquellos conceptos erróneos relacionados con el aspecto nutricional, 2) en *la reestructuración cognitiva* es necesario modificar las cogniciones irracionales a través de la discusión y contraste con los parámetros objetivos para adecuar sus evaluaciones a la realidad; 3) en la *desensibilización sistémica o técnicas de inoculación del estrés* hay que incidir en todas las situaciones productoras de ansiedad y fobia; 4) en *las técnicas de relajación o de auto-observación positiva* para el desarrollo de la auto-conciencia corporal, debe incluir aspectos perceptivos, emocionales y motores

Gamer y Needleman (1996) mencionan que los programas de tratamiento de día proveen la estructura necesaria durante las horas de comida y por las tardes cuando pacientes con desórdenes alimentarios están más vulnerables a presentar atracones u otros síntomas relacionados con el trastorno. Asimismo, los programas de día también permiten a los pacientes la flexibilidad de trabajar o asistir a la escuela mientras aún reciben tratamiento intensivo; por lo tanto estos programas permiten la re-introducción gradual a una vida normal en un lugar que satisfaga las necesidades individuales de los pacientes

Finalmente, mencionan como ventaja de los programas de día, su bajo costo económico en comparación con los programas de hospitalización.

7.3 Orientación cognoscitivo-conductual:

Los hábitos alimentarios anómalos y las estrategias patológicas para el control de peso son las más obvias señales de un desorden alimentario. Como resultado de la unión teórica entre cognición y conducta, la terapia cognoscitivo-conductual para los trastornos alimentarios enfatiza la modificación de ambos disturbios; la conducta alimentaria y la cognición relacionada al cuerpo y la alimentación Williamson y Muller (1999) La mayoría de los programas del tratamiento incluyen técnicas de modificación de conducta, y buscan que el paciente tenga acceso a actividades agradables dependientes de la ganancia de peso (Beumont y Ruseel, 1993).

En el programa de técnicas conductuales llamado procedimiento de control de estímulos, los antecedentes de patrones alimentarios anómalos son disminuidos para incluir sólo aquellos hábitos que promueven una alimentación saludable. Los cambios en los estímulos para controlar la sobreingesta son modificados utilizando planeación de comidas, alteración del paso de alimentación y el automonitoreo de la conducta alimentaria y de las conductas purgativas. En el método de reestructuración cognitiva, los pensamientos irracionales son identificados, confrontados, y remplazados con vías alternas racionales de pensamiento. La terapia de imagen corporal involucra la exposición del estímulo de la imagen corporal (por ejemplo, ver el cuerpo en un espejo), eliminación de la excesiva inspección del cuerpo, y la reestructuración de pensamientos intrusivos relacionados a la forma corporal (Williamson y Muller, 1999)

7.4 Terapia individual:

Garner (2000) se refiere a la psicoterapia individual como la piedra angular en el tratamiento de la AN, particularmente para aquellas víctimas que están más allá de la adolescencia y no viven con la familia. Este tipo de terapia proporciona un lugar seguro para aprender a identificar preocupaciones, resolver problemas, superar miedos, y prueba las nuevas habilidades. La víctima debe sentirse en confianza y confiar en el terapeuta.

López (1995) menciona que en el enfoque de la psicología del self el trastorno alimentario radica en los problemas de separación-individuación. Para los pacientes anoréxicos, su cuerpo es la expresión de su grandiosidad infantil, su cuerpo debe ser perfecto y tenerlo totalmente bajo control, intenta negar la necesidad de selfobjects, al no comer, sintiéndose fuerte y superior a los demás. Siendo éste el antídoto para sus sentimientos de debilidad y de insuficiencia relacionada a sus verdadera carencia de selfobjects. Desde este enfoque, el terapeuta debe funcionar como un yo auxiliar activo, empático, espejador de las necesidades del paciente, como un regulador de tensiones. No sólo debe tranquilizar al paciente sino que también debe anticiparse a su angustia, enseñarle a controlarla. El terapeuta debe permitir la idealización, ya que es por medio de una transferencia idealizante como dirigirá al paciente a que coma. Para encaminar a la resolución del problema, el terapeuta deberá favorecer el proceso ya mencionado y espejear la grandiosidad del paciente, ya que lo que éste requiere es atención, debido a que ignora y devalúa sus propias necesidades y valores.

Bachar (1998) refiere que la psicología del self, atribuye un papel terapéutico central al esfuerzo realizado por el terapeuta para entender y reconocer la perspectiva del paciente. Las defensas son vistas como un intento crucial por proteger un ego vulnerable de vaciamiento extenso o fragmentación. En el paciente, las conductas autodestructivas son

utilizadas para restaurar, mantener y dar sentido al ego. En otros enfoques terapéuticos las conductas anómalas son vistas como intentos suicidas, mientras que en el enfoque mencionado, tales conductas responden a un esfuerzo curativo.

7.5 Terapia familiar:

Garner y Needleman (1996) mencionan que la terapia familiar puede ser considerada como algo complementario a la terapia individual en pacientes de mayor edad que viven fuera del hogar, cuando los conflictos familiares predominan. En ese caso, la decisión para iniciar terapia familiar puede seguir al descubrimiento de un trauma descubierto previamente, tales como abuso sexual dentro de la familia, los cuales amenazan el progreso de la terapia individual. Los autores comentan que en estos casos la terapia familiar puede ser breve pero intensiva.

Ortiz (1997) informa que en el tratamiento familiar se busca el apoyo familiar para el restablecimiento de la paciente, ya que cuando no se da, la recuperación de la paciente puede ser más lenta o llegar a estancarse. El objetivo de trabajar con la familia es detectar aquellos aspectos de la relación familiar que están manteniendo el problema, con el fin de dar pautas de comportamiento familiar más saludables, así como habilidades para afrontar situaciones de enfrentamiento y descontrol tan habituales en un hogar de una chica con anorexia.

Garner (2000) comenta que en la terapia familiar se evalúa el impacto del desorden en la familia y se ayuda a los miembros a superar la culpa, se desarrollan estrategias prácticas para superar el desorden. En algunas situaciones, se verá a la familia junta en todas las ocasiones, en otras, un terapeuta verá a la familia y otro verá a la paciente con desorden alimentario. En otros casos, los padres pueden ver por separado a un terapeuta.

para trabajar con las preocupaciones matrimoniales. En la terapia familiar se pueden explorar varias áreas que resalten fuerzas familiares, pueden mejorarse las habilidades de comunicación y toma de decisiones, y pueden dirigirse conflictos familiares. El resultado es una mejora global en la función familiar.

Para Calvo (1992), con la familia ya sea en grupo o en forma individual, se trabaja con la enseñanza de los principios conductuales, resaltando la importancia de la atención como refuerzo potente en el mantenimiento de la conducta; se da tratamiento a la ansiedad producida por temas tales como la muerte de la hija, su independencia, las posibles relaciones sexuales, etc., la posible recaída y el tiempo de recuperación. Se evalúa y hasta se llegan a reestructurar, si lo amerita, las ocupaciones de la madre, sugiriendo actividades que no le permitan estar tan pendiente de la paciente. Se da inicio o incremento de actividades de ocio que sirvan como cura a los hijos. Si es necesario se canalizará a los padres a terapia de pareja. Se busca cambiar el énfasis en los aspectos negativos de la intimidad de los hijos, al igual que debe permitirse la expresión de su desesperación y de sus ideas de fracaso.

Yunes (00) menciona que dentro de la terapia familiar, la joven anoréxica es vista como integrante de una familia psicósomática. En estas familias donde se fallan los mecanismos adaptativos y las pautas relacionales se rigidizan, es necesario alcanzar un proceso interaccional más flexible, por lo que el terapeuta enfatiza el derecho de cada individuo de defender su propio espacio psicológico, se insiste en que los miembros de la familia hablen por sí mismos, que la paciente sea escuchada y que se le preste la atención necesaria. Estas intervenciones provocadas por el terapeuta tienden a reforzar el derecho a las acciones individuales y a aumentar la diferenciación, lo que llevará a las familias a ser conscientes de sus maniobras intrusivas. Menciona que, con frecuencia, la paciente

anoréxica con sus síntomas ayuda a la familia a ocultar problemáticas más profundas, que éstas no están dispuestas a resolver o a enfrentar. Por esto puede suceder que cuando la paciente mejora la familia abandona el tratamiento; siendo la función del terapeuta el delimitar el subsistema de los padres del subsistema de los hijos, tratando que existan barreras claras entre los subsistemas, evitando así las intrusiones.

López (1995) habla de la función del terapeuta, de cómo éste utiliza calor y sensibilidad para establecer relaciones cercanas con cada miembro familiar, induciendo el cambio a través del soporte, ternura y humor. El terapeuta sugiere a la familia que el paciente debe ganar de $\frac{1}{2}$ a 1 kg. por semana y si falla habrá una consecuencia conductual como restricción de actividades.

O'Halloran (1999) cita el abordaje de la AN desde el acercamiento enfocado en la solución del problema, en este tratamiento no solo se trabaja con la familia dentro del espacio terapéutico para proporcionar recursos y apoyo a la paciente. En este acercamiento se ve al paciente como el experto en su propia vida, se busca el desarrollo de la misma a través de sus propias soluciones; a menudo explorando las excepciones (casos donde el paciente no experimente el problema presentado), y usando preguntas que lo animen a lograr estrategias dirigidas a conductas más saludables. Refiere que, el proceso empieza por averiguar aquello que al paciente le gustaría cambiar en su vida (probablemente se enfocara en sus problemas, pero es importante aceptar la descripción de los mismos), posteriormente, es importante inquirir sobre los cambios que se darán después de trabajar los problemas llevados a terapia, posibilitando la planeación del futuro. Finalmente, el terapeuta se enfoca en las excepciones a problemas, para mostrar como la propia conducta del paciente a veces documentan la habilidad para cubrir con los problemas lo que ellos quieren resolver. Asegura que, este enfoque mejora las propias percepciones de confianza,

autoeficacia y aumenta al máximo los propios recursos para generar nuevas maneras para construir fuerzas que permitan superar problemas.

7.6 Terapia de grupo:

Para López (1995) es de suma importancia tener en cuenta que el trabajar en grupo resulta en sí difícil. Por tal motivo es necesario que el terapeuta posea experiencia tanto en psicoterapia individual como de grupo. Así mismo, debe ser maduro y libre de conflicto de sus propias conductas alimenticias, de su peso y su figura; su estilo debe facilitar la expresión individual y la interacción interpersonal, al mismo tiempo que estimule un sentido de autonomía y efectividad en el paciente.

Ortiz (1997) sugiere trabajar con un grupo de 4 o 6 participantes con una duración entre hora y media y dos horas, aproximadamente durante un año; el terapeuta debe asumir un papel directivo que coordine, estructure y oriente cada una de las sesiones. Las técnicas utilizadas son aquellas encaminadas a moderar los pensamientos distorsionados, ya que la finalidad es conseguir pensamientos y actitudes moderadas e intermedias que no vayan de un extremo a otro, también, se utilizan técnicas que favorezcan las habilidades sociales y la resolución de problemas, tales como problemas de adaptación y de relación con sus pares y familiares. Menciona que un aspecto importante del trabajo en grupo es la oportunidad que tienen las pacientes de expresar los sentimientos que les ayuden a sentirse comprendidas, a ponerse en el lugar del otro, así como a reconocer y poder manejar sus propios sentimientos negativos.

Garner (2000) informa que la terapia de grupo puede jugar un importante papel tanto como parte del tratamiento del hospital o como parte de un programa de paciente ambulatorio. Habla de la existencia de muchos diferentes tipos de grupos, cada uno con

distintas metas y orientaciones. Algunos grupos son realmente *tarea-orientado* y pueden enfocarse en la comida e ingesta, imagen del cuerpo, habilidades interpersonales y entrenamiento profesional. Otros grupos desarrollan una comprensión de los factores psicológicos que pudieron haber llevado al desarrollo del desorden alimentario. Los grupos pueden ayudar a tratar con otros síntomas emocionales asociados, como ansiedad, depresión y enojo; al igual que pueden ser muy eficaces ayudando a reducir la culpa, vergüenza y aislamiento que pueden ocurrir en un desorden alimentario. Asimismo, las experiencias compartidas con otros en un grupo pueden llevar a visiones importantes con respecto a las estrategias para la recuperación.

Calvo (1992) sugiere que en la mayoría de los casos, el grupo se conforma únicamente con pacientes con anorexia nervosa, aun cuando en ese momento estén en un peso normal; es conveniente incluir tanto a las restrictivas como a las bulímicas, al igual que a aquellas parcialmente recuperadas ya que pueden ser un modelo favorable. Holtz y Tena (1995) refieren que los grupos mixtos, en donde hay personas que padecen anorexia y algunas que padecen bulimia sin purga, permite que las pacientes se den cuenta que aunque posean características internas y externas diferentes, todas presentan estructuras de pensamiento muy similares alrededor de la comida, la imagen corporal, el peso y la figura corporal; lo cual es muy importante ya que les brinda una imagen real y la actualización de sus deseos. Ya que, el grupo puede servir como confrontador de las creencias erróneas acerca del peso y la figura y servir como reforzador de conductas sanas.

Polivy (citado en Calvo, 1992) refiere que la terapia de grupo de enfoque cognoscitivo-conductual, se ha realizado fundamentalmente como un componente más de los programas de tratamiento durante el tiempo de ingreso.

7.7 Terapia farmacológica:

Garner (2000) explica que generalmente se está de acuerdo en que el tratamiento farmacológico por si solo es ineficaz, ya que la depresión y otros problemas emocionales a menudo son secundarios a la inanición, es mejor contar a la comida como la medicación de opción, promoviendo la restauración del peso corporal.

Morandé y Graell (2000) indican que, la psicoterapia necesita en muchos casos de la psicofarmacoterapia y en todos los casos del cuidado médico del paciente con trastorno alimentario dada su alta morbilidad. En la AN sin comorbilidad psiquiátrica, la más frecuente, salvo en hospitalizados, no se usa medicación. Se utiliza si hay un cuadro depresivo, de angustia u obsesivo- compulsivo asociado (la sintomatología depresiva, de angustia y obsesiva propia de la AN no constituye un cuadro asociado) A diferencia de la AN, la BN se trata farmacológicamente con inhibidores de la recaptación de serotonina. Una parte importante de los pacientes, se benefician de la medicación como coadyudante del tratamiento cognoscitivo-conductual.

Como se menciono anteriormente, la bulimia puede ser tratada por un número de técnicas terapéuticas, que incluyen terapias de la conducta y cognoscitivas, psicoterapia, terapia familiar, tratamiento en el hospital y terapia farmacológica, ya que la bulimia es relacionada con depresión. La causa mas frecuente de muerte entre los bulimicos es el suicidio y así, el medicamento antidepresivo puede ayudar a el tratamiento de la bulimia, indicando que la enfermedad y su mas terrible consecuencia pueden ser tratadas al mismo tiempo (Papalia, y Wendkos, 1993)

La finalizacion del tratamiento varia de paciente a paciente y de familia a familia y aunque se han manejado ciertos intervalos de tiempo, no siempre son los mismos. Calvo (1992) menciona que la terminación del tratamiento raramente se puede planificar de forma

adecuada ya que cuando están mejor, necesitan irse para demostrarse que pueden recuperarse ellas solas. La norma es confiar en sus posibilidades y no provocar su hostilidad. La posibilidad de volver queda abierta al igual que el mantener contacto con el terapeuta. Las sesiones de seguimiento, el contacto por teléfono y carta facilitan la petición de ayuda en las dificultades futuras

7.8 Eficacia y desventajas del tratamiento:

Garner y Needleman (1996) mencionan que los programas de tratamiento de día proveen la estructura necesaria durante las horas de comida y por las tardes cuando pacientes con desórdenes alimentarios están más vulnerables a presentar atracones u otros síntomas relacionados con el trastorno. Asimismo, los programas de día también permiten a los pacientes la flexibilidad de trabajar o asistir a la escuela mientras aún reciben tratamiento intensivo, por lo tanto estos programas permiten la re-introducción gradual a una vida normal en un lugar que satisfaga las necesidades individuales de los pacientes. Finalmente, mencionan como ventaja de los programas de día, su bajo costo económico en comparación con los programas de hospitalización

Para Beumont y Russel (1993) el tratamiento del paciente ambulatorio puede aumentar significativamente el riesgo de que el paciente se vuelva invalido en casa. En cuanto al régimen hospitalario mencionan la necesidad de capacitar al personal a cargo del cuidado de las pacientes, debiendo existir una estructura ordenada, inequívoca con comunicación para prevenir la falla de estrategias. Esto es importante para que tanto las pacientes como sus familias no etiqueten a los miembros del personal como bueno o malo

Ahora bien, es importante que se eduque, oriente y dirija al personal a entender sus propias reacciones ante las conductas de la paciente (Beumont y Russel, 1993) En lo

referente a la eficacia de los procedimientos psicoanalíticos Mateos y Solano (1997) refieren que autores como Hsu en 1986, Vandereycken y Meerman en 1984, Toro y Vilardell en 1987, y Herscovici y Bay en 1990, critican la excesiva generalización de sus postulados, la escasa contrastabilidad de los mismos, el hecho de basar la psicoterapia en la percepción actual que tiene el paciente de su pasado, y el hecho de que el tratamiento de los trastornos alimentarios requiere de un enfoque directivo que no es compatible con el enfoque psicodinámico clásico.

Bachar (1998) comenta que, la eficacia del tratamiento de los desórdenes alimentarios desde un enfoque de la psicología del self, fue investigado en un estudio controlado de 33 pacientes, comparándolo con un tipo específico de terapia cognoscitiva; encontrando que la psicología del self obtiene significativamente mejores resultados, logrando desaparecer la sintomatología abierta y la dimensión intrapsíquica de la cohesión del ego.

En cuanto a la terapia familiar, en los pacientes jóvenes se hace necesaria la participación activa de la familia en la intervención terapéutica como de reorganizar el sistema de contingencias del medio y las pautas de interacción entre los diferentes miembros de la familia. En cambio, en pacientes de mayor edad parece resultar más eficaz orientar el tratamiento haciendo que éstos organicen su vida de forma progresivamente más autónoma e independiente del medio familiar (citado en Mateos y Solano, 1997)

Para Garner y Needleman (1996) la evidencia sobre la relativa efectividad de la terapia individual y terapia familiar es limitada, sin embargo, en anorexia nervosa existe cierto soporte empírico para la terapia familiar como una modalidad preferida en los pacientes más jóvenes. Aunque es clínicamente lógico el involucramiento de la familia en el tratamiento de los pacientes más jóvenes, aún no hay suficiente evidencia de la utilidad

de la terapia familiar en pacientes mayores. La eficacia de los procedimientos conductuales para el tratamiento de los trastornos de la alimentación parece bastante probada.

A éste respecto, Mateos y Solano (1997) citan a Agras y Wernke quienes en 1978 encontraron que el reforzamiento positivo y negativo, la retroalimentación informativa y la incorporación progresiva de dietas de mayor contenido calórico, eran los procedimientos más eficaces para regular la ingesta calórica y el peso en la anorexia nervosa. Igualmente, se remiten a autores como Channon, De Silva, Hemsley y Perkins quienes en 1989 estudiaron la eficacia diferencial de los tratamientos cognoscitivo-conductuales frente a los tratamientos conductuales clásicos en 24 pacientes con AN, encontrando que había diferencias significativas en algunas de las medidas que se analizaron y sugirieron que la terapia cognoscitivo-conductual como tratamiento de elección en la AN. En cuanto a la BN, mencionan que, numerosos autores han propuesto la terapia cognoscitivo-conductual como el método terapéutico que ha conseguido mejores resultados en dicha patología.

Morandé y Graell (2000) comentan que las psicoterapias cognitivo-conductuales adaptadas para bulimias tienen muy buenos resultados a corto plazo y permiten al paciente una calidad de vida satisfactoria. Estas técnicas incorporan indicaciones de alimentación que hacen innecesaria la constante intervención médica en estos aspectos, salvo para su supervisión y control de complicaciones.

Williamson y Muller (1999) mencionan como dificultad del tratamiento cognoscitivo a la incapacidad por entender el problema de discusión en términos diferentes de aquellos sostenidos por el paciente. Este tipo de discusión entre el paciente y terapeuta normalmente tiene la percepción de terco, resistente a los cambios en actitud y conducta. Por eso mismo, es importante que el terapeuta entienda que el paciente puede ser incapaz de formular una nueva creencia o expectativa debido a los recuerdos torcidos que son

central a la psicopatología de la AN y BN. Si lo entiende el terapeuta, podrá manejar sus propias frustraciones con el paciente, quedando claro el rechazo y/o resistencias. Así mismo reportan que autores como el propio Williamson, Womble, y Zucker en 1998, encontraron evidencias que apoyan la eficacia de la terapia cognoscitivo-conductual para la BN. Por último, refieren que la longitud de terapia del enfermo ambulatorio para la BN generalmente es de 4 a 6 meses con aproximadamente 60% de mejoría significativa, y como pacientes con AN a menudo requieren hospitalización, seguida por hospitalización parcial (de día), y una terapia ambulatoria larga.

Holtz y Tena (1995) mencionan que en la terapia de grupo existe una continua comparación y competencia entre los miembros del mismo, llegando a superar el síntoma y otras conductas para poder mostrarle a los demás que esto sí es posible, y convertirse en las primeras del grupo en lograrlo. Con esto los autores comentan la posibilidad de perder el objetivo terapéutico real existiendo el peligro de que, en cuanto la paciente deje el grupo y ya no sienta la presión externa causada por el mismo, vuelva al síntoma, también existe el inconveniente de que, cuando la paciente no puede dejar el síntoma por mucho tiempo, y al sentir esto como un fracaso, prefiere abandonar el grupo para no evidenciarse ante los demás. Asimismo, hay que recordar que algunos pacientes utilizan al grupo como una resolución de crisis y cuando ésta pasa, dejan al grupo. Por eso, en ocasiones, los pacientes al ya no presentar el síntoma creen que por ello la terapia debe terminar, y no permiten resolver otros conflictos subyacentes al mismo.

López (1995) refiere que Garner y Garfinkler en 1988 afirmaron que la psicoterapia de grupo en pacientes con desórdenes de alimentación presenta algunos obstáculos como resultado de la incapacidad que poseen estos pacientes en las relaciones interpersonales.

baja autoestima y la hipersensibilidad a la crítica imaginaria o real por parte de los miembros del grupo, provocándoles gran ansiedad.

Holtz y Tena (1995) refieren que Yalom en 1975 mencionó la importancia de una elección cuidadosa para la formación de un grupo para lograr su efectividad. Para los pacientes que muestran un alto nivel de negación, alta somatización, baja motivación y poca capacidad de socialización no se recomienda una terapia grupal, al igual que para aquellos que poseen un grado extremo de inanición, aquellos que aún se encuentran en una etapa de negación de la enfermedad o pacientes que presentan brotes psicóticos o conductas psicópatas.

En cuanto a su efectividad, López (1995) informa que la efectividad en la terapia de grupo ha sido demostrada por Yalom, quien en 1990 observó que los pacientes en contraste a las relaciones experimentadas en sus familias, en el grupo sus sentimientos son reconocidos y aceptados por otros, experimentando cercanía y apoyo emocional.

Espina, Ortega y Ochoa (2001) midieron la eficacia de dos intervenciones: terapia familiar sistémica y grupo de apoyo de familiares, más terapia de grupo para las pacientes con el fin de mejorar la alexitimia, ansiedad y depresión en pacientes ambulatorios con trastorno alimentario, encontrando que ambos tratamientos fueron significativamente efectivos para reducir la alexitimia, ansiedad y depresión. La terapia familiar sistémica produjo una mayor reducción de síntomas que la de grupo de apoyo de familiares más terapia de grupo para las pacientes, especialmente en pacientes con bulimia nervosa.

Mateos y Solano (1997) explican cómo la terapia farmacológica por sí sola no parece resultar útil en el tratamiento de la anorexia nervosa, sin embargo, una vez que el paciente ha recuperado un estado nutricional adecuado puede combinarse la terapia farmacológica y la terapia cognoscitiva conductual si el paciente sigue presentando grave

psicopatología secundaria asociada al trastorno (ansiedad y/o depresión, principalmente). Frente a lo que se comentó respecto a la AN, la terapia farmacológica si se ha mostrado útil en el tratamiento de la BN. En este sentido, los autores citan a Hofman y Hamil quienes en 1993 señalaron que algunos antidepresivos, el carbonato de litio, diferentes anticonvulsivos, antagonistas de los opiáceos y otros fármacos que promueven la actividad serotoninérgica han sido utilizados con éxito en pacientes con BN. Mencionan que sólo deben considerarse antidepresivos donde la depresión no mejora (como normalmente pasa) con la ganancia de peso. Sin descartar la posibilidad de que los tricíclicos provoquen el riesgo de arritmia cardíaca y severa hipertensión, sobre todo en quienes la purga y el vómito las han llevado a la deshidratación y el trastorno cardíaco, la clomipramina puede ser parecer indicado en pacientes obsesivos aunque a veces les produzca náuseas y estreñimiento. En cuanto al insomnio, el sueño mejorara con la recuperación del peso y por técnicas conductuales dirigidas a reducir la ansiedad.

Según una entrevista realizada por el diario médico a Toro (2001) en relación a la eficacia de los psicofármacos, el autor menciona que las drogas no pueden actuar, posiblemente porque el sistema nervioso central no responde cuando la desnutrición es severa. Se sabe que la alteración del sistema serotoninérgico es un hecho, pero los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son ineficaces. En cuanto a la bulimia, el autor ha subrayado que la estrategia debe ser preferiblemente mixta, en la que se aúnen las medidas psicoterapéuticas y las farmacológicas, sobre todo si tenemos en cuenta que con la psicoterapia se ha logrado que se reduzcan las recaídas.

7.9 Pronostico:

Flores (1995) se remiten a Garfinkel y Garner quienes apuntan que uno de los factores que hacen negativo el pronóstico es la obesidad previa al trastorno, al igual que cuanto más bajo fuera el peso en el momento de la consulta, podría considerarse como peor el pronóstico. Así mismo, refieren lo comentado por Slade quien menciona que en relación a la imagen corporal, los estudios demuestran que las anorexicas que más sobrestiman su cuerpo en el momento de salir del hospital, tienen más probabilidades de recaer que quienes muestran distorsiones menores o una percepción normal.

Howard (1999) refiere que tanto el peso corporal y el tiempo de padecimiento de la AN al momento del internado al hospital, son dos de los predicadores más importantes para el resultado del tratamiento a corto plazo para poder transferirlas a un nivel menos intensivo de cuidados.

Garner (2000) afirma que aunque la restauración de peso puede ocurrir rápidamente una vez que el tratamiento empieza, la completa recuperación puede llevar varios años. Aproximadamente el 75% de aquellos con anorexia nervosa continúan mostrando mejora después del tratamiento inicial con un 45% teniendo resultados excelentes y otro 30% mejorando considerablemente. Aproximadamente el 20% de quien recibe tratamiento permanece seriamente dañado y entre el 2% y el 10% mueren debido al trastorno alimentario. Normalmente se relacionan las muertes a las complicaciones de inanición o suicidio. Las proporciones de muerte parecen disminuir debido a la mejora de tratamientos. La recaída puede ocurrir durante los periodos de tensión. Con el tratamiento adecuado y un fuerte deseo de cambiar, aquellos que han tenido anorexia nervosa pueden vivir productiva y satisfactoriamente dentro de vidas saludables.

Walsh y Devlin (1998) comentan que a pesar de los adelantos, los métodos del tratamiento farmacológico actuales para BN tienen limitaciones. Incluso en el mejor de los casos, la medicación del antidepresivo y fallan para 33% a 50% de las pacientes, se necesitan tan nuevas intervenciones penosamente. Además, terapeutas con la especialización en trastornos de la alimentación pueden ser difíciles de encontrar fuera de centros establecidos, por lo que varios investigadores han empezado a explorar la utilidad de manuales de autoayuda basados en los principios de los trastornos alimentarios.

Garner (2000) nos recuerda que la anorexia nervosa a menudo es una enfermedad crónica en la que incluso aquellos pacientes que llegan a recuperarse pueden tardar años en lograrlo requiriendo, a veces, varias admisiones, por eso mismo se debe ser realista en las expectativas y tener presente esa probabilidad. Las recaídas de un paciente anoréxico son vividas con enojo y frustración, al comprender que las dificultades de tales pacientes son tan reales como las de cualquier otra enfermedad, se encontrará el tratamiento de estos pacientes interesante y premiado.

Mateos y Solano (1997) refieren que para Garfinkel y Garner en 1982 al igual que Steinhausen y Glanville en 1983, la obesidad previa y la presencia de trastornos de la ingesta previos, son factores de mal pronóstico tanto en la anorexia como en la bulimia nervosa. Al igual que el mayor uso de conductas purgativas (vómitos y/o abusos de laxantes y diuréticos) se encuentran asociados a una mayor cronicidad del trastorno, por último, señalan que la respuesta precoz al tratamiento es un factor de buen pronóstico.

La Asociación Aldakuntza (1999) refiere que durante el I Congreso Internacional de Intervención Bio-Psico-Social en los Trastornos de la Alimentación, se acordó que no siendo los trastornos alimentarios una patología médica el tratamiento a aplicar pasa necesariamente a ser predominante psicológico. Para ello recomiendan los tratamientos que

incluyen un soporte familiar o que se basan en un modelo familiar; ya que son más rápidos y eficaces. Por último concluyen que los trastornos de la alimentación se curan en un 70-75% de los casos y lo hacen en un plazo medio de 6 meses a un año.

CONCLUSIONES

Desde siglos pasados se conoce las actividades en cuanto a inanición y restricción alimentaria realizadas por mujeres jóvenes, todo ello encubierto por ideologías religiosas y hasta por costumbres culturales. Sin embargo, es en tiempos más recientes que se les reconoce como un trastorno identificado el cual es denominado Trastornos de la Conducta Alimentaria. Entiéndase por trastorno de la conducta alimentaria aquellos trastornos psicológicos que reportan grandes anormalidades en el comportamiento de ingesta como resultado de una idea sobrevalorada de la delgadez, afectando mayormente, a mujeres jóvenes y adolescentes provenientes de sociedades donde existe una abundancia de comida, y cuya cultura enfatiza los cuerpos delgados

Dentro de los trastornos ya mencionados, encontramos a la anorexia nervosa y bulimia nervosa las cuales son patologías que comparten la existencia de una alteración de la percepción de la forma y el peso corporal. Sólo que en el caso de la anorexia nervosa existe un rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, mientras que la bulimia nervosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Sin embargo, estas patologías no se manifiestan de forma aislada ni rigurosamente separadas una de otra, ya que durante el periodo de enfermedad los síntomas pueden ocurrir a lo largo de un continuo de trastornos de la alimentación que van desde la anorexia nervosa restrictiva hasta la obesidad, pasando por las anoréxicas bulímicas (o viceversa, dependiendo del síndrome que predomine), y la bulimia de peso normal

Se sabe que los factores que inciden en su inicio y mantenimiento son múltiples, incluyendo aspectos biológicos, psicológicos y familiares. No obstante, dentro de la prevalencia de los factores de riesgo que pueden conducir a trastornos de la alimentación con graves consecuencias en la vida de quien las padece, encontramos los asociados con imagen corporal y con conducta alimentaria, aquellos relacionados con el cuerpo biológico y finalmente, aquellas prácticas compensatorias.

Estudios epidemiológicos muestran el aumento de incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria como resultado de la delgadez socialmente aceptada. Tan sólo en Estados Unidos de Norte América 20 millones de mujeres sufren trastornos relacionados con la comida, además de encontrarse constantemente a dieta. En México su prevalencia ha aumentado, claro que es menor a la de otros países, y las chicas recurren a dietas para bajar de peso.

El hecho de que tales patologías han dejado de ser exclusivas de las grandes culturas desarrolladas, ha llevado a replicar distintas investigaciones empíricas con el propósito de detectar su presencia en jóvenes mexicanos provenientes de escuelas públicas y privadas. Es así, como en la Ciudad de México se comienza su estudio de manera sistematizada a partir de los años 90's, centrándose en la detección de la presencia de conductas de riesgo del comer, de desordenes alimentarios y de algunos de los factores asociados con su desarrollo; en mujeres adolescentes y adultas

Los resultados de dichas investigaciones muestran la presencia de factores de riesgo en mujeres adolescentes, las cuales al encontrarse insatisfechas con su imagen corporal recurren a conductas alimentarias anómalas en su deseo de una figura ideal delgada. En lo referente a los varones, ellos prefieren una figura delgada, pero a su vez musculosa

Otros estudios han encontrado una interacción entre satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, edad de la menarca y seguimiento de dietas restrictivas. Asimismo, el análisis indico que, la mayoría de las jóvenes insatisfechas con su imagen corporal realizaron dieta, mientras que las satisfechas con su imagen corporal, la conducta dietaria casi no se observó. Quedando demostrando que a mayor edad de la primera menstruación mayor insatisfacción se manifestaba y por lo tanto mayor era el seguimiento de dieta. Actualmente, las investigaciones han sido dirigidas a los grupos de pre-pubes en busca de la detección de los factores de riesgo encontrados en poblaciones de mayor edad

Siendo alarmante la presencia de insatisfacción con la imagen corporal, sobreestimación de la misma, preocupación por el peso y una fuerte motivación y actitud favorable hacia la delgadez, en la que la figura ideal es, más bien, una figura anoréctica. Y aunque, se ha concluido que el deseo de una figura delgada y muy delgada se incrementa a medida que se incrementa la edad, de tal manera que son las adolescentes quienes más lo desean; no se puede descartar el hecho de que las niñas más pequeñas presentan ya, en menor porcentaje, el deseo de una figura delgada y muy delgada

Con estos resultados queda comprobado que la presencia de dichos factores ha dejado de ser único de poblaciones de alto riesgo, como lo son los deportistas, modelos, actores y bailarines, para así empezar a manifestarse en poblaciones "normales"

En cuanto al tratamiento de tales patologías, queda claro que debe de realizarse bajo un enfoque multidisciplinario, con el único propósito de salvarle la vida a quien las padece. Según la literatura revisada, la búsqueda de tratamiento es iniciada por los familiares de la paciente después de que el estado de salud, de la misma, ha llegado a considerarse alarmante. Por lo que se recomienda su internación mientras alcanza a recobrar un nivel aceptable de peso corporal. Posteriormente, se iniciaran los acercamientos terapéuticos que

van desde terapia individual, grupal y familiar con distintos enfoques teóricos. Mientras que la terapia farmacología resulta inútil en el caso de anorexia, muestra mayor utilidad en la bulimia nervosa.

A pesar de que son enfermedades crónicas si hay resultados en cuanto a la mejoría. Por lo que, con el tratamiento adecuado y un fuerte deseo de cambiar, aquellos que han presentado trastornos alimentarios pueden vivir productiva y satisfactoriamente dentro de vidas saludables.

Dado que en México se ha descubierto la existencia de factores de riesgo asociados con insatisfacción corporal y conductas alimentarias, se considera de suma importancia, aplicar programas de prevención primaria a la población de riesgo para tratar de disminuir la incidencia de patologías tan devastadoras. Ya que es de mayor relevancia el trabajo preventivo que el de curación, no con ello se trata de descuidar o desvalorar la importancia del tratamiento de los desórdenes alimentarios. Los cuales según la literatura internacional han logrado la recuperación satisfactoria de las pacientes, apoyados por el trabajo multidisciplinario.

Para concluir, es importante mencionar que siendo la función de la prevención proteger, comunicar, detectar, ofrecer ayuda social y enseñar a buscar ayuda, se sugiere crear programas preventivos que no sólo vayan dirigidos a los jóvenes, sino también deben incluirse a los padres y al contexto social donde se desenvuelven, buscando, así, sensibilizarlos sobre el peligro que entrañan estas patologías. Los programas de prevención deben dirigirse a la detección precoz de los desórdenes alimentarios, proporcionar información más adecuada sobre lo que constituye una alimentación equilibrada, trabajar en el papel de la mujer no centrado en el cuerpo y por último, fomentar en la sociedad una imagen femenina más cercana a lo que realmente es un cuerpo de mujer sana.

REFERENCIAS

- Abarquero, D. (2000). Sexualidad. Centro de ayuda de anorexia, bulimia, obesidad y patologías asociadas.
<http://www.members.sprcc.com/fundcaad/sexual.htm>
- Alvarez, R. y Mancilla, D. (1998). Psicología y Ciencia Social, 2(1)
- American Psychiatric Association. (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3^a Ed. Rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4^a Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Anónimo (2000). Guía para la familia y los amigos. Web en la lucha contra la anorexia y la bulimia.
http://members.xoom.com/_XMCM/wanbula/familia.html
- Asociación Aldakunsa (1999) Conclusiones del I Congreso Internacional de Intervención Bio-Psico-Social en los Trastornos de la alimentación
<http://www.geocities.com/RainForest/Jungle/8605/alaConc01.htm>
- Bachar, E. (1998) Contributions of self psychology to the treatment of anorexia and bulimia, American Journal of Psychotherapy, 52 (2) p 147-166
- Barber, S, Bolaños, C, P, López, J, Ch, y Ostrosky, A (1995) Los extremos en los trastornos alimenticios: Anorexia y Obesidad Psicología Iberoamericana 3, (2), 20-34
- Beato, L. (1997) Comportamiento alimentario. Asociación Cultural Oretana
<http://www.elquique.com/oretana/conf397/confpsique.htm>
- Behar, A. (1992) Roles genéricos y anorexia nerviosa. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 38(2), 119-122.
- Behar, R., Botero, J., Corsi, P. y Muñoz, P. (1994) Detección de trastornos del hábito del comer en una población estudiantil de la V región. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 32, 159-165
- Beumont, P. J. y Ruscel, J. D. (1993) Treatment of anorexia nervosa. Lancet, Vol. 341, Issue 8861, p1635-1641.
- Billiet, L. (2000) Bulimia y anorexia en la actualidad (Internet)
http://www.aap.org.ar/publicaciones/dinamica/Vol1/2/dinami02_09.htm
- Calvo, R. (1992) Trastornos de la alimentación (I) Análisis. En F. Echeburúa (Ed.) Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad (pp. 210-227) Madrid Ediciones Pirámide
- Calvo, R. (1994) Modelos de tratamiento psicológico de la anorexia nerviosa. Orientación cognitivo conductual. En A. Chunchilla (Ed.) Anorexia y Bulimia nerviosas (pp. 183-202) Madrid Ergon

- Caplan, G. (1996). Principios de psiquiatría preventiva. Paidós: Barcelona.
- Corsaro, B. (1997). Anorexia y bulimia en la adolescencia. IX Congreso Metropolitano de Psicología, Buenos Aires. <http://www.psinet.com.ar/apba/apba0031.htm>
- Chinchilla, M. (1994). Anorexia y Bulimia Nerviosas. Madrid: Ergon.
- Chorot, P., Pérez, L.I. y Sandin, B. (1992) Métodos de investigación en psicología. En A. Belloch, B. Sandin y F. Ramos (Eds) Manual de psicopatología Vol. I (pp. 96-124). España: McGraw-Hill Interamericana.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guclar, D. (1994) Trastornos del comer. Barcelona: Editorial Herder.
- Duker, M., y Slade, R. (1995) Anorexia Nerviosa y Bulimia. México: Limusa
- Davidoff, L. L. (1989). Introducción a la Psicología (3ª ed.). México: MacGraw-Hill/InterAmericana.
- Espina, E. A., Ortego, S. M., y Ochoa, I. (2001) Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. Cambios en alexitimia. Anales de psiquiatría, 17(2).
- Fairburn, G., Shafran, R. y Cooper, Z. (1999) A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. Behaviour Research and Therapy, 37 (1999) 1-13
- Flores, M. M. (1995) Anorexia nerviosa y el condicionamiento aversivo a los sabores. Tesis de licenciatura no publicada. México: UNAM
- Gamer, M. D. (2000) Body Image. http://www.river-centre.org/ED_Index.html
- Gamer, M. D. y Needleman, D. L. (1997) Stepped-Care and Decision-Tree Models for Treating Eating Disorders. En Thompson, K. (Ed), Body Image, Eating Disorders, and Obesity. E.U.A.: American Psychological Association
- Givre, P. (1997) El rostro desfigurado por los ojos. Revista semestral temática acerca de psicoanálisis, psicopatología y ciencias humanas (Internet) http://psydoc.fr/broca.inserm.fr/Adolescence/Volumes/Print_97/espagnol/Resumen.html
- Gómez, F. (1996) Salud y prevención en la sociedad de bienestar. En Gómez, F., y Saburido, N. (Eds). Salud y Prevención. Nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica. España: Universidad de Santiago de Compostela
- Gómez, Pérez-Mitré, G. (1993) Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. Revista mexicana de psicología, 10 (1), 17-27
- Gómez, Pérez-Mitré, G. (1995) Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología, 12 (2), 185-197
- Gómez, Pérez-Mitré, G. (1995) Imagen corporal. ¿qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo? Revista Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 27-33

- Gómez, Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes Revista Mexicana de Psicología, 14 (1), 31-40.
- Gómez, Peresmitré, G. (1998). Desórdenes del comer: La Imagen Corporal en México. La Psicología Social en México, 7, 272-276
- Gómez, Peresmitré, G. (2000) Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria: Prevalencia en estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México (1994- 2001) (PAPIIT IN305599-2001 CONACYT 34507- H)
- Gómez, Peresmitré, G. (2000) Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas 450 Aniversario de la UNAM
- Gómez, Peresmitré, G y Unikel, S (1996) Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes: estudiantes de danza, secundaria y preparatoria Psicopatología, 16(4), 121-126.
- Gómez, Peresmitré, G. y Ávila, A. E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad Psicología Iberoamericana, 6 (2), 10-21.
- Gómez, Peresmitré, G, y Ávila, A. E. (1998) ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? Revista Iberoamericana, 6(2), 37-73
- Gómez, Peresmitré, G. y Unikel, S. (1999) Trastornos de la conducta alimentaria Formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas Psicología Conductual, 7(3), 417-429.
- Gómez, Peresmitré, G., Alinka, G., Jáuregui, J., Tafuya, S. y Unikel, S (2000) Trastornos de la alimentación factores de riesgo en muestras del genero masculino Revista Psicología Contemporánea Año 7, 7(1), 4-5
- Gómez-Peresmitré, G. (2000) Proceso de valoración antropométrica del peso corporal en muestras de población preadolescente (PAPIIT IN305599-2001) CONACYT 34507- H
- González, R. (2000) Factores predisponentes Fundación CADAB
<http://members.spre.com/fundacsd/predisponde.htm>
- González, S., Lizano, M. y Gómez, Pérez-Mitre, G. (1999) Factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y auto-atribución en una muestra de niños escolares mexicanos Revista Mexicana de Psicología, 16(1), 117-126
- Guerrero, J. (2000) ¿Qué son los trastornos de la alimentación?
<http://www.jorge-guerrero.com/icaro.html/trastor.htm>
- Holtz, V. (1995) Antecedentes Históricos de la Anorexia Nervosa Psicología Iberoamericana 3 (2) 5-13.
- Holtz, V y Tena, A. (1995) Los trastornos de la alimentación en México Psicología Iberoamericana 3 (2), 3-4

- Howard, T. W. (1999). Certain indicators predict more inpatient care for patients with anorexia. Source: Outcomes & Accountability Alert, Vol. 4 Issue 12, p5-6.
- Jiménez, C. y Sanz, A. (1999). Anorexia nerviosa. http://147.9.33.165/cursos/nutricion_ii/Apuntes/Anorexia_y_bulimia/Anorexia.html
- Krahnstoever, D. K. y Lipps, B. L. (2001) Weight Status, Parent Reaction, and Self-Concept in Five-Year-Old Girls. Pediatrics, 107 (1), 46-53
- Lofrano, V. (1996). Personalidad y trastornos alimentarios. Punto límite 1(6). <http://fumatadip.com.ar/personalidad.htm>
- Lofrano, V. (2000). Tratamiento de orientación múltiple en Bulimias y Anorexias. <http://fumatadip.com.ar/tratamiento.htm>
- López, G. P. (1995). Tratamiento y técnicas de intervención para los trastornos de la alimentación. Psicología Iberoamericana, 3(2), 47-52
- Mancilla, D., Alvarez, R., López, A., Mercado, G., Manriquez, R. y Roman, F. (1998) Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. Psicología y Ciencia social, 2(1), 34-43.
- Martínez de Bagattini, C. (1995) Cuerpo, tiempo y recuerdos en la anorexia nerviosa. Montevideo: Uruguay. <http://uyweb.com.uy/psychenet/revista/anorexia.htm>
- Martínez M., Toro, T., Blecua, M. y Zaragoza, M. (1993) Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la estimulación. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 20 (2), 51-65.
- Mateos, P. y Solano, P. (1997). Trastornos de la alimentación anorexia y bulimia nerviosas. Revista electrónica de psicología, Vol. 1, No 1. http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/artic_4.htm
- Mora, M. y Raich, E. R. (1993) Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 20(3), 113-135
- Morandé, G. y Graell, M. (2000) Modelos psicoterapéuticos en anorexia y bulimia. <http://personal.redestb.es/actea/modelos.htm>
- O'Halloran (1999) Family involvement in the treatment of anorexia nervosa. a solution-focus approach. Family Journal, 7(4), 384-388
- Ortiz, T. M. (1997) Evaluación y Tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosas. En H. M. Jiménez (Ed) Tratamiento psicológico de problemas infantiles (pp 277-290) Granada Ediciones Aljibe
- Papalia, E. D. y Wendkos, O. S. (1993) Desarrollo Humano Colombia McGraw-Hill

- Perpiñá, C. (1995). Trastornos alimentarios. En A. Belloch, B. Sandin, y F. Ramos (Eds.). Manual de psicopatología Vol. 1 (pp. 532-555) Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Pineda, G. G. Platas, A. S y Gómez, Pérez-Mitré. G. (2000). Menarca, imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo en preadolescentes. La Psicología Social en México, 7, 660-667.
- Ponce de León, H., Montejo, I., Berenguer, R., Ruiz, F y Scigliano, H. (1995). Psicopatología Nuclear de la Anorexia Nerviosa (El debate diagnóstico I): Actas Luso-Esp. Neurología Psiquiátrica 23(1), 29-33.
- Raich, E. R. (1998). Definición, evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. Revista Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 15-25.
- Rambault, G. & Elacheff, C. (1991) Las Indomables. Figuras de la anorexia Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión
- Reagan I. y Trent, A. P. (1998). Physical, Psychological, and Societal Correlates of Bulimic Symptomatology Among African American College Women. Journal of Counseling Psychology, 45 (3), 315-321
- Ridruero, A. (1996) La motivación de ingesta y su psicopatología. En A. Ridruero, L. Medina y S. Rubio (Eds.), Psicología médica (pp. 201-217). España: McGraw-Hill Interamericana.
- Ríos, L. (1999). Ideal estético. Fuente de Insatisfacción. Reforma, 11-11-1999.
<http://www.terra.com.mx/noticias/articulo/020575/paginal.htm>
- Rodríguez, S. (1999). Prevención en Trastornos del Comportamiento Alimentario.
<http://www.fumtadip.com.ar/salgado.htm>
- Rubio, S. y López, F. (1996). La enfermedad desde el punto de vista de la psicología médica. En A. Ridruero, L. Medina y S. Rubio (Eds.), Psicología médica (pp. 461-475). España: McGraw-Hill Interamericana.
- Sandin, B. y Ramos, F. (1992) Manual de psicopatología Madrid: McGraw-Hill/ Interamericana
- Saucedo, M. T. y Gómez, Pérez-Mitré, G. (1998) Validación del índice nutricional en preadolescentes mexicanos con el método de sensibilidad y especificidad. Salud Pública de México, 40 (5), 392-397
- Spangler, D. L. (1999) Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. An Illustration. Journal of Clinical Psychology/ In Session, 55 (6) 699-713
- Steiger, H. & Israël, M. (1999) A psychodynamically informed, integrated psychotherapy for Anorexia Nervosa. Journal of Clinical Psychology/ In Session, 55 (6) 741-753.
- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (1998) Los trastornos oraalimentarios. En S. Rodríguez (Ed.) Psicopatología del niño y del adolescente (pp. 429-454) España: Manuales Universitarios.

- Toro, J. (2001). Los psicofármacos, menos eficaces en anorexia por la desnutrición. Diario Médico. <http://www.psiquiatria.com/noticias/tralimentacion/anorexia/2971/>
- Toro, J y Vilardell, E. (1987). Anorexia Nerviosa Barcelona: Martínez Roca
- Unikel, S. (1998) Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales del ballet Tesis de maestría no publicada México UNAM
- Unikel, S. y Gómez, Pérez- Mitré, G (1999) Trastornos de la conducta alimentaria: Formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas Revista de Psicología Conductual 7(3), 417-429
- Vázquez, A., y Raich, E. (1998) Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales en familias con trastorno alimentario Revista Psicológica y Ciencia Social 2(11), 59-69.
- Villalobos, B (2000). Prevención: trabajo diario <http://www.infosel.com/noticias/articulo/020604>
- Villalobos, B. (2000). El disgusto con el propio cuerpo es causa de sentimientos de depresión, estrés y culpa en hombres y mujeres <http://www.terra.com.mx/noticias/articulo/020575>
- Virseda, J. (1995). Autoimagen y alimentación, un estudio preliminar Psicología Iberoamericana, 3(2), 35-39.
- Walsh, B. y Devlin, M. (1998) Eating disorders. Progress and problems Science. 280, 1387-1391.
- Williamson, D.A. y Muller, S. L., (1999) Cognitive Bias in Eating Disorders Implications for Theory and Treatment. Behavior Modification, 23(4), 556-559
- Yunes, A. R. (2000). Experiencias en el trabajo terapéutico con jóvenes anorexicas y sus familias. www.aap.org.ar/publicaciones/dinamica/Vol1/4/dinam04_01.htm
- Zukerfeld, R. (1996) Acto Bulímico, Cuerpo y Tercera Topica México Paidós