



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**FACTORES QUE INCIDEN EN EL PROCESO HACIA LA
SALUD EN PERSONAS CON ALGUNA FORMA DE
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.
UN ESTUDIO DELPHI**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA PRESENTA

Teresa de Jesús Márquez Hernández

DIRECTORA DE TESIS. LIC. PATRICIA DE BUEN RODRÍGUEZ



MEXICO, DISTRITO FEDERAL, AGOSTO 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

*a Alicia y Jesús
a Juan Manuel, Sara Sofía
y Alguien más.*

. LOS EXPERTOS CONSULTADOS

Sinodales:

Presidente: Maestra María Luisa Herrán Iglesias

Vocal: Licenciada Margarita Molina Avilés

Secretario: Maestra María del Carmen Montenegro Núñez

Suplente: Licenciada Patricia de Buen Rodríguez

Suplente: Maestra Guadalupe Inda Saenz Romero

Directora de Tesis:

Licenciada Patricia de Buen Rodríguez

Revisora de Tesis:

Maestra Guadalupe Inda Saenz Romero

INDICE

<i>RESUMEN</i>	11
<i>INTRODUCCIÓN</i>	13

Marco Teórico

I. TÓPICOS RELACIONADOS AL ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

<i>Panorama en México</i>	17
<i>La conducta alimentaria como enfermedad (Definición de los TCA)</i>	19
<i>El comer y sus significados</i>	21
<i>El cuerpo, la Imagen Corporal y la Insatisfacción Corporal</i>	24
<i>Historia y definición de:</i>	29
▪ Anorexia Nervosa	
▪ Bulimia Nervosa	
▪ Trastorno por Atracón	
<i>Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TANE)</i>	34
<i>Características Clínicas</i>	39
<i>Datos Epidemiológicos</i>	44
<i>Factores de Riesgo</i>	45
<i>Criterio de Salud</i>	47

II. PRINCIPALES APROXIMACIONES TEORICAS A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

<i>Modelo Médico</i>	51
▪ Criterios Diagnósticos DSM-IV y CIE-10	
<i>Modelo Psicoanalítico y Psicodinámico</i>	62
<i>Modelo Sistémico</i>	66
<i>Modelo Conductual y Cognitivo-Conductual</i>	69
<i>Modelo Sociocultural</i>	71
<i>Modelo Biopsicosocial</i>	79

III. UNA APROXIMACIÓN A LA METODOLOGÍA DELPHI

<i>Antecedentes Históricos</i>	85
<i>Definición del Método Delphi</i>	86
<i>Objetivos</i>	87
<i>Información Subjetiva y Método Delphi</i>	88
<i>Justificación su utilización para la investigación</i>	89
<i>Explicación Técnica de la Metodología Delphi</i>	90
<i>Proceso</i>	92

Segunda parte

IV. MÉTODO

<i>Planteamiento del Problema y Justificación</i>	97
<i>Objetivos de la Investigación</i>	99
<i>Pregunta de Investigación</i>	99
<i>Diseño de Investigación</i>	99
<i>Definiciones:</i>	100
▪ Trastorno de la Conducta Alimentaria	
▪ Salud	
▪ Factores que inciden en el Proceso hacia la Salud	
▪ Criterio de expertisidad	
<i>Consideraciones previas</i>	101
<i>Muestra</i>	102
<i>Instrumentos</i>	104
<i>Indicadores:</i>	104
▪ Opinión Grupal (OP)	
▪ Grado de Consenso (GC)	
▪ Consistencia en la Respuesta (CR)	
<i>Análisis de Datos</i>	105
<i>Fase I (Primera ronda de preguntas y respuestas)</i>	
<i>Fase II (Segunda ronda de preguntas y respuestas)</i>	
▪ Análisis de los ítems 1, 2, 4, 10, 12, 13, 21, 22, 26 y 27.....	106
▪ Análisis de los ítems 5, 6, 7, 8, 9, 11, 18 y 19	108
▪ Análisis del ítem 11	109
▪ Análisis de los ítems 3, 13, 15, 16, 17 y 20	111

V. RESULTADOS

<i>Sobre la definición de los TCA.....</i>	<i>114</i>
<i>Sobre la caracterización de personas con algún tipo de TCA.....</i>	<i>114</i>
<i>Sobre los Factores Presentes den el Proceso hacia la Salud en personas con alguna forma de TCA.....</i>	<i>115</i>

VI. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

<i>VII.REFERENCIAS</i>	<i>139</i>
------------------------------	------------

Anexos

<i>ANEXO 1. Cartas de Invitación.....</i>	<i>147</i>
<i>ANEXO 2. Cuestionario Uno</i>	<i>149</i>
<i>ANEXO 3. Cuestionario Dos</i>	<i>161</i>
<i>ANEXO 4. Resultados de la 3ª. Ronda expresados en porcentajes (fx).....</i>	<i>185</i>

LOS EXPERTOS CONSULTADOS

<i>(En orden alfabético).....</i>	<i>187</i>
-----------------------------------	------------

- Natasha Alcocer
- Andrea
- Juan José Cervantes
- Diana
- Estrella
- Claudia González
- Cristina Hoyos
- Rodrigo León
- Nina
- Ana Regina Pérez-Bustinzar
- Sara Perlasca
- Héctor Pinedo
- Psicoanalista
- Homero Santiago
- Perla Tabachnick
- Claudia Unikel
- Claudia Varela
- Verónica Velásquez
- Graziela Zierold

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo jamás habría sido posible sin la participación de los 19 expertos que me honraron participando de forma desinteresada en el estudio Delphi que planteé. De manera especial a las cuatro Expertas Afectadas por compartir su historia, pero sobre todo por compartir la sabiduría obtenida al paso por su tortuoso padecimiento y su fortaleza para salir de ella. Ha sido un honor haber trabajado con todos ellos.

Tampoco sin la influencia de Eugenio Aguilar quien me introdujo al fascinante Método Delphi, quien además fue clave en el desarrollo de esta investigación, especialmente en sus complicados inicios.

Así mismo, extendo un reconocimiento especial a las profesoras Paty de Buen, Inda Saenz, Mary Carmen Montenegro, Marisa Herrán y Maggy Molina por su contribución a la conformación de esta Tesis.

Agradezco a todos aquellos que de una u otra forma me han dado la fuerza necesaria para creer en mí y luchar contra la adversidad. Subrayo de manera especial mi gratitud a Juan Manuel, mi esposo, cuyo soporte ha sido invaluable a lo largo de todos estos años. A Alicia, mi madre, ¿a quién más podría haber confiado mi don máspreciado al acudir a la universidad? A cada momento de la realización de esta tesis he intentado hacer honor a la confianza y apoyo incondicional que ambos han depositado en mí.

Gracias.

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo encontrar qué factores internos y externos al individuo inciden en el proceso hacia la salud en personas con alguna forma de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), mediante una encuesta realizada a un panel de n=19 expertos en trastornos de la conducta alimentaria (4 Expertas Afectadas y 15 Expertos Profesionales) a través de dos cuestionarios elaborados para esta investigación dentro del marco de la Metodología Delphi.

Dicho proceso estuvo dividido en dos fases, la primera de carácter cualitativo y la segunda de carácter cuantitativo del cual se obtuvieron mayoritariamente resultados consensuados por el panel de expertos, con la finalidad de dar mayor solidez a los resultados obtenidos se observaron tres tipos de indicadores: Opinión Grupal, Grado de Consenso y Consistencia en la Respuesta.

La presente investigación encontró como principales Factores que inciden en el proceso hacia la salud los siguientes: Factores que inducen a la búsqueda de la salud, Factores que favorecen la conciencia de enfermedad, Factores que favorecen el compromiso con la propia salud, Factores que dificultan la recuperación y Factores que favorecen la recuperación de un TCA. Así mismo, la mayoría de los encuestados está de acuerdo que el proceso de recuperación de las personas con alguna forma de TCA es congruente con el Modelo Transteorético del proceso del cambio de James Prochaska y Carlo Diclemente (1982).

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), especialmente Anorexia y Bulimia, a recientes fechas se han convertido en un tema de actualidad no sólo en campo de la salud sino también desde el punto de vista sociológico. Desde el casi desconocimiento de hace algunas décadas por los profesionales, se ha pasado a una divulgación exhaustiva y variada tanto en el mundo de la ciencia como en el de los medios de comunicación y libros de divulgación, probablemente debido a las connotaciones novedosas y atractivas en lo referente a sus implicaciones y relaciones con los modos y modelos del cuerpo, la lipofobia, la tendencia cada vez mayor hacia el ideal estético de la delgadez, que para algunos tiene que ver con la búsqueda la equidad y la competitividad femeninas, etc.

La Anorexia y la Bulimia nervosas se han hecho presentes en una forma notable del año 2000 a la actualidad, sin embargo su carácter de enfermedad empezó a gestarse desde fines del siglo XVII (Flament y Jeammet, citado en Pieck 2007). Durante el año 2003, los casos de Anorexia nervosa y Bulimia nervosa en México tuvieron un incremento considerable; los ingresos de primera vez a la Clínica de Atención de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría pasaron de 1.9% a 67.9% en cinco años (Notimex, 6 de agosto de 2003, citado en Pieck 2007).

Las investigaciones médicas y psicológicas sobre los TCA centran su interés en analizar las repercusiones que tienen estos padecimientos en las personas afectadas, tratan de comprender los mecanismos biológicos, psicológicos y sociales que las originan y perpetúan. Así entonces, las investigaciones culturales de los trastornos alimentarios estudian la importancia que adquiere el cuerpo en las sociedades modernas, se interesan por el fenómeno de la delgadez y cómo la preocupación por el cuerpo favorece estos trastornos. También existen explicaciones que presentan a la familia como generadora de enfermedad, o bien las que tienen que ver con los factores genéticos y biológicos asociados a estos trastornos. Por otra parte, las investigaciones epidemiológicas se interesan por las poblaciones diagnosticadas y los Grupos de Riesgo con el objetivo de prevenir la enfermedad. También se ha hablado mucho de los Factores de Riesgo y como consecuencia sobre los Factores Protectores a los TCA antes de que estos aparezcan. Todas estas aportaciones parecen satisfactorias para comprender muchos de los mecanismos que están implícitos en estos trastornos, sin embargo, dejan muchos cuestionamientos sin resolver.

La investigación en nuestro país en torno de los trastornos alimenticios ha estado mayoritariamente dedicada al estudio de los Grupos Riesgo y de Factores de Riesgo, es decir, aquellos que han incidido de manera más o menos general en el desarrollo de estos trastornos, lo que consideramos adecuado y extremadamente necesario, ya que por fortuna la aplicación de tal conocimiento ha empezado a dar sus frutos. Sin embargo, si bien los diferentes enfoques existentes que explican estos padecimientos proponen su línea terapéutica, no existen estudios, en orden de una manera amplia y clara como se ha hecho con los factores de riesgo, sobre aquellos factores que favorecen la recuperación de la salud en personas con algún tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

El Método Delphi es una técnica especialmente útil cuando la información existente es escasa. Los métodos de consenso, entre los que se incluye la técnica Delphi, son usados cada vez con más frecuencia para definir grados de acuerdo sobre temas debatidos de salud, se han convertido por su diseño y por sus resultados en un arma importante para la investigación y toma de decisiones (Fink y cols. 1984).

Este trabajo se propone de una manera un tanto ambiciosa, encontrar mediante la Metodología Delphi y poner a disposición de las personas interesadas en el tema los agentes presentes en la vida del individuo (internos y externos) que de una u otra manera faciliten su transcurso a la vida saludable.

La presente investigación se presenta en dos partes, la primera es el marco teórico, en el capítulo uno (Tópicos relacionados con el estudio de los TCA), en primer lugar, se presentan de manera sucinta información relevante sobre el estado de los TCA, datos epidemiológicos, las principales líneas de investigación, el trabajo institucional de tratamiento y la labor académica alrededor de estos trastornos en nuestro país. En segundo lugar, se ofrece la descripción de la conducta alimentaria como enfermedad, lo que actualmente conocemos como un trastorno de la alimentación. En tercer lugar a manera de ensayo se intenta explicar el significado cultural del alimento a lo largo de la historia, posteriormente, de la misma forma, lo hacemos sobre el cuerpo, la imagen corporal y la insatisfacción corporal. Luego se hace una revisión sobre el significado y la historia de la anorexia nervosa, la bulimia nervosa y el Trastorno por Atracción, para posteriormente ofrecer una explicación sobre los Trastornos alimenticios no especificados. También las características clínicas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria serán abordadas en este capítulo, así como los datos epidemiológicos, y finalmente, se presenta el Criterio de Salud prevaliente.

En el capítulo dos, se abordan las principales interpretaciones teóricas que explican los trastornos de la conducta alimentaria, iniciando con modelo médico, posteriormente el Psicodinámico y Psicoanalítico; el modelo Sistémico; el Conductual y Cognitivo-conductual; el Sociocultural y finalmente el modelo Biopsicosocial. El tercer capítulo está dedicado a la explicación de la Metodología Delphi utilizada para el trabajo empírico de la presente tesis, comenzando con los antecedentes históricos, continuamos con la definición, luego abordamos sobre la información subjetiva y el Método Delphi, la justificación para su utilización en la investigación, y finalmente presentamos una explicación técnica detallada.

La segunda parte corresponde a la investigación empírica. Así, el cuarto capítulo corresponde a la metodología donde se incluyen el planteamiento del problema y su justificación, los objetivos de la investigación, la pregunta de investigación, etc. En el capítulo quinto se presentan los resultados obtenidos, y las conclusiones derivadas corresponden al sexto y último capítulo.

PRIMERA PARTE

Tópicos relacionados al estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

PANORAMA NACIONAL

Los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema de vez más frecuente de salud mental en mujeres jóvenes en el mundo (APA, 1994; OMS 1992), y México no es la excepción (Mancilla y Gómez-Peresmitré 2006); sin embargo, la magnitud actual del problema en nuestro país se desconoce con precisión debido a la ausencia de estudios con muestras representativas de la población.

En nuestro país la investigación es reciente, siendo hasta los años noventa cuando surge un mayor interés por el estudio sistemático, el tratamiento y la prevención de los TCA (Unikel 2007). Esto tal vez, debido al escaso conocimiento sobre la existencia de los mismos.

El IMSS y el ISSTE, los institutos de salud en México con mayor número de derechohabientes no cuentan con personal especializado para la detección y el tratamiento de estos padecimientos. Por otro lado, los institutos más importantes en nuestro país dedicados al tratamiento, investigación y formación de especialistas en Trastornos de la Conducta Alimentaria son unos cuantos y están concentrados mayoritariamente en el Distrito Federal: El Instituto Nacional de Ciencias Médicas, El Instituto Mexicano de Psiquiatría, La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, La Facultad de Estudios Superiores Iztacala y la Fundación Internacional CBA. (Barriguet Meléndez 2004):

La primera clínica para el tratamiento y la prevención de los TCA, se funda en 1985 en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, hoy Instituto Nacional de Ciencias Médicas la cual fue llamada "clínica de Anorexia Nerviosa", ya que había muy pocas pacientes con bulimia, y hasta principios de los años 90 solamente de nivel socio-económico alto, actualmente se llama Clínica de Trastornos de la Alimentación. Esta clínica es parte del departamento de neurología y psiquiatría y trabaja en conjunto con el de endocrinología y la división de nutrición, además de una Clínica de Obesidad que es parte del departamento de endocrinología el cual se apoya con el departamento de psiquiatría.

En el Instituto Mexicano de Psiquiatría: La clínica de trastornos de la alimentación ofrece atención terapéutica y hospitalaria, por otra parte, la Dra. Claudia Unikel y su grupo trabajan en estudios epidemiológicos, primeramente en grupos de riesgo y actualmente en población adolescente en encuestas regionales importantes.

En la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, con lo relacionado a la investigación a la prevención y grupos de riesgo, el grupo de la Dra. Gilda Gómez-Peresmitré realiza estudios en población infantil y de riesgo, así como estudios comparativos con otros países como España por un lado; y por otro lado, el que dirigen Juan Manuel Mancilla y Georgina Álvarez quienes han trabajado con grupos nacionales y españoles en la aplicación y validación de instrumentos como el Test de Actitudes Alimentarias (EAT) versión larga, Test de Bulimia (BULIT), Inventario de Trastornos Alimenticios (EDI) 2, etc. Así como en algunos otros estudios epidemiológicos en el país. Igualmente la facultad ofrece en su clínica tratamiento ambulatorio para los TCA que incluye tratamiento para personas de escasos recursos económicos.

A principios de los años 90, se crea la primera Fundación Internacional CBA (contra la bulimia y la anorexia), que trabaja en la prevención, tratamiento y formación para profesionales además incluye tratamiento para personas de escasos recursos económicos. Hace apenas unos pocos años junto con la Universidad Iberoamericana crearon un diplomado para la formación de especialistas en TCA.

Además de estas existen otras cuantas instituciones privadas para el tratamiento de los TCA en Guadalajara, Monterrey, Cuernavaca y el Distrito Federal.

Así mismo, la validación para la población en México de instrumentos adecuados como el EDI, BULIT-R, EAT 1 y EAT 2 entre otros para medir trastornos alimenticios y conductas de riesgos es apenas de esta década. (Mancilla y Gómez-Peresmitré 2006)

Obsérvese que el único estudio epidemiológico realizado sobre TCA a nivel nacional (Medina-Mora et al., 2003) da cuenta, para la bulimia nervosa de una prevalencia alguna vez en la vida de 1.8% en mujeres y 0.6% en hombres, y no refiere casos de anorexia nervosa. Sin embargo, se trata de un estudio realizado en población mayor de 18 años y en localidades mayores de 2,500 habitantes, lo que deja fuera al grupo de población en el que los TCA son más frecuentes (los adolescentes), y también deja fuera a la población rural. Por otro lado, el instrumento utilizado para la detección de casos, varía con respecto a los utilizados en otros países, lo que dificulta la comparación de los resultados. (Unikel 2007).

No obstante los estudios en poblaciones no urbanas son escasos, un estudio realizado en 2004 por las investigadoras Itzia Bojorquez y Claudia Unikel (Unikel 2007) en una comunidad purépecha del estado de Michoacán muestra que, lejos de lo esperado, las adolescentes de esta comunidad realizan dietas y manifiestan preocupación por engordar.

La anorexia nervosa, la bulimia nervosa, y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado de acuerdo al DSM-IV tienen prevalencias de 0.5 a 3%, sin embargo las conductas de riesgo son mucho más frecuentes. (Unikel, et al. 2000.)

No existe un concepto unificado de las conductas de riesgo, pero este término, así como los de síndromes parciales, conductas alimentarias anormales y trastornos subclínicos los cuales serán abordados más adelante, hacen referencia a todas aquellas manifestaciones similares en forma, pero menores en frecuencia e intensidad a las de los TCA. (Shisslak, Crago y Estes 1995 citados en Unikel, Bojorquez y Carreño 2004)

En México se han encontrado porcentajes desde 5 hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo (ayunos, realización de dietas restrictivas, ejercicio exagerado, etc.) en muestras de mujeres estudiantes universitarias (Mancilla et al. 1998, citados en Unikel, Bojorquez y Carreño 2004)), adolescentes (Gómez-Peresmitré et al. 2002), y estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México (Unikel, et al. 2000).

Dado lo anterior y tomando en cuenta que la inmensa mayoría población mas afectada por los TCA, las mujeres adolescentes, se encuentran en una etapa crucial de su desarrollo físico mental y social, consideramos que los TCA son un serio problema de salud mental en nuestro país, ya que el gran número de los profesionales de la salud, al desconocer el problema pasan por alto la existencia no sólo de la enfermedad sino también la existencia de sintomatología subclínica y por lo tanto su tratamiento. También es significativo señalar que por las propias características de la enfermedad y de quienes las padecen, las cuales serán abordadas posteriormente, como la negación y validación de la misma como estilo de vida dificultan la adherencia a los tratamientos y por consiguiente el abordaje terapéutico.

LA CONDUCTA ALIMENTARIA COMO ENFERMEDAD

(Definición de los trastornos de la conducta alimentaria)

Uno de los aspectos más antiguos y complicados en muchas culturas y que ejerce una profunda influencia en el comportamiento de la gente es el relacionado con sus hábitos alimenticios, así, el antecedente cultural determina lo que hay que comer, así como de qué manera y en qué ocasión. La comida se encuentra dotada de un sinfín de ideologías, valores complejos, creencias religiosas, valores de prestigio, así como experiencias interpersonales y emocionales.

Si bien tanto la anorexia como la bulimia han estado presentes a lo largo de la historia, en las últimas décadas se ha despertado un mayor interés por la explicación de estos trastornos lo cual ha dado pie a una serie de hipótesis y especulaciones acerca de las causas y significados de estos. Existen muchas teorías que intentan proporcionar una explicación y promover su correspondiente línea terapéutica:

enfoques biológico, psicodinámico, sistémico, conductual, sociocultural y enfoque de género entre otros.

Cada modelo explicativo clarifica aspectos específicos de la enfermedad, pero ninguna teoría ofrece una explicación completa (Unikel 2003), y es por esto que diversos investigadores se inclinan por considerar a los Trastornos de la Conducta Alimentaria como el resultado de la interacción de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores. Para Garner y Garfinkel (1982), la enfermedad es el resultado de una serie de influencias que varían con cada paciente, pero que interaccionan mutuamente de tal manera que la causa y el efecto son distinguidos con dificultad.

Hilde Bruch (1973) señala que los trastornos de la conducta alimentaria o el deterioro de la función alimentaria, son la forma como algunas personas intentan resolver o camuflar los problemas de la vida que les son irresolubles.

Los Trastornos de La Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades mentales (OMS, 1992), (APA, 1994) en las cuales se encuentran intrincados factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos los cuales tienen consecuencias clínicas y sociales significativas de acuerdo al grado y evolución de la enfermedad. Los trastornos alimentarios más conocidos que se enmarcan dentro de este conjunto son la anorexia nervosa, la bulimia nervosa y el trastorno por atracón.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (anorexia, bulimia y atracón) son expresiones extremas de una variedad de preocupaciones por el peso, la comida y la imagen corporal experimentados por quienes los padecen. Así, la anorexia nervosa y la bulimia nervosa son manifestaciones distintas de un mismo temor que parece incluso fóbico: el de engordar, mientras que en el “binge-eating o trastorno por atracón” la culpa que caracteriza a quienes le padecen aparece por la misma razón: ganar grasa.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1994) define a los TCA como patologías en las que los patrones de consumo de alimentos se ven severamente distorsionados. Bajo este rubro se incluyen dos categorías diagnósticas que son: anorexia nervosa y bulimia nervosa, cuyas fuerzas motivacionales son el miedo a la obesidad, el deseo de estar delgado y en ambos se presenta un disturbio en la percepción de la forma y el peso del cuerpo, mientras que los Trastornos Alimentarios No Especificados (TANES) son una tercera categoría diagnóstica propuesta, para clasificar los trastornos que no cumplen los criterios específicos de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa. Actualmente DSM –IV incluye los criterios de investigación de Trastorno por Atracón (TANE 6) para su próxima inclusión como entidad aparte.

Los criterios diagnósticos para los Trastornos de la Conducta Alimentaria más comúnmente utilizados en la actualidad son los propuestos por la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) y la Organización Mundial de la Salud (CIE-10).

EL COMER Y SUS SIGNIFICADOS

Es claro que el acto de comer tiene cualidades que se extienden más allá de su poder nutricional, además de la dependencia física, los humanos le hemos otorgado al alimento un sinnúmero de significados y como consecuencia asociaciones emocionales. Así, desde la cuna, el ser alimentado es ser atendido, el ser humano no sólo está siendo nutrido, le es aliviada la sensación desagradable del hambre, además se está vinculando con su madre. Desde que nacemos el comer está ligado a un sinnúmero de experiencias gratificantes, por ejemplo el sabor, la apariencia, la textura, el olor, el contacto físico, el reconocimiento materno, etc. Sentimos fuertes emociones hacia las comidas que nos gustan o nos disgustan. El acto de comer desde muy temprana edad, es un acto social, aprendemos a alimentarnos en contacto con los otros, Ann Murcott (citada en Abramson 1999) define las costumbres alimentarias como “un tema cultural, producto de los códigos de conducta y de la estructura de las relaciones sociales” Así, muchos de los sucesos importantes a lo largo de la vida están asociados con el alimento, fiestas de cumpleaños y celebraciones sociales como banquetes de bodas, aniversarios, etc.

Desde la infancia hasta la vida adulta ciertos alimentos tienen asociaciones específicas, por ejemplo cereal, huevo y tamales podrían asociarse al desayuno, mientras que la sopa caliente es para mediodía o la cena, algunos alimentos están asociados a pobreza, como tortillas y frijoles, otros están asociados a la abundancia, otros a la enfermedad, etc. En las celebraciones, comemos “alimentos especiales”, así, no comemos lo mismo para celebrar Navidad que festejando la Independencia. Baas y cols. (1979, citado en Toro 1996) enumeraron los diversos usos que las sociedades hacen de los alimentos, y por consiguiente los distintos significados que se les puede atribuir, los cuales evidentemente se superponen y cada acto de comer puede implicar varios de ellos a la vez.

- 1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.*
- 2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.*
- 3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.*
- 4. Proporcionar ocasiones para actividades comunitarias.*
- 5. Expresar amor y cariño.*
- 6. Expresar individualidad.*
- 7. Proclamar la distintividad de un grupo.*
- 8. Demostrar la pertenencia a un grupo.*
- 9. Hacer frente al estrés psicológico o emocional.*
- 10. Significar estatus social.*
- 11. Recompensas o castigos.*
- 12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.*
- 13. Ejercer poder político y económico.*

14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad o devoción.
18. Representar seguridad.
19. Expresar sentimientos morales.
20. Significar riqueza.

Los dulces, por ejemplo, en la niñez tienen un significado de recompensa, de algo bueno y merecido, son conocidos por todos como el alimento favorito de los niños, mientras que para las personas que hacen dieta comer dulces o el postre por ejemplo, es malo y está asociado al fracaso (Abramson 1999).

Desde tiempos inmemorables el significado de alimentar y el significado de mujer han estado en relación estrecha, en nuestra cultura los roles femeninos tradicionales se agrupan en torno a la maternidad, al cuidado y a la función nutricia.

De acuerdo a Mircea Eliade (citado en Gómez 2003) en su libro *Historia de las creencias y de las ideas religiosas*, las religiones primitivas consideraron siempre la leche de la mujer como sustancia dotada de propiedades casi divinas, como ejemplo las “venus paleolíticas”, cuyas representaciones de enormes senos muestra la importancia de su valor nutricional.

Una diosa madre, es una diosa a menudo representada como la Madre Tierra, que sirve como deidad de fertilidad en general, siendo la generosa personificación de la tierra. Las diosas madres están ligadas a las cosechas y a la agricultura, así, desde Isis en el antiguo Egipto, o Démeter en Grecia, Ceres para los romanos y cuyo nombre significa “brotar”; estas matronas o madres divinas aparecen en la mitología celta, como “Matronae” la madre, representada por una rolliza señora llevando en sus brazos niños, cuernos de la abundancia y cestos con fruta. En mesoamérica múltiples figuras que representaban la fertilidad hacen gala de sus atributos femeninos exagerados.

Paloma Gómez (2003) hace una analogía interesante con respecto al doble significado de la mujer que alimenta, a cómo el acto de alimentar nutre, pero también mata, inflige, hace daño y cómo este modelo ha permeado hasta nuestros días:

La autora hace una relación entre el culto a la Virgen María que floreció a partir del siglo XII y de manera especial el ícono de la “virgen de la leche” que amamanta generosamente a sus devotos realizando prodigios y curaciones, éste, parece sugerir entre otros significados el resurgimiento del carácter milagroso del rol nutricional femenino.

Paralelamente en esta época, comienzan a surgir las leyendas de mujeres caníbales y hechiceras, esta imagen de bruja feroz comienza a estar profundamente arraigado hasta nuestros días. En muchos de los cuentos a partir del siglo XV empieza a aparecer la imagen de la mujer malvada y devoradora, surgen personajes femeninos, madrastras o brujas que dañan o hieren mientras alimentan, como por ejemplo la

bruja de Hansel y Gretel quien los llena de comida antes de devorarlos, o la madrastra de Blancanieves quien ofrece una manzana envenenada a la adolescente.

De todas maneras, dice Paloma Gómez, llama la atención cómo en estos cuentos se resalta el hecho de que las niñas que visitaban el país de las hadas o encontraban a una viejecita en el bosque, sólo podían escapar o ser rescatadas absteniéndose de comer aquello que estos personajes femeninos les ofrecían.

En otro orden de ideas, la Eucaristía católica, la ingestión del cuerpo y la sangre de Cristo bajo la forma de pan y vino, constituyó desde su instauración e institucionalización un complemento altamente significativo, en el que el alimento se hace espiritual y la comida no es lo que parece ser, sino algo completamente distinto y trascendente.

Sucediendo así las cosas, podremos observar que en algún momento de la historia aparece ligado al significado del alimento con el de amor y la fortaleza interior o espiritual y aparecen frases como: hambrientos de amor, alimento del alma, etc.

De la misma manera, dice Joseph Toro (1996), si el comer suele revestir forzosamente múltiples significados más allá de lo nutricional, lo mismo puede suceder con el no comer. En la niñez un buen comportamiento puede ser premiado mediante una golosina o siendo llevado a su restaurante favorito, por otro lado cuántos niños se han quedado sin postre a consecuencia de su mala conducta, lo que, queriendo o no, establece una relación de aprobación o desaprobación social, de algo que eleva o que provoca frustración y culpa.

En este punto parece importante comentar sobre el significado y función del ayuno, que tiene una connotación bastante alejada de lo que a la emaciación se refiere. Ayunar es el acto de abstenerse voluntariamente de toda o algún tipo de comida, y en algunos casos de la ingesta de líquidos y/o prácticas sexuales por un periodo de tiempo. El ayuno es tan antiguo como la raza humana, se ha practicado desde el comienzo de la historia y, prácticamente, en toda cultura.

Desde la antigüedad, muchos filósofos, científicos y médicos han visto el ayuno como una parte esencial de la vida, la salud y el proceso curativo. Sócrates, Platón, Aristóteles, Paracelso, Plutarco e Hipócrates, entre otros usaban y creían en este tipo de terapia sanativa. (Wurmann 2004).

- *“Nuestros alimentos debieran ser nuestra medicina. Nuestra medicina debiera ser nuestra comida. Pero comer cuando se encuentra enfermo, es como alimentar su enfermedad.” Hipócrates. (460-377 a.C.)*
- *"En lugar de medicarte, ayuna por un día." Sana a través de un medio, el ayuno, toda enfermedad es posible curarla. Esto, por sí solo, es la prueba de que la naturaleza reconoce solo una enfermedad en el cuerpo humano. Plutarco, Filósofo griego. (circa. 46-125)*
- *"El ayuno es el remedio más grande, dentro de la medicina." – Paracelso. (1493 – 1541)*

Casi todas las religiones contemplan el ayuno dentro de sus prácticas como un símbolo de ascetismo. El objetivo es alcanzar la limpieza orgánica a partir de la cual se consigue una limpieza espiritual. Las funciones principales que cumple el ayuno en la vida espiritual son: autocontrol sobre el propio cuerpo, dirigir la mente hacia Dios o como expiación de ofensas o faltas. (Wurmann 2004).

En las creencias religiosas originales, el ayuno era por lo general, un medio de control o de apaciguar a las divinidades; una forma de producir virilidad o la preparación para una observancia ceremonial, tal como la iniciación. Por ejemplo, los antiguos griegos ayunaban al consultar a los oráculos; los indios americanos para adquirir un tótem propio y los chamanes africanos intentando hacer contacto con los espíritus. (Wurmann 2004). La práctica religiosa y espiritual del ayuno se menciona en el Antiguo y en el Nuevo Testamento, en el Mahabhárata, en el Upanishad y en el Corán.

En la práctica no se hayan sociedades y culturas que no tengan prohibiciones colectivas relacionadas con la ingestión de determinados alimentos, tabúes alimentarios sólidamente establecidos, que en su mayor parte son de origen religioso, pero que pudieran basarse en justificaciones estrictamente sanitarias (Toro 1996) en tales circunstancias comer es pecar.

Así las cosas, la ingestión de lo prohibido provoca culpa, ansiedad, sensación de haber infringido una norma sagrada, de tal manera, que el infractor reacciona angustiadamente, arrepentido, deseando no haberlo hecho.

En la mayor parte de las religiones podemos observar algún tipo de prohibiciones colectivas mas o menos contundentes, los hindúes tienen prohibido comer carne de vaca, los judíos, carne de cerdo y mariscos además de que el alimento deberá ser “kosher” (correcto o apropiado), los musulmanes no comen cerdo y la carne debe ser “halaal” (permitido por la ley islámica), los budistas sólo deben comer algunos tipos de pescado y ninguna otra carne animal, en determinadas fechas del calendario religioso se requieren de ayunos totales o selectivos: el Ramadán musulmán, la Pascua cristiana, el Yom Kippur de los judíos, etc., etc.

Christina von Braun (citada en Gómez, 2003) ha señalado un paralelismo existente entre la anorexia nervosa y la huelga de hambre, una práctica extendida en el siglo XX como una medida de presión desde que fuera adoptada por Gandhi¹ como modelo de rebelión pacífica. No obstante, es interesante señalar que el primer gran colectivo que hizo huelga de hambre en la historia fué el de las sufragistas inglesas y norteamericanas de finales del siglo XIX quienes buscaban con su negativa a comer, el reconocimiento de sus derechos como seres humanos² A lo que la autora comenta (Gómez 2003, pp. 32,33):

¹ Aunque lo que Mahatma Gandhi realizó fue ayuno, y éste fue utilizado con fines políticos (Aguilar, E, comunicación personal, febrero 2008).

² Según Sonia Massip (2007), a partir del siglo I, algunas romanas utilizaron ya la restricción alimentaria como única garantía de obtener cierto control sobre su destino; valoradas sólo por su condición de madres del Imperio, si

“Aquellas feministas presentaban asimismo el típico comportamiento paradójico de la anoréxica: por un lado, estaban inmersas en una feroz rebelión contra una sociedad que las había privado de sus más elementales derechos, pero, por otro, la asunción inconsciente del sistema de valores imperante sobre todo el canon estético, que preconizaba un ideal femenino de aspecto frágil, las hacía sentir una profunda aversión hacia sus propios cuerpos, a los cuales deseaban educir a una forma etérea, casi mínima, a fuerza de no comer, para adecuarse así a la imagen de debilidad femenina exigida socialmente.

... Y es que, volvemos a repetirlo, aun hoy el rechazo del alimento confiere a estas jóvenes la posibilidad de replegarse a un santuario interior y de levantar muros alrededor de su yo, los cuales las liberan, por un lado de la debilidad de sus cuerpos femeninos, y las defiende, por otro, de los ataques del mundo exterior. Lo que habría que analizar es qué ataques son éstos y por qué en nuestros días tantas mujeres siguen aun recurriendo a la autodestrucción como única vía hacia la propia libertad”.

EL CUERPO, LA IMAGEN CORPORAL Y LA INSATISFACCIÓN CORPORAL

En el discurso común hay múltiples referencias a la palabra "cuerpo", con ella se quiere representar unidad, totalidad, integridad. Así, por ejemplo, en derecho se habla del "cuerpo del delito" para referirse a un hallazgo indiscutible de una trasgresión; "Atención a cuerpo de rey", es una expresión utilizada coloquialmente para señalar comodidad y regalo ofrecidos a una persona, suele usarse el término "de cuerpo presente" para señalar la permanencia de alguien ausente; en el ambiente de lo culinario se alude a "tomar y-o tener cuerpo" de algunos preparados o vinos, en señal un aparente de equilibrio y perfección.

El cuerpo humano sufre transformaciones, crece, se desgasta y deja de funcionar según avanza el ciclo vital, así mismo, posee un carácter instrumental, "sirve" para el desplazamiento, para el trabajo, para defender, para la gestación de una nueva vida, para alimentar a un nuevo ser, para expresar, etc.

Por otra parte, el cuerpo es un claro referente de la expresión emocional, siendo evidente que se expande con la alegría en señal de liviandad y de apertura, y se constriñe con la tristeza casi como si recayera en el sujeto una pesadez gravitacional. Se podría decir que las emociones se "encarnan" en el cuerpo con el consecuente correlato neurológico: taquicardia, sudoración, sequedad de la boca y otros.

se despojaban de sus atributos femeninos se convertían en una amenaza para el Estado. Estas acciones se han repetido a lo largo de la Historia para evitar matrimonios no deseados.

La manipulación del propio cuerpo ha sido en diversas épocas lugares y circunstancias tanto para mujeres y hombres una forma de ejercer control y de fuerza ante sí mismo pero también hacia los demás. Un cuerpo delgado y debilitado no siempre ni exclusivamente significa un cuerpo subordinado; también puede significar, por ejemplo, un cuerpo disciplinado, controlado, un cuerpo en busca de estados de intensidad y un cuerpo desafiante. (Wallerstein, 1999 citado en Unikel 2003). Por ejemplo, el ayuno en muchas religiones es necesario para lograr un estado espiritual o contemplativo superior, ayunar, por muchas razones (tanto fisiológicas como psicológicas) puede llevar a sensaciones físicas y espirituales intensas.

*Una de las inquietudes más primitivas entre los seres humanos ha sido el interés por la imagen del cuerpo, desde la antigüedad hombres y mujeres se ataviaban para denotar eminencia o superioridad, aunque por otra parte, la imagen sin atavíos ha bastado. El filósofo Bernard Sichére en su libro *Historias del mal* (1994, citado en Hernández Alcántara 2006) hace una sugerente reflexión acerca de la belleza del cuerpo, y propone una “etiología del mal”, éste nace cuando los griegos conciben como hermosa a la figura humana, el antropocentrismo como referencia estética y belleza.*

*“...vendrá el maestro de gimnasia y me dirá: Sócrates, mucho me sorprendería que Gorgias pudiera mostrarte algún bien derivado de su arte (la retórica) que resulte mayor que resulta el mío. Y tú amigo mío, replicaría yo, ¿quién eres, cuál es tu profesión? –Soy el maestro de gimnasia, y mi profesión, la de hacer robusto y hermoso el cuerpo humano...” (Platón: *Gorgias, o De la Retórica*).*

La medicina griega clásica establecía una íntima conexión entre "la belleza y la bondad". Su objetivo era hacer que los hombres fueran bellos y buenos, y no era posible conseguir un fin sin el otro debido al convencimiento de que el “cuerpo era el espejo del alma”. Así las cosas, el cuerpo alimentado, ejercitado y utilizado en armonía con la naturaleza es bello; en cambio, es feo cuando evita la integración o cuando sucumbe indulgentemente ante el placer. Uno lleva a la armonía y el otro a la destrucción (Montenegro, Ornstein, Ilabaca 2006).

Del pensamiento griego de aquella época a nuestros días las cosas parecen semejantes, en la actualidad, la sociedad impone un conjunto de técnicas al cuerpo, es decir, no sólo formas socialmente controladas de utilización del cuerpo, sino también, y sobre todo, modos típicos de relacionarse con el propio cuerpo. Las culturas asignan a los individuos un uso determinado de su organismo y define las múltiples relaciones que con él se mantienen, entonces se puede afirmar que la estructura social se incrusta orgánicamente en la estructura biológica de las personas, imprimiéndose materialmente en sus cuerpos (Brohm, 1978; citado en Hernández A. 2006).

Estas reflexiones, dice Margarita Baz (1996) nos llevan a reconocer que la “naturaleza” del cuerpo humano es también un efecto de la actividad cultural,

histórica. Es decir, tener hambre o necesidad de dormir o envejecer no son nada más hechos orgánicos, en cambio, están investidos de significaciones y de regulaciones desde dimensiones que ya no son asunto de la naturaleza. Tengo que alimentarme, pero lo hago de cierta manera, en ciertas circunstancias. Me protejo del frío, pero la “moda” no tiene que ver con la regulación de la temperatura corporal, sino con la producción de una estética y de códigos del intercambio sexual. De acuerdo con Eliseo Vernón (1988, citado en Baz) la experiencia humana se construye desde una “omnipresencia” del cuerpo. Lo que quiere decir que toda la producción significativa del hombre muestra las señales de este hecho. Su figura y atributos tienen para el ser humano una inmensa capacidad metafórica; de ahí que funcione como “la simbólica general del mundo”³ “la cabeza del partido”, “el cuerpo social”, “sólo tiene ojos para él”, “no tengo estómago para tal situación”, “lo tiene de rodillas”, “es su brazo derecho”... son simples ejemplos de cómo el cuerpo penetra en la cultura, el imaginario social y el mundo conceptual. Dice M. Bernard (citado en Baz 1996): “para cada sociedad, el cuerpo humano es el símbolo de su propia estructura, obrar sobre el cuerpo mediante los ritos es siempre un medio, de alguna manera mágico, de obrar sobre la sociedad”. Esto significa, dice Baz, que el cuerpo proporciona a la sociedad una manera de pensarse y de actuar sobre sí misma. Así las cosas, en tiempos actuales, los cuerpos delgados, sobre todo el de la mujer, se han constituido en una especie de condición sin la cual no es posible la felicidad terrenal, todo lo demás se considera secundario. La delgadez parece haberse convertido en uno de los bienes terrenales del ser humano (Toro 1996).

En nuestra cultura han sido fundamentalmente dos vertientes de pensamiento que conviven y en ocasiones se entrecruzan desde hace muchos siglos, las que han arraigado en nuestro pensamiento las formas individuales de percibir, de imaginar, de sentir y de actuar sobre nuestros cuerpos. Por un lado, desde la visión judeocristiana, el cuerpo ha sido considerado como algo pecaminoso ligado a la carne, a lo terrenal, mientras que todo proceso de interiorización y de espiritualización ha pasado por un proceso de descorporalización, de ascetismo, penitencia y ayuno. El proceso ascético ha representado, en la cultura occidental, la posibilidad de santidad, pureza, espiritualidad, autoconocimiento, o vida intelectual. La ética corporal parte de este proceso ascético. (Uribe 2007).

Por otro lado, en la tradición platónica y cartesiana, (y no es sino hasta entrado el siglo XX, que las cosas empiezan a cambiar) la mujer estaba asociada al cuerpo, a las connotaciones negativas que éste tenía, como la lujuria y la irracionalidad, la mujer representaba lo físico, lo inferior, la materialidad de nuestra humanidad y, por tanto, el ayuno y el sufrimiento femenino eran signos de santidad. El sufrimiento físico fue el vehículo que emplearon muchas mujeres para contactar con lo divino.

³ Expresión del filósofo M. Merleau-Ponty.

Durante siglos, el cuerpo, al mismo tiempo que era un vehículo de contacto con Dios, era considerado como el lugar de la tentación y de la descomposición. El cuerpo era la fuente del pecado, pero éste era asumido de manera diferente si se trataba de hombres o de mujeres, los pecados cometidos por los hombres se debían a la tentación provocada por un objeto externo a ellos, que los seducía y los llevaba a pecar. Las mujeres sin embargo, tenían la fuente de pecado dentro de ellas, no eran víctimas de la tentación, sino que eran pecadoras en sí mismas dada la naturaleza de su cuerpo. (Araya 2001).

No obstante, por otro lado, la relevancia del cuerpo femenino suele ser en todas las culturas significativamente superior a la del masculino, tanto a los ojos de la propia mujer como de quienes le rodean. En la práctica, en la totalidad de las culturas, la belleza física de la mujer recibe una consideración más explícita que la del hombre. El atractivo de éste suele depender más de sus habilidades y poderes que de su complexión y aspecto físicos (Ford y Beach 1951, citados en Toro 1996) En lo que concierne a la mujer, sus funciones procreadoras y alimentadoras por un lado, y socio sexuales, por otro, constituyen los cimientos de tal relevancia corporal. El mismo cuerpo destinado a engendrar, parir y amamantar debe contar con atractivo sexual e interpersonal suficiente para conseguir su integración en el medio sociocultural en que se desenvuelve su vida. (Toro 1996). Así mismo, como sede donde tienen lugar un sinnúmero de experiencias, el cuerpo en sí mismo es una fuente de significados.

Mucho más que la mayoría de los hombres, las mujeres tienden a cifrar su autoestima en lo que ellas piensan de su propio cuerpo y en lo que creen piensan los demás acerca del mismo. El autoconcepto femenino suele fundamentarse significativamente en su atractivo corporal, mientras que el de los varones acostumbra a basarse en la eficacia y en el estar en forma (Lerner y cols. 1973, citado en Toro 1996).

Anorexia y Bulimia, son padecimientos que se caracterizan por alteraciones graves en la conducta alimentaria (APA 1994), estos males están íntimamente ligados con la preocupación excesiva por la Imagen del propio cuerpo y el peso (Duker y Slade, 1995 y Toro 1996). En las manifestaciones de la anorexia y la bulimia nervosas, tanto la restricción alimentaria como las conductas compensatorias que diferencian a ambas enfermedades están relacionadas con la imagen que quienes las padecen tienen de su cuerpo. La excesiva preocupación por el peso y la figura corporal son el común denominador entre ambas enfermedades (Crispo, Figueroa y Guelar 1998; Duker y Slade, 1995 y Toro 1996).

“Imagen corporal” es la manera como una persona percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, obsérvese que esta definición engloba tres aspectos psicológicos importantes: el perceptual, el subjetivo y el conductual, estos se influyen mutuamente y se configuran a partir del contexto en el que se desenvuelven los individuos. (Cash y Pruzinsky 1990, Rosen 1992, Thompson 1990, todos citados en Raich 2000):

- *Perceptual, valoración del tamaño y de la forma del cuerpo y partes que lo componen.*
- *Subjetivo (cognitivo-afectivo), se refiere a las actitudes, sentimientos, creencias y evaluaciones respecto la forma, el tamaño del propio cuerpo, involucra*

experiencias de satisfacción e insatisfacción, de placer o displacer, preocupación, ansiedad, etc.

- *Conductual, este aspecto se refiere a cómo las personas actúan de acuerdo con la forma en que perciben, sienten y piensan su cuerpo.*

Tomando en cuenta lo anterior, es interesante señalar que el constructo de la Imagen corporal no es estático ni rígido, sino maleable y sujeto a modificación con relación a la influencia del contexto. Algunos estudios realizados por Thompson y cols. (1999) muestran cómo la provisión de cierta información, por ejemplo, el exhibir imágenes de atractivos modelos, altera la percepción actual de la imagen corporal. (citado en Kirszman y Salgueiro 2002).

Hoy en día, la presión cultural para el logro de una imagen corporal mezcla de delgadez y atletismo va asociada a la idea de que poseer esta imagen implica toda una serie de significados positivos asociados a la delgadez como estar en control, ser atractivo, ser inteligente, ser feliz, ser saludable, tener éxito, etc. Hoy por hoy, la lipofobia es la norma, la gordura se asocia a la torpeza y la estupidez. Es vergonzante y atenta contra el buen gusto colectivo. (Masip 2007). Estos significados pasan a constituirse en el sostén de la identidad personal y por eso conllevan este potencial mórbido tan importante. Así las cosas, el número de personas diagnosticadas (mayoritariamente mujeres) con Trastornos Alimenticios y su concomitante disturbio de la Imagen Corporal es una pequeña porción frente al total de la población para quienes la Imagen Corporal es un problema en un sentido u otro. (Kirszman y Salgueiro 2002).

De tal manera, autores como James Rosen (1992) afirman que actualmente sería más apropiado hablar en primer lugar de “Trastornos de la Imagen Corporal” y en segundo término de “Trastornos Alimentarios”. Sosteniendo que lo primero es un desorden de la imagen corporal que se expresa en segundo lugar en un desequilibrio alimentario. A su vez dicho desorden de la imagen es el predictor más consistente de la aparición de los TCA.

Myers y Biocca (1992 citados en Toro 2004), definen “insatisfacción corporal” como el fruto de la discrepancia existente entre el cuerpo considerado ideal, ya interiorizado y aceptado como tal y el propio percibido. La insatisfacción corporal es una característica prácticamente universal de pacientes con anorexia y bulimia nervosas y está considerada como un importantísimo factor de riesgo para decidir prácticas adelgazantes y por lo tanto tiene un valor pronóstico para los TCA (Toro, 2004).

En estudios realizados con población mexicana de diferentes edades (prepubéres, preadolescentes y adolescentes), la mayoría de las mujeres de estas edades están insatisfechas con su imagen corporal (Gómez Peresmitré, 1997; y Gómez-Peresmitré y Acosta 2000 y 2002). Por ejemplo, en una muestra de preadolescentes entre 9 y 13 años el 44% se encontraron insatisfechas con su imagen corporal. (Gómez-Peresmitré, 1997); en otra investigación realizada con mujeres preparatorias de

niveles socioeconómicos bajo y medio, el 81% se mostró insatisfecha con su cuerpo, mientras el 41% se encontraba arriba de su peso ideal (Aguilar y Rodríguez, 1997), en otro estudio con mujeres de entre 14 y 21 años, más de la mitad mostró estar insatisfecha con su cuerpo (Murrieta 1997). (todos citados en Hernández 2004).

Polivy y Herman (2002) afirman que la presencia de trastornos alimentarios, en este grupo sociodemográfico nos indica que la insatisfacción con la Imagen Corporal, puede ser considerado como el antecedente más importante en la etiología de la anorexia y la bulimia, ya que otros factores como son las preocupaciones y actitudes con respecto al peso se manifiestan a través de ésta. Aunque por otra parte Rosen (1996) sostiene, que el hecho de que sólo una parte de estas mujeres desarrollen TCA, tiene que ver con la presencia de otros factores, que magnifican este malestar con el propio cuerpo.

Existen por otro lado, situaciones en las que han desaparecido los síntomas y la persona ha recuperado la funcionalidad en su vida pero persiste aun una distorsión en su imagen, que se constituye en el núcleo sobre el que muchas veces se instalan posibles recaídas. (Kirszman y Salgueiro 2002).

Pero Joseph Toro (2004) va más allá cuando afirma lo siguiente “Nuestro propio momento histórico vivido en el mundo occidental desarrollado cuenta con un modelo estético corporal sumamente delgado, en nuestra sociedad, la preocupación estética por el peso y el cuerpo es tan prevalente, especialmente en el género femenino, que su presencia en toda mujer puede considerarse normal”. Es entonces cuando expresiones como la siguiente cobran un mayor sentido: “El lidiar con nuestro cuerpo es una aventura que nos acompaña desde el nacimiento y tiene un significado primordial. Todo se expresa en él ya que somos nuestro cuerpo y con él enfrentamos posibilidades y limitaciones. Cabría preguntarse porqué la palabra lidiar no es casual; en tiempos actuales disfrutar de nuestro cuerpo y tener una vivencia satisfactoria desde el placer hasta la evaluación que hacemos de él es todo un desafío”. Susana Rimoldi (Kirszman y Salgueiro 2002).

HISTORIA Y DEFINICIONES

Anorexia

El origen de la palabra anorexia es griego, ancrktos (Toro, 1996) y fue utilizado desde siempre como sinónimo de falta de apetito. En latín, an, es un prefijo restrictivo y crexis, significa apetito (es decir, sin apetito), mientras que el adjetivo nervosa expresa su origen psicológico.

A lo largo de la historia han habido quienes sistemáticamente se niegan a ingerir alimentos con algún objetivo en específico. Así, desde la más remota antigüedad el hacer ayuno fué considerado como medio de santificación, los antiguos egipcios, los

ascetas de todas las religiones incluyendo el cristianismo, y los ayunadores de la edad media utilizaron la inanición como medio para protegerse del mal, lograr pureza y alcanzar la santidad (Toro 1996).

El historiador Rudolph Bell en su libro “Holy anorexia” publicado en 1985 hace una exhaustiva revisión de autobiografías, correspondencia y actas de canonización de más de 261 mujeres italianas religiosas, y a su parecer el 40% podrían reunir los criterios para lo que él denomina “anorexia santa”, no obstante, la anorexia de esta época no sólo se circunscribe a Italia. Dentro de los casos más significativos se pueden mencionar a Santa Catalina de Siena, Santa Verónica Giuliani y a la princesa Margarita de Hungría.

A partir de la edad media se pueden encontrar un sinnúmero de casos de mujeres quienes se negaban a consumir alimentos. (Toro 1996), (López, Nuño, y Arias 2005). Así por ejemplo, Wilgefortis, (de latín virgo fortis, virgen fuerte) hija del rey de Portugal, ayunó y rezó a Dios rogándole le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres, siendo adoptada en algunos países de Europa como santa patrona por aquellas mujeres que deseaban verse libradas de la atención masculina. (Mateos Parra A y Solano-Pinto 1997), (Gómez 2003).

Existe un consenso general, en que el primero en describir el cuadro anoréxico como tal, fue el médico de la corte británica Richard Morton en 1680, pero no fue sino hasta 1873 que el psiquiatra Charles Lasegue en París, y en 1874 Sir William Gull en Londres, quien por cierto es el primero en dar el nombre de “anorexia nervosa”, hacen los primeros reportes completos sobre este padecimiento, utilizando como criterio central que diferencia a la anorexia nervosa de otros criterios de diagnóstico de enflaquecimiento psicógeno: el miedo anormal a engordar. (Silverman 1997), (Toro 1996).

En 1893 Sigmund Freud describe un caso de anorexia tratado con hipnosis, un año más tarde describe dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía. (Chinchilla 1994).

En 1978 aparece por primera vez la anorexia nervosa, aunque de forma poco definida dentro del capítulo dedicado a los trastornos mentales de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en la modificación clínica de la novena revisión (CIE-9-CM) bajo la categoría de síndromes o síntomas especiales no clasificados en otro lugar. En la tercera edición del DSM, (Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales) en 1980, aparece como entidad nosológica perfectamente individualizada, ubicada dentro del grupo de trastornos de inicio en la infancia niñez y adolescencia, pero en la cuarta edición, en 1994, junto con la bulimia, se le ha dado un apartado independiente, el de Trastornos de la Conducta Alimentaria, quedando separadas de la pica o alotrofagia, el trastorno por rumiación o mericismo y el negativismo infantil a comer que tienen una etiología y curso muy diferente. El DSM-IV también resalta que el término anorexia (pérdida de apetito) es erróneo porque la pérdida de apetito rara vez ocurre en los estadios tempranos e este trastorno.

De acuerdo a Chinchilla (mayo 2003) “la anorexia nervosa se podría definir como la preocupación obsesiva por tener un cuerpo delgado recurriendo a todo tipo de medios de manipulación alimentaria y corporal, seleccionando, restringiendo, tirando, escondiendo o evitando los alimentos, provocándose el vómito o usando laxantes o diuréticos por una parte, o bien haciendo un ejercicio físico desmesurado. Todo ello sin conciencia de enfermedad y ocultando estas conductas o minimizándolas. Estas conductas derivan del miedo absurdo y obsesivo de las personas afectadas a estar gordas, una obsesión que las mantiene atrapadas absurdamente, al principio con un aparente autocontrol hasta que, posteriormente, la obsesión por la delgadez les lleva a exponerse múltiples riesgos como consecuencias de la manipulación alimentaria”.

Bulimia

En el griego antiguo la palabra “limos” significaba hambre, al añadirle el prefijo “bor” que significa gran cantidad, o “bul”, que significa buey, el término resultante puede traducirse por hambre feroz” (Toro 1996). El término Bulimia solamente alude a la voracidad que finaliza con la ingestión excesiva de alimentos y no a las prácticas compensatorias para la eliminación de lo ingerido.

La historia del mundo occidental esta salpicada de personajes, épocas y grupos sociales que practicaban asiduamente el atracón seguido del vómito, los romanos, Enrique VIII de Inglaterra y quienes le rodeaban, Alejandro Borgia y sus cortesanos, y mas recientemente el Rey Eduardo de Inglaterra y el presidente estadounidense William Taft, entre otros. (Giannini 1993, citado por Toro 1996), sin embargo, es importante hacer notar la incompatibilidad con las prácticas bulímicas actuales, ya que aquellas estaban relacionadas con un carácter festivo, gozoso y voluntario que hace una diferencia notoria con patología bulímica actual. (Toro, 1996).

Durante la edad media, el vómito constituyó una práctica penitencial, el penitente arrojaba de sí sus pecados y mediante el vómito podían dominarse así sus pecados (Toro 1996).

Es hasta 1873 que el tipo de prácticas de atracón, y compensación y eliminación de lo ingerido comienzan a reportarse: Leséague (1873) Habla de un “falso apetito imperioso”. Janet (1908) describe la alternancia de anorexia y bulimia, seguida de remordimientos. Abraham (1924) habla de “ansia oral aumentada” y Freud (1925) de vómitos como defensa histérica contra la alimentación” (citados por Pieck 2008).

En 1944 el psiquiatra suizo Ludwig Binswanger publicó el caso Ellen West, uno de los casos más famosos de análisis existencial, utilizando incluso su diario personal y poesía, mediante este minucioso reporte Binswanger da cuenta de la problemática emocional de esta paciente quien primero presenta comportamiento anoréxico, para después convertirse en lo que actualmente se conoce como bulimia nervosa y para quien la terapia psicoanalítica resultó ineficaz. (May, Angel y Ellenberger 1967) (Toro 1996).

Russell 1979 es quien se refiere a la bulimia nervosa como se le conoce actualmente, quien aparte de los atracones y las conductas compensatorias, remarca la importancia del miedo a engordar como condición primordial. Para Russell, el término Bulimia nervosa define aquellos cuadros caracterizados por episodios de sobreingesta, a los que siguen vómitos o la utilización de diuréticos o laxantes con la finalidad de anular las consecuencias del atracón en quienes rechazan la posibilidad de ser o llegar a ser obesas (Turón 1997).

Para muchos autores como Rojo Moreno y Cava 2003, Habermas 1989 Stunkard 1990 y Lucas y Soundy 1993 (citados en Rojo y Cava 2003), entre otros, a diferencia de la anorexia nervosa cuya historia se remonta a la edad media, la aparición de la bulimia como síndrome es reciente ya que si bien existen relatos en la literatura científica, estos son muy escasos hasta antes de los años setentas. De acuerdo a Rojo Moreno y Cava la descripción del síndrome a partir del DSM-III habría facilitado el reconocimiento por parte de los profesionales.

En 1978 en la novena edición del capítulo dedicado a los trastornos mentales de la Clasificación Internacional de Enfermedades aparece por primera vez, aunque de manera poco definida bajo la categoría de síndromes o síntomas especiales no clasificados en otro lugar. Ya en la décima revisión de 1992 (CIE-10) queda en la categoría de Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos. En ésta décima revisión aparece al lado de la anorexia nervosa, mucho más definido y de forma muy semejante al DSM-IV y ya como síndromes claramente aislados.

El Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales en su cuarta edición (DSM-IV) así como la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima revisión (CIE-10) describen a la bulimia nervosa como un trastorno consistente en atracones de comida y métodos compensatorios inapropiados (autoinducción de vómitos, uso repetido de laxantes y diuréticos, así como la realización de ayuno o el ejercicio excesivo).

Así entonces, “la bulimia nervosa, se podría definir como un impulso irresistible a la ingesta episódica e incontrolada, compulsiva y rápida, de grandes cantidades de alimentos ricos en calorías durante un periodo de tiempo variable. El paciente experimenta una pérdida de control sobre la conducta alimentaria, viéndose incapaz de frenar los episodios de voracidad. Esa ingesta desmesurada produce una sensación de distensión-malestar abdominal, sensaciones nauseosas de plenitud, lo que al comienzo de la enfermedad, junto a los frecuentísimos sentimientos de culpa y vergüenza, genera depresión y autodesprecio. Para hacer frente a la angustia causada por estos estados de ánimo se provocan el vómito reflejo o voluntario; cuando no consiguen vomitar recurren a laxantes y diuréticos, al ejercicio físico o al ayuno posterior.” (Chinchilla mayo 2003).

Trastorno por atracón (binge-eating)

Fairburn y Terence, (1993) explican que “bulimia” es el nombre antiguo de este padecimiento, citando los trabajos de Casper 1983, Ziolkó y Schrader 1985, Stein y Laakso 1988, Habermas 1989 y Beumont 1991. La primera referencia histórica fue hecha por Homero en el siglo octavo antes de Cristo (Fairburn y Terence, 1993), Hipócrates se refiere a “boulimos” como un apetito enfermizo en distinción al apetito ordinario, mientras que Aristofanes y Jenofonte se refieren a boulimos como “hambre feroz” o “Hambre de buey” (Chinchilla 2003).

El término atracón ha sido utilizado popularmente desde siempre, para indicar comportamientos excesivos del comer. El término binge eating (en inglés) o trastorno por atracón, en la literatura clínica y de investigación sobre los TCA hace referencia a una particular forma de sobreingesta.

Los atracones de comida y los factores que contribuyen a los mismos han tenido un especial interés en los últimos años ya que aparecen en los trastornos alimentarios y en la población en general, no obstante, a lo largo de la historia se tienen registros de un sinfín de atracones, más, como se menciona con anterioridad no se tiene conocimiento de sentimientos de culpa que acompañan al actual padecimiento.

Fue Stunkard, en 1959, quien describió el “binge-eating síndrome”, así denominado por el autor, basándose en la similitud de los excesos digestivos de los obesos con los del alcohol (binges) en alcohólicos, refiriendo episodios de consumo de grandes cantidades de comida seguidos de sentimientos de culpa, malestar e intentos para hacer dieta, todo esto sin conductas compensatorias como vómitos, laxantes, diuréticos, o ejercicio físico (Fairburn y Terence, 1993), (Toro 1996), (Guisado y Vaz 2001). Previamente, Hamburger en 1951 había descrito un tipo de hiperfagia en obesos caracterizada por un deseo compulsivo por determinados alimentos: caramelos, helados y otros dulces que eran con frecuencia incontrolables. En 1970, Korhaber definió el “stuffing síndrome” como una entidad en obesos caracterizada por tres síntomas: hiperfagia, malestar emocional y depresión (Guisado y Vaz 2001).

Ya en 1980 el Manual Estadístico de Enfermedades Mentales DSM en su tercera edición define al atracón o binge eating como la rápida ingesta de una gran cantidad de alimento en un periodo discreto de tiempo, usualmente, menos de dos horas. Pero en DSM-IV en su edición de 1993 hace una definición más detallada de los criterios del trastorno por atracón estableciendo que se deben cumplir dos de de las siguientes condiciones: comer una cantidad definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo periodo de tiempo y, una sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio y no deberá aparecer durante el curso de una anorexia nervosa, o un bulimia nervosa, ni estar asociado a conductas compensatorias inadecuadas.

Un análisis sistemático de lo que mujeres jóvenes describieron en su propia experiencia de “atracon” reveló que es básicamente la pérdida de control sobre la

ingesta el rasgo característico del padecimiento más que la cantidad de alimento que se consume. (Beglin y Fairburn 1992, citados en Fairburn y Terence 1993).

Aunque el binge eating ha sido un criterio diagnóstico en la anorexia nervosa y la bulimia nervosa, actualmente el DSM –IV incluye los criterios de investigación para su próxima inclusión como entidad aparte. El Trastorno por atracón (TA) o binge eating disorder se ha incluido en el anexo del DSM-IV como una categoría que necesita más estudio (APA 1994), basándose fundamentalmente en dos trabajos multisistémicos que apoyan la idea de que el trastorno aparece en la población obesa en un 30% y en un 2 al 5% de la población general (Spitzer y cols. 1992 y Spitzer y cols. 1993). Sin embargo, Fairburn, Welch y Hay, (1993) dicen que es un error incluirlo en el DSM-IV por dos razones: la primera, porque se sabe poco de la conducta de los atracones y otras formas de sobreingesta recurrente para justificar su inclusión y una segunda, porque la introducción podría originar una confusión diagnóstica. Este investigador recomienda estudiar muestras de pacientes que presenten una sobreingesta importante antes de clasificarlos (todos los autores citados en Guisado y Vaz 2001).

El Trastorno por Atracón se caracteriza por la presencia de atracones sin ir acompañados de conducta compensatoria inadecuada la persona muestra un profundo malestar al recordar los atracones y una relación con la comida llena de angustia, culpa y vergüenza. Es requisito que no aparezca en el curso de una anorexia ni una bulimia nervosa.

TRANSTORNOS ALIMENTICIOS NO ESPECIFICADOS (TANE)

En este punto nos parece necesario señalar algunos puntos relacionados con el término Transtornos Alimenticios No Especificados (TANE). Hasta principios de la década de los setenta no existían criterios diagnósticos concretos sobre los trastornos de la conducta alimentaria, a partir del DSM-III, pero más concretamente a partir de 1994 con la aparición del DSM-IV es que se han establecido criterios que engloban de mejor manera tanto a la bulimia como a la anorexia nervosas y establece criterios para el diagnóstico del “atracon” como síntoma. Pero por otro lado dejan fuera un sinnúmero de personas que no se ciñen a estos criterios, ya sea porque no cumplen con los criterios de manera total, por la existencia de sintomatología subclínica o porque su patología alimentaria es otra que aun no se contempla en estos manuales.

Ya en 1979 Halmi, (Fernández y Turón 2002), haciendo referencia a la anorexia reconocía la importancia, a su modo de ver de la necesidad de poseer criterios claros de diagnóstico, misma necesidad que puede ser extendida a los otros TCA:

- *Factor comunicativo, los médicos deben saber de qué están hablando cuando emplean estos términos.*
- *Investigación. Permitir que los hallazgos científicos puedan ser replicados.*
- *Determinación del objeto de estudio en un momento determinado. Con el paso del tiempo y el avance científico, el objeto de estudio podrá ser modificado.*
- *Tratamiento. Para determinar la eficacia de un tratamiento es imprescindible saber concretamente qué entidad patológica se está estudiando.*

El término TANE se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen con los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específico (APA 1994), por ejemplo:

- *En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia, pero las menstruaciones son regulares.*
- *Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativo, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad. (por ejemplo, pacientes obesos que tras realizar dietas intensas han bajado marcadamente de peso).*
- *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 dos veces por semana o durante menos de 3 meses.*
- *Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal. (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido galletas)*
- *Masticar y expulsar pero no tragar, cantidades importantes de comida.*
- *Trastorno por atracón, caracterizado por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria típica de la bulimia nervosa (DSM-IV).*
- *Fobia a la mayoría de los alientos y/o conducta de vómitos que, según el paciente, justifiquen el bajo peso y la escasa ingesta alimentaria; pero que sin embargo no existe, miedo intenso a ganar peso.*

Como ya se ha mencionado de acuerdo a la APA, (1994) un Trastorno Alimenticio es una patología en la cual los patrones de consumo de alimentos se ven severamente distorsionados, entonces, cabrían en este rubro otras formas generalizadas de comportamiento alimenticio que se ciñen a esta descripción, a continuación se mencionan los siguientes que no serán estudiados en este trabajo:

Diabetes

El manejo de la diabetes requiere que el paciente se concentre de manera muy enfática en su alimentación, si bien esta enfermedad tampoco está considerada como trastorno mental, si no existe un buen ajuste del sujeto respecto a la adquisición de un nuevo estilo de vida acorde con lo que su padecimiento requiere, este desarrolla pautas alimenticias

distorsionadas tales como, abuso de insulina con el fin de “poder” comer más, o bien saltarse inyecciones de ésta con el objeto de no subir de peso, existe también el abuso de alimentos ricos en carbohidratos, etc. O bien el paciente se vuelve reacio a cualquier medida de cuidado de su salud, el hecho de tener que controlar todo lo que comen y en qué cantidades, en un número importante de casos conlleva al desarrollo de un TCA. (Goebel-Fabbri, Musen, Sparks, Greene, Levenson, Jacobson, 2006)

Diabulimia

Se trata de una patología en la que se mezclan la diabetes tipo I y los trastornos alimenticios. Las personas, sobre todo mujeres, que sufren de diabetes tipo I deben llevar un riguroso control de su alimentación, lo que puede dar lugar a obsesiones y desórdenes alimenticios, incluso el ejercicio, especialmente saludable para los diabéticos, puede convertirse en un arma de doble filo al realizarse de forma compulsiva para adelgazar.

Quienes padecen diabulimia aprovechan que son diabéticos para adelgazar, comiendo deliberadamente la administración de insulina. Sin insulina en sangre el cuerpo no puede utilizar los alimentos ingeridos como fuente de energía y la mayoría de las calorías se pierden. Pero lo que conlleva esta medida es que el organismo utilice las reservas de grasa a un precio muy alto, ya que esto se traduce en pérdida de masa muscular ósea, y en desnutrición. Disparando su nivel de glucosa en sangre, ya no es necesario vomitar, tomar laxantes o comer poco.

Los síntomas de la diabulimia coinciden con los de la diabetes no controlada, saltarse las inyecciones de insulina puede tener consecuencias terribles, desde la ceguera al fallo renal, el coma diabético o la amputación de miembros, con la diabulimia se incrementa la mortalidad por diabetes. Esta enfermedad suele aparecer en la adolescencia y es más común en mujeres que en hombres. (Goebel-Fabbri y cols., 2006).

Ortorexia:

La ortorexia fue investigada descrita y bautizada por Steven Bratman quien publicó el término en su libro "Health Food Junkies", en 2000. El término ortorexia proviene del vocablo griego orthos que significa apetito correcto, u orto que significa recto, derecho, normal y orexis, apetito. La ortorexia es la obsesión patológica por consumir solamente comida sana o sólo comida de cierto tipo ya sea orgánica, vegetal, sin conservantes, sin grasa, sin carne, o solo frutas o alimentos crudos.

La ortorexia es considerada como un comportamiento obsesivo-compulsivo caracterizado por la preocupación de comer, y la transferencia de los principales valores de vida hacia el acto de comer. Esta obsesión suele extenderse mas allá de la comida y abarcar hasta en que los materiales con lo que son preparados la comida o la forma de preparación tengan que ser siempre los mismos. (Dávila, García, Saucedo, Viera 2005).

Según Bratman, las víctimas de esta enfermedad esperan obtener todo tipo de beneficios físicos, psíquicos y morales, lo cual los puede llevar a una dependencia similar a la de cualquier adicto a las drogas y entre las razones que podría llevar a una persona a padecer la ortorexia esta la ya mencionada obsesión-compulsiva por lograr una mejor salud, el encontrar una razón espiritual al comer un determinado alimento, por el temor a ser dañado por los colorantes y conservantes de las industrias alimenticias, también se ha diagnosticado en esquizofrénicos que piensan que los alimentos esconden conservantes que los envenenaran.

Esta patología puede tener graves efectos sobre la salud. Por ejemplo, la supresión de grasas puede comprometer la ingesta de vitaminas liposolubles y ácidos grasos, ambos imprescindibles para el organismo. La propia carencia de vitaminas como la B-12 provoca

alteraciones del comportamiento que profundizan todavía más en su obsesión. (Dávila y cols. 2005).

Síndrome del comedor nocturno:

Este síndrome se caracteriza por presentar: anorexia matutina, hiperfagia nocturna e insomnio; con modificación del patrón neuroendocrino que tiene la función reguladora con ritmos circadianos propios que modulan diversas funciones metabólicas y psicológicas. La exacerbación de la sintomatología coincide con períodos de ganancia de peso y episodios de vida estresante.

El síndrome del comedor nocturno fue descrito por primera vez por Stunkard en 1955, en un estudio que realizó para determinar el comportamiento alimentario en pacientes con obesidad severa que presentaron resistencia al tratamiento para disminuir de peso. También pudo comprobar la relación directa entre períodos de mayor tensión y alarma de estos pacientes con un agravamiento del síndrome. Así, a medida que disminuía una situación de estrés psicológico, se reducía la sensación de hambre voraz en todos los casos de comedor nocturno diagnosticados por Stunkard. Desde entonces diversos estudios han vinculado el síndrome del comedor nocturno con pacientes que presentan algún tipo de obesidad, puesto que el aumento de la ingesta alimentaria como consecuencia del síndrome lleva a la ganancia de peso y una variedad de condiciones que afectan la calidad de vida. (Ellenberg, C., Verdi, B., Ayala, L. y cols. (2006).

Síndrome del Comedor Selectivo:

La doctora Dasha Nicholls (Pera-Pirotto, marzo 2006), fue la primera en definir este trastorno, que se conoce desde hace menos de diez años. Según Nicholls, se llama comedor selectivo a aquel individuo que se nutre, exclusivamente, de menos de diez alimentos durante un mínimo de dos años". Generalmente está asociado a otros trastornos alimenticios.

La selectividad alimentaria también está relacionada con los trastornos obsesivos de la personalidad, como el trastorno obsesivo compulsivo. También existen los comedores selectivos que dejan de lado ciertos alimentos por sus calorías, conservantes o ciertas sustancias.

De acuerdo con Nicholls, psicológicamente, las adicciones a la comida presentan casi los mismos síntomas que las del alcohol o el tabaco, pero físicamente son menos fuertes. En el origen de esta adicción existe incluso una base científica, ya que algunos alimentos, sobre todo carbohidratos (pasta, dulces, chocolates ...), estimulan la secreción de serotonina y mejoran el estado de ánimo.

Este síndrome es difícil de detectar y reconocer. Los adultos no suelen ser conscientes de su problema y acuden a las consultas médicas por otros motivos: cansancio, desajustes metabólicos, problemas de piel, desmayos. Los comedores selectivos suelen presentar carencias de vitaminas, minerales y otros nutrientes.

Dismorfia muscular

La vigorexia o dismorfia muscular se encuadraría dentro de un grupo de trastornos denominados dismorfias corporales, sufridos por aquellas personas que no están a gusto con su propio cuerpo y se obsesionan con la “mejora” de ciertos “defectos” físicos. Se trata de la obsesión por tener un cuerpo musculoso, lo que lleva a la realización de ejercicio exagerado y a regímenes de alimentarios desbalanceados, con excesiva cantidad de proteínas y a consumir suplementos dietéticos ilegales.

Este padecimiento comparte características con la anorexia nervosa (Sarason y Sarason 2006) tales como: Preocupación por la figura, distorsión de la propia imagen corporal, baja autoestima, modificaciones en la dieta, factores socioculturales (ideal estético) y automedicación con anabolizantes, a diferencia de que en la anorexia es con diuréticos o laxantes.

Harrison .G. Pope y colaboradores en 1993, observaron incidentalmente, que un grupo importante de fisioculturistas se veían y describían como pequeños, flacos y poco musculosos, a pesar del extraordinario grado de desarrollo muscular alcanzado. El estudio de dicho fenómeno sentó las bases de lo que denominó “anorexia reversa”, ya que inicialmente lo asociaba como una forma inversa a la anorexia. Posteriormente, se decidió renombrarla como “vigorexia”, término éste que alcanzó la mayor popularidad, para referirnos a ella en la actualidad como dismorfia muscular. Esta alteración tiene la pretensión de ser considerada como un trastorno cuya base principal es la alteración de la imagen corporal y podría encuadrarse nosológicamente entre los Trastornos Dismórficos Corporales; aun existiendo divergencias a la hora de considerarlo como parte de los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo o del espectro afectivo. (Arbinaga y Carcuel 2003).

Obesidad

La Obesidad no está considerada como trastorno mental, sino más bien como trastorno físico (Sherman y Tompson 1999). La obesidad es definida como una acumulación excesiva del tejido adiposo que se traduce en un aumento de volumen y peso corporal (Barajas 1998). La obesidad puede tener un origen biológico (genético, endócrino, neurológico, etc.), no obstante, en la mayoría de los casos, el origen de la obesidad se halla en el sedentarismo y unos malos hábitos alimentarios desde la infancia los que son mantenidos por la cultura social y familiar. (Jebb 1997, citado en Moral 2002).

Así las cosas, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1999) considera a la obesidad como la gran epidemia del siglo XXI y de acuerdo a algunos autores como Moral (2002) no es de extrañar que con el aumento de la obesidad es probable que como formación reactiva se haya forjado un concepto estético de delgadez.

Dado lo anterior, parece entonces inminente que en el futuro la obesidad sea categorizada de acuerdo a sus diferentes etiologías y así mismo tendría que ser abordada, tomando en cuenta las consecuencias físicas así como las sociales y el impacto que estas tienen sobre la salud mental de los individuos. Pero también a nivel social se deberá reflexionar que la búsqueda de la delgadez se convierte en el otro lado del continuo en el cual, la distorsionada relación de los individuos con el acto de comer no es más que la manifestación de conflictos no resueltos con su entorno.

Así entonces, los manuales de clasificación y diagnósticos de enfermedades como el DSM-IV o el CIE-10 tienen funciones específicas como codificar las patologías y sus diagnósticos, facilitan la comunicación entre profesionales de la salud. Permiten

también trabajar estadísticamente a través de la obtención de datos que posibilitan la realización de trabajos de investigación y epidemiológicos.

Pero es importante señalar que en la práctica clínica, es claro que al quedarse exclusivamente con estos criterios diagnósticos, se perderá de vista al sujeto que se expresa a través de esos síntomas, corriendo el riesgo de reducir y trivializar el entramado psíquico de ese individuo y su sufrimiento. Las categorizaciones como ortorexia, anorexia, trastorno por atracón, bulimia, diabulimia, etc., quedan parciales frente a los que está ocurriendo en ese sujeto, que es siempre singular.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Anorexia nervosa

La anorexia es una enfermedad cuya principal característica es el deseo de ser delgado y el miedo a engordar, esto se manifiesta en una serie de conductas como reducción deliberada del alimento especialmente, hacia el de mayor contenido calórico además de que algunas personas realizan conductas compensatorias (por ejemplo: exceso de ejercicio o purgas) con el fin de eliminar la mayor cantidad de calorías, todo esto aunado a una percepción distorsionada de la propia imagen, de tal manera que se perciben a sí mismas como “gordas” o “deformes” incluso estando por debajo del peso normal esperado, todo esto conduce a grandes pérdidas de peso, hasta llegar al 15% o más por debajo de los límites considerados normales.

También se ha encontrado la falta parcial o total de conciencia de enfermedad, alteración o distorsión en la imagen corporal, (sobreevaluación del tejido y/o peso corporal) hiperactividad (ejercicio excesivo), disturbios en el sueño, grandes expectativas de logro y un negativismo agresivo hacia los intentos de tratamiento; fracaso o confusión en el reconocimiento del hambre y del apetito (conciencia de interocepción); sentido de ineficacia con sensación de actuar sólo en respuesta a demandas de otros, ante lo cual la manipulación de alimentación proporciona un sentido de logro (Battegay, Glatzel, Poldinger y Rauchfleisch 1989).

Muchas de las personas que más tarde desarrollan anorexia nerviosa son meticulosas y compulsivas, con unas metas muy altas de realización y éxito. Los primeros indicadores de la inminencia del trastorno son la creciente preocupación por el régimen alimentario y el peso corporal, incluso entre aquellas que ya son delgadas, como lo son la mayoría de las personas con anorexia nerviosa. La preocupación y la ansiedad se intensifican a medida que adelgazan, incluso cuando llega a la emaciación, la persona declara que se siente obesa, niega tener algún problema, no se queja de ausencia de apetito o pérdida de peso y en general se resiste

al tratamiento. La persona no suele acudir al médico hasta que los familiares la llevan. (MSD 2005).

La palabra anorexia significa literalmente “sin apetito” sin embargo es un hecho que la pérdida de apetito no es la característica principal de este trastorno, al menos en un principio. Por el contrario las personas con este trastorno están interesadas en alimentarse y tienen apetitos normales, aunque muchos tienen dificultad en leer sus claves del hambre. Algunos individuos hacen hasta lo imposible por preparar comidas altas en calorías y platillos cocinados para otras personas, obteniendo un gran placer en manejar la comida mientras la preparan. Otros desarrollan rituales compulsivos que incluyen a los alimentos. Por ejemplo esconder y malgastar la comida, ingerir comidas en forma ritualista y pasar mucho tiempo comiendo una porción pequeña de alimento. Concientes de lo inusual que pueden parecerles estos comportamientos a los demás llegan a extremos de ocultar sus hábitos alimenticios excéntricos (Halguin y Krauss 2003).

Existen dos tipos de anorexia: restrictiva y compulsivo-purgativa, la anorexia de tipo restrictiva se caracteriza por la capacidad de someterse a limitaciones calóricas excesivas lo cual conlleva a una gran pérdida de peso. Las personas con anorexia tipo compulsivo-purgativo, por lo general no son capaces de someterse a una excesiva restricción calórica, por lo que alteran entre dietas de semi-hambruna, que no pueden mantener, y episodios de sobreingestión que pueden ser seguidos de vómitos autoinducidos o la ingestión de laxantes o diuréticos. Se estima que la mitad de las personas con anorexia muestran síntomas de sobreingestión y conductas compensatorias (laxantes, purgas, diuréticos, ejercicio excesivo, etc.) (Casper, Eckert, Halmi, Goldberg y Davis, 1980, citados en Unikel 2003).

Las mujeres dejan de menstruar, a veces antes de haber perdido mucho peso. Se registra tanto en varones como en mujeres una pérdida de interés sexual. Típicamente tienen una frecuencia cardíaca lenta, presión arterial baja, baja temperatura corporal, hinchazón de tejidos por acumulación de líquidos (edema) y pelo fino y suave o bien excesivo vello facial y corporal. Las personas con anorexia que se adelgazan mucho tienden a mantener una gran actividad, incluyendo la práctica de programas de ejercicio intenso. No tienen síntomas de deficiencias nutricionales y están sorprendentemente libres de infecciones. La depresión es habitual y las personas con este trastorno mienten acerca de cuánto han comido y esconden sus vómitos y sus hábitos alimentarios peculiares (MSD 2005).

El perfil mental de la paciente anoréxica se caracteriza por una mayor introversión, autocontrol y perfeccionismo, con trastorno obsesivo-compulsivo y de evitación, como trastornos de personalidad más frecuentes. Según Katherine Halmi los pacientes con trastornos alimentarios tienen deficiencias en la integración de los mecanismos del hambre y la saciedad y en el conjunto de sus cogniciones sobre la comida, comparados con personas sanas. Algunas diferencias mejoran con el

tratamiento; otras permanecen constantes como rasgos característicos estables. (Zamora, Martínez, Gazzo, 2000).

Los cambios hormonales que resultan de la anorexia nerviosa incluyen valores de estrógenos y de hormonas tiroideas marcadamente reducidos y concentraciones aumentadas de cortisol. Si una persona llega a estar gravemente desnutrida, es probable que sean afectados todos los órganos principales. Los problemas más peligrosos son los relacionados con el corazón y con los líquidos y los electrolitos (sodio, potasio, cloro). El corazón se debilita y expulsa menos sangre. La persona puede deshidratarse y tener tendencia al desmayo. La sangre puede acidificarse (acidosis metabólica) y los valores de potasio en la sangre pueden descender. Vomitar y tomar laxantes y diuréticos puede empeorar la situación. Puede producirse una muerte súbita debido a la aparición de ritmos cardíacos anormales (MSD 2005).

Bulimia nervosa

Esta enfermedad comparte con la anorexia nervosa muchos de sus síntomas, especialmente el miedo a la obesidad y los intentos por perder peso. Las personas con bulimia nervosa alternan entre los extremos de ingerir grandes cantidades de alimentos en poco tiempo compensando luego las calorías ingeridas al vomitar o realizar otras acciones extremas.

Existe una desorganización profunda sobre el patrón alimentario, aunque el peso corporal, por lo general tiende a ser normal o incluso superior. La sensación de pérdida de control sobre la ingestión (no poder dejar de comer voluntariamente), puede estar acompañada de estados de ánimo deprimidos y de pensamientos autodestructivos, especialmente después de los episodios de compulsión y purga. Estos ocurren impredeciblemente, pero por lo general son precipitados por eventos estresantes. Los atracones pueden durar unos cuantos minutos hasta horas y por lo regular se efectúan en privado.

Los episodios de sobrealimentación se conocen como ingesta voraz o atracón y se caracterizan por:

- Ingerir gran cantidad de alimento en un periodo de dos horas que es mayor a lo que comería la mayoría de la gente bajo circunstancias similares.*
- Sentir falta de control sobre qué y cuánto se ingiere.*

Las personas con bulimia nervosa se comportan de manera inapropiada e intentan prevenir el aumento de peso, aquellos con el tipo purga tratan de expulsar de sus cuerpos lo que acaban de comer; para hacer esto se inducen el vómito administran un enema o toman laxantes o diuréticos. Aquellos con el tipo no purgativo, tratan de compensar lo que comieron ayunando o realizando ejercicio excesivo. (Halguin y Krauss 2003).

Los episodios de sobreingestión alimentos son variables en cuanto a la cantidad y tipo de alimentos que se ingieren. Es una conceptualización subjetiva, ya que varía de

individuo a individuo y es una conducta socialmente aceptada en determinadas situaciones (Schlundt y Johnson, 1990, citado en Unikel 2003). La violación de los estándares marcados por cada persona, es lo que promueve la conducta compensatoria para contrarrestar los efectos engordadores de sobreingesta. La purga reduce el temor a engordar y regresa al individuo a un estado de vigilancia de su alimentación, la restricción (Unikel 2003).

Las personas que sufren anorexia nervosa tienen percepciones muy distorsionadas de su tamaño corporal aun cuando están cerca de un estado de inanición, los anoréxicos se ven a si mismos como obesos. En contraste, el individuo con bulimia nerviosa tiene una percepción precisa de su cuerpo, pero aun así se preocupa por no aumentar de peso y volumen. Otra diferencia con la anorexia es que las personas con bulimia nervosa tienen un peso promedio o por encima del promedio, a diferencia de los anoréxicos que su peso es significativamente inferior. (Halguin y Krauss 2003).

Por lo común se desarrollan muchas complicaciones médicas en los individuos con bulimia nervosa, los mas graves son las complicaciones asociadas con la purga. Los vómitos autoinducidos pueden erosionar el esmalte dental, agrandar las glándulas salivales de las mejillas (glándulas parótidas) e inflamar el esófago. Los vómitos y las purgas pueden disminuir los valores de potasio en la sangre, ocasionando ritmos cardíacos anormales. Se han comunicado muertes súbitas tras la ingestión repetida de grandes cantidades de ipecacuana para inducir los vómitos. dependencia a los laxantes, alteración en el contenido corporal de albúmina y minerales, anemia, amenorrea, bradicardia, disminución de la hormona tiroidea, bajas concentraciones de la hormona foliculoestimulante HFE y la hormona luteinizante HL, estreñimiento, deshidratación, cefaleas. En raras ocasiones se ha producido una rotura gástrica en personas que han ingerido cantidades excesivas de alimento (MSD 2005).

Las personas bulímicas presentan en la mayoría de los casos, una rica psicopatología asociada como, fundamentalmente, la depresión y la ansiedad. Estas están, por un lado, relacionadas con la crisis de pérdida de autocontrol, y en el preludeo del atracón, momento en el cual se puede notar un sentimiento de excitación, tensión y angustia y un irrefrenable deseo de comer. La ansiedad generalmente antecede al atracón, con el consiguiente sentimiento de culpa y de desvalorización al sentirse llena y con miedo a haber engordado, generándose nuevamente una ansiedad insoportable que sólo el vómito puede reducir. Tanto las anoréxicas como las bulímicas pueden presentar verdaderas fobias, por ejemplo, a conocer su peso, a las balanzas, a algunos alimentos, etc. En ciertos momentos, cuando se sienten abrumadas por sentimientos de minusvalía, con rechazo de su figura y menosprecio hacia sí mismas, pueden cumplir criterios de fobia social; no se atreven a aparecer o a hablar en público. Por otro lado, es notable la similitud entre las conductas bulímicas y las adictivas.

Las pacientes bulímicas se caracterizan por mayor sociabilidad y tendencia a actuar de forma impulsiva y descontrolada. En congruencia con estos rasgos, presentarían

con mayor frecuencia trastorno de personalidad límite e histriónico, en cuyo caso requieren, además, un tratamiento más específico para estos trastornos (Zamora, Martínez, Gazzo, 2000).

Comparadas con las personas que tienen anorexia nerviosa, las que tienen bulimia nerviosa tienden a ser más conscientes de su comportamiento y sienten remordimientos o culpabilidad. Son más propensas a compartir sus preocupaciones con el médico u otro confidente. Generalmente estas personas son más extravertidas y más propensas a un comportamiento impulsivo, como el abuso de drogas o de alcohol y a la depresión manifiesta. (MSD 2005).

Trastorno por Atracón (TA)

Los atracones de comida son un serio problema en la obesidad (Loro y Orlenas 1981; Stunkard 1959), en la anorexia nerviosa, y son fundamentales en el diagnóstico de la bulimia nerviosa y el Trastorno por Atracón (TA) o binge eating disorder. (APA 1994). El Trastorno por Atracón o “binge eating disorder” aparece en la tercera parte de los pacientes que están en programas para perder peso (Gormally, Black, Daston y Rardin) y en un 2 al 5% en la población general (Spitzer y cols. 1992). Es más común en mujeres con sobrepeso que son más jóvenes que las mayores y obesas, y que las pacientes con Bulimia nerviosa (Hamburger 1951, McCann Rositer , King, Agras 1991). (todos los anteriores citados en Guizado y Vaz 2001).

Las personas que sufren este padecimiento presentan una obesidad importante, fluctuaciones en el peso, grandes dificultades para perder peso y mantener el peso perdido. La ingesta de comida es mayor en la alimentación diaria y en los atracones, fundamentalmente de grasa, dulces y comida rápida (a diferencia de la bulimia nerviosa que aumenta el consumo de todo tipo de comida y principalmente ocurre en los atracones).

Las características de estos pacientes son un mayor deterioro en el trabajo y funcionamiento social, exceso de preocupación por el cuerpo (figura) y el peso, psicopatología general, una importante cantidad de tiempo de la vida adulta hacen dieta, historia de depresión, abuso de alcohol y/o drogas, tratamiento por problemas emocionales, historia de obesidad severa, inicio precoz del sobrepeso e inicio temprano para hacer dietas (Spitzer y cols. 1992, citado en Guizado y Vaz 2001).

Quienes sufren este mal, presentan altos niveles de disforia y malestar psicológico, así como personalidad anancástica, más síntomas psiquiátricos, más depresión o historia de depresión, y mayor tasa de trastorno de pánico, bulimia nerviosa, trastorno de la personalidad borderline y por evitación. (Guizado y Vaz 2001).

Respecto a la imagen corporal se habla de una sobreestimación de la talla que es menos importante que en individuos con anorexia y bulimia nerviosa, ya que su significativa obesidad imposibilita una distorsión importante. Aunque sí existe insatisfacción con su apariencia por su objetiva obesidad. También se ha descrito una

relación positiva entre los atracones y la insatisfacción corporal en sujetos obesos y una asociación con la preocupación por la figura y el peso. De acuerdo con un estudio publicado por Guizado y Vaz (2001), los individuos con TA están más insatisfechos con sus cuerpos que los individuos sin TA.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

El estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria se ha encontrado con dificultades metodológicas que ha impedido proporcionar datos precisos al respecto. Entre los factores que afectan a las estimaciones se encuentran: las poblaciones de las cuales han sido tomadas las muestra, la falta de acuerdo en los criterios diagnósticos utilizados, principalmente en la bulimia nervosa, y el uso de instrumentos no estandarizados (Shapiro 1988, citado en Unikel 2003).

La mayoría coincide en que las mujeres adolescentes o jóvenes adultas son las más afectadas por los TCA, sin embargo parece necesario investigar en otras poblaciones, ya que en los últimos años se ha reportado un aumento en la incidencia de TCA en varones, que se sabe representan aproximadamente el 10% de los casos femeninos (Clarkson, Riedl, 1997; Crispo, Figueroa, Guelar, 1996; O'Dea, Abraham, 2002, Wooside, 2002), así como la presencia de TCA en niños de ambos sexos con rango de edad de 7 a 9 años (Al-Adawi y cols. 2002). También es importante investigar sobre las diferencias de acuerdo con el género den algunos síntomas o curso de los TCA (Eliot Word, 2001; Field y cols., 1999) (Todos los anteriores citados en Mancilla y Gómez-Peresmitré 2006).

El estudio en países desarrollados lleva ya varias décadas, y cada vez es mayor el número de reportes sobre su incidencia y prevalencia. En el pasado se pensaba que lo TCA ocurrían solo en grupos con poder adquisitivo alto en naciones occidentales (Bruch 1973), actualmente la mayoría de las investigaciones sugieren que los TCA continúan presentándose en personas caucásicas en países occidentales (Altabe, 1996; Thompson, 1996). Algunos autores han estudiado las tasas de incidencia de los TCA en países como Alemania (Steinhausen, 1984), Suiza (Willi, Grossman, 1983), Inglaterra (Lacely, Dolan, 19888), Escocia (Kendall y cols. 1973), Italia (Rather, Messener, 1993; Dale, De Luca, Oliosi, 1977) Holanda (Hoek,1991), Suecia (Norrning, Sohlberberg, 1988;Theander, 1970) y España (Morandé, Celada, Casas, 1999) encontrándose evidencias de que los TCA ocurren en un amplio rango de grupos socioeconómicos, étnicos y culturales. Diversos estudios coinciden que las mujeres, adolescentes o jóvenes adultas son las más afectadas por los TCA (Levine, Smolak, 1992; Jonson, Connors, 1987; Toro, 1996; Kendler er al., 1991). Sin embargo en los últimos años se ha reportado un aumento en la incidencia de TCA en varones, señalando que representan aproximadamente 10% de los casos femeninos (Clarkson,

Riedl, 1997; Crispo, Figueroa, Guelar, 1996; O'Dea, Abraham, 2002, Wooside, 2002), así como la presencia de TCA en niños de ambos sexos, con un rango de edad de 7 a 9 años (Al-Adawi y cols. 2002; Edlund, Halvarsson, Sjoden, 1996; Ricciardelli, McCabe, 2001) (todos citados en Mancilla y Gómez-Peresmitré 2006).

Las investigaciones en países occidentales muestran un aumento considerable del número de individuos afectados de bulimia y anorexia, de hecho, se calcula que la prevalencia de estos trastornos oscila entre 0.5 y 4% (Carbajo y cols., 1995 citado en Mancilla y Gómez-Peresmitré 2006). En el DSM-IV-TR (APA, 2000) se señala que la prevalencia de la anorexia en población adolescente y juvenil femenina se ubica entre 0.5 y 1 %, y la bulimia entre 1 y 3%.

En México aunque se han realizado investigaciones acerca de los TCA, los trabajos encaminados a estimar su prevalencia son limitados (Mancilla y Gómez-Peresmitré 2006). Un estudio realizado por Mancilla Díaz y colaboradores (2004, citado en Hernández A. 2006) con el propósito de estimar la prevalencia de los TCA en mujeres mexicanas, realizaron un estudio en dos muestras comunitarias en 1995 y 2001, de alrededor de 19 y 21 años respectivamente, los resultados de esta investigación revelaron que en la muestra de 1995 la prevalencia de bulimia y de TANE fue de 0.14 y 0.35 % respectivamente y en el 2001 de 0.24 y 0.91% En ninguna de las dos muestras evaluadas se encontraron casos de anorexia.

Por otra parte, de acuerdo a los datos arrojados por la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina Mora y cols. 2003) realizado en áreas urbanas en población de 18 a 65 años existe una prevalencia de bulimia nervosa alguna vez en la vida de 1.2 para hombres y mujeres, 0.4 en el último año, y 0.3 en el último mes. Los datos en mujeres fueron de 1.8 alguna vez en la vida, 0.8 en el último año y 0.5 en el último mes; mientras que en los hombres sólo se reportó la prevalencia alguna vez en la vida de 0.6. El diagnóstico de anorexia no fue reportado.

Sin embargo, en México se han encontrado porcentajes desde 5 hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo (ayunos, realización de dietas restrictivas, ejercicio exagerado, etc.) en muestras de mujeres estudiantes universitarias (Mancilla y cols. 1998, citados en Unikel, Bojorquez y Carreño 2004), adolescentes (Gómez-Peresmitré y cols. 2002), y estudiantes de bachillerato de la ciudad de México (Unikel, y cols. 2000).

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son aquellas condiciones (estímulos, conducta, y característica personales y del entorno) que inciden en el estado de salud, contribuyendo al desajuste o bien al desequilibrio del mismo, en la medida que hacen vulnerable al individuo, incrementan la probabilidad de enfermedad y facilitan las condiciones para la manifestación de la misma. (Mancilla y Gómez-Peresmitré 2006).

De acuerdo con Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, y cols. (2001 citado en Hernández 2006) la distinción fundamental entre un TCA y un factor de riesgo es que el primero conforma un síndrome mientras que los factores de riesgo se pueden considerar como síntomas aislados, como por ejemplo en el caso de los TANE (no se cubre el conjunto de criterios clínicos para diagnosticar anorexia o bulimia nerviosa).

Se entiende como síndrome a un conjunto de síntomas y signos resultantes de una causa común que aparecen en combinación como expresión del cuadro clínico de una enfermedad, en este caso un TCA, (como son los criterios diagnósticos de la anorexia, bulimia y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado señalados en el DSM-IV (APA 1994). Un síntoma es entendido como un índice subjetivo de una enfermedad o un cambio del estado tal como lo percibe el paciente. Muchos síntomas se acompañan de signos objetivos (Mosby 1997, citado por Hernández A. 2006).

La literatura internacional señala que los factores causantes de la anorexia y bulimia nervosas son multideterminados (Huon, 1996). Los factores de riesgo se refieren a los aspectos biológicos, individuales, psicológicos y socioculturales, que se encuentran o afectan a la persona y que se combinan con diferente fuerza (Huon, 1996; Leon, Keel, Kelly, Kumpy y Fulkerson, 1997). Los estudios realizados en población comunitaria, indican claramente mayor prevalencia de “problemas relacionados con la conducta alimentaria” que “trastornos de la conducta alimentaria” definidos como tales. Debido a que estos trastornos se presentan a lo largo de un continuo cuantitativo relacionado con el grado de “enfermedad”, es preferible que su estudio y etiología sean conceptualizados desde una perspectiva dimensional más que categórica (Leon y cols. 1997).

En México, los factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria han sido identificados y clasificados en cuatro importantes grupos por Gilda Gómez-Peresmitré y colaboradores (2001, citado en Hernández 2006):

Factores de riesgo asociados con la Imagen Corporal:

- *Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal*
- *Alteración: sobreestimación/subestimación de la imagen corporal*
- *Actitud hacia la obesidad/delgadez*
- *Preocupación por el peso corporal y por la comida*
- *Autoatribución de adjetivos positivos/negativos*
- *Autopercepción subjetiva del peso corporal*
- *Introyección de una figura ideal delgada*
- *Peso deseado*
- *Atractivo corporal ligado a la delgadez*

Factores de riesgo relacionados con la Conducta Alimentaria:

- *Seguimiento de dieta restrictiva*
- *preocupación por el peso corporal y por la comida*
- *Comer compulsivamente*
- *Hábitos alimenticios inadecuados:*
 - *Ayunos*
 - *Omisión de comidas principales (desayuno, comida, cena)*
 - *Disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico*
 - *Consumo de productos "Light"*
 - *Atracones*

Factores de riesgo relacionados con el Cuerpo real o biológico:

- *Peso corporal*
- *Talla*
- *Índice de masa corporal*
- *Madurez sexual precoz o tardía*

Factores de riesgo relacionados a Prácticas Compensatorias:

- *Ejercicio excesivo (más de 10 horas a la semana)*
- *Utilización de:*
 - *Inhibidores de hambre*
 - *Laxantes*
 - *Diuréticos*
 - *Consumo excesivo de agua*
 - *Consumo excesivo de fibra*

CRITERIO DE SALUD

Profundamente ligadas a la realidad cotidiana de “sentirse bien” o “sentirse mal” las nociones de salud y enfermedad desarrolladas por el hombre desde la prehistoria, han recorrido caminos tortuosos a través de los cuales se ha identificado con otros valores y significados importantes para el individuo y el grupo, unidas entre sí por una inevitable relación de contradicción, “armonía-desarmonía” “premio-castigo”, “virtud-pecado”, “bendición-maldición”, “bienestar-malestar”, “normal-patológico”, etc. A diferencia de la noción de enfermedad, la noción de salud surgió entre la gente y no entre los técnicos, y no ha estado sujeta a los límites de una disciplina y una práctica regulada como sí lo ha estado la noción de enfermedad. Esto se muestra porque es más receptiva y abierta a los intereses y expectativas que las personas consideran relacionados con la plenitud de su vida (Gómez-Arias 2003).

*Los clásicos no tenían especiales dificultades en alcanzar una idea clara de lo que es la salud. En latín, la sola palabra *salus* ya les daba idea de su significado. Nosotros debemos retroceder a la etimología para alcanzar lo que era evidente para ellos. *Salus* y *salvatio* muy iguales en latín (considérese que la U y la V, cuyos sonidos y grafía ahora distinguimos, eran una sola letra para los clásicos), significan “estar en condiciones de poder superar un obstáculo”. De estas palabras latinas se derivan sus equivalentes castellanas: *salud* y *salvación*⁴. El término castellano “salvarse” incluye el significado original de “superar una dificultad”, y se aplica tanto a dificultades naturales (salvarse de un incendio, por ej.), como a las sobrenaturales (la salvación de los peligros que la vida presente supone para la vida del alma) (Pardo 1997).*

Actualmente, el concepto de salud entraña una definición compleja, desde una connotación biológica hasta una sociocultural. Salud es definida por la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) y aún vigente como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

*Sin embargo, el término *salud* en nuestros días no se entiende actualmente como ligado a dicho significado de “superar una dificultad”. Si recuperamos para el término “salud” el significado, original y genuino, de “superar una dificultad”, obtenemos una definición en toda regla: *salud* es el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo⁵, es decir, que nos permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso. La salud entonces, incluye un cierto grado de bienestar físico, y de agrado en la actividad que es necesaria para vivir (bienestar psicológico); sin embargo, la salud no*

⁴ Otro tanto sucede en inglés, donde tenemos los términos *health*, *salud*, *holy*, *santo*, y en las lenguas germánicas, donde tenemos los términos *Heilen*, *curar* y *Heilig*, *santo*. Alarcón E. Teoría de la vida orgánica (Apuntes de Psicología). Pamplona: pro manuscrito, (1988, citado en Pardo, 1997).

⁵ Tomás de Aquino. *Summa Theologiae*, I-IIae, q. 50, a. 1, c. (citado en Pardo 1997).

es bienestar. Más bien, el bienestar es, en cierta medida, una parte de la salud, es decir, es uno de los medios necesarios para poder seguir viviendo.

La vida humana no se reduce a los aspectos meramente biológicos, la vida biológica, junto con sus aspectos psicológicos, se encuentra en el hombre impregnada de inteligencia y decisiones libres. El vivir humano no es exclusivamente biológico, sino una realidad compleja: biológica, psicológica, por tanto, “seguir viviendo”, en el caso del hombre, no es sólo poder mantener la vida biológica, poder reproducirse, y un cierto grado de bienestar suficiente para estos fines. Es, y de modo igual o más importante, poder actuar con su inteligencia y voluntad, llevando a cabo actividades que no pueden realizar los animales: trabajar, estudiar, etc. Así, una persona que carezca de capacidad para reproducirse, o que tenga algunas alteraciones físicas o psicológicas leves (como puede ser una ligera inestabilidad de la articulación del tobillo o una leve ansiedad pasajera) puede, en muchas ocasiones, desarrollar su vida normalmente. Dependiendo de la actividad que desempeñe, estas alteraciones, que serían enfermedad en un animal, pueden constituir o no enfermedad en una persona (Pardo, 1997).

De acuerdo a la OMS, no hay una definición oficial de salud mental, las diferencias culturales, evaluaciones subjetivas, y la propia competencia de las diferentes teorías profesionales, hacen difícil definir "la salud mental". En general, la mayor parte de expertos convienen que la salud mental y las enfermedades mentales no son contrarias. Es decir, la ausencia de un desorden mental reconocido, no es necesariamente un indicador de contar con salud mental (Salud, 2008, 21). Merriam-Webster (2005) define salud mental como: “estado del bienestar emocional y psicológico en el cual un individuo pueda utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, funcionar en sociedad, y resolver las demandas ordinarias de la vida diaria.”

Factores relacionados con la Salud

Como ya se mencionó anteriormente, Gómez-Peresmitré y cols. (2001) define a los Factores de Riesgo como aquellos que inciden en los procesos de salud contribuyendo al desajuste o bien al desequilibrio del mismo, y esto, en la medida en que hace vulnerable al individuo, incrementa la probabilidad de enfermedad y facilita las condiciones para la manifestación de la misma.

Así como los factores de riesgo incrementan la probabilidad de enfermedad y hacen más vulnerable al organismo de adquirirla, los Factores Protectores en oposición, preservan la salud y fomentan la calidad de vida. Entre los principales Factores Protatores en Trastornos de la Conducta Alimentaria destacan: la autoestima en general (Kansi, Wichstrom, y Berghman, 2003; Zucker, 2001), el fomento de la autoestima física de la asertividad y la autoeficacia, y de la competitividad social y personal (Phelps, Dempsey, y cols., 1999), mejorar los estilos de afrontamiento para

la resistencia ante la presión sociocultural para la figura ideal delgada (Chase, 2001), elevar la autoconfianza y el manejo del estrés (Albee,1996), restar la importancia atribuida al peso corporal y hasta una adecuada educación acerca de métodos nutricionales y de control de peso (Patel, Greydanus, Pratt y Phillips, 2003). (Todos citados por Hernández Alcántara, 2006).

En este trabajo definimos como FACTORES QUE INCIDEN EN EL PROCESO HACIA LA SALUD, como “aquellos que inciden en el desarrollo y evolución de la salud, contribuyendo al ajuste o bien al equilibrio del individuo, en medida que le fortalecen incrementan la perspectiva de salud y facilitan la

Principales enfoques teóricos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria

MODELO MÉDICO

Los diversos sistemas de clasificación de enfermedades mentales utilizados en medicina datan de la época de Hipócrates quien introdujo los términos de manía e histeria como formas de enfermedad mental el siglo V. a.C. (Kaplan y Sadock 1998). Desde entonces, cada época ha introducido su propia clasificación, por ejemplo, la referencia más antigua a un síndrome depresivo apareció desde 2600 a. C. (Menninger 1963, citado en Trull y Phares 2003), desde esa época se ha incrementado tanto la cantidad como la amplitud de los sistemas de clasificación, por ejemplo, el Congreso de Ciencia Mental adoptó un sistema de clasificación en 1889 en París. En 1948, la Organización Mundial de la Salud y su International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte) ya incluía una clasificación del comportamiento anormal, la actual es la décima revisión CIE-10.

En 1952, el Comité de Nomenclatura y Estadística de la Sociedad Psiquiátrica Americana APA (American Psychiatric Association) publicó la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-I). Desde entonces se han publicado cinco ediciones: DSM-II (1968); el DSM-III (1980); una revisión del DSM-III, el DSM-III-R (1987); el DSM-IV (1994), finalmente una revisión de este último DSM-IV-TR en el año 2000.

Trull y Phares (2003) señalan que estos manuales (DSMs y el CIEs) son encarnaciones de los esfuerzos del botánico y psiquiatra alemán Emil Kraepelin a finales del siglo XIX, estos mismos autores apuntan que los sistemas de diagnóstico para trastornos mentales como los del DSM-IV-TR y el CIE-10 son especialmente útiles para la comunicación debido a que estos sistemas clasificatorios son descriptivos en gran medida, es decir, los comportamientos y síntomas característicos de los diversos trastornos se presentan sin referencia a teorías respecto de sus causas.

El DSM-IV contiene descripciones de todos los trastornos mentales conocidos, basados en sus investigaciones, los expertos que le han diseñado han enumerado varios cientos de trastornos que van desde problemas relativamente menores de

ajuste, hasta trastornos crónicos incapacitantes. El DSM-IV, proporciona a los profesionales de la salud un lenguaje común para delinear los trastornos, de modo que pueden tener confianza de que las “etiquetas diagnósticas” poseen significados aceptados.

Los autores de versiones recientes del DSM han tomado una aproximación ateórica, es decir, han intentado describir los trastornos psicológicos en términos de fenómenos observables, en lugar de presentar los trastornos en términos de sus posibles causas. Por ejemplo al describir la Bulimia nervosa, enumeran diversos síntomas asociados con las prácticas bulímicas sin considerar la causa.

Otro de los supuestos más sobresalientes del DSM-IV-TR es que su sistema de clasificación está basado en el modelo médico, en el que los trastornos ya sean físicos o psicológicos, se consideran enfermedades, así términos como “paciente” (y no cliente) y “trastorno mental” son congruentes con este modelo.

El supuesto de que las enfermedades se clasifican en diferentes categorías está implícito en el modelo médico, así, las condiciones que implican el estado de ánimo se ajustan dentro de la categoría de trastornos del estado de ánimo, aquellas que implican ansiedad se clasifican dentro de la categoría de trastornos de ansiedad, etc. Sin embargo los autores del DSM-IV-TR, reconocen que existen limitaciones en el modelo categórico. Por un lado, los trastornos mentales o psicológicos no están claramente separados entre sí o del funcionamiento normal. Por ejemplo ¿dónde está la línea divisoria entre un estado de ánimo triste y una depresión diagnosticable? Además muchos trastornos parecen estar ligados de manera fundamental por ejemplo en el caso de un diagnóstico de Anorexia nervosa: anorexia, depresión, ansiedad, dismorfia corporal, comportamiento obsesivo, etc.

En el DSM-IV-TR los diagnósticos están categorizados en términos de áreas relevantes de funcionamiento dentro de los llamados ejes o dominios de información. Una evaluación diagnóstica completa del DSM-IV-TR es una evaluación multiaxial. Los pacientes o clientes son evaluados a lo largo de cinco ejes, cada uno de los cuales debe ayudar en la planeación del tratamiento y en la predicción del resultado. El Eje I se usa para indicar la presencia de cualquiera de los trastornos clínicos u otras condiciones de interés, el Eje II utilizado para trastornos de la personalidad y el retraso mental, el Eje III se emplea para las enfermedades médicas, el Eje IV para problemas psicosociales y ambientales y finalmente, en el Eje V se proporciona una estimación cuantitativa del 1 al 100 del nivel general de funcionamiento del individuo. De acuerdo con la APA cada uno e estos cinco ejes contribuye con información relevante acerca del paciente y juntos ofrecen una descripción bastante amplia de los principales problemas, factores causantes de estrés y nivel de funcionamiento del sujeto.

Sin embargo críticos sociales como Stuart Kirk y Herb Kutchins (Halguin y Krauss 2004) consideran el trabajo de la APA, expresado en las versiones recientes del DSM, como publicaciones altamente politizadas y productoras de dinero,

*cargadas de problemas de confiabilidad y validez, en su libro *The Selling of DSM* (1992) plantean que los autores de este manual de diagnóstico utilizaron el lenguaje, los paradigmas y la tecnología de la investigación para ejercer influencia sobre el lenguaje y la práctica clínica, de la misma forma, en su libro *DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders* (1997) afirman que el DSM-IV es una mezcla extraña de valores sociales, compromiso político, evidencia científica y material para llenar las formas de solicitud de pago de los seguros médicos.*

Kutchins y Kirk resaltaron algunos puntos interesantes al hacer notar la magnitud en la que los diagnósticos del DSM reflejan la política y la cultura del momento. Por ejemplo debido a la presión de grupos ajenos, la homosexualidad fue eliminada y el trastorno por estrés postraumático fue añadido. El hecho de que la homosexualidad estuviese enumerada previamente en el DSM-II, resaltó la complejidad de definir un “trastorno mental”, le tomó a la APA casi diez años concluir que era absurdo considerar como patología la orientación sexual. Tal como sucedió con el trastorno por estrés postraumático, la presión de los veteranos de Vietnam obligó a los autores del DSM-III a reconocer la constelación de síntomas experimentados por miles de sobrevivientes de eventos traumáticos.

Kutchins y Kirk despertaron muchas preocupaciones legítimas respecto de estas publicaciones, éstos se han convertido en libros indispensables en el librero de todo profesional de la salud mental. En los estados Unidos, aun los profesionales que detesten el documento, saben que sus ingresos dependen de la inclusión de un diagnóstico del DSM-IV-TR en cada forma de seguro médico que envían, por consecuencia deben familiarizarse con el funcionamiento de este complejo sistema de diagnóstico y deben aprender a vivir con sus limitaciones (Halguin y Krauss 2004).

Además de estas críticas al DSM, muchos otros ataques argumentan que el sistema de diagnóstico está sesgado en contra de las mujeres. Varios investigadores y profesionales clínicos han cuestionado porqué las mujeres tienen mayores probabilidades que los hombres a ser asignadas a diagnósticos particulares, tal como los trastornos del estado de ánimo y de la personalidad. Sugieren que el sesgo por género provoca que las características femeninas de personalidad sean percibidas como patológicas. Considerando como ejemplo el caso del trastorno de la personalidad por dependencia, una condición caracterizada por la necesidad excesiva de ser cuidado, el cual conduce a conducta sumisa, apegada y a sentimientos de inseguridad. Los críticos sostienen que las mujeres han sido educadas para ceder el control al hombre y para desarrollar un estilo dependiente, el cual en cierto punto del continuo se etiqueta como patológico. Kupers (1977), citado en Halguin y Krauss (2004) argumenta que las personas en una posición de poder, principalmente hombres, en el caso de la psiquiatría determinan lo que constituye un trastorno mental sobre quienes ejercen el poder.

Como se sabe, en el caso de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en relación con los criterios diagnósticos del DSM-IV, existen numerosos seguidores y

retractores, a continuación exponemos sólo tres de los numerosos argumentos en contra de los criterios de la APA y de la OMS :

- *Aunque la palabra Anorexia remite por su etimología la falta de apetito dicha inapetencia ni siquiera es mencionada como un signo del trastorno que lleva su nombre, muchos autores han criticado esta negligencia, incluso el DSM-IV la señala, pero no ha propuesto otra denominación, de entre estos autores, Jaques Maître (2000) señala la impertinencia de llamar Anorexia a lo que debiera llamarse Inedia ya que en general se trata de una privación voluntaria del alimento y no de falta de apetito. El poner el acento en la privación del alimento conduce a la pregunta sobre su causa, más allá de la búsqueda de un ideal social de delgadez. Esta privación del alimento gira en torno a lo expresado por muchos pacientes: miedo a comer, por miedo a engordar. ¿De quién es el miedo, para quien no quiere engordar el que se priva de comer? (citado en Pieck 2007).*
- *M. Eugenia Gil García, desde una perspectiva construccionista, en su tesis doctoral titulada “Anorexia y Bulimia: Discursos médicos y discursos de mujeres diagnosticadas” (Granada 2005), afirma que la tecnología diagnóstica médica que representan los manuales de la APA es una apuesta biologicista, contraria a dos importantes corrientes de la psiquiatría, la psiquiatría psicoanalítica y la antipsiquiatría olvidándose de la subjetividad de los y las pacientes, focaliza su interés en los signos patológicos y no en los síntomas como expresión de un malestar o de un desequilibrio inscrito en la trayectoria biográfica del individuo. Sustrayendo, al cuerpo del significado simbólico y social que tiene y separa al trastorno mental del marco social que lo produce.*
- *Por su parte en su libro “Anorexia y Bulimia, la tiranía de la perfección”, Cecilia Pieck (2007) desde una perspectiva psicoanalítica señala: “No se trata, sin embargo de un fenómeno meramente sociocultural, Freud menciona estos signos como propios de la neurosis obsesiva y, en caso más graves, de la melancolía (1915). Entonces, es posible partir de la base de que la Anorexia y la Bulimia serían una enfermedad porque se pueden ubicar signos que las distinguen de otros trastornos y que permiten orientarse en la problemática general del caso. Pero si uno se limita a la búsqueda de los signos que den la pauta para hablar de una enfermedad, no sólo se corre el riesgo de adoptar un criterio epidemiológico o el de perderse en la clasificación de las enfermedades como lo apunta H. Remschmidt, sino que también puede perder de vista lo que principalmente se encuentra en juego, que es el “deseo” de un sujeto. Quizá convendría recordar*

la conclusión lacaniana de que tanto la neurosis, como la psicosis y la perversión, son solamente caras de la normalidad... Es del deseo de lo que se trata cuando los anoréxicos, y en este caso los bulímicos, (la inclusión de los bulímicos es de la autora de la tesis) se sacrifican para lograr lo que llaman la perfección. Y arriesgan la vida en el intento de articularse al Otro, y de encontrar en él su lugar”.

De lo anterior se desprende que los manuales de clasificación y diagnósticos de enfermedades como el DSM-IV o el CIE-10 tienen funciones específicas como codificar las patologías y sus diagnósticos, facilitar la comunicación entre profesionales de la salud además permiten trabajar estadísticamente a través de la obtención de datos que posibilitan la realización de trabajos de investigación y epidemiológicos. Pero es importante señalar que en la práctica clínica, cualquier categorización quedará parcial frente a los que está ocurriendo en ese individuo, que es siempre singular.

A continuación en las tablas 1, 2, 3 y 4 se muestran los criterios para el diagnóstico de los diferentes tipos de Trastornos de la Conducta Alimentaria de acuerdo con la APA, 1994 y la OMS 1992:

TABLA 1. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVOSA DSM-IV (APA, 1994)

- 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 período 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.).

Tipos específicos:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, 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 nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

TABLA 2. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVOSA CIE-10 (OMS, 1992)

- A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet¹ de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo del crecimiento.
- B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- C. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

TABLA 3. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVOSA DSM-IV (APA, 1994)

- 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 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 período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Tipos específicos:

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

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

TABLA 4. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVOSA CIE-10 (OMS, 1992)

- A. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- C. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un nivel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

TABLA 5. CRITERIOS DE INVESTIGACIÓN PARA EL TRASTORNO POR ATRACÓN DSM-IV (APA, 1994)

- A. Episodios recurrentes de ingesta voraz o atracones. Un episodio de alimento de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:
1. Ingesta en un corto periodo de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
 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. Los episodios de ingestión voraz se asocian con 3 o más de lo siguiente:
1. Comer más rápido de lo normal.
 2. Comer hasta sentirse incómodamente lleno.
 3. Comer grandes cantidades de alimento cuando no se siente hambre.
 4. Comer a solas para esconder su voracidad.
 5. Sentimiento de disgusto sobre sí mismo deprimido o muy culpable después de comer.
- C. Profundo malestar al recordar los atracones
- D. El episodio de ingestión voraz ocurre por lo menos 2 veces a la semana durante 6 meses. (nota: el método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nerviosa; futuros trabajos de investigación aclararán si el mejor método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de su número).
- E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (por ejemplo purgas ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia o una bulimia nerviosa.

TABLA 6. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO (TANE) DSM-IV

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativo, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad. (por ejemplo, pacientes obesos que tras realizar dietas intensas han bajado marcadamente de peso).
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nervosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas parecen menos de dos 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. (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido galletas)
5. Masticar y expulsar pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno compulsivo, caracterizado por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria típica de la bulimia nervosa.

ENFOQUE PSICOANALÍTICO Y PSICODINÁMICO

El psicoanálisis es una disciplina fundada por Sigmund Freud y en la que, con él, es posible distinguir tres niveles: en primer lugar como un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres, aunque la interpretación psicoanalítica puede extenderse también a producciones humanas para las que no se dispone de asociaciones libres. En segundo lugar como un método psicoterápico basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo. Y finalmente, como un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento. (Lagache y Pontialis 2003). La terapia psicodinámica por su parte, se deriva del psicoanálisis de la cual surge como modificación para una mayor brevedad, por medio de la focalización de la intervención en ciertos conflictos destacados en la condición actual del consultante.

Sigmund Freud, Karl Abraham, Otto Fenichel, Melanie Klein, interpretan a la anorexia como una neurosis, relacionándolo al principio con la histeria y la melancolía, conversión histérica y cuadro melancólico como pérdida de la libido.

Los estudios de Freud en los cuales hace referencia a la anorexia nervosa son “Un caso de curación hipnótica (1893), “estudios sobre la histeria” (caso de Emmy von) y “la melancolía” (1895) y “Tres ensayos para una teoría sexual (1905). En los primeros trabajos de Freud, la anorexia se presenta como un síntoma de conversión histérica, es la expresión del erotismo oral, posteriormente sin embargo, observa matices depresivos. Freud explica que la anorexia existe pérdida del apetito pero también de libido (Chinchilla (1994). Así, Freud describió la anorexia como una forma de melancolía en la que la sexualidad no ha alcanzado un adecuado desarrollo, clasificándola como una neurosis nutricional. Freud hizo una asociación entre comer o no comer, con la presencia de impulsos sexuales básicos, de acuerdo a esta explicación, el significado simbólico sexual de los alimentos, es lo que determina que resulten o no repugnantes (Toro, 1996)

La teoría psicoanalítica freudiana, entiende la anorexia como una perturbación en la identidad femenina adulta que se traduce en la dificultad de asumir la feminidad, la sexualidad y la maternidad. En la adolescencia se reactiva la problemática temprana con la madre, que no ha podido asumir la función materna, debido a que no se ha independizado emocionalmente de su propia madre. La feminidad se construye entonces, a través de la identificación con una madre frágil, a la que no es posible agredir, por lo que la agresión a la madre se transforma en autoagresión. La identificación con esta mujer frágil y dependiente hace que para la anoréxica, convertirse en mujer implique una amenaza. Sin embargo, es necesario tener presente

que desde la teoría freudiana la sexualidad femenina es explicada en función de la masculina (la teoría del sexo único) y la madurez femenina se alcanza sólo cuando aparece el deseo de maternidad como resolución sana del Edipo (el hijo en lugar del falo del padre). (Araya 2001)

Por otro lado, tanto Freud como Janet se preguntaron sobre el significado de la supuesta o real pérdida del apetito de la anoréxica y a pesar de que para ambos la respuesta se centraba en el ámbito del desarrollo psicosexual, existían diferencias entre ambos autores. Para Freud, el ayuno suponía la repugnancia o el malestar por el alimento, mientras que para Pierre Janet, se trataba de la superación o control del hambre, hipótesis que se verifica en los casos actuales de la enfermedad (Toro, 1996).

Por su parte, Karl Abraham (citado en Chinchilla 1994), interpreta el comer como un equivalente inconsciente de estar embarazada, en donde la anorexia represente por lo tanto el rechazo de dicha condición, o un rechazo de la feminidad.

El caso de Ellen West referido por Binswanger en 1945 -uno de los casos psiquiátricos descrito con más detalle y que más comentarios ha merecido. Se trataba de una anoréxica purgativa, con evolución a la bulimia y síntomas de gran apatía que terminó suicidándose; fue diagnosticada como histeria por un primer analista, de simple melancolía por Kraepelin, esquizofrenia simple por Bleuler y Binswanger, una constitución psicopática de desarrollo progresivo por otro psiquiatra, y algo endógeno endocrino parecido a una psicosis endógena por Zutt (Chinchilla, 1994)

Desde el punto de vista psicodinámico de Mara Selvini Palazzoli (1981) la anorexia nervosa es explicada de la siguiente manera: “para el anoréxico la comida no es en absoluto negativa como cosa en sí misma, ... es amable, deseable, interesante, importante, continuamente presente en la mente... El que se ha hecho peligroso y angustiante es el acto de alimentarse. Ninguna acción ni siquiera un delito, asume para el anoréxico un significado tal de autodegradación y derrota como el de saciedad”

“En el origen de un comportamiento anoréxico está una madre agresivamente sobreprotectora e inaccesible, incapaz de concebir a la hija como una persona por su propio derecho. A menudo es la pareja de los padres, en su complementariedad patológica, o grupo familiar completo, el saboteador de las necesidades de base del yo del anoréxico... Cuando la pubertad del cuerpo femenino expone a la jovencita a una experiencia brusca y traumatizante, el propio cuerpo infantil debe ser desinvertido de la libido narcisista para reinvertir narcisistamente el nuevo cuerpo, pero este pasaje no se logra porque la paciente no es capaz de sentir como suyo el cuerpo adulto que va asumiendo, porque es muy semejante al de la madre, de la que el su Yo quiere ser diferente a cualquier precio... Se estructura así una defensa del Yo dominada por la renegación del cuerpo y del aliento-cuerpo para identificarse en una imago corporal ideal, desexualizada y acarnal” (Galimberti 2002)

Las reflexiones del psicoanálisis en torno a la bulimia y al trastorno por atracón son escasas. En el ámbito psicoanalítico se suele interpretar a la bulimia como una forma de fijación o regresión a la fase oral, se le asocia frecuentemente con estados depresivos y ansiosos, por lo que la comida se encarga de llenar un vacío o aplacar la ansiedad. Se supone que la bulimia es la tendencia subyacente y negada en todo tipo de comportamiento anoréxico, en que la ingestión de alimentos se acompaña de vómito autoprovocado o de la ingestión de purgantes, etc. (Galimberti 2002)

Emilce Dio Bleichmar (abril 2000) al revisar la literatura sobre anorexia y bulimia, el papel otorgado a la madre resalta con tanta contundencia que pareciera que la especificidad femenina de estos trastornos tuvieran como única responsable a la madre. Lo perfiles maternos considerados patogénicos incluyen:

- *Madres extremadamente dadoras, perfeccionistas: Kestenberg (1976).*
- *Madres dominantes, controladoras, intrusivas: Likierman (1997); Beattie, (1988); Gianna Williams (1996).*
- *Madres rígidas y con baja autoestima: diversos autores Bruch (1971); Palazzoli (1978) Bemporad y Ratey (1985); Gordon y col., 1989).*
- *Frecuentemente, las demandas del padre se encubren bajo una actitud de autosacrificio y esfuerzo desmedido. Las necesidades de ambos padres están entonces ocultas tras un aparente atención a los demás (Gordon y col., 1989).*
- *Madres narcisistas: (Kestenberg, 1976).*
- *La madre de la madre: algunas historias muestran madres que confiesen sus temores de tener una hija, aún antes de la concepción de la misma, pues suponían de antemano que tendrían muchas dificultades. Espontáneamente asociaba (sin darse cuenta de esto) que era muy difícil ser una niña, que siempre había pensado así y había vivido una infancia de temores. "Por lo demás, casi todas las madres de anoréxicas relatan con cierta facilidad, haber tenido malas relaciones con sus propias madres. Demasiado autoritarias o demasiado sumisas y vulnerables, no han podido, en todo caso, tener contactos íntimos tiernos con ellas, y han tenido que aprender, no sin haber sufrido. De este modo, han tenido tendencia, de acuerdo con su marido, a asegurar a sus hijos la posibilidad de un desarrollo autónomo que les ponga al abrigo de este sufrimiento que fue el suyo, aun lamentando no haber conseguido establecer una intimidad cálida, a la que habían aspirado de niñas". (Kestenberg y col. 1976).*
- *Posición depresiva mal elaborada, dependencia profunda de la madre de su propia madre causa profunda que interfiere en una madre para poder adoptar una posición maternal en relación a la hija (Jeammet, 1971).*

Algunas de las principales aportaciones son las que hizo Hilde Bruch (1973 citado en Calvo.1994), la autora más importante y representativa de los trastornos de la conducta alimentaria en esta corriente teórica, quien ha sentado las bases no solo para

la orientación dinámica, sino también en la escuela cognitiva y de la orientación familiar, para Bruch, la anorexia nerviosa es una entidad nosológica independiente, aunque el cuadro es equiparable a una psicosis de tipo esquizofrénico. Distinguió entre dos tipos de anorexia que son: primaria y secundaria. La primera se distingue por el rechazo a de la comida, la búsqueda de la delgadez con el objetivo de alcanzar autonomía y eficacia, con distorsión en la imagen corporal incapacidad de reconocer los estados internos y una sensación generalizada de ineficacia; mientras que la segunda se caracteriza por el rechazo histérico de la comida, que no está basado en el objetivo de alcanzar la autonomía y la autoeficacia. A diferencia de las interpretaciones psicoanalíticas, Bruch atribuye importancia a los síntomas actuales experimentados por la paciente.

Según Bruch, el origen del trastorno se remonta a la etapa del desarrollo del Yo, en la infancia, cuando la madre interfiere en la educación de los hijos de una manera inadecuada, ya sea negligente o sobreprotectora, afectando el desarrollo interoceptivo corporal, impidiendo que el niño aprenda a reaccionar a los propios estímulos internos. En términos generales, las madres con estilos de crianza tienden a interpretar el no comer como crítica y el comer como expresión de amor.

La autora menciona que estas pautas de transacción madre-hijo, no se reducen a la comunicación presimbólica no-verbal que se da en la alimentación de los primeros estadios del desarrollo infantil, solo que éstas se amplían a etapas posteriores, en las que se impone la comida al niño, no de acuerdo a sus necesidades, sino a los criterios maternos.

Por otro lado, los estudios de Bruch, evidencian que las pacientes con anorexia nerviosa, por lo general era “demasiado bien portadas” en diferentes áreas además de la alimentaria: como son la limpieza, la obediencia y los sentimientos de inferioridad. Sin embargo observó, que cuando aparecían los cambios físicos y emocionales de la pubertad; surgía paralelamente la amenaza de la pérdida de control, y la preocupación por el peso del cuerpo como un intento para manejar la ansiedad, convirtiéndose el ayuno autoimpuesto, un medio de controlar la madurez corporal.

Para Bruch, los síntomas claves de un trastorno alimentario son:

- *Un concepto delirante de las proporciones de la imagen corporal, por la emaciación, y el temor a la fealdad y a la gordura.*
- *Un trastorno de la fiabilidad de la percepción interpretación cognoscitiva de las señales corporales.*
- *Un sentido paralizante o ineficacia personal, que consiste en la sensación de ausencia de control sobre la conducta y que está bajo la influencia y dirección de los demás.*

Otro de los aspectos observados por Bruch, fue la alteración de la estructura familiar, que consiste de una apariencia de armonía y una gran desilusión encubierta. En estas familias parece ser muy importante la apariencia externa y la negación de

conflictos o sentimientos negativos entre sus miembros. Antes de la anorexia, la paciente cumplía con estos ideales, siendo el ejemplo de la familia.

ENFOQUE FAMILIAR SISTÉMICO.

Desde la perspectiva Sistémica las conductas alimentarias problemáticas son producto de patrones familiares de interacción desadaptativos (Root, Fallon y Freidrich, 1986 citado en Unikel 2003.). Trojovsky, Scheer, Dunitz, Kaschnitz, Sommer y Kranz (1995), consideran a la familia, específicamente el medio familiar, como el sostén de los trastornos de anorexia y bulimia nervosa, pero también como la responsable de la génesis de dichos trastornos Por su parte, Strober, (2000) afirma que la anorexia y la bulimia nerviosas son síndromes transmitidos generacionalmente en las familias (López, Nuño y Arias, 2005).

López y cols. (2005), en un estudio cualitativo elaborado con pacientes con anorexia y bulimia nerviosas reportan que en apariencia son familias saludables sin conflictos evidentes, pero en un examen más minucioso revelan dificultades maritales crónicas, con pobre comunicación, hostilidad no expresada, depresión y problemas sexuales. Se señala que no son capaces de percibir necesidades, expresar emociones, hablar de sentimientos y mostrarlos. El rechazo hacia las pacientes se ha vinculado con incapacidad de establecer relaciones afectivas cercanas, por ello se observa que los pacientes, anteponen los deseos y necesidades de los demás a los suyos, pues de lo contrario no consiguen el afecto y la aprobación.

El interés por el estudio de la relación de los sistemas familiares con las conductas alimentarias, se remonta a los trabajos realizados por H. Bruch desde una perspectiva psicoanalítica, en los cuales el argumentaba el origen de los problemas de personalidad en las experiencias infantiles.

Según Bertalanffy (1971), con la aplicación los principios sistémicos a la psicología, se observa la importancia que la familia tiene para la formación de la personalidad de los individuos y, para explicar los comportamientos, tanto normales como anormales. De acuerdo a Malagoli-Togliatti (1983), el sufrimiento del individuo es una expresión de la disfuncionalidad de todo el sistema, ya sea en sus relaciones internas o con el ambiente exterior.

En la visión sistémica, se concibe a la familia como una estructura organizativa antepuesta a la mediación y a la integración de las exigencias internas y externas al sistema. La misión de la organización familiar consiste, en buscar el equilibrio entre las expectativas y deseos de sus miembros; en la mediación entre las exigencias de cada individuo o de todo el núcleo y las expresadas por la sociedad (Bertalanffy 1971).

En el enfoque sistémico, los sistemas interactivos familiares son sistemas abiertos capaces de autorregularse mediante procesos homeostáticos y evolutivos. Por consiguiente, cuando ocurre un suceso que expresa un notable valor informativo capaz de provocar cambios y modificaciones estructurales en el sistema, la organización sistémica puede proceder a realizar una serie de maniobras homeostáticas a fin de oponerse a la información trastornante, modificándola. (Goldman 1989)

La Teoría de Sistemas parte del postulado que hay que evitar aislar artificialmente el fenómeno que se estudia y ampliar el campo de observación al contexto en el cual el fenómeno se produce. En el caso de la enfermedad mental, entender que la patología no se da de forma aislada, sino en el contexto del núcleo fundamental de la relación, como en el caso de los trastornos alimentarios, es la familia (Selvini-Palazzoli 1974, citada en Rodríguez 1994).

Se afirma que es en ese sistema donde se dan los esquemas, estilos y modos de relación que desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de la enfermedad, por repetirse de forma constante en la vida cotidiana. Dentro de este sistema se dan alianzas, coaliciones de unos con otros, de dos frente a un tercero, que cuando se niegan puedan dar lugar a una patología. (Rodríguez 1994). De hecho la anorexia se considera un reflejo de estas alianzas, de lealtades transgeneracionales o de una oculta hostilidad entre los progenitores (Selvini-Palazzoli 1974, citada en Huerta 2003).

Salvador Minuchin plantea que en una familia organizada adecuadamente existen límites claramente marcados un estudio de modelos transaccionales de familias con diversas perturbaciones psicosomáticas, entre ellas nueve familias de pacientes anoréxicas, le permitió documentar, que el sistema familiar revelaba modelos interactivos y organizativos en los cuales se podían reconocer características disfuncionales típicas. Estas características son cuatro y se describen como sigue (López et al 2005):

- *Aglutinamiento: ocurre cuando cada miembro de la familia están superinvolucrados recíprocamente. Cada uno manifiesta tendencias intrusivas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros. Los límites generacionales e interindividuales son débiles, con la consiguiente confusión de roles y funciones.*
- *Sobreprotección: todos los miembros de la familia muestran un alto grado de solicitud y de interés recíproco. Frecuentemente se estimulan y suministran respuestas de tipo protector. Sobretudo, cuando el paciente asume un comportamiento sintomático, toda la familia se moviliza para intentar protegerlo. Por ello, circularmente la enfermedad del paciente tiene una función protectora con respecto a la familia.*
- *Rigidez: es el aspecto que caracteriza más constantemente los sistemas patológicos. La familia es resistente al cambio. Tiende a menudo a presentarse como una familia unida y armoniosa en la que no existen problemas más allá de*

la enfermedad del paciente. Niega, en consecuencia, la necesidad de un cambio en el interior del sistema. Al mismo tiempo, las relaciones con el exterior son escasas y, la familia permanece como aferrada a la conservación de la propia homeostasis.

- *Evitación del conflicto: las familias presentan un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto. Se pone entonces en acción toda una serie de mecanismos para evitar y para no agravar el desacuerdo, para que quede oculto y no estalle abiertamente. En este proceso para evitar el conflicto, el paciente (con anorexia o bulimia) juega un rol central y vital.*

De acuerdo a Selvini Palazzoli (1988) las principales características de estas familias serían:

- *El rechazo de lo que se le ofrece, tanto en el contenido, como en el de la definición de la relación.*
- *El atribuir los intereses de cada individuo a lo generales, expresando la subordinación de las necesidades individuales a las colectivas de la familia*
- *La tendencia, por un lado, a encontrarse aislada de la paciente dentro de los miembros de su generación y, por otro, la existencia de una alianza tácita con el padre que es negada.*

Selvini Palazzoli ha descrito varios estadios que irían desde un primero de problemas entre la pareja, seguido por un segundo en el que la futura anoréxica se implica fuertemente en la relación entres sus padres (con más frecuencia, pero no exclusivamente apoyando al padre), un tercero en el que la llegada de la adolescencia trae consigo un estrechamiento de la relación con el padre (aliándose frente a la madre) y un cuarto e el que aparece la restricción alimentaria como desafío a la madre. Los últimos estadio vendrían caracterizados por la alianza entre los progenitores ante la angustia causada por la enfermedad, la consiguiente rabia de la paciente, el uso de los síntomas para castigar a los padres, junto con todas las estrategias que el trastorno pone en marcha en el seno familiar (Huerta 2003).

Selvini Palazzoli (1995) afirma que el síntoma se revela como extremadamente coherente con las reglas del sistema, incluso a la propia definición de la relación. Mientras que los padres definen la relación con la hija en términos de alimentadores y alimentada; la hija responde, según las reglas y define la relación de manera opuesta, es decir, justamente a través del comportamiento anoréxico, el cual le sirve para intentar adquirir una posición de superioridad en la definición de la relación. Pero, en realidad, de este modo ella no hace más que perpetuar las reglas del juego relacional entre los miembros de la familia. Una vez más, el síntoma coopera en el mantenimiento de la rigidez homeostática del sistema. (López et. al).

Por otra parte, al cuestionar sobre qué hizo que estas pacientes, que provienen de familias en las aparentan funcionar bien, se sienten tan incapaces de enfrentar el mundo, Bruch asevera que aunque se manifieste de muy diferentes modos, el defecto reside en la interacción íntima de la relación temprana entre el niño y sus padres. El

defecto central radica en que a pesar de que parece haber un hipercuidado y atención, en realidad esto se llevaría a cabo al tener en cuenta las necesidades de los padres y, no los deseos del niño. Así, para estos padres, el crecimiento y desarrollo no es un logro del hijo sino propio (López et. al) (Crispo, Figueroa y Guelar 1988).

ENFOQUE CONDUCTUAL Y COGNITIVO CONDUCTUAL

Los factores conductuales y cognitivos se consideran relevantes como una explicación dentro de los TCA. De acuerdo con la perspectiva conductual la anormalidad está causada por experiencias erróneas de aprendizaje y según la perspectiva cognitivo-conductual, la anormalidad está causada por procesos de pensamiento desadaptativos, los cuales resultan en una conducta disfuncional.

Desde el enfoque conductual, en la patogénesis de los TCA intervienen factores que pueden explicarse mediante el paradigma de evitación de una situación temida, por ejemplo estar gorda o alcanzar el desarrollo psicosexual. Este paradigma indica que la probabilidad de que una conducta se incremente o mantenga, se debe al refuerzo negativo que se obtiene del alivio de un estímulo aversivo. Este paradigma da cuenta de muchas de las conductas estereotipadas de las anoréxica, tales como hacer dieta, ejercicio, vomitar, usar laxantes. Son conductas con las que ella evita la situación temida, tanto si es estar gorda, tanto si es la eliminación de las características asociadas a la madurez psicosexual (como el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, inicio de la responsabilidad etc. (Crisp 1980, citado en Calvo Sargadoy 2003).

Los factores cognoscitivos se consideran relevantes como una explicación dentro de los TCA. Según las teorías cognoscitivas, las personas con TCA con el tiempo quedan atrapadas en sus patrones patológicos debido a una resistencia al cambio que caracteriza por lo común a sus procesos de pensamiento (Mizes y Christiano, 1995, citado en Halguín y Krauss 2004). Evitan los problemas en vez de resolverlos, recurren a ilusiones en lugar de hacer una valoración real y tienden a no buscar apoyo social, aún cuando estén en problemas graves (Troop, Holbrey y Treasure, 1994 citado en Halguín y Krauss 2004).

Desde el modelo cognitivo conductual, los TCA obedecen a una serie de conductas y cogniciones erróneas o distorsiones cognitivas que los perpetúan. En este contexto Calvo Sargadoy (1994) señala lo siguiente:

- 1. Se da la presencia de conductas que muestran los principios de condicionamiento operante, los cuales reflejan los distintos tipos de relaciones de contingencia que se establecen entre a conducta y los eventos que la siguen. Principalmente el refuerzo negativo y la evitación que se produce al rehuir estímulos como de hecho ocurre en muchas de las conductas y actitudes de estos pacientes ante la*

comida así como en las maniobras compensatorias y purgativas que presentan todos ellos, y crean un círculo vicioso.

- 2. El temor a la gordura entendido como fobia, pero diferenciado de cualquier otro trastorno fóbico ya que por un lado nunca podría darse un escape total de la situación aversiva (que es la propia paciente a niveles de peso más alto) lo que la lleva a controlar el peso mediante una continua vigilancia. Y por otro lado el paciente nunca quiere ser aliviado de su ansiedad sobre la comida y el peso, ya que esta conducta se mantiene también por refuerzo positivo, (es decir, la pérdida de peso le proporciona no sólo la solución para evitar la situación temida de gordura, sino también un sentido reforzante de ser ella/él mismo.)*
- 3. El aprendizaje vicario mediante el modelo social ha sido considerado como factor importante en su inicio. En nuestra cultura la mujer se encuentra inundada por mensajes publicitarios que asocian el cuerpo delgado con belleza, éxito y competencia social, sin embargo este refuerzo no explica de forma adecuada todo el desarrollo del trastorno, ya que el estado emaciado que adquieren va más allá de los patrones sociales exigidos. Mas bien la dieta despiadada, se mantiene mediante un potente autorrefuerzo cognoscitivo de sentido de auto-control y competencia derivado del éxito de hacer dieta. Los esfuerzos tan extraordinarios que la anoréxica hace para hacer dieta, le proporciona un sentido de autodomínio en el contexto de unos sentimientos permanentes de incompetencia. De esta manera el control o pérdida de peso llega a ser el referente fiable de su autoevaluación.*
- 4. El estilo cognitivo de personas que padecen alguno de estos males destaca por la existencia de cogniciones distorsionadas y creencias irracionales. Dichas cogniciones se consideran variables mediadoras que van a dar cuenta de los sentimientos y emociones readaptados que presentan las pacientes. Como características de este estilo cognitivo se pueden señalar:*
 - Utilización de razonamiento dicotómico que explica un comportamiento en términos extremos, por ejemplo, la tendencia de dividir la comida en categorías de bueno o malo.*
 - El miedo a que un pequeño incremento de peso indique la inminencia de obesidad; la incapacidad para desviarse de una dieta sin admitir ningún fallo, las ideas sobre su propio auto control: “como me gustan tanto los dulces, si empiezo, no seré capaz de parar”, “si dejo un día de hacer ejercicio, nunca más lo haré”*
 - Tendencia a magnificar o sobregeneralizar: debo evitar las comida que engorden, tengo que hacer siempre dieta, etc. (Barjau y Guerrero 2006)*

De acuerdo con Kleifield, Wagner y Halmi, (1996) la teoría cognitivo-conductual de los TCA se basa en dos supuestos básicos acerca de estos trastornos. El primero es que los trastornos alimentarios se desarrollan como una forma de afrontamiento de las experiencias adversas por lo general asociadas con las transiciones del desarrollo y con eventos estresantes de la vida. Los miedos y las tensiones que son resultas mediante las conductas anoréxicas o bulímicas, reflejan una deficiencia en las habilidades de afrontamiento en diversas áreas. Estas áreas incluyen transiciones y expectativas del desarrollo, miedo a madurar y a la autonomía (por ejemplo, separación de los padres, relaciones conflictivas con miembros de la familia o pares, marcadas en general por asilamiento y desconfianza). La preocupación por el peso y la comida son tan abrumadoras que la persona se encuentra alejada de los sentimientos que la invaden provocados por las experiencias de vida. Al restringir la alimentación o al ver su peso disminuir, se experimenta una sensación de poder, confianza y control, se demuestra la habilidad para controlarse a sí mismas, lo cual contrarresta los sentimientos de impotencia y falta de control. El apego a conductas altamente reglamentadas, ayuda a eliminar o disminuir la ansiedad. Finalmente, se valora la delgadez como un valor y virtud “mejor a nada”, y al alcanzar estos éxitos, se consigue la sensación de ser especial y superior.

El segundo supuesto básico es que la restricción alimentaria y los rituales de evitación del alimento se convierten en patrones de conducta, independientes de los eventos que los provocaron. Si bien es cierto que por lo general el trastorno alimentario es el resultado de un proceso que inició con una dieta o por la pérdida de peso no intencional debido a alguna enfermedad, en la medida que existe el deseo por bajar más de peso, la persona descubre que para lograr su objetivo es necesario restringirse con mayor intensidad. Una vez iniciado este proceso, el hambre y la privación nutricional provoca los pensamientos constantes en la comida, y esto las convence acerca de la inminente necesidad del control sobre la misma, porque si esto no ocurre, caerían en la tentación de comer (de la manera obsesiva como lo piensan) y engordar hasta el extremo de la obesidad. Por lo tanto el esfuerzo para restringirse de debe incrementar para aliviar sus temores, pero a mayor restricción es mayor el temor, por lo que se inician juego de auto refuerzo entre el miedo y la evitación (Kleifield, Wagner y Halmi, 1996, citados en Unikel 2003).

ENFOQUE SOCIOCULTURAL

Existe gran consenso sobre la implicación de los factores socioculturales en la génesis y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, desde una perspectiva sociocultural amplia, el principal origen en el desarrollo de trastornos alimentarios

son las actitudes de la sociedad hacia la insatisfacción con la apariencia física, la alimentación y la dieta.

En décadas recientes, los estándares de belleza ampliamente aceptados han evolucionado hacia un ideal cada vez más delgado. Numerosos estudios han documentado los ideales de belleza cambiantes en el mundo occidental, señalando que los índices de dieta se incrementan con las tendencias hacia la delgadez, al mismo tiempo, los trastornos alimenticios se han vuelto predominantes de manera alarmante en mujeres jóvenes, ya no es inusual que las adolescentes, e incluso las niñas más jóvenes se preocupen por su peso y restrinjan su alimentación en busca de una figura más esbelta. La alimentación trastornada es influida en forma clara por los estándares sociales sobre la forma en que las mujeres, y en menor grado los hombres, deben lucir. (Halgin y Krauss 2004).

Actualmente en las sociedades occidentales se le ha otorgado a la delgadez un sinnúmero de valores tales como belleza, elegancia, prestigio, higiene, juventud, autoestima alta, aceptación social, estar en forma, búsqueda de perfección e incluso inteligencia, la búsqueda de la delgadez o mantenerse en forma se ha convertido en un valor central en nuestra cultura, se trata de la lipofobia (Toro 1996). En consecuencia se puede observar el crecimiento exponencial que han experimentado la industria del adelgazamiento (spas, gimnasios, cirugías, etc.) junto con la industria alimentaria (comida procesada, light, etc.) que sostienen el concepto de que lo normal es estar a dieta, delgado y en forma. Esta expansión ha conllevado un paralelo crecimiento de los trastornos de la conducta alimentaria (García-Camba 2001).

La “etiología sociocultural” ha tenido cabida en autores como Christopher Fairburn, P.J. Cowen y P.J. Harrison 1999, Castro y cols. 2000; Joseph Toro y Enric Villardel 1987; Alfonso Chinchilla 2003; Luis Rojo y Gloria Cava 2003 (citados en Gil García 2005), entre otros, quienes hacen énfasis en la presión de los medios de comunicación sobre las mujeres que origina el deseo de un cuerpo delgado y provoca lo que algunos autores denominan el “anhelo de delgadez” (Toro, Canto y Castro et al 1999). Mientras que otros autores como Merhdad Shustarian e Ismael Maldonado 2003 (Gil García 2005); José Fernando Uribe 2007; Sonia Masip 2007, por nombrar algunos, destacan el valor y significado social de la delgadez como sinónimo de belleza y prestigio y como elementos centrales en el origen y mantenimiento de los TCA. También se han llevado a cabo reflexiones sobre el fenómeno de la búsqueda de la delgadez en la cultura occidental, utilizando la categoría de género para explicar los motivos que han llevado a las mujeres, en mucho mayor proporción que los hombres, a buscar un cuerpo delgado, analizando el sentido social de la delgadez y su nexos con la desigualdad de género, tratan de comprender los elementos de la estructura social que favorecen las conductas restrictivas o purgativas. Entre las autoras más destacadas se encuentran; Susie Orbach 1987; Kim Chernin 1981, 1983; Patricia Fallon, Melanie Katzman y Susan Wooley 1994; Naomi Wolf 1994 (citados en Gil García 2005).

Mara Selvini Palazzoli en 1963 fue quien dio los pasos definitivos en la dirección cultural para explicar la anorexia nervosa. Ella atribuyó el incremento de esta enfermedad después de la Segunda Guerra mundial, a la emergencia de la sociedad opulenta orientada hacia el consumo habiendo incrementado las familias de clase mediana su atención dirigida hacia los hijos, y con las mujeres experimentando una situación contradictoria provocada por la creciente presión a favor de su emancipación (Toro 1996). De acuerdo con Selvini y cols. (1990), el síntoma anoréxico surge en el punto de confluencia del factor sociocultural que enfatiza el ideal de delgadez como sinónimo de belleza por un lado, y por otro, con la subcultura familiar, la cual ha sufrido transformaciones desde el punto de vista sociológico, principalmente con respecto al cambio en la posición que actualmente los hijos, de periférica a central, y por otro lado, a la prolongación del periodo de dependencia con respecto a los padres a lo largo del ciclo vital (López, Nuño y Arias 2005). De acuerdo a Selvini este fenómeno sólo es posible en las sociedades opulentas donde el alimento es abundante, fácilmente asequible y sistemáticamente ofertado (Toro 1996).

De acuerdo con los investigadores Leon y Finn (1984), los factores socioculturales que principalmente influyen en la etiología de los TCA, son los ideales culturales de belleza que incluyen la presión de los medios de comunicación, la familia y amigos, para alcanzar un peso corporal delgado en las mujeres, y para exhibir la musculatura en los hombres (citados en Unikel 2003).

Para autores como Pedraza (1999), el cuerpo es un importante referente de identidad, que en la sociedad moderna ha desplazado valores antiguos como la inteligencia o la espiritualidad en este sentido es posible hablar de una hipervalorización del cuerpo, que se expresa en la importancia que tienen las acciones de control de los cuerpos, en vigilancia de los procesos orgánicos, en el cuidado de la alimentación, en el énfasis puesto en el moldeamiento de las formas físicas, y ante todo, en la importancia y el valor asignados a la apariencia corporal. Al iniciarse el siglo XX, en las sociedades occidentales el cuerpo crece en importancia, en este siglo se afianza la idea de la imperfección del cuerpo y, a la par, se fortalece la tecnología para perfeccionarlo. Pero independientemente de la razón que impulsa a la búsqueda de la delgadez, lo que interesa resaltar es que ésta se convierte en un ideal, y que es en la satisfacción de éste que se corre el riesgo de desarrollar un desorden alimenticio (Uribe 2007).

Así las cosas, el principal componente cultural ligado a la anorexia está relacionado con la percepción negativa de los contornos del cuerpo, de acuerdo a un modelo de cuerpo ideal, (construido socialmente) ya que la anorexia es un problema ligado con la imagen corporal. En la persona las presiones sociales se expresan en el distanciamiento de lo que ella percibe entre la imagen de su cuerpo y el ideal corporal que asume como adecuado de acuerdo a los parámetros sociales (Uribe 2007).

Son atribuidos a los factores sociales hechos relacionados en el culto al cuerpo y la búsqueda de la delgadez como los siguientes (Johnston, 1996 citado en Carrillo 2005):

Que en E.U. haya un 70% de chicas a dieta, que el 95% de las mujeres sobrevalore su peso en un 25%, que las intervenciones de cirugía plástica se triplicaran entre 1986-1988, de las cuales el 80% eran remodelaciones estéticas, que la mayoría de las mujeres perciban el ideal de mujer en la muñeca Barbie y el 90% de las niñas estadounidenses entre tres y once años tenga una Barbie al menos. De acuerdo con Carrillo (2005) estos hechos aunque no coincidan las cifras, se repiten en todas las sociedades occidentales.

De acuerdo a un estudio publicado en 1996. La realización de dietas de forma prolongada y estricta constituye el principal factor sociocultural de riesgo para el desarrollo de un TCA, de acuerdo con este estudio el riesgo de sufrir un TCA en chicas que hacían dieta moderada era de 5 veces superior al que presentaban las chicas que no hacían dieta, cuando la dieta era estricta el riesgo se multiplicaba por 18, mientras que en otras investigaciones se han establecido las siguientes conclusiones (García-Camba 2001):

- *Las jóvenes que hacen dieta tienen un riesgo de desarrollar bulimia ocho veces superior a las que no la hacen.*
- *La bulimia se da con una prevalencia muy superior en aquellas profesiones en las que se sigue dieta por sistema, por ejemplo en danza, deporte, actuación, etc.*
- *El atracón se da en el contexto de restricciones alimentarias graves, como en el caso de hambrunas, como mecanismo fisiológicamente comprensible en el control de la homeostasis nutricional.*

El anhelo de adelgazar o de mantenerse delgado se ha convertido en un valor central de nuestra cultura y su interiorización en la sociedad, es un hecho indiscutible. En mayor o menor medida todos y cada uno comparten el sentimiento de que la delgadez corporal se asocia de algún modo a la belleza, elegancia, prestigio, higiene, juventud, autoestima alta, aceptación social, estar en forma y búsqueda de perfección. (Toro 1996). En sentido contrario, la obesidad es un símbolo de dejadez, hastío y aburrimiento, de poco interés luchador, y de despreocupación, que sin querer es hipotéticamente trasladada al ámbito laboral, aunque la correlación no es real; puesto que no están vinculados la eficiencia profesional y la gordura. (Carrillo 2005).

En otro sentido, parece existir una correlación entre delgadez y ambición profesional femenina, según (Beck, citado en Carrillo, 2005) el ideal de mujeres delgadas se impone más entre las mujeres con un nivel cultural más elevado y mayores ambiciones. En general cuanto más preocupadas están las mujeres por progresar mas delgadas estarán. Por otra parte en nuestra sociedad las redondeces preconizan la sensualidad que siempre va unida a la falta de inteligencia y a la incompetencia profesional. Parecería ser que la ambición profesional adelgaza a las mujeres, y en consecuencia el éxito social y profesional están de acuerdo con la delgadez. Carrillo 2005).

Otro aspecto relacionado con las exigencias sociales es la incorporación de la mujer al mundo laboral, en la ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida (un papel tradicionalmente atribuido a la madre) ha facilitado que muchos adolescentes empiecen su relación con la dieta, escapen del control familiar y acaben transformando una alimentación irregular en el contexto de una enfermedad grave. (Carrillo 2005).

La idealización de la sociedad hacia la delgadez lleva a muchas adolescentes a equiparar la belleza con una figura esbelta. Con el desarrollo puberal se produce, junto al desarrollo físico y sexual, un aumento de las relaciones extrafamiliares, que se van forjando marcadas por la inestabilidad y las fluctuaciones, se forman nuevos grupos, nuevos ideales y cambios rápidos en los deseos de futuro. Los jóvenes ya no se identifican con la familia y sí con el grupo. Las personas tienden a la imitación y a la comparación con sus semejantes, y la imagen física es un elemento clave de comparación.

Todo esto sucede durante un periodo de desarrollo en el que los individuos comienzan a preocuparse por la forma en que son percibidos por los demás, (social self) (Striegel-Moore, Silversten y Rodin 1993). Aquellos que se sienten inadecuados acerca de su apariencia desarrollan un “yo social” que se centra de manera desmesurada en las inadecuaciones de su cuerpo. Es presumible que esta relación entre la insatisfacción con la imagen corporal y la ansiedad social sirva como la base de la cual surjan los trastornos alimentarios (Halgin y Krauss 2004).

También se ha dicho que la falta de un modelo familiar adecuado puede hacer buscar modelos populares en los medios de comunicación, el cine, etc. Que casi siempre son “súpermujeres”. Es probable que las adolescentes que desarrollan trastornos de la alimentación tengan una mayor susceptibilidad a los mensajes de los medios. (García-Camba 2001).

Otro aspecto importante también son los estereotipos sexuales que la sociedad impone, la belleza es considerada un componente central de la feminidad, lo que a su vez aumenta el valor del estereotipo cultural femenino. Eso explicaría por qué en otras culturas, donde el ideal de belleza femenina es distinto, las mujeres no muestran la misma insatisfacción (García-Camba 2001).

Por otra parte, nunca antes en la historia ha habido una presión social y personal tan elevada sobre las mujeres como en la actualidad. Se pide, se exige que demuestren una valía profesional igual o mayor que la de los hombres con las responsabilidades que conlleva su nuevo estatus social sin renunciar a las previas culturalmente adquiridas. (García Resa 2003). Nuestras pautas culturales han ido dibujando un tipo de mujer ideal difícilmente asequible sin consecuencias negativas para la mayoría de las mujeres. Se trata de la superwoman, este nuevo arquetipo se encarnaría en una mujer competente, ejecutiva y ambiciosa pero al mismo tiempo debe seguir siendo atractiva, complaciente e incluso no asertiva, pero en todo caso deberá ser delgada. Así la entonces, la supermujer, encantadora personalmente, triunfadora laboral y

socialmente, y esbelta y delgada físicamente se ha constituido en el objetivo a perseguir por la mayoría de las mujeres jóvenes y el convencimiento de que ése es el camino se asocia a la sintomatología alimentaria. (Toro 1994).

Otros autores han enfatizado la importancia de la orientación del rol sexual, donde tanto la feminidad extrema como el rechazo a ésta, son factibles de hallar en las pacientes con patología alimentaria, sean estas anoréxicas o bulímicas. Por lo que, dichas afecciones simbolizarían el enfrentamiento con las nuevas expectativas de la mujer. Estas presiones se centran en el cuerpo ideal delgado, en la focalización de la apariencia externa y trascendencia de esta figura en el éxito social. Por consiguiente, algunos clínicos e investigadores aseveran que existe una asociación entre la condición de feminidad, como una orientación específica del rol sexual y los trastornos alimentarios (Behar, 2001).

Las teorías feministas por su parte, afirman que un aspecto importante del aprendizaje social de la mujer es la equivalencia entre el atractivo físico y la autoestima (Franks, 1986; Ángel y Jones 1992, citados en Unikel 2003). Por otro lado, el hecho de que las mujeres jóvenes tengan preocupaciones tempranas acerca del atractivo corporal sería una evidencia del poder que ejerce la socialización en la modelación del rol sexual. (López y cols. 2005).

Los enfoques feministas considerando a la mujer como parte de un sistema, buscan reconocer los contextos en los que los comportamientos tienen lugar, así, los enfoques feministas de los TCA persiguen elaborar una teoría que reconozca que las alteraciones de la alimentación no son tanto una respuesta patológica ante circunstancias “normales”, sino mas bien que pueden reflejar una respuesta razonable a condiciones “anormales” (Katzman 2003)

Desde este enfoque, los trastornos de la alimentación son, de hecho trastornos de género (Thompson, 1994 citado en Katzman 2003), desde la perspectiva feminista de los problemas de la alimentación se plantean principalmente las preguntas: ¿por qué las mujeres? ¿por qué ahora?, lo cual lleva a examinar las posibles enfermedades sociales que se reflejan en las mujeres que hoy en día son calificadas de enfermas.

Algunas corrientes feministas, se aproximan al cuerpo al cuerpo humano como un sistema de signos y que expresan relaciones de poder, analizan el sentido social de la delgadez y su nexa con la desigualdad de género. Por ejemplo:

Kim Chernin en sugiere que la paciente anoréxica mantiene una lucha contra su propio cuerpo con una doble finalidad: a nivel básico trata de borrar las marcas visibles de su sexo mientras que, por otro lado, protesta simbólicamente contra la marca de poder de las mujeres. Es decir, al ser negado el poder en la esfera pública la anoréxica ejerce su revancha ejerciendo el control de la única área donde ella siente que tiene autoridad: su propio cuerpo (Gil 2005).

*Susan Bordo en un capítulo del libro *Reading the slender body* (1990) aporta una visión muy interesante en la que se despega de la hipótesis patológica de la preocupación por la dieta y la atención al cuerpo. Considera que la excesiva atención*

a la dieta, la gordura y la delgadez o son inquietudes patológicas ni están fuera de la norma, antes al contrario “pueden funcionar como una de las más poderosas estrategias normalizadoras de nuestros tiempos asegurando la producción de cuerpos dóciles, autodisciplinados y autocontrolados, sensibles a cualquier salida de la norma social y habituados a la auto mejora y la transformación al servicio de la norma social”..... Poner el foco sobre la patología, sostiene Bordo, desvía el reconocimiento del medio central que es la reproducción de género. El ideal de delgadez no afecta a todas las partes del cuerpo por igual, sino que se asocia a un cuerpo tenso y bajo control. No es a búsqueda de un cuerpo delgado sino la ausencia de un cuerpo flácido, blando y suelto que muestra exceso y falta de control. Así entonces, para Susan Bordo el deseo del cuerpo delgado femenino podría tener significados aparentemente contradictorias, la repulsión hacia las caderas, vientres y pecho puede ser vista como una rebelión contra la feminidad doméstica y maternal, una reacción contra las evocaciones del poder maternal, pero también puede ser vista como un deseo de no perturbar el orden masculino con los valores propios del orden femenino y de aceptación del autocontrol que impone la norma social (Gil 2005).

Naomi Wolf en su libro El mito de la belleza (1991) acuñó el término de “revancha estética” con el que pone de manifiesto que las conminaciones a la belleza constituyen un recurso para recomponer la jerarquía tradicional de los sexos, par “poner de nuevo a las mujeres en su sitio” y para reinstalar a las mujeres en una condición de seres que existen mas por su apariencia que por su “hacer” social. Insistir en el cuerpo y en sus cuidados para mejorar la representación hace perder a las mujeres la confianza en sí misma y absorberlas en preocupaciones estético-narcisistas. De este modo el culto a la belleza funcionaría como un arma destinada a detener la progresión social de las mujeres: “Cuando el valor social básico de la mujer dejó de ser la consecución de la domesticidad virtuosa, el mito de la belleza hizo que el nuevo valor principal fuera la consecución de la belleza virtuosa. El objetivo era introducir un nuevo imperativo consumista y una nueva justificación para la injusticia económica en el trabajo allí donde los anteriores habían perdido su dominio sobre las mujeres recientemente liberadas”.

De acuerdo a Melanie Katzman (2003), los análisis feministas reconocen la importancia que tiene examinar las variables culturales, así, evaluando el impacto de la expectativas sociales sobre el comportamiento, estos enfoques reconocen no sólo la contribución de las variables individuales sobre el funcionamiento social del individuo, sino también la influencia de la cultura y de la sociedad sobre la psique individual y, en potencia, también sobre su biología (Katzman 2003).

En otro orden de ideas, la poca frecuencia de los TCA en las culturas no occidentales ha conducido a algunos investigadores a sugerir que la anorexia y la

bulimia son Síndroms ligados a la Cultura (Culturebound Syndrome) (Vandereyken y Hoek 1993, citados en Toro 1996; Rápale y Lacely 1992, citados en Halgin y Krauss 2004) atribuibles a una obsesión por la delgadez como único estándar para la belleza femenina.

¹ **Síndrome ligado a la cultura:** es una constelación de signos o síntomas, caegorizada como una disfunción o enfermedad, restringido a ciertas culturas primordialmente en razón de características psicosociales distintivas de tales culturas (Vandereyken y Hoek, 1992).

EL MODELO BIOPSIKOSOSIAL

Desde décadas pasadas, se ha otorgado mayor importancia a la interacción entre los estados biológicos, psicológicos y sociales. El área de la medicina conductual o psicología médica, ha aparecido en años recientes como respuesta alternativa para comprender la interfase entre los problemas médicos y la conducta (Weiss y Schwartz, 1982) la psicología médica ha evolucionado como un campo multidisciplinario relacionado con el estilo de vida, el ambiente y la enfermedad, esta forma de pensar en el área de la psicología médica a derivado en el modelo biopsicosocial.

De acuerdo con el modelo biopsicosocial una persona puede considerarse como un sistema conformado por subsistemas sociales, psicológicos y biológicos que interactúan entre sí (Engel 1997, citado en Sarason y Sarason 2006). A través de todo sistema existen fuentes de vulnerabilidad y resiliencia. El enfoque biopsicosocial es un modelo que pretende el equilibrio entre las ciencias biológicas y los aspectos humanos de la salud y la enfermedad, que se funda en la teoría de sistemas y enfatiza las interrelaciones esenciales, de cómo los fenómenos biológicos influyen las conductas y, por último, el contexto social en el que la persona funciona. Quizá lo más importante es que el modelo enfatiza la influencia de los factores sociales y psicológicos sobre la biología de los sistemas, de las moléculas y sobre el mantenimiento de la salud, el desarrollo y curso de las enfermedades. (Rodríguez, Fajardo, Higuera, Iglesias, 2006).

Este modelo puede ilustrarse mediante ciertas actividades complejas involucradas en la función cerebral. Los procesos cerebrales con aportaciones tanto físicas como no físicas (acontecimientos ambientales, ideas) generan pensamientos y conducta y regulan las funciones del organismo. En cualquier momento la organización cerebral permite una programación simultánea de datos que pertenece a la esfera social, psicológica y biológica. El desafío que enfrentan los investigadores es identificar los factores y condiciones que juegan cierto papel en cada compleja interacción. (Sarason y Sarason 2006).

Actualmente, la mayoría de los investigadores y clínicos piensan que, para cualquier individuo, un conjunto de variables, físicas, psicológicas y sociales, contribuye a desencadenar el fenómeno llamado enfermedad. Aunque es cierto que existen diferencias individuales en la vulnerabilidad de los órganos del cuerpo hacia la enfermedad, estas diferencias deben considerarse a la luz de las características de la personalidad, los factores ambientales y la condición general del cuerpo. (Sarason y Sarason 2006).

Los problemas biopsicosociales surgen muchas veces cuando la vida de las personas se ve alterada por cambios ambientales, desafíos y restricciones. El punto de vista

biopsicosocial no se limita a las causas o a la progresión de la enfermedad. También toma en cuenta la prevención y el tratamiento. . (Sarason y Sarason 2006).

Los Transtornos de La Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades mentales (OMS, 1992), (APA, 1994) en las cuales se encuentran intrincados factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos los cuales tienen consecuencias clínicas y sociales significativas de acuerdo al grado y evolución de la enfermedad. Una integración multifactorial como modelo etiopatogénico, permite distinguir en la génesis y mantenimiento de los TCA, la acción conjunta de los distintos factores en forma de factores predisponentes, factores desencadenantes y factores de perpetuación del trastorno. (Chinchilla 2003).

Garner y Garfinkel (1982 citados en Unikel 2003) agruparon una serie de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de las conductas alimentarias patológicas.

Los factores predisponentes o de riesgo se refieren a aquellos que favorecen la aparición de la enfermedad y estos se dividen en individuales, psicosociales y socioculturales. Entre los factores individuales que influyen en estos trastornos se deben considerar las alteraciones neurobiológicas, factores psicológicos y otras alteraciones psicopatológicas. Los factores psicosociales incluyen rasgos de personalidad, actitudes preocupaciones y procesos de aprendizaje tales como imitación y respuestas maladaptativas al estrés, etc. Los factores socioculturales son los rasgos culturales del grupo social en cuestión como costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas de la manera de ser, vestimenta religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias.

Los factores precipitantes se refieren a los hechos desencadenantes del trastorno, o aquellos factores que marcan el momento de su inicio, por lo general se hace referencia a factores externos de carácter observable.

Finalmente, los factores mantenedores son aquellos que independientemente de las características individuales y psicosociales de la persona, actúan como mantenedores del proceso patológico, llevándolo a una calidad de cronicidad.

Entre los considerados como factores individuales, se defiende la posibilidad de que exista una vulnerabilidad biológica, tanto heredada como adquirida, anormalidades bioquímicas con posibles vínculos genéticos (Klump, Kaye y Strober, 2001, citados en Halguin y Krauss 2004).

Se está acumulando evidencia que sugiere que las personas con trastornos alimentarios tienen anormalidades en los sistemas neurotransmisores de norepinefrina y serotonina. La serotonina en particular, parece desempeñar una función en la regulación de las sensaciones de hambre y saciedad. Una deficiencia de serotonina parece relacionarse con la sensación de hambre (lo que lleva a una ingesta voraz) y un exceso con la sensación de plenitud.

Con la premisa de que la disminución de la neurotransmisión de serotonina cerebral contribuye a la bulimia nervosa, Smith, Fairburn, y Cowen (1999) utilizaron una

combinación dietética para deteriorar la actividad de la serotonina en sujetos que estaban en riesgo de desarrollar síntomas bulímicos. A diez mujeres sanas que se habían recuperado de bulimia nerviosa se les administró una mezcla de aminoácidos que carecía de triptófano, un precursor de la serotonina., Comparadas con 12 mujeres sanas sin historia psiquiátrica, aquellas con historia de bulimia experimentaron disminución del estado de ánimo, incremento en la preocupación por la imagen corporal y pérdida subjetiva del control de la alimentación después de tomar la mezcla sin triptófano. Estos investigadores concluyeron que el agotamiento crónico de triptófano asociado con la dieta persistente puede conducir al desarrollo de trastornos alimentarios en individuos vulnerables.

También se ha planteado la teoría de que las deficiencias de norepinefrina y serotonina subyacen en trastornos del estado de ánimo y trastornos compulsivos. Además existe gran ocurrencia de estos trastornos en personas que también tienen bulimia o anorexia nervosas (Mitchell, Specker y DeZwaan, 1991). Por consiguiente parece natural sugerir que una anomalía bioquímica similar puede ser responsable de los trastornos alimentarios. Mas apoyo para esta propuesta viene de las observaciones de que las personas con trastornos del estado del ánimo a menudo experimentan cambios en el apetito, que los trastornos del sistema endócrino a menudo implican cambios en el estado de ánimo y que las personas con bulimia nerviosa son propensas en especial a la depresión (Kaye, Weltzin, Hsu y Bulik, 1991).

Algunos estudios sugieren que la genética predispone a algunas personas al perfeccionismo, la ansiedad y al comportamiento obsesivo compulsivo. Estas personas son más proclives a desarrollar un TCA. De acuerdo a últimas investigaciones los factores genéticos parecen representar el 56% de riesgo de parecer anorexia, mientras que los estudio sobre binge-eating y bulimia continúan. (ANRED 2007).

Desde el aspecto psicológico, se considera que los TCA se desarrollan en personas jóvenes que padecen de caos y dolor interior y que se obsesionan con las cuestiones corporales buscando con frecuencia el alimento para obtener sentimientos de consuelo y sostén. Los individuos con trastornos alimentarios tienen dificultad para entender y etiquetar sus emociones y con el tiempo aprenden que comer puede proporcionar un medio para hacer frente a los estados emocionales desagradables y confusos (Leon, Fulkerson, Perry y Early-Zald, 1995).

Al tratar de entender el desarrollo de una respuesta de trastorno alimentario al dolor interno, los investigadores se han interesado en el hecho de que algunas mujeres con bulimia nerviosa tienen una historia de haber recibido abuso sexual o físico durante la infancia, (Andrews, Valentine y Valentine, 1995). Los investigadores que estudian las conexiones entre las experiencias de ser herido durante la infancia y el daño corporal autoinfligido en una etapa posterior en la vida están comenzando a entender los posibles vínculos bioquímicos entre el abuso en la infancia y los trastornos alimentarios. Ambos parecen implicar perturbaciones en la serotonina,

pero el abuso y también parece estar vinculado con reducciones en el cortisol, la hormona de la tensión emocional. (Steiger y cols., 2001).

Los factores cognoscitivos se consideran relevantes como una explicación de los TCA, tanto para niños como para niñas el afecto negativo también desempeña un función en la moderación de la relación entre las preocupaciones acerca del tamaño corporal y el desorden alimenticio (Ricciardelli y McCabe, 2001). La tranquilidad emocional por medio de la alimentación puede verse como una expresión desesperada de los sentimientos no resueltos del individuo debido a la dependencia de sus padres (Bornstein y Greenberg, 1991).

Strober (1991) señala rasgos de personalidad predisponentes a la bulimia nervosa, como la búsqueda de emociones, excitabilidad, falta de persistencia, tendencia a la disforia ante situaciones de rechazo o de falta de gratificación y preocupación por el peso y la figura. (Largo 2003). De acuerdo con Rogers y Petrie (2001, el rasgo de personalidad de dependencia junto con la obsesividad parecen relacionarse en forma estrecha con los síntomas bulímicos

Johnson y Connors, 1987, comentaron como características psicológicas más importantes en enfermos anoréxicas: la baja autoestima, las alteraciones de la imagen corporal, los temores de separación e individualización, el humor depresivo, las distorsiones cognitivas y una clara tendencia al perfeccionismo, obediencia, sumisión y desconfianza. En líneas generales, los pacientes con AN de tipo restrictivo son reservados, tímidos, retraídos, pensativos, serios y con tenencia a la obsesividad. A diferencia de éstos, los de tipo bulímico son más extrovertidos simpáticos, emocionalmente lálibes e impulsivos y con conductas más desorganizadas. (García Resa 2003).

Cando se realiza un acercamiento y estudio de la dinámica familiar de personas con trastornos de la conducta alimentarias observa que generalmente, anidada en modelos familiares patológicos, con organizaciones disfuncionales y en las que pueden observarse con elevada frecuencia trastornos de las esfera afectiva, antecedentes de trastorno de la alimentación y un elevada preocupación alimentaria en los padres. Son familias sobreprotectoras y estrictas, donde se dificulta la autonomía del paciente, e incluso se le desanima de forma oculta. Es frecuente la existencia de conflictos conyugales o de frustraciones ante aspiraciones personales no alcanzadas, involucrando al paciente en situaciones difíciles de afrontar. (Chinchilla 2003).

De acuerdo a algunos autores es que las jóvenes que desarrollan anorexia nerviosa en n esfuerzo por afinar su independencia de una familia demasiado involucrada (Minuchin, Rosen y Baker 1978) según los autores las muchachas que sienten que sus familias de interponen en su camino de volverse autónomas desarrollan patrones de alimentación anormales como una forma de separarse de sus padres. Otras perturbaciones en la familia también pueden contribuir al desarrollo de trastornos alimentarios, incluyendo una familia que es caótica, incapaz de resolver conflictos,

carente de afecto y sin empatía hacia las necesidades de la joven (Strober y Humphrey, 1987).

En la actualidad las altas cifras de incidencia y prevalencia podrían estar relacionadas socioculturalmente por factores como el culto a la belleza y la delgadez como signo de éxito, el bombardeo de los medios de comunicación sobre los ideales estéticos y físicos actuales con fines de mercado (industria de la moda y de la alimentación, etc.), los cambios en los roles tradicionales, etc. (Chinchilla 1994).

Muchos estudiosos en TCA han estado interesados en particular en la relación entre el perfeccionismo y el desarrollo y mantenimientos de los trastornos alimentarios. Para investigar esta conexión un grupo de investigadores (Halmi y cols., 2000) hicieron una encuesta a 322 mujeres con historia de anorexia nervosa que participaban en un estudio genético internacional de múltiples centros de anorexia nervosa. Los investigadores evaluaron a los sujetos en diversas variables y encontraron que las mujeres con anorexia nervosa tenían puntuaciones significativamente mayores en medidas de perfeccionismo que los sujetos sanos de comparación. De manera más específica, los sujetos anoréxicos parecieron preocupados con evitar errores en la vida diaria y estaban preocupados en forma excesiva por la crítica paterna; también padecían de dudas internas acerca de la corrección de sus acciones y se sentían obligados a adherirse a los estándares personales y paternos de excelencia. (Sarason y Sarason 2006).

Al examinar con mayor detenimiento los datos, Halmi y sus colegas encontraron diferencias en los subtipos de anorexia nervosa. Por ejemplo, las mujeres que llevaban a cabo sólo comportamientos de purga (es decir, sin ingesta voraz) estaban más preocupadas por la crítica paterna que aquellas que realizaban comportamiento restrictivos (por ejemplo, alimentación reducida). En la opinión de Sarason y Sarason (2006), conforme los investigadores continúen investigando los factores sociales que causan o mantienen los trastornos alimentarios, pondrán cada vez más atención a las formas en que la sociedad establece estándares de perfección irrazonables, tal vez inalcanzables. También observarán la forma en que estos estándares altos están internalizados en los sistemas familiares a tal extremo que las niñas y jóvenes se sienten impulsadas a ser perfectas en todos los sentidos, en particular en su presencia corporal.

Sin embargo, un dato importante de señalar que solo el 1% de las jóvenes presionadas por factores socioculturales sufren algún padecimiento alimentario, es evidente que se necesitan otros factores desencadenantes o patógenos para que surja un trastorno. Los hechos socioculturales tampoco explican del todo su poder patógeno al ser más frecuente en mujeres jóvenes y adolescentes. (Chinchilla 1994).

En conclusión, los trastornos alimentarios son condiciones en las que hay una interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y socioculturales. A diferencia de otros trastornos mentales en los que la biología parece determinante, es más probable que los trastornos alimenticios aparezcan como resultado de conflictos

interpersonales e intrapersonales. Las influencias interpersonales de manera mas notable dentro del sistema familiar y la red de semejantes provocan preocupaciones intensas acerca de la imagen corporal y el atractivo, la percepción distorsionada y el pensamiento perturbado junto con prácticas de riesgo son los predictores más consistentes para el desarrollo de un TCA.

Una aproximación a la Metodología Delphi

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El Método Delfos o Délfico (en adelante se utilizará el vocablo en inglés, Delphi, debido a que es la forma en que se le conoce mayoritariamente) fue desarrollado en los años cincuenta en RAND (acrónimo en inglés de Research and Development Corporation) con fines militares, por Olaf Helmer y Norman Dalkey para la fuerza aérea de los Estados Unidos de Norteamérica y se le dio el nombre de "Proyecto Delphi". El objetivo de este estudio fue obtener el mayor consenso posible en la opinión de un grupo de expertos por medio de una serie de cuestionarios intensivos, a los cuales se les intercalaba una retroalimentación controlada. El propósito de este estudio fue la aplicación de la opinión de expertos a la selección -desde el punto de vista de una planificación de la estrategia soviética- de un sistema industrial norteamericano óptimo y la estimación del número de "bombas A" requeridas para reducir la producción de municiones hasta un cierto monto. Es importante recalcar que el uso métodos alternativos de manejar este problema habría involucrado un proceso prácticamente prohibitivo, en términos de costo y de tiempo, de recolección y procesamiento de la información. (Konow y Pérez 1990)

En 1959 Olaf Helmer y Nicholas Rescher, (citados en Velez Pareja 2003), publicaron un artículo titulado "On the Epistemology of the Inexact Sciences" (Sobre de la Epistemología de las Ciencias Inexactas), el cual fue la base filosófica para el uso de este Método. El argumento básico era que en los campos donde no se había desarrollado suficiente conocimiento y teoría era legítimo acudir al testimonio de los expertos.

El Método Delphi es una técnica que permite llegar a opiniones de consenso en un grupo, sobre cierto asunto específico. El nombre de éste método está inspirado en el antiguo Oráculo de Delfos.

Un oráculo es una respuesta que supuestamente da una deidad a una pregunta formulada por quienes acudían a consultarle sobre cuestiones inquietantes. En la

antigüedad hubo muchos oráculos y no sólo en Grecia, también los hubo en otras regiones, como en Egipto y en el Imperio Romano.

El oráculo más famoso de la antigüedad estuvo en Delfos, en el templo dedicado al dios Apolo, el cual alcanzó prestigio en los siglos V, VI y VII a.c., los consultantes eran de todo tipo, desde grandes reyes hasta gente pobre, individuos particulares o funcionarios oficiales, tales como embajadores o reyes que visitaban Delfos a consultar con la sacerdotisa principal del oráculo, conocida como Pitia o Sybila. Las palabras de la Pitia revelaban la voluntad de los dioses. Se preguntaba si era mejor o más deseable que se haga una cosa u otra. El oráculo sugería lo que consideraba acertado o desacertado, y además, indicaba qué consecuencias podían presentar los diferentes cursos de acción.

Sin embargo, Norman Dalkey (citado en Velez Pareja 2003), uno de los inventores del método decía que el nombre Delphi o Delfos era en cierta forma desafortunado. El nombre se asocia con algo esotérico u oculto cuando precisamente lo que pretende es lo contrario, ya que este método trata de obtener lo máximo de una información disponible imperfecta o pobre.

DEFINICIÓN

Linstone y Turoff 1975 (citado en Velez Pareja 2003) en su libro "The Delphi Method Techniques and Applications" definen a esta técnica de la siguiente manera: "El Delphi puede ser caracterizado como un método para estructurar el proceso de comunicación grupal, de modo que ésta sea efectiva para permitir a un grupo de individuos, como un todo, tratar con problemas complejos". Obsérvese que es una definición muy amplia, y tan sólo indica que este método permite estructurar un proceso comunicacional, no obstante, por otro lado, señala que existen pocas áreas del quehacer humano que no son candidatos para la aplicación del Delphi.

Por su parte Velez Pareja (2003) ofrece la siguiente definición:

"El Método Delphi como una técnica que permite llegar a opiniones de consenso en un grupo, sobre cierto asunto específico. Consiste en una serie de preguntas repetidas, por lo general utilizando encuestas o cuestionarios, sobre el tema que se investiga a personas que se considera que conocen el tema. En otras palabras, se supone que el grupo que participa en un proceso de esta naturaleza es experto en el tema. Esta técnica permite recoger y decantar el conocimiento del grupo de expertos sobre el tema que se ha escogido. Concede la formación de consenso en un grupo.... Este instrumento de investigación facilita el producir información confiable para la toma de decisiones. Esta herramienta permite a los investigadores y a los estudiantes obtener una visión más detallada y profunda acerca de los supuestos, y de las opiniones que existen sobre un problema específico."

Al realizar una revisión de la literatura no se encuentra una única definición del método Delphi, sin embargo, al integrar los elementos señalados por los numerosos autores, podría decirse que el método Delphi es una técnica para la obtención y análisis de información subjetiva, definida como un procedimiento para extraer información de un grupo de expertos de forma estructurada y en varias etapas sin que exista comunicación cara a cara entre ellos Dalkey y Helmer, 1963; Dalkey, Brown y Cochran, 1969; Dalkey y Rourke, 1971; Sackman, 1976 citados en Sánchez, Chaminade y Escobar 1999).

De la anterior definición se desprenden las principales características de la técnica: anonimato, respuesta numérica y retroalimentación. La primera característica se refiere a que ninguno de los expertos conozca las opiniones y respuestas individuales de los otros componentes del grupo, evitando que las respuestas sean sesgadas por elementos dominantes como la existencia de jerarquías, autoridad e inhibiciones que impidan conocer la opinión real de cada miembro.

OBJETIVOS DEL DELPHI

De acuerdo a Dalkey y Rourke (Sánchez et al. 1999) el análisis Delphi puede ser utilizado con dos objetivos fundamentales: obtener información sobre escenarios futuros (fines predictivos) y cuando se requiere información sobre un tema específico (obtención de opinión).

a) Fines Predictivos

Esta es la utilización que más se conoce del método Delphi, de hecho, muchos autores lo definen como una técnica de previsión en condiciones de incertidumbre, es decir, los resultados obtenidos a partir de un análisis Delphi pueden utilizarse como una guía para la toma de decisiones en materia de política o similares, o bien, la técnica puede ser útil para conocer diferentes escenarios de acción.

b) Obtención de Opinión

El campo de aplicación del método Delphi también se extiende a aquellas situaciones en las que se requiere información sobre determinadas variables sobre las que se carece de datos históricos, ya que como señalan Gupta y Clarke (1996), esta metodología permite capturar un amplio rango de variables interrelacionadas sobre un tema específico para el cual no se dispone de información previa. De este modo, el método Delphi puede ser utilizado simultáneamente como una técnica de investigación y aprendizaje.

Irene Konow y Gónzalo Pérez (1990) por su parte, enfatizan que aunque muchos autores definan al método Delphi como un método de proyección, dado su uso significativo en esa área, existe una sorprendente variedad de áreas de aplicación, entre las que destacan:

- *Planear en grupos o mejorar la comunicación.*
- *Hacer predicciones sobre cómo va a ser o cómo debe ser un evento futuro en temas de tecnología, economía o de asuntos sociológicos.*
- *Investigar con una variante de la encuesta. En general el método es muy útil para analizar y responder una pregunta sobre una sola variable. Cuando se tienen que analizar múltiples variables, los resultados pueden no ser los óptimos. Sin embargo, el hecho de no servir para múltiples variables no reduce su utilidad. En muchos casos se cuenta con modelos complejos, multivariados, y el gran problema es encontrar los datos para alimentar el modelo. El método se puede utilizar para analizar, una a una, las variables del modelo complejo y usar los resultados como datos de entrada de ese complejo modelo.*
- *Mejorar el proceso de aprendizaje al ampliar considerablemente el conocimiento de los participantes sobre un tema dado.*
- *Comunicar de manera que se pueda llevar a la convergencia de metas y objetivos a un grupo.*
- *Identificar necesidades y solucionar problemas.*
- *Tomar decisiones reales o simuladas.*
- *Identificar y estudiar un rango de posibles alternativas o estrategias para resolver un problema.*
- *Identificar, analizar y explicitar los supuestos de una opción o alternativa.*
- *Encontrar información para generar consenso en un grupo de expertos.*
- *Integrar juicios sobre un tema interdisciplinario.*

Entre las áreas ya desarrolladas están:

- *Examen de la significación de eventos históricos.*
- *Evaluación de posibles asignaciones de presupuesto.*
- *Exploración de las opciones de planeación regionales y urbanas.*
- *Delineación de las ventajas y desventajas asociadas con opciones potenciales de política.*
- *Desarrollo de relaciones causales en fenómenos complejos, tanto económicos como sociales.*
- *Exposición de prioridades de valores personales y dietas sociales.*

INFORMACIÓN SUBJETIVA Y MÉTODO DELPHI

La información subjetiva, es decir, aquella que es obtenida a partir de la filtración de sucesos, experiencias y datos acumulados por el individuo o grupo a través de sus creencias, expectativas u opiniones, constituye una fuente de información alternativa

o complementaria. La justificación de la utilización de la información subjetiva responde al espíritu que guía a las ciencias aplicadas. Estas ciencias comparten la finalidad de ser instrumentos eficaces para la sociedad independientemente de la existencia o no de información objetiva disponible. (Landeta y cols. 2002).

Olaf Helmer, uno de los creadores del Método Delphi (1983 citado en Landeta y cols. 2002), sostiene que el acudir a la información subjetiva y, por ende, al juicio de los expertos, no implica renunciar a la metodología científica, sino entenderla de una manera menos restringida. Siendo la forma de conseguir este conocimiento, a través de técnicas que hagan aparecer este tipo de información de la forma más explícita, razonada y sistemática posible, garantizando su efectividad y el nivel más elevado alcanzable de objetividad.

JUSTIFICACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL MÉTODO DELPHI PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

El método Delphi se encuadra dentro del conjunto de técnicas, de investigación social que tiene como objeto la obtención de una opinión grupal fidedigna a partir de un grupo de expertos. Landeta y cols. (2002).

Por su parte Sahal y Yee (citado por Konow y Pérez 1990) sostienen que la base de la Metodología Delphi surge del reconocimiento de la superioridad del juicio de grupo sobre el juicio individual. Como resultado de esto se puede observar el crecimiento del conocimiento de un grupo de individuos al estructurar un proceso de comunicación humana en problemas particulares y por tanto se espera que el uso del Método.

Por otra parte, el poder contar con el conocimiento, información e intuición de un número importante de expertos, interactuando de una manera estructurada y sistemática en lugares geográficamente distantes y en momentos temporales no exactamente coincidentes, es ahora aún más necesario que hace décadas: “Es mas, se puede afirmar que esta técnica recobra vigencia y utilidad, ya que sus características definitorias lo hacen especialmente adecuado para la situación actual” (Dalkey y Helmer, 1963 citado en Landeta et al 2002).

Así las cosas, Landeta y cols. (2002) tomando como referencia las siguientes bases de datos expone: en Dissertation Abstracts, Mac Spirs 2.3, desde 1997 se han realizado al menos 152 tesis doctorales que han empleado el método Delphi. En España la base de datos Teseo recoge desde 1987, 22 tesis doctorales que han empleado este mismo método. Así mismo, numerosos artículos de diferentes disciplinas científicas dan cuenta de la utilización de esta técnica: La base de datos Abi Inform Global Ed. recoge desde 1998, 14 artículos publicados en diversas revistas económicas del mundo. En cuanto a la disciplina que nos ocupa, Landeta señala: Medline, base de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos

y los Institutos Nacionales de Salud recoge 168 artículos relacionados con las Ciencias de la Salud que han utilizado el Método Delphi, mientras que, la base de datos Psycinfo muestra 29 artículos de Psicología. Este empleo continuo en los círculos científicos manifiesta indirectamente la permanencia de su vigencia social y metodológica.

EXPLICACIÓN TÉCNICA DEL MÉTODO

En la realización de un Delphi aparece una terminología específica:

Circulación o Ronda

Es cada uno de los sucesivos cuestionarios que se presenta al grupo de expertos.

Cuestionario

El cuestionario es el documento que se envía a los expertos. No es sólo un documento que contiene una lista de preguntas, sino que es el documento con el que se consigue que los expertos interactúen, ya que en él se presentarán los resultados de anteriores circulaciones.

Panel

Es el conjunto de expertos que toma parte en el Delphi.

Moderador

Es la persona responsable de recoger las respuestas del panel y preparar los cuestionarios.

Iteración

Reiteración, repetición de una secuencia de instrucciones o eventos. En matemáticas, un método iterativo trata de resolver un problema (como una ecuación o un sistema de ecuaciones) mediante aproximaciones sucesivas a la solución, empezando desde una estimación inicial. Esta aproximación contrasta con los métodos directos, que tratan de resolver el problema de una sola vez.

Este método presenta tres características fundamentales:

- *Anonimato: Durante un DELPHI, ningún experto conoce la identidad de los otros que componen el grupo de debate. Esto tiene una serie de aspectos positivos, como son:*
 1. *Impide la posibilidad de que un miembro del grupo sea influenciado por la reputación de otro de los miembros o por el peso que supone oponerse a la mayoría. La única influencia posible es la de la congruencia de los argumentos.*

2. *Permite que un miembro pueda cambiar sus opiniones sin que eso suponga una pérdida de imagen.*
 3. *El experto puede defender sus argumentos con la tranquilidad que da saber que en caso de que sean erróneos, su equivocación no va a ser conocida por los otros expertos.*
- *Iteración y realimentación controlada: La iteración se consigue al presentar varias veces el mismo cuestionario. Como, además, se van presentando los resultados obtenidos con los cuestionarios anteriores, se consigue que los expertos vayan conociendo los distintos puntos de vista y puedan ir modificando su opinión si los argumentos presentados les parecen más apropiados que los suyos.*
 - *Respuesta del grupo en forma estadística: La información que se presenta a los expertos no es sólo el punto de vista de la mayoría, sino que se presentan todas las opiniones indicando el grado de acuerdo que se ha obtenido.*

De lo anterior se desprende que el grupo o panel de expertos es el eje central del método, en tanto que son los que proveen la información que, después del proceso, se convertirán en la opinión grupal y, por consiguiente el resultado de la investigación.

Antes de iniciar un Delphi se realizan una serie de tareas previas, como son:

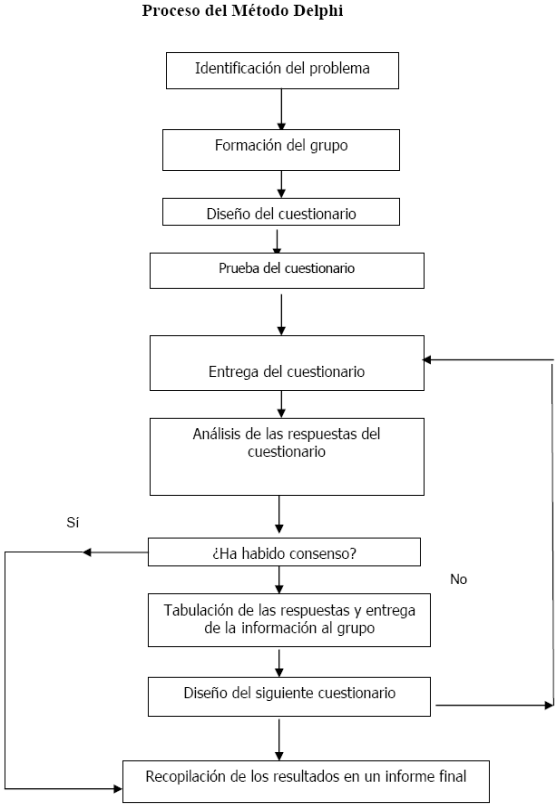
- *Delimitar el contexto y el horizonte temporal en el que se desea realizar la previsión sobre el tema en estudio.*
- *Seleccionar el panel de expertos y conseguir su compromiso de colaboración. Las personas que sean elegidas no sólo deben ser grandes conocedores del tema sobre el que se realiza el estudio, sino que deben presentar una pluralidad en sus planteamientos. Esta pluralidad debe evitar la aparición de sesgos en la información disponible en el panel.*
- *Explicar a los expertos en qué consiste el método. Con esto se pretende conseguir la obtención de previsiones fiables, pues van los expertos van a conocer en todo momento cuál es el objetivo de la cada una de los procesos que requiere la metodología.*

Los participantes deben entender muy bien cuál es el propósito del ejercicio de búsqueda de consenso. Esto evitaría que los participantes respondan de manera inapropiada y que se sientan frustrados y/o pierdan interés en el proceso. Los participantes, como ya se ha dicho, deben ser expertos sobre el tema o al menos estar bien informados acerca del mismo. El número de participantes debe ser de mínimo cuatro o cinco (Velez 2003).

Fowles (1978, citado por Mattingley-Scott 2007) describe de manera general los siguientes diez pasos para desarrollar el Método Delphi:

- 1. Definición del problema. En algunos casos esto puede ser precisamente el objeto de la utilización del método.*
- 2. Formación de un grupo que aborde un tema específico. Usualmente los miembros del grupo son expertos en el tema que se pretende estudiar.*
- 3. Diseño del cuestionario que se utilizará en la primera ronda de preguntas.*
- 4. Prueba del primer cuestionario. Muchas veces la estructura o formulación de las preguntas puede que no conduzca a las respuestas apropiadas. Se debe evitar la ambigüedad y la vaguedad en la redacción de las preguntas. Deben ser muy precisas, puntuales y que no sean sujeto de interpretación.*
- 5. Entrega del cuestionario a los panelistas.*
- 6. Análisis de las respuestas de la primera ronda de preguntas*
- 7. Preparación de la segunda ronda de preguntas y aprovechamiento de la primera ronda para perfeccionar las preguntas. O quizás, si es necesario, probar otra vez las preguntas, como en el paso anterior.*
- 8. Entrega del segundo cuestionario a los panelistas.*
- 9. Análisis de las respuestas de la segunda ronda de preguntas (Los pasos 5 a 9 deberán repetirse en forma iterativa hasta cuando se llegue a un consenso o se alcance una cierta estabilidad en las respuestas).*
- 10. Preparación de un informe por parte de quien analiza los resultados para presentar las conclusiones del ejercicio.*

El proceso antes mencionado se puede representar en la siguiente gráfica secuencial (figura 1.):



SEGUNDA PARTE

Metodología

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Una de las mayores dificultades en el tratamiento de personas con alguna forma de Trastorno de la Conducta Alimentaria TCA, no es sólo su nulo reconocimiento de la enfermedad como tal, sino que, aún teniendo conciencia de esta, existe una falta de compromiso en proporción a la gravedad de su situación. En general, no es improbable la aparición de rechazo a la enfermedad, mentiras sobre su conducta, de resistencia ante las indicaciones terapéuticas, o los abandonos a lo largo del tratamiento, especialmente cuando se trata de recuperar peso. Adoptando además conductas ambivalentes de aceptación y rechazo hacia la familia sobre todo cuando ésta se alarma por la situación somatopsíquica de la paciente (Chinchilla 2003).

Los individuos con algún Trastorno de la Conducta Alimentaria, están caracterizados en cuanto a actitudes y comportamientos por la ambivalencia sobre su conducta, es decir, les atrae el ayuno o las maniobras purgativas pero a su vez perciben las repercusiones o pérdidas propias de esta clase de conductas. Son receptores en su entorno social de argumentos para que se abandonen esos hábitos, referencias a la fuerza de voluntad, culpabilización por las repercusiones negativas de su conducta o incluso amenazas por parte de figuras de autoridad (padres y maestros). No se dispone de fármacos suficientemente eficaces para la modificación de las conductas patológicas, es necesaria de forma determinante la colaboración del paciente. El pronóstico también está influido por el tiempo de evolución del problema de tal suerte que existe urgencia en conseguir la remisión de los patrones de conducta anómalos (Vitousek, Watson, y Wilson 1998, citados en Fernández y Cano 2003).

Así las cosas, para que el tratamiento sea efectivo, es indispensable como en muchas otras circunstancias de recuperación, el reconocimiento de la enfermedad por parte del enfermo, el propio compromiso y su adhesión al tratamiento. Sin embargo, el grado de evolución de un TCA o la intensidad con la que éste se manifiesta no son predictores del inicio de un proceso de recuperación, como tampoco lo es que el individuo reconozca su enfermedad o que reciba atención profesional hacen por sí mismos posible la recuperación. De tal suerte que, alrededor

de esta problemática surgen un sinnúmero de preguntas sobre las circunstancias necesarias para que una persona con alguna forma de TCA recupere la salud, esto sin obviar las creencias antagónicas entre un grupo y otro de los profesionales de la salud sobre la existencia de una cura o no de los TCA.

En la actualidad, si bien todas las explicaciones teóricas sobre de los TCA parecen satisfactorias para comprender muchos de los mecanismos que están implícitos en estos trastornos, dejan muchas preguntas sin resolver entre ellas las que tienen que ver con los la existencia o no de factores internos y externos al sujeto respecto a la recuperación de la salud una vez que la enfermedad ha hecho su aparición.

Dado lo anterior y tomando en cuenta que la inmensa mayoría población mas afectada por los TCA y a los Factores de Riesgo asociados, son mujeres muy jóvenes que se encuentran en una etapa crucial de su desarrollo físico, mental y social, consideramos importante que los profesionales de la salud tengan la mayor cantidad de datos disponibles sobre la naturaleza de la enfermedad, pero más aún sobre la efectividad de los tratamientos. De tal manera, que parece inminente poder reconocer las circunstancias bajo las cuales el tratamiento será efectivo y la recuperación posible.

Desgraciadamente los modelos propios de las Ciencias de la Salud en general y de la Salud Mental en particular, hasta hace poco tiempo, han estudiado en mayor medida la enfermedad más que la salud, dedicado mucho más tiempo al estudio de sujetos enfermos que al estudio de los sujetos sanos, los TCA no ha sido la excepción.

Cuando nos planteamos la pregunta de investigación y al comenzar a estudiar la problemática de los TCA nos percatamos que si bien cada teoría que los aborda ofrece su propia línea terapéutica, no existe información disponible que explique porqué bajo el mismo tratamiento en cuestión (llámese psicoanálisis, enfoque cognitivo conductual, sistémico etc., aunados a la vigilancia médica) en algunos individuos el mismo tratamiento tiene éxito y en otros no.

Nuestro estudio ha pretendido explorar en primera instancia, y posteriormente describir (sin ceñirnos a ninguna teoría en específico) precisamente a aquellos agentes o elementos que contribuyen al proceso de recuperación de la salud. Por esta razón y como han abordado ya en 1959 Olaf Helmer (uno de los creadores del Método Delphi) y Nicholas Rescher en su artículo titulado "Sobre de la Epistemología de las Ciencias Inexactas" (citado en Velez Pareja 2003), en el que sientan las bases filosóficas para el uso de este Método, el argumento básico era que en los campos donde no se había desarrollado suficiente conocimiento y teoría era legítimo acudir al testimonio de los expertos.

Para los fines concretos de esta tesis la elección de la Metodología Delphi para la obtención de datos se fundamentó en tres aspectos a nuestro juicio primordiales:

- 1. La poca información disponible sobre el tema de investigación.*

2. *La oportunidad de poder aprovechar el talento de los expertos en la generación del cuestionario, es decir que los especialistas podrán incluso preguntar o reformular las preguntas a otros especialistas aquello que consideren pertinente. Lo cual de paso garantizaría la confiabilidad y validez del instrumento.*
3. *Como tesista, el costo económico de una investigación de otra naturaleza, así como las herramientas técnicas para hacerlo se encuentran fuera de nuestro alcance.*

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- *Explorar qué factores inciden en el desarrollo y evolución hacia la salud en personas con alguna forma de TCA.*
- *Indagar si estos factores pueden ser inducidos o no.*
- *Debido a la poca información disponible sobre este tema de investigación, sentar las bases para futuras investigaciones mas detalladas.*

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué factores, internos y externos, están presentes en el proceso de recuperación de la salud en personas que padecen alguna forma de Trastorno de la Conducta Alimentaria de acuerdo al juicio de los expertos?

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo exploratorio (Hernández, Fernández y Baptista 2005) al tratarse de problema muy poco estudiado y sobre el cual no hay mucha información disponible, en el cual se pretendió encontrar la presencia de factores que inciden en el proceso hacia la salud de personas con alguna forma de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Consiste en una investigación no experimental (Hernández, Fernández y Baptista 2005), en donde la información suministrada por los expertos en el interrogatorio fué la analizada, y la que al final del proceso, se convirtió en la Opinión Grupal OG, por consiguiente, en el resultado de la investigación.

Se trata de un diseño transversal (Hernández, Fernández y Baptista 2005), ya que no se pretendió analizar los cambios de opinión o de conceptos que eventualmente ocurrieron en los panelistas dentro del transcurso del ejercicio Delphi, sino mas bien,

el resultado obtenido al final del proceso iterativo producto del cúmulo de información del grupo como un todo.

DEFINICIONES

A continuación se presentan de manera breve y concisa las definiciones y criterios utilizados en la presente investigación y con relevancia para la misma. En capítulos pertenecientes al Marco Teórico se abunda sobre cada uno de estos tópicos (ver Marco Teórico).

Trastorno de La Conducta Alimentaria.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (anorexia, bulimia y atracón) son expresiones extremas de una variedad de preocupaciones por el peso, la comida y la imagen corporal experimentados por quienes los padecen.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1994) define a los TCA como patologías en las que los patrones de consumo de alimentos se ven severamente distorsionados. Bajo este rubro se incluyen dos categorías diagnósticas que son: anorexia nervosa y bulimia nervosa, mientras que los Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE) son una tercera categoría diagnóstica propuesta, para clasificar los trastornos que no cumplen los criterios específicos de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa.

Actualmente DSM-IV incluye los criterios de investigación de Trastorno por Atracón (TANE 6) para su próxima inclusión como entidad aparte. Los criterios diagnósticos utilizados en la presente investigación fueron los propuestos por la Asociación Psiquiátrica Americana (1994) en el DSM-IV.

Salud

Salud es definida por la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Merriam-Webster (2005) define salud mental como: “estado de bienestar emocional y psicológico en el cual un individuo puede utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, funcionar en sociedad, y resolver las demandas ordinarias de la vida diaria.”

Factores que inciden en el proceso hacia la Salud

Definimos así, a aquellos que inciden en el desarrollo y evolución de la salud, contribuyendo al ajuste o bien al equilibrio del individuo, en medida que le fortalecen incrementan la perspectiva de salud y facilitan las condiciones para la manifestación de la misma.

Método Delphi

El método Delphi es una técnica para la obtención y análisis de información subjetiva, definida como un procedimiento para extraer información de un grupo de expertos de forma estructurada y en varias etapas sin que exista comunicación cara a cara entre ellos” (Dalkey y Helmer, 1963; Dalkey, Brown y Cochran, 1969; Dalkey y Rourke, 1971; Sackman, 1976 citados en Sánchez, Chaminade y Escobar 1999).

Criterio de Expertisidad en TCA:

- *Expertos Profesionales: Son aquellos que poseen un alto grado de conocimientos sobre los TCA, ya sea por que se han dedicado a la investigación y estudios de aspectos relacionados, o bien porque en su experiencia profesional, el tema ha constituido parte importante de su trabajo.*
- *Expertos Afectados: Son todos aquellos panelistas que estuvieron involucrados directamente con el tema en estudio (personas que padecieron un TCA)*

CONSIDERACIONES PREVIAS

En este punto consideramos necesario hacer la siguiente aclaración: Desde el punto de vista de la “Metodología Delphi” los expertos son el “instrumento de recolección de información” la cual es obtenida a través de los cuestionarios elaborados para los fines de la investigación, el universo o población en este caso en particular, son aquellas personas con alguna manifestación de TCA, mexicanos que viven en un ambiente urbano, de clase media y media alta, y sobre quienes se podría generalizar el conocimiento obtenido en el presente estudio, mientras que la muestra de la investigación de acuerdo a la “Metodología Delphi” son aquellas personas que padecen o han padecido un TCA y que tienen o tuvieron contacto con el grupo de “expertos profesionales” participantes; o bien, habiendo padecido un TCA, fueron invitados a para participar dentro del estudio (“expertos afectados”). Cabe mencionar

que en cualquier estudio Delphi los Expertos del Panel deben ser seleccionados bajo los criterios de experticidad preestablecidos en función de lo que se pretende estudiar.

Para fines prácticos a esta tesis y en observancia al rigor metodológico necesario para una Tesis de Licenciatura, población, instrumento y muestra se precisan a continuación.

MUESTRA

El presente proceso Delphi contó con la participación de (n=19) Expertos en Trastornos de la Conducta Alimentaria (ver anexo 4) que cumplieron con el “criterio de experticidad” expuesto anteriormente, hubo un total de 15 “expertos profesionales”, uno de los cuales, después de exponer sus razones profesionales, se retiró del proceso una vez terminada la primera ronda de preguntas y respuestas, quedando un total de 14 “expertos profesionales” para la segunda y tercera rondas del proceso. Y un total de 4 “expertos afectados”.

Se trató de una muestra no probabilística (Hernández, Fernández y Baptista 2005) La selección del panel de expertos tuvo dos dimensiones: una cualitativa (se seleccionaron en función del objetivo del estudio y atendiendo al criterio de experticidad) y otra cuantitativa (elección del tamaño de la muestra esta en función de los recursos, medios y tiempo disponibles). Para garantizar un buen nivel de calidad, la selección de expertos se realizó con base en un criterio estándar preestablecido. “En cualquier caso, y en última instancia, la condición de experto vendría avalada por la capacidad del individuo para aportar información relevante a la investigación”. (Bas 2004)

Para poder llevar a cabo este método de obtención y análisis de información es indispensable disponer de un grupo de expertos (personas que cumplieran con el criterio de experticidad) lo suficientemente calificado y motivado como para garantizar un nivel suficiente de calidad en las respuestas y la conclusión satisfactoria del proceso de investigación. Debido a que los TCA son enfermedades que se manifiestan en múltiples dimensiones (mentales, biológicas, sociales, etc.) se buscó que éstas fueran representadas, y de esta forma disminuir en lo posible sesgos en la información.

Una vez visualizado el grupo de expertos participantes potenciales (universo o población) (Selltiz y cols., citado en Hernández, Fernández y Baptista 2005) se inició la fase de captación que conduciría a la conformación del panel definitivo, esto mediante una invitación oficial a los posibles participantes mediante una entrevista personal y/o una carta de invitación (ver anexo uno), haciendo uso del correo electrónico y en la que se puntualizó sobre lo siguiente:

○

MÉTODO

- *Objetivo del estudio*
- *Criterios de selección y conformación del grupo de expertos.*
- *Motivos por los que se le ha seleccionado concretamente a ella/él.*
- *Referencias básicas acerca del Método Delphi.*
- *Calendario tentativo de desarrollo del estudio Delphi.*
- *Tiempo máximo de duración del estudio.*
- *Disposición a cualquier consulta o aclaración respecto al estudio.*
- *Garantía de anonimato durante el proceso, y después, si así lo desease el panelista.*

Se invitó a expertos en Trastornos de la conducta alimentaria de las siguientes instituciones: Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Iberoamericana, Clínica Karuna, Clínica Ellen West, Clínica Avalon, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas Salvador Zubirán, así como a psicólogos psiquiatras expertos en Trastornos de la Conducta Alimentaria, nutriólogos y profesionales independientes a estas instituciones en estrecho contacto con la población estudiada.

Para la captación de los “expertos afectados” se instó a los “expertos profesionales” del panel, una vez que hubieron aceptado la invitación y conociendo la dinámica del mismo la referencia de personas de las cuales tuvieran conocimiento y que a su juicio cumplieran con el criterio de expertisidad aquí descrito.

Tomando en cuenta que en un ejercicio de este tipo es muy importante la motivación de los participantes, con este propósito se presentó al propio Objetivo de la investigación como fuente de estímulo intelectual. Ninguno de los expertos consultados recibió remuneración económica. El panel de expertos quedó conformado como se muestra en la siguiente tabla:

Afectada	4
Docente	1
Investigador	2
Nutriólogo	2
Psicoanalista	1
Psicólogo	6
Psiquiatra	3
total	n=19

INSTRUMENTOS

Para la presente investigación fueron elaborados dos cuestionarios, mismos que tal como sucede en un estudio Delphi que fueron sometidos a revisión por el grupo de “expertos” en cada una de las rondas.

El primer cuestionario (ver anexo 2) fue constituido por preguntas abiertas que dieron lugar a respuestas amplias, esto con la finalidad de obtener la mayor información sobre nuestro tema de investigación y profundizar sobre el mismo, con el objetivo de definir los temas centrales para la construcción del segundo cuestionario.

Para la realización del segundo cuestionario (ver anexo 3), en primer lugar, fueron leídas detalladamente cada una de las respuestas del cuestionario anterior y resumidos los elementos más comunes y esenciales, en segundo lugar, se formularon preguntas cerradas en forma de sentencias claras, sobre las cuales cada experto haría su propia valoración, recurriendo a respuestas categorizadas, o bien en escalamiento de tipo Likert con el fin de que posteriormente fueran representadas estadísticamente.

Los expertos como instrumento de información, afinan el dato, validan datos, ya que por definición conocen el problema, además aseguran la confiabilidad de los datos obtenidos a través del consenso (Aguilar, E., comunicación personal, marzo 2007).

No obstante para cada uno de los cuestionarios se realizó una prueba piloto donde participaron dos pasantes de psicología de la Facultad de Psicología de la UNAM y dos expertos en TCA.

Ambos instrumentos fueron enviados a todos los panelistas por correo electrónico para su resolución, sin embargo en algunos casos, y por petición del propio experto ésta se realizó mediante una entrevista grabada y posteriormente transcrita para su análisis.

INDICADORES

Con el objetivo de dar mayor solidez a los resultados obtenidos en esta investigación se observaron los siguientes tres indicadores:

Opinión Grupal (OG)

En este punto se contrastan las Medianas (Md) ó las Modas (Mo), según sea el caso, obtenidas para la primera y segunda ola de la fase cuantitativa del estudio Delphi. Ambas son consideradas como indicadores de la opinión grupal en sus respectivas rondas, y la obtenida en la segunda ola se considera el indicador de la opinión grupal final.

Grado de Consenso (GC)

Se considera como grado de consenso el nivel de homogeneidad obtenido en la respuesta grupal, cuanto mayor sea el grado de consenso obtenido, mayor aval o legitimación tendrá su uso, desde el momento en que conferirá un mayor grado de representatividad a ésta (más expertos compartirán la estimación).

Consistencia en las Respuestas (CR)

Se considera como consistencia la perseverancia en las pautas de conducta iniciales (opiniones expresadas en la primera ola). La consistencia nos indica hasta qué punto la opinión grupal condiciona los cambios de opinión individuales, pues actúa como mecanismo corrector.

Si bien la opinión grupal y el grado de consenso se han estudiado de forma sincrónica, es decir, individualmente para cada ronda, y se tomaron como valores definitivos los obtenidos en la tercera de ellas.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de resultados, como en toda investigación realizada empleando el Método Delphi, fue realizando a medida que cada fase del trabajo fue concluyendo, esto con el objetivo de integrar las referencias obtenidas en las sucesivas fases hasta llegar a una conclusión definitiva. Tal y como se ha indicado, en este estudio Delphi, el análisis de datos se realizó en dos fases:

FASE I. PRIMER CUESTIONARIO (Primera ronda de preguntas y respuestas)

El objetivo de esta fase de carácter cualitativo fue definir los temas centrales a tratar, a la luz del proceso de recuperación de personas que han padecido un TCA, su análisis se realizó empleando una técnica de agrupación de ideas (Rojas 2002, citado en Hernández, Fernández y Baptista) pretendiendo que este agrupamiento reflejara con la mayor fidelidad posible todo el abanico de respuestas y matices obtenidos. Como resultado se logró elaborar el segundo cuestionario (anexo 3) en el que se consiguió integrar los contenidos considerados fundamentales por el grupo.

FASE II SEGUNDO CUESTIONARIO (Segunda y tercera ronda de preguntas y respuestas).

El análisis de esta fase fue de tipo cuantitativo, las puntuaciones obtenidas en cada ítem fueron cuantificadas y registradas estadísticamente lo cual permitió obtener una

visión de conjunto de los resultados obtenidos en cada una de las preguntas. Para cada uno de los ítems de este segundo cuestionario se observaron los 3 tipos de “indicadores” antes mencionados (OG, GC y CR) y cuyo tratamiento estadístico detallamos en como se muestra en la siguiente tabla:

TABLA 8. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO PARA CADA UNO DE LOS ÍTEMS DEL SEGUNDO CUESTIONARIO				
Nivel de medición	Estadígrafos	Indicadores observados		
Ítems: 1, 2, 4, 10, 12, 13, 21, 22, 26 Y 27				
Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Frecuencia relativa ($fr\%$) Moda (Mo) 	Grado de Consenso (GC) fr_{Mo} (3ª. Ronda)	Consistencia en la Respuesta (CR) $ fr_{Mo1} - fr_{Mo2} $	Opinión Grupal (OG) Moda (Mo)
Ítems: 5, 6, 7, 8, 9, 11, 18, 19				
Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Mediana (Md) Moda (Mo) Cuartiles $Q1$ y $Q3$ 	Grado de Consenso (GC) Recorrido Intercuartílico IQR (3ª. Ronda)	Consistencia en la Respuesta (CR) Md_1 y Md_2 $Q1_1$ y $Q1_2$ $Q3_1$ y $Q3_2$	Opinión Grupal (OG) Mediana Md
Ítems: 3, 13, 15, 16, 17 y 20				
Mixto	<ul style="list-style-type: none"> Frecuencia fx 	Puntaje $\sum fx X$ e histogramas		

Análisis de los ítems 1, 2, 4, 10, 12, 13, 21, 22, 26 y 27

Por tratarse de variables cualitativas se utilizó un nivel de medición nominal. Para cada ítem los conceptos estadísticos que se emplearon fueron la moda (Mo) y las frecuencias relativas ($fr\%$) expresadas en porcentajes.

- *Opinión gupal: La moda (Mo) es considerada la opinión grupal de cada una de las rondas 2ª y 3ª, no obstante la moda (Mo) de la segunda ronda es considerada la opinión grupal final.*
- *Grado de consenso Para determinar el grado de consenso, en este caso se observó la moda (Mo) de la 3ª ronda. Los grados de consenso fueron fijados de antemano según el porcentaje de ocurrencia de la misma (frecuencia relativa de la moda expresada en porcentaje: fr_{Mo}), y quedaron como sigue:*

MÉTODO

TABLA 9. NIVEL DE CONSENSO OBSERVADO PARA LOS ÍTEMS DE MEDICIÓN NOMINAL

2 opciones de respuesta (ítem 2)	
Si $fr_{Mo} \geq 85\%$,	se considera un nivel de consenso "muy alto" (MA).
Si $fr_{Mo} = 65$ a 84% ,	se considera un nivel de consenso "alto" (A).
Si $fr_{Mo} = 50$ a 64% ,	se considera un nivel de consenso "relativo" (R).
Si $fr_{Mo} \leq 49\%$,	no se considera consenso.
3 opciones de respuesta (ítem 26)	
Si $fr_{Mo} \geq 80\%$,	se considera un nivel de consenso "muy alto" (MA).
Si $fr_{Mo} = 60$ a 79% ,	se considera un nivel de consenso "alto" (A).
Si $fr_{Mo} = 35$ a 59% ,	se considera un nivel de consenso "relativo" (R).
Si $fr_{Mo} \leq 34\%$,	no se considera consenso.
4 opciones de respuesta (ítems 1, 10 y 12)	
Si $fr_{Mo} \geq 75\%$,	se considera un nivel de consenso "muy alto" (MA).
Si $fr_{Mo} = 50$ a 74% ,	se considera un nivel de consenso "alto" (A).
Si $fr_{Mo} = 25$ a 49% ,	se considera un nivel de consenso "relativo" (R).
Si $fr_{Mo} \leq 24\%$,	no se considera consenso.
5 opciones de respuesta (ítems 4, 13 y 21)	
Si $fr_{Mo} \geq 40\%$,	se considera un nivel de consenso "muy alto" (MA).
Si $fr_{Mo} = 30$ a 39% ,	se considera un nivel de consenso "alto" (A).
Si $fr_{Mo} = 20$ a 29% ,	se considera un nivel de consenso "relativo" (R).
Si $fr_{Mo} \leq 19\%$,	no se considera consenso.
8 opciones de respuesta (ítem 27)	
Si $fr_{Mo} \geq 35\%$,	se considera un nivel de consenso "muy alto" (MA).
Si $fr_{Mo} = 25$ a 34% ,	se considera un nivel de consenso "alto" (A).
Si $fr_{Mo} = 13$ a 24% ,	se considera un nivel de consenso "relativo" (R).
Si $fr_{Mo} \leq 12\%$,	no se considera consenso.

- Consistencia de respuesta (CR):** En este caso se compara la diferencia entre el porcentaje de ocurrencia de las modas de la 2ª y 3ª rondas, $Mo1$ y $Mo2$, respectivamente, (frecuencia relativa de la moda expresada en porcentaje: fr_{Mo}), bajo el siguiente criterio:

TABLA 10. CRITERIOS OBSERVADOS PARA DETERMINAR LA CONSISTENCIA EN LAS RESPUESTAS DE LOS ÍTEMS DE MEDICIÓN NOMINAL

Si $ fr_{Mo1} - fr_{Mo2} \leq 10$,	el grado de consistencia es considerado "muy alto" (MA).
Si $ fr_{Mo1} - fr_{Mo2} = 10$ a 20 ,	el grado de consistencia es considerado "alto" (A).
Si $ fr_{Mo1} - fr_{Mo2} = 20$ a 30 ,	grado de consistencia es considerado "relativo" (R).

Análisis de los ítems 5, 6, 7, 8, 9, 11, 18 y 19

Estos son variables medidas en escalamiento de tipo Likert, lo que conlleva un nivel de medición de tipo ordinal. Se emplearon medidas de tendencia central: mediana (Md) moda (Mo), y recorrido intercuartílico (IQR) principalmente.

- *Opinión Grupal (mediana Md). En este caso se utiliza a la mediana como indicador de la opinión grupal. Pero ello no deja de lado que resulte conveniente sobre todo, a efectos de contraste, emplear formas de corroborar los resultados, como puede ser la observación de otras medidas de tendencia central como la media y la moda. En este punto se muestran dichos indicadores en contraste con la mediana, pudiendo observarse la cercanía o lejanía respecto a este último. Se considera que si la media y/o la moda coinciden (o no difieren en exceso) con la mediana, el valor de este último indicador se ve reforzado sustancialmente (ver tablas 9 y 11).*
- *Grado de Consenso (recorrido intercuartílico IQR): Para medir el grado de consenso entre los expertos obtenido en cada ronda, se ha observado el IQR (recorrido intercuartílico) respectivo; es decir, la distancia que media entre el cuartil superior (P75=Q3; aquel que deja 75% de las observaciones a su izquierda) y el cuartil inferior (P25=Q1; aquel que deja 25% de las observaciones a su izquierda). El IQR recoge el 50% de las observaciones y, por tanto, cuanto más pequeño sea, mayor será el acuerdo grupal respecto del asunto consultado; es decir, mayor será el grado de consenso observado. Así, el IQR de la segunda Ola reflejará el grado de consenso final observado para el estudio Delphi (ver tablas 9 y 11).*

Los parámetros que se han utilizado para calificar el grado de consenso obtenido en cada ronda fueron fijados de antemano teniendo en cuenta que los valores que puede tomar cada variable oscilan, entre 1 y 5 (el rango sería igual a 4), y son los siguientes:

TABLA 11. CRITERIOS PARA DETERMINAR EL NIVEL DE CONSENSO DE LOS ÍTEMES DE MEDICIÓN DE TIPO ORDINAL

Si $IQR \leq 1.0$ se considera un nivel de consenso muy alto (MA).
Si $1.0 \leq IQR \leq 1.5$ se considera un nivel de consenso alto (A).
Si $IQR > 1.5$ se considera un nivel de consenso relativo (R).

En función de estos valores, se considera que conforme el IQR se aleja del valor 1.5 se hace más difícil hablar de consenso en la opinión grupal.

Se consideró conveniente contrastar el IQR con la desviación típica, medida de dispersión asociada a la media. De forma similar que en el estudio del IQR, se consideró que si la desviación típica es menor que 30% del rango se puede hablar de consenso y, evidentemente, cuanto menor sea ésta, menor será la dispersión y mayor el grado de consenso obtenido.

- *Consistencia en las respuestas: Para medir la consistencia en las respuestas se compararon las medianas y los cuartiles Q1 y Q3 obtenidos en la segunda y tercera rondas. Se han considerado, para observar la consistencia, los siguientes criterios:*

TABLA 12. CRITERIOS OBSERVADOS PARA DETERMINAR LA CONSISTENCIA EN LAS RESPUESTAS DE LOS ÍTEMS DE MEDICIÓN ORDINAL

Si los tres indicadores observados coinciden en ambas rondas, es decir, Md de la primera Ola = Md de la segunda ola, $Q1$ de la primera Ola = $Q1$ de la segunda ola y $Q3$ de la primera Ola = $Q3$ de la segunda ola, el grado de consistencia obtenido es considerado como "muy alto" (MA).
Si dos de los tres indicadores observados coinciden en ambas rondas el grado de consistencia obtenido es considerado como "alto" (A).
Si tan sólo uno de los tres indicadores observados coincide en ambas rondas el grado de consistencia obtenido es considerado como "relativo". (R).

Análisis del ítem 11

Este ítem estudió características comunes entre personas con alguna forma de TCA, cada una de las cuales fue observada en escalamiento de tipo Likert, su tratamiento estadístico fue detallado anteriormente y su agrupamiento cualitativo se efectuó de la siguiente manera:

Una vez terminado el proceso Delphi, se procedió a hacer una relación de estas características con el modelo de la personalidad de C. R. Cloninger, el cual es dimensional, no categórico, y que describe la personalidad dentro de un modelo psicobiológico donde el temperamento se describe como un rasgo altamente heredable y permanente en el individuo, que se divide en cuatro dimensiones: búsqueda de la novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia. En cambio los rasgos de carácter que se encuentran moderadamente influidos por el aprendizaje sociocultural y maduran de manera progresiva a lo largo de la vida, se conforman en tres dimensiones: autodirección (responsabilidad, dirección hacia objetivos vs. inmadurez, integración deficiente e inseguridad), la cooperación (ser útil, empático vs. oportunista) y la

autotrascendencia (creativo, poco convencional vs. controlado, pragmático) cada uno de estos aspectos del carácter interactúa para promover una adaptación de las experiencias de la vida y ejerce a la vez influencia en la susceptibilidad del individuo hacia los trastornos emocionales y del comportamiento (Macías 2003).

La agrupación de cada una de las características correspondientes al ítem 11 quedó de la siguiente manera (ver tabla 7), los números correspondientes a cada una de las dimensiones antes mencionadas: los números 1, 5, 18, 19, 22, 23, 25 y 27 para autodirección; los números 10, 12, 24 y 34, para cooperación; los números 3, 6, 14, 17, 30, 31, 35 y 40, para autotrascendencia; los números 26, 29, 33 y 36, para búsqueda de novedad; los números 4, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 19, 24, y 28, para evitación del daño; los números 15, 19, 22, 23, 27, 32, y 36 para dependencia de la recompensa y finalmente, los números 2, 11 y 37, para persistencia. Como se pudo observar en la tabla 2 a cada una de estas características se les hizo su propio análisis estadístico como se ha descrito con anterioridad.

TABLA 13. AGRUPAMIENTO CUALITATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DE PERSONAS CON ALGUNA FORMA DE TCA DE ACUERDO AL MODELO DE PERSONALIDAD DE C.R. CLONINGER

Autodirección

1, 5, 18, 19, 22, 23, 25 y 27

Cooperación

10, 12, 24 y 34

Autotrascendencia

3, 6, 14, 17, 30, 31, 35 y 40,

Búsqueda de novedad

26, 29, 33 y 36

Evitación del daño

4, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 19, 24, y 28

Dependencia de la recompensa

15, 19, 22, 23, 27, 32, y 36

Persistencia

2, 11 y 37

Análisis de los ítems 3, 13, 15, 16, 17 y 20

En el caso de estos, los cuales tienen distintas variables cualitativamente diferentes entre sí, pero pertenecientes a la misma categoría o grupo de factores, la medición se efectuó de la siguiente manera: a cada una de las variables en cada ronda de esta fase le fue otorgado por cada uno de los expertos el valor de 0 (para factor irrelevante), 1 (para factor relevante) ó 2 (para factor muy relevante), es decir, $X=0$, $X=1$ y $X=2$ respectivamente. Posteriormente se obtuvo la sumatoria de $fx X$, y a dicho valor se le llamó puntaje. Finalmente se realizó un histograma con base a dichos valores correspondientes a la segunda y tercera ronda (ver ejemplo a continuación). En la sección de Resultados se reportan únicamente las tres variables con mayor puntaje de cada ítem, es decir, de cada una de las categorías o grupo de factores.

Ejemplo:

EJEMPLO:		
Factor	valores otorgados fx	Puntaje $\sum fx X$
X_1	0, 2, 1, 2, 2, 1, 0 y 1.	9
X_2	0, 0, 0, 0, 0, 0, 2, y 0	2
X_3	2, 1, 1, 1, 1, 1, 1,	8
X_4	0, 0, 0, 0, 0, 0, 0 y 0	0
X_5	2, 2, 2, 2, 2, 1 y 1	12
X_6	1, 0, 1, 0, 2, 0, 1 y 1	6

En este caso las variables reportadas serían X_6 , X_1 y X_3

Resultados

El proceso estuvo dividido en dos partes: Fase I de carácter cualitativo (1ª Ronda de preguntas y respuestas, y la Fase II de carácter cuantitativo (Rondas 2ª y 3ª de preguntas y respuestas).

El Panel de expertos (n=19) estuvo conformado por: psicoanalista (n=1), investigadores (n=3), psiquiatras (n=2) psicólogos (n=6), docente (n=1), nutriólogos (n=2) y personas recuperadas de un TCA (n=4), todos cumplieron ampliamente con el criterio de experticia antes mencionado (ver anexo 4).

El interrogatorio se llevó a cabo mediante dos cuestionarios elaborados para la presente investigación (ver anexos 2 y 3), del primero de carácter cualitativo se derivó el segundo de carácter cuantitativo del que se derivan los resultados que aquí reportamos, este último se divide en tres partes correspondientes a:

- I) *Lo relacionado con la definición general de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.*
- II) *Características de las personas con algún tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria*
- III) *Lo que compete al tema de investigación propiamente dicho, factores que inciden en el proceso hacia la salud de personas con algún tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria*

TABLA 14. AGRUPACIÓN DE ÍTEMS DEL SEGUNDO CUESTIONARIO DELPHI RESPECTO DE CADA UNO DE LOS APARTADOS CORRESPONDIENTES AL RESULTADO FINAL DE LA INVESTIGACIÓN

Definición de los TCA Ítems 1-3, 26 y 27.
Caracterización de las personas con TCA Ítems 4, 6, 8, 9 y 11.
Factores que inciden en el proceso hacia la salud en personas con algún TCA Ítems 5,7, 10 y 12-25.

En la tablas 9 se pueden observar los resultados obtenidos en cada una de las rondas del presente estudio, obsérvese en recuadro las derivaciones más significativas de

acuerdo con los propósitos del estudio. Como se ha mencionado con anterioridad la Opinión final grupal, que reportamos a continuación, está dada por la 3ª Ronda. En la tabla 11 se puede ver gráficamente la comparación de los resultados obtenidos en la 2ª. Y 3ª rondas del estudio Delphi. A continuación los resultados más significativos:

I. DEFINICIÓN

Con respecto a la definición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria se destaca lo siguiente:

- *El 61% de los panelistas considera a los criterios utilizados por el DSM-IV para el diagnóstico de los TCA como estrictos, lo que conlleva al diagnóstico de cuantiosos TANE (Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados) (ítem 1)*
- *El 94% considera que algunos tipos de Obesidad deberían ser considerados como Trastorno de la Conducta Alimentaria. (ítem 2)*
- *De acuerdo con el Panel de expertos participantes el ser humano ha otorgado al alimento primordialmente un significado de vinculación y social en primer término (puntaje=27), mientras que amor-desamor y premio-castigo quedan en segundo (puntaje= 15). (ítem 3)*
- *Congruente con la pluralidad interdisciplinaria y de enfoque teórico de los panelistas, no existe consenso sobre la causa que origina un TCA, sin embargo se observa a la teoría de la multicausalidad de los TCA como respuesta mayoritaria (43%). (ítem 27)*
- *Por otra parte existe un alto consenso (78%) entre los panelistas con respecto a que los TCA son en realidad una única enfermedad que se manifiesta de diferentes formas (AN, BN, obesidad, TANE, etc) (ítem 26)*

II. CARACTERIZACIÓN

Sobre el análisis de las características de las personas con alguna forma de TCA destacamos lo siguiente:

- *El 72% de los expertos considera que en las personas con alguna forma de TCA existe una inhabilidad para identificar y responder adecuadamente a sus emociones. (ítem 6).*
- *El (72 %) de los expertos del panel encuentra frecuentemente falta de amor incondicional hacia su hija con TCA por parte de uno o ambos padres, pero el 22% considera que esta falta de amor incondicional esta siempre o casi siempre presente (ítem 9). Por otra parte, el 61% considera que las personas con alguna*

forma de TCA casi siempre tienen un temor de no ser dignos de ser amados, mientras que el 39% considera frecuente este temor. (ítem 8).

- *De acuerdo con el 76.5 % de los expertos considera que las personas con alguna forma de TCA experimentan soledad y vacío existencial. (ítem 11-22 y 11-23).*
- *Para el panel de expertos las personas con alguna forma de trastorno alimentario poseen poca autodirección, es decir, inmadurez, integración deficiente e inseguridad (ítem 11).*
- *Un 41% considera que siempre o casi siempre son impulsivas, mientras que otro 41% considera que frecuentemente son personas impulsivas (ítem 11-26)*
- *El 64% cree que frecuentemente son perfeccionistas en uno o varios aspectos de su vida, mientras que para el resto, frecuentemente son perfeccionistas (ítem 11-2).*
- *Para el 56% frecuentemente existe una comorbilidad psiquiátrica, en personas con alguna forma de TCA., el 31% considera que siempre o casi siempre hay comorbilidad con algún trastorno de la personalidad. (ítem 11-39).*
- *Así mismo existe consenso entre los expertos en características tales como, ideales de autodomínio, codependencia, miedo a la crítica y al rechazo, fuerte apreciación de la belleza, autocastigo, intentos por evadir las molestias propias de la vida cotidiana, facilidad para mentir, fuertes ideales de autodomínio y de perfección entre otros.*

III. PROCESO HACIA LA SAUD

Las derivaciones que confieren al proceso de recuperación en personas con alguna forma de Trastorno de Conducta Alimentaria obtenidos en la presente investigación son:

- *Los factores presentes en el proceso a la recuperación de la salud tienen presencia en tres dimensiones; individual, socioambiental y de intervención profesional.*
- *El 72% del grupo de panelistas concluye que el proceso de recuperación de personas con algún tipo de TCA es congruente con el Modelo transtórico del proceso del cambio de cinco fases (Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento) de Prochaska y DiClemente (1986, en González Macías 2003) mientras que para el resto (28 %), probablemente así ocurra (ítem 18). Así entonces, el 78% considera que este proceso no ocurre de manera lineal, es decir, las personas que han padecido un TCA consiguen erradicar su conducta errática después de pasar por las diferentes etapas antes citadas varias veces antes de conseguir un cambio estable. (ítem 21).*

Etapa de precontemplación: El individuo aún no está considerando el cambio, ya que no ve un problema en su conducta que lo haga necesario o se ve incapaz de modificarla con respecto a esta fase la investigación encontró lo siguiente:

- *El 44% del panel piensa que los individuos con algún TCA antes que estar interesados en lograr un cambio en su conducta alimentaria siempre o casi siempre buscan sentirse comprendidos y/o acompañados (ítem 7).*
- *Lo anterior es congruente con la respuesta ofrecida por el 56% de Panel de expertos que señala a los Foros” Pro-Ana y Pro-Mia” de la Web como espacios que ofrecen la comprensión que la persona con alguna forma de TCA no encuentra fuera, además, que ayudan a mitigar la soledad (17% del panel). (ítem 4).*

Etapa de contemplación: El individuo reconoce preocupaciones o la existencia de problemas, y puede estar considerando la posibilidad de cambiar, pero aún no ha realizado ningún paso hacia el cambio. En esta etapa es característico el fenómeno de la ambivalencia. Referente a lo anterior la presente investigación arrojó:

- *El 61% de los expertos señala que las personas que padecen un trastorno alimentario antes que buscar una ayuda específica para superar su trastorno buscan eliminar o mitigar los síntomas egodistónicos de su padecimiento. (ítem 5).*
- *Los expertos estiman como factor relevante hacia la búsqueda de la propia salud a la presencia de conciencia de enfermedad (puntaje 21, ítem 16). Por otro lado (ítem 12), el 33 % de los interrogados asume que un profesional de la salud si puede ayudar a una persona con alguna forma de TCA sin conciencia de enfermedad, mientras que el 50% cree que sólo podrían hacerlo de manera limitada.*
- *Por otra parte (ítem 15), el grupo de expertos considera como relevantes los factores que favorecen la toma de conciencia de enfermedad a los siguientes: Tener contacto con una o varias personas que han padecido el trastorno y que tienen conciencia de enfermedad (puntaje=23), Sospecha o reconocimiento que su conducta constituye un problema a ser resuelto (puntaje=21), finalmente, el miedo a la muerte y/o a las consecuencias físicas y darse cuenta de que perder peso no solucionará sus problemas (ambos con un puntaje=17).*
- *Entre otros factores que inducen a la búsqueda de salud por el sujeto con TCA destacan: El temor a las consecuencias físicas y cambios positivos en la dinámica familiar, (ambas con un puntaje=19), y por último se encuentra un tratamiento profesional adecuado (puntaje=16).*

Determinación y acción. En la etapa de preparación para la acción las personas se proponen firmemente el cambio y su planificación en un futuro cercano, pero aún están considerando que hacer. La persona ha valorado que los beneficios del cambio superan a los perjuicios (Determinación), mientras que en la etapa de acción. El

paciente está tomando activamente medidas para cambiar, pero aún no ha alcanzado una etapa estable (Acción):

- *El panel señala (ítem 10) que el proceso hacia la recuperación proviene de una decisión personal (33%), mientras que el 67% afirma que el proceso emprendido hacia la salud no necesariamente proviene de una decisión personal.*
- *Existe alto consenso sobre lo que lleva a los individuos con alguna forma de TCA adquirir un compromiso la propia salud, los puntajes otorgados por el panel al respecto son los siguientes: 39% Conciencia de enfermedad, 33% Miedo a morir, a las secuelas físicas, a la desintegración familiar, etc., 17% Descubrimiento de la posibilidad de realizar sus propias inquietudes y deseos. 11% otro. 0% amor a los padres, la pareja, etc. (ítem 13)*

Etapa de mantenimiento. El individuo ha obtenido los cambios iniciales y se encuentran manteniendo la conducta.

Los expertos del panel consideran que así como en la literatura se han conceptualizado factores presentes en el proceso hacia la enfermedad (factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de los TCA), se podría señalar la existencia de factores presentes en el proceso hacia la salud de una persona que ha padecido algún tipo de TCA. (ítems 15, 16,17 y 20).

- *Con el puntaje mas alto (puntaje=33) los expertos señalan al mejoramiento de la autovalía, autoestima, autoeficacia, etc., como el factor que más favorece de manera clara la recuperación de un TCA, en este rubro, también se presenta al establecimiento de una buena Alianza terapéutica (puntaje=26) y a la Aceptación de la propia Imagen Corporal (puntaje=23) como relevantes (ítem 17).*
- *Así mismo se ha señalado a la No aceptación de la propia Imagen Corporal (puntaje=29), la familia disfuncional, especialmente en la relación con los padres (puntaje=26), como factores que dificultan la recuperación. (ítem 20).*
- *La opinión grupal final sobre las recaídas, es que estas son consideradas como parte natural del proceso hacia la consolidación de la salud, es decir el 61% de los interrogados. (ítem 22)*

Finalmente mencionamos otros factores encontrados durante el estudio Delphi presentes en individuos a lo largo del proceso de recuperación:

- *De acuerdo con el 94%, la Alianza Terapéutica es decir, el convenio de trabajo y colaboración entre el terapeuta y la persona con TCA en el cual existe un mutuo acuerdo entre los objetivos a alcanzar en el tratamiento, el rol de cada uno durante el proceso, así como confianza y aceptación mutua podría determinar el éxito en alrededor un 65 % de la terapia. (ítem 14).*
- *El panel considera que las acciones que lleva a cabo un individuo para recuperarse del trastorno de conducta alimentaria van acompañadas de una o varias tomas de conciencia o insight, es decir, la adquisición de un conocimiento que le permite a la persona con TCA tener una visión nueva y distinta de sí*

misma por medio de la comprensión amplia y profunda del problema en cuestión o parte de este, es decir el 89% de los interrogados (ítem 19).

- *El 67 % de los miembros del panel considera que el sentido de unidad o pertenencia de un individuo a una entidad protectora (Dios, cosmos, naturaleza, orden superior, etc.) causa un efecto alto en la búsqueda de la propia salud, sin embargo, por otro lado el 28% cree que el efecto es moderado para aquellas personas con alguna de estas creencias (ítem 23).*

TABLA 15. CUADRO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS ESTADÍSTICOS ARROJADOS POR EL ESTUDIO DELPHI.

ITEM	Md ₁	Md ₂	Mo ₁	Fr _{Mo1}	Mo ₂	Fr _{Mo2}	IQR ₁	IQR ₂	GC	Fr _{Mo1} - Fr _{Mo2}	CR	OGF
1	-	-	C	37,5	C	61,1	-	-	R	23,6	R	C
2	-	-	A	81,3	A	94,4	-	-	MA	13,1	A	A
4	-	-	B,D	25,0	B	56,6	-	-	MA	31,6	R	B
5	5	5	A	56,3	A	61,1	2	1	MA	-	A	A
6	5	5	A	68,8	A	72,2	1	1	MA	-	R	A
7	4	4	B	43,8	B	44,4	1	1	MA	-	MA	B
8	5	5	A	56,3	A	61,1	1	1	MA	-	MA	A
9	4	4	B	43,8	B	72,2	2,5	0	MA	-	R	B
10	-	-	C	75,0	C	66,7	-	-	A	8,3	MA	C
12	-	-	C	50,0	C	50,0	-	-	A	0,0	MA	C
13	-	-	A	50,0	C	39,0	-	-	A	-	A	C
18	5	5	B	68,8	B	72,2	1	1	MA	-	MA	B
19	5	5	A	81,3	A	88,9	0	0	MA	15,3	MA	A
21	-	-	B	62,5	B	77,8	-	-	MA	4,8	A	B
22	-	-	E	56,3	E	61,1	-	-	MA	-	MA	E
23	4	4	B	62,5	B	66,7	1	1	MA	21,5	MA	B
26	-	-	A	56,3	A	77,8	-	-	A	19,4	R	A
27	-	-	C,G	25,0	H	43,0	-	-	MA	-	A	H

Md₁ MEDIANA 1A RONDA, Md₂ MEDIANA 2A RONDA, Mo₁ MODA 1A, RONDA, Mo₂ MODA 2A, RONDA, IQR RECORRIDO INTERCUARTILICO, CR CONSISTENCIA EN LA RESPUESTA, GC OGRADO DE CONCENSO, OGF OPINION GRUPAL FINAL

RESULTADOS

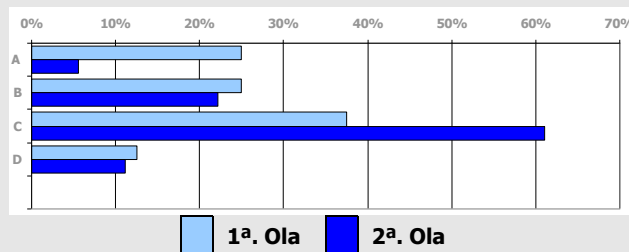
TABLA 16. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA 2ª. RONDA SOBRE CARACTERÍSTICAS GENERALES DE INDIVIDUOS CON TCA (ITEM 11).

	A	B	C	D	E
1 Escasa o nula valoración hacia si mismos.	64,7	23,5	0,0	11,8	0,0
2 Perfeccionismo en uno o varios aspectos de su vida.	35,3	64,7	0,0	0,0	0,0
3 Personas soñadoras	11,8	17,6	52,9	11,8	5,9
4 Desconfiadas	0,0	76,5	23,5	0,0	0,0
5 Personas con fuertes sentimientos de ineficacia.	58,8	29,4	11,8	0,0	0,0
6 Persona con alta capacidad de asombro ante la realidad.	5,9	0,0	70,6	11,8	11,8
7 Persona muy alerta y reactiva al medio que le rodea.	5,9	52,9	35,3	0,0	5,9
8 Se abruma fácilmente cuando se encuentra en un ambiente altamente estimulante (multitudes, ruido, etc.)	5,9	11,8	70,6	5,9	5,9
9 Durante días afanados, necesita retirarse, ir a la cama o hacia algún lugar donde pueda tener privacidad y aliviarse de la situación.	11,8	23,5	64,7	0,0	0,0
10 Mienten con facilidad.	47,1	29,4	23,5	0,0	0,0
11 Personas con altos ideales de autodomínio.	35,3	58,8	5,9	0,0	0,0
12 Un nivel muy alto de empatía	5,9	5,9	58,8	23,5	5,9
13 Escrupulosidad	17,6	47,1	35,3	0,0	0,0
14 Creatividad	11,8	17,6	70,6	0,0	0,0
15 Codependencia	23,5	58,8	11,8	0,0	5,9
16 Una tendencia a ser tímidos o a inhibirse en situaciones sociales.	23,5	23,5	52,9	0,0	0,0
17 Fuerte apreciación de la belleza	35,3	52,9	11,8	0,0	0,0
18 Personas que se autocastigan	58,8	35,3	5,9	0,0	0,0
19 Intentan controlar a su entorno y allegados.	35,3	52,9	11,8	0,0	0,0
20 Altruistas	5,9	17,6	64,7	5,9	5,9
21 Personas con inclinación o gusto por el arte	5,9	5,9	70,6	11,8	5,9
22 Experimentan soledad	76,5	23,5	0,0	0,0	0,0
23 Sensación de vacío existencial	76,5	23,5	0,0	0,0	0,0
24 Utilizan la manipulación y el chantaje, hacia sus allegados.	17,6	76,5	5,9	0,0	0,0
25 Altísima exigencia hacia sí mismos.	58,8	41,2	0,0	0,0	0,0
26 Impulsividad	41,2	41,2	17,6	0,0	0,0
27 Baja tolerancia a la frustración.	35,3	52,9	11,8	0,0	0,0
28 Programa su vida para evadir molestias o situaciones que le abrumen.	29,4	52,9	17,6	0,0	0,0
29 Comprador(a) compulsivo(a)	0,0	5,9	76,5	17,6	0,0
30 Actitud ascética	0,0	12,5	87,5	0,0	0,0
31 Personas con altos ideales de perfección.	31,3	62,5	6,3	0,0	0,0
32 Algún tipo de adicción	6,3	18,8	75,0	0,0	0,0
33 Conductas autolacerantes	25,0	12,5	62,5	0,0	0,0
34 Conductas de robo	0,0	0,0	81,3	18,8	0,0
35 Personas con altos ideales de fuerza,	0,0	25,0	50,0	18,8	6,3
36 Promiscuidad	0,0	6,3	81,3	12,5	0,0
37 Tenacidad en uno, varios o muchos aspectos de su vida.	6,3	43,8	43,8	6,3	0,0
38 Profundo temor a la crítica y al rechazo.	75,0	18,8	6,3	0,0	0,0
39 Comorbilidad con algún trastorno de la personalidad.	31,3	56,3	12,5	0,0	0,0
40 Pensamiento mágico	6,3	50,0	37,5	6,3	0,0

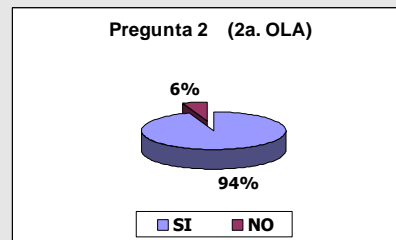
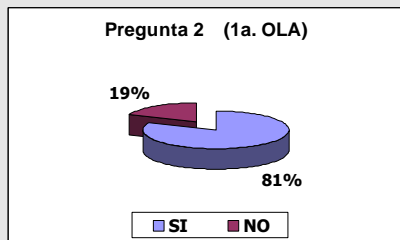
TABLA 17. REPRESENTACIÓN GRAFICA DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA SEGUNDA Y LA TERCERA RONDAS DEL ESTUDIO DELPHI.

1. En relación a los criterios propuestos por el DSM-IV para el diagnóstico de los Trastornos de la Conducta alimentaria:

- A. Considero que son correctos.
- B. Pienso que en próximas ediciones se deberían incluir en los criterios de diagnóstico no sólo conductas como actualmente sucede, sino también características psicológicas y biológicas del individuo.
- C. Me parece que son muy estrictos, porque en realidad existen muy pocos casos que cumplen con los criterios para considerar una Anorexia nervosa o una Bulimia nervosa, lo cual conlleva al diagnóstico de muchísimos TANE, así mismo creo que la cantidad de personas que realizan conductas de riesgo* es muy elevada así como la existencia de trastornos subclínicos. Lo anterior plantea un problema de definición especialmente en el ámbito de instituciones públicas de salud para considerar a quien se atiende y a quien no.
- D. Sirven sólo como referencia remota, ya que cada individuo es diferente y único, por lo que no puede ser encasillado en un diagnóstico como los del DSM-IV

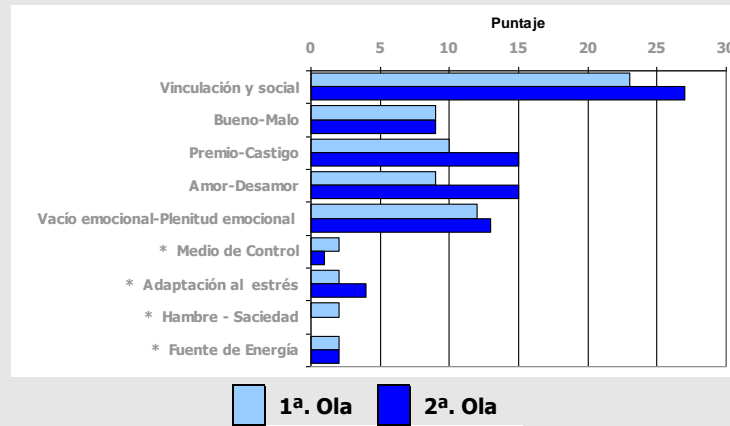


2. ¿Estaría de acuerdo con que *algunos* tipos de Obesidad fueran considerados como Trastornos de la Conducta Alimentaria?

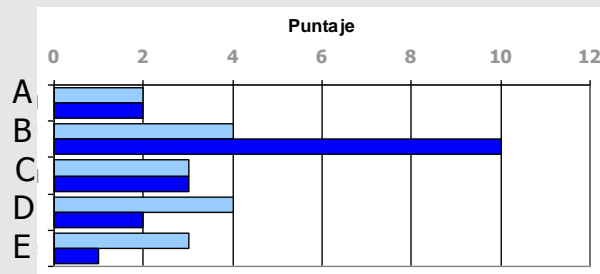


RESULTADOS

3. Para los humanos el alimento ha tenido principalmente un significado de...



4. Como es sabido, hoy día han proliferado en la Internet un sinnúmero de foros denominados "Pro-ana" y "Pro-mía", formados por personas que padecen Anorexia y Bulimia, y en los cuales las personas que los visitan intercambian experiencias para apoyarse en lo que ellas mismas denominan su "estilo de vida". ¿Considera usted que dichos foros tienen un trasfondo? Si es así, por favor especifique cuál sería este.

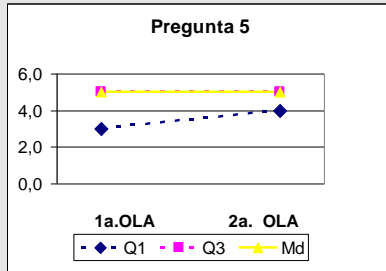


- A. Ayudan a perpetuar la enfermedad
- B. Ofrecen la comprensión que la persona no encuentra fuera
- C. Mitigan la soledad.
- D. Validar las reglas y valores de los TCA
- E. Otro

1ª. Ola 2ª. Ola

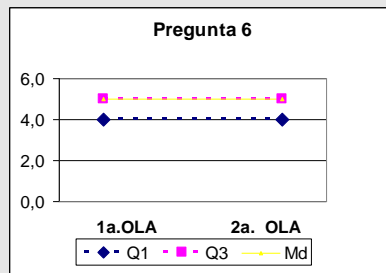
RESULTADOS

5. ¿Cree usted que las personas con algún tipo de TCA antes que una ayuda específica para superar su TCA, buscan atención para mitigar o erradicar los síntomas egodistónicos de su padecimiento?



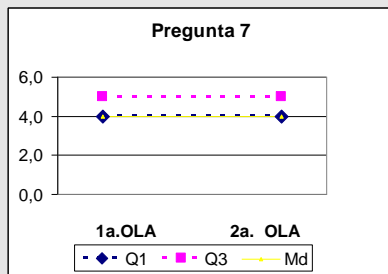
Pregunta 5	1a. OLA	2a. OLA
Md =	5,0	5,0
Q ₁ =	3,0	4,0
Q ₃ =	5,0	5,0
IQR =	2,0	1,0
Mo =	A	A
Media =	4,0	4,4
s =	1,4	1,0
CR =	A	

6. ¿Considera usted que las personas con algún tipo de TCA tienen una inhabilidad para identificar y responder adecuadamente a sus emociones?



Pregunta 6	1a. OLA	2a. OLA
Md =	5,0	5,0
Q ₁ =	4,0	4,0
Q ₃ =	5,0	5,0
IQR =	1,0	1,0
Mo =	A	A
Media =	4,7	4,6
s =	0,5	0,8
CR =	R	

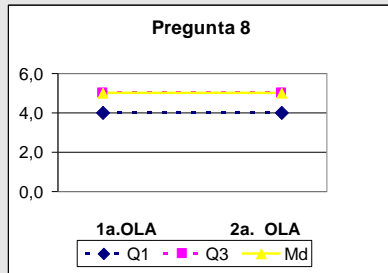
7. ¿Cree usted que las personas con TCA antes que estar interesados en lograr un cambio en su conducta alimentaria buscan sentirse comprendidos y / o acompañados?



Pregunta 7	1a. OLA	2a. OLA
Md =	4,0	4,0
Q ₁ =	4,0	4,0
Q ₃ =	5,0	5,0
IQR =	1,0	1,0
Mo =	B	B
Media =	3,9	4,0
s =	1,2	1,2
CR =	MA	

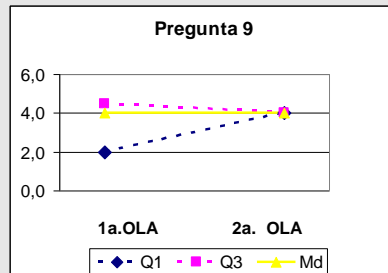
RESULTADOS

8. Desde su punto de vista, ¿Estaría usted de acuerdo con que por lo general, las personas con TCA tienen temor de no ser dignos de ser amados?



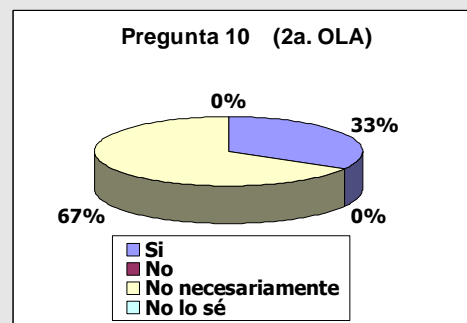
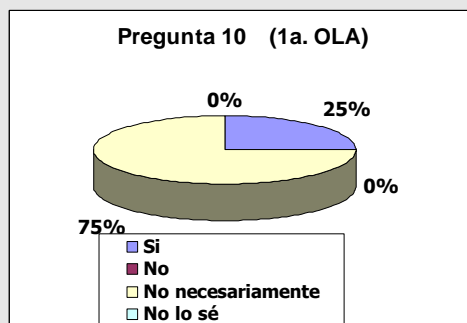
Pregunta 8	1a. OLA	2a. OLA
Md =	5,0	5,0
Q ₁ =	4,0	4,0
Q ₃ =	5,0	5,0
IQR =	1,0	1,0
Mo =	A	A
Media =	4,6	4,6
s =	0,5	0,5
CR =	MA	

9. En su experiencia ¿ha encontrado falta de *amor incondicional**, por parte de uno o ambos padres hacia el hijo con TCA?



Pregunta 9	1a. OLA	2a. OLA
Md =	4,0	4,0
Q ₁ =	2,0	4,0
Q ₃ =	4,5	4,0
IQR =	2,5	0,0
Mo =	B	B
Media =	3,6	4,1
s =	1,3	0,7
CR =	R	

10. ¿El proceso emprendido hacia la salud de las personas que han padecido un TCA proviene de una decisión personal?

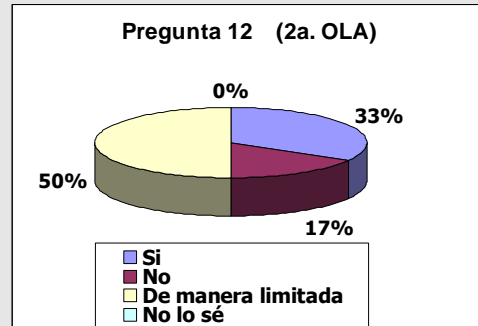
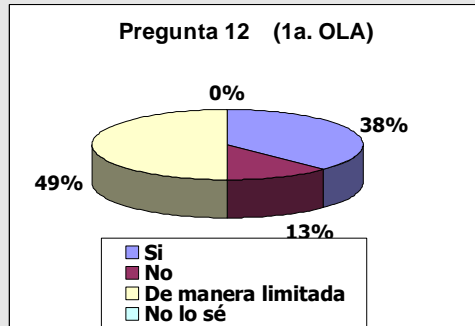


RESULTADOS

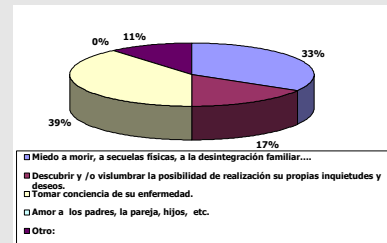
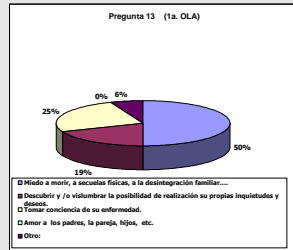
11. De las siguientes características, por favor indique las que han sido identificadas por usted en personas que padecen algún tipo de TCA.

(ver tabla 10).

12. ¿Puede un profesional ayudar a una persona con alguna forma de TCA que no tiene conciencia de enfermedad?



13. ¿Qué lleva a un individuo que padece un TCA adquirir un compromiso con la propia salud?

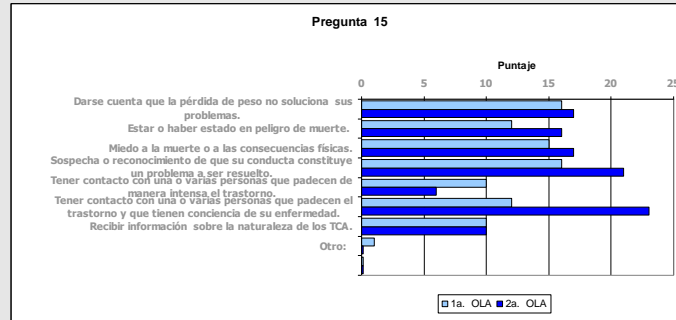


14. Hablemos ahora de la relación entre el terapeuta y el paciente en función de la eficacia del proceso.

“El convenio de trabajo y colaboración entre el terapeuta y la persona con TCA en el cual existe un mutuo acuerdo entre los objetivos a alcanzar en el tratamiento, el rol de cada uno durante el proceso, así como la confianza y la aceptación mutua podrían determinar el éxito en un _____% del tratamiento”.

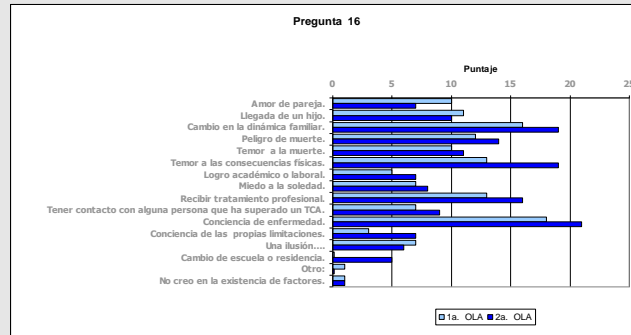
RESULTADOS

15. Diga por favor, ¿cuáles de los siguientes factores favorecen la toma de conciencia de enfermedad en una persona con TCA?

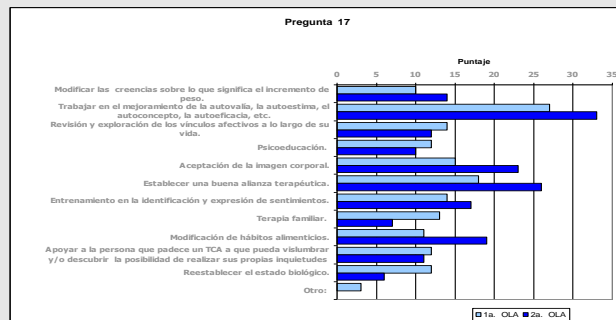


1ª. Ola
 2ª. Ola

16. ¿Considera usted que así como se han conceptualizado acontecimientos Precipitantes, Predisponentes y Mantenedores de la los TCA podríamos identificar la presencia de "Factores disparadores a la búsqueda de la propia salud" en personas con alguno de estos trastornos?

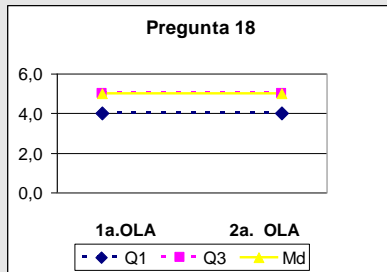


17. Cuáles de los factores enlistados a continuación, de acuerdo a su experiencia y/o conocimiento, han favorecido de manera clara la recuperación de personas con alguna forma de TCA? Tomando en cuenta que cada individuo es diferente, y la interrelación que existe entre los factores que están en juego durante el tratamiento.



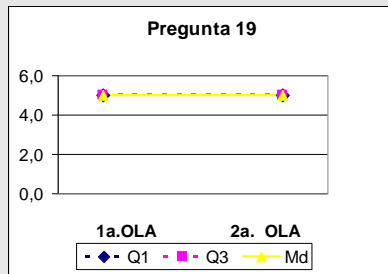
RESULTADOS

18. ¿Considera usted que una persona con TCA, antes de llevar a cabo las acciones necesarias para cambiar su relación con el alimento (ya sea un cambio conductual, o bien, el inicio de una terapia o a una nueva etapa dentro de ésta) pasa por varias etapas que se suceden?, las citamos a continuación:



Pregunta 18	1a. OLA	2a. OLA
Md =	5,0	5,0
Q ₁ =	4,0	4,0
Q ₃ =	5,0	5,0
IQR =	1,0	1,0
Mo =	B	B
Media =	4,6	4,7
s =	0,8	0,5
CR =	MA	

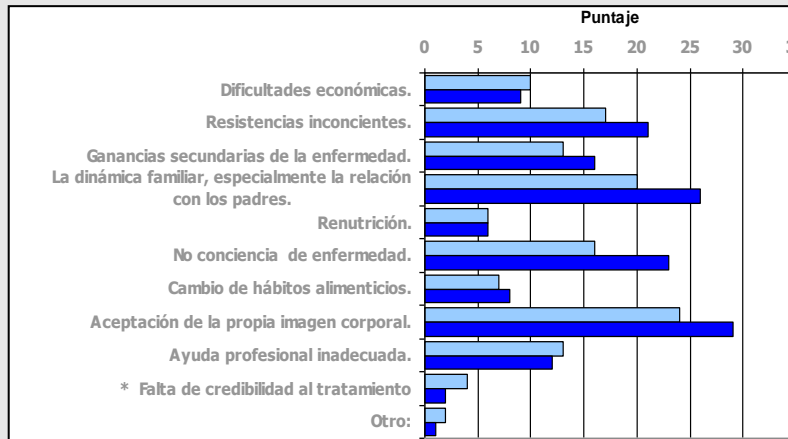
19. ¿Estaría usted de acuerdo con que las acciones antes mencionadas van acompañadas de una o varias tomas de conciencia, es decir: "la adquisición de un conocimiento que le permite a la persona con TCA tener una visión nueva y distinta de sí misma por medio de la comprensión amplia y profunda del problema en cuestión o parte de este"?



Pregunta 19	1a. OLA	2a. OLA
Md =	5,0	5,0
Q ₁ =	5,0	5,0
Q ₃ =	5,0	5,0
IQR =	0,0	0,0
Mo =	A	A
Media =	4,8	4,9
s =	0,4	0,3
CR =	MA	

RESULTADOS

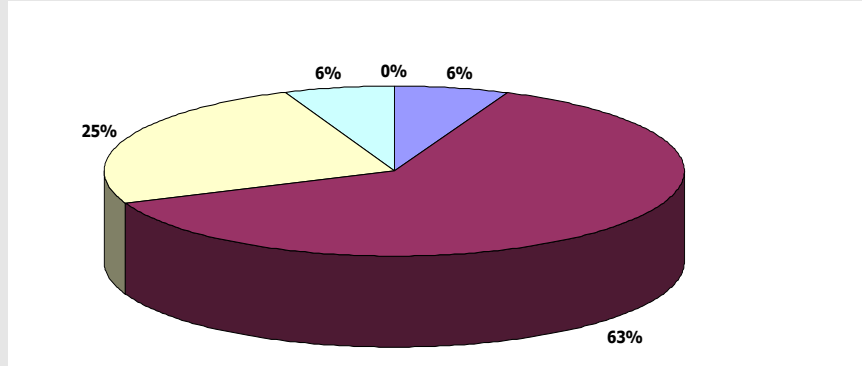
20. Tomando en cuenta que cada individuo es distinto, de manera general, ¿Cuál consideraría como la mayor dificultad en la recuperación de los TCA una vez iniciado el tratamiento?



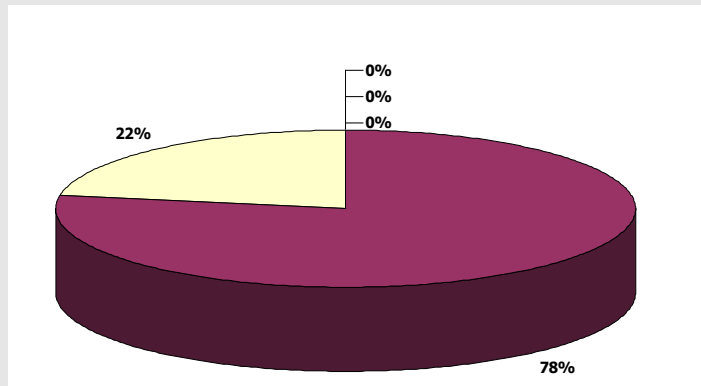
1ª. Ola 2ª. Ola

RESULTADOS

21. En su opinión, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el Camino hacia la Salud en personas con alguna forma de TCA?

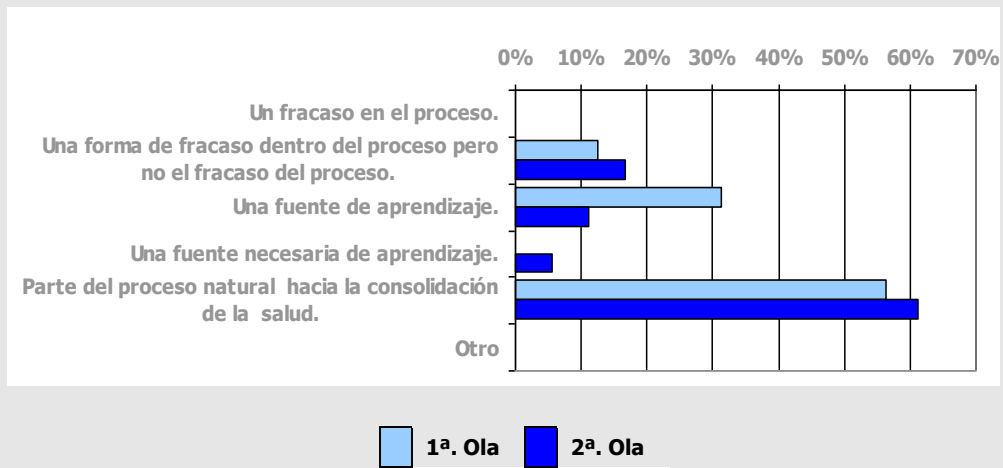


- Una vez que la persona con TCA ha comprendido de manera total la causa de su conflicto, está lo suficientemente motivada al cambio, entonces el camino hacia la salud ocurre de manera lineal.
- La recuperación sucede en espiral por naturaleza, es decir los pacientes consiguen erradicar su conducta errática después de pasar por diferentes etapas varias veces antes de conseguir un cambio estable.
- Sucede de manera indistinta.
- No lo sé

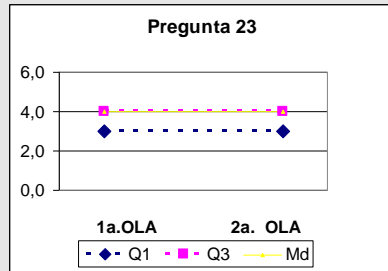


RESULTADOS

22. Considera usted las recaídas como:

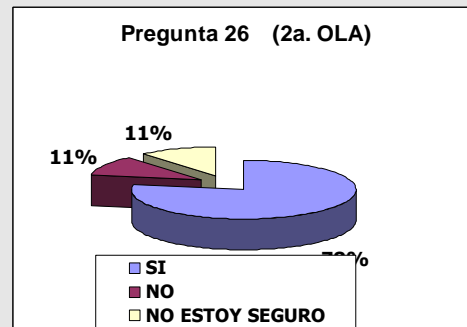
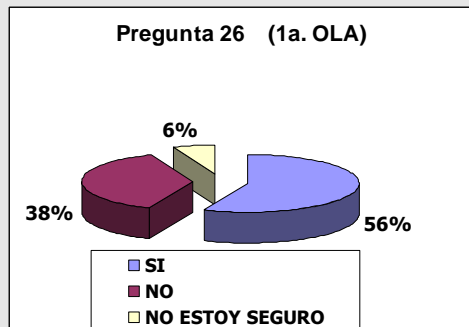


23. De acuerdo a su experiencia ¿considera usted que el sentido de unidad o pertenencia de un individuo a una entidad que le protege (Dios, cosmos, naturaleza, orden superior, etc.) causa un efecto *contundente, alto, moderado, escaso, nulo, etc.* en la búsqueda de la propia salud?



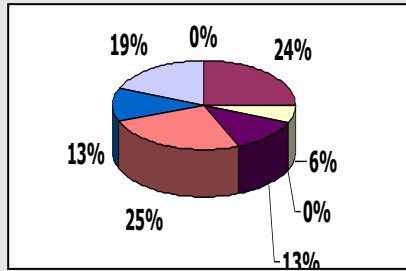
Pregunta 23	1a. OLA	2a. OLA
Md =	4,0	4,0
Q ₁ =	3,0	3,0
Q ₃ =	4,0	4,0
IQR =	1,0	1,0
Mo =	B	B
Media =	3,6	3,6
s =	0,6	0,8
CR =	MA	

26. Esta usted de acuerdo con quienes afirman que los TCA son en realidad una única enfermedad que se manifiesta de diferentes maneras de acuerdo a diferentes condiciones específicas de cada individuo.

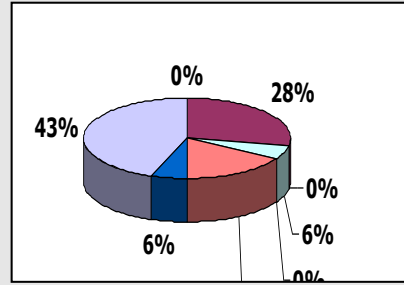


RESULTADOS

27. Con la mayor objetividad posible, conteste, (independientemente su orientación terapéutica y la disciplina a la que pertenece) ¿Cuál de las siguientes opciones refleja mejor el origen de los Trastornos de la conducta Alimentaria?



1ª. Ola



2ª. Ola

Conclusión

Los objetivos primordiales de nuestra investigación fueron hallar aquellos agentes tanto *externos como internos del individuo con alguna forma de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) que han incidido de manera general en su proceso de recuperación de la salud, y eventualmente averiguar si estos pueden ser inducidos o no en aquellas personas que les padecen. Esto con el fin de sentar conocimiento disponible a los profesionales y a todos aquellos que se muestren interesados en el tema.*

Uno de nuestros propósitos fue hacer una investigación desde la curiosidad, es decir, se intentó en medida de lo posible, trabajar desde afuera de toda base teórica de los TCA y de ninguna manera buscando anular dicha información, sino más bien de encontrar su validación a través de la información surgida durante el proceso mediante el consenso obtenido entre expertos.

Como se sabe el paso a la salud de quien ha padecido una complicada enfermedad como lo es un TCA requiere de un largo y arduo camino, las personas que han padecido un TCA lo han recorrido y conocen de manera directa, (a diferencia de un profesional) tanto el vivir la enfermedad como salir de ella, y si bien su saber es mayoritariamente subjetivo, basado en su propia experiencia, esto no significó que no pudieran aportar información valiosa, la utilización de la información subjetiva está justificada, ya que como apunta Landeta y cols. (2000) esto responde al espíritu que guía a las ciencias aplicadas cuya finalidad es ser instrumentos eficaces para la sociedad independientemente de la existencia o no de información objetiva disponible.

El Método Delphi se presentó como una técnica eficaz para la obtención de la información buscada ya que permitió entre otras cosas trabajar con el juicio de expertos de diferentes disciplinas involucradas con los TCA, así como el acudir al valiosísimo conocimiento y juicio de personas que en algún momento de su vida padecieron uno de estos trastornos, lo que les ha puesto automáticamente en el plano de experto en el tema, al mismo nivel que los expertos profesionales.

La realización de forma anónima por parte de los panelistas durante la investigación, trajo a nuestro parecer muchas ventajas, una de las cuales fue la obtención de respuestas libres ya que entre otras cosas esta técnica impide la posibilidad de que un miembro del grupo sea influenciado por la reputación de otro,

permite el cambio de opiniones sin que eso suponga una pérdida de imagen y finalmente el experto puede defender sus argumentos con la tranquilidad de saber que en caso de que sean erróneos, su equivocación no va a ser conocida por los otros expertos.

La conformación final del Panel de expertos fue muy rica, ya que tuvimos la colaboración de personas con amplios conocimientos en el tema de los TCA, algunas de ellas con gran prestigio a nivel nacional, no obstante, la investigación careció de una intervención más variada en cuanto a enfoques teóricos de los participantes, así como la inclusión de un número mayor o más equilibrada del subgrupo de expertos afectados, especialmente de personas recuperadas de un TANE y del llamado Trastorno por Atracón, así como la participación de otra gama de expertos afectados: la familia.

Nuestra investigación no contó con la participación de expertos de las Instituciones privadas más conocidas en nuestro país dedicadas al tratamiento de los TCA: La Clínica Avalon y a la Fundación Ellen West. Por otra parte, al ser parte de la misma comunidad, lamentamos de manera especial la ausencia de la representación del importante grupo de investigadores de las facultades de psicología campus Ciudad Universitaria e Iztacala de la UNAM, en fin, la invitación fue hecha.

Los métodos de consenso, entre los que se incluye la técnica Delphi, se usan cada vez con más frecuencia para definir grados de acuerdo sobre temas debatidos de salud y, aunque su validez y fiabilidad no estén bien establecidos, se han convertido por su diseño y por sus resultados en un arma importante para la investigación y toma de decisiones (Fink y cols., citado en Nieto y cols. 2000). Por esta razón, para nuestro estudio, y con la finalidad de dar solidez a los resultados obtenidos se observaron tres tipos de indicadores que en su momento fueron explicados: Opinión Grupal, Grado de Consenso y Consistencia en la Respuesta.

Los datos más contundentes arrojados por la presente investigación fueron por un lado, el acuerdo entre todos los expertos sobre existencia de factores que inciden en la recuperación de personas con alguna forma de TCA, en contraposición a los factores precipitantes, predisponentes y mantenedores de los TCA, (propuestos por Garner y Garfinkel en 1982) y ampliamente documentados en la literatura, y por otro lado, que el transcurso de un TCA hacia la salud sucede mediante la secuencia de diferentes estadios o fases, las cuales coinciden ampliamente con el modelo Transteorético de Prochaska y DiClemente (1992).

Como se sabe, el Modelo Transteorético de Prochaska y DiClemente, originariamente aplicado a una población de fumadores y posteriormente en el tratamiento de otras adicciones, tiene como objetivo entender y promover el cambio examinando el estadio en que se encuentra el individuo en tratamiento. Este modelo se ha propuesto como una herramienta útil para que el profesional de la salud se sintonice o se ponga a tono con la situación psicológica de una persona que recibe atención, de manera que no sólo mejore la calidad de su comunicación con ella, sino

que, además, logre hacer un uso más eficiente del tiempo breve con el que cuenta para la intervención. “La modificación de un comportamiento que afecte a la salud constituye un proceso multideterminado por factores interactuantes, más que un fenómeno simple y continuo de sumatoria algebraica de diversos factores aislados. Dicho proceso abarca una secuencia de etapas o fases que van desde la información sobre los comportamientos hasta el diseño de estrategias de autocontrol para su adquisición, mantenimiento o recuperación en casos de recaída. (Flórez-Alarcón, 2000 citado en Flórez-Alarcón y Carranza 2007).

En fechas recientes, diversas investigaciones realizadas por el grupo de la Unidad de Trastornos Alimentarios del Maudsley Hospital de Londres y, últimamente replicadas en un trabajo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Toronto, concluyen que el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente es un enfoque útil en el abordaje psicoterapéutico de pacientes con trastornos alimenticios (Fernández y Rodríguez 2003).

La investigación encontró como principales factores que inciden en el proceso hacia la salud a los siguientes: Factores que inducen a la búsqueda de la salud, Factores que favorecen la conciencia de enfermedad, Factores que favorecen el compromiso con la propia salud, Factores que dificultan la recuperación y Factores que favorecen la recuperación de un TCA.

Como se ha podido observar en la sección de resultados estos factores tienen presencia en tres dimensiones: individual, socioambiental y profesional. Lo anterior refuerza lo planteado por el Panel con respecto a la multicausalidad de los TCA, y relaciona los resultados de la investigación de una forma más directa con el modelo Biopsicosocial de los TCA. De acuerdo con este modelo la persona es considerada como un sistema conformado por subsistemas sociales, psicológicos y biológicos que interactúan entre sí, entonces, a través de todo sistema existirán fuentes de vulnerabilidad y resiliencia. El desafío que enfrentan los investigadores es identificar los factores y condiciones que juegan cierto papel en cada compleja interacción. (Sarason y Sarason 2006).

Una característica de nuestra investigación es que considera el papel de los profesionales de salud, como parte importante del sistema biopsicosocial del individuo ya que interactúa una manera determinante durante proceso de recuperación o bien dificultándolo. Así, la alianza terapéutica y el desempeño profesional adecuado aparecen en nuestra investigación como factores relevantes durante el transcurso hacia la salud de quien ha padecido un TCA.

Se puede observar que muchos de los factores encontrados en esta investigación son congruentes con la literatura ofrecida por los distintos modelos teóricos de los TCA (ver marco teórico). Así el papel de la familia, la interacción con los otros, la aceptación de la propia imagen corporal, el significado del alimento y del acto de no comer, así como el ideal estético de la delgadez, las propias creencias sobre la

importancia de la delgadez y los refuerzos sociales, encuentran amplias explicaciones en las diferentes teorías sobre los TCA.

Por otro lado, la investigadora dejó de lado el análisis de las descripciones hechas por parte de los panelistas sobre lo que necesita un individuo para estar sano y de la caracterización de una persona recuperada de un trastorno alimenticio, en estos casos, las respuestas ofrecidas por la mayoría de los panelistas fueron ambiguas, poco concisas y muy variadas entre sí. Es posible que esto se halla debido en parte a la forma en que fueron formuladas estas preguntas, sin embargo, cabría preguntarse si esto no tiene que ver mas bien con lo que afirma Gómez-Arias (2003): “Los técnicos se sienten más cómodos y seguros hablando de enfermedades, que de salud. En el primer caso abunda la literatura científica desarrollada por la medicina, donde se definen los límites los criterios de las definiciones. Al enfrentarse a la salud se sienten más inseguros, perciben esta situación como ambigua, y en consecuencia de menor importancia al momento de tomar decisiones”.

Otro dato importante de mencionar en este apartado y que ha tenido muy poca investigación en relación con los procesos de salud en general, es la opinión del Panel sobre la espiritualidad de una persona que ha vivido un TCA en su proceso de recuperación (vista como un constructo de la psicología del individuo, o como otra dimensión de la naturaleza humana), ya que el panel considera que ésta causa un efecto alto en la búsqueda de su propia salud. Sería pertinente la realización de futuras investigaciones sobre la espiritualidad como factor interactuante en los procesos de salud-enfermedad, no sólo en trastornos alimenticios, sino del impacto que esta tiene en la recuperación de la salud en general.

Fue especialmente interesante lo observado durante la primera fase del estudio, sobre las respuestas de los expertos profesionales ante la pregunta relacionada con las características generales de las personas con TCA, mayoritariamente estuvieron enfocadas a la descripción de perfiles de personalidad afines a las categorías de la personalidad obsesivo-compulsiva, histriónica, con el trastorno límite de personalidad y la depresión principalmente. Por su parte, las expertas afectadas, hicieron descripciones que incluían características “positivas o neutras” tales como la creatividad, gusto por el arte, inclinación por la belleza, valores tales como altruismo, también se describieron como idealistas y soñadoras. Al hacer un cuestionamiento a profundidad a las interrogadas estas reportaron que precisamente algunas de éstas características de su personalidad de una u otra forma contribuyeron a desarrollar el padecimiento, pero por otro lado algunas de estas fueron aquellas que de una u otra manera contribuyeron a encontrar el camino hacia su propia recuperación.

Cabe mencionar que en la segunda fase de la investigación, tales descripciones, de manera general no fueron secundadas por el subgrupo de expertos profesionales, las respuestas a dichas aportaciones fueron en su mayoría “nunca o casi nunca” y en muy pocas ocasiones “no lo sé”. Al final la comparación entre los dos subgrupos fue totalmente discrepante. Lo anterior a nuestro juicio, plantea un problema de

conceptualización. Una posible explicación es que en su mayoría los expertos profesionales se encuentran en gran medida influidos por el estudio de la enfermedad y de los factores implicados a ésta, más que por el estudio de la salud y sus factores concomitantes. En cualquier caso resultaría provechoso la realización de futuras investigaciones al respecto, y especialmente interesante alguna realizada con metodología del tipo Grupo focal y/o Delphi con un Panel de expertos más equitativo en cuanto al número entre expertos profesionales y expertos afectados.

El resultado final del estudio, desde nuestra óptica bueno, alcanzamos mayoritariamente respuestas consensuadas, lo cual no implicó, desde nuestro punto de vista, un consentimiento de lo expuesto, sino mas bien, son la demostración de la convergencia de visiones entre un grupo heterogéneo de expertos en trastornos de la conducta alimentaria. Al tratarse de una propuesta original, es necesario, que los resultados aquí expuestos sean sometidos a futuras investigaciones que los validen y determinen su utilidad en el futuro.

REFERENCIAS

Abramson, E. (1999) *El comer emocional*. Editorial Desclée de Brower, S.A. Bilbao.

Andrews, B., Valentine, E.R. y Valentine, J.D. (1995) *Depression and eating disorders following abuse in childhood in two generations of women*. Citado En: Sarason, I. y Sarason, B. (2006) *Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta*, Pearson Educación, Barcelona.

ANRED (2007) *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders*, Inc. Information and Resources. Available <http://www.anred.com/index.html>

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition. DSM-IV, Washington, DC.

Araya, L. (2001) “*Anorexia: búsqueda religiosa desde el desorden simbólico*”, Duoda. Revista de estudios feministas, Universidad de Barcelona, num. 20

Arbinaga. F. y Caracuel J.C. (2003) *Aproximación a la Dismorfia Muscular*, C. Med. Psicossom, Nº 65 – 2003 pp. 7-15

Barajas M. (1998) *Transtornos alimentarios. Relación entre factores de riesgo asociados con la imagen corporal, autoestima y autoatribución en mujeres adolescentes*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Inédita. México: UNAM.

Barjau, J.M. y Guerrero, D. (2003) *Tratamiento Cognitivo-conductual de la anorexia y la bulimia nerviosas En: Trastornos de la Conducta Alimentaria, anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Chinchilla, ed. (2003) Madrid. Masson.

Barriguete Melendez, J. A. (2004) *Trastornos Alimentarios en México. En: Annual Report Hispanoamerica SIG, Academy for Eating Disorders (AED)*. Illinois. Consulta 30 de noviembre de 2007. www.aedweb.org/sigs/hisp_bulletin.html

Battegay, R., Glatzel, J., Poldinger, W. y Rauchfleisch, U. (1989) *Diccionario de Psiquiatría*, España. Herder.

Bas, Enric (2004), *Megatendencias para el Siglo XXI. Un estudio Delfos*, México, FCE. pp. 94-107.

Bell Rudolph M. (1985). *Holy Anorexia*. The university of Chicago U.S.A.

Bertalanffy V. (1971). *Teoría general de los sistemas*. Editorial Fondo de cultura económica. México: pp 10-19. 26.

Binswanger, L (1967) *El caso de Ellen West: Estudio antropológico clínico*. En R.May, W. Angel y H. Ellenberger (eds), Existencia (pp.288-434) Madrid, España Gredos RC454 M285

(Bornstein, R.F. y Greenberg, R.P. (1991). *Dependency and eating disorders in females psychiatric patients*. Citado En: Sarason, I. y Sarason, B. (2006) Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta, Pearson Educación, Barcelona.

Bruch, H. (1973) *Eating Disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.

Calvo S. (1994) Modelos de Tratamiento en la Anorexia Nervosa. En: Anorexia y Bulimia Nervosa, Chinchilla, ed. Madrid: Ergon.

Carrillo D., M. (2005) *Trastornos de la conducta alimentaria, no solo moda, medios de comunicación y publicidad*. Trastornos de la conducta alimentaria, Instituto de ciencias de la conducta Nº. 2, 2005 , pags. 120-141

Chinchilla Moreno, A. (1994). *Anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid: Ergon.

Chinchilla Moreno, A. (Mayo 2003) *Anorexia y bulimia*. Revista de trabajadores de la enseñanza de CCOO., 243, 14-16.

Chinchilla Moreno, A. (2003) *Trastornos de la conducta Alimentaria Anorexia y bulimia nerviosas. Obesidad y Atracones*. Barcelona: MASSON.

Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996) *Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.

Dávila, s., García, G., Sucedo C. Viera, G. (2005) *¿Comer sano es siempre algo bueno?* Nueva Salud, revista electrónica. Consultado en 4 de marzo de 2008 <http://diabetesstop.wordpress.com>

Dio Bleichmar, E. (2000) *Anorexia/bulimia. Un intento de ordenamiento desde el Enfoque Modular-Transformacional*. Aperturas psicoanalíticas, Abril 2000 - No.4. Madrid

Duker, M. y Slade, R. (1992). *Anorexia nerviosa y bulimia: Un tratamiento integrado*. México: Limusa.

Ellenberg, C., Verdi, B., Ayala, L. y cols. (2006) *Síndrome de comedor nocturno: un nuevo trastorno de la conducta alimentaria*. An Venez Nutr, vol.19, no.1, p.32-37.

Fairburn C. G. y Terence W. G. (1993) *Binge eating: nature, assessment, and treatment*. New York, E.U. The Guilford Press.

Fernández, F. y Turón, V. (2002) *Guía Básica de Tratamiento en Anorexia y Bulimia*. Barcelona, MASSON.

Fernández B. y Rodríguez C. (2003) *Entrevista motivacional y actitudes ante el cambio en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario*. ADICCIONES, VOL.15 NÚM. 1 págs. 51-56.

Fink, A. y cols. (1984) *Consensus methods: characteristics and guidelines for use*. Am J. Public Health; 74: 979-983, citado en: Enfermería de familia frente a enfermería de pediatría. Nieto, I. et al 2000, Anales Españoles de Pediatría, vol. 53, p. 395-398. Madrid.

Flórez-Alarcón y Carranza (2007) *La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles*. Avances en Psicología Latinoamericana. Vol. 25 no. 2, p.63-82. Bogotá, Colombia.

Galimberti (2002) *Diccionario de Psicología y Psicoanálisis*. Siglo veintiuno. Buenos Aires.

García-Camba (2001) *Trastornos de la Conducta Alimentaria en el momento actual*. En: *Avances de la Conducta Alimentaria: Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Obesidad*. Barbagelata Churrarín N. y García-Camba. Elsevier, España.

García Resa (2003) *Etiopatogenia de la Anorexia nerviosa*. En: *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*, Chinchilla, A. Masson, Barcelona.

García S., E. (2002) *Anorexia y Bulimia. Fenómenos poco comprendidos que tienen solución*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM, México.

Garner D.M. y Garfinkel P.E. (1997) *Handbook of treatment for Eating Disorders*. New York, E.U. The Guilford Press.

Gil García, M. E. (2005) *Anorexia y Bulimia, Discursos médicos y discursos de mujeres diagnosticadas*. Tesis doctoral, Instituto de estudios de la Mujer, Universidad de Granada, España.

Goebel-Fabbri, A., Musen, G., Sparks, B.A. Greene, J., Levenson, J., Jacobson, A. (2006) *Endocrine Disorders*, en: *Essencial Disease of psychosomatic Medicine*, Levenson, J. ed. American Psychiatric Pub. , Inc. Washington D. C.

Goldman Howard H (1998). *Psiquiatría General*. 4ª. Edición. Editorial Manual Moderno. México: pp 449-459.

Gómez-Arias R.D. (2003) *La noción de Salud, Entorno Virtual de Aprendizaje Epidemiología para la Salud Pública*. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia.

Gómez-Peresmitré G, Pineda GG, L'Esperance P, Hernández A, Platas S, León R. (2002) *Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos*. Rev Mex Psicol;19:125-132.

Gómez, P. (2003) *Lo que nunca te han contado sobre la anorexia nerviosa*. Editorial Tilde. Valencia

González Macías (2003) *Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Salud Mental, Vol. 26, No. 3. pp.1-7

Guisado J.A y Vaz F. J. (2001) *Aspectos clínicos del trastorno por atracón o "binge eating disorder"* Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría Vol 21, No. 77 pag. 27-32.
http://66.102.1.104/scholar?hl=es&lr=&q=cache:HUETEM9DHGIJ:www.pulso.com/aen/numero77/originales2_77.pdf+trastorno+por+atracon

Halguin, R. y Krauss Whitbourne S. (2004) *Psicología de la Anormalidad: Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos*. México, McGraw Hill

Halmi, K.A., Sunday, S.R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D.B., y cols. (2000) *Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior*. Citado En: Sarason, I. y Sarason, B. (2006) *Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta*, Pearson Educación, Barcelona.

Hernández J., D. (2004) *Influencia de la publicidad Televisiva en la Imagen Corporal de las Adolescentes*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM, México. D.F.

Hernández, A. (2006) *Factores de riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria en atletas gimnastas mexicanas*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, UNAM, México. D.F.

Hernández, Fernández Baptista (2006) *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill. México.

Huerta G., M. (2003) *Psicoterapia Sistémica y de Grupo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. En Chinchilla, editor. *Trastornos de la Conducta Alimentaria, anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Madrid. Masson.

Iteración. (2008, 17 de enero). Wikipedia, La enciclopedia libre. Fecha de consulta: 19:52, abril 22, 2008 from <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Iteraci%C3%B3n&oldid=14406569>.

Johnson, C. y Connors, M.E. (1987). *The etiology and treatment of bulimia nervosa*. New York: Basic Books. Citado en: Largo G., R. (2003) Etiopatogenia de la bulimia nerviosa. En: Chinchilla ed. (2003). *Trastornos de la conducta Alimentaria Anorexia y bulimia nerviosas. Obesidad y Atracones*. Barcelona: MASSON.

Kaye, W.H., Weltzin, T.E., Hsu, L.K. y Bulik, C.M. (1991). *An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa*. Citado En: Sarason, I. y Sarason, B. (2006) *Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta*, Pearson Educación, Barcelona.

Klump, K.L. Kaye, W.H. y Strober, M. (2001) *The evolving genetic foundations on eating disorders*. Citado En: Sarason, I. y Sarason, B. (2006) *Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta*, Pearson Educación, Barcelona.

Kirszman, D. y Salgueiro, M.C. (2002). *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. TEA Ediciones. Madrid.

Konow, I. y Pérez, G. (1990) *Método Delphi en Métodos y Técnicas de Investigación Prospectiva para la toma de Decisiones*. Ed. Fundación de Est. Prospectivos (FUNTURO) U. de Chile <http://geocities.com/Pentagon/Quarters/7578/pros01.html>

Landeta, J., Matey, J., Ruíz, V. y Villarreal, O. (2002) *Alimentación de modelos cuantitativos con información subjetiva: aplicación Delphi en la elaboración de un modelo de imputación del gasto turístico individual en Cataluña*. *Qüestiió*, vol. 26, 1-2, p. 175-196, Bilbao.

Laplanche J. y Pontalis J.B. (1993), *Diccionario de Psicoanálisis*. Páginas 316-319. Paidós.

Largo G., R. (2003) *Etiopatogenia de la bulimia nerviosa*, En: Chinchilla Moreno, A. *Trastornos de la conducta Alimentaria Anorexia y bulimia nerviosas. Obesidad y Atracones*. Barcelona: MASSON.

Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L. y Early-Zald, M.B. (1995). *Prospective analysis of personality an behavioural vulnerabilities and gender influences in de later developmente of disorder eating*. Citado En: Sarason, I. y Sarason, B. (2006) *Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta*, Pearson Educación, Barcelona.

López, C. B., Nuño, G. B. L., y Arias, I. A. G. (2005). *Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia*. Guadalajara, México: Editorial Amate

Mancilla D. Juan Manuel y Gómez-Peresmitré (2006) *Transtornos alimentarios en hispanoamérica*. México, Manual Moderno.

Masip, Sonia (2007) “*Santa, bruja, histérica, farsante, enferma. Representaciones de la anorexia*” [artículo en línea] Extravío. Revista electrónica de literatura comparada, núm. 2. Universitat de València [Fecha de consulta: 25/03/08] <http://www.uv.es/extravio>

Mark Mattingley-Scott (2007) *Descripción del Método Delphi de T.J. Fordon, Olaf Helmer, Norman Dalkey*. http://www.12manage.com/methods_helmer_delphi_method_es.html

Mateos-Parra A, Solano-Pinto N. “*Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas*”. *Rev Electrónica Psicología* 1997; 1 (1): 1-26.

Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*. *Salud Mental*, 26, 1-16.

Merriam-Webster (2005), *Merriam-Webster Medical Dictionary on line*, Springfield, MA. Consulta 3 de marzo de 2008. <http://medical.merriam-webster.com/cgi-bin/medical>

Minuchin, Rosen y Baker (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa and context*. Cambridge, MA: Harvard University Press. Citado En: Sarason, I. y Sarason, B. (2006) *Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta*, Pearson Educación, Barcelona.

Mitchell, J.E., Specker, S.M. y DeZwaan, M. (1991). *Comorbidity an medical complications of bulimia nervosa*. Citado En: Sarason, I. y Sarason, B. (2006) *Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta*, Pearson Educación, Barcelona.

Moral de la Rubia, J.(2002) *Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial*. Revista Salud Pública y Nutrición. Vol.3 no. 3 Julio-septiembre 2002, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Montenegro, Ornstein, Ilabaca (2006) *Cuerpo y corporalidad desde el vivenciar femenino*. Acta bioeth., 2006, vol.12, no.2, p.165-168.

MSD (2005) *Manual Merck de Información Médica para el Hogar*, Merck Sharp & Dohme de España, S.A. Madrid.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades*, Décima Revisión (CIE-10) Meditor. Madrid, 1994.

Pardo, A. (1997). *¿Qué es Salud?* Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, 1997;41(2):4-9.

Pera-Piroto, P. (2006, marzo 6) *Nuevos desordenes alimenticios y más afectados. Comer mucho, poquito o nada*, El país digital. <http://www.elpais.com/archivo/buscador.html>

Pieck, C. (2007) *Anorexia y Bulimia. La tiranía de la Perfección*. FUNDAp Psicología y Psicoanálisis. México.

Prochaska y DiClemente (1982) *Stages of change in the modification of problem behaviors*. En: Hersen, M.; Eisler, R.M.; y Miller, P.M., eds. *Progress in Behavior Modification*. Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company. págs. 184-214.

Raich , R.M. (2000). *Imagen Corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Ediciones Pirámide Madrid.

Rigo L, Marco A. (2003) *Guía para la titulación en la Licenciatura*, Facultad de Psicología, México, UNAM.

Rodríguez B. (1994) *Orientación Sistémica de la anorexia nerviosa*. En: Chinchilla, editor. *Anorexia y bulimia nerviosas. Nuevas generaciones en neurociencias*. Madrid. Ergon.

Rodríguez S., J., Fajardo D., G., Higuera R., F., Iglesias F., L. (2006) *Enseñanza del modelo biopsicosocial de la Medicina Familiar*. Rev. Hosp.. Gral Dr. M. Gea González Vol. 7, No. 3 pp.132-140. México

Rosen, J.C. (1985) *Cognitive Behavioral Body Image Therapy*. En Garner y Garfinkel (eds) *Handbook of treatment for eating disorders*. New York Press.

Salud. (2008, 21 de abril). Wikipedia, La enciclopedia libre. Fecha de consulta: 20:39, febrero 21, 2008 from <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Salud&oldid=16783378>.

Sánchez, P., Chaminade, C. y Escobar C.G. (1999) *En búsqueda de una teoría sobre la medición de los intangibles en una empresa. Una aproximación metodológica*. EKONOMIAZ. Revista Vasca de Economía., 1999. nº 45. Págs. 188-213.

Sarason, I. y Sarason, B. (2006) *Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta*, Pearson Educación, Barcelona.

Silverman, J.A. (1997) *Anorexia Nervosa: Historical Perspective on Treatment*. En: *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. DM Garner, y PE Garfinkel, ed. New York: Guilford Press,;

Smith, K.A., Fairburn, C.G., y Cowen, P. J. (1999). *Symptomatic relapse in bulimia nervosa following acute tryptophan depletion*. Citado En: Sarason, I. y Sarason, B. (2006) *Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta*, Pearson Educación, Barcelona.

Steiger, H., Gauvin, L., Israel, M. Koerner, N., y cols. (2001). *Association of serotonin and cortisol indices with childhood abuse in bulimia nervosa*. Citado En: Sarason, I. y Sarason, B. (2006) *Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta*, Pearson Educación, Barcelona.

Strober, M. y Humphrey, L.L. (1987). *Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia*. Citado En: Sarason, I. y Sarason, B. (2006) *Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta*, Pearson Educación, Barcelona.

Toro, J. (1996) *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Editorial Ariel. Barcelona.

Toro, J. (2004) *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Editorial Ariel. Barcelona.

Turon Gil, V. (1997) *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona, Masson. 1997

Unikel C, Villatoro J, Medina-Mora M.E., Alcantar E.N., Fleiz C., Hernández S.A. *Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes*. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. Rev Invest Clin 2000;52:140-147.

Unikel C. (2003) *Factores de riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, UNAM, México. D.F.

Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapela I, Carreño-García S. *Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo*. Salud Pública Mex. 2004; 46:509-515.

Unikel S. (2007) *Programa interdisciplinario de Estudios de la Mujer*, El Colegio de México A.C. Consulta 22 de noviembre de 2007 http://gmexico.colmex.mx/TCA.jsp#_ftn1

Uribe M., J. (2007) *Anorexia. Los factores socioculturales de riesgo*. Escuela de Nutrición y Dietética. Ed. Universidad de Antioquia. Colombia.

Velez Pareja, I. (2003) *El Metodo Delphi*, Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=420040> or OI: 10.2139/ssrn.420040

World Health Organization (1999) *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Consultation on Obesity. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (1946) *Constitución de la Organización mundial de la salud*, Geneva, Switzerland. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Wurman, J. (2004, Octubre). *El Ayuno y las religiones*. La palabra Israelita, pp.11

Zamora, R., Martínez, A., Gazzo, C. (2000) *Obstáculos y dificultades en el tratamiento cognitivo-comportamental y farmacológico de pacientes con trastornos alimentarios*. Revista de Psiquiatría de Uruguay vol. 64, no. 3 pp. 104-415.

ANEXO 1. INVITACION

Estimada: (Nombre de la experta afectada)

Mi nombre es Teresa Márquez Hernández, actualmente nos encontramos desarrollando una investigación dentro de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Este estudio tiene como objetivo conocer y comparar las opiniones y visiones de expertos como tu, sobre *los factores que inciden en el proceso hacia la salud en personas que padecen algún Trastorno de la Conducta Alimentaria*. Creemos que esta investigación muy posiblemente será de tu interés y de la cual tu misma podrás conocer los frutos y resultados.

Hemos delineado una forma sistemática de trabajo, la cual, esperamos nos permitirá obtener información *altamente calificada* sobre el proceso hacia la salud de personas que padecen trastornos alimenticios, todo esto sin distraerles demasiado de sus ocupaciones. El diseño de la investigación está basado en la Metodología Delphi, la cual, consiste básicamente en la recolección de la opinión de personas especialmente elegidas en función de su experiencia, habilidades o conocimientos en el tema de interés, esto, mediante el llenado sucesivo de dos o más cuestionarios.

Sabemos de tu camino de recuperación de uno de estos trastornos, y esta es la razón por la cual nos gustaría contar con tu invaluable participación en el desarrollo de la investigación que estamos realizando, y por la que solicitamos tu colaboración.

Es por demás insistir en que tanto tu participación como la de los otros expertos es esencial para nuestra investigación, y consecuentemente para nuestro desarrollo profesional.

Agradeciendo infinitamente tu atención. Atentamente.

Teresa Márquez Hernández.

Ciudad Universitaria, 17 de julio de 2008.

ANEXO 1. INVITACION

Estimado(a) experto(a) en Trastornos de la Conducta Alimentaria:

Le contactamos porque es ud. reconocido como uno de los especialistas más importantes en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, razón por la cual nos gustaría contar con su participación en el desarrollo de la investigación que estamos realizando.

Sabemos que usted es una persona muy ocupada, sin embargo, por favor, antes de tomar una decisión final permítanme presentarme y explicar brevemente las características del desarrollo de nuestra investigación. Creemos esto ayudará a una mejor comprensión del proceso, así mismo el grado de trabajo que implicaría su participación activa en el mismo (poco esfuerzo y no mucho tiempo).

Mi nombre es Teresa Márquez Hernández, actualmente nos encontramos desarrollando una investigación dentro de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Este estudio tiene como objetivo conocer y comparar las opiniones y visiones de expertos como usted sobre *Los factores que inciden en el proceso hacia la salud en personas con algun Trastorno de la Conducta Alimentaria*. Creemos que esta investigación muy posiblemente será de su interés y de la cual ustedes mismos podrán conocer los frutos y resultados.

Hemos delineado una forma sistemática de trabajo, con la cual, esperamos, nos permita obtener información altamente calificada sobre el proceso hacia la salud de personas que padecen trastornos alimenticios, todo esto sin distraerles demasiado de sus múltiples ocupaciones. El diseño de la investigación está basado en la Metodología Delphi, la cual como se sabe, consiste básicamente en la recolección de la opinión de personas especialmente elegidas en función de su experiencia, habilidades o conocimientos en el tema de interés, esto, mediante el llenado sucesivo de dos o más cuestionarios. Sabemos de su trayectoria y por esto solicitamos su valiosa colaboración.

Es por demás insistir en que tanto su participación como la de los otros expertos es esencial para nuestra investigación, y consecuentemente para nuestro desarrollo profesional.

Si su respuesta hacia la presente es afirmativa, por favor, sírvase notificarnos por este medio y abrir el archivo adjunto, para su comodidad sus repuestas ante los cuestionarios podrán ser de manera electrónica, manuscrita, o bien mediante una entrevista.

Agradeciendo su atención, estamos a la espera de su respuesta para concedernos una entrevista.

Teresa Márquez Hernández.

ESTUDIO DELPHI

*FACTORES QUE INCIDEN EN EL PROCESO HACIA LA SALUD EN PERSONAS QUE
PADECEN ALGUN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.*

ANEXO 2 CUESTIONARIO UNO

Estudio Delphi 1ª. Ronda

Estimado(a) experto(a) en Trastornos de la Conducta Alimentaria:

Este estudio tiene como objetivo conocer y comparar las opiniones y visiones de expertos como usted sobre los factores que inciden e el proceso hacia la salud en personas que padecen algún Trastorno Alimenticio. Creemos que esta investigación muy posiblemente será de su interés y de la cual usted mismo podrá conocer los frutos y resultados.

El diseño de la investigación está basado en la Metodología Delfos (Delphi, en inglés), la cual como se sabe, consiste básicamente en la recolección de la opinión de personas especialmente elegidas en función de su experiencia, habilidades o conocimientos en el tema de interés. Sabemos de su trayectoria y por esto solicitamos su valiosa colaboración.

El Método Delphi es especialmente útil cuando se trata de generar conocimiento y cuando la información existente es imperfecta o pobre, cuando financiar un estudio de campo es prácticamente imposible, y cuando se puede congrega a un conjunto de personas "expertas" que pueden ofrecer visiones y opiniones razonablemente sólidas sobre los asuntos que desean conocerse.

El estudio Delphi es un "diálogo virtual" y anónimo entre expertos mediante un sistema basado en dos o más encuestas especializadas e interactivas, el cual reside en someter al grupo de expertos o especialistas al llenado sucesivo de dos o más cuestionarios destinados a recolectar sus opiniones y visiones sobre el tema en cuestión con el fin de conocerlas, compararlas, y eventualmente, reconocer consensos lo mas sólidos posibles.

El método Delphi intenta llegar a respuestas grupales lo más consensuadas posibles a través del intercambio de razones y argumentos; *sin embargo, ello no debe conducir a que los expertos se sientan obligados o presionados en absoluto a plegarse a las respuestas mayoritarias*. Sólo si las respuestas mayoritarias y los argumentos esgrimidos durante las discusiones y presentaciones realizadas por el panel convencen al experto, éste deberá modificar su respuesta.

Ofrece además la oportunidad para quienes participan en el proceso conocer las opiniones de otros conocedores del tema, y en conjunto, generar información relevante. El grupo de expertos es el eje central de la investigación, en tanto que son los que proveen la información que, después del proceso, se convertirá en la opinión del grupo como un todo y, por consiguiente, en el resultado de la investigación.

La intención es enviarle dos cuestionarios. Este primero es el que requiere de más tiempo de su parte, en el cual se le pide responder a un conjunto de preguntas abiertas sobre el tema que nos ocupa. Posteriormente se procederá al análisis de las respuestas de los diversos expertos consultados, y le será enviado un nuevo cuestionario más detallado sobre la materia, este de preguntas cerradas, y el cual se repetirá idéntico en la tercera ronda el mismo que le será reenviado junto con el resumen estadístico de las respuestas de la segunda ronda.

Reiteramos la total disposición a cualquier consulta o aclaración respecto al estudio, anexando además un documento con una explicación más detallada sobre el Método Delphi, así como un calendario tentativo del desarrollo del estudio (anexos 2 y 3).

Gracias por la atención, dedicación y tiempo dispensados en este trabajo. En tanto ténganme como alguien que le respeta y valora su trabajo.
Atentamente.

Teresa Márquez Hernández.

Ciudad Universitaria, México, D. F. a 30 de julio de 2008.

Cuestionario Delphi

Introducción

Con el objetivo de que la información obtenida a través de la presente investigación permita generalizar el conocimiento generado en el proceso Delphi, es indispensable antes que nada, hacer una definición a través de consenso tanto del problema de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), las causas y la población que se estudia, antes de pasar al meollo de la investigación, es decir, los factores que inciden en el proceso hacia la salud en personas que padecen alguna forma de Trastorno de la Conducta Alimentaria. Por tal motivo el presente cuestionario está dividido en tres partes, las dos primeras que tienen que ver con la conceptualización de los TCA y la población que les padece, y la tercera, última y más importante que es la que tiene que ver con el proceso hacia la salud de quien padece un TCA.

Instrucciones

1. Conteste con la información más relevante desde su punto de vista.
2. Procure contestar todas las preguntas que se le presentan.
3. Extiéndase tanto cuanto usted crea conveniente.
4. Si alguna o algunas de las preguntas no le parecen apropiadas, o que pueden afinarse, cámbielas y contéstelas por favor.
5. Si lo considera pertinente formule preguntas.
6. Cuando encuentre la abreviatura **TCA** (Trastornos de la Conducta Alimentaria), si a su parecer existen diferencias entre trastornos, por favor hágalas explícitas y conteste sobre uno, dos o más de los trastornos.
7. Si no responde por correo electrónico, por favor escriba con letra legible, ya que la información proporcionada por usted será leída por varios académicos.
8. Responda en forma espontánea.

Nota:

- Toda la información obtenida en el presente estudio, sólo tiene propósitos académicos y no será utilizada con otros fines.
- Sus respuestas siempre permanecerán ocultas ante los otros miembros del panel, mientras que su participación durante el proceso será anónima, y después del mismo, si usted así lo prefiere.

1 CONCEPTUALIZACION DE LOS TCA

- 1.1. ¿Está usted de acuerdo con los criterios propuestos por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA 1994) (ver anexo 1) para el diagnóstico de la Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TANE) y Binge Eating o Trastorno por Atracón? ¿Qué agregaría, quitaría, enfatizaría o modificaría usted?
- 1.2. Caracterice de manera general a una persona con **TCA**.
- 1.3. Describa el estrato sociocultural las personas con **TCA** sobre de las que usted tiene conocimiento y/o experiencia.
- 1.4. Describa el tipo de familia la y/o dinámica familiar de una persona que padece un trastorno de la conducta alimentaria sobre de las que usted tiene conocimiento y/o experiencia.
- 1.5. ¿Ha identificado usted grupos de pertenencia o referencia de personas que padecen alguna forma de **TCA**? Si es así, por favor descríbalas brevemente.
- 1.6. En el apartado B del anexo 1 se dan algunas estimaciones epidemiológicas de los TCA en otros países; en México no hay datos sobre la incidencia y prevalencia de TCA en adolescentes, el grupo social más afectado. De acuerdo con su experiencia y conocimiento, “estimando”, ¿cuál cree que sería la prevalencia en nuestro país de alguno o todos los **TCA**? Si quiere no conteste.

2 CAUSAS DE LOS TCA

- 2.1. Desde su punto de vista. ¿cómo surge y evoluciona un **TCA**?
- 2.2. Considera usted que el acto de comer tiene cualidades que se extienden más allá de su poder nutricional, y que los humanos le hemos otorgado al alimento muchos significados, y como consecuencia asociaciones emocionales, si es así, cuáles son éstos para una persona con **TCA** y en qué difieren con los de una persona sin TCA?
- 2.3. ¿Esta usted de acuerdo con quienes afirman que un aspecto importante del aprendizaje social de la mujer es la equivalencia entre el atractivo físico y la autoestima, si es así, cómo incide este en los **TCA**?
- 2.4. En relación a los **TCA**, comente la importancia de la Imagen Corporal.
- 2.5. ¿Cuál es la relación que existe entre Imagen Corporal, el grupo de referencia (estereotipos) y alguien con un **TCA**?
- 2.6. Comente sobre el cuidado, veneración y culto a la apariencia corporal en nuestros días y si éste tiene o bien y su relación con los **TCA**.
- 2.7. Algunos autores como James Rosen (ver apartado C del anexo 1) afirman que antes de hablar de un **TCA** es necesario hablar en principio de un Trastorno en la Imagen Corporal, ¿Está usted de acuerdo y por qué?
- 2.8. ¿Qué elementos del proceso del desarrollo físico y emocional son factores relevantes para la aparición de un **TCA**?
- 2.9. Describa de qué manera una persona con **TCA** hace válido o justifica su comportamiento trastornado como estilo de vida.
- 2.10. De acuerdo a su experiencia, ¿cuáles serían los rasgos psicológicos prevalentes en una persona que padece un **TCA**?
- 2.11. ¿Si una persona ha logrado adelgazar mediante conductas trastornadas, esto es motivo de imitación por personas semejantes o propensas?. Comente
- 2.12. De acuerdo a su criterio, cuál es la función de la negación de la enfermedad por parte de quien la padece, con respecto a sí mismo, a la familia y a la sociedad?

- 2.13. ¿Considera que la vergüenza y la culpa tienen un papel significativo en el desarrollo curso y recuperación del **TCA**, si es así, de qué manera?
- 2.14. ¿Cree usted que los **TCA** son básicamente trastornos de género (femenino) y por qué?
- 2.15. Una vez instalado el TCA, desde su punto de vista ¿cuál sería la consecuencia más importante en las interacciones sociales de la persona que lo padece?
- 2.16. ¿Está usted de acuerdo con la afirmación de que los desordenes de la conducta alimentaria son manifestaciones individuales de problemas sociales, si es así, cuáles serían estas?
- 2.17. En relación con una persona que padece un desorden alimenticio, por favor comente sobre lo siguiente:
- Ansiedad
 - Sensación de vacío existencial
 - Control
 - Perfeccionismo
 - Déficit de la autoestima
 - Soledad
- 2.18. De acuerdo a su experiencia, ¿cuáles son los factores predisponentes, más comunes en los **TCA**?
- 2.19. De acuerdo a su experiencia, ¿cuáles son los factores precipitantes más comunes en los **TCA**?
- 2.20. De acuerdo a su experiencia, ¿cuáles son los factores más comunes que mantienen la enfermedad en los **TCA**?

3 PROCESO HACIA LA SALUD

- 3.1. ¿Existe conciencia de la enfermedad en una persona que padece un **TCA**, y si es así, cómo podemos conocer que un paciente está conciente de su enfermedad, qué actitudes presenta? .
- 3.2. Comente por favor sobre los instintos básicos de conservación de la integridad de la salud en una persona que padece un **TCA**
- 3.3. ¿Qué condiciones originan que una persona con un **TCA** busque atención o ayuda?
- 3.4. ¿Qué tipo de ayuda solicita una persona que padece algún **TCA**?
- 3.5. ¿Considera usted que una persona con un **TCA**, busca ayuda con el fin de sanar sólo hasta que ha llegado a un sufrimiento extremo tanto física como emocionalmente?
- 3.6. ¿Estaría usted de acuerdo que la petición de ayuda por parte enfermo, (y no de su familia) conlleva a un buen pronóstico y por qué?
- 3.7. ¿Puede una persona que padece un **TCA** recuperarse sin ayuda (de amigos, familiares o profesional)? ¿Conoce algún caso? Comente.
- 3.8. ¿Considera usted que existe algún factor, que de manera mas o menos clara prediga una recuperación en **TCA**, y en caso afirmativo diga cuál o cuáles son?
- 3.9. ¿Por favor comente sobre las recaídas en las personas con algún **TCA**?
- 3.10. Comente sobre la superación espontánea de un **TCA**, si es que ésta ha sido reconocida en su experiencia.
- 3.11. ¿Que método o métodos conoce que hayan mostrado su eficacia en el tratamiento los **TCA**? Si es el caso, caracterice el suyo.

- 3.12. Cuál es la mayor dificultad en el tratamiento de los **TCA**?
- 3.13. Tomando en cuenta que tanto la negación de la enfermedad así como la validación de la misma son rasgos característicos de los **TCA** y de quienes les padecen comente sobre estos en el proceso de sanación.
- 3.14. Comente sobre el papel de la voluntad en el proceso de sanación.
- 3.15. Qué factores están presentes en la decisión de sanar en una persona que padece un **TCA**.
- 3.16. ¿Considera usted que estos factores a los que hace referencia la pregunta anterior pueden ser inducidos y por qué?
- 3.17. ¿De ser posible, qué y cómo se hace para estimular a alguien que padece un **TCA** optar por la salud?

*Anexos del 1er.
Cuestionario
Delphi*

A Aquí se incluyeron los criterios diagnósticos del DSM-IV

B

La estimación de la incidencia y prevalencia de los TCA varía dependiendo del tamaño y edad de la muestra y de los métodos de evaluación. Estudios en Estados Unidos de América y Europa Occidental encontraron una tasa de prevalencia promedio de 0.3% para AN, de 1% para BN en mujeres jóvenes y 0.1% para BN en hombres jóvenes. En adolescentes españolas se ha reportado una prevalencia que fluctúa entre 0.3 y 0.45% para AN, 0.41 y 0.8% para BN, 3.1 y 4.71% para TANE; entre 4.1 y 5.17% de la población total sufre un TCA. Los TCA se presentan con una razón de prevalencia hombre/mujer de entre 1:6 y 1:10. Respecto de la incidencia de AN, la tasa global es de por lo menos 8 por 100 000 años personas y de BN 12 por 100 000 años persona. Para el grupo de mujeres de 15 a 24 años de edad la incidencia se ha incrementado el último siglo desde 1970. En México no hay datos sobre la incidencia y prevalencia de los TCA en adolescentes pero se ha detectado que 0.9% de los hombres y 2.8% de las mujeres en edad estudiantil (12 a 19 años), presentan alto riesgo de padecer un TCA; la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México, en población mayor de 18 años, destacó una prevalencia de bulimia de 0.6% en hombres y 1.8% en mujeres.

(Rivera-Gallardo, Parra-Cabrera, Barriguete-Meléndez, Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para osteoporosis. Salud pública Méx., Cuernavaca, v. 47, n. 4, 2005).

C

James Rosen (1997) afirma que actualmente sería más apropiado hablar en primer lugar de “trastornos de la imagen corporal” y en segundo término de “Trastornos Alimentarios”. Sosteniendo que lo primario es un desorden de la imagen corporal que se expresa en segundo lugar en un desequilibrio alimentario. A su vez dicho desorden de la imagen es el predictor más consistente de la aparición de los TCA.

Rosen, J.C. (1997) Cognitive Behavioral Body Image Therapy. En Garner y Garfinkel (eds) Handbook of treatment for eating disorders. NewYork Press.

D

Aquí se adjunto la explicación técnica del Método Delph

SEGUNDA FASE

ESTUDIO DELPHI

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

ESTIMADO EXPERTO(A) EN TCA (TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA):

En primer lugar queremos reiterarle nuestro agradecimiento por su participación en el Estudio.

Sus opiniones como Experto(a) nos serán de suma utilidad.

Le garantizamos que su participación será anónima hacia terceros, y las opiniones que usted aporte en el cuestionario serán absolutamente confidenciales.

Como es de su conocimiento, el actual cuestionario Delphi se deriva del análisis de las respuestas de un primer cuestionario en el que su participación al igual que la de los otros expertos del panel ha sido fundamental para la configuración del presente.

El estudio Delphi consta fundamentalmente de dos fases:

1ª. Fase (anterior): Primer cuestionario y análisis del mismo.

2a. Fase: Segundo cuestionario.

- **1ª. Ola (actual):** El grupo de expertos contesta individualmente el segundo cuestionario.
- **2ª. Ola (siguiente):** Los resultados estadísticos obtenidos de la primera Ola se remiten a cada uno de los expertos, en su propio cuestionario, con el objeto de que reconsideren las respuestas dadas en la primera ola, pudiendo modificarlas o no.

Por lo tanto, la segunda fase se repite dos veces y cada pregunta es evaluada por cada uno de ustedes en dos ocasiones (1ª. Y 2ª. Olas)

El método Delphi intenta llegar a respuestas grupales lo más consensadas posibles a través del intercambio de información. Si bien son temas que se abordan en distintos momentos, en nuestra investigación no estamos interesados en definir de manera exhausta los TCA y sus diferentes manifestaciones, ni tampoco las causas que les originan, pero si estamos interesados en encontrar las características comunes entre las personas que les padecen a la luz de la búsqueda de la Salud. Así mismo, nuestro interés es encontrar coincidencias en la concepción y el abordaje desde las diferentes disciplinas y enfoques terapéuticos que participan en presente estudio Delphi.

Por tales motivos la mayoría de nuestras preguntas están formuladas de manera general, pero concientes de las diferencias existentes entre las distintas manifestaciones de los TCA, dejamos a su consideración cualquier precisión que desee señalarnos, así mismo, reiteramos la invitación a la formulación y reformulación de preguntas en el presente cuestionario.

Somos concientes de que quizá algunas preguntas le puedan resultar complejas, o demasiado generales. Debe tener en cuenta que nos interesan en mayor grado los consensos y las “tendencias de consenso” producto de la experiencia e intuición del grupo de expertos como un todo, más que los datos exactos o la información muy precisa.

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

INDICACIONES:

- Escriba su respuesta sólo en el recuadro que indique “1ª. Ola”,
- El espacio que indica “DATOS ESTADÍSTICOS 1ª. OLA” será llenado por nosotros, y la información contenida le será enviada en la “2ª. Ola”, junto con su respuesta actual.
- En cualquier momento del presente cuestionario podrá hacer los comentarios y señalamientos que considere pertinentes.

EJEMPLOS

Pregunta “V”

(Indique con “X” los factores que considere dentro de esta categoría y especifique con “XX” cuál o cuales de estos mismos, desde su punto de vista serían determinantes).

Respuesta 1ª.Ola		DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	Respuesta 2ª.Ola
X	Opción 1		
X	Opción 2		
	Opción 3		
XX	Opción4		

Pregunta “W”

(Marque con una “X”. Por favor comente su respuesta).

	1ª.Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	2ª.Ola
Si	X		
No			
No necesariamente			
No lo sé			
Comentario: Me parece muy importante señalarlo, ya que en mi práctica clínica ha sido una constante. Sin embargo, hasta donde tengo conocimiento, la literatura científica no lo ha abordado aún.			

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

Pregunta "X"

(Escriba sobre el recuadro la letra que refleje de mejor manera su respuesta).

Respuesta 1ª. Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. OLA					Respuesta 2ª. Ola
E	A	B	C	D	E	

Pregunta "Y"

(Escoja una opción y márkela con una "X", si lo considera, indique trastorno).

	1ª.Ola	Si lo considera, especifique trastorno	DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	2ª.Ola
Siempre o casi siempre	X	Sólo lo he observado en BN y A compulsivo purgativa		
Frecuentemente				
En ocasiones				
Nunca o casi nunca				
Lo desconozco				

Pregunta "Z"

(Marque con una "X". Pero si escoge más de una opción, por favor jerarquícelas, teniendo en cuenta que el número uno será para el ítem más relevante desde su punto de vista).

	1ª.Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	2ª.Ola
Opción 1	2		
Opción 2	1		
Opción 3	-		
Opción 4	3		

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

ESTUDIO DELPHI, SEGUNDA FASE 1ª. OLA

1. En relación a los criterios propuestos por el DSM-IV para el diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria:

(Escriba sobre el recuadro la letra que refleje de mejor manera su respuesta).

A	Considero que son correctos.
B	Pienso que en próximas ediciones se deberían incluir en los criterios de diagnóstico no sólo conductas como actualmente sucede, sino también características psicológicas y biológicas del individuo.
C	Me parece que son muy estrictos, porque en realidad existen muy pocos casos que cumplen con los criterios para considerar una Anorexia nervosa o una Bulimia nervosa, lo cual conlleva al diagnóstico de muchísimos TANE, así mismo creo que la cantidad de personas que realizan conductas de riesgo* es muy elevada así como la existencia de trastornos subclínicos. Lo anterior plantea un problema de definición especialmente en el ámbito de instituciones públicas de salud para considerar a quien se atiende y a quien no.
D	Sirven sólo como referencia remota, ya que cada individuo es diferente y único, por lo que no puede ser encasillado en un diagnóstico como los del DSM-IV

Respuesta 1ª. Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. OLA				Respuesta 2ª. Ola
	A	B	C	D	

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

2. ¿Estaría de acuerdo con que *algunos* tipos de Obesidad fueran considerados como Trastornos de la Conducta Alimentaria?

(Marque su respuesta con una "X").

	1ª.Ola	Estadística 1ª. Ola	2ª.Ola
SI			
NO			

3. Para los humanos el alimento ha tenido principalmente un significado de...

(Marque con una "X". Si escoge más de una opción, por favor jerarquícelas, teniendo en cuenta que el número uno será para el ítem más relevante).

	1ª.Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	2ª.Ola
Vinculación y social			
Bueno-Malo			
Premio-Castigo			
Amor-Desamor			
Vacío emocional-Plenitud emocional			
Otro:			
Otro:			

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

Como es sabido, hoy día han proliferado en la Internet un sinnúmero de foros denominados “Pro-ana” y “Pro-mía”, formados por personas que padecen Anorexia y Bulimia, y en los cuales las personas que los visitan intercambian experiencias para apoyarse en lo que ellas mismas denominan su “estilo de vida”. ¿Considera usted que dichos foros tienen un trasfondo? Si es así, por favor especifique cuál sería este.

(Marque con una “X”).

A	Ayudan a perpetuar la enfermedad
B	Ofrecen la comprensión que la persona con alguna forma de TCA no encuentran fuera.
C	Mitigar la soledad
D	Validar las reglas y valores de los TCA
E	Otro:

Respuesta 1ª. Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. OLA					Respuesta 2ª. Ola
	A	B	C	D	E	

5. ¿Cree usted que las personas con algún tipo de TCA antes que una ayuda específica para superar su TCA, buscan atención para mitigar o erradicar los síntomas egodistónicos de su padecimiento?

Egodistónico.- Molesto para el sujeto. Por ejemplo, el vomitar para algunos pacientes es realmente molesto mientras que para otros, forma parte de su “estilo de vida”.

(Marque con una “X”).

	1ª.Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	2ª.Ola
Siempre o casi siempre			
Frecuentemente			
En ocasiones			
Nunca o casi nunca			
Lo desconozco			
Comentario:			

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

6. ¿Considera usted que las personas con algún tipo de TCA tienen una inhabilidad para identificar y responder adecuadamente a sus emociones?

(Escoja una opción y márquela con una "X")

	1ª.Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	2ª.Ola
Siempre o casi siempre está presente esta inhabilidad.			
Frecuentemente está presente esta inhabilidad.			
En ocasiones está presente esta inhabilidad.			
Nunca o casi nunca está presente esta inhabilidad.			
Lo desconozco			

7. ¿Cree usted que las personas con TCA antes que estar interesados en lograr un cambio en su conducta alimentaria buscan sentirse comprendidos y / o acompañados?

(Marque con una "X" su respuesta y si así lo considera, háganos un comentario por favor).

	1ª.Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	2ª.Ola
Siempre o casi siempre			
Frecuentemente			
En ocasiones			
Nunca o casi nunca			
Lo desconozco			
Comentario:			

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

8. Desde su punto de vista, ¿Estaría usted de acuerdo con que por lo general, las personas con TCA tienen temor de no ser dignos de ser amados?

(Marque con una "X")

	1ª.Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	2ª.Ola
Definitivamente sí			
Probablemente sí			
Probablemente no			
Definitivamente no			
No lo sé			

9. En su experiencia ¿ha encontrado falta de *amor incondicional**, por parte de uno o ambos padres hacia el hijo con TCA?

*(Con *amor incondicional* hacemos referencia al conjunto de comportamientos y actitudes incondicionales y desinteresadas que procuran el bienestar de su hijo/a, este *amor* es manifestado a través de un gran afecto, siendo éste causa de placer y felicidad a los padres quienes demuestran además un profundo respeto por quien su hijo "es" y/o aspira "ser").

(Marque con una "X")

	1ª.Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	2ª.Ola
Siempre o casi siempre carecen de amor incondicional			
Frecuentemente carecen de amor incondicional			
En ocasiones carecen de amor incondicional			
Nunca o casi nunca carecen de amor incondicional			
Lo desconozco			

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

10. ¿El proceso emprendido hacia la salud de las personas que han padecido un TCA proviene de una decisión personal?

(Marque con una "X". Por favor coméntenos porqué).

	1ª.Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	2ª.Ola
Si			
No			
No necesariamente			
No lo sé			
Comentario:			

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

11. De las siguientes características, por favor indique las que han sido identificadas por usted en personas que padecen algún tipo de TCA.

(Marque sus respuestas con una "X", así mismo, si lo considera especifique trastornos relacionados).

1ª Ola	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	En ocasiones	Nunca o casi nunca	No lo sé	Si lo considera pertinente especifique trastorno(s)
Escasa o nula valoración hacia si mismos.						
Perfeccionismo en uno o varios aspectos de su vida.						
Personas soñadoras						
Desconfiadas						
Personas con fuertes sentimientos de ineficacia.						
Persona con alta capacidad de asombro ante la realidad.						
Persona muy alerta y reactiva al medio que le rodea.						
Se abruma fácilmente cuando se encuentra en un ambiente altamente estimulante (multitudes, ruido, etc.)						
Durante días afanados, necesita retirarse, ir a la cama o hacia algún lugar donde pueda tener privacidad y aliviarse de la situación.						
Mienten con facilidad.						
Personas con altos ideales de autodominio.						
Un nivel muy alto de empatía						
Escrupulosidad						
Creatividad						
Codependencia						
Una tendencia a ser tímidos o a inhibirse en situaciones sociales.						
Fuerte apreciación de la belleza						
Personas que se autocastigan						
Intentan controlar a su entorno y allegados.						

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

Altruistas						
Personas con inclinación o gusto por el arte						
Experimentan soledad						
Sensación de vacío existencial						
Utilizan la manipulación y el chantaje, hacia sus allegados.						
Altísima exigencia hacia sí mismos.						
Impulsividad						
Baja tolerancia a la frustración.						
Programa su vida para evadir molestias o situaciones que le abrumen.						
Comprador(a) compulsivo(a)						
Actitud ascética						
Personas con altos ideales de perfección.						
Algún tipo de adicción						
Conductas autolacerantes						
Conductas de robo						
Personas con altos ideales de fuerza,						
Promiscuidad						
Tenacidad en uno, varios o muchos aspectos de su vida.						
Profundo temor a la crítica y al rechazo.						
Comorbilidad con algún trastorno de la personalidad.						
Pensamiento mágico						
Otro:						
Otro:						
Comente:						

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

12. ¿Puede un profesional ayudar a una persona con alguna forma de TCA que no tiene conciencia de enfermedad?

(Por favor marque con una "X", y háganos por favor un comentario sobre su respuesta).

	1ª.Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	2ª.Ola
Si			
No			
De manera limitada			
No lo sé			
Comentario:			

13. ¿Qué lleva a un individuo que padece un TCA adquirir un compromiso con la propia salud?

(Marque con una "X").

A	Miedo a morir, secuelas físicas, desintegración familiar....
B	Descubrir y /o vislumbrar la posibilidad de realización su propias inquietudes y deseos.
C	Tomar conciencia de su enfermedad
D	Amor a los padres, la pareja, hijos, etc.
E	Otro:

Respuesta 1ª. Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. OLA					Respuesta 2ª. Ola
	A	B	C	D	E	

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

14. Hablemos ahora de la relación entre el terapeuta y el paciente en función de la eficacia del proceso. Conteste sobre la línea. Si lo considera, comente.

El convenio de trabajo y colaboración entre el terapeuta y la persona con TCA en el cual existe un mutuo acuerdo entre los objetivos a alcanzar en el tratamiento, el rol de cada uno durante el proceso, así como la confianza y la aceptación mutua podrían determinar el éxito en un ____% del tratamiento.

Comentario:

15. Diga por favor, ¿cuáles de los siguientes factores favorecen la toma de conciencia de enfermedad en una persona con TCA?

(Indique con "X" los que considere dentro de esta categoría y especifique con "XX" cuál o cuales de estos mismos, desde su punto de vista serían determinantes para este fin).

Respuesta 1ª.Ola	FACTORES QUE FAVORECEN LA TOMADE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD	DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	Respuesta 2ª.Ola
	Darse cuenta que la pérdida de peso no soluciona sus problemas.		
	Estar o haber estado en peligro de muerte.		
	Miedo a la muerte o a las consecuencias físicas.		
	Reconocimiento o sospecha que su conducta constituye un problema a ser resuelto.		
	Tener contacto con una o varias personas que padecen de manera intensa el trastorno.		
	Tener contacto con una o varias personas que padecen el trastorno y que tienen conciencia de su enfermedad		
	Recibir información sobre la naturaleza de los TCA.		
	Otro:		
	Comente:		
	No creo en la existencia de factores que de manera clara favorezcan la conciencia de enfermedad.		

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

16. ¿Considera usted que así como se han conceptualizado acontecimientos Precipitantes, Predisponentes y Mantenedores de la los TCA podríamos identificar la presencia de “Factores disparadores a la búsqueda de la propia salud” en personas con alguno de estos trastornos?

(Si es así, por favor indique con “X” los que considere dentro de esta categoría y especifique con “XX” cuál o cuales de estos mismos, desde su punto de vista serían determinantes para este fin).

Respuesta 1ª.Ola	FACTORES QUE INDUCEN LA BUSQUEDA DE LA PROPIA SALUD	DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	Respuesta 2ª.Ola
	Amor de pareja		
	Llegada de un hijo		
	Cambio en la dinámica familiar		
	Peligro de muerte		
	Temor a la muerte		
	Temor a las consecuencias físicas		
	Logro académico o laboral		
	Miedo a la soledad		
	Recibir tratamiento profesional		
	Tener contacto con alguna persona que ha superado un TCA		
	Conciencia de enfermedad		
	Conciencia de las propias limitaciones.		
	Una ilusión		
	Cambio de escuela o residencia.		
	Otro:		
	Otro:		
	Comente:		
	No creo en la existencia de factores disparadores a la búsqueda de la propia salud.		

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

17. Cuáles de los factores enlistados a continuación, de acuerdo a su experiencia y/o conocimiento, han favorecido de manera clara la recuperación de personas con alguna forma de TCA? Tomando en cuenta que cada individuo es diferente, y la interrelación que existe entre los factores que están en juego durante el tratamiento. (Enumere del uno al tres, o más, en orden de importancia, indicando con el número uno al ítem más importante).

A	Modificar las creencias sobre lo que significa el incremento de peso.
B	Trabajar en el mejoramiento de la autovalía, la autoestima, el autoconcepto, la autoeficacia, etc.
C	Revisión exploración de los vínculos afectivos a lo largo de su vida.
D	Psicoeducación.
E	Aceptación de la imagen corporal.
F	Establecer una buena alianza terapéutica.
G	Entrenamiento en la identificación y expresión de sentimientos.
H	Terapia familiar.
I	Modificación de hábitos alimenticios.
J	Apoyar a la persona que padece un TCA a que pueda vislumbrar y/o descubrir la posibilidad de realizar sus propias inquietudes y deseos.
K	Reestablecer el estado biológico.
L	Otro:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
Respuesta 1ª.Ola													
Respuesta 2ª.Ola													

DATOS ESTADÍSTICOS 1ª. OLA								
	1 ^{er}	2 ^{do.}	3 ^{er.}	4 ^o	5 ^o	6 ^o	7 ^o	8 ^o
A								
B								
C								
D								
E								
F								
G								
H								
I								
J								
K								
L								
M								

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

18. ¿Considera usted que una persona con TCA, antes de llevar a cabo las acciones necesarias para cambiar su relación con el alimento (ya sea un cambio conductual, o bien, el inicio de una terapia o a una nueva etapa dentro de ésta) pasa por varias etapas que se suceden?, las citamos a continuación:

(Marque con una "X". Comente su respuesta por favor.

1. La persona con TCA se encuentra inconsciente o reacia por hacer algo sobre su problema.
2. La persona con TCA, considera la posibilidad de un cambio.
3. Quien ha padecido el TCA, ahora toma una determinación y se prepara para el cambio.
4. El individuo con TCA, realiza las acciones necesarias que le dirigen hacia su propia salud.
5. Mantiene su conducta saludable.

	1ª.Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	2ª.Ola
No lo sé			
Definitivamente sí			
Probablemente sí			
Probablemente no			
Definitivamente no			

Comentario:

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

19. ¿Estaría usted de acuerdo con que las acciones antes mencionadas van acompañadas de una o varias tomas de conciencia, es decir: *“la adquisición de un conocimiento que le permite a la persona con TCA tener una visión nueva y distinta de sí misma por medio de la comprensión amplia y profunda del problema en cuestión o parte de este”*?

	1ª.Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	2ª.Ola
Definitivamente sí			
Probablemente sí			
Probablemente no			
Definitivamente no			
No lo sé			
Comente:			

20. Tomando en cuenta que cada individuo es distinto, de manera general, ¿Cuál consideraría como la mayor dificultad en la recuperación de los TCA una vez iniciado el tratamiento?

Marque con una “X” uno, dos o más de los factores enlistados a continuación. Así mismo, si lo considera pertinente marque con “XX” los que a su consideración dificultan de manera determinante el tratamiento.

Respuesta 1ª.Ola	FACTORES QUE DIFICULTAN LA RECUPERACIÓN DE UN TCA	DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	Respuesta 2ª.Ola
	Dificultades económicas		
	Resistencias inconcientes.		
	Ganancias secundarias de la enfermedad.		
	La dinámica familiar, especialmente la relación con los padres.		
	Renutrición.		
	No conciencia de enfermedad.		
	Cambio de hábitos alimenticios.		
	Aceptación de la propia imagen corporal.		
	Ayuda profesional inadecuada.		
	Otro:		

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

21. En su opinión, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el Camino hacia la Salud en personas con alguna forma de TCA?

(Marque con una "X", y coméntenos por favor sobre su respuesta).

A	Una vez que la persona con TCA ha comprendido de manera total la causa de su conflicto, está lo suficientemente motivada al cambio, entonces el camino hacia la salud ocurre de manera lineal.
B	La recuperación sucede en espiral por naturaleza, es decir los pacientes consiguen erradicar su conducta errática después de pasar por diferentes etapas varias veces antes de conseguir un cambio estable.
C	Sucede de manera indistinta.
D	No lo sé
E	Otro:

Comentario:

Respuesta 1ª. Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. OLA					Respuesta 2ª. Ola
	A	B	C	D	E	

22. Considera usted las recaídas como:

(Marque con una "X").

		1ª.Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	2ª.Ola
A	Una fracaso en el proceso.			
B	Una forma de fracaso dentro del proceso pero no el fracaso del proceso.			
C	Una fuente de aprendizaje.			
D	Una fuente necesaria de aprendizaje.			
E	Parte del proceso natural hacia la consolidación de la salud.			
F	Otro:			

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

23. De acuerdo a su experiencia ¿considera usted que el sentido de unidad o pertenencia de un individuo a una entidad que le protege (Dios, cosmos, naturaleza, orden superior, etc.) causa un efecto contundente, alto, moderado, escaso, nulo, etc. en la búsqueda de la propia salud? (Marque con una "X" su respuesta y comente).

	Respuesta 1ª.Ola	DATOS ESTADISTICOS 1ª. Ola	Respuesta 2ª.Ola
Contundente			
Alto			
Moderado			
Escaso			
Nulo			
Lo desconozco			

Comente:

24. Ahora por favor, describa de manera general a una persona que se ha recuperado de un TCA.

Escriba dentro del recuadro y extiéndase lo que crea conveniente.

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

25. Que necesita un individuo para estar sano

Escriba dentro del recuadro y extiéndase lo que crea conveniente.

26. Esta usted de acuerdo con quienes afirman que los TCA son en realidad una única enfermedad que se manifiesta de diferentes maneras de acuerdo a diferentes condiciones específicas de cada individuo.

(Escoja una opción y argumente).

	1ª.Ola	Estadística 1ª. Ola	2ª.Ola
SI			
NO			

Explique:

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

27. Con la mayor objetividad posible, conteste, (independientemente su orientación terapéutica y la disciplina a la que pertenece) ¿Cuál de las siguientes opciones refleja mejor el origen de los Trastornos de la conducta Alimentaria?(Marque con una "X").

A	El principal origen en el desarrollo de trastornos alimentarios son las actitudes de la sociedad hacia la insatisfacción con la apariencia física, la alimentación y la dieta. El actual ideal de delgadez representa a un tipo de mujer ideal (encantadora personalmente, triunfadora laboral y socialmente, y esbelta y delgada físicamente) se ha convertido en el objetivo a perseguir por la mayoría de las mujeres jóvenes y no tan jóvenes.
B	Un TCA surge aparentemente desde la más remota infancia, a partir de una sensibilidad, una ansiedad por el alimento causada por un estrés emocional vivido como falta de amor por parte de la madre y que posteriormente se deseará compensar. No obstante faltarían por organizarse las relaciones que se desarrollan a lo largo de la infancia y la adolescencia de la persona con un TCA.
C	La causa de los TCA son problemas familiares. Siendo a menudo la pareja de los padres en su complementariedad patológica, o el grupo familiar completo el saboteador de las <u>necesidades</u> de base del yo de la persona con un trastorno alimenticio.
D	La causa principal de los TCA es la Insatisfacción Corporal producto de deficiencias psicológicas adquiridas a lo largo de la vida.
E	Susceptibilidad biológica manifiesta en patrones cognitivos y de personalidad (cómo se aprecia sí mismo y cómo interactúa en su medio), posteriormente si el medio psico-social es propicio, se desarrollará el TCA.
F	Los TCA se desarrollan en personas jóvenes que padecen de caos y de dolor interior y que se obsesionan con las cuestiones corporales como una forma de afrontar las experiencias adversas por lo general asociadas con las transiciones del desarrollo y con eventos estresantes de su vida.
G	Un TCA Generalmente se inicia con una dieta restrictiva o por algún evento estresante. Una vez que se observa la pérdida de peso de la persona, suele haber muchos reforzadores sociales (halagos, etc.) de esa conducta. Así mismo si hay pocos patrones de afrontamiento, baja autoestima, inseguridad, perfeccionismo, etc. Esta conducta suele mantenerse por ese reforzamiento social y la necesidad de agradar a los demás, sin embargo las conductas restrictivas y compensatorias empiezan a incrementarse y los reforzadores que mantienen a estas conductas se convierten en cogniciones distorsionadas de perfeccionismo y necesidad de control, entre otros que perpetúan la enfermedad.
H	Otro:

SEGUNDA FASE 2ª. Y 3ª. RONDAS

...Continuación

Respuesta 1ª. Ola	DATOS ESTADÍSTICOS 1ª. OLA								Respuesta 1ª. Ola
	A	B	C	D	E	F	G	H	

Como le hemos comentado con anterioridad es de nuestro interés por un lado, informar a la comunidad académica de la UNAM, a quienes será sometido a revisión el presente estudio, informar sobre los expertos participantes, y por otro, hacer público nuestro reconocimiento por su invaluable participación en nuestra investigación, por tal motivo, le solicitamos nos informe de qué manera podemos obtener sus datos curriculares o que tenga a bien hacérselos llegar a la brevedad.

Si su participación como experto ha sido desde la vivencia de la propia enfermedad, le pedimos que nos haga una breve semblanza de su experiencia dentro de la misma y sus principales datos biográficos (edad, sexo, ocupación, estudios, etc.), así como la manera en la cual le gustaría que fuera identificado(a) un pseudónimo, si así lo prefiere.

Finalmente, hacemos de su conocimiento que a la brevedad, una vez hecho el análisis cuantitativo del presente cuestionario, se lo reenviaremos con el correspondiente resumen estadístico para que reconsidere su actual respuesta.

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.

ANEXO. 4.

RESULTADOS DE LA TERCERA RONDA EXPRESADOS EN PORCENTAJES
 (frecuencias relativas f_x)

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	5,6	22,2	61,1	11,1				
2	94,4	5,6						
3	11,1	55,6	16,7	11,1	5,6			
5	61,1	27,8	0,0	11,1	0,0			
6	72,2	22,2	0,0	5,6	0,0			
7	38,9	44,4	0,0	11,1	5,6			
8	61,1	38,9	0,0	0,0	0,0			
9	22,2	72,2	0,0	5,6	0,0			
10	33,3	0,0	66,7	0,0				
12	33,3	16,7	50,0	0,0				
13	33,3	16,7	38,9	0,0	11,1			
18	0,0	72,2	27,8	0,0	0,0			
19	88,9	11,1	0,0	0,0	0,0			
21	0,0	77,8	22,2	0,0	0,0			
22	0,0	16,7	11,1	5,6	61,1	0,0		
23	0,0	66,7	27,8	0,0	5,6	0,0		
26	77,8	11,1	11,1					
27	0,0	27,8	0,0	5,6	0,0	16,7	5,6	44,4

EXPERTOS CONSULTADOS

(En orden alfabético)

NATASHA V. ALCOCER CASTILLEJOS

Médica Cirujana por la Universidad Nacional Autónoma de México, con especialización en Psiquiatría general en el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz. Estudió la Maestría en Ciencias Médicas y de la Salud en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Adscrita al departamento de Neurología y Psiquiatría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), y desde 2004 trabaja en la Clínica de Obesidad y Trastornos de Alimentación del Departamento de Endocrinología y Metabolismo del mismo instituto.

Ha sido catedrática de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), ponente en diversos cursos en el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Facultad de Estudios Superiores (FES) de Zaragoza de la UNAM, además ha sido profesora en el curso de Alta Especialidad “Psiquiatría de enlace” en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ).

Tiene más de 15 publicaciones en revistas médicas especializadas internacionales y nacionales. También ha escrito los siguientes capítulos de libros: “Abordaje del paciente psicótico en el servicio de urgencias” para el Manual de terapéutica Médica y procedimientos de urgencia. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. 5ta. edición, 2004. Mc GrawHill. y “Citosina en cirrosis hepática” del libro Clínica de Hipertensión Portal, INNSZ. 1994.

ANDREA

Andrea Weitzner estudio Relaciones Internacionales en la Universidad Iberoamericana y un diplomado en Cranfield Inglaterra, títulos puestos en práctica en Suiza, posteriormente fungió como directora de comunicaciones a Medical Misión International (organización nominada al Premio Nobel de la Paz) promoviendo la transferencia de recursos y conocimientos entre el primer mundo y el mundo en vías de desarrollo. En 2006 realiza una consultaría para la preservación de Costa de Careyes, ese mismo año comenzó a escribir la serie de libre de concientización con el tema “trastornos alimenticios”.

En 2007 creó AW Foundation, organización enfocada a la creación, difusión e implantación de programas educativos en materia de trastornos alimenticios, provisión de terapia a las clases de escasos recurso y creación de campañas de concientización para salvaguardar los derechos humanos en le tratamiento de trastornos alimenticios, es autora de los siguiente títulos. “El camino hacia la

recuperación de anorexia y bulimia. El laberinto y más allá”, “El ABC de los desórdenes alimenticios. Guía práctica para adolescentes”, “Ayudando a personas con anorexia, bulimia y comer compulsivo. Guía para maestros, terapeutas y médicos” y “Los trastornos alimenticios y las relaciones adictivas: Cuando amar te destruye”. A continuación un extracto de su libro “El ABC de los desórdenes alimenticios. Guía práctica para adolescentes”:

“...En menos de un década, recorrí el A B C de los desórdenes alimenticios... Tuve un pié metido a fondo en la anorexia, luego el otro igual de profundo en la bulimia y por un segundo el dedo gordo del pie que saqué de la anorexia lo metí en la comedora compulsiva.

En menos de una década, me desgarré el esófago innumerables veces, me desmayé en un sinfín de baños públicos. Perdí el conocimiento por un desequilibrio repentino de potasio mientras manejaba la volante volando a 120 Km./h, causándome lesiones físicas y daños a la nación, (vaya que desquité mi póliza de seguro), casi me asfixio una noche por tragarme el cepillo de dientes con el cual me provocaba el vómito, dejé una larga lista de relaciones inconclusas, oscilé de un extremo físico de muy flaca a gorda y pasé varas noches en vela contemplando la posibilidad de quitarme la vida.

¿Me faltó algo? Ah..., si, las cerezas del pastel: un internamiento por complicación renal, seguido por otro accidente automovilístico que me dejó temporalmente en silla de ruedas.

Ahora si ya. Eso fue todo. Ah..., no, se me fue mencionar el dolor que cause a los que tuvieron que presenciar cómo me suicidaba poco a poco y día a día durante nueve años de mi vida.

...Tan trágico que podría ser cómico. Créeme que me reído a carcajadas pero antes de poder hacerlo lo lloré amargamente. Despertar a los 21 y aceptar que más de un tercio de mi vida se había” ido, ha sido de las experiencias más duras que me llevado. No se lo deseo a nadie...”

JUAN JOSÉ CERVANTES NAVARRETE

Médico Psiquiatra Certificado con la aprobación del examen de certificación del Consejo Mexicano de Psiquiatría A.C. Obtiene la Especialidad Médica en Psiquiatría en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de Ciudad Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México con cede en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Así mismo cursó la Maestría en Ciencias Médicas en el Postgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México, actualmente se desempeña como Investigador en Ciencias Médicas en el Área de Investigaciones Clínicas del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” y como psiquiatra en su consultorio

particular. De especial interés son sus investigaciones sobre Imágenes Cerebrales y Trastornos de la Conducta Alimentaria.

DIANA

Mi nombre es Diana Georgina Aguilar Ledesma, “Soy Licenciada en Literatura Dramática y Teatro en la UNAM (actriz) y tengo 24 años. Mi madre es agente de seguros y mi padre es ingeniero civil, tengo 2 hermanos, ambos con carrera universitaria. He padecido Bulimia desde los 12 años, de los 13 a los 18 fue la etapa más fuerte de mi padecimiento, llevo 5 años estable y aún bajo supervisión médica. Pues mis hermanos y yo crecimos en un ambiente altamente competitivo alentado por mi papá el cual fue fiel guardián de la disciplina, el orden y la perfección. Todo esto cambió cuando mi papá perdió su trabajo, cayó en una fuerte depresión y adquirió un sinnúmero de deudas. La imagen del padre perfecto que yo me había creado se vino abajo y eso fue impactante para mí, no supe cómo lidiar con eso. Le había relegado mi seguridad y estabilidad emocional a mi papá.

A los 12 años fue el inicio del trastorno alimenticio: dejé de entrenar natación después de 5 años de hacerlo como consecuencia sufrí muchos cambios físicos y psicológicos. A los 14 años, comencé a embarnecer, estaba en la secundaria. Mi papá fue despedido de su trabajo. En esa época dejé de desayunar y comer lunch, comía lo que había en casa y no cenaba, hacía alrededor de 4 horas de ejercicio (2 de aeróbicos y 2 de gimnasio). A partir de ese entonces me volví una experta en mentir acerca de el por qué no comía a tales horas y tales alimentos. Los fines de semana llegaba a permanecer 24 horas sin probar alimento alguno y después me metía un atracón por 2hrs en las que comía todo lo que no me permitía entre semana (dulces, chocolates, pan, papás, chicharrones, etc., etc.).

A los 16 años, cuando estaba en la preparatoria, mi padre entró en una profunda depresión, adquirió una enorme deuda con un banco y se quedaba en casa sin salir, revisando detenidamente cada uno de mis pasos. Mis hermanos no estaban en casa entre semana y mi mamá trabajaba, mientras mi papá y yo peleábamos porque no había comida, dinero, la casa estaba sucia o porque no sabía en dónde estaba mi madre, etc., asumí el papel de ama de casa. A los 18 años entré a la universidad, para ese entonces no me sentía nada feliz, no tenía ninguna motivación, casi no salía ni tenía amigos, me encerraba a en mi cuarto a llorar todos los días, sentimientos de querer morirme. Después de sentirme así decidí pedir ayuda y afortunadamente la encontré, platicué con mi familia y me apoyaron. He tomado terapia personal y en familia, he aprendido a comer (sigo un plan alimenticio).

Actualmente trato de seguir mi plan alimenticio al pie de la letra, pero si por cualquier razón no lo hago no significa una cosa grave, he aprendido a darle un mejor manejo a mis emociones, me sigo ejercitando de una manera más moderada y he

vuelto a sentir placer por las cosas que hago, me he vuelto a amar. Me parece que es un esfuerzo diario pero vale la pena, ahora estoy mucho mejor que antes”.

ESTRELLA

Jamás imagine a los 22 años de edad poder escribir esto sin los síntomas tangibles de un trastorno alimenticio. Desde que era niña me refugie en la comida, aun recuerdo cómo a los 5 años después de la muerte de mi abuela, me escondía debajo de la cama para comer y comer como una delincuente. Todo esto, ahora comprendo, tiene como génesis muchos factores: mi estructura familiar, la ausencia de un padre y a mi hermano 21 años mayor que yo como figura paterna, mi madre sobreprotectora, pero dentro de todo descuidada, una abuela que estaba ahí pero al mismo tiempo no estaba y un padre al que veía como un amigo que jugaba conmigo cuando llegaba de visita. Tengo un historial de abuso sexual por parte de dos primos, y en una ocasión mi hermano, mi figura paterna, me obligó a verlo tener relaciones sexuales. De las primeras ocasiones que recuerdo la comida, esta era motivo de placer en mi vida, es cuando mi abuela me daba de comer aproximadamente a los cuatro años en la boca, aun puedo sentir el sabor de las cosas que cocinaba, además llenas de emotividad. Después de su muerte empecé a subir de peso y a comer de una manera anormal como a los 7 y ya era una niña obesa me iba debajo de la cama para comer cantidades exageradas hasta sentía que iba a reventar. En la secundaria me enamoré de uno de los chicos mas guapos de la escuela, pero él nunca me hizo caso y ahí fue donde empecé a vomitar, no recuerdo porqué lo hice la primera vez. Permanecí bulímica toda la secundaria y un año de preparatoria, llegue a sangrar mientras vomitaba y lo hacia todo el tiempo pero las ideas repetitivas de TCA aun me permitían ser “funcional”.

En la preparatoria, empecé a tomar alcohol tres veces por semana aproximadamente y consumía marihuana. Conocí a un chico de de quien me enamoré como enferma y decidí a bajar de peso, fui con un medico donde e hice una dieta donde baje 14 kilos. Fue un periodo sin TCA pero con alcohol y marihuana.

En cuarto semestre Liz, mi mejor amiga se suicidó, cosa que me impacto sobremanera y hasta le fecha me impresiona. Pase momentos muy duros y volví a vomitar. Para sexto semestre mi novio se fue a otro país y fue cuando comencé a dejar de comer. Terminé la preparatoria y en vacaciones hubo semanas enteras en que solo tomaba agua, te, chayote y atun en pocas cantidades, la obsesión por las tablas de calorías y contar calorías se volvió cosa de todo el tiempo, no me bañaba, no comía, no dormía casi, solo hacia ejercicio y pensaba en calorías, escuchaba música depresiva y lloraba. Antes de entrar a la universidad ya pesaba 46 kg y me sentía y veía muy

gorda, tenía muchos meses de amenorrea, mi cabello se caía a puños, mi cuerpo estaba seco, escuálido, con mucha piel sobrante, cuando entré a la facultad no aguanté el ritmo de vida, para ese entonces ya sabía que tenía anorexia y necesitaba ayuda, quería morir pero también quería vivir. Era la lucha entre eros y tanatos.

Comencé a buscar ayuda, mientras tanto, mis padres seguían creyendo que era capricho más ya que mi papa que no vivía con nosotras. Primero comencé mi terapia con una psicóloga cerca de mi casa que no sabía nada de TCA e incluso en una ocasión, se puso a llorar y gritarle a mi madre que no me exhibiera cuando esta le mostró mi espalda en una ocasión que yo me había golpeado mucho, (desde niña yo me golpeaba y me cortaba). Ella me canalizó con mi primer nutrióloga y esta a su vez con mi primer médico quien me sugirió dejar la escuela ya que mi presión arterial era de 60/20 y estaba al borde de un colapso cardíaco.

Un día viendo la televisión en un programa de Adal Ramones en el que Jordi Rosado hizo un reportaje de los Trastornos Alimenticios, así fue como conocí a mi ángel, Perla quien estaba ofreciendo información más detallada y los teléfonos donde se podía conseguir ayuda, mis padres vieron el programa y un día después de mi cumpleaños 18 fui a esa clínica. La primera psicóloga que me atendió me canalizó con un psiquiatra que me regañaba horrible ya que no tenía experiencia en este ámbito, pero que sin embargo, al darme medicamentos después de mucho tiempo pude volver a dormir y a pensar en otra cosa mas que calorías, pasaron meses para que pudiera comer y aun así había días enteros que no comía.

Pero cuando empecé a comer, podía cenarme hasta un paquete de pan de caja con un litro de leche, no es verdad que las anoréxicas no tienen hambre, sólo que la mantienen bajo control. Durante este proceso intente suicidarme dos veces por pleitos con mi madre. Terminé en el hospital con lavados gástricos y regaños por parte de trabajadoras sociales y médicos. Cuando ellos veían mi credencial de la UNAM no podían creer que estaba echando a perder mi vida, pero lo único que necesitaba era hablar, decir lo enojada que estaba con la vida por haber pasado por tantas situaciones dolorosas y aceptar que dentro del amor que mi madre me demostraba también me odiaba y yo a ella.

Comencé a subir de peso de nuevo, mi periodo regreso, pero subí de peso muchísimo, como 40 kg. Perla, se alarmó y tomo las riendas de mi terapia, en ese entonces regrese a la escuela y en unos meses me accidente, estuve en el hospital y casi pierdo un ojo. No puedo decir que me afectara mucho emocionalmente, todo lo contrario ese accidente me hizo darme cuenta que aun estaba viva.

Empecé a trabajar y a estudiar, deje la terapia un tiempo y me estabilice pero mi obsesión por el peso no desaparecía. Desde la preparatoria escribía poesía, durante este periodo escribí poesía y cuento para sublimar. Hasta que un día decidí venir a vivir a Xalapa y dejar de lado muchas cosas que me afectaban. Llegue a esta ciudad,

comencé una relación con un joven del Distrito Federal, quise estudiar literatura pero no se dio la oportunidad y empecé la carrera de psicología.

LOS EXPERTOS CONSULTADOS

En la actualidad muchos rasgos de TCA siguen en mi vida mas aun cuando me enojo, pero puedo identificar que cuando me veo al espejo y siento dismorfia es porque estoy enojada y necesito hablar, bajé de peso y actualmente estoy con un nutriólogo y en proceso terapéutico ya que tuve hace casi un año una lesión en columna y tengo que estar en mi peso. Ya no pienso en calorías, ahora mi meta es encontrar un tratamiento funcional sin medicamento para pacientes con TCA, mi propuesta va encaminada a una rehabilitación neuropsicológica para corrección de dismorfia, crear nuevas vías, en cortex insular y homúnculo de Penfield.

Acepto que aun tengo afición por las adicciones, soy muy dependiente y me engancho emocionalmente muy fácil, además tiendo a racionalizar sin concienciar, pero mi vida a cambiado, tengo un nuevo amor, la psicología y las ganas de devolver a otros el regalo y la oportunidad de nueva vida que Perla me regalo. De aquel grupo de más de 100 personas sólo salimos adelante 4.

CLAUDIA GONZÁLEZ

Estudió la Licenciatura en Psicología en la universidad Iberoamericana, la Maestría en Terapia Racional Emotiva y Técnicas Cognitivo-Conductuales en el Instituto de Terapia Racional Emotiva de México, así como los Diplomas Primary y Advanced Training Courses certificados por el Institute for Rational Emotive Therapy in New York.

Entre otros estudios realizados por la maestra Claudia González destacan dos Diplomados en Tanatología en la Casa Tibet México y en el Instituto Mexicano de Tanatología, A.C, un curso sobre Apoyo Metabólico impartido por la Sociedad Mexicana de Cirugía General, A.C., La Asociación Mexicana de Alimentación Enteral y Endovenosa y Mead Johnson Nutricionales, S.A. de C.V. así como un Curso de Diagnóstico y Tratamiento de Disfunciones Sexuales, y un Curso de Diagnóstico y Aproximaciones Terapéuticas a los Trastornos de Ansiedad y Pánico, Curso de Entrenamiento en Terapia Familiar Sistémica en el Cottage Hospital, Santa Bárbara, California en los Estados Unidos.

Como docente, ha sido profesora de licenciatura y del Diplomado de Nutrición del área de postgrado en la Universidad Anáhuac. También se ha sido directora académica y maestra en el Diplomado de Trastornos de la Alimentación de la misma institución. Profesora en el Diplomado de Desórdenes de la Alimentación en la Universidad Iberoamericana. Así mismo, desde 1997 se ha desempeñado como directora académica y profesora en el Diplomado de Trastornos de la Alimentación en Interdisciplinas Cognitivo-Conductuales, S.C. y ha sido capacitadora para la Clínica de Trastornos de la

Alimentación en Quito, Ecuador en 2008.

En 1994 trabajó en el Eating Disorders and Chemical Dependency Treatment Programs en el Cottage Hospital Cottage Care Center en Santa Barbara, California, en E.U. Desde 1999 es socia fundadora, directora y psicoterapeuta de la Clínica Karuna para el tratamiento de los Trastornos de la Alimentación. También ha sido psicoterapeuta coordinadora del Programa de Trastornos de la Alimentación en el Instituto de Terapia Racional Emotiva en México, S.C., entre otros.

A si mismo, ha sido conductora, expositora y moderadora en diversos talleres, congresos, simposiums, mesas redondas y pláticas de prevención y detección temprana de Trastornos Alimentarios en escuelas e instituciones varias, así como invitada como experta en diversos temas en programas de radio y televisión. Actualmente es miembro de la International Association for Cognitive Psychotherapy desde Febrero de 1996, miembro de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y socia fundadora y miembro de la Asociación Mexicana de Terapias CognitivoConductuales, A.C.

MARIA CRISTINA HOYOS NAVARRETE

Licenciada en Filosofía por la Universidad Pontificia de México. Diplomado a nivel post-grado “Maxter Humanitas” en la Universidad del Tepeyac. Como docente, desde 1990 ha impartido asignaturas en el campo de de Filosofía a nivel superior y medio superior, impartiendo principalmente las asignaturas de: Ética, Axiología, Lógica, Epistemología, Metafísica, Metodología e Historia de la Filosofía, también se desempeñó como promotora de Higiene y Nutrición en diferentes comunidades marginales de la periferia del Distrito Federal. Actualmente está finalizando la licenciatura en Psicología en la Universidad del Valle de México. Así mismo, durante más de 10 años trabajó como profesora y orientadora en un colegio católico para jovencitas en el área de preparatoria, espacio donde tuvo contacto con jóvenes que padecían trastornos alimenticios, sobre su experiencia, transcribimos parte de una entrevista que le realizamos como parte de nuestro trabajo de campo:

¿Cómo comenzó todo?

En mi trato cotidiano con las alumnas, a partir de la detección de problemas familiares y psicológicos, en un principio como diálogos aislados, posteriormente se sistematizaron los encuentros y las dinámicas de acuerdo a la problemática y a su gravedad.

¿Podría ser más específica?

En un principio yo me acerqué a algunas de ellas, después me hice fama entre las mismas alumnas por ser la profesora que las “escuchaba” luego ellas comenzaron a buscarme, esto trascendió de tal forma que posteriormente la propia coordinadora académica me pidió que les diera “orientación terapéutica”, me designó horas libres

intencionalmente para darles “asistencia psicológica” (siendo yo y no la psicóloga de la institución); en algún momento mi tiempo libre era insuficiente para atender la demanda de estas jóvenes, en ocasiones, nuestras charlas eran fuera de la escuela o los sábados en un café porque yo ya no tenía mas tiempo en el instituto.

¿En qué consistió básicamente su labor?

El hecho de ser escuchadas las ayudaba.

¿Podría narrarnos algo especialmente significativo para usted sobre esta experiencia?

Desde el primer encuentro me sorprendió el abandono en el que vivían, se encontraban solas... En ellas la idea de mantenerse delgadas, más bien con vientre plano, era muy recurrente. Estar gordas, de acuerdo a su visión significaba nulas posibilidades de pareja, también de elección, ellas no elegirían, más bien se sentían elegidas y tenían que aceptar al que cayera, su autoestima estaba muy baja. En la gran mayoría iniciaba con un problema de sobrepeso.

Lo que más me llamó la atención fue cuando ya perdían el deseo de comer, y también el que para ellas fuera nula la posibilidad de verse delgadas, la distorsión de su propia imagen. La gran mayoría se quejó de que la gente que las trató no las entendía (eran vistas como niñas caprichosas, obsesionadas y absurdas, entonces eran regañadas y confrontadas, cuando lo que ellas veían de sí era una imagen distorsionada sobre sí mismas. También que ellas sintieran incomprensión y poca humanización de sus tratantes, por eso desistían de seguir acudiendo a terapia, no lograban empatía.

Por otra parte, la incomprensión de los padres, en numerosas ocasiones, ni conmigo las dejaban ir, como una forma de dominio hacia sus hijas, pese a la intervención de la religiosa directora académica del instituto y a la gratuidad del servicio, así mismo sucedía con sus otras consultas.

¿Qué fue lo más desagradable?

Es doloroso ver cómo se van consumiendo, todo va terminando con ellas, su intelecto, su cuerpo, sus amistades, que se niegan a sí mismas la posibilidad de encontrar una pareja, que su vida social desaparece, se vuelven solitarias, porque están esperando la imagen ideal, porque la suya está distorsionada.

Finalmente, ¿Podría comentarnos sobre lo más gratificante de esta experiencia?

Cuando ellas aceptaban que tenían un problema, y cuando ellas mismas buscaban ayuda profesional adecuada. Yo no podía con esto, estaba limitada, cuando ellas admitían el problema, para mí era un logro. Creo que mi mayor aportación a estas jovencitas fue dar “conciencia de enfermedad”. Era yo como su colchón para descargarse.

Muchas gracias

RODRIGO LEON HERNANDEZ

Estudió la licenciatura en Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM y el Diplomado Freud y Lacan en la facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, actualmente es candidato a grado de doctor en Psicología de la Salud en la misma universidad. Realizó una Estancia formativa de seis meses dentro del Programa para la formación en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia nerviosa en el Instituto clínico de Neurociencias dentro del Servicio de Psiquiatría y Psicología infantil y juvenil del Hospital Clinic de Barcelona. Ha asistido a diversos cursos y seminarios sobre diferentes tópicos que incluyen a varios relacionados con los Trastornos Alimenticios.

Desde 2000 se desempeña como asistente de investigador en la línea de investigación de los Trastornos de la Alimentación dentro de la facultad de Psicología de la UNAM, y actualmente es Jefe del Departamento de Investigación y Terapeuta de pacientes con TCA en la Fundación Ellen West A.C.

Ha participado en varios proyectos de investigación bajo la responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré dentro de la facultad de psicología en la UNAM., tales como: Imagen Corporal en preadolescentes y adolescentes: un instrumento computarizado para el autodiagnóstico de factores de riesgo en el desarrollo de TCA, Prevención primaria: autodiagnóstico de factores de riesgo en TCA, Desarrollo de estrategias para a intervención en la prevención de factores de riesgo en TCA, Maltrato infantil como factor de riesgo en TCA, y Realización de un programa computarizado de Realidad Virtual, como modelo escolar de educación para la salud, entre otros.

Desde 2002 ha trabajado como docente titular en la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE impartiendo varias asignaturas dentro del área de psicología, tales como Psicología de la Alimentación, Psicología I y II y Desarrollo biopsicosocial del niño.

Rodrigo León ha asistido a numerosos congresos en el ámbito nacional e internacional, en los que también se ha desempeñado como ponente en más de una docena de ocasiones y también ha sido autor de varios pósteres para congresos.

Es miembro de la asociación Mexicana de Psicología Social desde 2002 y del Hispano Latino Americano. Special Interest Group de la Academy of Eating Disorders AED de 2005 a la fecha.

NINA

“Soy una mujer de 25 años, tengo un título universitario y he realizado a la vez una carrera en el área de las Artes, Cuando tenía 16 años mi vida se vio afectada por un problema alimenticio: bulimia. Todo comenzó como cómplice de una compañera en

la preparatoria y por comprarle la idea de que era la forma mas facil de bajar de peso y sin perderme de los placeres de comer. Obviamente se convirtió en mi evasión sentimental y personal que estaba atravesando en ese momento, el divorcio de mis padres. Fue muy fácil engancharme en este problema porque era una forma de evadir mi realidad, de alimentar mi ansiedad provocada por la exigencia altísima que me generaba y sacar de otra forma el rechazo a mi desintegración familiar.

Recuerdo que en aquel tiempo me sentía totalmente desubicada de lo que yo quería para mi vida, mi mente y mi atención giraba en la comida, en cuántas veces tenía que vomitar al día, hacer ejercicio desesperadamente para bajar lo que se quedaba en mi estómago, y darme cuenta que día a día me veía más y más gorda. Esto iba aunado con hacer frente a los fuertes problemas familiares, sacar adelante (sentimentalmente) a mi mamá y a mi hermano sin olvidar lo que sentía mi papá, gustarle a mi novio, tener una vida social plena y sacar buenas calificaciones en la escuela.

Así pasé viviendo un buen rato, hasta que la cordura llegó a mí. Un día en la escuela, con mi cómplice de trastorno, estábamos en el baño sacando lo que habíamos desayunado esa mañana cuando de pronto una gran bocanada de sangre salió de mí en vez de comida. Me asusté terriblemente y estaba desesperada, mi "amiga" corrió hacia mí para ver lo que me sucedía, y en lugar de encontrar ayuda en ella, solo se burló de mí y se fue. Yo me puse a llorar, me sentía completamente sola y con una hemorragia en la garganta y solo sentía sangre correr hacia mi estómago en lugar de sentir correr mis lágrimas. Ese día pedí que mi mamá fuera a por mí a la escuela porque me sentía mal, justifiqué un dolor de panza cuando lo que me dolía era el alma. Camino a casa le dije a mi mamá que me sentía muy sola y que ya no quería estar así, le pedí que buscáramos ayuda profesional.

Comencé una terapia con una psicóloga especialista en problemas alimenticios y trabajé con ella hasta que me rehabilité. El trabajo fue duro, atravesé por momentos de ansiedad extrema cuando retenía la comida en mi cuerpo, cuando comencé a ganar peso, trabajar en mi autoestima, en fin. Fue difícil decirle a la gente que más amaba en el mundo, mis papás, que tenía un problema y que ellos no sospechaban nada, fue muy doloroso ver sus caras de susto y su llanto por no saber lo que me estaba pasando. Igualmente al chico que era mi novio en aquel tiempo. El apoyo que tuve de ellos fue vital para salir adelante y darme cuenta de lo que estaba perdiendo y de lo mucho que podía ganar al mantenerme sana y estable. Obviamente si tú que tienes el problema no decides acabarlo, nada ni nadie puede hacerlo por ti.

Las secuelas de tener un problema de este tipo son para siempre, lo veo porque tengo úlceras que no han sanado desde aquel tiempo, mi metabolismo se volvió muy lento y no tengo buena digestión. La ansiedad debo canalizarla en hacer ejercicio o alguna actividad que me guste porque en mi mente y por instinto quiero eliminarla comiendo algo. Todo esto me afectó tanto, ya que ahora que tengo un hijo, las consecuencias de aquellas prácticas las viví durante el embarazo.

Actualmente me dedico a bailar y hacer lo que más me gusta: Arte. Tengo una familia y un bello hijo. Me siento bien y tranquila de saber que salí de un problema muy fuerte y que gané mucho en mi vida.

ANA REGINA PEREZ BUZTINZAR.

Obtuvo la licenciatura en Psicología en la Universidad Iberoamericana UIA, la Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia en la Universidad Anáhuac, cuenta con tres diplomados: Diplomado en Desórdenes de Alimentación: Diagnóstico y Tratamiento, en la UIA; Diplomado en Psicopatología del Lactante, Universidad Virtual Euroamericana y Diplomado en Psicoterapia Psicoanalítica Breve en la Universidad Anáhuac, además un Trainee en “Tratamiento Ambulatorio de Trastornos de Alimentación” en el Toronto General Hospital. Canada y el curso “Motivational Counselling Workshop” en el Center for Addiction and Mental Health en Toronto, Canadá.

Ha asistido a numerosos congresos y sobre diferentes tópicos. Como miembro activo ha asistido regularmente a la International Conference on Eating Disorders en las ciudades de Nueva York, Boston, Denver, Orlando y Seattle en los Estados Unidos, en Montreal Canadá y en Barcelona España en donde también ha sido ponente, así como al 2º. Congreso Hispanolatinamericano de Trastornos de Alimentación en 2005 en la ciudad de Monterrey Nuevo León, México, por mencionar sólo algunos relacionados con los Trastornos Alimenticios.

Se ha desempeñado como docente en varias ocasiones entre las que se encuentran el Curso “Principios de Trastornos de Alimentación” en la UIA en el área de Educación Continua, en el Diplomado: “Aspectos Psicológicos en Pacientes con TCA” en la UIA, en el Diplomado: “Aspectos Psicológicos en Pacientes con TCA” en la UIA, en el Simposio Precongreso: Psicología y Conducta Alimentaria en la Asociación Mexicana de Gastroenterología, A.C en la Ciudad de México, en el taller: “Meal Sessions Intervention in an outpatient clinic in Mexico City” en la International Conference for Eating Disorders en Barcelona, España y como tutora en “Adherencia Terapéutica y Trastornos de la Conducta Alimentaria” en el “Diplomado sobre Enfermedades Crónicas no Trasmisibles (ECNT) a Distancia” en la Secretaria de Salud.

Sobre su experiencia clínica en el ramo de los trastornos alimenticios se destaca lo siguiente: voluntariado de 1996 a 2000 en la Clínica de Trastornos de Alimentación del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Empleo temporal en el Ambulatory Care for Eating Disorders en el Toronto General Hospital en Toronto, Canadá. Psicóloga y facilitadora en el Programa de Prevención de Trastornos de Alimentación, Sexualidad y Adicciones de la Universidad Tecnológico de Monterrey. Campus Cd de México, Jefa del Departamento de Psicología de “Bio-Clinique:

Centro de tratamiento y Prevención de Trastornos de Alimentación”, Participación y coordinación del contenido y desarrollo del Área de Autocuidado: Estrategia Educativa en Alimentación y Actividad Física para Escuelas Primarias en Ogalli Consultores, actualmente es Coordinadora del Departamento de Psicología en el “Centro Ángeles para Trastornos de la conducta alimentaria Polanco” del Grupo Ángeles y ofrece psicoterapia individual en su consultorio privado.

Es miembro de la Academy for Eating Disorders AED desde 1998 y de la Asociación Mexicana de Trastornos de la Alimentación AMTA desde 2008. También es autora de varias publicaciones.

SARA PERLASCA

Estudió la licenciatura en Nutrición y Servicios de alimentos en la Universidad Iberoamericana y un Curso de Trastornos de la Alimentación en la misma Universidad, obtuvo el Diplomado de Trastornos de Alimentación en Interdisciplinas Cognitivo Conductuales. Tiene certificación en “La Zona” y “Veritest” (prueba de sensibilidad alimentaria) y está certificada por el Colegio Nacional de Nutriólogos. Es especialista en Obesidad, Sobrepeso y Trastornos de la Alimentación. Colabora como nutrióloga en la Clínica Karuna para Trastornos de la Alimentación y ofrece asesoría nutricional privada en su consultorio particular.

HÉCTOR PINEDO

Médico Cirujano por la Facultad de Medicina de la UNAM., Especialista en Psiquiatría por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM. y miembro del equipo interdisciplinario de la Clínica Karuna para Trastornos de la Alimentación.

Ex Director del Hospital Clínica “Rosarito by the Sea” del Grupo Médico Internacional S.A. de C.V., en Rosarito Baja California. Profesor Fundador del Curso de Postgrado en Terapia Familiar en la Universidad Iberoamericana, Tijuana Baja California. Profesor de Psicología Médica y Psiquiatría del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM. Certificado y Re certificado por el Consejo Mexicano de Psiquiatría. Sub especialista en Psiquiatría de Enlace por los Institutos Nacionales de Salud, Terapeuta Cognitivo Conductual y Racional Emotivo por el Instituto Albert Ellis de New York. Estudios de Maestría en Terapia Racional Emotiva en el Instituto de Terapia Racional Emotiva en México (ITREM).

Ex jefe de Hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente” S.Z.

Socio Fundador y Director Clínico y de Investigación de Interdisciplinas Cognitivo Conductuales S.C.

Presidente Electo del capítulo mexicano de la American Society of Addiction Medicine. Autor y coautor de diversos artículos nacionales e internacionales sobre temas de Salud Mental, Psicoterapia, Psiquiatría e Investigación Clínica. Co-autor del libro: "La Psicoterapia Cognitivo Conductual" en prensa.

PSICOANALISTA

Realizó su formación universitaria en la Universidad Nacional Autónoma de México, posteriormente realizó un Postgrado el área de Psicología Clínica en Paris, Francia, donde también realizó sus practicas profesionales en una prestigiada institución dedicada a promover investigaciones pedagógicas y psicoanalíticas relacionadas con los problemas planteados por el retardo y la psicosis en el niño.

Adquiere su formación psicoanalítica participando en varios seminarios y actividades con miembros de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis. Así mismo, ha trabajado en instituciones de atención clínica a niños, jóvenes y adultos con problemas diversos como autismo, retraso mental, psicosis, etc. en el ámbito nacional e internacional.

Es docente en la maestría de Psicología Clínica en una universidad del interior de la Republica Mexicana. Actualmente participa en seminarios con miembros de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis y ejerce como psicoanalista en su consultorio particular.

HOMERO SANTIAGO

Obtuvo la licenciatura en Ciencias de la Salud en The Pacific Western University, tiene las especialidades de Nutrición Clínica, Naturopatía y Bariatría, lleva más de 17 años en el campo profesional de la salud.

Estudió la Especialidad en Nutrición clínica y Barritaría en el instituto Mexicano de Educación e Investigación en Medicina, estudios avalados por el Instituto Politécnico Nacional, la Escuela Superior de Medicina y el Colegio Mexicano de Cirujanos A.C.

En la Sociedad Mexicana de Análisis Transaccional realizó estudios de Psicoterapia fundamentada en Análisis Transaccional, Gestalt e Hipnosis. Así mismo, realizó un Diplomado en Medicina Natural en la Universidad Intercontinental y está certificado como Coach Ontológico en Corear México, estudios avalados por la Federación Latinoamericana de Profesionales en Coaching Ontológico, entre otros muchos estudios realizados.

Actualmente es director general de Genki Centro de Nutrición Holística S.A de C.V., en la que lleva a cabo consulta general y especializada en recuperación biológica.

Así mismo colabora en la elaboración de una identidad integral e integrativa de los pacientes. Lleva más de 15 años impartiendo talleres reeducativos para cambio de la conducta alimentaria. También ha sido diseñador de un Software nutricional como herramienta de apoyo para profesionales de la salud.

Homero Santiago ha sido conferencista en radio y televisión, así como en diferentes foros abiertos para la capacitación de profesionales de la salud y público en general con lo relacionado al cambio de la cultura y conducta alimentarias. También se ha desempeñado como Coach Nutricional y asesor en grupos de empresas dentro de la industria del Net Work Marketing. Es autor del libro “Vivir sin lonjas” (en prensa).

PERLA TABACHNICK

Perla Tabachnik estudio Psicología Clínica en la Universidad de las Américas, cursó la especialidad en Terapia Familiar y de Pareja en el Instituto Personas, A.C., entrenamiento en Psicodrama con Elaine Goldman en Phoenix, Arizona y Diana Villarreal en México, D.F.

Además se ha entrenado profesionalmente en el Raider Institute de Houston, Texas en Terapia para Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa y Comer Compulsivo, así como un curso intensivo con el Dr. David Garner.

Así mismo, entre muchos otros cursos y talleres tiene un Diplomado en Terapia de Contención en el Instituto Prekop y en Terapia de Hipnosis Eriksoniana en el Instituto Kinantah de Milton Erikson en México Distrito Federal.

Ha sido catedrática de la Universidad Iberoamericana en con el curso “Terapia familiar en Trastornos Alimenticios”, del Diplomado en Trastornos Alimenticios impartido en la Fundación CBA avalado por el Dr. David Garner, y de “Terapia familiar en Trastornos Alimenticios” del Instituto Personas A.C.

Actualmente su trabajo profesional está enfocado a la Terapia individual, familiar y terapia dirigida personas que padecen anorexia y bulimia nervosas.

Ha contribuido a la difusión y prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria a través de los medios electrónicos de comunicación mediante entrevistas radiofónicas y especialmente en televisión en el programa “Otro Rollo”.

CLAUDIA UNIKEL

Realizó sus estudios de Licenciatura en Psicología en la UAM (Universidad Autónoma Metropolitana) Xochimilco, Maestría en Psicología Clínica en la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México) y Doctorado en Psicología en UNAM.

Así mismo, realizó un diplomado en “Diagnóstico y Tratamiento Multidisciplinario de los Trastornos de la Alimentación” en Interdisciplinas Cognitivo-Conductuales.

Forma parte del Sistema Nacional de Investigadores en nivel I y tiene la Categoría actual como investigador de los Institutos Nacionales de Salud en el nivel “D”.

De 1991 a 1998 participó en diversas investigaciones en la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” INP sobre adicciones. De 1994 a 1998 participó en el proyecto: Estudio, tratamiento y rehabilitación del paciente psiquiátrico, con la actividad de Danza y Movimiento Expresivo de la División de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría, mientras que en el periodo de 1997 a 2004 participó como investigadora y terapeuta de la Clínica de Trastornos Alimentarios del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Así mismo ha sido responsable de los proyectos de investigación “Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres que buscan tratamiento psiquiátrico” y “Prevalencia y factores asociados a conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes en localidades con diferente nivel de urbanización e intensidad de migración”, financiado por CONACYT por el periodo 2005- 2008

Autora y co-autora de mas de 60 publicaciones nacionales e internacionales, de las cuales la mitad están dedicadas a Trastornos de la Conducta Alimentaria , Imagen Corporal y sobre Conductas y Factores de Riesgo de los TCA.

Ex-profesora adjunta del Curso de Postrado para médicos especialistas: Trastornos Alimentarios de la Dirección de Servicios Clínicos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2000-2004. Actualmente es tutora de licenciatura y maestría en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la UAG (Universidad Autónoma de Guadalajara), de doctorado en el Doctorado en Ciencias de la Salud en la UAEM (Universidad Autónoma del Estado de México), de maestría y doctorado del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. Facultad de Medicina, de la UNAM y de doctorado en el Doctorado Único en Psicología de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Entre los múltiples cursos a los que ha asistido cabe mencionar :“When treatment of the eating disorder patients is especially difficult: Addressing Patient and Therapist Characteristics that Threaten Clinical Care”, “Cognitive behavioral therapy for Eating Disorder Patients.” y “Psychodinamics and the treatment of eating disorders” en 2001, 2002 y 2003 respectivamente, en la Conferencia de la Academia de Trastornos Alimenticios (Conference of the Academy for Eating Disorders).

CALUDIA VARELA

Licenciada y Maestra en Psicología por la Universidad de Sonora. Se ha desempeñado como coordinadora estatal de programas de salud mental de la

Secretaría de Salud, asesora y supervisora de Unidades de Desintoxicación en el estado de Sonora, también ha sido docente de la Universidad de Sonora en el área de Psicología Clínica.

Ha participado en diversas investigaciones relacionadas con la familia y las adicciones. Fue Coordinadora Académica en Interdisciplinas Cognitivo Conductuales, S.C., así como docente y supervisora en el Diplomado en Terapia Cognitivo Conductual de la Asociación Mexicana de Terapias Cognitivo Conductuales, A.C.

Así mismo, tiene amplia experiencia en el manejo de grupos psicoeducativos para pacientes y familiares de diversos trastornos: depresión, ansiedad, esquizofrenia, adicciones y trastornos de alimentación. Terapeuta individual y grupal de diversos programas de Terapia Cognitivo Conductual: adicciones, trastornos de alimentación, esquizofrenia, depresión y ansiedad. También se ha desempeñado como Psicoterapeuta de apoyo a pacientes y familiares del Centro de Neurorehabilitación del Grupo Angeles. Cuenta con la certificación de la Asociación EMDRIA en el Modelo de Desensibilización y Reprocesamiento por medio de movimiento ocular para el manejo de eventos traumáticos. Actualmente es coordinadora de la Clínica Kore para el Tratamiento de la Depresión, terapeuta grupal de Terapia Cognitiva para Depresión y psicoterapeuta Cognitivo Conductual de la Clínica Phobos para el Manejo de los Trastornos por Ansiedad en Interdisciplinas Cognitivo Conductuales, S.C.

VERÓNICA VELÁZQUEZ

Licenciada en psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Psicóloga adscrita a la Clínica de Obesidad y Trastornos de Alimentación del Departamento de Endocrinología y Metabolismo del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) desde 2003.

Estudió “Terapia Conductual Infantil” en la Facultad de Psicología a través de la Coordinación de Enseñanza Profesional del Centro Comunitario Dr. Oswaldo Robles., “Bariátrica Multidisciplinar. Atención del paciente para cirugía de obesidad” en el Hospital Dos Fornecedores de Cana de Piracicaba, Brasil y “Binge Eating Disorder: Progress in Understanding and Treatment” en la Universidad del Sur de Florida E.U. (University of South Florida USA) (AMA Physician’s Recognition Award).

Actualmente realiza sus estudios de doctorado en la Universidad Nacional Autónoma de México. Ex-Instructora Académica del Programa de Internado en Psicología General del Área de Salud-Social dentro de la Facultad de Psicología de la

UNAM y ex-terapeuta especializada en Terapia Conductual Infantil en el Centro Comunitario "Dr. Oswaldo Robles".

Desde 2003 es profesora del Curso "Nutrición en diabetes, obesidad, dislipidemias y síndrome metabólico" y del Curso de Obesidad. En el departamento de Endocrinología y Metabolismo del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Miembro de la Sociedad Norteamericana para el Estudio de la Obesidad (North American Association for the Study of Obesity NAASO) y la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A.C. (SMNE). Ha dictado más de 50 conferencias tiene más de 20 presentaciones en congresos nacionales e internacionales autora y co-autora en 12 publicaciones

GRAZIELLA ZIEROLD MONTES.

Egresada del Colegio de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional Autónoma de México, generación 1960-63, cuenta con tres diplomados en diversos tópicos, actualmente es Técnico Académico Asociado "C" definitivo de tiempo completo, labora en el Centro de Servicios Psicológicos y en el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM. Ha asistido a numerables congresos, seminarios y talleres como parte de su actualización en los últimos 30 años, entre los que destacan:

Estancia en los departamentos de Psicología Educativa, Antropología y Sociología de la Universidad de Texas en Austin; Seminarios y Talleres sobre Psicología Clínica, Counseling y Psicología Comunitaria, en The Hogg Foundation en Austin, Texas; en Houston y San Antonio, Texas, visita a programas sobre salud mental, además de un seminario intensivo sobre "Técnicas Terapéuticas" en la Jolla, California, en los Estados Unidos de Norteamérica.

Ha asistido a congresos varios sobre "Salud mental y universitaria" y sobre "Alimentación, nutrición en Atención Primaria en Salud", así como también a diversos congresos sobre psicoanálisis organizados por la Asociación Psicoanalítica Mexicana, en los que también ha participado como ponente.

Participó en la "International Conference On Psychological Factors in the Course of Diabetes Mellitus" en la British Diabetic Association, University of Sussex, y a los talleres "Eating Disorders as a factor affecting the condition of the diabetic patient" en la International Conference on Psychological Factors in the course of diabetes mellitus en la British Diabetic Association. University of Sussex, y al taller "Differential diagnosis of eating disorders" en la Catholic Chaplaincy Association. University of Sussex en el Reino Unido.

Así mismo ha participado en diversas mesas redondas sobre "Trastornos Alimenticios: causas, prevención y tratamiento" así como también o en los ciclos de

conferencias anuales del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, con el tema "Trastornos Alimenticios", "Elaboración de un Programa Cognitivo-Conductual de Modificación de Hábitos Alimenticios", en el simposio: "Prevención y control de las dislipidemias y la obesidad en la Salud". Así como también en más mas de 14 ciclos de conferencias con diferentes temas de los que destacan: "Trastornos Alimentarios" y "Anorexia y Bulimia". También ha sido instructora en diferentes talleres sobre: "Programa Cognitivo Conductual en Autocontrol de la Obesidad", "Aspectos nutricionales y modificación de hábitos", "Alternativas de intervención para la promoción de la salud", "Aspectos generales de autocontrol aplicados a la modificación de hábitos alimenticios", "Aplicaciones y avances de la investigación clínica en los Centros de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología" y "Técnicas de autocontrol en el tratamiento de la Obesidad"

Dentro de sus investigaciones destacan: "Estudio comparativo entre dos programas para control de peso" y "Evaluación psicofisiológica y manejo de estrés en pacientes diabéticos: relaciones entre variaciones del sistema nervioso autónomo y los niveles de glucosa en sangre".

Desde hace varios años ofrece servicio terapéutico a un promedio de 14 pacientes por semana, con Trastornos de la conducta alimentaria en los dos Centros de apoyo psicológico de la Facultad de Psicología de la UNAM.