



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**Trastornos de la Conducta Alimentaria TCA en niños  
de 4 a 12 años: una propuesta psicoeducativa**

**T E S I S I N A**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A  
**Rosa María Pérez Ángeles**

Directora: **Mtra. María Guadalupe Ofelia Aguilera Castro**

Dictaminadores: Lic. **Juana Ávila Aguilar**

**Mtra. Araceli Silverio Cortés**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2011



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.

## *AGRADECIMIENTOS*

*Gracias, es lo que puedo decirles a todas las personas especiales en mi vida, a las cuáles me gustaría agradecer por su tiempo, compañía, consejos, regaños, abrazos y cariño. Algunos están aquí presentes conmigo y otras en mis recuerdos y en el corazón.*

*A mis padres agradezco infinitamente el hecho de haberme educado y guiado en mi camino para poder llegar a lograr esta meta que no es fácil llegar; a mi hermana por estar conmigo en momentos que la necesité, a ellos tres gracias por su cariño, comprensión y amor.*

*Thank you because you are part of this dream is now real... Love you (JMCS).*

*A mis amigos y amigas, todos ellos porque sin su compañía y sin su escucha no hubiera aprendido grandes lecciones, gracias por todos esos viajes y momentos inolvidables que pasé junto a cada uno de ustedes.*

*A mis profesores que fueron parte importante en mi formación como profesionista, gracias por esos consejos que me fueron ofrecidos para ser lo que ahora soy profesionalmente.*

*Al más especial de todos, DIOS porque pude hacer realidad este sueño tan anhelado, gracias por rodearme de personas tan especiales en mi vida y por abrigarme en todo momento, I love you God.*

*Rosy.*

# ÍNDICE

<b>Resumen</b> .....	<b>5</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>6</b>
<b>Capítulo 1.</b>	
Terapia cognitivo-conductual aplicada en los trastornos de conducta alimentaria TCA.....	<b>10</b>
<b>Capítulo 2.</b>	
Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria TCA.....	<b>16</b>
2.1 Factores biopsicosocioculturales predisponentes de los trastornos de conducta alimentaria.....	<b>17</b>
2.1.1 Anorexia.....	<b>21</b>
2.1.2 Bulimia.....	<b>23</b>
2.1.3 Obesidad.....	<b>24</b>
<b>Capítulo 3.</b>	
Sintomatología y Diagnóstico de los trastornos de conducta alimentaria TCA.....	<b>28</b>
3.1 Anorexia.....	<b>28</b>
3.2 Bulimia.....	<b>34</b>
3.3 Obesidad.....	<b>37</b>

## **Capítulo 4.**

Trastornos de conducta alimentaria TCA. Inicio precoz; desde la infancia hasta la adolescencia.....	40
4.1 Realidades y problemas actuales de los trastornos de conducta alimentaria en niños de 4 a 12 años.....	43

## **Capítulo 5.**

Anorexia, bulimia y obesidad. Tratamientos psicológicos.....	45
5.1 Terapias de apoyo y psicoeducativas. Una propuesta de trabajo.....	46
5.2 Una propuesta psicoeducativa. Trabajando y educando en casa.....	62

## **Capítulo 6.**

Conclusiones.....	68
<b>Bibliografía</b> .....	<b>73</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>80</b>

## RESUMEN

Los trastornos de conducta alimentaria TCA, son un conjunto de síntomas, conductas y signos lo cual conllevan un proceso complejo en el que participan componentes fisiológicos de regulación de la ingesta alimentaria, del crecimiento y peso corporal; componentes psicológicos, la familia y componentes culturales y sociales. Actualmente, los trastornos de la conducta alimentaria TCA, muestran una relevancia importante dentro de nuestra sociedad, en México se estima que entre un 0.5% y 1.5% de la población en general la padece anorexia y un 3% bulimia, en cuanto a la obesidad el estimado es elevado al grado de ser el 1º lugar en obesidad infantil.

Dichos trastornos, se están presentando a más temprana edad, y esto puede ser debido a los factores biopsicoculturales que continuamente e inevitablemente son parte del desarrollo físico y psicológico y educativo de cualquier infante. La finalidad de esta investigación fue indagar acerca de los factores detonantes y predisponentes para que los trastornos de la conducta alimentaria TCA se presenten cada vez a más temprana edad siendo identificadas las edades entre 4 y 12 años de edad. Se encontró que la familia y las costumbres a la hora de la comida son factores sumamente importantes para que se desarrollen dichas conductas, ya que estas van reforzadas por los el medio social, lo cual regulan en ciertas ocasiones las cogniciones de las personas.

Hay una gran variedad de tratamientos multidisciplinarios, pero la que ha mostrado mayor eficacia es la terapia cognitivo-conductual evitando posibles recaídas; esto se logra a partir del trabajo con la familia y con el paciente en particular. Con esta investigación se pretende aplicar la propuesta psicoeducativa la cuál fue la base primordial de la realización de esta investigación.

## INTRODUCCIÓN

Las modas como fenómeno social han existido en todas las culturas a lo largo de la historia del hombre. Las sociedades se han vuelto más homogéneas y los medios de comunicación han alcanzado una potencia desconocida contribuyendo a la similitud de las costumbres. Los adolescentes se transforman en el modelo de identificación para la sociedad, ya que su cuerpo, su belleza, su vestimenta y su juventud son reclamos permanentes (Saldaña, 2001).

Los trastornos alimenticios son un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura y ritmo de vida.

Actualmente, los trastornos alimenticios como la anorexia y bulimia se consideran serios problemas de salud, al ocasionar complicaciones severas como desnutrición y desequilibrios fisiológicos e incluso la muerte (Moreno y Ortiz, 2009). De acuerdo con la Secretaría de Salud del gobierno federal, se calcula que entre 0.5% y 1.5% de la población general padece anorexia y 3% bulimia; es por ello que los trastornos en la conducta alimentaria constituyen un problema de salud por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades más tempranas (Secretaría de Salud, Estado de México, 2004).

Se dice que los problemas de la conducta alimentaria surgen en respuesta al cambio hacia la pubertad. Se han visto asociaciones entre la alteración de la conducta alimentaria y la insatisfacción corporal en la pubertad. Entre los factores de riesgo en esta fase del desarrollo se incluyen las burlas por parte de los pares, el malestar al discutir los problemas con los padres, la preocupación maternal por las dietas y la incorporación de valores occidentales entre los inmigrantes.

Otros factores de riesgo son; el género femenino, tener un cuerpo "en forma de pera" y poseer un índice de masa corporal elevado. Ya que durante esta etapa existe una acumulación de cambios que hacen más vulnerable el equilibrio psicológico, una gran cantidad de jóvenes inician regímenes de adelgazamiento, para demostrarse a sí mismas que pueden controlar su cuerpo y lograr un mayor grado de autoafirmación y de aceptación social (Moreno y Ortiz, 2009).

Es por ello que durante la edad preescolar es importante la implementación de regímenes alimenticios adecuados, ya que los patrones de alimentación desadaptativos precoces incrementan la probabilidad de aparición de problemas posteriores. El comer entre horas y los problemas digestivos se relacionan con la conducta anoréxica, y la ingesta persistente de sustancias no nutritivas (por lo menos durante un mes) mejor conocida como "pica" y las peleas a la hora de comida (que indican problemas en la capacidad de autorregulación de la alimentación y luchas familiares relacionadas con la comida) predicen la bulimia. En la edad escolar se inician las preocupaciones por el peso corporal, las dietas, rechazo de la comida y las conductas rituales y fóbicas durante la comida (Bielsa, 2007).

La educación para la salud forma parte integral de todas las personas, lo cual supone la formación de todos los individuos; uno de los objetivos principales en la etapa escolar es la promoción de hábitos de vida saludables, conseguir un crecimiento y desarrollo óptimo, la prevención de enfermedades crónicas con mayor prevalencia en la edad adulta como son la anorexia, bulimia y obesidad. Los hábitos alimentarios adquiridos en este periodo, etapa infancia – adolescencia son decisivos en el comportamiento alimentario en la edad adulta. La educación debe considerarse, como una herramienta indispensable en la prevención de los trastornos alimentarios.



No es solamente en la escuela donde se educa nutricionalmente al alumno, ya que en esta labor son decisivos la familia, el entorno y los medios de comunicación sociales (Chinchilla, 2003; Bielsa, 2007; y Moreno y Ortiz, 2009).

Por tal motivo, el objetivo del presente estudio consiste en analizar los factores biopsicosociales predisponentes para que los trastornos de la conducta alimentaria TCA se presenten actualmente a más temprana edad, oscilando ésta entre los 4 y 12 años de edad; y además, se presentará una propuesta de intervención como parte del tratamiento psicológico de este tipo de desórdenes.

### **Objetivos específicos:**

1. Analizar el impacto actual de los TCA.
2. Analizar los factores biopsicosocioculturales como detonantes de los trastornos de la conducta alimentaria TCA.
3. Analizar la incidencia de casos a más temprana edad.
4. Analizar la efectividad de los tratamientos psicológicos utilizados en los TCA.
5. Analizar la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual utilizada como técnica en el tratamiento psicológico de los TCA.
6. Realizar una propuesta de intervención psicoeducativa basada en los principios del tratamiento cognitivo-conductual.

Para tal efecto, en el capítulo 1, se hablará acerca de la terapia Cognitivo-Conductual en donde se explica desde su desarrollo, cómo fue que se formó y como se aplica en el tratamiento en los trastornos de conducta alimentaria TCA. Dentro del capítulo 2 se abordará la epidemiología de las conductas alimentarias, en donde se explican los alcances que han tenido los trastornos de conducta alimentaria TCA desde tiempos remotos hasta la actualidad; en lo que refiere a los factores biopsicosocioculturales se menciona que funcionan como factores

predisponentes para que los TCA se presenten tales como la familia, amigos, sociedad, economía, costumbres, etcétera.

También en el capítulo 3, se expone la sintomatología y diagnóstico de acuerdo al DSM-IV y el CIE-10 de cada uno de los trastornos de conducta alimentaria en los que se enfoca esta investigación tales como la anorexia, bulimia y obesidad; así como en el capítulo 4 se muestra la incidencia los TCA en la infancia y adolescencia entendiéndose como inicio precoz además de las realidades y problemas que se generan a esta edad.

El capítulo 5, tendrá mayor peso dentro de esta investigación, ya que integra los tratamientos psicológicos (Terapia cognitivo-conductal) y la propuesta psicoeducativa basada en los principios la teoría cognitivo-conductual la cual es el objetivo principal dentro de la investigación.

## **CAPÍTULO 1**

### **TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL APLICADA EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA TCA.**

La modificación de conducta ha comenzado a demostrar un creciente interés en técnicas que tienen en cuenta los procesos cognitivos, (Phares y Trull, 1999). La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) posee cuatro pilares teóricos básicos. El primero de ellos, surge a partir de las investigaciones del fisiólogo ruso Ivan Pavlov, quien accidentalmente descubre un proceso básico de aprendizaje que luego llamaría Condicionamiento Clásico. Dicho hallazgo, trata de un proceso por el cual los organismos aprenden relaciones predictivas entre estímulos del ambiente. Sobre los trabajos de Pavlov es que se inspira uno de los autores más conocidos y más asociados con la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), justamente, John B. Watson, quien aplicó los principios del condicionamiento clásico para eliminar la fobia de un niño, funda las bases de lo que hoy se conoce como el conductismo (Navarro, 1994).

Hacia el año 1930, las investigaciones de F. B. Skinner plantean la existencia de otro tipo de aprendizaje, el Condicionamiento Operante, proceso por el cual los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen en función de las consecuencias que le siguen. La gran cantidad de investigaciones desarrolladas a la luz de estos dos paradigmas mencionados pasaron a formar lo que se conoce como Teoría del Aprendizaje, la cual históricamente ha sido piedra angular de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Hacia la década de 1960 los trabajos encabezados por Albert Bandura comienzan a conformar un nuevo conjunto de hipótesis, cuyo énfasis recae en el papel que juega la imitación en el aprendizaje; este hallazgo fue nombrada "Teoría del aprendizaje social", en donde se afirma que el aprendizaje no sólo se produce por medio de la experiencia directa y personal sino que, fundamentalmente en los seres humanos, la observación hacia

otras personas así como la información recibida por medio de símbolos verbales o visuales tienen gran relevancia. Y sólo a manera de comentario, agreguemos que Bandura se halla también muy involucrado en la formulación de modelos cognitivos (Navarro, 1994).

Aaron Beck y Albert Ellis son dos de los representantes principales en lo que a la psicología clínica se refiere. Aunque ambos desarrollaron de manera relativamente independiente sus dos modelos de intervención terapéutica (Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva); en lo esencial, coinciden; ambos hacen hincapié en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones, aunque, desde el inicio, admiten que no toda la vida emocional puede explicarse por el pensamiento. Por otra parte, el pensamiento de un individuo refleja su sistema de interpretación del mundo, vale decir, un conjunto de creencias, supuestos y reglas subyacentes que por lo general no son plenamente conocidas por las personas (Shaldon, 1995).

Albert Ellis desarrolló la terapia racional-emotiva (TRE); en donde la premisa básica de la TRE es en gran parte, si no todo el sufrimiento emocional, es debido a los modos inadaptativos que las personas construyen del mundo y a las creencias irracionales que mantienen. Dichas creencias conducen a pensamientos y sentimientos autoderrotistas que ejercen un efecto adverso sobre la conducta de las personas. A partir de los trabajos realizados por Ellis, se asume que las personas reaccionan dependiendo de los modelos de razonamiento, los cuales pueden controlar los pensamientos, emociones y acciones del individuo (Caro, 1997).

El psiquiatra Aaron Beck desarrolló una forma de terapia cognitiva que se centra en los procesos de pensamiento de las personas. Para entender la forma de terapia cognitiva de Beck, es necesario introducir tres conceptos básicos que son: 1) los eventos cognitivos, 2) los procesos cognitivos y 3) las estructuras cognitivas. Beck se refiere a los *eventos cognitivos* como la corriente de pensamientos e imágenes que se tienen, pero que con frecuencia no se les presta atención;

debido a que estos pensamientos son extremadamente rápidos, Beck los denominó pensamientos automáticos. Mientras que los *procesos cognitivos* se refieren al contenido de los pensamientos, imágenes y sentimientos que los acompañan, los *eventos cognitivos* se refieren a la manera en la que se dan los procesos automáticos en el sistema cognitivo; el procesamiento de la información incluye mecanismos de búsqueda, almacenamiento, inferencia y recuperación de la información. los cuatro procesos cognitivos que menciona Beck son, 1) razonamiento dicotómico: se refiere a la tendencia a dividir los eventos en opuestos o en pensar en términos extremos; 2) sobregeneralización: se refiere al proceso de llegar a conclusiones de gran alcance sobre eventos de su vida; 3) magnificación: se refiere a la tendencia de ver los eventos de su vida con mucho más importancia de lo que realmente son; y 4) inferencia arbitraria: se refiere al proceso de elaborar conclusiones cuando se carece de evidencia o es contraria a las conclusiones. Las *estructuras cognitivas* se refieren a los esquemas y premisas que determinan a qué eventos se presta más atención y cómo se interpreta (Meichenbaum, 1988). Estos son, los cuatro pilares básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual: aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo (Shaldon, 1995).

Es así como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se desarrolla a partir de las posturas más importantes y significativas dentro de la psicología. El modelo cognitivo conductual considera que los patrones de conducta desadaptada pueden ser consecuencia de patrones de pensamiento irracional; es por ello que la Terapia Cognitiva es el procedimiento para identificar y modificar estos “procesos cognitivos” con el objetivo de modificar sus repercusiones sobre las conductas y sobre las emociones. La modificación tiene sentido clínico cuando los pensamientos, la conducta o las emociones son disfuncionales y reflejan la presencia de un trastorno mental o cuando dificultan la adaptación de la persona a los requerimientos de su vida diaria afectiva, relacional, intelectual. La terapia Cognitiva dispone y aplica técnicas y procedimientos específicos y también utiliza las técnicas y los procedimientos propios de la Terapia de Conducta; por tanto se

habla indistintamente de terapia Cognitiva o Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) (Caro,1997).

En lo que se refiere a la práctica de la Terapia Cognitivo-Conductual, las técnicas utilizadas combinan en diversos grados principios provenientes de múltiples líneas de investigación. En suma, dado el carácter científico de la Terapia Cognitivo-Conductual, ella se nutre, sencillamente, de la investigación psicológica contemporánea. En este sentido, no es una teoría ni una escuela psicológica, sino que se caracteriza mejor como un marco metodológico. La intervención terapéutica en Terapia Cognitivo-Conductual se estructura en cuatro pasos. El primero contempla describir la conducta y los eventos con los cuales se asocia; la segunda fase es hacer predicciones o una evaluación cuidadosa del caso, en donde se observan las relaciones que controlan la conducta basados en las relaciones observadas de la conducta y los eventos; es así como se llega al momento de formular hipótesis explicativas acerca de los problemas que trae la persona y trazar los objetivos del tratamiento. Esas hipótesis conducen a la tercera fase, la intervención propiamente dicha, vale decir, el empleo de técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados. Finalmente, la cuarta fase, el seguimiento, consiste en la evaluación de la aplicación de programa terapéutico y la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios (Caro, 1997).

Es así como la Teoría Cognitiva (TCC) postula que la conducta y sus consecuencias está determinada por la manera como la persona entiende, interpreta y estructura el mundo basándose en actitudes y supuestos propios que han ido desarrollándose a partir de sus experiencias y aprendizajes anteriores. Estos procesos de evaluación son universales, en general todas las personas lo llevan a cabo, pero el significado finalmente atribuido a cada condición ambiental o experiencia es particular de cada individuo. El resultado de esta evaluación se expresa en forma de etiquetas, valoraciones o definiciones muy concretas que se incorporan al concepto interno, o discurso particular. La repetición continuada de estas valoraciones en el discurso interno puede llegar a activar determinadas

emociones y sentimientos, que a su tiempo influyen y condicionan a la persona para que se mantenga la conducta (Calvo, citado en García, 2002).

Una de las críticas más difundidas hacia la Terapia Cognitivo-Conductual afirma que los síntomas retornarán una vez eliminados, vale decir, que habrá recaídas o sustitución de síntomas. Sin embargo, gran cantidad de estudios de seguimiento ha demostrado que la mayoría de las veces este fenómeno no se produce. Las investigaciones que reportan recaídas corresponden a trastornos en los cuales ninguna estrategia psicológica ha mostrado una eficacia significativa, tal es el caso de la Esquizofrenia, el Trastorno Antisocial de la Personalidad. Por otra parte, los índices de eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual para algunos grupos de síndromes, como los trastornos de ansiedad y trastornos de conducta alimentaria (TCA) rondan el 90 % de casos recuperados o muy mejorados en estudios de seguimiento a más de dos años (Calvo, citado en García, 2002).

En la última década se han realizado importantes avances en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), trata de producir cambios en las conductas, creencias, actitudes y emociones distorsionadas de los pacientes (Calvo, citado en García, 2002). Este modelo entiende que la presión social por obtener un ideal de belleza y delgadez así como los pensamientos y cogniciones irracionales respecto a la imagen y la aceptación, conducen al paciente a presentar conductas restrictivas de alimentación (Fernández, citado en Caballo, 1998). El tratamiento psicológico debe enfocarse a conseguir unos cambios duraderos en los pensamientos y emociones relacionados con el peso corporal, la silueta y el tamaño corporal, de forma que se disminuya la importancia que la delgadez tiene en el paciente, y la comida deje de ser la respuesta automática (Calvo, citado en García, 2002).

La terapia cognitivo conductual TCC como tratamiento para los trastornos de conducta alimentaria TCA, se basa en tres fases iniciales:

- 1) Esclarecimiento de los objetivos y de la motivación del paciente: nivel sintomatológico (atracones, restricciones, conductas compensatorias;

cogniciones irracionales, sentimientos de control, pensamientos destructivos; relaciones familiares conflictivas y conductas de evitación) y nivel no sintomatológico (déficit de habilidades sociales, patrones inadecuados de conducta; sentimiento de control y descontrol, autoconcepto negativo, perfeccionismo).

- 2) Psicoeducación sobre los problemas de conducta alimentaria y los factores relacionados con ellos.
- 3) Importancia de la recuperación de peso y de hábitos alimenticios adecuados.
- 4) Aumento de la conciencia sobre el trastorno del que padece.
- 5) Determinación de factores mantenedores; tanto individuales como familiares.

Durante estas fases, la psicoeducación hacia los padres acerca del trastorno de la conducta alimentaria y la búsqueda de ayuda para combatirlo, hacen que el tratamiento cobre mayor importancia y relevancia para la recuperación (Fernández, citado en Caballo, 1998).

En general, un tratamiento cognitivo conductual en este tipo de trastornos, suele componerse de tres fases:

- Fase I. Autoobservación y control de estímulos, así como un detallado registro de la alimentación diaria (fase psicoeducativa-conductual).
- Fase II. Confrontación y modificación de las cogniciones irracionales a través de la reestructuración cognitiva (fase cognitivo-conductual).
- Fase III. Prevención de recaídas (Fase de prevención) (Fernández, citado en Caballo, 1998).



## **CAPÍTULO 2**

# **EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA TCA.**

Hace más de tres décadas los llamados trastornos de conducta alimentaria (TCA), eran prácticamente desconocidos para la mayoría de los médicos e incluso para muchos psiquiatras de esas épocas, de tal forma que cuando se pudo llegar a dar un diagnóstico acerca de lo que las originaban fue un hallazgo excepcional (García, 2002).

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) se observan en todas las épocas de la vida y son una enfermedad de especial interés en los niños. A lo largo de las últimas décadas, enfermedades como la anorexia y la bulimia nerviosas, consideradas como propias de los últimos años de la adolescencia y primeros de la juventud, han descendido en la edad de comienzo y afectan a personas cada vez más jóvenes. Por otra parte, se ha producido un incremento de conductas patológicas en relación con la alimentación en los niños y en los adolescentes, que pueden actuar como factores de riesgo para el desarrollo posterior a la aparición del trastorno (Saldaña, 2001).

La preocupación por el peso y la figura corporal, además de la dificultad para mantener el peso dentro de los límites fisiológicos, y el despliegue de una serie de hábitos de alimentación anómalos, con serias consecuencias médicas y psiquiátricas; han alcanzado un crecimiento importante en la aparición de casos en donde habría que aclarar que la manifestación de este conjunto de síntomas en niños cada vez más pequeños, marca una tendencia a lo largo del siglo XX, en donde ciertas enfermedades psiquiátricas aparecen a edades más tempranas.

Actualmente se calcula que aproximadamente el 10% de todos los casos registrados de anorexia nerviosa comienza antes de la pubertad, el 50% antes de los 20 años y el 75% antes de los 25 años, y se observa una tendencia al aumento de las tasas de incidencia por debajo de los 20 años. La prevalencia de la

anorexia nerviosa en las mujeres de 12 a 19 años es del 0.5%, siendo sobre todo vulnerables las bailarinas, atletas (Saldaña, 2001).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han aumentado en países occidentales industrializados en los últimos decenios (0.5 a 1%), produciéndose la gran mayoría de ellos en mujeres de nivel socioeconómico medio o alto, con una edad promedio de inicio en el 85% de los casos, entre 13 y 20 años (Mardomingo, citado en García, 2002). La prevalencia de anorexia nerviosa se ha cuantificado de manera alarmante durante la última década, lo cual parece indicar que la propagación del 95% de los sujetos con trastornos TCA son adolescentes de sexo femenino y adultas jóvenes, por lo que es evidente la influencia del género femenino en su génesis, pero no así en su etiopatogenia lo que es más compleja (Nussbaum, citado en Mcanarney, Kreipe, Orr, y Comerci, 1997).

La bulimia nerviosa suele aparecer durante la adolescencia, pero este trastorno puede no llegar a la atención del médico hasta la edad adulta. La prevalencia de la bulimia nerviosa es del 1 – 1.5% en las mujeres adolescentes y en jóvenes tiene una relación entre mujeres/varones de 5/1 aproximadamente, de tal forma que los vómitos provocados y el empleo de laxantes es un modo bastante habitual de control de peso en edades de entre 16-18 años. Las tasas de incidencia en la población general aumentaron durante la década de los ochenta, estabilizándose hasta la actualidad en donde la imagen corporal sigue siendo el boom en la población juvenil (Mardomingo, citado en García, 2002).

## **2.1 Factores biopsicosocioculturales predisponentes de los trastornos de conducta alimentaria.**

El estudio de los factores de riesgo de los TCA son fundamentales para poner en marcha medidas y programas de prevención, sobre todo en la infancia y la adolescencia. En el caso de la anorexia nerviosa y la bulimia parece evidente que los cambios experimentados durante el siglo XX en el modo de comer, en los valores estéticos relacionados con el cuerpo y la imagen corporal, en los estilos de

vida y en el proceso de búsqueda de las mujeres de una identidad personal y profesional propia han sido factores determinantes (García, 2002).

Varios autores han sugerido que la orientación del rol de género y particularmente la socialización vinculada a la identidad genérica femenina, coloca a las mujeres en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, principalmente durante el período de adolescencia y adultez temprana. A la edad escolar aparece la preocupación por la imagen corporal, la que se asocia con popularidad, inteligencia y éxito y se rechaza la gordura (Sierra, 2005).

La prisa y el comer fuera de casa han sustituido en muchos casos a la comida familiar tradicional, lo que ha tenido como consecuencias inmediatas en la cantidad y calidad de la alimentación con predominio de las grasas y los azúcares. A esto se añade el abandono de horario de comidas, en particular en el caso de los adolescentes, que asumen como un hecho natural el comer entre horas, o mientras se llevan a cabo otras actividades, como ver la televisión o salir con los amigos. Se ha impuesto así un estilo de comer de carácter errático e hipercalórico que favorece no solo la obesidad, sino también la bulimia y la anorexia como respuesta al aumento indeseado de peso. El significado de comer se une al significado emocional que adquiere la comida a lo largo del tiempo, que pasa a ocupar un lugar central en la vida del sujeto, y se convierte en un auténtico modulador de las emociones, bien para compensar la frustración a base de atracones, como sucede en la bulimia, o para conseguir un sentimiento de satisfacción y autocontrol absteniéndose de comer, como sucede en la anorexia nerviosa (Mardomingo, citado en García, 2002).

La dimensión emocional de la comida se complementa con la enorme presión social que se ejerce sobre el individuo para que se mantenga delgado, presión ésta que afecta de forma predominante a las mujeres. La imagen corporal y la apariencia exterior delgada han cobrado importancia desmedida en la sociedad occidental, que ha construido a la delgadez y el control de peso en categoría suprema del gusto estético. La identidad personal se basa cada vez más en la apariencia externa, sobre todo en el caso de las mujeres, de forma que imagen

externa, identidad personal y éxito social han pasado a ser una misma cosa. El control del peso se ha convertido para muchas mujeres, en una de las claves del éxito femenino y en un medio imprescindible para competir con el varón y lograr la incorporación definitiva a la vida profesional (Mardomingo, citado en García, 2002).

La mayor vulnerabilidad de las niñas para sufrir TCA se debe, probablemente, no sólo a la mayor sensibilidad ante los mensajes sociales de carácter estético, sino también a determinadas características que las diferencian de los varones. Mientras los varones se basan fundamentalmente en los hábitos de comer en las sensaciones de hambre y saciedad, las mujeres, probablemente en relación con estilos cognitivos diferentes, tienen mucho más en cuenta la percepción y conciencia del propio cuerpo (Mardomingo, citado en García, 2002).

La investigación de factores de riesgo en la infancia ha despertado el interés en las características de la alimentación de los niños que pueden relacionarse más tarde con la aparición de la anorexia, bulimia u obesidad; actitudes familiares y sociales frente al peso y la imagen corporal, y características temperamentales y de la interacción familiar. El trastorno de la percepción del tamaño corporal y la identificación con una imagen personal delgada es un dato especialmente significativo, ya que se observa en la población general infantil un aumento significativo en donde el 45% de ellos desea estar delgado, el 37% ha intentado adelgazar, y el 7% sólo alcanza a mostrar claramente un TCA. Se da además la circunstancia de que no existen las diferencias en función del género con las mismas tendencias en los niños que en las niñas. Asimismo la preocupación por el peso y la necesidad de hacer régimen es un factor facilitador de la aparición de distorsión de la imagen corporal (Mardomingo, citado en García, 2002).

Al llegar a la pubertad sigue siendo un factor de riesgo de anorexia nerviosa y de bulimia la preocupación excesiva por la imagen corporal, la percepción negativa de los cambios corporales de la pubertad, las dificultades de control personal y la falta de afectividad, hacen que este tipo de trastornos se presenten comúnmente a esta edad. Las características de la interacción familiar son otro aspecto que ha

despertado especial interés en el estudio de los TCA. Las investigaciones de los últimos años indican que los estilos educativos de la familia pueden ser factores de riesgo de los TCA, así el control y la organización de forma excesiva formarían parte del medio familiar de muchos pacientes anoréxicos, ya que los padres en estos casos presentan tendencia a la perfección y al éxito; mientras que el descontrol y el ambiente cargado de críticas serían característicos del paciente bulímico.

Determinadas características de la personalidad aparecen también como factores de riesgo; la ansiedad, la inhibición y el autocontrol son propios de la anorexia nerviosa, mientras que las dificultades de control y organización, la impulsividad, la actividad y la falta de afecto son características de la bulimia nerviosa (Mardomingo, citado en García, 2002).

La obesidad tiene causas multifactoriales, genética, neuroquímica, metabólica, hormonal, psicológico, social y cultural. La obesidad constituye uno de los principales “estigmas sociales” con una marcada repercusión a nivel psicológico individual; así mismo, es un síndrome con alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica pero no por ello se le atribuye como trastorno psiquiátrico, se puede decir que los problemas psicopatológicos y trastornos psiquiátricos que acompañan a la obesidad se pueden considerar causales, sin embargo la alta prevalencia de psicopatologías presentadas en los pacientes obesos y la mayor tasa de padecimientos psiquiátricos han permitido ver a dicho problema como un trastorno de conducta alimentaria TCA (Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas, 2006).

A lo largo de los años, estos trastornos han sido atendidos con una diversidad de metodologías según la hipótesis etiológica sostenida. Actualmente, la epistemología constructivista ha resaltado la influencia ejercida por el observador en la conceptualización de los fenómenos que son observados. Desde el punto de vista positivista, los fenómenos tienen una realidad objetiva en sí mismos y deben ser aprehendidos a través de la observación y la contrastación empírica. Con relación a los trastornos alimentarios, existe una multitud de enfoques que deriva de una descripción causal diferente, pero la gran mayoría de ellas sostienen que el

aprendizaje, la observación y la experiencia, son ejes primordiales de cualquier metodología para poder tratar los trastornos de la conducta alimentaria TCA (Moreno y Ortiz, 2009).

### 2.1.1 Anorexia

La anorexia nerviosa es un trastorno en el que un individuo, restringe excesivamente la ingesta alimentaria y presenta una notoria pérdida de peso por debajo del peso corporal ideal. El comienzo es muy frecuente cuando el adolescente supera la pubertad. El aumento del depósito de tejido adiposo durante la pubertad, así como la mayor inquietud acerca de la obesidad entre pares puede predisponer a algunos adolescentes a comenzar a hacer dietas (Nussbaum, citado en Mcanarney, Kreipe, Orr y Comerci, 1997). El adolescente se impone a dietas rigurosas con restricción de alimentos con alto contenido calórico; presenta una preocupación constante por su peso, modifica el ritmo de sus comidas y lleva a cabo una serie de conductas dirigidas a adelgazar, en las que destaca la provocación del vómito (García, 2002).

La anorexia podría estar relacionada con una alteración en la función hipotalámica y, de hecho, se han observado muchos casos de lesiones cerebrales en esa localización cuyas manifestaciones clínicas son parecidas a la bulimia. El incremento en la actividad de la serotonina en el hipotálamo podría explicar algunos rasgos de la enfermedad, sobre todo los obsesivos y la inhibición psicosexual, pero aún no está claro si muchas de estas alteraciones son primarias o secundarias a la pérdida de peso (García, 2002).

Los adolescentes que presentan anorexia nerviosa suelen tener baja autoestima y altos niveles de ansiedad. Tienden a ser introvertidos, obsesivos y perfeccionistas, y a tener tendencias dominantes. Por lo general, pese al rendimiento superior al promedio, tienen una sensación de ineffectividad; algunos presentan trastornos afectivos, como depresión. El desarrollo de la anorexia nerviosa se puede interpretar como un intento de ganar control. Normalmente, cuando el adolescente desarrolla independencia y autonomía familiar, comienzan a

presentarse alteraciones en la misma. Las alteraciones familiares que impiden este progreso evolutivo han sido implicadas como un factor importante de la anorexia nerviosa; sin embargo, en muchos casos, la dinámica familiar es más una reacción que una causa de los síntomas.

La patología familiar de la anorexia nerviosa en términos de sobreprotección, se describe como rigidez y falta de resolución de conflictos (Nussbaum, citado en Mcanarney, Kreipe, Orr y Comerci, 1997).

Quizás el factor más relevante sea la vulnerabilidad personal, aunque no es suficiente por sí mismo para detonar la enfermedad, ya que requiere de la asociación con otros factores. Se consideran vulnerables, personas con baja autoestima, inseguras, demasiado perfeccionistas, con autoexigencias muy altas, muy preocupadas de la opinión de los demás sobre sí mismos o con poca habilidad para relaciones personales. Personas con este perfil psicológico presentan un alto riesgo de desarrollar trastornos de alimentación. También puede haber factores externos o circunstanciales, como fracasos, conflictos interpersonales, divorcios, cambios de colegio o de ciudad, que pudieran gatillar el inicio de la enfermedad (Ochoa, Torres, Hernández, García, Zarate, Lucino, Ortiz, Martínez, Sauri, Meza y Morel, 2007).

Existen además trastornos emocionales que están asociados a la anorexia nerviosa, como la depresión o ansiedad, pero no se sabe si estos son causa o consecuencia del trastorno alimenticio. Algunos médicos niegan la relación causal de la depresión con la anorexia, ya que ésta no se cura con el tratamiento antidepresivo. Los trastornos de ansiedad también son muy comunes en la anorexia y bulimia. Se ha visto que fobias y trastornos obsesivo - compulsivo pueden preceder a los trastornos alimentarios y que las fobias sociales (miedo de ser públicamente humillado) están comúnmente presentes en estos pacientes. Las mujeres anoréxicas pueden volverse obsesivas con el ejercicio, la dieta y la comida o desarrollar actitudes compulsivas como cortar la comida en pedazos diminutos o pesar cada trozo del plato. Ambos trastornos - emocionales y de

alimentación - se curarían en forma paralela, sin ejercer un efecto negativo entre ellos en cuanto a perspectivas de tratamiento (Ochoa, et al. 2007).

Las presiones de la sociedad contemporánea también pueden contribuir a la aparición de anorexia nerviosa. Resultan fundamentalmente afectados los adolescentes provenientes de áreas del mundo en las que hay abundancia de alimento. Es muy probable que la anorexia sobrevenga en adolescentes de un grupo cultural en la que la delgadez es equiparada con atractivo, confianza en sí mismo y éxito. Con frecuencia las noticias de los medios de comunicación han dado a la anorexia nerviosa un matiz encantador de enfermedad “de moda” para las mujeres jóvenes de nuestra sociedad. La anorexia nerviosa puede ser considerada como una detención del desarrollo biopsicosocial. Los inicios de la anorexia nerviosa se registran después de la iniciación de la pubertad y en el momento de una separación existencial importante, ya sea por un hecho importante o alguna ruptura familiar.

La adaptación al propio cuerpo durante la pubertad, unida a la batalla por la independencia, puede incluir un problema interno. Hay subpoblaciones de adolescentes que también parecen tener un riesgo más alto de trastornos alimenticios. Se incluyen en dos categorías: una que comprende aquellos con actividades extraescolares que exigen mantenerse por debajo del peso ideal (bailarines (as) de ballet, gimnastas) y la otra, que consiste en los que presentan un problema médico crónico que afecta la autoimagen, como la diabetes mellitus (Nussbaum, citado en Mcanarney, Kreipe, Orr y Comerci, 1997).

### **2.1.2 Bulimia**

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios de atracón alimentario y conductas para evitar las consecuencias de la hiperfagia, como vómitos autoinducidos, ejercicio enérgico, ayuno, abuso de laxantes y abuso de diuréticos (Shenker y Bunnell, citado en Mcanarney, Kreipe, Orr y Comerci, 1997). Los episodios bulímicos suelen darse más bien a partir de media tarde, y por lo general, incluyen todo tipo de alimentos, aunque en algunos estudios se ha



demostrado que los pacientes tienden a ingerir alimentos considerados “tabú” para ellos. Estos episodios generan sentimientos de autodesprecio y ánimo depresivo que conducen a la puesta en marcha de mecanismos compensadores, de tipo purgativo y el tipo no purgativo (García, 2002).

En la bulimia se han observado alteraciones en los distintos sistemas neurotransmisores relacionados con la modulación del apetito; como un aumento en las concentraciones de líquido cefalorraquídeo, del péptido YY, un potente estimulador de la ingesta; y también, se ha encontrado una disminución de la secreción de colecistocinina que es una hormona inductora de la saciedad. En los pacientes bulímicos con episodios frecuentes de atracones, se han encontrado también alteraciones en la transmisión cerebral de serotonina y estos mecanismos pueden ser en algunos casos los factores para que la bulimia nerviosa se presente (García, 2002).

La bulimia en el adolescente es un síntoma de un sistema familiar caótico y suborganizado. Durante la adolescencia los pacientes con bulimia nerviosa presentan con frecuencia alteraciones de conducta, de modo que pueden presentar otros problemas de impulsividad (como pueden ser problemas con el alcohol u otras drogas) desinhibición sexual, alta irritabilidad o labilidad emocional. A menudo estos pacientes presentan una baja autoestima asociada; de hecho, la bulimia nerviosa aparece con mayor frecuencia en personas con trastornos depresivos. También se presentan con mayor frecuencia diversos trastornos de la personalidad, sobre todo el trastorno límite (Shenker y Bunnuell, citado en Mcanarney, Kreipe, Orr y Comerci, 1997).

### **2.1.3 Obesidad**

La obesidad se define como adiposidad excesiva: es decir, más del 25% del peso corporal a expensas de grasa en los varones y más del 30% en mujeres. La obesidad es el producto de una ingesta energética que supera el gasto de energía.

Los prestadores de salud deben conocer los diversos factores que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la grasa corporal excesiva, de modo que puedan evitar culpar al adolescente de la obesidad (Arden, citado en Mcanarney, Kreipe, Orr y Comerci, 1997).

La herencia desempeña un papel importante en la obesidad, pero la interpretación de los estudios genéticos humanos es difícil debido a las fuertes influencias ambientales. Alrededor del 80% de los adolescentes que tienen padres obesos se convierten en adultos obesos, mientras que el 14% de los adolescentes cuyos padres son delgados se convierten en obesos. La obesidad, dentro del área biológica tiene que ver con las señales sensoriales, gastrointestinales, nutricionales u hormonales anormales que pueden provocar una alteración en el equilibrio nutricional y por consiguiente obesidad. Esto es especialmente probable en la obesidad secundaria como la que sucede en una encefalitis y otras lesiones del hipotálamo (Arden, citado en Mcanarney, Kreipe, Orr y Comerci, 1997).

Los factores psicológicos son importantes en la obesidad, pero es difícil distinguir las causas y los efectos de la obesidad en estudios clínicos. En relación a los aspectos psicológicos de la obesidad, existen un sinnúmero de teorías que mencionan factores etiopatogénicos, aunque experimentalmente las investigaciones no arrojan resultados claros y concluyentes que las comprueben. Así por ejemplo, es común la atribución psicoanalítica de que el acto de comer posee un "significado simbólico"; o bien es posible considerar la obesidad como una manifestación de neurosis, con sus componentes depresogénicos, ansiedad y culpa. También se ha considerado la obesidad como respuesta a tensiones emocionales o bien como síntoma de una enfermedad mental subyacente (Arden, citado en Mcanarney, Kreipe, Orr y Comerci, 1997; y Feuchtman, 1997).

En general, no existe claridad con respecto a la etiología de este síndrome, por lo que se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto en la etiología como en el mantenimiento de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados

emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etcétera) (Feuchtmann, 1997).

Las investigaciones sugieren que los principales factores causales asociados al desarrollo de obesidad serían patrones de conducta sedentarios y la ingesta excesiva de grasas en la dieta alimentaria. Es así que la obesidad, constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades tales como, la hipertensión, dislipidemia, cardiopatías, apnea del sueño, variadas formas de cáncer, etcétera. Constituye uno de los principales "estigmas sociales", disminuyendo las oportunidades de empleo y educación, con el consiguiente costo psicológico individual (disminución del autoconcepto, autoimagen y autoeficacia, aumento de la ansiedad y afectos disfóricos, disminución de la calidad general de las relaciones interpersonales, etcétera). Y se aprecia como un síndrome con una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica (trastornos de ansiedad, depresión, conductas adictivas, desarrollo de síntomas bulímicos y/o anoréxicos, etcétera).

Pocos trastornos son tan visibles a los demás como la obesidad, y aun menos trastornos generan tanta ridiculización de sus víctimas y condena de parte de los demás. Los obesos típicamente responden con vergüenza, pena y culpa. Muchos de ellos, y en particular los pacientes de nivel socioeconómico medio y alto, se ven cargados de un legado de fracasos para controlar su peso. La carga puede no desembocar en una depresión clínica, pero reduce la autoestima del paciente en algunas áreas de funcionamiento y afecta la calidad de vida del individuo. La presencia de complicaciones como diabetes, puede intensificar los sentimientos de vergüenza y culpa. La frustración y pena se intensifican cuando los pacientes luego de una pérdida de peso vuelven a subirlo, y a veces se ve exacerbada por los mismos profesionales que sugieren que "no tendrían muchas ganas de bajar, pues de lo contrario habrían hecho más esfuerzos para bajar de peso" (Feuchtmann, 1997).

Es así como en los TCA se observan alteraciones cognitivas altamente marcadas que pueden llegar a ser de diversos tipos:

- 1) Generalizaciones excesivas
- 2) Magnificación de las consecuencias negativas
- 3) Pensamiento dicotómico
- 4) Ideas de autorreferencia
- 5) Pensamientos supersticiosos y sentimientos de ineficacia.

La anorexia, la bulimia y la obesidad, constituyen enfermedades psiquiátricas potencialmente muy graves en donde intervienen factores de muy diversa índole: psicológicos, biológicos y socioculturales, pero la importancia de lo sociocultural cada vez resulta más evidente y probablemente explica el que en los últimos años estas enfermedades se presenten a más temprana edad y que ahora sean un problema sanitario de gran magnitud (García, 2002).

## CAPÍTULO 3

### SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA TCA.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Dentro de este capítulo, se tratarán dos trastornos específicos tales como la Anorexia nerviosa y la Bulimia nerviosa; la obesidad se tomará en cuenta como una enfermedad médica, más no como un trastorno, ya que éste, está codificado por el CIE-10 (López y Valdés, 2002). Los TCA son entidades o síndromes, y no enfermedades específicas con una causa, curso y patologías comunes. La presentación de estas patologías en general adoptan la forma de un continuum: desde lo que se puede considerar actitudes y conductas de riesgo hasta los trastornos clínicamente establecidos; así en los últimos años el aumento de la bulimia nerviosa y de la anorexia nerviosa ha ido en paralelo al aumento de trastornos no especificados o atípicos como es el caso de la obesidad (Castillo, León, Linares, Castillo, Cabrera y Naranjo, citado en León y Castillo, 2005).

Es así que a lo largo de los últimos 25 años, la preocupación excesiva por la silueta y el peso del cuerpo se ha llegado a considerar como la característica diagnóstica central de la anorexia y la bulimia nerviosas y de otras variantes de la conducta alimentaria (Caballo, Buela, y Carrobles, 1996).

#### 3.1 Anorexia

La palabra anorexia deriva del griego, “an” (prefijo que significa carencia o privación) y “orexis” (apetito), significando falta de apetito. La anorexia nerviosa es un trastorno grave de la conducta alimentaria caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el propio enfermo. La preocupación por la comida y el temor a ganar peso forman lo esencial de este trastorno, junto con la inseguridad personal para enfrentarse a este problema; niegan la enfermedad y se perciben gordas a pesar de presentar un aspecto esquelético

(Castillo, León, López, Gallo, Fernández, y Medina; citado en León y Castillo, 2005).

Dentro del DSM-IVTR, la anorexia nerviosa consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla, es decir, si el peso de una persona es inferior al 85% del peso considerado normal; sí la anorexia nerviosa se presenta en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de observarse una pérdida de peso puede haber falta de aumento de peso. Existe otra guía adicional algo más estricta (Criterios de Investigación, CIE-10), en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC; se calcula en  $m^2$ , dividiendo el peso en kilogramos por la altura) igual o inferior a  $17.5 \text{ kg/m}^2$  (López y Valdés, 2002).

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo. Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesos. Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo (Caballo, Buela, y Carroble, 1996; López y Valdés, 2002).

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal. Algunas personas se encuentran "obesas", mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y muslos) les parecen demasiado gordos.

Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en su báscula, la medida de las diferentes partes de su cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas “obesas”. El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un gran logro el perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol; algunas personas con este padecimiento son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves (López y Valdés, 2002).

Cuando el trastorno aparece durante la etapa de la primera regla, la amenorrea es indicadora de una disfunción fisiológica. La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero una minoría de casos la padece. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquía (López y Valdés, 2002).

La mayoría de las veces los familiares de los pacientes acuden al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso o a la inversa, cuando observan que no gana peso; en cuanto al paciente, si decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Normalmente las personas con este tipo de trastorno presentan escasa consciencia de su alteración; es por ello, que es necesario identificar qué tipo de anorexia presenta, por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

La anorexia se clasifica en dos tipos, los cuales ayudan para especificar la presencia o ausencia de atracones o purgas durante los episodios de la anorexia:

- TIPO RESTRICTIVO. Este tipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando

ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni purgas.

- ② TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO. Este tipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o puede ser ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Se puede mencionar que la mayoría de las personas pertenecientes a este tipo de anorexia, recurren a este tipo de conductas al menos una o tres veces a la semana, pero no hay suficiente información para poder determinar un dato exacto (López y Valdés, 2002).

Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y en algunos casos pérdida de interés sexual. Se ha observado que la mayoría de las personas con anorexia presentan características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, ya sea en relación con la comida o no. La mayoría de las personas con anorexia nerviosa están ocupadas en pensamientos relacionados con la comida, y algunas coleccionan recetas de cocina o almacén de alimentos. La observación de las conductas asociadas a otras formas de inanición sugiere que las obsesiones y las compulsiones relacionadas con la comida pueden producirse o exacerbarse por la desnutrición.

Existen asimismo características que a veces pueden asociarse a la anorexia nerviosa, como son la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca habilidad social, perfeccionismo y resistencia a expresión emocional y de iniciativa. Los individuos que padecen anorexia nerviosa de tipo compulsivo/purgativo tienen más probabilidades de presentar problemas de control de impulsos, de abuso de sustancias y de manifestar mayor fragilidad emocional, son activos sexualmente, y presentan con mayor frecuencia intentos suicidas, esto puede deberse a que algunas personas con anorexia presentan



alguna alteración de la personalidad, como puede ser el trastorno límite de la personalidad (López y Valdés, 2002).

La mayoría de los signos y síntomas físicos de la anorexia nerviosa son atribuibles a la inanición. Además de presentarse la amenorrea en algunos casos, puede haber estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargo y vitalidad excesiva, hipotensión, hipotermia y sequedad en la piel, algunos presentan vello fino, manchas rojas en la piel y piel amarillenta; las personas que se provocan el vómito muestran a veces erosiones salivales y en algunos casos presentan cicatrices o callos en el dorso de la mano a consecuencia del contacto con los dientes al inducirse el vómito.

La anorexia nerviosa parece ser mucho más marcada en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo. La anorexia nerviosa raras veces se inicia antes de la pubertad; sin embargo algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales. En cambio, otros datos indican que cuando la enfermedad inicia en la primera adolescencia (entre 13 y 18 años), el pronóstico de recuperación es mucho más favorable (López y Valdés, 2002).

El diagnóstico de los trastornos de conducta alimentaria se establecen mediante los criterios de CIE-10 y DSM-IVTR.

Según el CIE-10 para poder diagnosticar la anorexia nerviosa debe de cumplir con las siguientes alteraciones:

- 1.** Pérdida de peso, o falta de ganancia de peso en los niños, que conduce a un peso corporal de al menos 15 % por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente.
- 2.** La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de alimentos “que engordan”.

3. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad.
4. Trastorno endócrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, puesto de manifiesto que en la mujer por amenorrea y en el varón por la pérdida de interés sexual e impotencia.

Los siguientes síntomas apoyan al diagnóstico pero no se toman como factores necesarios:

- Vómitos inducidos,
  - Ingesta de laxantes,
  - Ejercicio excesivo y,
  - Consumo de fármacos diuréticos.
- a. Si el comienzo del trastorno es prepuberal, se retrasa o incluso detiene la secuencia de acontecimientos que construyen la pubertad; en las niñas no se desarrollan las mamas y existe amenorrea primaria y en los niños los genitales permanecen infantiles (Benito, Puertas, Rincón, Beltrán y Ortiz; citado en León y Castillo, 2005).

La pérdida de peso es el signo guía más importante de la anorexia nerviosa pero se deben de descartar los siguientes factores:

**Ingesta inadecuada:**

- a. Enfermedades gastrointestinales
- b. Problemas hipotalámicos(tumores)
- c. Enfermedades mentales.

**Malabsorción:**

- a. Insuficiencia biliar y pancreatitis crónica

- b. Trastornos del intestino delgado

**Pérdidas excesivas:**

- b. Enteropatía pierde albumina
- c. Hipertiroidismo
- d. Fiebre persistente
- e. Alcoholismo crónico
- f. Uso de drogas
- g. Infecciones crónicas, por mencionar algunas (López de la Torre, Palacios, Piédrola, Muros y Romero; citado en León y Castillo, 2005).

### 3.2 Bulimia

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso; además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. El diagnóstico se realiza a partir de que dichas conductas (atracones y conductas compensatorias inapropiadas) se presentan al menos en un promedio de dos veces por semana durante un periodo de 3 meses (López y Valdés, 2002).

El atracón, se define como el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a lo que la mayoría de los individuos comería; para ello, es necesario tener en cuenta el contexto en el que se produce el atracón.

Un periodo corto de tiempo, significa un periodo limitado en donde el atracón se presenta inferior a 2 horas; y puede producirse en diferentes sitios, puede empezar en un lugar público y terminarlo en un lugar privado. No se considera atracón a la “pica” de pequeñas cantidades de comida a lo largo del día. A pesar

de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variado, en su mayoría de veces suelen ser dulces y alimentos de alto contenido calórico; sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado (López y Valdés, 2002).

Los atracones no pueden ser prevenidos ni detenidos una vez iniciados, ya que el individuo tiene la sensación de una pérdida total de control sobre los mismos. Al igual que con la anorexia, en la bulimia existe una preocupación excesiva por el aspecto físico y la imagen, y la sobrevaloración de éstos como elemento decisivo para la autoestima constante y relevante. La bulimia es una enfermedad que afecta fundamentalmente a adolescentes del sexo femenino; el diagnóstico es muchas veces difícil por la ocultación de síntomas, aunque se inicie en la adolescencia, puede pasar desapercibida y manifestarse claramente hasta la edad adulta (León, Castillo, Ceballos, Cobo, y Gallo, citado en León y Castillo, 2005).

Otra característica esencial de este trastorno, la conforman las conductas compensatorias inapropiadas; es decir, evitan la ganancia de peso, en donde muchos individuos utilizan diversos métodos para intentar compensar los atracones, el más habitual es la provocación del vómito, con ello ganan efectos inmediatos ya que desaparece el malestar físico y el miedo a ganar peso; en algunos casos este método de purga se convierte en un objetivo de cada comida o de cada atracón. Las purgas van desde el vómito inducido hasta el uso de laxantes. Los individuos con este tipo de trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones, se considera ejercicio excesivo, al ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares inapropiados o cuando lo realizan teniendo alguna lesión o restricción médica (León, Castillo, Ceballos, Cobo, y Gallo, citado en León y Castillo, 2005).

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiada atención en el peso y la silueta corporal al autovalorarse, y estos factores son los más importantes en el

momento de determinar el grado de autoestima que presentan (López y Valdés, 2002). De la misma manera, la bulimia nerviosa se divide en dos subtipos que sirven para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimentos durante los atracones:

- TIPO PURGATIVO. Este tipo describe cuadros clínicos en los que el sujeto se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- TIPO NO PURGATIVO. Este tipo describe cuadros clínicos en los que el sujeto ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio excesivo e intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el periodo (López y Valdés, 2002).

En comparación con el DSM-IVTR; el CIE-10 propone que para poder diagnosticar se necesitan observar las siguientes características:

1. Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos 2 veces a la semana durante un periodo de tres meses) en los que el sujeto consume grandes cantidades de alimentos en periodos cortos de tiempo.
2. Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.
3. El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes:
  - Vómitos autoprovocados
  - Abuso de laxantes
  - Periodos de ayuno
  - Consumo de fármacos tales como supresores del apetito o diuréticos

4. Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de obesidad (Benito, Puertas, Rincón, Beltrán, Ortiz, e Idini, citado en León y Castillo, 2005).

Generalmente, la inducción del vómito o el abuso de laxantes y diuréticos, es ocultado por el paciente con bulimia nerviosa; este hecho plantea la dificultad para poder diagnosticar el trastorno, ya que los síntomas pueden ser parecidos al de algún otro malestar (Palacios, López de la Torre, Muros, Piédrola y Romero; citado en León y Castillo, 2005). Los sujetos con bulimia nerviosa se encuentran normalmente dentro del margen del peso considerado normal aunque también se ha observado en sujetos con obesidad moderada. La frecuencia de los síntomas depresivos en sujetos con bulimia nerviosa es alta siendo con mayor prevalencia la autoestima baja, al igual que manifiestan depresión; en muchos de los casos la alteración del estado de ánimo inicia al mismo tiempo que la bulimia o se manifiesta explícitamente el estado depresivo en el transcurso de la bulimia; asimismo, presenta un nivel de ansiedad elevado, como por ejemplo, al presentarse en reuniones sociales, les genera angustia al ser rechazado. Se ha observado dependencia y abuso de alcohol y estimulantes, esto debido a que con ello intentan controlar el apetito y mantener un peso “estable”. La mayoría de los sujetos con bulimia nerviosa tienen rasgos de la personalidad que cumplen los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de personalidad, siendo el de mayor prevalencia el trastorno límite de la personalidad (desregulación emocional, pensamiento despolarizado, relaciones interpersonales caóticas; inestabilidad en el estado de ánimo, de la autoimagen y conducta (Caballo, Buela y Carroble, 1996, y López y Váldez, 2002).

### **3.3 Obesidad**

La obesidad, desde el punto de vista conceptual, se define como un exceso de grasa corporal. Sin embargo, los métodos disponibles para la medida directa del compartimento graso no se adaptan a la práctica clínica de rutina. La obesidad es considerada una enfermedad crónica provocada por múltiples factores, ya sean

genéticos, alteraciones hormonales y/o trastornos del balance calórico, pero se ve especialmente determinada por factores ambientales como la dieta, la disponibilidad de alimentos y el nivel de actividad física. Por otra parte, el estilo de vida moderno, caracterizado por una alta tecnificación de las acciones cotidianas y laborales, ha provocado una importante disminución de las actividades físicas y por ende un menor gasto calórico. Algunos marcadores de inactividad (número de autos por hogar, horas frente a la televisión o el computador) aumentan paralelamente al incremento de las tasas de obesidad. La obesidad se define como un exceso de grasa corporal que ocasiona un mayor riesgo de desarrollar enfermedades asociadas e incluso de morir. Sin embargo, por razón práctica y dada la dificultad para medir la grasa corporal, es que frecuentemente se entiende la obesidad como un exceso de peso corporal y no como un exceso de grasa (Paz y Cuevas, 2010).

El indicador más utilizado hoy en día es el índice de masa corporal (IMC), que expresa el peso ajustado para la talla y que se calcula dividiendo el peso expresado en kilogramos por la talla expresada en metros elevada al cuadrado. La interpretación del IMC debe considerar la edad, sexo y otros factores. Por ejemplo las mujeres, con respecto a los hombres, tienen un mayor porcentaje de grasa corporal con menos masa muscular y ósea. Entonces, comparativamente, para un mismo IMC las mujeres tendrían más grasa en comparación con los hombres.

Además, en ambos sexos se produce un incremento de la grasa corporal con la edad. Por otra parte, las personas que realizan mucha actividad física presentan proporcionalmente más masa muscular y por lo tanto un IMC que no indica obesidad y no existe un aumento de la grasa corporal (Paz y Cuevas, 2010).

La evaluación médica del paciente obeso se lleva a cabo con el fin de determinar si existe algún problema médico que cause obesidad secundaria o complicaciones de la obesidad. Esta evaluación debe de consistir en una historia clínica y un

examen físico detallado (Arden; citado en Mcanarney, Kreipe, Orr y Comerci, 1997).

Para realizar el diagnóstico de la obesidad se tiene que efectuar una valoración periódica sobre el crecimiento y desarrollo de los niños y adolescentes, ya que aún no se ha catalogado a la obesidad como un trastorno de conducta alimentaria y es por esa razón que no hay un código de diagnóstico en el DSM-IVTR y el CIE-10 (García, De la Llata, Kaufer, Tusié, Calzada, Vázquez, Barquera, Caballero, Orozco, Velásquez, Rosas, Barriguete, Zacarías, y Sotelo, 2008).



## **CAPÍTULO 4**

### **TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA TCA. INICIO PRECOZ; DESDE LA INFANCIA HASTA LA ADOLESCENCIA.**

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por una alteración del comportamiento ingestivo de un individuo que presenta una serie de conflictos psicosociales y estima que su resolución está inevitablemente condicionada por el logro y/o persistencia de un estado de delgadez (Castillo, León, Linares, Castillo, Cabrera y Naranjo; citado en León y Castillo, 2005). Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) se observan en todas las épocas de la vida y son una enfermedad de especial interés en los niños. A lo largo de las últimas décadas, enfermedades como la anorexia, la bulimia y la obesidad se habían considerado propias de los últimos años de la adolescencia, pero actualmente se ha observado un incremento en la aparición de la enfermedad a edad más temprana siendo ésta en la niñez o inicio precoz de la pubertad (Mardomingo, 2002).

En los niños y adolescentes la preocupación por el peso y la figura corporal se hace marcada cada vez a más temprana edad; son muchas las evidencias epidemiológicas que apuntan a un avance en los últimos treinta años de los TCA en la adolescencia. Pero, no se ha identificado una causa única como origen de estos trastornos. Más bien el origen se explica desde una óptica multicasual en la que los factores de riesgo familiar interactúan con los psicológicos y sociales. Hasta 1975 se relacionaba con familias de clase media o media-alta, pero actualmente se va difuminando esta exclusividad. Así, la familia actúa como un factor predisponente en la aparición de estas enfermedades y no es raro encontrar antecedentes de trastornos nutricionales entre otros miembros familiares o excesivo interés por el alimento, la dieta, el peso o la apariencia física (Mardomingo, citado en García, 2002 y Ramos, Pérez de Eulate, y Latorre, 2005).

La investigación acerca de los factores de riesgo en la infancia ha abordado los siguientes aspectos: características de la alimentación de los niños que pueden relacionarse más tarde con la aparición de la anorexia, bulimia u obesidad; actitudes familiares y sociales frente al peso y la imagen corporal, y características temperamentales y de la interacción familiar (Mardomingo, citado en García, 2002).

El desarrollo de la conducta alimentaria es un proceso complejo en el que participan componentes fisiológicos de regulación de la ingesta alimentaria, del crecimiento y peso corporal; componentes psicológicos del niño, de los padres y de la familia y además componentes culturales y sociales. Son frecuentes sus alteraciones en los primeros años de vida, las que se pueden traducir en un retraso del crecimiento, aversiones alimentarias y dificultades secundarias en la convivencia familiar.

Las experiencias tempranas del niño con la comida, y en especial las prácticas alimentarias de los padres tienen fundamental importancia en los hábitos de alimentación desarrollados por los individuos posteriormente, la madre es la responsable de incorporar al niño a las prácticas alimentarias y al contexto social de la familia. Este rol lo ejerce con la participación de un entorno familiar variable. Por ejemplo en ambientes pobres, es frecuente que la familia sea de tipo extendida, donde la madre vive de allegada en el hogar de los abuelos, junto a su(s) hijo(s) y al padre de su(s) hijo(s). En esta situación la crianza del niño, incluyendo su alimentación, es compartida con la abuela o asumida directamente por ésta. En ambientes socioeconómicos medios o altos aumenta la frecuencia de trabajo de la madre fuera del hogar en una familia de tipo nuclear, por lo que el desarrollo de la conducta alimentaria pasa a ser compartida con una asesora del hogar o con un jardín infantil (Osorio, Weisstaub, Castillo, 2002).

Uno de principales objetivos por lo cual se inicia con una regulación de la ingesta alimentaria, es el control del peso corporal, también hay señales que integran la regulación de la ingestión de alimentos, con señales provenientes de las reservas

corporales, especialmente de energía (grasas) traducándose en la mantención del peso corporal, con fluctuaciones estrechas o con un aumento estable y controlado cuando se trata de un niño (Osorio, Weisstaub, Castillo, 2002).

Las experiencias tempranas del niño con la comida, y en especial las prácticas de alimentación utilizadas por los padres, tienen fundamental importancia en los hábitos de alimentación desarrollados por los individuos. La alimentación comprende habilidades motrices y sociales complejas. La alimentación correcta depende, no sólo de las capacidades motrices y digestivas del niño, sino de su relación con otros miembros de la familia, así como de las respuestas de los cuidadores a las indicaciones del niño en relación con el hambre, la saciedad y la preferencia por ciertos alimentos. Los modos de aprendizaje a través de los cuales se establecen las preferencias o rechazos alimentarios en los niños están asociados a procesos asociativos y no asociativos. Entre los no asociativos está la exposición repetida a un alimento, que es una forma muy efectiva para aumentar la aceptación de nuevas comidas. Algunos estudios muestran que, al exponer repetidamente al niño a comidas novedosas inicialmente rechazadas, éstas fueron finalmente aceptadas al cabo de hasta 10 exposiciones. Entre los procesos asociativos, el comer se da en un contexto social y, de hecho, desde los primeros años de vida, muchos de los encuentros entre padres e hijos se dan en este contexto; los niños aprenden así a asociar comidas con contextos y consecuencias (Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002).

Los trastornos de conducta alimentaria TCA durante la infancia han recibido menos atención que los trastornos de conducta alimentaria que aparecen en la adolescencia, probablemente debido a su menor prevalencia. Las familias de los niños o niñas afectados tienen que hacer frente a una serie de dificultades específicas, y en algunos casos diferentes a las que se plantean las familias de los adolescentes que sufren trastornos de conducta alimentaria (Olza, Graell, Villaseñor, y Morandé, 2010).

Los patrones de belleza se interiorizan cada vez a más temprana edad, en donde incluso se puede observar el pensamiento en niños el deseo por tener un cuerpo más delgado y fino, por lo cual se someten a dietas restrictivas innecesarias para su edad. Las razones por las cuáles inician las dietas son diferentes entre las niñas y los niños. Los niños inician la dieta para mejorar en el deporte, evitar burlas, o evitar enfermedades secundarias tales como la obesidad. Las niñas inician la dieta para estar más delgadas, mejorar la autoestima, o ser más atractivas y cuándo inician la dieta suele ser en el tiempo en el que presentan sobrepeso o inicios de el (Ezpeleta, 2005).

El diagnóstico de un trastorno de conducta alimentaria en un niño o niña tiene un serio impacto en la familia. Los trastornos de la conducta alimentaria afectan profundamente a las familias de los afectados, pero este efecto ha sido poco estudiado. Hay poco escrito sobre la experiencia de los padres que tienen un niño con un TCA. No hay que olvidar que una de las características más típicas de los TCA a menudo es la negación del problema por parte del afectado. Además todavía hay cierto desconocimiento entre los profesionales sanitarios sobre la posibilidad de que niños y niñas prepuberales padezcan trastornos de conducta alimentaria y la importancia de una intervención terapéutica precoz.

#### **4.1 Realidades y problemas actuales de los trastornos de conducta alimentaria en niños de 4 a 12 años**

La conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos.

En los seres humanos los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida. En general, el niño incorpora la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de una comunidad antes de esa

edad. La madre tiene un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al hijo, por lo que debe centrarse en ella la entrega de contenidos educativos preventivos, que permitan enfrentar precozmente las enfermedades relacionadas con conductas alimentarias alteradas (rechazos alimentarios, obesidad, anorexia y bulimia) (Osorio, Weisstaub, Castillo, 2002).

Hace apenas tres décadas los llamados trastornos de conducta alimentaria (TCA), eran prácticamente desconocidos para la mayoría de los médicos e incluso para muchos psiquiatras. En los últimos 25 años, la anorexia, la bulimia y la obesidad se han convertido en importantes enfermedades en cuyo desarrollo intervienen múltiples factores que incluyen trastornos emocionales de la personalidad, alteraciones del entorno familiar, una posible sensibilidad genética o biológica y un ambiente sociocultural en el que coexisten la sobreabundancia de comida rápida y la delgadez. Los aspectos que han determinado que los trastornos de conducta alimentaria (TCA) hayan llegado a ser un grave problema sanitario en muchos países desarrollados son, en primer lugar, su prevalencia creciente que el caso de la anorexia se cifra entre el 0.5 y el 3.7% de los adolescentes y el 1% y el 4.2% de bulimia nerviosa; y para la obesidad oscila de un 20% a un 30% de la población infantil (García, 2002; Islas y Peguero, 2006; y Ochoa, Torres, Hernández, García, Zarate, Lucino, Ortiz, Martínez, Sauri, Meza, y Morel, 2007).

## **CAPÍTULO 5**

### **ANOREXIA, BULIMIA Y OBESIDAD. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.**

El abordaje terapéutico de tipo psicológico en el tratamiento de la anorexia, bulimia y obesidad, han experimentado un importante auge en los últimos años. En primer lugar, se promueve una mayor conceptualización de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), lo que ha facilitado la realización de diagnósticos más concisos; otro factor importante es la apreciación dentro del sector salud y mental en donde se toma en cuenta como uno de los principales riesgos de salud actual por su alta prevalencia y por sus índices de aparición a más temprana edad.

La diversidad de abordajes terapéuticos incluye tanto técnicas de corte dinámico, conductual, cognitivo, de apoyo y psicoeducativas, como de aplicación individual, grupal y familiar, así como la aplicación de éstas en un contexto hospitalario o ambulatorio, combinadas o no con un tratamiento farmacológico. En el caso de la obesidad, no existe una dieta maravillosa o algún tratamiento farmacológico que resuelva definitivamente el problema del sobrepeso; pero mediante la aplicación de algún tratamiento se puede llegar a reducir peso y mantener el mismo (Barjau y Guerrero, citado en Cinchilla, 2003).

A lo largo de la última década, la terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria se ha puesto a prueba, ya que los componentes principales de este tipo de tratamiento son: modificación del pensamiento irracional sobre la ingesta de alimentos y la figura corporal, introducción gradual de tres comidas nutritivamente equilibradas por día y exposición a comidas prohibidas sin purgarse.

También, se ha evaluado la psicoterapia estructurada (terapia interpersonal; solo para la bulimia), esta clase de terapia se centra en los problemas interpersonales que

están asociados con el desarrollo y mantenimiento del trastorno de la conducta alimentaria y de las preocupaciones corporales. Las conductas alimentarias y las cogniciones distorsionadas relativas a la figura corporal no se abordan directamente en este enfoque. Las tasas de abandono para las psicoterapias breves están alrededor del 17% lo cual sugiere que estos enfoques no suelen ser tan efectivos como la terapia cognitivo-conductual. La teoría farmacológica se basa principalmente en fármacos antidepresivos y han sido los más frecuentemente utilizados para la anorexia y bulimia (Caballo, Buela y Carroble, 1996).

### **5.1 Terapias de apoyo y psicoeducativa. Una propuesta de trabajo.**

En la última década se han utilizado importantes avances en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), lo que ha producido el surgimiento de nuevas alternativas de tratamiento que sitúan a los trastornos de conducta alimentaria desde la prevención, tratamiento y recuperación de los mismos. La tendencia actual en los tratamientos es la coincidencia multidisciplinaria; tan importante es la educación en la nutrición, la estructuración ambiental para normalizar la comida y el peso, el entrenamiento en demora para el tratamiento de los atracones, la exposición y prevención de respuesta para las conductas purgativas, como una intervención familiar, el incremento de la autoconciencia, el manejo de la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal, e incluso una interpretación dinámica en estadios de tratamiento más avanzados (Calvo, citado en García, 2002).

La teoría de mayor auge y de mayor eficacia es la terapia cognitivo-conductual, la cual, trata de producir cambios en las conductas, creencias, actitudes y emociones distorsionadas de los pacientes. El tratamiento psicológico debe enfocarse a conseguir unos cambios duraderos de los pensamientos y emociones relacionadas con el peso corporal, la silueta y el tamaño corporal, de forma que se disminuya la importancia que la delgadez tiene para el paciente, y la comida deje de ser la respuesta ante todos los retos y problemas que plantea la vida

(regulación del estado de ánimo, identidad, estabilidad familiar, etcétera) cuestiones que debe de afrontar con otras respuestas más apropiadas.

En el tratamiento se diferencian tres fases:

1. *Cuidado y Protección.* Lo primordial es tratar de proteger la vida de los pacientes, es decir, realizar evaluaciones médicas con especialistas en nutrición e internistas, además de reinterpretar la enfermedad. Incrementar la autoconciencia y proveerles de algunos recursos los cuales se optimizan con el apoyo del equipo psicológico. Se debe lograr establecer una colaboración eficaz y real del paciente con el terapeuta, ya que la motivación del paciente facilita el estudio y análisis del trastorno para así elegir el tratamiento adecuado para que se den los cambios en la atribución de la enfermedad del sentido de la normalización de la comida y el incremento de peso.
2. *Tratamiento.* Esta fase se caracteriza por el afianzamiento de sus habilidades de afrontamiento. Durante la fase anterior y en esta fase es muy probable que los pacientes anoréxicos necesiten uno o varios periodos de ingreso al hospital. La transición al tratamiento ambulatorio necesita un trabajo terapéutico cuya forma mejor de hacerla ha sido a través del hospital de día. Las personas con bulimia, se benefician también con el tratamiento en el hospital de día.
3. *Prevención de recaídas.* La generalización de los resultados a lo largo del tiempo necesita de un programa de prevención de recaídas en los cuales se tienen que afrontar situaciones de alto riesgo en los que pueden volver a surgir las conductas anómalas o se manifiesten aquellos aspectos del tratamiento que todavía necesitan un trabajo más profundo (Calvo, citado en García, 2002).

Hasta mediados de la década de los 70's, los distintos especialistas carecían de pautas concretas para el tratamiento de estas patologías; este desconocimiento, unido al paulatino aumento de su incidencia en la población general, hizo que



cada vez fuese mayor el número de unidades y centros especializados en su tratamiento.

Actualmente, la oferta terapéutica va –como se mencionó anteriormente- desde terapias cognitivo-conductuales hasta las terapias psicoanalíticas pasando por la hipnosis. La mayoría de los autores ponen énfasis en la necesidad de llevar a cabo dos pasos terapéuticos: en primer lugar, un tratamiento para la recuperación del peso hasta valores normales; en segundo lugar un tratamiento dirigido al mantenimiento del peso, es decir, tratamiento de factores psicológicos y prevención de recaídas (Fernández y Turón, 2004).

#### FASE DE RECUPERACION DE PESO

La recuperación de peso constituye uno de los objetivos principales en una fase inicial de tratamiento. Durante esta fase, parecen mostrar discreta e incluso nula utilidad de los tratamientos psicológicos y/o terapéuticos ya que muchos síntomas físicos y psíquicos aparecen de hecho como consecuencia del estado de la malnutrición en la que se encuentran (Fernández y Turón, 2004).

Se cuenta con dos posibles enfoques para llevar a cabo la recuperación de peso adecuado: tratamiento hospitalario y tratamiento ambulatorio.

#### TRATAMIENTO AMBULATORIO

En el tratamiento ambulatorio el apoyo de los padres y/o familiares adquiere una importancia crucial ya que el ingreso del paciente a dicho tratamiento suele ser de largo plazo para restablecer su salud física, mental y el funcionamiento social. Este tipo de intervención puede proporcionar al paciente las condiciones necesarias para el inicio del cambio y prepararle para pasar a un tratamiento menos intenso en un régimen de hospitalización parcial (hospital de día), seguido de un tratamiento ambulatorio que facilite la prevención de recaídas. El tratamiento de ingreso debe tener objetivos claros como:

- 1.** Cuidado físico del paciente:
  - a) Tratamiento multidisciplinario.
  - b) Recuperación del peso corporal a un nivel saludable, estabilizado y una composición corporal adecuada.
  
- 2.** El ingreso no solo incluye el cuidado de salud del paciente, sino que inician algunos aspectos claves del tratamiento:
  - a) Normalización de la comida en tiempo, lugar, contenido, cantidad, periodicidad y duración.
  - b) Desarrollo de un bienestar personal y social durante las comidas, proporcionado por el conocimiento de lo que es una nutrición equilibrada y por realizar comidas en diferentes situaciones.
  - c) Información y psicoeducación sobre su trastorno y sobre nutrición.
  - d) Práctica de ejercicio moderado.
  - e) Afrontamiento de los errores cognitivos más importantes con la relación al peso, la imagen corporal, el miedo a la gordura, etcétera.
  - f) Inicio de cambio en las relaciones familiares.
  - g) Planificación de la prevención de las recaídas y definición de los criterios de reingreso.
  - h) Planificación del tratamiento tras el alta hospitalaria.

En definitiva, el tratamiento durante el ingreso debe iniciar la integración de una rehabilitación nutricional y psicológica (aspectos conductuales, reestructuración cognitiva, técnicas de manejo de ansiedad, entrenamiento asertivo, etcétera.) todo esto también ayudará a los pacientes para afrontar los problemas de la vida real, mediante técnicas de role-playing y exposición en vivo, que permitan su generalización después del alta hospitalaria (Calvo, citado en García, 2002).

Respecto a cómo conseguir una normalización del peso, si bien el método se ve influido por el marco teórico que se tome como referencia, está demostrado que procedimientos conductuales y de modificación de conducta presentan mayor efectividad en la rápida recuperación de peso corporal de los pacientes.

### Aspectos Conductuales

Los aspectos conductuales comprenden un conjunto de técnicas terapéuticas con el objetivo de cambiar directamente conductas anómalas, más que preocuparse por la resolución de conflictos internos y/o traumas que indirectamente condujesen a la resolución del trastorno alimentario, es decir, están dirigidos al aquí y ahora. Las conductas anómalas y problemáticas así como los aspectos sintomáticos (hábitos alimentarios inapropiados, bajo peso y miedos ante determinados alimentos) como los no sintomáticos o indirectos (baja autoestima, escasas relaciones sociales y tendencia al aislamiento, ambivalencia y conflictos personales) son pauta para determinar si se opta por este marco teórico.

Durante las primeras sesiones se lleva a cabo tanto una objetivación de la conducta alimentaria, a través de autoregistros alimentarios pormenorizados, como un análisis conductual y funcional, es decir, se debe de detallar los factores precipitantes, desencadenantes, mantenedores y consecuentes que ayuden a entender la aparición y/o mantenimiento del trastorno alimentario. Toda intervención terapéutica está precedida por la realización de un contrato conductual, en el que queden explicados los objetivos que se quieren alcanzar, los deberes y compromisos del paciente-terapeuta (Calvo, citado en García, 2002 y Fernández y Turón, 2004)

### Aspectos Cognitivos

El uso de la terapia cognitiva en el tratamiento de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se inspira en el trabajo realizado por Beck (1976) (citado en Fernández y Turón, 2004) con pacientes depresivos y fóbicos. Los pacientes con TCA presentan cogniciones y creencias irracionales hacia la comida, el aumento de peso y la imagen corporal. La terapia cognitiva parte de la

premisa de, si estas cogniciones y creencias son autocriticadas y rechazadas por el paciente, entonces el miedo desmesurado a engordar y en sí la preocupación excesiva por la comida y el peso se superarán.

Los métodos que se empleen para conseguir la rehabilitación emocional deben ser comprensibles para el paciente, lo que va a permitirle estar más accesible al tratamiento psicológico. Las cogniciones deben ser reforzadas mediante la asociación contingente a dicha conducta que la persona considere para ella un incentivo o algo que le motive al cambio (Calvo, citado en García, 2002).

### Reestructuración Cognitiva

La existencia de una gran cantidad de errores cognitivos sobre la enfermedad exige dedicar tiempo a implementar un programa de reestructuración cognitiva, que les lleve a interpretar su realidad de forma alternativa y positiva. La mayoría de los pacientes ingresan con una gran cantidad de sentimiento de culpa por el hecho de haber desarrollado un TCA o de haber producido un gran sufrimiento en sus familias.

La reestructuración cognitiva ayudará a cambiar este estilo cognitivo inadecuado, por otro más conveniente. Se debe explicar que la reestructuración cognitiva sirve como “información educativa” que reduce la probabilidad de que los pacientes puedan obtener el alta.

### Manejo de Contingencias

Crear un contexto terapéutico, exige que el paciente participe en su mejora de salud. Las normas por las cuales se hace el contrato de contingencias, son mediante reglas que ayuden al equipo y al paciente a recuperar la salud manteniendo una relación terapéutica. La consistencia puede proporcionarse mediante un protocolo escrito que especifique las características de adquisición de peso, el ejercicio físico o los privilegios que motiven al cambio. Seguir estas directrices del protocolo permite tanto a los pacientes como a los terapeutas, dedicar más atención a las distorsiones cognitivas, del miedo a la gordura y las

emociones que sustentan el TCA, en vez de dedicar el tiempo a discutir las calorías que van a comer o el peso corporal que tienen que aceptar. Todo protocolo de manejo de contingencias puede ir desde la introducción de las técnicas operantes en el tratamiento para así lograr la modificación de conducta en los pacientes. La terapia de conducta debe ser por lo tanto, amplia y flexible:

1. Tiene que establecerse el rango de peso que debe adquirirse durante el ingreso y tiempo que dure el tratamiento, también poniendo énfasis en el peso establecido para un reingreso. Estos pesos deben ajustarse al paciente dependiendo de la edad, talla, y sexo. Se debe de comer la comida del hospital sin permitirle llevar comida de fuera o comidas “especiales” dejando fuera las comidas light.
2. Se sugiere pesar a los pacientes tres veces por semana, percatándose de que no haya observado, el hacerlo comprometa la ganancia de peso.
3. El programa operante no implica hacer una restricción total de los refuerzos, es decir, pueden ser visitadas por sus allegados lo cual permite remediar las dificultades de adaptación social.
4. En algunos casos puede realizarse un programa más estricto y por un periodo de tiempo, en donde se suele utilizar la alimentación por sonda para así llegar al peso ideal. En caso de utilizarla, la decisión debe de ser médica, de forma que se minimice la hostilidad entre terapeuta y paciente (Calvo, citado en García, 2002).

#### Tratamiento individual frente a grupal

Ante un paciente que padezca de TCA, bajo un enfoque cognitivo-conductual deben de someterse a lo siguiente:

1. Motivación de cambio del paciente y grado de cooperación del mismo y sus familiares.

2. Microanálisis de la conducta problemática (tipo de conducta alimentaria, peso, conducta compensatoria, etcétera) y esclarecimiento de problemas asociados.
3. Objetivación de la conducta alimentaria del paciente a través de la realización de autoregistros alimentarios.
4. Macroanálisis y análisis funcional de la conducta problemática (consecuencias positivas y negativas del trastorno).
5. Posibles hipótesis terapéuticas.
6. Objetivos del paciente y grado de realismo de éstos (peso ideal).
7. Conflictos interpersonales y discusiones familiares creados a raíz del trastorno de la conducta alimentaria TCA.
8. Orientación terapéutica y plan de trabajo. Cumplimiento o no de criterios de ingreso.

Una vez tomada la decisión mutua del comienzo del tratamiento, el paciente deberá presentar un registro alimentario y una medición de peso a cada una de las sesiones, con el objetivo de confrontar al paciente constantemente con sus propios objetivos y deseos de cambio, así como las consecuencias negativas que conlleva su estado actual, y esto suele ayudar a movilizar una motivación adecuada. Ya finalizado el tratamiento, es recomendable la realización de sesiones de control posteriores, en las que se valoren los aspectos alimentarios y nutricionales (peso, hábitos alimentarios, presencia o no de conducta de dieta, presencia de atracones, etcétera) y la generalización de las conductas aprendidas, la capacidad de toma de decisiones y la resolución de nuevos problemas (Fernández y Turón, 2004).

#### Tratamiento grupal frente a individual

A lo largo de los años, la terapia individual y familiar han sido las intervenciones terapéuticas más comúnmente utilizadas para el restablecimiento del peso y la

reparación del desarrollo y de déficit psicológicos de estos pacientes, sin embargo, son insuficientes en algunos casos para resolver sus problemas psicológicos y sociales, e incluso su propia sintomatología.

Independientemente de la patología, si se clasifica la terapia grupal a partir del modelo teórico empleado, suelen encontrarse cuatro grandes grupos de terapia grupal:

- a. Grupos cognitivo-conductuales.* Se trata de grupos directivos o semidirectivos, centrados en la sintomatología principal y en sus aspectos coadyuvantes. A través de procedimientos cognitivo-conductuales (técnicas de resolución de problemas, reestructuración cognitiva, exposición con prevención de respuesta y control de estímulos), intentando afrontar el aquí y el ahora.
- b. Grupos psicodinámicos o psicoterapéuticos.* Se trata de grupos no directivos, en los que el objetivo es producir un cambio en la personalidad y en la capacidad de introspección de los participantes, a través de la interacción con el resto de los miembros del grupo; aquí la sintomatología es secundaria. El terapeuta actúa principalmente como moderador. Este tipo de grupos pueden ser verbales, no verbales o una combinación de ambos.
- c. Grupos centrados en el cliente.* Grupos semidirectivos, en los que los pacientes aportan y discuten temas trascendentes. Los terapeutas atienden a la frecuencia de participación de conversaciones por parte de cada uno de los pacientes y a la interacción grupal.

La terapia grupal se caracteriza porque los pacientes obtienen información y evaluación a través de otros miembros del grupo, adquieren conciencia de la enfermedad y de la necesidad de tratamiento, ya que esto puede actuar como mediador entre el hospital y la realidad social (Fernández y Turón, 2004).

Terapia de familia: grupo de padres.

El tratamiento de la familia proporciona la oportunidad de reorganizarse y convertirse en una unidad más adecuada y eficaz para resolver sus problemas. La familia forma parte del cambio ya que se les explica y se les fomenta la idea de que tienen que cambiar algunas actitudes de la relación anterior al problema de forma que se potencie la relación. La gran cantidad de pensamientos negativos, de desesperanza que tienen los padres que sufren un TCA en casa, obliga al terapeuta a realizar un trabajo de reestructuración cognitiva y de tratamiento de la ansiedad. El objetivo principal de este tratamiento es cambiar los pensamientos negativos hacia el TCA por ideas positivas y de cambio mediante enfoques psicoeducativos (Calvo, citado en García, 2002).

#### HOSPITAL DE DIA

En la actualidad las limitaciones en los recursos clínicos, y las presiones para contener los gastos han llevado a desarrollar programas de tratamiento que tengan en cuenta el coste-beneficio. Es así, como los programas de tratamiento de día pueden proporcionar una estructura alrededor de las comidas y a la vez una terapia intensiva, sin que el paciente se aísle totalmente del apoyo y los retos que tiene en su medio habitual.

Durante la hospitalización suelen ponerse de manifiesto de forma más evidente los trastornos de personalidad de los pacientes. Generalmente surgen trastornos graves de regresión y dependencia, hostilidad, estado de ánimo fluctuante, conductas impulsivas, y posibilidad de conductas autolesivas. El hospital de día proporciona unas ventajas evidentes: atenúa las posibilidades de regresión y dependencia de los pacientes, al tener que cuidarse por ellos mismos o por los padres fuera del hospital, mientras se realiza el tratamiento intensivo. Esta situación ayuda a desarrollar autonomía y proporciona la posibilidad de generalización de la normalización de la comida que las pacientes tienen que adquirir en el hospital de día. Los pacientes tienen que afrontar todos los días con



aquellas áreas trastornadas: relaciones interpersonales, situación educativa y laboral e impulsividad (Fernández y Turón, 2004).

La forma predominante de hacerlo ha sido a través de grupos basados en los principios de la teoría cognitivo-conductual. El tratamiento de grupo puede proporcionar un apoyo mientras se incrementa la fuerza necesaria para realizar intervenciones terapéuticas que impliquen una mayor confrontación y presión al cambio. El aislamiento que a menudo ha sido desarrollado por los pacientes, se alivia en el grupo al compartir lo que ha sido considerado por ellos como degradante y humillante. Sin embargo, el hospital de día no siempre puede proporcionar la contención suficiente en algunos pacientes, cuyos trastornos de personalidad les impiden implicarse en los grupos (Fernández y Turón, 2004).

#### Programa en hospital de día

El programa de terapia de grupo en el hospital de día integra intervenciones terapéuticas biológicas, psicológicas y socioculturales, durante un periodo de 4-8 meses y por lo general con un máximo de 12 pacientes al mismo tiempo. Los objetivos terapéuticos tienen que estar claramente definidos:

1. Cambios conductuales para normalizar las pautas alimentarias.
2. Rehabilitación nutricional mediante la ingesta calórica adecuada y por consiguiente un aumento de peso.
3. Identificación de los procesos patológicos subyacentes, tanto psicológicos como de las relaciones familiares.

El programa funciona durante 5 días en la semana, unas 7 horas y media. La rehabilitación nutricional se realiza a través de una dieta equilibrada, que incorpore las comidas fóbicas, y se divide en 3 comidas fuertes y 2 tentempiés al día. El tratamiento también incluye principios psicoeducativos, conductuales, cognitivos, interpersonales y socioculturales (Calvo, citado en García, 2002 y Fernández y Turón, 2004).

## Evaluación

Es necesario determinar si las características del paciente son apropiadas para realizar un programa de tratamiento intensivo, ambulatorio y basado en intervenciones grupales. Tanto el paciente como la familia deben estar lo bastante motivadas para seguir un programa tan intensivo y deben aceptar mutuamente las expectativas de cambio en la sintomatología: incremento de peso, descenso de atracones, purgas, etcétera. El paciente debe de tener una capacidad de tolerar la situación de grupo y la relación con otros pacientes.

## Intervención

### *Grupo relacionado con la comida*

- A. Intervención durante las comidas. Se les enfrenta a las comidas fóbicas, se les promueve la eliminación de rituales alimentarios, lo cual ayuda a la normalización de las conductas alimentarias y a tolerar los impulsos a los atracones o purgas. El aprendizaje que obtienen lo consiguen mediante el modelado y el autorregistro de las conductas alimentarias, de los sentimientos y de los sucesos significativos; también se les pide que realicen una lista de manera jerárquica de los alimentos a los cuales etiquetan como “malos” o “dañinos”.
- B. Retroacción en grupo. Para producir un cambio conductual se necesita proporcionar una retroacción inmediata posible, para realizarlo suelen estructurarse dos grupos con este objetivo, un grupo de retroacción y un grupo de peso. El grupo interpreta la retroacción dada al paciente y la perspectiva del grupo, así como la dirección. En el grupo peso, las pacientes expresan sus preocupaciones sobre el peso, su aprensión a ser pesadas y las conductas alimentarias antes de ser pesadas.
- C. Planificación de menús. Este grupo tiene una finalidad fundamentalmente educativa. Los pacientes colaboran en la realización de los menús del hospital en un grupo supervisado por un especialista en nutrición. Cada

paciente tiene un menú especializado y los cambios en el menú, sobre todo los cambios en las calorías, tienen que pedirse en grupo.

- D. Grupo de nutrición. El grupo de nutrición es un grupo didáctico-conductual. Cada semana se presentan algunos aspectos educativos relacionados con la nutrición. Los errores conceptuales sobre los procesos fisiológicos de la comida se corrigen. En la segunda parte del grupo, cada paciente planea sus comidas para el fin de semana.
- E. Grupo de actitudes hacia la comida. El grupo de actitudes hacia la comida informa sobre los aspectos fundamentales de los trastornos alimentarios. Los temas incluyen los efectos fisiológicos del ayuno. Los efectos de las conductas purgativas, las medicaciones para los trastornos alimentarios, las estrategias de cambio conductual, las influencias culturales y los trastornos alimentarios, las cogniciones asociadas a los trastornos alimentarios y el abuso de alcohol y otras drogas.

#### *Grupos no alimentarios*

Se asume que es necesario desarrollar una serie de habilidades en los pacientes, sobre todo para el manejo de la impulsividad y la expresión de sentimientos.

- A. Grupo de asertividad. Utiliza el rol-playing, ensayo conductual y escritos de diálogos para facilitar el proceso de aprendizaje de la conducta asertiva. Se trata de apoyar un cambio en la comunicación interpersonal, que desarrolle un mayor sentido de autocontrol, responsabilidad personal, así como, expresar los efectos negativos.
- B. Grupo de tiempo libre. Su objetivo es ayudar a planificar el tiempo fuera del hospital de día. Los planes para el fin de semana se tratan los viernes por la tarde y se llevan al grupo el lunes por la mañana. Estos planes ayudan a mantener la estructura del programa, las normas y los objetivos durante las horas en que no están en el programa. Se ayuda a cada paciente en el grupo a realizar planes para que maximicen las posibilidades de comer de

forma normal. El apoyo del grupo permite a los pacientes realizar cambios conductuales importantes en su medio, a pesar del poco apoyo que puedan recibir fuera del programa.

- C. Grupo de actividad física. La actividad física se regula y sitúa en unos límites adecuados.
- D. Grupo de terapia creativa. Proporciona a los pacientes un espacio de expresión no verbal. Se utilizan diferentes medios para manejarse con los diversos estados y experiencias afectivas. El grupo explora formas alternativas de autoexpresión. Se presenta la información y las instrucciones sobre las técnicas en artes plásticas y musicales, invitando a los pacientes a que prueben con las técnicas que se les han proporcionado.
- E. Grupo de imagen corporal. El objetivo es reconstruir el desarrollo de la imagen corporal de cada individuo, además, de corregir las distorsiones de la imagen corporal y crear una experiencia de la imagen corporal más positiva.
- F. Grupo de sexualidad. Se considera necesario incluir esta temática de forma específica debido a la cantidad de experiencias sexuales adversas que suelen presentar los pacientes. Se presentan de forma educativa y respetando la intimidad, se presentan diferentes temas en el grupo: menstruación, control de natalidad, respuesta sexual, juego sexual, abuso sexual, y particularmente si es el caso de adolescentes e infantes si han tenido experiencias sexuales forzadas; tales estas circunstancias podría pensarse que los TCA se hayan presentado como respuesta.
- G. Grupo de relaciones interpersonales. Se dedica de forma preferente a establecer las conexiones entre las dificultades interpersonales y los problemas alimentarios, utilizando como soporte el análisis funcional y los autorregistros. Los pacientes mediante estas técnicas, tratan de identificar los problemas personales que se repiten en su vida, las respuestas alimentarias y/o purgativas que se producen y se comienza el aprendizaje

de respuestas alternativas. El tratamiento de familia se enfoca en la educación de los padres, hermanos, y otras personas allegadas al paciente, para facilitar que se dé una separación entre los síntomas y otros aspectos de relación familiar.

- H. Grupo de despedida. Cada paciente tiene su grupo especial de despedida cuando termina el tratamiento y permite modelar estrategias adecuadas para el alta de los demás pacientes. Se realiza la conexión con el equipo de tratamiento ambulatorio para no perder los beneficios adquiridos, realizando un programa de transición con intervenciones muy frecuentes (3 sesiones de grupo semanales durante los 6 meses posteriores del programa). Las recaídas suelen darse fundamentalmente durante estos primeros 6 meses de alta, por lo que esos meses son cruciales para el programa de prevención de recaídas (Calvo, citado en García, 2002 y Fernández y Turón, 2004).

## PREVENCIÓN DE LOS TCA

Los programas preventivos se pueden dividir en tres niveles:

- I. La prevención primaria, que incide en aquellos aspectos que facilitan el desarrollo de la enfermedad, tiene por objetivo la reducción de la incidencia por medio de:
  - ◆ Información del problema
  - ◆ Modificación de conductas de la enfermedad
  - ◆ Identificación de grupos de riesgo
  - ◆ Estereotipo culturales
  - ◆ Educación escolar

II. La prevención secundaria es aquella que facilita las intervenciones encaminadas a reducir el tiempo entre el diagnóstico de la enfermedad y el inicio de un tratamiento eficaz.

- ◆ Diagnóstico y tratamiento precoz

- ◆ Tratamientos adecuados

- ◆ Dispositivo asistencial eficaz

III. La prevención terciaria intenta eliminar o reducir algunos de los síntomas o complicaciones más graves de ese trastorno (Fernández y Turón, 2004).

## MODELO PSICOEDUCATIVO

El modelo psicoeducativo es una propuesta en el ámbito de la salud mental que involucra tanto a los profesionales de salud como a familiares en el proceso de atención al paciente diagnosticado con el trastorno de conducta alimentaria. La psicoeducación se plantea como una técnica de intervención en el tratamiento integral de los TCA. Este modelo plantea como factores de vulnerabilidad los elementos genéticos, bioquímicos y cognitivos; además de los sucesos estresantes contingentes que se puedan presentar en la vida cotidiana y que pueden ser de difícil resolución en el paciente. La psicoeducación surge del trabajo con familias de pacientes diagnosticadas con algún trastorno mental, en donde George Brown (1972) afirma que "... entre más hostilidad y críticos sean los familiares, más frecuentes son las recaídas en los enfermos..." lo que supone que, estos factores agravan los síntomas y las recaídas de la enfermedad. Uno de los objetivos principales de este modelo es disminuir la "carga" que el paciente representa para su familia. Una vez localizados dichos comportamientos, se propone su intervención para modificar y cambiar sus efectos, lo que supone como resultado la disminución del número de recaídas en el paciente (Albarrán y Macías, 2007).

Los principios metodológicos de este modelo se basan en:

1. Alianza terapéutica.
2. Adquisición de la información.
3. Propiciación del ambiente que vincule al paciente a la sociedad.
4. Integración gradual al paciente al núcleo y rol familiar.
5. Continuidad en el cuidado del paciente y su vinculación con el tratamiento.

Todas las modalidades psicoeducativas comparten tres aspectos: ayuda a los familiares del paciente, reconocimiento de que el ambiente no está implicado en la etiología, y reforzamiento de habilidades y competencias de los familiares.

Para llevar a cabo el modelo psicoeducativo, se deben incorporar cuatro etapas primordiales: a) involucramiento familiar, b) información y orientación, c) entrenamiento en la solución de problemas, y d) facilitación de la rehabilitación social y vocacional del paciente.

Existen ciertas dificultades en el uso de este modelo, ya que las inconsistencias en el seguimiento de las indicaciones por parte de los familiares es notoria; lo cual también sugiere la posible necesidad de atender individualmente a otros miembros de la familia en las sesiones psicoeducativas; ya que por sí sola la información pueda generar cambios cognitivos en el núcleo familiar (Albarrán y Macías, 2007).

## **5.2 Una propuesta psicoeducativa. Trabajando y educando en casa.**

Salud y educación están presentes en los enfoques de la atención primaria de salud y en forma particular en la prevención de enfermedades. Educar, en efecto, ha adquirido gran importancia para individuos y comunidades a fin de desarrollar prácticas sanas que eviten daños a la salud. Sin embargo, la prevención primaria no es la única modalidad que se beneficia con esta actividad, sino también la prevención secundaria, que limita los daños, y la prevención terciaria, que rehabilita las capacidades funcionales comprometidas por dichos daños. En

consecuencia la labor de la educación en salud puede extenderse a las actividades curativas y a las de rehabilitación. Las intervenciones psicoeducativas tienen diferentes modalidades que van desde la orientación y apoyo familiar, hasta el manejo psicoeducativo comunitario. Asimismo, puede ser una sola familia o multifamiliar cuando comparten la misma problemática. Esta última modalidad no ha sido documentada como la más efectiva debido a la retroalimentación que se propicia entre las diferentes familias (Padilla, Pomalima, Robles, Rojas y Vargas, 2008). La psicoeducación es así un componente esencial en el tratamiento de los problemas de la conducta alimentaria.

Se ha comprobado que las pacientes se benefician, e incluso algunas se recuperan, al conocer los factores que mantienen el trastorno y las complicaciones que se derivan (Instituto Nacional de la Salud Pública, 2006), siendo importante desarrollarla al inicio del tratamiento. En este sentido, el objetivo primordial es realizar una propuesta de intervención psicoeducativa basada en los principios de la terapia cognitivo conductual, en donde, se brinda información acerca del problema, del tratamiento y de los riesgos de no tratarlo (Albarrán y Macías, 2007 y Padilla y cols., 2008).

### **Metodología**

Participantes: grupos de 8- 12 participantes de entre 4 y 12 años de edad con sus respectivos padres, que estén diagnosticados con algún trastorno de conducta alimentaria (anorexia, bulimia u obesidad).

Escenario: Aula o salón de usos múltiples.

Material: sillas, mesas, imágenes, proyector multimedia, hojas de papel, lápiz, plumones de colores, apoyo didáctico, tales como libros, encuestas, e informes médicos; revistas, recortes de revistas, periódicos, etc., pegamento, tijeras, cartulinas, plastilina, buzón.



Procedimiento: el programa psicoeducativo consta de seis sesiones, una por semana, con una duración de 120 minutos cada una. Cada sesión cuenta con objetivos específicos dependiendo del contenido a tratar (Ver anexo).

Al inicio de cada sesión los asistentes recibirán la exposición del tema programado durante aproximadamente de treinta a cuarenta y cinco minutos, con libertad de los participantes para formular preguntas durante o después de la exposición. Al final de la exposición es necesaria una retroalimentación con experiencias propias del paciente o de la familia que está viviendo esta problemática. También, se llevará a cabo la realización de técnicas para poder reforzar lo explicado durante la exposición, las técnicas a utilizar, depende de cada terapeuta, pueden ser juegos, rol-playing, relajación, etcétera. Las técnicas se deben adecuar dependiendo si son para los padres o para el paciente. Al final de cada sesión los participantes podrán dejar sus sugerencias, dudas o comentarios en el buzón de cada sesión.

### **1° SESIÓN. PRESENTACION E INFORMACIÓN BÁSICA**

Presentación de los instructores y explicación de los trastornos de la conducta alimentaria TCA. Manifestaciones clínicas, complicaciones a corto y largo plazo.

- a. ¿Qué es anorexia, bulimia, obesidad?
- b. Problemas físicos y psicológicos asociados con los TCA.
- c. Síntomas, peligro y efectos del uso de laxantes, diuréticos, dietas, ayunos, atracones, vómitos, etcétera.
- d. Complicaciones médicas.

### **2° SESIÓN. FACTORES MULTIDETERMINADOS DE LOS TCA**

Factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de los TCA.

- a. Ideales de belleza e influencia familiar, sociocultural y personal.
- b. Preocupación excesiva por el peso y la figura.

- c. Conductas para controlar el peso (ayuno, dietas, vómitos, laxantes).
- d. Sentimiento de culpa y presión social (medios de comunicación, familia y amigos).
- e. Uso frecuente de dietas para mantener el peso.
- f. Consecuencias psicológicas, ideas irracionales, trastornos de personalidad, poca asertividad, baja autoestima, cambios emocionales repentinos, depresión y en casos extremos, suicidio.
- g. Perfeccionismo y autocontrol.

### **3° SESIÓN. INFANCIA-ADOLESCENCIA**

Infancia, adolescencia. Trastornos emocionales asociados con los trastornos de la conducta alimentaria TCA. Prevención de recaídas.

- a. Definición de infancia y adolescencia.
- b. Proceso de cambios de la infancia a la adolescencia.
- c. Trastornos emocionales, estrés, ansiedad.
- d. Conflictos familiares.
- e. Cambios físicos y emocionales. Obesidad.
- f. Prevención primaria, secundaria y terciaria.
- g. Implicación de una recaída.

### **4° SESIÓN. NUTRICIÓN**

Nutrición. Tipos de alimentos necesarios durante la infancia y la adolescencia. Equilibrio nutricional, explicación de peso y ejercicio físico.

- a. ¿Qué es nutrición?
- b. Comidas sanas, hábitos alimenticios y mantenimiento de actitudes sanas.

- c. Tabla nutricional.
- d. Regulación y mantenimiento del peso de acuerdo a la edad y altura del paciente.

### **5° SESIÓN. FAMILIA**

Familia y relación con el paciente.

- a. Estructura y funcionamiento familiar.
- b. Roles, jerarquía, comunicación, creencias, apego.
- c. Relación familia-TCA.
- d. Estilo educativo.

### **6° SESIÓN. TRATAMIENTO**

Tipos de tratamiento.

- a. Tratamiento farmacológico
- b. Tratamiento psicológico:
  - Conductual
  - Cognitivo-conductual
  - Psicoanálisis
- c. Tratamiento ambulatorio
- d. Hospital de día.

La aplicación del modelo psicoeducativo tendrá que ser adaptado dependiendo de la edad del paciente, ya que la forma de explicar y de llevar a cabo las técnicas dependen de la edad y del tipo de trastorno que presente el paciente. Asimismo, se propone la realización de tareas en casa, por medio de registros, y ensayos de lo aprendido en las sesiones para así prevenir posibles recaídas.

Es así como, los objetivos principales de este tipo de abordaje terapéutico son:

1. Ofrecer información y psicoeducación respecto a las patologías y a las asociaciones con la vida cotidiana; así como, las consecuencias negativas que presenta ofreciendo estrategias de solución para este problema de forma adecuada.
2. Enseñar al paciente la importancia que posee para su curación su propia conducta y el hecho de adquirir un papel activo en la erradicación de este trastorno.

También, es necesario recalcar las tres fases primordiales de este programa:

1. Conceptual y sintomática. Descripción de los síntomas, consecuencias y posibles causas de esta patología (sesión 1, 3, 5).
2. Nutricional. Elementos básicos en torno a la alimentación y a la realización de dietas (sesión 4).
3. Psicológica. Modelos y técnicas psicológicas. Desde un marco teórico cognitivo-conductual, de entendimiento y afrontamiento del problema y/o problemas asociados (sesión 2, 3, 6).

Las normas y pautas psicoeducativas poseen una relevancia especial en toda fase inicial de un tratamiento con pacientes que presentan trastornos de la conducta alimentaria, independientemente de que la terapia se lleve a cabo individual o grupalmente. Por las características propias (tanto económicas y su efectividad) de este tipo de tratamiento, son ideales para los tratamientos de los TCA principalmente para la bulimia.

## **CAPÍTULO 6**

### **CONCLUSIONES.**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), al igual que la mayoría de las enfermedades que aquejan a nuestra sociedad, derivan de una etiología multicausal (bio-psico-socio-cultural). Sin embargo, el papel de la familia adquiere especial relevancia, ya que representa el núcleo primario en el cual se transmiten normas, roles, costumbres y hábitos que influyen en estilos de vida, y más aún en los estilos y actitudes alimentarias (León y Aizpuru, 2010). Actualmente los TCA presentan un gran auge en el sector salud ya que de acuerdo con la Secretaría de Salud, Estado de México (2004), se calcula que entre 0.5% y 1.5% de la población general padece anorexia y un 3% bulimia; en cuanto a la obesidad, aún no se le considera un trastorno alimenticio por el hecho de que aún no se ha clasificado un diagnóstico dentro de los manuales diagnósticos como el DSM-IV y el CIE-10.

Actualmente la obesidad muestra que la incidencia y prevalencia de la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia de la población total de México, y de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2006 se encontró que el incremento más alarmante fue en la prevalencia de obesidad en los niños (77%) comparado con las niñas (47%); lo cual implica la urgencia de aplicar medidas preventivas para controlar la obesidad en los escolares.

Los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de los trastornos de la conducta alimentaria, son estímulos primordiales que podemos encontrar actualmente en nuestro medio social. Hoy por hoy, se promueve la idea de "belleza" con el aspecto físico de una persona, y se puede ver en las revistas, periódicos, programas de televisión, incluso caricaturas y juguetes, que poco a

poco implícitamente van modelando la conducta infantil y aunado a esto la presión familiar, puede ser por parte de los padres que limitan cierto tipo de alimentos o los presentan en exceso por considerarlos saludables. Un plus, serían los problemas económicos que aquejan a la mayor parte de la población mexicana, en donde el gasto tiene que verse limitado a cierto tipo de alimentos y es ahí en donde la implicación de una dieta y una ingesta propicia para la familia se ve envuelta en serios problemas por la falta de solvencia económica actual.

La tecnología también forma parte de los factores mantenedores de los TCA, ya que en la actualidad la gran mayoría de la población infantil y adolescente tiene acceso a la información vía internet y es ahí mismo en donde se presenta la mayor amenaza para poder contrarrestar este problema sanitario. En la red se puede encontrar desde la forma más sencilla para poder ocultar su enfermedad hasta consejos de afrontamiento para la misma. Sólo basta con poner las palabras mágicas “ANA y MIA” en el buscador para encontrar una infinidad de tips para bajar de peso, para verse como ellas/os se catalogan como unas princesas, además de que dan consejos de cómo ocultar sus síntomas, de cómo ayunar, como hacer dietas efectivas de 1 semana, y lo más impresionante, realizan “carreras”, “maratones” o “rally’s” para bajar de peso. Aquí un ejemplo de lo mucho que se puede encontrar, ***...aquí van mis consejos para que no se den cuenta tus padres...muchas chicas odian vomitar la comida, pero hay muchas formas para evitarla, una es salir de casa, cuando lo hagan digan que te invitaron unas amigas a comer o así...***

***...la otra es esperar que los demás hayan terminado y revolver la comida en tu plato, votar una gran cantidad y lo que quede en el plato lo vuelves esparcir para que se vea que es poca...***

***...otra forma de salvarte de el almuerzo es decir que te duele el estómago... que te da asco comer en ese momento...***

***...o puedes decir que estas a dieta... pero que igual comes....***

***...sí en últimas circunstancias tienes que comer, come de pequeñas cantidades y mastica muchas veces, así se digiere mejor, y te sientes satisfecha, no es necesario que te comas todo, esto te puede servir para...***

En verdad, es algo impresionante ingresar a este tipo de blogs, donde ANA y MIA son las protagonistas y las mejores amigas que nunca te harán daño siempre y cuándo se lleven al pie de la letra sus reglas, ya que ellas les ofrecen un mundo lleno de éxitos, de belleza y de perfeccionismo, donde no se acepta un fracaso ni un error.

A tal grado han llegado estos blogs, que es un punto de desahogo para ellas/os, ya que en algunos casos, sino es que en todos, son el centro de aceptación donde encuentran amigas o amigos a fin, con mismas características y con mismas metas a cumplir.

En cuanto al rol familiar León y Aizpuru (2010), encontraron en su investigación que tener antecedentes familiares acerca de los TCA, aumenta la probabilidad de que algún miembro de la familia lo pueda padecer posteriormente, ya que presentan una historia familiar en donde la motivación por adelgazar, la evitación de alimentos engordantes, preocupación por la comida, obsesiones y compulsiones, y conductas compensatorias forman parte de un estilo de vida familiar.

La literatura y las investigaciones existentes acerca de los TCA en niños y adolescentes son muy nulas, y probablemente sea por el hecho que es un tema muy poco explorable a pesar de que se presentan a más temprana edad y con mayor prevalencia. Por ejemplo Ballester y Guirado (2003), Gempler, Rodríguez, Muñoz y Pérez (2008), en sus investigaciones pudieron encontrar que la mayoría de la población infantil presenta mayor atención a su figura corporal, utilizando el ejercicio como medio para mantener un peso bajo y evitando los horarios de comida o evitando comida sana en el caso de la bulimia y anorexia; en la obesidad Islas y Peguero (2006) encontraron que la falta de hábitos alimenticios y los ayunos prolongados son los precipitantes para que se detone la obesidad, aunado

a esto la falta de ejercicio físico saludable y la poca importancia en cuanto a la ingesta saludable lo hace un problema de salud actual de gran gravedad.

La forma de tratar estos trastornos es de modo multidisciplinario, ya que es necesario contar con médicos, psiquiatras y psicólogos, ya que estos tres niveles de atención son la parte primordial de cualquier tratamiento.

La corriente psicológica de mayor efectividad en este tipo de casos lo es la corriente cognitivo-conductual mostrando un gran índice de prevención de recaídas.

Su eficacia se ve reflejada ya que también suelen emplearse los tratamientos ambulatorios basados en los principios cognitivos-conductuales, donde, el principal objetivo es cambiar las ideas irracionales que presentan de su imagen corporal y de sus emociones así como, un aprendizaje de los hábitos alimenticios y nutricionales adecuados a la edad. De acuerdo a la literatura revisada, (Calvo, citado en García, 2002; Chinchilla, 2003; Fernández y Turón, 2004), los tratamientos con mayor eficacia son los tratamientos ambulatorios y el hospital de día, ya que parten de los supuestos de las cogniciones y de las conductas propias de los pacientes, viéndose reflejados sus resultados en los pocos casos donde los pacientes recaen; el éxito puede deberse a que dichos tratamientos son aplicables tanto para la familia como para la persona que presente el trastorno de alimentación, esto debido a que se interviene no solo en el paciente sino también en su medio donde se desenvuelve habitualmente. Es por ello que también se incluye un programa psicoeducativo igualmente basado en los principios cognitivo-conductuales lo cual incrementa la probabilidad de que no se presente una recaída en los pacientes con TCA.

En cuanto al objetivo principal de este trabajo, es decir, la propuesta psicoeducativa se llega a la conclusión que es un medio de prevención primaria, ya que es una fase de aprendizaje tanto para el paciente, la familia y el terapeuta,



para así poder entender el estímulo detonante y la evolución que tiene éste. Al igual que Albarrán y Macías (2007), se argumenta que la psicoeducación es un ejercicio de percepción y entendimiento de las causas de la enfermedad, de la interacción familiar, tratamientos y del cambio generador de la forma de percibirse a sí mismos; es por ello, que para poder argumentar o justificar los resultados que se pudiera llegar a tener, es necesario que se lleve a cabo en la población infantil y adolescente mexicana, ya que la gran parte de los estudios reflejan datos de países externos, siendo en México un programa de intervención poco explorado a pesar de su coste bajo y de su efectividad en el tratamiento de las conductas alimentarias TCA. Este tipo de intervenciones son adaptables a la población que lo necesite, se puede adecuar dependiendo de casos específicos individuales o grupales, pudiendo utilizar las corrientes psicológicas que más se adecúen al caso o que el terapeuta crea conveniente.

El modelo psicoeducativo ha sido aplicado como estrategia de intervención para la atención de los trastornos mentales obteniendo resultados favorables en la prevención de recaídas, es así como se concluye que la prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria en niños y adolescentes cada vez se presentan a más temprana edad, siendo éstos las consecuencias del medio familiar, social y de aceptación; es un problema de salud mental que por sus porcentajes deberían ser tomados como problemas sanitarios que deben ser tratados y diagnosticados a tiempo en instituciones públicas para así poder controlar el índice de casos a más temprana edad. También se promueve la aplicación del programa psicoeducativo en escuelas, ya que los infantes y adolescentes pasan parte de su tiempo en las instituciones educativas, viéndose bombardeados de presiones sociales y sobre todo de alimentos poco saludables los cuales pueden ser factor primordial para que se presenten los TCA a más temprana edad.

Es así como se pretende aplicar dicha propuesta remarcando la importancia del trabajo del psicólogo y del equipo multidisciplinario para promover la PREVENCIÓN PRIMARIA sobre los trastornos de la conducta alimentaria TCA.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Albarrán, L. A., y Macías, T. M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del hospital civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud* 2007; 2 (9). <http://www.redalyc.uaemex.mx>. Visitado (10 enero 2011).
- 2) Arden, M. (1997). Obesidad. En Mcanarney, E.; Kreipe, R.; Orr, D., y Comerci, G., *Medicina del Adolescente*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- 3) Ballester, A. R. y Guirado, M.C. Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. 2003. *Psicothema* 2003; 15 (4). <http://www.psicothema.com>. Visitado (23 agosto 2010).
- 4) Barjau, R. J., y Guerro, P. D. (2003). Anorexia y Bulimia nerviosas: Tratamientos psicológicos. Terapias de apoyo y psicoeducativas. En Chinchilla, M. A. *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Barcelona: MASSON.
- 5) Benito, D. A., Puertas, R. M., Rincón, C. F. Beltrán, V. I., y Ortiz, V. A. (2005). Diagnóstico de anorexia nerviosa. En León, E. M., y Castillo, S. M., *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. Alcalá: FORMACION ALCALÁ.
- 6) Benito, D. A., Puertas, R. M., Rincón, C. F. Beltrán, V. I., Ortiz, V. A., e Indi, E. (2005). Diagnóstico de la bulimia nerviosa. En León, E. M., y Castillo, S. M., *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. Alcalá: FORMACION ALCALÁ.

[http://www.familianova-schola.com/files/anorexia\\_y\\_bulimia\\_nerviosa\\_en\\_ninos\\_y\\_adolescentes.pdf](http://www.familianova-schola.com/files/anorexia_y_bulimia_nerviosa_en_ninos_y_adolescentes.pdf). Visitado (08 abril 2010).

- 7) Caballo, E. V. Buela. C. G., y Carrobles, J. (1996). Trastornos de la alimentación. *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos Vol. 2. Trastornos de personalidad, medicina conductual y problemas de relación*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- 8) Calvo, R. S. (2002). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la conducta alimentaria. En García, E., *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad*, (pp. 191-213). Barcelona, España: MASSON.
- 9) Caro, G. I. (1997). Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos. Barcelona: Paidós.
- 10) Castillo, S. M., León, E. M., Linares, L. C., Castillo, S. M., Cabrera, G. M., y Naranjo, R. J. (2005). Introducción y clasificación de los trastornos de conducta alimentaria. En León, E. M., y Castillo, S. M., *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. Alcalá: FORMACION ALCALÁ.
- 11) Castillo, S. M., León, E. M., López, B. A., Gallo, V. M., Fernández, S., y Medina, P. J. (2005). Anorexia nerviosa. Concepto de anorexia nerviosa. Revisión histórica. En León, E. M., y Castillo, S. M., *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. Alcalá: FORMACION ALCALÁ.
- 12) Chinchilla, M. A. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones. Barcelona: Masson.

- 13) Ezpeleta, A. L. (2005). Factores de riesgo individuales. Género y psicopatología. *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: MASSON.
- 14) Fernández, A. F. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). En Caballo, E.V. *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 2. Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. Madrid: Siglo XXI de España editores.
- 15) Fernández, A. F., y Turón, G. V. (2004). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.
- 16) Feuchtmann, S. C. Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos, 1997. Boletín de la Escuela de Medicina 1997; 26 (1). <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/obesidad/ObesidadFactores.html>. Visitado (08 septiembre 2010).
- 17) García, C. E. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. *Psiquiatría médica*. Jerónimo Saíz Ruiz: Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y Obesidad. Barcelona: Masson.
- 18) García, G. E., De la Llata, R. M., Kaufer, H. M., Tusié, L. M., Calzada, R. L., Vázquez, V. V., Barquera, C. S., Caballero, R. A., Orozco, L., Velásquez, F. D., Rosas, P. M., Barriguete, M. A., Zacarias, C. R., y Sotelo, M. J. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Instituto Nacional de Salud Pública* 2008; 50 (6). <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10611162013>. Visitado (23 agosto 2010).

- 19) Gempler, R. J., Rodríguez, G. M., Muñoz, F., y Pérez, M. V. Aversión a los alimentos en la infancia: ¿fobia, obsesión o trastornos del comportamiento alimentario no especificado?. 2008. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2008; 37 (3). <http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF>. Visitado (23 agosto 2010).
- 20) Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y nutrición ENSA. (2006). <http://www.insp.mx/encuesta-nacional-salud-y-nutricion-2006.html>. Visitado (10 enero 2011).
- 21) Islas, O. L., y Peguero, G. M. (2006). Obesidad infantil. *Boletín de práctica médica efectiva. Secretaria de Salud Pública*. México.
- 22) León, E. M., Castillo, S. M., Ceballos, A. R., Cobo, M. F., y Gallo, V. M. (2005). Bulimia nerviosa. Epidemiología. En León, E. M., y Castillo, S. M., *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. Alcalá: FORMACION ALCALÁ.
- 23) León, H. R., y Aizpuru, P. A. (2010) Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con trastorno de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de los trastornos alimentarios* 2010; 1. <http://journals.iztacala.unam.mx/>. Visitado (08 enero 2011).
- 24) López de la Torre, C. M., Palacios, A. E., Piédrola, M. G., Muros, F. T., y Romero, S. R. (2005). Diagnóstico diferencial de la anorexia nerviosa. En León, E. M., y Castillo, S. M., *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. Alcalá: FORMACION ALCALÁ.

- 25) López, J., y Valdés, W. M. (2002). Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- 26) Mardomingo, S. M. J. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia. En García, C. E., *Psiquiatría médica. Jerónimo Saíz Ruiz: Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y Obesidad*. Barcelona: Masson.
- 27) Meinchenbaum (1998). Terapias cognitivo-conductuales. En, Linn, S. J. y Garske. *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y métodos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- 28) Moreno, M.A., y Ortiz, G.R. Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes, 2009. *Terapia psicológica* 2009; 27 (2).  
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78511847004>.  
Visitado (09 abril 2010).
- 29) Navarro C. R. (1994). Del condicionamiento clásico a la Terapia Conductual Cognitiva: hacia un modelo de integración. En: *Aprendizaje y Comportamiento*. Lima: A.L.A.M.O.C.
- 30) Nussbaum, M. (1997). Trastornos nutricionales. En Mcanarney, E.; Kreipe, R.; Orr, D., y Comerci, G., *Medicina del Adolescente*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- 31) Ochoa, M. M.; Torres, G. S.; Hernández, S. M.; García, S.; Zarate, M. A.; Lucino, C. J.; Ortiz, R. A.; Martínez, S. B.; Sauri, S.; Meza, D. E., y Morel, F. C. Trastornos de la Alimentación y Alternativas de tratamiento, 2007. *Revista de Especialidades médico-quirúrgicas* 2007; 12 (3).

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/473/47311964002.pdf>. Visitado (23 agosto 2010).

- 32) Osorio, E. J., Weisstaub, G. N., y Castillo, D. C. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones, 2002. *Revista chilena de nutrición* 2002; 29 (3). [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182002000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182002000300002&script=sci_arttext). Visitado (29 marzo 2011).
- 33) Padilla, M., Pomalima, R., Robles, Y., Rojas, E., y Vargas, V. (2008). *Guía para la intervención psicoeducativa en trastornos de conducta alimentaria. Programa de tratamiento integral de trastornos de la conducta alimentaria*. México: Sin editorial.
- 34) Palacios, A. E., López de la Torre, C. M., Muros, F. T., Piédrola, M. G., y Romero, S. R. (2005). Diagnóstico diferencial de la bulimia nerviosa. En León, E. M., y Castillo, S. M., *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. Alcalá: FORMACION ALCALÁ.
- 35) Paz, M. M., y Cuevas, A. (2010). Definición y diagnóstico de la obesidad. *El peso de la obesidad en el siglo XXI*. Chile: Editorial Valente.
- 36) Phares, E. y Trull, T. (1999). *Terapia conductual y perspectivas cognoscitivo-conductuales*. En: *Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.
- 37) Ramos, P., Pérez de Eulate, L., y Latorre, M. (2005). ¿Qué saben los padres sobre los hábitos nutricionales de sus hijos adolescentes?. *Revista de Psicodidáctica*. 2005; 10 (1). <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=17514745014>. Visitado (10 enero 2011).

- 38) Saldaña, C. Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos de comportamiento alimentario, 2001. *Psicothema* 2001;13(3). <http://www.psicothema.com/pdf/461.pdf>. Visitado (08 abril 2010).
- 39) Secretaria de Salud del Estado de México, Anorexia y Bulimia: una angustia voraz. 2004. *Nuestra Salud* 2004. <http://www.edomexico.gob.mx/revistareconocer/rec84/pdf/p18-20.pdf>. Visitado (08 abril 2010).
- 40) Sheldon, B. (1995). *Cognitive-Behavioural Therapy. Research, practice and philosophy*. London: Routledge.
- 41) Sierra, P. M. La bulimia nerviosa y sus subtipos. 2005. *Revista Diversitas Colombia* 2005; 1 (1). <http://www.redalyc.uaemex.mx>. Visitado (10 septiembre 2010).
- 42) Shenker, R. y Bunnell, D. (1997). Bulimia Nerviosa. En Mcanarney, E.; Kreipe, R.; Orr, D., y Comerci, G., *Medicina del Adolescente*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- 43) Villaseñor, B. S.; Ontiveros, E. C., y Cárdenas, C. K. Salud mental y Obesidad, 2006. *Investigación de Salud* 2006; 8 (2). <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/142/14280205.pdf>. Visitado (23 agosto 2010).



# **A n e x o s**

## SESIÓN 1

### *Presentación e Información básica*

“¿Y tu quien eres?”

(Padres y pacientes)

#### **Objetivo general:**

Presentación de los instructores y explicación de los trastornos de conducta alimentaria (TCA)

#### **Actividades a realizar:**

- Explicación (temas a tratar, dinámica, dudas, buzón, etc.)
- “Canasta revuelta” Técnica de integración y presentación
- “El autorretrato” Técnica de presentación
- Ponencia sobre los trastornos de conducta alimentaria TCA (manifestaciones clínicas, complicaciones a corto y largo plazo).
- Retroalimentación

#### **TÉCNICAS**

“Canasta revuelta”

#### **Objetivos:**

Activación e integración

#### **Participantes:**

8-12 pacientes con sus respectivos padres

#### **Tiempo:**

25 a 30 minutos máximo

**Material:**

Ninguno

**Lugar:**

Aula grande para la reunión grupal

**Procedimiento:**

- ❖ Todos los participantes se forman en círculos con sus respectivas sillas.
- ❖ El coordinador queda al centro, de pie.  
En el momento que el coordinador señale a cualquiera diciéndole **¡manzana!**, éste debe responder el nombre del compañero que esté a su **derecha**.
- ❖ Si le dice: *¡Naranja!*, debe decir el nombre del que tiene a su *izquierda*.
- ❖ Si se equivoca o tarda más de 3 segundos en responder, pasa al centro y el coordinador ocupa su puesto.

En el momento que se diga ¡Canasta revuelta!, todos cambiarán de asiento. (El que está al centro, deberá aprovechar esto para ocupar uno y dejar a otro compañero al centro).

**Observaciones**

Esta técnica fomentará la empatía e interacción del grupo con los coordinadores.

**“El Autorretrato”****Objetivos:**

Conocer al grupo a profundidad respecto a los trastornos de conducta alimentaria TCA.

**Participantes:**

8-12 pacientes con sus respectivos padres

**Tiempo:**

30 minutos aproximadamente

**Material:**

Hojas, plumones, colores, etc.

**Lugar:**

Salón de la reunión grupal

**Procedimiento:**

- ❖ El/los coordinador(es) invita a cada participante a tomar una hoja, y dibujar en ella la caricatura de sí mismo, que ocupe gran parte de la hoja.
- ❖ En un primer momento, en forma personal y durante 15 minutos se realiza el siguiente trabajo:
  - Frente a la cabeza, cada uno escribe tres ideas que no se dejará quitar por ningún motivo.
  - Frente a la boca, escribe tres expresiones de las que ha tenido que arrepentirse en su vida.
  - Frente a los ojos, escribe cuáles son las cosas que ha visto y que más le han impresionado.
  - Frente al corazón, cuáles son los tres amores que nadie le arrancará.
  - Frente a las manos, qué acciones buenas imborrables ha realizado en su vida.
  - Frente a los pies, cuáles han sido las peores “metidas de pata” que ha tenido.
- ❖ Luego del trabajo personal, los participantes comentarán al resto del grupo su caricatura.
- ❖ Al final se evalúa la técnica.

**Observaciones**

Esta técnica ayuda a un conocimiento más amplio del grupo a nivel personal. Cabe mencionar que la última parte de ésta técnica los pacientes según la edad necesitarán ayuda de los padres.

**SESIÓN 2*****Factores multideterminados de los trastornos de conducta alimentaria TCA***

**“¿Por qué a mí...?”**

(Padres y pacientes)

**Objetivo general:**

Que los participantes conozcan los principales factores detonantes de los trastornos de conducta alimentaria (TCA)

**Actividades a realizar:**

- “Dicen” Técnica de comunicación y evaluación.
- Explicación de las consecuencias psicológicas negativas de los trastornos de la conducta alimentaria TCA.
- “¡Que vivan las diferencias!” Técnica de comparación y observación.
- Desmitificar.
- 

**TÉCNICAS**

**“Dicen...”**

**Objetivos:**

Identificar los conocimientos que tienen los participantes acerca de los trastornos de la conducta alimentaria, así como crear conciencia de las consecuencias físicas y psicológicas.

**Participantes:**

8-12 pacientes con sus respectivos padres

**Tiempo:**

25 min.

**Material:**

Hojas de papel y plumas

**Lugar:**

Salón de la reunión grupal

**Procedimiento:**

- ❖ Se proporcionará una hoja de papel a cada participante donde escribirá un comentario acerca de los trastornos de la conducta alimentaria (alguna experiencia, opinión, algo que ha escuchado).
- ❖ Entregarán los papeles doblados al instructor quien leerá cada uno de ellos.
- ❖ Los participantes podrán hacer comentarios respecto a lo que escucharon.

**Observaciones**

- ❖ El instructor recalcará las consecuencias negativas acerca de los trastornos de la conducta alimentaria TCA.

**“¡Que vivan las diferencias!”**

**Objetivos:**

Identificar diferentes complejiones (tipos de cuerpo) y hacer notar las diferencias entre la composición corporal, estatura y talla de cada persona, dependiendo de la edad y sexo.

**Participantes:**

8-12 pacientes con sus respectivos padres

**Tiempo:**

30 minutos.

**Material:**

Hojas de papel, plumas, cinta métrica, revistas donde se presenten imágenes de modelos de cuerpo completo (masculino y femenino), recortes de revistas, periódico, etc., pegamento.

**Lugar:**

Salón de la reunión grupal

**Procedimiento:**

- ❖ Se formarán en grupos de familia, es decir, padres-paciente.
- ❖ Se proporcionará a cada grupo una cinta métrica, una hoja de papel y una pluma.
- ❖ Posteriormente, se les pedirá a los padres medir la estatura de su hijo (paciente), cadera y cintura, los anotaran en la hoja de papel.
- ❖ Realizarán un dibujo de acuerdo a las medidas obtenidas.
- ❖ Se hará una comparación de los valores obtenidos, con imágenes dentro de las revistas o periódicos, de acuerdo a la edad correspondiente.
- ❖ Se abrirá un tema en discusión acerca del efecto de los medios de comunicación, presión familiar y entorno social, sobre la imagen corporal que se busca obtener comparándola con la realidad y los modelos a seguir.
- ❖ Los participantes podrán hacer comentarios respecto a lo que escucharon.

**Observaciones**

- ❖ El instructor recalcará las consecuencias psicológicas negativas acerca de los trastornos de la conducta alimentaria TCA.

## SESIÓN 3

### *Infancia-Adolescencia*

**“¡De grande, quiero ser así...!”**

(Padres)

#### **Objetivo general:**

Que los padres conozcan los principales procesos de cambios en el lapso infancia-adolescencia, así como los factores que intervienen en ellos

#### **Actividades a realizar:**

- Explicación del concepto de infancia y adolescencia, así como cambios físicos y emocionales relacionados con la dinámica familiar; además de los niveles de prevención (únicamente a los padres).
- “Mi figura de plastilina” Técnica de autoconocimiento (únicamente a los pacientes)
- Retroalimentación

#### **TÉCNICA**

##### **“Mi figura en plastilina”**

#### **Objetivo:**

Promover en los pacientes la importancia del autoconocimiento en todas las esferas de la vida.

#### **Material:**

Una barra de plastilina y un paliacate por participante, grabadora y música en diferentes ritmos.

#### **Tiempo:**

45 min.



### **Procedimiento:**

- ❖ Se pide al grupo que se ponga de pie y recorra en silencio el salón mirando todo cuanto hay a su alrededor.
- ❖ Después, se les pide que elijan un espacio que les parezca más agradable y cómodo y se sienten.
- ❖ Con los paliacates se les pide que se cubran los ojos, buscando en el piso una posición en la que se sientan cómodos.
- ❖ A partir de este momento las indicaciones serán en primera persona:

*-te voy a pedir que hagas contacto con tu respiración, no es necesario que la cambies, sólo date cuenta cómo es.*

*-vamos a hacer un viaje y para ello te pido que busques una posición en la que te sientas cómodo y que incorpores los ruidos del exterior para que no te distraigan.*

*-te voy a pedir que construyas con tu imaginación un espacio que más te guste. Elige un lugar que tenga elementos que te gusten y en el que te sientas tranquilo.*

*-ahora, te voy a pedir que te sientes en algún rincón que te agrade y que desde ahí trates de mirarte. Identifica: ¿Cómo te sientes en este ahora mismo?, ¿cómo te mira a ti mismo (a)?, ¿qué cosas te gustan de ti?, ¿cuáles te desagradan?, ¿qué necesitas de ti mismo (a) en este momento?, ¿Qué necesitas de las personas que te rodean?, ¿Qué cosas quieres cambiar ahora?, ¿qué cosas no puedes decir a quienes te rodean?, ¿Qué te hace sentir orgulloso (a) de ti?, ¿Qué aspectos consideras necesarios mejorar?.*

*-ahora identifica cómo estas con todo esto, cómo te sientes, cómo te miras, qué piensas de ti mismo (a); y con todo esto te voy pedir que te quedes por un momento y construyas una figura que represente lo que siente y piensas. Ahora, extiende tus manos y busca frente a ti una barra de plastilina, tómalala y forma con ella esa figura que represente todo lo que eres tú en este momento de tu vida.*

*- Te pido que contactes con la música y te des cuenta si te produce algún sentimiento, si te trae recuerdos de alguna experiencia personal, de algún*

*momento importante de tu vida o tal vez de alguna persona; ahora dime ¿qué sientes? En que parte de tu cuerpo se manifiestan esos sentimientos: ¿en tu cabeza, en tu espalda, manos, piernas....? Si las has encontrado, piensa que necesitas en este momento: ¿un abrazo?, ¿un beso?, ¿una palabra?, etc.*

*¿Cuál emoción es más difícil y más sencilla de contactar?, ¿Cómo se sienten expresando de esta manera sus sentimientos?, ¿es difícil para ustedes identificar lo que sienten y lo que necesitan?, ¿ahora que ya saben lo que necesitan que es lo que van a hacer?, ¿es funcional o disfuncional lo que hacen para expresar sus emociones? -(al cabo de 15 minutos) te voy a pedir que vayas terminando tu figura. (2 minutos más).*

*- Te pido que poco a poco regreses a este lugar, en este momento, te pido que respires y lentamente integres los sonidos de este espacio, de tus compañeros y compañeras, de los sonidos externos. Poco a poco retira el paliacate de tus ojos; cuida de no lastimarlos con la luz". Y mires tu figura ¿Qué te dice de ti? -(se da al grupo 5 minutos para que reflexionen en silencio y al cabo de este tiempo se les pide que se sienten en círculo)*

- ❖ Cuando hayan formado el círculo, se les pregunta cómo se sienten con todo eso, de que se dan cuenta, para que les sirve, etc.
- ❖ Se hace el cierre de la técnica una vez agotadas las participaciones, reflexionando sobre lo importante que es identificar lo que sentimos y lo que necesitamos para expresar las emociones de manera funcional, ya que tiene efectos importantes en nuestra vida diaria.

### **Observaciones:**

- ❖ Al terminar las participaciones se cierra la técnica retomando los objetivos de la misma.
- ❖ Se hace una retroalimentación de la actividad

## SESIÓN 4

### *Nutrición*

#### **“Dime que comes y te diré como te sientes”**

(Padres y pacientes)

#### **Objetivo general:**

Que los participantes conozcan la importancia y características de una alimentación balanceada.

#### **Actividades a realizar:**

- “Los buenos y los malos” Técnica de evaluación.
- Explicación de nutrición, índice de masa corporal IMC, dietas.
- “El cartel de los alimentos” Técnica observación.
- Desmitificar.

## TÉCNICAS

### **“Los buenos y los malos”**

#### **Objetivo:**

Revisar la ingesta de los pacientes y compararla con la clasificación de los grupos de alimentos.

#### **Participantes:**

8-12 pacientes con sus respectivos padres

#### **Tiempo:**

25 min.

#### **Material:**

Hojas de papel, plumas, plumones

**Lugar:**

Salón de la reunión grupal

**Procedimiento:**

- ❖ Se organizarán a los participantes en parejas.
- ❖ Cada uno le preguntará al otro lo que desayunó, comió y cenó el día anterior, así como los alimentos consumidos entre comidas.
- ❖ Una vez respondidas las preguntas, entregarán los papeles doblados al instructor quien leerá cada uno de ellos.
- ❖ Se analizarán las respuestas de cada pareja según lo que cada uno consumió y así, se abrirá el tema a discusión sobre lo que debe ser una alimentación balanceada.
- ❖ Los participantes podrán hacer comentarios respecto a lo que escucharon.

**Observaciones**

- ❖ El instructor con ayuda de un nutriólogo expondrá a profundidad las bases de una alimentación sana, también contará con la participación del sector salud para explicar y reforzar lo aprendido en cuanto al índice de masa corporal IMC.

**“El cartel de los alimentos”****Objetivo:**

Agrupar los alimentos de acuerdo con la clasificación que le otorguen los participantes.

**Participantes:**

8-12 pacientes con sus respectivos padres

**Tiempo:**

30 minutos.

**Material:**

Cartulinas, plumones, tijeras, pegamento, revistas con imágenes de diferentes alimentos.

**Lugar:**

Salón de la reunión grupal

**Procedimiento:**

- ❖ Se formarán en grupos de familia, es decir, padres-paciente.
- ❖ Se proporcionará a cada grupo cartulinas, tijeras, plumones, pegamento, revistas y periódicos.
- ❖ Posteriormente, se les pedirá a cada grupo que realicen un collage clasificando a los alimentos “buenos” y “malos” mediante un cartel explicativo.
- ❖ Una vez terminados los carteles, se pedirá a cada equipo que explique y justifique porque catalogaron los alimentos de esa forma.
- ❖ Los participantes podrán hacer comentarios respecto a lo que escucharon.

**Observaciones**

- ❖ El instructor recalcará la importancia de una alimentación sana para así prevenir los trastornos de la conducta alimentaria TCA.

## SESIÓN 5

### FAMILIA

#### “...y cuál es mi lugar?”

(Padres y pacientes)

#### Objetivo general:

Que los participantes conozcan la importancia que conlleva la dinámica familiar en los trastornos de la conducta alimentara TCA.

#### Actividades a realizar:

- “... eso hago?” Técnica de evaluación.
- Explicación sobre lo que es familia, dinámica familiar y como estos aspectos de la vida marcan pauta para la ocurrencia de los trastornos de la conducta alimentaria TCA.
- “Ponte en mis zapatos” Role playing.
- “Carta a mis padres/hijo”

#### TÉCNICAS

#### “... eso hago?”

#### Objetivo:

Identificar las diversas formas de la comunicación familiar.

#### Participantes:

8-12 pacientes con sus respectivos padres

#### Tiempo:

30 min.

**Material:**

Hojas de papel, plumas, plumones

**Lugar:**

Salón de la reunión grupal

**Procedimiento:**

- ❖ Se organizarán a los participantes en familia pero con hijos diferentes.
- ❖ Se les entregarán a cada equipo un juego de tarjetas de “actitudes familiares” (ver apoyo didáctico A).
- ❖ El coordinador leerá un enunciado (alusivo a la dinámica familiar respecto a los TCA, apoyo didáctico B).
- ❖ Un miembro de cada equipo seleccionará la respuesta mediante las tarjetas de “actitudes familiares” previamente otorgadas (esto se hará mediante una medición de tiempo, máx. 30 seg.).
- ❖ Cada equipo irá anotando las respuestas dadas y al final comentaran como se sintieron al contestar en tan poco tiempo y de la forma que lo hicieron.
- ❖ Al final se retroalimentará y se comenzará con la ponencia.

**Observaciones**

- ❖ Esta técnica tiene como fin brindar una introducción de lo que es familia y dinámicas familiares.

**“Ponte en mis zapatos”****Objetivo:**

Poner en juego posibles circunstancias mantenedoras de los trastornos de la conducta alimentaria TCA. Identificar los sentimientos en ellos mismos y en los demás

Proporcionarle al alumnado herramientas valiosas para la comprensión y comunicación de las emociones.; así como, identificar el rol familiar de nuestro grupo de padres y pacientes.

**Participantes:**

8-12 pacientes con sus respectivos padres

**Tiempo:**

40 min.

**Material:**

Ninguno

**Lugar:**

Salón de la reunión grupal

**Procedimiento:**

- ❖ PREPARACIÓN: En primer lugar el coordinador leerá una historia una familia ficticia acerca de la relación familiar que presenta características similares en cuanto a diagnóstico de TCA. (apoyo didáctico C).
- ❖ DRAMATIZACIÓN: Una vez leída la historia, se explicará que ahora ellos tendrán que intercambiar “papeles” es decir dejaran de ser ellos, para representar a alguno de la familia, tendrán que escenificar alguna escena en donde interactúen todos. Por ejemplo, la hora de la comida o de cena.
- ❖ DEBATE SOBRE EL TEMA: Al finalizar la escenificación se abrirá la sesión de conclusiones, en donde cada integrante de la familia explicará como se sintió en el papel del otro y que cosas le incomodaron durante la técnica.



**Observaciones:**

La técnica de *rol-playing* es especialmente apta para detectar distorsiones, errores y confusiones en la comprensión de la información, análisis comportamientos en situaciones críticas como lo son los trastornos de la conducta alimentaria. Además, a través del análisis de lo vivencial se pueden modificar actitudes, sin contar que estimula la creatividad de los miembros del grupo.

**“Carta a mis padres/hijo”****Objetivo:**

Facilitar la comunicación y expresión de sentimientos entre el paciente y padres.

**Participantes:**

8-12 pacientes con sus respectivos padres

**Tiempo:**

10 min.

**Material:**

Hojas de papel, plumas, plumones

**Lugar:**

Actividad a realizar en casa

**Procedimiento:**

- ❖ Se les solicitará una sesión antes escribir una carta dirigida su hijo y viceversa, en donde expondrán sus sentimientos de algún aspecto del que no han podido hablar con él/ella abiertamente.

- ❖ Se entregará la carta a quién vaya dirigida y tendrán un tiempo determinado para leerla en privado.
- ❖ Al final, se pedirá que comenten su experiencia al leer la carta.
- ❖ Se retroalimentará.

**Observaciones**

- ❖ Esta técnica tiene como finalidad mostrar a cada familia la funcionalidad que presentan.

## **SESIÓN 6**

### ***TRATAMIENTO***

#### **“¡Sí se puede!**

(Padres y pacientes)

#### **Objetivo general:**

Que los participantes conozcan la los diferentes tipos de tratamientos para los trastornos de la conducta alimentara TCA.

#### **Actividades a realizar:**

- Explicación sobre los diferentes tipos de tratamiento y como se llevan a cabo.
- “El anuncio” Técnica de prevención
- Retroalimentación
- Cierre del taller (agradecimientos, recomendaciones, etc.)

## **TÉCNICAS**

### **“El anuncio”**

#### **Objetivos:**

Prevención, identificar las consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria TCA.

#### **Participantes:**

8-12 pacientes con sus respectivos padres

#### **Tiempo:**

30 min.

**Material:**

Hojas de papel, plumas, plumones, cartulina, imágenes, recortes, materiales necesarios para elaborar un buen anuncio.

**Lugar:**

Salón de la reunión grupal

**Procedimiento:**

- ❖ Diseñarán una campaña publicitaria para informar las consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria.
- ❖ Dentro del anuncio describirán las consecuencias de los TCA y conseguirán que alguien del mismo grupo “compre” dicho anuncio. (Por ejemplo: “¿usted sufre anorexia? "¿Desamparado, Frustrado? "Martín: la solución a sus problemas!!”).

El juego se realiza en silencio y con la única ayuda de un anuncio de pocas palabras (el número lo puede fijar el coordinador). En este caso el coordinador puede leer los anuncios y el resto del grupo tratar de averiguar quién es su autor.

- ❖ Por último, comentará al resto del grupo si les fue difícil “venderse” y como se sintieron.

**Observaciones**

- ❖ Enfatizar lo que conllevan los trastornos de conducta alimentaria TCA.
- ❖ Recalcar las conductas preventivas, y los efectos en la persona
- ❖ Aclarar dudas.

**APOYO DIDÁCTICO A**

Tarjetas de “actitudes familiares”

<b><u>RESPONDER CON ENOJO</u></b>
<b><u>RESPONDER CON INDIFERENCIA</u></b>
<b><u>RESPONDER CON COMPRENSIÓN</u></b>
<b><u>RESPONDER CON EVASIÓN</u></b>
<b><u>RESPONDER CON NERVIOSISMO</u></b>

## APOYO DIDÁCTICO B

Enunciados para el coordinador.

1. Mamá estoy gorda/o ¿me veo fea/o verdad?
2. Mónica, creo que tengo un problema; parece que Alberto vomita después de la comida, ya te diste cuenta?
3. Papá, ¿porque la gente no se cuida?, ya viste esta gordo/a y no va a llegar alto nunca...
4. Papá, mamá, tengo que visitar al médico, no me siento bien, siempre estoy triste y todo lo que como lo vomito...
5. Mamá quiero contarte lo que me pasa...
6. ¿Ya viste cuantas calorías te comes en esta comida?
7. ¿... y si hacemos una dieta?

## **APOYO DIDÁCTICO**

Andrea inició esta historia cuando tenía 13 años, siempre creyó que tenía un cuerpo bonito; los niños del colegio lo decían y una vez vió en televisión una convocatoria para aparecer en unas pasarelas importante de mi ciudad.... le pidió a su mamá que la llevara y de inmediato fue aceptada se sentía muy feliz, se sentía con un físico bonito y pues todo iba de maravilla. Pasó medio año y era una buena alumna, con buenas calificaciones; se llevaba bien con sus padres y tenía unas buenas amigas; llevaba una vida magnífica. Pasado el tiempo en el colegio de modelaje le exigieron bajar más de peso, y la pusieron a dieta para que pudiera seguir en las pasarelas; su madre no entendía por qué si sólo pesaba 40 kg. y medía 1.60cm.

Se sentía confundida en lo que tenía que hacer y lo que quería hacer ya que la presión del colegio y la familia la confundían aun más. Comenzó realizando ayunos, y una dieta “balanceada” donde solo podía comer lechuga y agua en exceso, hasta que paso a inducirse el vómito y de plano dejar de comer por días... al pasar el tiempo, pronto comenzaron a mostrarse las consecuencias, caída de cabello, depresión, aislamiento, conflictos familiares y sobre todo aumento la creencia de que estaba gorda y fea. Aquella niña bonita comenzaba a caer poco a poco, se le marcaban ojeras, su cabello estaba seco y muy fino; su piel se veía algo amarilla, siempre estaba cansada y aún así seguía ejercitándose cuando nadie la veía.

Una vez estaba exponiendo en la escuela frente a todos, de momento cayó frente a los ojos de todos... simplemente se desvaneció, duró 2 días en coma, sufrió un tipo de infarto al vaso, cuando despertó estaba en el hospital con muchos medicamentos; fue muy doloroso para ella ver a sus padres sufrir, estuvo casi 1 mes internada y estuvo en terapia psicológica. Fue un largo proceso, ahora tiene 15 años, mide 1.63 y peso 50 kg.