



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

REVISION DE LOS DIVERSOS TRATAMIENTOS DE ANOREXIA  
EN ADOLESCENTES

T E S I N A  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:  
BETSAIDA SARAI ADAME ACOSTA

DIRECTORA DE LA TESINA:  
LIC. LIDIA DIAZ SAN JUAN



Ciudad Universitaria, D.F.

Septiembre, 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

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser la máxima casa de estudios.

A la Facultad de Psicología por brindar todo ese amplio conocimiento para poder ser mejores cada día.

A la Universidad Americana de Acapulco por ser mi casa durante cuatro años y medio y por brindarme su cariño y conocimiento a través de todos sus catedráticos que en ella están.

A la Lic. Lidia Díaz San Juan por ser una gran guía en este proceso, por brindar su tiempo y conocimiento para la elaboración de este trabajo, por su paciencia y tolerancia.

A los integrantes del jurado Lic. Noemí Barragán, Lic. Araceli Mendoza, Lic. Angelina Guerrero y Lic. Juan Manuel Morales.

## DEDICATORIAS

Este trabajo es el resultado de más de cuatro años en los cuales estuvieron a mi lado personas tan especiales a los cuales les dedico éste triunfo, cada uno ocupa un lugar muy especial en mi corazón.

Agradezco a Papá Dios por llenarme de inteligencia, sabiduría y fortaleza, gracias mi Rey por amarme tanto y por hacerme tu princesa especial.

Gracias a mis padres Blandina y Abiran quienes han entregado todo porque yo sea una mejor persona, los amo por siempre.

Gracias a mis hermanitos Israel y Abiran por apoyarme en todos mis caminos, los amo mucho.

Gracias a mis dos viejitos hermosos Israel y Ángela porque son un gran ejemplo de lucha y confianza en Dios, gracias por abrirme las puertas de su casa y ayudarme a crecer con su sabiduría, los amo y los llevo en mi corazón.

A toda mi familia gracias porque sé que constantemente estuve en sus oraciones y porque siempre me brindaron amor y apoyo incondicional.

Los amigos que me acompañaron en mi proceso de formación y en este proceso, gracias, de verdad los quiero.

*“Yo te pido que seas fuerte y valiente, que no te desanimas ni tengas miedo, porque yo soy tu Dios, y te ayudare por dondequiera que vayas” Josué 1:9*

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO 1. ADOLESCENCIA</b>	<b>4</b>
1.1 Definición de Adolescencia	4
1.2 Etapas y Cambios que Intervienen en la Adolescencia	6
1.3 Adolescencia e Imagen Corporal	11
1.4 Factores de Riesgo en la Adolescencia	12
1.4.1 Factores Biológicos	13
1.4.2 Factores Psicológicos	14
1.4.3 Factores Socioculturales	16
<b>CAPITULO 2. ANOREXIA</b>	<b>17</b>
2.1 Aspectos Históricos	17
2.1.1 La Anorexia a lo Largo de la Historia	17
2.1.2 La Anorexia Nerviosa	20
2.1.3 El Siglo XX y la Anorexia	23
2.1.4 La Anorexia en el siglo XXI	27
2.2 Definición de Anorexia	28
2.3 Clasificación de la Anorexia	32
2.3.1 Anorexia Nerviosa Primaria	33
2.3.2 Anorexia Nerviosa Secundaria o atípica	34
2.4 Diagnóstico de la Anorexia	35
2.5 Síntomas de la Anorexia y otros Trastornos Asociados	37
2.6 Cambios Conductuales	37
2.7 Cambios Físicos y otras Enfermedades Asociadas con la Anorexia	40

<b>CAPITULO 3. TRATAMIENTOS</b>	<b>42</b>
3.1 Tratamiento Médico	42
3.1.1 Tratamiento Médico Ambulatorio	48
3.1.2 Tratamiento médico hospitalario	50
3.2 Terapia Cognitivo Conductual	54
3.2.1 Tratamiento	54
3.3 Terapia Familiar	60
3.3.1 Tratamiento	61
3.4 Terapia de Grupo	66
3.4.1 Tratamiento	67
3.5 Terapia Individual	71
3.5.1 Tratamiento	72
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>77</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>79</b>

## INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas un sigiloso trastorno se ha ido extendiendo de manera alarmante, cada vez se presenta a una edad más temprana, afectando principalmente a los (as) adolescentes. Es un trastorno en la conducta alimentaria en el cual la obsesión por la perfección del cuerpo, está siempre presente, su proceso de gestación inicia cuando se ha experimentado rechazo social, fracaso que se atribuye al peso o simplemente existe algún grado de insatisfacción con la apariencia del cuerpo; esto ocurre porque en los últimos años ser físicamente delgado es uno de los principales objetivos de las sociedades modernas (Salas, 2005).

Los jóvenes, motivados por estereotipos impuestos de perfección, tendencias de moda y aceptación, se ven intensamente atraídos por experimentar esa vida perfecta y exitosa que representan modelos a través de su físico esbelto y aunque el desear una imagen perfecta no implica tener una enfermedad mental, si es una conducta de riesgo que puede favorecer el padecerla.

Socialmente, la discriminación al “gordo” es frecuente, ya que al estar obeso, con algunos kilos de más o sencillamente alejado de los estándares de moda, representa entre los adolescentes vergüenza; ser motivo de bromas y burlas; incluso en el ámbito educativo se limita la participación de niños y jóvenes con sobrepeso en eventos cívicos, deportivos y/o artísticos que se realizan en las escuelas; acciones que en gran medida motivan el iniciar un trastorno de alimentación.

Los trastornos de alimentación se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, específicamente la “*anorexia nerviosa*” implica el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales en cuanto a edad y talla (DSM IV, 2002).

“La anorexia nerviosa” y la “bulimia nerviosa” tienen diversos detonantes entre los cuales encontramos factores genéticos, socioculturales, individuales, familiares, etc.; los cuales podremos apreciar en el presente trabajo haciendo énfasis en el bombardeo

constante de los medios de comunicación, mismos que de manera directa e indirecta fomentan la cultura de la extrema delgadez.

El problema es tan severo que la Organización Mundial de la Salud (2009) clasificó estos desequilibrios como trastornos mentales y de comportamiento como particularmente peligrosos, pues 15% de los pacientes a nivel mundial muere tras prolongados periodos de privación de alimento. Los trastornos de alimentación llegan a convertirse en padecimientos crónicos e irreversibles dejando secuelas que afectan la capacidad de adaptación, relación laboral, familiar y social.

En México, de acuerdo con la Secretaria de Salud las cifras van en aumento. En los últimos 10 años, se ha contabilizado más de un millón de casos de anorexia y bulimia de los cuales 3% fallecen por desnutrición y 57% nunca se cura. El 90% son mujeres entre los 13 y 18 años, sin embargo, peligrosamente la edad va descendiendo hacia niñas menores, de entre siete y nueve años; aunados a eso la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa (2007), revelo que en el Distrito Federal 87% de los adolescentes están obsesionados con su peso.

Al ubicar como población en riesgo a los adolescentes, en el Capítulo 1 se revisan diversos conceptos de adolescencia y los principales cambios físicos, cognitivos y psicosociales que ésta implica y que sin duda nos conduce al por qué de la vulnerabilidad del adolescente ante los trastornos de la conducta alimentaria.

El capítulo 2 permite conocer todo lo relacionado con el trastorno de la alimentación (Anorexia). Antecedentes históricos, definición de ésta y las modificaciones a lo largo de la historia, hasta llegar a la clasificación en tipos de anorexia: primaria y secundaria. Posteriormente conoceremos cómo se da un diagnóstico de la anorexia nerviosa, los síntomas y otros trastornos asociados que pueden desencadenarse. Así mismo se describen diversas características físicas, psicológicas y del comportamiento que presentan quienes son afectados por éste trastorno y por último conoceremos los factores que desencadenan a la anorexia nerviosa.

El capítulo 3, menciona y describe algunos de los diferentes tipos de tratamiento y técnicas de intervención que ofrecen los profesionales. De esta forma podemos decir que lo mejor es utilizar un tratamiento específico para cada paciente y atender varios conflictos simultáneamente. Sin embargo, el motivo de consulta en los pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario con frecuencia es secundario a la presión familiar, o como consecuencia de algún síntoma físico que les ha obligado a solicitar atención con algún médico.

Una de las mayores dificultades en el tratamiento con estos pacientes, no es sólo su nula conciencia de enfermedad, sino que, aún cuando la reconozcan, existe una falta de compromiso proporcionada a la gravedad de la situación. Esta incongruencia entre gravedad del trastorno y falta de compromiso en su resolución se pone de manifiesto en la anorexia nerviosa.

Hasta hace muy poco tiempo, los programas de tratamiento se habían centrado con frecuencia en uno de los aspectos en agravio de los demás. Sin embargo, a menudo los pacientes se quejan de que la respuesta que mas encuentran es conductista; algunos médicos y las personas que los rodean se desesperan por cambiarles la conducta alimentaria, pero parecen no comprender la naturaleza o el propósito de esta conducta. Este enfoque simplista, por fortuna, ha comenzado a cambiar en los últimos años.

## Capítulo 1. ADOLESCENCIA

### 1.1 Definición de Adolescencia

Hacia la primera parte del siglo XIX se elaboró el concepto moderno de “adolescencia”, definiéndola como un fenómeno biológico y enfocando como objeto de estudio la clase media occidental. En 1904 se publicó el clásico tratado *“Adolescencia, su psicología y su relación con: la fisiología, sociología, sexo, crimen, religión y educación”*, del psicólogo G. Stanley Hall. Esta obra inspiró a toda una generación de profesionales y legitimó a la adolescencia como una etapa que requiere estudio y atención. A mediados del siglo XX nació el interés por la medicina de la adolescencia, orientada a la prevención. La investigación produjo información acerca de este periodo del desarrollo humano (Silber, 1997).

A través del tiempo las definiciones de adolescencia han cambiado, antiguamente se le asociaba a una etapa de transición desde la irresponsabilidad hasta la responsabilidad, actualmente se enuncia para hacer referencia al periodo entre la infancia y la edad adulta y en la cual además de finalizar un desarrollo físico dejando atrás el cuerpo infantil, los adolescentes construyen su propia personalidad (Deval, 1996).

A continuación se citan a diversos autores que han realizado importantes aportaciones acerca de la adolescencia.

Según Bloss, Aberastury (1973), la entrada en la adolescencia está marcada por el pasaje de la etapa llamada “de latencia” a “la pubertad” o “adolescencia temprana” y la última de ellas es la denominada “adolescencia tardía o prolongada”.

Anna Freud (1946) consideraba los años adolescentes como más importantes para la conformación del carácter. La maduración glandular que provocan los cambios fisiológicos también afectan el funcionamiento psicológico. La libido, energía básica que

abastece el impulso sexual vuelve a despertarse. Los conflictos resultantes causan ansiedad, así como posibles temores y síntomas neuróticos, que ponen de manifiesto defensas de represión, negación y desplazamiento (citado en Poinso, 1976).

Eric Erikson (1950, 1965, 1968) identificó la adolescencia como una crisis de identidad en oposición a confusión de papel. El rápido crecimiento del cuerpo y la nueva maduración genital evidencian ante los jóvenes su inminente adultez, y los hacen interrogarse acerca de sus papeles en la sociedad adulta. La tarea más importante de la adolescencia es descubrir “Quién soy yo”. Un aspecto significativo de esta búsqueda de identidad es la decisión por parte de los jóvenes de seguir una carrera (citado en Stierlin, 1979).

La adolescencia es una etapa de transición que no tiene límites temporales fijos. Ahora bien, los cambios que ocurren en éste momento son tan significativos que resulta útil hablar de la adolescencia como un periodo diferenciado del ciclo vital humano. Este periodo abarca desde cambios biológicos hasta cambios de conducta y status social, dificultando precisar sus límites de manera exacta (Hamel y Cols, 1985).

Petersen (1985), define en principio la adolescencia como: *“un fenómeno biológico”*. La primera adolescencia se caracteriza por la pubertad: el largo proceso biológico que transforma al niño inmaduro en una persona madura sexualmente (citado en Coleman, 2003). Conceptos que comparten (Phillippi, 1995 y Papalia 1997), cuando definen la adolescencia como: *“el principio de los cambios fisiológicos que desembocan en plena maduración de los órganos sexuales, la capacidad de relacionarse sexualmente y procrear”*.

Así, la adolescencia es el resultado de la interacción de los procesos de desarrollo biológico, mental, emocional y social de las personas, de las tendencias socioeconómicas y de influencias culturales específicas. Este conjunto genera los patrones de conducta de los adolescentes; es el producto de un aprendizaje socialmente condicionado a través de la cultura, sobre una base biológica, y sometido a las restricciones surgidas de otros aspectos sociales, como la economía local. Parte de este

aprendizaje se refiere al desarrollo de las percepciones y conductas relacionadas con la salud y la enfermedad (Madaleno, 1995).

## 1.2 Etapas y Cambios que Intervienen en la Adolescencia

La madurez de los adolescentes implica cambios físicos que señalan el final de la niñez como el repentino crecimiento, el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de esperma en los varones, la maduración de órganos reproductores y el desarrollo de las características sexuales secundarias; por otro lado cambios que implican aspectos psicológicos, intelectuales y sociales como la iniciación al pensamiento formal, el egocentrismo, construcción de una identidad, elaboración de códigos de ética propios entre muchos otros.

En la adolescencia se consolida la identidad psicológica, sexual y social. El desarrollo de los diferentes aspectos no siempre es uniforme. Por ejemplo un adolescente de 13 años puede tener el desarrollo físico de uno de 18 años, pero con el desarrollo intelectual de 11 años, aunque debido a su crecimiento físico y su desarrollo social, es probable que sea de 16 años (Blue, 1995, citado en Monroy, 2002).

La Organización Mundial de la Salud define el periodo de adolescencia como la etapa entre los 10 y 19 años de edad, considerando el periodo que va de los 10 a 14 años como adolescencia temprana vinculada al inicio de la pubertad, y de 15 a 19 años como adolescencia tardía.

Los primeros cambios que suceden en la adolescencia aproximadamente a los 12 años son producidos por la hormona del crecimiento, que lleva al cuerpo hasta casi su altura y peso adulto en unos dos años; las principales hormonas que llevan a estos cambios son los andrógenos en los hombres y los estrógenos en las mujeres. En algunas ocasiones los adolescentes manifiestan un periodo de obesidad en el inicio de la maduración sexual, debido a la dislocación hormonal que acompaña a la maduración sexual y en parte al aumento del apetito que acompaña al crecimiento físico; en esta etapa de

desarrollo los varones acumulan tejido adiposo en el área de las tetillas, las caderas, los muslos y el abdomen; también existe una acumulación del tejido adiposo en las mejillas, cuello y mandíbulas; este periodo de obesidad dura aproximadamente dos años, la apariencia de obesidad desaparece casi siempre; en cuando al individuo aumenta de estatura y se restablece el desequilibrio hormonal (Aguirre,1996; citado en Matus y Monroy, 2003).

**Tabla 1.** Comparación de crecimiento entre hombres y mujeres.

<b>Varones</b>	<b>Mujeres</b>
Ensanchamiento de los hombros debido a la presencia de músculos pesados, lo que le da al tronco una formación triangular,	Ensanchamiento de los hombros en la amplitud y redondez de las caderas quedando así limitada la cintura, que da al tronco la forma similar a un reloj de arena.
Forma definida de brazos y piernas debido al desarrollo muscular	Conformación definida de brazos y piernas, debido principalmente al tejido adiposo.
Nudos o leves protuberancias alrededor de las tetillas.	Desarrollo del busto.
Vello púbico que se extiende hasta los muslos.	Vello púbico.
Vello en las axilas.	Vello axilar.
Vello facial sobre el labio superior, a los costados, en el cuello y en la barbilla.	Vello facial sobre el labio superior, en la parte inferior de las mejillas y en el borde del mentón.
Pilosidad en los miembros, pecho y hombros.	Pilosidad en los miembros.
Cambios de voz.	Cambios de voz de una tonalidad aguda a otra grave.
Cambios en el color y en la textura de la piel.	Cambios en el color y en la textura de la piel.

**Fuente:** Hurlock 1987.pp.61.

El periodo de obesidad en las adolescentes se da en los inicios de la pubertad entre los 10 y 15 años, como el apetito aumenta, en muchas ocasiones comen con exageración; al igual que los varones, desarrollan tejido adiposo en áreas como las caderas y el abdomen; a medida que se va logrando el desarrollo, la apariencia de obesidad desaparece, a pesar de que el peso corporal se mantenga (Hurlock, 1987; citado en Matus y Monroy, 2003).

**Tabla 2.** Secuencia usual de los cambios físicos en la adolescencia según Papalia y Wendkos (1997)

<b>Características de las mujeres adolescentes</b>	<b>Edad de Aparición</b>
Crecimiento de los senos	8-13 años
Crecimiento de vello púbico	8-14 años
Crecimiento del cuerpo	9.5-14.5 (promedio 12)
Menarquía	10-16.5 (promedio 12.5)
Vello axilar	Dos años después del vello púbico
Aumento de la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas	Casi al mismo tiempo del vello axilar

<b>Características de los hombres adolescentes</b>	<b>Edad de aparición</b>
Crecimiento de los testículos y saco escrotal	10-13.5 años
Crecimiento del vello púbico	10-15 años
Crecimiento del cuerpo	10.5-16 (promedio)
Crecimiento del pene, la próstata y las vesículas seminales	11-14.5 (promedio 12.5)
Cambio de voz	Casi al mismo tiempo del crecimiento del pene.
Primera eyaculación de semen	Casi un año después del vello púbico.
Vello facial y axilar	Casi dos años después de la aparición del vello púbico.
Aumento de la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas (puede producir acné)	Casi al mismo tiempo que el vello axilar

Fuente: Papalia y Wendkos. Pp.263

Algunas consecuencias psicológicas de los cambios físicos en la adolescencia se originan en las expectativas sociales respecto a las actitudes y las conductas propias de la madurez; una de las situaciones más difíciles en esta etapa es la aceptación de su cuerpo y figura cambiados; ya que no solo ha de ajustarse a su nuevo físico, sino que tendrá que aceptarlo ya que éste le acompañara el resto de su vida (Raich, 2000; citado en Matus y Monroy, 2003).

Dentro del proceso de la adolescencia, se desarrollan nuevas capacidades cognitivas, las cuales posibilitan una mayor expansión en la forma de que el individuo se acerca al conocimiento, así mismo en la interpretación de la realidad que lo rodea, así pues, surgirán en el nuevos temas de preocupación como lo son la religión, la política o la justicia, también podrá valorar la consecuencia de su conducta en el ámbito social en el que se desenvuelve (Fuentes, 1996).

### 1.3 Adolescencia e Imagen Corporal

En nuestra cultura es evidente la importancia de la imagen corporal dado el consumo de tiempo y esfuerzo que implica transformar la apariencia del cuerpo, individuos de todas las edades buscan, de manera constante, por medio de ropas, tintes, preparaciones para la piel, cosméticos, tatuajes y aun, cirugía plástica, cambiar su apariencia y verse como algún ideal de moda; sta preocupación es evidente, de modo particular, en los adolescentes. Estos desarrollan un conjunto de sentimientos y actitudes hacia sus cuerpos lo que contribuye de manera significativa, a la evolución de su sentido de identidad personal (Berryman, 1994).

Durante la niñez media los individuos se vuelven consientes de los diferentes ideales y tipos de cuerpos, y obtienen una idea bastante clara de su propia estructura, proporciones y habilidades corporales. Pero en la adolescencia, la clase de cuerpo recibe un escrutinio mucho más detallado (Craig, 1997).

En esta etapa, en la cual la imagen corporal – el aspecto físico que una persona cree que tiene- comienza a ser importante ya que es frecuente el sentimiento de extrañeza y de no reconocimiento del propio cuerpo que invade al adolescente. Queda claro que la “aparente” tranquilidad de los periodos precedentes se trunca. Se pone en cuestión una imagen corporal construida hasta entonces en términos generales de “inocencia”, por lo que esta deberá ser reelaborada y aceptada (Papalia, et al., 2001).

La imagen corporal que se construyen los adolescentes es a base de las actitudes que ellos imaginan que otros tienen hacia su propio cuerpo y sus partes. El concepto corporal resultante puede ser placentero y satisfactorio o puede conducir a un punto de vista del cuerpo como desagradable, sucio o vergonzoso (Berryman, 1994).

La primera preocupación para los varones en cuanto a la imagen corporal se refiere al poder físico que pueden ejercer en el medio; por tanto, la estatura y los músculos son importantes para ellos. Por lo contrario, a las niñas les inquieta ser demasiado gruesas o altas. Se concentran en el peso, en parte a causa de sus desvelos por la aceptación social (a nuestra sociedad le disgusta la gordura) (Craig, 1997).

La adolescencia es una etapa de cambios drásticos y una gran oportunidad para que el entorno influya, de manera positiva o negativa; en la formación de hábitos y costumbres que perduraran durante casi toda la vida del individuo; al ser la imagen y la figura corporal una preocupación para los adolescentes y al aparecer los trastornos de la alimentación como una opción para el logro del ideal social de “la delgadez”.

#### 1.4 Factores de Riesgo en la Adolescencia

En cada familia, sociedad y humanidad en general, existen grupos o individuos que presentan más probabilidad que otros de sufrir un accidente, enfermedad, muerte prematura o cualquier evento que se mencione. Como ejemplo; se dice que son individuos o comunidades especialmente vulnerables debido a que presentan características biológicas, ambientales o psicosociales que los sitúa especialmente

sensibles ante determinado incidente, por lo que corresponde hablar de “riesgo” como un concepto que aumenta la posibilidad de que ocurra un suceso no deseado.

De manera genérica, el concepto de factor de riesgo, es una característica del individuo o de su entorno, que cuando está presente, indica un riesgo más elevado de presentar una enfermedad (Bayés, 2002).

Se define factor de riesgo como *“un agente o exposición que lleva a los individuos a incrementar la probabilidad de resultados desfavorables”* (Steiner, citado en Sandoval, 2007).

#### 1.4.1 Factores Biológicos

La vulnerabilidad biológica tanto heredada como adquirida es también aceptada como un factor individual, haciendo más probable el desarrollar trastornos que para efectos de esta investigación se refieren a la anorexia, en donde el sexo, la edad, el peso, volumen corporal, características físicas e individuales facilitan desarrollar dichos trastornos.

Anormalidades en el área del cerebro conocida como hipotálamo, el cual regula la glándula pituitaria, lo que a su vez provoca desordenes hormonales y neurológicos, provocando la elevación de proteínas llamadas factores de secreción corticotropina, las cuales se secretan durante periodos de estrés y bloquean los neurotrópicos, que son un estimulante de apetito potente.

Alteraciones bioquímicas en el cerebro secundario a trastornos psiquiátricos como depresión, delirio y ansiedad, así como síntomas que originan mutaciones orgánicas en el cerebro o por alteraciones del metabolismo cerebral por disfunción neurotransmisora, carencias nutricionales o agentes tóxicos (Cruz, 2004).

Numerosos estudios han mencionado que la serotonina o la 5 hidroxitriptamina está implicada en la modulación del apetito, por lo que alteraciones en los niveles de la misma ejercen efectos sobre la conducta alimenticia como la sensación de saciedad, confirmando así los estudios hechos por Chinchilla (1995), acerca de que las anoréxicas

y bulímicas con bajos niveles de serotonina reflejan una disminución del mecanismo de saciedad y una mayor predisposición a los atracones.

Se han descrito alteraciones en la actividad o concentración de determinados neurotransmisores, tales como la serotonina, la noradrenalina, los opioides o la colecistatina, que tendrán una repercusión directa sobre la conducta alimentaria (Chinchilla, 1995).

Dentro de los factores biológicos el más estudiado ha sido el genético, evidenciando que la anorexia es ocho veces más común en hijos de anoréxicos aún cuando el factor genético no ha sido identificado. A partir de diversos estudios se cree que los anoréxicos heredan una cantidad extraña de narcóticos naturales llamados opioides, los cuales son descargados en condiciones de inanición u que se encargan de promover la adicción al estado de hambre. La información genética de una persona hace que ésta tenga cierto tipo de metabolismo, figura y tendencia hacia la obesidad o delgadez (Holtz, 1992).

Estudios realizados en diversas familias evidencian que el riesgo es de 7 a 20 veces mayor de padecer trastornos en la alimentación si algún pariente femenino ha desarrollado anorexia (Klump, Kaye y Strober, 2001). La herencia de la vulnerabilidad considera ser, por lo menos en parte, de origen genético.

A partir de la información previamente descrita, podemos deducir que los agentes biológicos, sin ser determinantes, desarrollan cierta predisposición a padecer trastornos en la conducta alimentaria.

#### 1.4.2 Factores Psicológicos

Las personas que presentan un perfil donde destacan los problemas de baja autoestima, carencias de identidad, demasiado perfeccionistas, autoexigencias desmedidas, preocupadas por la aceptación, opinión de lo que piensan los demás de sí mismo, falta de control sobre la vida propia, poca tolerancia a la frustración, poca

habilidad para relacionarse socialmente, etc. Se encuentran en riesgo de padecer trastornos en la conducta alimentaria, y aunque el factor psicológico por sí mismo no sea suficiente para producir la enfermedad puede desencadenarla, aun más al asociarse otros factores (Chinchilla, 1995).

Además de los factores personales previamente descritos, agentes externos o circunstancias, como fracasos, conflictos interpersonales, divorcios, pérdidas, cambios de residencia, colegio, trabajo, etc. Pueden influir en el inicio de la enfermedad.

Iñarritu (2007) refiere que en los trastornos de la conducta intervienen diversos factores psicológicos; así, una personalidad obsesiva se inclina más hacia la anorexia, mientras que la agresiva-compulsiva hacia la bulimia.

Existen trastornos emocionales que están asociados a la anorexia nerviosa, como la depresión o ansiedad, pero no se sabe si éstos 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, sin embargo, es un hecho que gran número de anoréxicas presentan sintomatología depresiva: aislamiento, desesperanza, tristeza y trastornos del sueño (Swift, 2986; Beumont, 1995; en Chinchilla 1995).

Los trastornos de ansiedad son muy comunes en la anorexia nerviosa. Se ha visto que fobias y trastornos obsesivos compulsivos pueden preceder a los trastornos alimentarios y que las fobias sociales (miedo a 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 (Vallejo, 2000; en Chinchilla 2005).

Según Celada (2003), la predisposición individual incluye un conglomerado de factores, entre los que destacan alteraciones cognitivas: pensamientos concretos y rígidos, razonamiento dicotómico (todo o nada). Obsesión, perfeccionismo, autocontrol, introversión, baja autoestima, problemas de la adolescencia, inseguridad, miedo a la maduración, problemas para ser autónomo, depresión, exceso de peso, entre otros (citado en Miján, 2004).

Las características antes mencionadas, influyen mayormente en las adolescentes, sobre todo en edades donde la menstruación comienza a presentarse, jóvenes que al llegar a esta etapa experimentan inseguridad, alimentando una baja autoestima, misma que se incrementa si padecen sobrepeso; por lo que optan por iniciar rigurosas dietas, buscando la aceptación.

#### 1.4.3 Factores Socioculturales

En la actualidad, existe una orientación muy fuerte hacia los factores sociales como causas de los trastornos de la conducta alimentaria, aunque diferentes estudios han comprobado que éstas enfermedades son multicausales, el peso de dominio que ejerce la publicidad sobretodo en las adolescentes en la mayoría de las ocasiones suele ser más influyente que otras características sociales, prejuicios contra la obesidad y la moda, parecen estar dirigidos a cuerpos más que esbeltos, “perfección estética”, que principalmente los adolescentes buscan imitar, incluso arriesgar su vida, practicando la frase: “antes muerta que gorda” (Orden, 2005).

Los factores socioculturales hacen referencia a elementos que identificamos como parte de la cultura de un lugar, por ejemplo: exigencias de la sociedad, relaciones de familia, amistad, trabajo, pareja, moda, publicidad e información, etc.

## Capítulo 2. ANOREXIA

### 2.1 Aspectos Históricos

#### 2.1.1 La Anorexia a lo Largo de la Historia

Desde la antigüedad, en varias culturas se le daba al ayuno diferentes interpretaciones: como símbolo de pureza, protección contra las fuerzas espirituales o como señal de arrepentimiento; culpa y castigo voluntario con la finalidad de espiar los pecados de los que acusará la propia conciencia. Es así como la anorexia se empieza hacer presente sin que se le considerara un trastorno alimentario.

El término griego “anorexis” se menciona por primera vez en el siglo I con el significado de “falta de deseo”. Galeno (129-209 DC) al comentar el libro “Epidemias del Corpus Hippocraticum”, dice que los griegos llaman “*anorektous*” y “*asitous*” a los que rechazan los alimentos. El término anorexia continuó siendo usado por los médicos a lo largo de siglos adjudicándolo a diversas etiologías según las épocas: factores divinos, satánicos, por brujería, causas metafísicas u orgánicas, desequilibrio entre los “humores”, factores neurológicos o psíquicos.

Durante la edad media muchas mujeres, dentro y fuera de los conventos, trataron de lograr la unión mística con Dios pasando por la “purificación del ayuno”. En esta época existía una característica de las mujeres de somatizar los actos religiosos, por ejemplo solo comían la hostia eucarística ya que el ayuno era un factor importante en el modelo de santidad femenina, lo anterior no solo era apoyado por las mujeres medievales, sino que también por el clero, que alentaba dicha conducta pues era considerada como la unión con Dios; pero a pesar de esto la iglesia no exigía llegar a límites extremos. En aquél periodo de la historia la iglesia no sabía si el ayuno, hasta el punto de poner en riesgo la vida de las jóvenes era por obra de Dios o del diablo, y es por esta razón que algunas ayunadores los consideraban

herejes o practicantes de brujería, por lo que tuvieron que pasar por los juicios de las autoridades eclesiásticas. Sólo algunas de estas jóvenes convencían a los demás de que su conducta era obra de Dios, logrando ser respetadas, ya que ser la sierva de Dios significaba que su conducta no la regia ningún hombre, por lo que estas mujeres llegaron a imponerse ante la jerarquía eclesiástica. (Bynum, 1991 citado en Ortiz 2002).

En 1996, Tisera-López, menciona que la creencia de que existía una relación entre el ayuno y la posesión demoniaca es muy antigua, pues entre los pueblos primitivos existió siempre la idea de que algún demonio podía penetrar en el cuerpo por medio de los alimentos y por lo tanto se ayunaba para contrarrestar estos peligros, o bien se evitaban aquellos alimentos que podían ser más propicios para el demonio, sobretodo la carne.

Por lo tanto se pensaba que la privación del alimento ahuyentaba las influencias demoniacas y garantizaba una cierta pureza, para lo cual la carne debía ser dominada; el espíritu debía triunfar y el ayuno era el medio idóneo para ello. Mantenerse sin comer era considerado como signo de santidad. Se sabe que en esta época el cristianismo adoptó el ayuno como pilar de vida ascética, agregando la abstinencia sexual y otras formas de control y castigo corporales a fin de debilitar la carne y fortificar el espíritu. Al ayuno se le adjudicó también un significado moral, utilizándose como penitencia religiosa a fin de lograr la expiación de los pecados cometidos por la misma o por otras personas.

Entre los años 1200 y 1500 D.C. un número creciente de mujeres religiosas se entregaban a la práctica del ayuno, cuando los médicos europeos de los siglos XVII y XVIII analizaron este género de trastornos, los denominaron “inedia prodigiosa” y “anorexia mirabilis”. La palabra anorexia era utilizada como denominación de la inapetencia y de ciertos trastornos del estómago (Toro, 1996).

Como se puede entender en tiempos medievales se pensaba que el ayuno a que se sometían voluntariamente éstas mujeres era en algunos casos más demoniacos u opuestamente un don de Dios (esto último era aplicado generalmente a mujeres de clase social alta).

Entre los siglos XVII y XVIII los científicos se interesaron por la abstinencia en cuanto a la alimentación, que era muy común en las mujeres de la edad media y la denominaron “*Anorexia Mirabilis*”, que significa “pérdida del apetito inspirado milagrosamente”. Los casos estudiados presentaban ciertas características comunes como: no tenían un origen orgánico, abstinencia voluntaria, actitud distorsionada e implacable hacia la comida, periodos de hiperactividad y episodios de bulimia; sólo que existe una diferencia con las anoréxicas de nuestros días; antes lo que las movía era una actitud hacia lo espiritual y ahora lo que las mueve es la búsqueda de la delgadez y el temor a engordar (Bynum, 1991; citado en Ortiz 2002).

Podemos observar cómo mujeres de la edad media restringían su alimentación voluntariamente por cuestiones religiosas, buscando con ello la perfección de la vida espiritual, fue en el siglo XVII cuando la concepción del ayuno como algo meramente religioso y espiritual empezó a cambiar pues a través de la observación, de la descripción sistemática, de la búsqueda de leyes reguladoras de los fenómenos y de los procedimientos de verificación de hipótesis, los médicos de la época estudiaron muchos de los casos de estas mujeres y publicaron tratados intercambiando con ello información entre sí. Fue Richard Morton en 1689 quien hizo la primera descripción de anorexia nerviosa desde el punto de vista médico, aunque él no utilizó ese término, lo llamó atrofia, tisis o consunción nerviosa a un cuadro que se caracterizaba por presentar: pérdida de apetito, mala digestión, debilidad, pérdida progresiva de peso y languidez corporal, pero sin tos, fiebre ni dificultades respiratorias.

En el año de 1689 el mismo Richard Morton, identifica por primera vez a la anorexia nerviosa en dos casos de mujeres que presentaban amenorrea, hiperactividad y pérdida de peso importante. Describió una “ptisis nerviosa” o “atrofia nerviosa” cuya degeneración corporal la atribuyó a una perturbación del sistema nervioso, así como a la tristeza y preocupaciones ansiosas. Este mismo autor menciona el caso de un amigo, que a los 16 años perdió el apetito a causa, según dice “de sus estudios demasiado difíciles y de la pasión de su espíritu”. En este caso Morton recuerda vagamente la anorexia actual, pero el hecho más desconcertante, es que tras el fracaso de diversos métodos terapéuticos, el muchacho

acabo curándose cuando hizo caso a los consejos de Morton de abandonar los estudios y dedicarse a viajar durante algún tiempo lejos de la familia. Tal vez en ese momento el médico era el precursor del método de separación familiar.

Otra aportación importante de Richard Morton en sus escritos, es la pérdida de peso que denominó “la consunción nerviosa, que acompaña a otras afecciones nerviosas, como la melancolía o un trastorno hipocondriaco o histérico”. Esto ha podido inducir a Morton a diferenciar ya entre anorexia nerviosa primaria y secundaria (Silverman, 1988; citado en Guillemont, 1994). De acuerdo con los trabajos de éste autor sugieren la existencia de anorexia nerviosa en el siglo XVII, en Inglaterra.

Sin embargo hasta 1774, según Caparros y Sanfeliu que Djerine relaciona el rechazo a los alimentos con el estado psíquico del individuo, fortaleciendo la postura de que el origen de estos trastornos es mental, causa a la que también se refiere Naudeau en 1789, cuando atiende a una mujer que presentaba signos de histeria y a la vez se abstenía de los alimentos (Correa 2003).

### 2.1.2 La Anorexia Nerviosa

Es hasta después de la segunda mitad del siglo XIX, cuando nace el concepto de anorexia nerviosa, este es claramente diferenciado de los adelgazamientos de origen orgánico, y al que se le atribuye una etiología de tipo psicológico. “las ayunadoras poseídas, santas o vulgares embaucadoras, son ahora consideradas enfermas” (Bottero, 1985; en Rubio 2004).

Al inicio del siglo XIX, comenzó a difundirse entre los médicos la noción de que el rechazo a los alimentos y la amenorrea estaban asociados a la histeria. El médico alemán Von Rein describe en 1834 un caso de histeria en una muchacha de 19 años, con amenorrea, disfagia (dificultad para la deglución), calambres, inedia (falta de apetito) y desnutrición.

Podemos observar a través del comunicado *“Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dysepsies et caractérisée principalement par le*

*refusd'aliments*” escrito por el médico francés Louis- Victor Marcé, el 31 de octubre de 1859, como la concepción que se tenía de las mujeres que restringen su alimentación estaba cambiando:

... profundamente impresionados, sea por la ausencia de apetito o por la incomodidad causada por la digestión, éstos pacientes llegan a una convicción delirante de que no pueden o no deben comer. En una palabra el trastorno gástrico nervioso se hace cerebro-nervioso... todos los intentos de constreñir a éstos pacientes para adoptar un régimen suficiente, son opuestos con estrategias infinitas y una resistencia inconquistable... la predisposición nerviosa aumenta con la debilidad del organismo; los sentimientos afectivos sufren alteración y toda la energía intelectual se centra en las funciones del estomago; incapaces del más ligero esfuerzo o de sostener la menos conversación mas allá de sus ideas delirantes, estos infelices pacientes solo retoman alguna energía para resistir las tentativas de la alimentación...; es la idea delirante lo que constituye el punto de partida, y donde reside la esencia de la enfermedad; los pacientes no son dispépticos: son locos... (De la versión inglesa: Silverman; 1989; citado en Toro 1987).

Es así como los reportes que se consideran los primeros en ofrecer descripciones sobre la anorexia nerviosa de forma “certera” son los de Gull y Laségue, debido a que en ellos sí se hace referencia al temor mórbido a engordar o subir de peso (característica primordial de la anorexia). William Whitley Gull en octubre de 1873 pronuncia una conferencia ante la asamblea de la Sociedad Clínica de Londres con el título anorexia histérica (apepsia histérica), cuyo texto se publica en 1874, ese mismo año Gull publicó un segundo artículo de la misma conferencia, esta vez con el título Anorexia Nerviosa, aquí aparece por primera vez el término anorexia nerviosa, que fue el que finalmente se impuso. Probablemente fue Gull quien utilizó la expresión anorexia nerviosa en una conferencia-discurso pronunciado en Oxford en 1868, considerándola como un estado mental morboso causado por trastornos del sistema nervioso central de carácter hereditario. Los síntomas principales del trastorno eran la anorexia, la caquexia, la amenorrea, y el estreñimiento, habiendo reparado Gull también en el paradójico incremento de actividad física, la

hipotermia y la bradicardia. En la misma época y de modo casi simultáneo, se produce la descripción de la enfermedad por parte de Laségue (1873), calificándola de inanición histérica y considerándola, como Gull, una enfermedad psicógena.

Es decir, hace 100 años Gull describía el cuadro como: emaciación asociada, constipación, pérdida de apetito, pulso y respiración disminuidos y ausencia de patología somática, mientras que Laségue (1873) en Francia la describía como una perturbación histérica del tracto digestivo, haciendo notar la influencia familiar en la paciente y su entorno inmediato como factores etiológicos importantes. (Harrison, 1974; citado en González 1996).

Laségue (citado en Toro, 1996) comenta que la anorexia histérica se inicia entre los 15 y los 20 años a consecuencia de algún género de emoción posiblemente relacionado con la transición a la edad adulta; produciéndose la evolución de la enfermedad a lo largo de tres etapas:

- 1) La paciente manifiesta su malestar al comer, restringe los alimentos, aumenta su actividad física y recibe todo género de presiones por parte de sus padres en orden a incrementar su alimentación.
- 2) Contempla el empeoramiento del estado mental de la paciente, obliga a la intervención médica, limita sus conversaciones al tema de la alimentación, la menstruación se hace irregular o insuficiente y la constipación intestinal se hace muy intensa.
- 3) El deterioro físico es evidente, apareciendo amenorrea, constante sed, piel pálida y seca, constipación resistente, atrofia gástrica, anemia, vértigo y desmayos.

Toro (1996) refiere que Gull en el año de 1874, describió el trastorno padecido por unas muchachas que, sufriendolo podían caer en un estado de inanición. Leyó una comunicación titulada "*Anorexia Hysterica*". Al año siguiente publicó éste trabajo bajo el siguiente enunciado: Anorexia Nerviosa. En su artículo definitivo cambia apepsia por anorexia, al creer que en el trastorno se produce una falta de apetito no un trastorno digestivo. Asimismo, rechazó el término histérico sustituyéndolo por nervioso al negar la implicación del útero en la anorexia y defenderla del sistema nervioso. La supuesta falta

de apetito de la anorexia se debería a un estado mental mórbido. Años más tarde, Huchard (citado en Toro, 1996) propuso el término de anorexia mental en lugar de anorexia histérica, puesto que en el trastorno no aparecían los síntomas propios de la histeria: anestesia, ceguera y parálisis.

### 2.1.3 El Siglo XX y la Anorexia

El temor premórbido a subir de peso forma parte de los criterios diagnósticos actuales para la anorexia, y aun queda la duda ¿las mujeres ayunadoras de la edad media padecían de auténtico miedo a engordar o no?, es por eso que los estudiosos del tema siguen preguntándose si realmente las jóvenes afectadas a lo largo de la historia eran realmente anoréxicas.

Menciona Toro (1996) en su libro “el cuerpo como un delito” que caben dos posibilidades. Una de ellas sería que las anoréxicas de todas las épocas, hubieran experimentado el miedo a engordar. En el caso, la aparición hacia finales del siglo XX de este síntoma en la literatura se debería a que en un momento dado fue reconocido como tal, y a partir de ese instante habría sido explorado con mayor o menor sistematización. En el siglo XIX algunos autores franceses habían sugerido la presencia de tal característica. Según parece fue Charcot el primero en señalar “el miedo a la obesidad” como responsable de la motivación anoréxica hacia el ayuno.

Según Habermas (citado en Rubio 2004) las mujeres antes de mediados del siglo XIX no tenían propiamente anorexia nerviosa, ya que los ayunos no eran motivados por un temor mórbido a engordar. Sin embargo se podría mantener la incógnita de si tal vez las mujeres sublimaron su temor hacia la búsqueda de la espiritualidad. Al respecto Bordo en 1990 (citado en Ortiz 2002) menciona que en la transformación de los ayunos prolongados como purificación espiritual al ahora persecución de un ideal estético, la auto-inanición se volvió un proyecto al servicio del cuerpo, más que al servicio del alma.

Hacia el siglo XX, en 1939 Gilles de Latourette apunta una diferenciación entre lo que él denominó anorexia mental primaria y secundaria, la primera tendría una etiología psíquica y no implicaría anorexia propiamente dicha, es decir, falta de apetito. Los pacientes se negarían sistemáticamente a ingerir alimentos y verían alterada su imagen corporal (Guillemot y Laxenaire, 1994).

Fue un destacado psiquiatra francés Pierre Janet quien dio un nuevo impulso al análisis y descripción del trastorno estableciendo una relación entre el trastorno anoréxico y la sintomatología obsesiva.

Pierre Janet (1859- 1947), dedicó mucha atención al tema de la anorexia, planteando varias posibilidades etiológicas, entre ellas la histeria, la psicastenia y las obsesiones. En uno de sus tres libros, publicado en 1903 Janet presenta el caso de una paciente de 37 años, anoréxica desde la pubertad, que expresa el deseo de no crecer, de seguir siendo niña. Este autor deduce que la causa de la anorexia es una neurosis obsesiva, destacando que la aversión al propio cuerpo entre las anoréxicas está relacionada con el temor al desarrollo sexual (citado en Rubio 2004).

En este mismo año describió dos formas de enfermedad: obsesiva e histérica. En la forma obsesiva se mantendría la sensación de hambre. La paciente se manifestaría a disgusto con su cuerpo, temiendo engordar y, según Janet, desarrollarse y hacerse mujer; la persecución de la pérdida de peso la conduciría a excesos en ejercicio físico. Hablaba de un verdadero delirio para referirse al padecimiento de hambre intenso junto con la renuncia a comer. En cambio, la forma histérica, mucho menos frecuente, implicaría una pérdida real de apetito. La incapacidad para comer se acompañaría de parestesias, sensaciones anormales, sabores desusados y una notable frecuencia de vomito y regurgitaciones. Los pacientes incurrían en una actividad física excesiva en orden a negar su fatiga. Janet interpretó todas estas manifestaciones en relación con la sexualidad.

Janet (1903; citado en Toro, 1996) señala que la anorexia nerviosa tiene un origen emocional dado que sus pacientes parecían avergonzarse de su cuerpo. Estaban obsesionadas por la idea de su volumen corporal y tenían ciertos delirios por los alimentos

y el comer. El significado de esta conducta es el miedo a crecer y así al desarrollo sexual como mujeres.

Chinchilla (1995) comenta que Ryle, se refería a la anorexia nerviosa como una enfermedad causada por un traumatismo psíquico, diferenciable de la enfermedad por caquexia mental clásica. Refiere que en 1939, a partir de la guerra el mismo Ryle predijo un incremento en el número de las anoréxicas teniendo en cuenta que lo que más motivo a las jóvenes generaciones fue la moda adelgazadora y el estilo de vida en ese entonces. A partir de 1940 resurgen teorías relacionadas con la psiquiatría, por lo que a la anorexia se le relaciona con diversos síntomas: distorsión de la necesidad nutricional, aunada a un trastorno psíquico respecto a la imagen corporal, repudio a la sexualidad, deseo de permanecer en la adolescencia evitando así la madurez, el manejo del control propio y de la familia etc.

En 1974, la psiquiatra Hilde Bruch, de formación psicoanalítica, formuló la hipótesis que ampliaría notablemente la estrecha visión que ésta teoría tenía sobre la anorexia, mencionando que dicha enfermedad debía entenderse en términos de desarrollo de la personalidad total en el contexto de una familia concreta. Así se oponía a una visión limitada al desarrollo psicosexual. Propuso dos tipos de anorexia: primaria y secundaria, las cuales se explicaran más adelante.

Fue Mara Selvini Palazzoli, psiquiatra italiana, quien dio los pasos definitivos en la dirección cultural. Atribuyó el desarrollo de la anorexia nerviosa a la emergencia de una sociedad opulenta, orientada hacia el consumo, habiendo incrementado las familias de clase media su atención dirigida a los hijos, y con las mujeres experimentando una situación contradictoria provocada por la creciente presión a favor de su emancipación. No obstante, plantea la trascendencia de la dinámica familiar en la medida en que la familia según ella, es el principal agente transmisor de aquellos valores y prácticas sociales. Sugiere que la anorexia es más frecuente en las muchachas que en los varones porque pese a la retórica de su independencia, aquellas continúan siendo sujetas a mucho más

control familiar que los chicos. Siendo el alimento y las comidas simbolismos de luchas y conflictos concretados en el medio familiar (citado en Toro, 1987)

Esta misma autora describe así el origen de dicho trastorno “ *hoy se pide que la mujer sea bella, elegante y que este en forma, que dedique mucho tiempo al cuidado de su persona; pero eso no debe impedirle competir intelectualmente con los hombres y con las demás mujeres, hacer carrera y tampoco enamorarse románticamente de un hombre, ser tierna y dulce con él, casarse y representar el tipo ideal de esposa-amante y de madre oblativa, lista para renunciar a los diplomas fatigosamente obtenidos para ocuparse de panecillos y faenas domesticas*”. Ya en 1963, Selvini describía el sentimiento de inadecuación de la mujer como el eje, el sustento, sobre el que se monta el síntoma anoréxico- bulímico. De esta manera, éste síndrome no puede explicarse diciendo sólo que es por una sociedad que tiene un exceso de comida, y /o unas demandas inalcanzables a la mujer moderna. Es de otro orden de complejidad.

Selvini Palazzoli, en su libro “Muchachas Anoréxicas y Bulímicas” menciona que el crecimiento epidémico de la anorexia-bulimia está relacionado con un profundo sentimiento de inadecuación de estas muchachas ( sentir un defecto en sí mismas), semejante angustia las hace sentirse impotentes, rebasadas y, por tanto pasivas y como advierten un gran alivio al invertir esta constelación de sentimientos gracias al movimiento activo permitido por la concreción del malestar en algo bien definido ( el peso excesivo, las caderas anchas etc.), con el efecto antidepresivo inmediato debido a la experiencia de la dieta, pero esto; dice Palazzoli, solo es posible en una cultura donde lo delgado es bello. Este marco social es condición necesaria para la anorexia pero no es, desde luego, suficiente, pues existen muchas investigaciones (vetrone, Cuzzolaro, Antonozzi, 1997) hechas en poblaciones estudiantiles de bachillerato occidental que demuestran como la gran mayoría de las muchachas están enormemente insatisfechas con su aspecto físico y estiman que tienen un sobrepeso. Sin embargo, las investigaciones longitudinales demuestran que el dato de la entidad de semejante insatisfacción físico- estética no es predictivo de futuros trastornos anoréxicos.

Los cambios que se han dado en las familias con el paso del tiempo (nuevos padres, parejas en las que ambos tienen carreras, acentúa la nuclearización etc.), tiene relación con el tipo de anorexia. Palazzoli formuló la hipótesis de que las anoréxicas de los años cincuenta-sesenta eran sobre todo dependientes y obsesivo-compulsivas. La dependencia era facilitada por el hecho de que a muchas madres, tal vez con un buen nivel de educación, no se les dejaba otro campo de realización fuera de sus hijos. Los rasgos obsesivo compulsivos pueden ser conectados con una cultura en ciertos sectores aun muy ascética y basada en el cumplimiento del deber. Las mujeres que han hecho propia la autodesvalorización se confrontan hoy con otras que son distintas, esto vale tanto para las madres y con mayor razón para las hijas. **Por tanto la anorexia no sería el fruto de la nueva cultura, sino de la crisis de la vieja, precisamente en el sector social donde la transición está en marcha, pero es más lenta que en otros.**

Toro y Vilardell en 1987 (citado en Rubio 2004) hablan de la gran diferencia existente entre las mujeres ayunadoras que vivieron antes de 1850 y las mujeres de hoy día; mencionando que la diferencia radica en el miedo anormal a engordar y llegar a ser obesas, a pesar de estar demacradas. Siendo así como comienzan los diferentes estudios encaminados a averiguar más sobre la anorexia, descubriéndose así los síntomas bulímicos creando un enlace que fue separado en 1980, con la edición del DSM III y posteriormente en la edición revisada del DSM III 1987, para finalmente quedar establecidos en el DSM IV los criterios diagnósticos de la anorexia que se usan actualmente.

#### 2.1.4 La Anorexia en el siglo XXI

Actualmente los trastornos de la conducta alimentaria se han convertido en los protagonistas de muchas páginas de diarios, revistas y de espacios televisivos, ante esta situación la sociedad se encuentra en estado de alarma. Por otro lado los medios han coronado a esta enfermedad como la enfermedad del siglo XXI ya que se habla de elevadas y alarmantes cifras de incidencia y prevalencia y se afirma que la incidencia y prevalencia crecen de una forma muy rápida. Ante esto se han organizado asociaciones

de familiares que están interesados en la atención cualitativa y cuantitativa de esta enfermedad que en el sector público de salud se les da a estas pacientes. Todos estos aspectos han hecho que esta patología sea motivo de debate en el Congreso de los Diputados, ha dejado de ser un tema sanitario para ahora ser un tema político (Tinahones, 2003).

Sobre la anorexia nerviosa se han tenido datos desde la Edad Media; en el siglo pasado era conocida por un pequeño número de especialistas y desconocida por la mayoría de las personas. En la década de los 70's empezó a ser conocida por los norteamericanos y en la siguiente década fue nombrada como la enfermedad de los 80's, aumentando su prevalencia en estas últimas décadas y usándose el término de anorexia en el lenguaje cotidiano (Barbosa, 2001).

## 2.2 Definición de Anorexia

Los trastornos alimentarios se definen como trastornos psicológicos o mentales, que se caracterizan por graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta, los cuales se manifiestan en medio del lujo y la abundancia; a diferencia de los trastornos de la nutrición, que tienen que ver más con la privación y las condiciones precarias de alimentos (Raich,1994).

Por su parte Hilda Bruch (1962), sostiene que los verdaderos trastornos alimenticios involucran distorsión en la imagen corporal y un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso. Para ésta autora la dieta restrictiva por sí misma no basta para realizar un diagnóstico de trastorno alimentario. Al respecto Toro, J. y Vilardell, E. (1987), mencionan que es importante diferenciar entre anorexia nerviosa (AN) y la anorexia generalmente temporal que se asocia a la presencia de algunas enfermedades como la gastritis, el cáncer de estómago u otros trastornos psicopatológicos severos, como la esquizofrenia o la depresión, en donde se manifiesta la falta de hambre (síntoma), pero no el temor mórbido a engordar o subir de peso, por el cual se atribuye el adjetivo “nerviosa” al padecimiento.

Es así como la anorexia nerviosa para ser clasificada como un trastorno alimentario por la American Psychiatric Association (APA) quien menciona que esta enfermedad es un proceso continuo que puede evolucionar hasta la muerte. La anorexia comienza generalmente en la adolescencia, y el 95% de los que la padecen son mujeres en contraposición de un 5% de hombres.

De acuerdo con las definiciones de diferentes autores, las personas que padecen éste trastorno tienen una serie de conductas ritualistas; empiezan por reducir drásticamente su ingestión calórica, pueden abusar del uso de diuréticos y laxantes, atesoran o esconden pequeñas cantidades de alimento por toda la casa, se interesan y preocupan por los alimentos de las otras personas ocupándose compulsivamente de alimentarlas, generalmente su actividad física es mayor en frecuencia e intensidad a la normal con el objetivo de perder peso. Aspecto que parecería ser su principal objetivo, sin embargo, no es así pues: los clínicos concuerdan en general de que la búsqueda irrefrenable de la delgadez manifiesta una lucha psicológica subyacente por conservar un sentido de autonomía y de autocontrol personal; Goldman (2000). Aparentemente las personas anoréxicas adoptan una conducta desafiante de manera obstinada y ardientemente independiente. Insisten en que son felices, percatadas por completo de su estado y totalmente capaces de cuidarse por sí mismas.

Sin embargo, Bruch (1962) piensa que por debajo están abrumadas por una sensación paralizante de desamparo e ineficacia siendo el control de la alimentación y el tamaño del cuerpo, los únicos mecanismos por los que puede conservar su sentido de autonomía y dominio.

Tannenhaus (1999), suponía que la anorexia nerviosa es un pedido a gritos de atención y paradójicamente, mayor control sobre la propia vida.

Así mismo, Mara Selvini Palazzoli (Selvini Palazzoli M. 1990; citado en Rubio 2004) define la anorexia como *“una defensa intrapersonal en la que la afirmación del propio poder vivida como imposible en las relaciones interpersonales, es conducida a las instancias*

*intrapersonales en la lucha con el cuerpo*". La autora plantea cómo distinguir la verdadera anorexia nerviosa de otras formas de más nutrición psicológica: considera que hay una combinación de consciencia y una obstinada determinación para adelgazar; además de un intenso interés por la comida. Señala así mismo "que rechaza la satisfacción oral, el amenazador al que no se debe destruir sino solamente mantener a raya", indicando que este es el fenómeno central de la anorexia nerviosa.

Muchos otros autores han definido la anorexia nerviosa de la siguiente manera:

Schütze (citado en González 1996), habla de la anorexia mental para referirse a este trastorno, definiéndola como la pérdida del apetito que afecta sobre todo a las mujeres jóvenes, y que pertenece al grupo de enfermedades psicosomáticas.

Kaplan, H y Sadock, B.J. (1988) la definen como: "trastorno de la conducta alimenticia, caracterizado por limitaciones dietéticas auto-impuestas, conducta dirigida a la pérdida de peso, patrones peculiares de preparar los alimentos, pérdida de peso, intenso miedo a recuperar el peso, alteraciones de la imagen corporal y, en las mujeres se presenta amenorrea" (citado en Gonzales 1996).

Stierlin & Weber (1990), las víctimas de la anorexia deciden no comer, se ponen demacradas y comienzan a padecer diversos trastornos físicos (por ejemplo trastornos de su equilibrio hormonal, metabolismo electrolítico y procesos metabólicos del cerebro) con no poca frecuencia de índole potencialmente fatal.

Arenson (1991), la anorexia nerviosa es un trastorno fisiológico, que proviene de problemas psíquicos, por los cuales el sujeto se abstiene de comer sin perder el apetito, al mismo tiempo se tiende a una gran preocupación por el alimento, la adolescente es el paciente típico que con frecuencia se impone regímenes dietéticos de 550 a 850 calorías por día. Es posible que estas enfermas muestren gustos exóticos, se autoprovoquen el vómito y exhiban una imagen corporal deformada. Este mismo autor encontró que las anoréxicas parecen incapaces de proporcionarse placer de ninguna forma. Generalmente se sienten vacías, hambrientas, cansadas y doloridas, parecen sentir gran alegría al

mantener su estado de privación porque se centran en la sensación de poder que les proporciona el dominio sobre su cuerpo y sobre los miembros de la familia, mientras ignoran el dolor.

Saldaña (1994), define la anorexia nerviosa como un trastorno caracterizado por una pérdida de peso extrema, debido a la realización de dietas restrictivas, exceso de ejercicio, al uso de vómitos autoinducidos y al abuso de los laxantes, lo que motiva a estas personas es un miedo intenso al aumento de peso.

Por su parte, Durker (1992), reconoce que la Anorexia Nerviosa (AN), se caracteriza por una excesiva pérdida de peso, preocupación constante por el contenido calórico de alimentos y ejercicio excesivo, alteraciones del estado de ánimo, distorsión de la imagen corporal, y generalmente la evasión de la participación en actividades sociales relacionadas con la comida. Hay una distorsión en la percepción corporal, pues el estado es extremadamente delgado y aun así la interpretación de su figura corporal es de obesidad, además como rasgo característico del estado de inanición y desproteización, en casos prolongados se presenta amenorrea.

Según Toro (1996), la AN es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida de peso corporal superior al 15%, esto es consecuencia de una supresión voluntaria del consumo de alimentos.

Ruttszrein (1997; citado en Ortiz 2002) dice que la AN se caracteriza por una pérdida de peso que se alcanza mediante la restricción alimentaria autoimpuesta, por un miedo intenso al aumento de peso, por una distorsión de la imagen corporal y por un trastorno endocrino que en las mujeres se describe como amenorrea, el cual es consecuencia de la excesiva pérdida de peso (debajo de 40kg.).

Martínez- Fornés (1994) propone que la AN es la enfermedad de las cinco a's: **anorexia**; **adelgazamiento**, que puede llegar a la caquexia; **actividad exagerada e incansable**, tanto física como mental; **amenorrea**; **a la contra**, sin el menor deseo de complacer a los padres,

a su médico o equipo médico, a si misma: no comer, no aceptar el más mínimo aumento de peso, no querer desarrollarse y hacerse adulta.

### 2.3 Clasificación de la anorexia

Resulta de suma importancia que en el diagnóstico se precise la diferenciación que debe establecerse entre la anorexia primaria y secundaria, pues ésta última se relaciona con la patología psiquiátrica subyacente, como la histeria, el delirio, la depresión grave, etc. Si recordamos, según Bruch (1973), sólo los trastornos primarios de las conductas alimentarias constituyen una entidad específica, que se debe diferenciar de las formas específicas en las que los comportamientos alimentarios anormales encajan en el cuadro de la patología psiquiátrica primaria.

Toro (1996), refiere que Bruch propone dos tipos de anorexia: primaria y secundaria. Las características básicas de la anorexia **primaria** serían la *distorsión de la imagen corporal*, la *incapacidad para reconocer estados internos, desde el hambre hasta las emociones*, y una *sensación generalizada de ineficiencia*, hallándose la paciente bajo la influencia de una *“locus de control” externo*. Bruch otorgó suma importancia a esta última característica por considerarla fruto de experiencias infantiles-adolescentes, siendo la edad adolescente crítica para la aparición de la anorexia y contribuyendo el periodo de la vida en el que se busca y desarrolla la autonomía y la individualización.

La anorexia **secundaria** implicaba como característica esencial *una pérdida de peso grave debida a conflictos internos*. *La comida y la alimentación estarían saturadas de interpretaciones simbólicas erróneas de la función alimentaria*.

La preocupación por el cuerpo y su medida es una manifestación de la lucha por establecer el sentido de control e identidad, aspecto clave para Bruch en la clasificación de la anorexia nerviosa como síndrome al cual se subdivide en: Anorexia Nerviosa Primaria y Anorexia Nerviosa Secundaria (Bruch, H. 1974; en González 1996).

### 2.3.1 Anorexia Nerviosa Primaria

En este grupo el síndrome clave que se presenta es el temor a engordar, el rechazo a comer se encuentra al servicio de mantener la extrema delgadez.

El desorden se clasifica en tres áreas:

- 1) Distorsión de la imagen corporal. La verdadera anoréxica es identificada por su apariencia esquelética mantenida activamente, y que no percibe como anormal, por el contrario, nunca está suficientemente delgada.

La percepción errónea de la talla es predicha por una exagerada interpretación de cualquier curva e incremento de peso. Así los cambios físicos en la pubertad son experimentados con intenso disgusto.

- 2) Percepción en interpretación conceptual confusa e inadecuada de los estímulos que surgen del propio cuerpo, con fallas en el reconocimiento de los signos nutricionales como la deficiencia más pronunciada. Es característico del cuadro el rechazo a la comida junto a la frenética preocupación por ésta, las sensaciones de hambre son negadas.

Con el avance del estado demacrado de la paciente, aparece una verdadera falta de apetito, misma que es el resultado de la severa deficiencia nutricional. En sus esfuerzos por remover la indeseable comida de sus cuerpos, los pacientes abusan de los laxantes, diuréticos y vómitos autoinducidos, culminando en un desbalance electrolítico, que puede ser fatal.

Otra manifestación característica de la falsa percepción del cuerpo es la hiperactividad y la negación de la fatiga.

- 3) Sensación paralizante de ineficacia que subyace a todo pensamiento y actividad. La experiencia de la anoréxica es la de actuar sólo en respuesta a las demandas de otros, y nunca a las propias. Su profundo sentimiento de ineficacia parece contrastar con su vigorosa conducta y con los reportes de su desarrollo temprano. Pues muchas de ellas fueron en la infancia niñas obedientes, limpias, dóciles y escolares excelentes. Frecuentemente existe un evento trivial desencadenante en el cual la adolescente es confrontada con experiencias nuevas y ante su miedo decide que está demasiado gorda para ser respetada y aceptada, pero la dieta extrema no le lleva a mejorar sus relaciones interpersonales, sino por el contrario la sumerge en el aislamiento y en una desnutrición progresiva que le crea diversos trastornos. Generalmente este tipo de anorexia se da en púberes teniendo un mal pronóstico.

### 2.3.2 Anorexia Nerviosa Secundaria o atípica

Existe un deseo por permanecer enfermo, en un rol dependiente, en contraste con la lucha por la identidad independiente que prevalece en la anorexia nerviosa primaria. En ningún caso de anorexia nerviosa secundaria se encuentran episodios de bulimia y la existencia de amenorrea no es consistente como en el primer grupo.

Otra característica de la anorexia atípica es que se presenta junto a otras patologías identificables como: histeria, depresión, o tendencia hacia una esquizofrenia franca. En ambos grupos la gravedad de los síntomas y las dificultades en el tratamiento son igualmente serias, debido a la falta de cooperación, los frecuentes cambios físicos y las rupturas abruptas del tratamiento (Bruch, H. 1974; en González 1996).

Selvini (1978), señaló que los casos de infraalimentación en hombres observados por ella, todos eran casos de pseudoanorexia, con ilusiones paranoides e ideas hipocondriacas acerca del sistema digestivo (citado en González 1996).

La anorexia secundaria o atípica se da, a diferencia de la primaria, en personas de mayor edad y se tiene un mejor pronóstico.

## 2.4 Diagnóstico de la Anorexia

Los criterios para poder identificar la AN se encuentran especificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales identificado como DSM IV; éste considera a la anorexia como un trastorno que consiste en el rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima de unos valores mínimos normales para determinada edad y talla, miedo intenso a ganar peso considerado normal, alteración en la imagen corporal que se manifiesta a través de cómo la persona percibe su peso, su talla o su silueta y ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea). En el que se puntualiza lo siguiente:

- Hay una preocupación por la forma del cuerpo y la comida
- Temor intenso a estar gordo
- Visión deformada del cuerpo: afirman estar gordos incluso cuando están demacrados
- Importante pérdida de peso (más del 20% del peso que corresponde según la edad y la altura)
- Rechazo a mantener un peso mínimo normal
- Ausencia de enfermedad física que sea la acusante de esa pérdida extrema de peso
- Un gran deseo de reducir la cantidad de comida
- A menudo el apetito no se reduce, a pesar del nombre que recibe: anorexia nerviosa
- La falta de menstruación en las niñas es característica, incluso después de la pubertad y se presenta cuando baja el peso ponderal de 40 Kg.
- Es característica la superactividad y el ejercicio excesivo
- El vello en la cara y miembros se vuelve un pelo lanugo débil
- La química del cuerpo y las hormonas sufren trastornos
- La mala circulación hace que las manos y pies estén fríos
- Las cortadas y heridas cicatrizan lentamente

- Tienen una personalidad perfeccionista con buen comportamiento, y son trabajadores féreos
- Ocurre más a menudo en las chicas adolescentes
- Llevan ropas holgadas y sueltas para esconder la forma del cuerpo
- Puede haber un abuso de laxantes y diuréticos
- Cuando de come más de una pequeña cantidad de comida se produce un sentimiento de incomodidad y culpabilidad
- A menudo hay una pretensión de que se come de más y se pesa más de lo que corresponde a la realidad.

En suma las personas que sufren éste trastorno afirman que se encuentran obesas o que algunas partes de su cuerpo son desproporcionadas, cuando en realidad están obviamente por debajo de su peso corporal normal incluso están demacradas. Se preocupan por su tamaño corporal y frecuentemente están insatisfechas con algún rasgo de su apariencia física (APA, 1994; en Barbosa 2001).

El DSM IV no sólo menciona los criterios diagnósticos sino también hace referencia a los subtipos específicos del trastorno que son la AN restrictiva y la compulsiva/purgativa:

- a) Tipo Restrictivo: durante el actual episodio de la AN el paciente no presenta conductas compensatorias inapropiadas (autoprovocacion del vomito, consumo de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos).
- b) Tipo Compulsivo/purgativo: durante el actual episodio de la AN el paciente presenta conductas compensatorias inapropiadas.

Así es como podemos identificar las características psicopatológicas de cada uno de estos subgrupos, ofreciendo información proveniente de estudios de laboratorio que hacen referencia tanto a la sintomatología, prevalencia, curso, influencia familiar y diagnostico diferencial. Toda esta información resulta de gran interés debido a que con ella es posible ofrecer una mejor delimitación diagnóstica del trastorno, lo que redundará en una mayor comprensión del mismo y como consecuencia a la implementación de tratamientos más eficaces.

## 2.5 Síntomas de la Anorexia y Otros Trastornos Asociados

Las características descriptivas y los trastornos mentales asociados son principalmente pérdida de peso y generalmente se suelen presentar síntomas del estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida del interés en el sexo. Muchos de los síntomas depresivos pueden ser consecuencia de las secuelas fisiológicas de la semiinanición.

En algunos de los pacientes se observan características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, relacionado con la comida o no. Estas personas siempre tienen pensamientos con relación a la comida, algunas veces suelen coleccionar recetas de cocina o almacenan alimentos. Estas obsesiones y compulsiones pueden ser producidas o aumentadas a consecuencia de la desnutrición. Así también se pueden presentar ciertas características asociadas a la AN, como por ejemplo la preocupación por comer en público, el sentirse incompetente, una gran necesidad de tomar el control sobre el ambiente que lo rodea, poca espontaneidad social y restricción de la expresión de emociones y de la iniciativa.

Los pacientes del tipo compulsivo/purgativo, poseen una mayor probabilidad de padecer problemas de control de impulsos, abuso de alcohol u otras drogas, labilidad emocional y de hiperactividad sexual (DSM IV, 1994).

## 2.6 Cambios Conductuales

Al igual que como lo describe el DSM IV (1994), algunas de las conductas más características de los pacientes con anorexia están relacionadas con la comida, a saber, los sujetos con frecuencia preparan comidas muy elaboradas para los demás, limitando las suyas con dietas con bajo contenido calórico. Además de que la comida puede ser almacenada, ocultada, desmenuzada o arrojada a la basura (Barber, Bolaños-Cacho, López-Jensen y Ostrosky, 1995)

## *Conducta alimentaria y patrones de alimentación en la anorexia*

A continuación explicaré cómo es que comienzan estos patrones de alimentación tan peculiares del paciente anoréxico y como es que van aumentando. Normalmente la anorexia se desarrolla a lo largo de cierto periodo, durante el cual el paciente cambia sus patrones de alimentación pasando de una dieta normal (o más o menos normal) a otra muy restringida. Este proceso puede durar meses o años. A menudo parece comenzar en una mujer joven que sigue una dieta. No hay nada de raro en eso, pero lo que diferencia a la persona que puede padecer anorexia, es que a ella no le resulta difícil hacer la dieta como a la mayoría de la gente. Llega a disfrutar la sensación de hambre y parece ser capaz de disciplinarse de un modo que es muy poco común; la mayoría de las personas que siguen una dieta tienen serias dificultades para seguir haciéndola y no disfrutan en lo absoluto del proceso. Luego, como si hubiera descubierto una nueva capacidad, el paciente anoréxico continua haciendo dieta aunque haya llegado al peso deseado o haya terminado el periodo original del régimen. En cambio, la mayoría de los que hacen dieta sienten alivio al finalizarla y rápidamente retornan a sus antiguos patrones de alimentación (Buckroyd, 1998).

La anorexia no siempre empieza de ésta forma. A veces se inicia con el rechazo a todos los alimentos que se consideran que engordan. Por ejemplo, una adolescente puede comenzar dejando de comer mantequilla, aceite o grasa de cualquier tipo. Lo que empieza con la eliminación de toda la grasa visible de la carne puede llevar al rechazo de cualquier alimento frito, a no poner mantequilla ni margarina en los bocadillos, a evitar las galletas o los pasteles porque contienen grasa, a negarse a comer carne porque es “grasosa”, a tomar sólo leche descremada, a reaccionar con autentico pánico ante la comida preparada por alguien que haya usado grasa. Típicamente, este patrón luego se extiende a otros alimentos como el azúcar. Con el tiempo, el/ la anoréxica termina siguiendo una dieta que es muy defectuosa desde el punto de vista alimenticio. Por ejemplo, muchos pacientes anoréxicos se vuelven vegetarianos o vegetarianos estrictos antes de desarrollar anorexia, y aunque es perfectamente posible seguir una dieta semi-vegetariana o vegetariana estricta alimenticiamente sana, los pacientes anoréxicos interpretan que ser vegetariano

significa comer casi exclusivamente frutas y verduras (Buckroyd, 1998), suelen comer alta cantidad de fibra; con respecto al agua hay dos comportamientos distintos: una eliminación casi total para disminuir peso y volumen, o un alto consumo para obtener la sensación de saciedad (potomania), disminuir la absorción de los pocos alimentos y favorecer la aparición de diarrea (Fernández, Trejo y Delgado, 1999; Martínez-Fornés, 1994). No satisfacen sus necesidades alimenticias de grasas, proteínas y carbohidratos. Otros anoréxicos pasan de prescindir de un alimento específico a comer muy poco de cualquiera. La cuestión es que lo poco que comen resulta nutritivamente insuficiente; por ejemplo, se pasan el día con un café y una barra de chocolate. Otros pacientes se sienten orgullosos de comer sólo lo que es puro y bueno (lo natural), pero intentarían sobrevivir a partir de manzanas o té negro. Algunos pacientes anoréxicos descubren alimentos que “no engordan”, como ensaladas, verduras, manzanas o pan tostado, y que les permiten comer grandes cantidades. Estos alimentos son considerados buenos mientras que los demás resultan malos. Un paciente anoréxico profundamente enfascado en su forma estricta de alimentarse se puede angustiar en sobremanera si se le pide que coma estos alimentos “malos”, por pequeñas que sean las cantidades. Se ha vuelto fóbico con la comida, y siente muchísimo terror y pánico ante la perspectiva de comer un plato de carne (Buckroyd, 1998).

Sea cual sea el proceso, el paciente anoréxico llega a un punto en que lo que come no le alcanza para mantener el peso normal. La cantidad de calorías que consume es sencillamente insuficiente. Lo que comenzó con una restricción del consumo se ha convertido en una progresiva inanición; ya no hay límite ni cómo detenerlo (Buckroyd, 1998).

En otras palabras, el inicio de una dieta restrictiva suele ser “la obertura pública, manifiesta del drama que se avecina”. Suele iniciarse limitando y/o suprimiendo los carbohidratos, lo que acostumbra a prolongarse mediante la supresión o reducción de las grasas y acaba en la eliminación de la ingesta proteínica, y no es poco frecuente que cuando el trastorno está avanzado, el anoréxico se mantenga con uno o dos yogurts, algún trozo de queso (panela), ciertas verduras y ensaladas sin aderezo, y esporádicamente una pequeña

cantidad de carne (a la plancha). En casos muy extremos, y ya en plena inanición, se llega incluso a la restricción de la dieta líquida, con el peligroso riesgo de deshidratación, lo que obliga a que el paciente sea hospitalizado (Toro y Villardel, 1987).

## 2.7 Cambios Físicos y Otras Enfermedades Asociadas con la Anorexia

Los signos y síntomas físicos de la AN se deben a la inanición. Además de amenorrea, suele haber estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y vitalidad excesiva. Es evidente lo que se encuentra en la exploración es el aspecto físico demacrado, pérdida de grasa corporal; en casos graves, puede existir hipotensión, hipotermia y sequedad de la piel, con escamas, aumento del vello corporal tipo lanugo. Algunas veces se encuentran edemas periféricos (en especial cuando se recupera el peso o al suspender los laxantes y diuréticos). En algunos pacientes la piel se torna amarilla (hipercarotinemia) y puede haber hipertrofia de las glándulas salivales, en especial las parótidas. Los pacientes que se provocan el vómito en ocasiones muestran erosiones dentales y algunos presentan cicatrices o callos en el dorso de la mano como consecuencia del contacto con los dientes al inducirse el vómito (DSM IV, 1994).

La semiinanición y las purgas tienen como consecuencia enfermedades médicas asociadas, como la anemia normocítica normocroma, la función renal alterada (asociada con la deshidratación crónica e hipopotasemia), trastornos cardiovasculares (por la disminución de la ingesta y absorción de calcio, secreción reducida de estrógenos y aumento de cortisol), y problemas en los mecanismos de alimentación y digestión (DSM IV, 1994; Schroeder citado en Barber et al, 1995). La forma característica de presentación del paciente es con mucha ropa amplia y superpuesta lo cual disimula su delgadez (Hersovici y Bay, 1990).

En general, la anoréxica presenta el siguiente cuadro: disminución de los niveles de estrógeno, aumento en el nivel de hormona del crecimiento, disminución de los niveles de neurotransmisores como norepinefrina, serotonina y dopamina (debido a ello existen olvidos), anormalidades en el metabolismo de carbohidratos, anormalidades en la

regulación de la temperatura, vaciado gástrico lento. Todos estos problemas son graves, y desaparecen en el momento en que el sujeto recupera su peso normal, aunque quedan ciertas lesiones irreparables como osteoporosis, anormalidades menstruales y reproductivas.

La glándula pituitaria no deja de funcionar, pero, en cambio, presenta cambios adaptativos; el déficit de energía produce respuestas hipotalámicas de adaptación por lo cual el organismo logra sobrevivir aún en estado de semi-inanición. El principal de estos ajustes es el control de la secreción de gonadotropinas pituitarias, lo que da como resultado la interrupción de los ciclos normales de ovulación y causa amenorrea, infertilidad y reducción de la libido. Estos ajustes reducen la probabilidad de embarazo y permiten conservar las reservas de hierro y proteínas que se pierden con la menstruación (Lucas. Citado en Barber, et al, 1995).

Por otra parte, la anorexia retarda o impide el crecimiento y detiene el desarrollo de la pubertad. Según Backroyd (1998) quizá el propósito de la anorexia sea invertir el desarrollo de la pubertad y hacer que el cuerpo vuelva al estado prepúber, la anorexia es una negativa a continuar el proceso de desarrollo y crecimiento; por lo menos esa es su consecuencia física.

## Capítulo 3

### TRATAMIENTOS

#### 3.1 Tratamiento Médico

##### Enfoque

La anorexia nerviosa (AN), es una forma de desnutrición resultante de la inanición crónica. En el curso de la enfermedad se ponen en marcha una serie de mecanismos que tienen por finalidad mantener la vida, pasando a un segundo plano aquellas funciones “no vitales” como la reproducción y el crecimiento. Se da un descenso en los aportes de energía por lo que ocurre una disminución adaptativa del gasto energético basal disminuyendo de forma proporcional la pérdida de masa corporal total, haciéndose obvia la importante disminución de tejido graso y muscular. Dicha enfermedad forma parte de un grupo de padecimientos que comparten una constelación medico-psicológica peculiar, que matiza toda la vida del paciente y su familia.

Estos trastornos generan una serie de preocupaciones, problemas, costosas intervenciones médicas y en algunos casos hospitalizaciones prolongadas. La familia debe ponerse en manos de un médico que tome a su cargo todo lo relativo al aspecto orgánico del síntoma: la necesidad o no de un internamiento y descartar otras enfermedades que puedan estar incidiendo en el curso de la anorexia. Por ejemplo, requiere de la presencia de un nutriólogo que determine el plan de alimentación a seguir y con ello se podrá establecer una instancia de “autoridad” que proteja a madre e hija de las típicas y eternas discusiones acerca de qué es lo que se debe comer.

No existe un estudio de laboratorio o gabinete que permita el diagnóstico preciso de la AN, por lo que se deben utilizar los criterios del DSM IV y se deberá realizar una exploración física para que el médico pueda dar un diagnóstico completo. También se

deberá considerar la evaluación en el área biomédica, lo cual se podrá realizar determinando el peso y talla del paciente. El objetivo de la evaluación es conocer los requerimientos calóricos diarios para poder restaurar el peso del paciente, así como el poder obtener información en cuanto a los hábitos alimentarios, la existencia de episodios de voracidad y de conductas purgativas, el exceso de actividad física, todo lo anterior con el fin de desarrollar un plan terapéutico adecuado.

Así mismo, la AN es uno de los pocos trastornos mentales con unos índices de mortalidad claros a corto y largo plazo, tienen graves complicaciones físicas y psicopatológicas derivadas de la desnutrición, el ayuno y otras conductas adelgazantes. Todo ello contribuye a su vez al mantenimiento y el agravamiento del cuadro (Morandé, 1999). En palabras de los médicos, la anorexia es un “trastorno psiquiátrico” que no tiene ninguna causa orgánica metabólica o genética (Buckroyd 1997).

Por ello, tienen claro que la anorexia no es un problema de mala nutrición. Sin embargo, este trastorno se expresa en última instancia en una disminución de la ingesta de alimentos y un adelgazamiento progresivo. De ello se deduce que las alteraciones clínicas que sufren los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria son debido a un proceso de adaptación al estado de desnutrición y de estrés, por lo que al recuperar un mejor estado nutricional las alteraciones endócrinas se corrigen.

### **Manifestaciones clínicas y complicaciones de la Anorexia nerviosa**

La mayoría de los pacientes con AN padecen desnutrición y deshidratación; estas dos alteraciones traen como consecuencia una disminución del metabolismo basal y esto a su vez trae como consecuencia: hipotermia (disminución de la temperatura corporal), disminución de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca. Las alteraciones en el ritmo cardíaco se ven acentuadas por las alteraciones de los electrolitos (como resultado del escaso consumo de alimentos y líquidos y en ocasiones por el vómito y el uso de laxantes); la disminución de estos dependerá de las estrategias particulares que las pacientes practiquen para perder peso. Por ejemplo, en las pacientes que vomitan se

observará alcalosis hipoclorémica (debido a la pérdida de ácido gástrico) además de hipocalemia; si el uso de laxantes y diuréticos es frecuente se observará una acidosis metabólica por la pérdida de bicarbonato. Otras de las alteraciones son los trastornos endócrinos. Esta constelación de trastornos involucra la hipófisis, la tiroides, las suprarrenales y los ovarios; alteraciones que son secundarias a la desnutrición, es decir que no son debidas a la falla primaria de estas glándulas. Dichas alteraciones son: la amenorrea (cese de la menstruación) que sin duda alguna es el trastorno que causa a los familiares de la paciente mayor preocupación y muchas veces el motivo por el que piden ayuda médica; la amenorrea se debe a un mal funcionamiento del hipotálamo que disminuye la concentración de las hormonas que regulan la función ovárica (hormona estimulante del folículo y hormona leutenizante). Otra de las alteraciones de la hipófisis es el aumento de la hormona del crecimiento que en algunas de las pacientes puede estar ligeramente elevada causando aceleración de la lipólisis (degradación de la grasa corporal).

Aunque la glándula pituitaria no deja de funcionar, sí presenta cambios adaptativos. Por ejemplo, el déficit de energía produce respuestas hipotalámicas de adaptación por lo cual el organismo logra sobrevivir, aún en estado de semi-inanición. El principal de estos ajustes es el control de la secreción de gonadotropinas pituitarias, lo que da como resultado la interrupción de los ciclos normales de ovulación y causa amenorrea, infertilidad y reducción de la libido. Estos ajustes reducen las posibilidades de embarazo y permiten conservar las reservas de hierro y proteínas que de otra manera se perderían con la menstruación (Lucas, citado en García 2002).

La tiroides también sufre una serie de alteraciones y por lo tanto, la concentración de hormona tiroidea en personas con AN pueden parecerse a la de un individuo con hipotiroidismo.

Debido a todas estas alteraciones se pueden ver en la paciente las siguientes complicaciones médicas:

- **Aparato digestivo:** indigestión, problemas en la deglución, gastritis, vómitos de sangre, irritación en el esófago, diarrea, dolores abdominales y estreñimiento.
- **Aparato cardiovascular:** disminución de la presión arterial (hipotensión), arritmias y bradicardia (latidos del corazón anormalmente lentos).
- **Aparato respiratorio:** disminución de la capacidad ventilatoria, reducción de la fuerza de los músculos respiratorios provocando neumonías y bronquitis.
- **Aparato urinario:** daño en riñones, infecciones urinarias y cálculos.
- **Aparato genital:** irregularidades menstruales y amenorrea.
- **Sistema óseo:** disminución del calcio, fracturas espontaneas (osteoporosis) y astillas óseas
- **Aparato circulatorio:** disminución de la presión sanguínea y posible paro cardíaco.
- **Boca:** pérdida de esmalte dental, daño en las encías, paladar y garganta e inflamación de glándulas salivales.
- **Manos:** callosidades, erosiones, lastimaduras en los nudillos, temperatura fría.
- **Piel:** seca, áspera, quebradiza, fría con tonalidad azulada (hipotermia), dolor al sentarse y lanugo.

- **Retardo del crecimiento:** pubertad tardía, pérdida de neuronas, pérdida de fuerza y masa muscular.

Algunas de estas alteraciones como: la osteoporosis, la pérdida de peso, la amenorrea y la distensión gástrica, se deben a las deficiencias de nutrimentos inorgánicos que tienen éstas pacientes debido al poco consumo y escasa variedad de alimentos propiciando con ello deficiencias de calcio, zinc y magnesio. Se sabe que la osteoporosis puede llegar a ser fructuaria después de cinco o diez años de evolución del trastorno alimentario. Todas estas complicaciones desaparecen cuando se repara la adecuada nutrición y peso perdido.

En suma se observa que las alteraciones en la AN son numerosas, siendo las manifestaciones cardiovasculares de las más frecuentes y una de las principales causas de muerte, especialmente en aquéllas pacientes que vomitan o abusan de diuréticos.

## **Tratamiento**

El tratamiento debe enfocarse en corregir la malnutrición y las consecuencias de la misma y normalizar los patrones alimentarios. Esto es, alcanzar un peso saludable que permita mantener un correcto estado de salud. Para lo cual como primer paso debe hacerse una valoración nutricional en donde se cuantifique el grado de desnutrición; a través de exploraciones sencillas como la medición de peso, talla y su comparación con las tablas de referencia poblacionales para cuantificar el grado de desviación respecto al peso ideal o respecto al índice de masa corporal (IMC).

Recomiendan los expertos que antes de que alguien inicie un tratamiento como paciente externa o interna (tratamiento ambulatorio u hospitalario), debe ser evaluado su estado físico y mental general, la gravedad de su trastorno, la eventual existencia de trastornos concurrentes y su voluntad para cambiar. Por ejemplo, en el artículo “Tratamiento integral de los trastornos de la conducta alimentaria”. Salvador Rocha y

Barriguete, J (2003). Proponen el siguiente tratamiento integral, el cual se puede dividir en tres fases:

**Fase inicial.** Incluye lo relacionado con el diagnóstico médico, nutrición y el estado mental. En esta fase se determina si peligró la vida de la paciente o presenta alguna alteración que amerite su hospitalización. Un aspecto primordial es recuperar un estado nutricional mínimo que deje fuera de peligro la vida de la paciente.

**Segunda fase.** Es la más prolongada. Las intervenciones se orientan al establecimiento de hábitos alimentarios correctos. Es entonces cuando el manejo tiene menor impacto pero es más sofisticado ya que se trata de restaurar los sistemas de regulación hormonal alterados.

**Tercera fase.** Esta última fase es la de seguimiento a largo plazo en la cual ya se ha comprendido la naturaleza del problema y se ha mantenido el peso y desarrollo deseados.

En la intervención generalmente se combina el tratamiento hospitalario y ambulatorio, siendo éste último utilizado únicamente en los casos en los que se detecta tempranamente el trastorno. Una vez que se plantean los objetivos terapéuticos se emplean distintas aproximaciones; dependiendo de la gravedad del estado nutricional, de la actitud y del grado de colaboración de la paciente. Así puede optarse por el empleo de una dieta oral natural, nutrición artificial y en casos excepcionales, nutrición parental, en cualquiera de los casos es importante que la paciente conozca en qué consiste el tratamiento y cuáles son las consecuencias que se esperan de él.

Los médicos en su afán de restablecer las condiciones mínimas necesarias para preservar la vida de la paciente trabajan primordialmente en el estado nutricional y endócrino de las anoréxicas. Por ello los nutriólogos mencionan que el objetivo inmediato del tratamiento de la AN es devolver la normalidad al estado nutritivo del paciente normalizando los hábitos dietéticos, mediante la realización de una dieta

equilibrada que le permita mantener un estado de salud adecuado y prevenir recaídas. Esto es primordial debido a las posibles complicaciones de desnutrición, deshidratación y desequilibrio electrolítico que puede producir la muerte. El experto en nutrición debe informar a la paciente sobre las consecuencias negativas que producen los hábitos alimenticios que está siguiendo –efectos de la inanición-, sobre la regulación del peso corporal y aclarar las concepciones dietéticas erróneas que puedan tener.

Por otro lado, los endocrinólogos tienen como objetivos primordiales: la vigilancia médica, la sustitución de las deficiencias endocrinológicas, además de suplementar potasio, calcio, magnesio, vitamina y elementos inorgánicos. La detección de señales de peligro tales como: manifestaciones clínicas o de laboratorio de alteraciones electrolíticas, desnutrición que comprometa funciones vitales del paciente y enfermedades intercurrentes graves.

Se ha mencionado que el tratamiento de recuperación de peso se puede llevar a cabo en dos modalidades: tratamiento ambulatorio y tratamiento hospitalario. El primero está enfocado a la atención fuera del hospital o centro de recuperación médica, mientras que el segundo exige a la paciente permanecer en el hospital para recibir el tratamiento necesario.

### 3.1.1 Tratamiento Médico Ambulatorio

Se entiende por tratamiento ambulatorio de la AN aquél que se realiza y organiza en la consulta externa y que tiende a ser compatible con las actividades habituales del paciente.

Inicialmente se debe hacer una valoración médica detallada, en la que se evalúen aspectos referentes al estado nutricional de la paciente y sus probables consecuencias, además de abordarse la evolución del peso y el mantenimiento de una alimentación adecuada, es decir, la recuperación del peso será el objetivo principal del tratamiento mientras la paciente se encuentre en un estado de caquexia o grave bajo peso. Se ha

señalado que éste tipo de tratamiento puede ser eficaz en aquellos casos en que las pacientes: a) presenten una anorexia de menos de cuatro meses de duración, b) no manifiesten episodios bulímicos ni vómitos y c) tengan padres dispuestos a cooperar y participar en el tratamiento (Halmi, 1983; citado en Toro, 1987).

El tratamiento del paciente ambulatorio comienza con un breve ensayo de terapia; en el cual se establece un objetivo con respecto a la ganancia de peso de la paciente. Si no se da la mejoría esperada a corto plazo, el terapeuta debe insistir en la admisión. Sin perder de vista que las pacientes candidatas a recibir tratamiento ambulatorio deben cubrir una serie de requisitos, es decir, son pacientes que se encuentran en fases iniciales y/o presentan menos sintomatología y/o psicopatología alimentaria. Está justificado este tratamiento en aquellas pacientes que están motivadas para su recuperación, que tengan un buen apoyo social y no estén perdiendo peso rápidamente, que sean metabólicamente estables, cuyo peso no se encuentre por debajo del 70% del peso medio aconsejable para su edad y estatura y siempre que se pueda garantizar un estrecho seguimiento de su estado físico. Para lo cual se debe llevar a cabo un monitoreo de la alimentación, del peso y de los índices bioquímicos apropiados.

Hay que restablecer la correcta nutrición, pero éste debe hacerse de forma paulatina ya que puede haber complicaciones físicas y/o psicológicas y para evitarlas se utilizan dietas alternativas que comienzan con una dieta líquida clara, que contiene unas 1200 calorías, que provee principalmente líquidos para equilibrar las pérdidas urinarias. Contiene 0% de grasa. Le sigue una dieta de 60 a 90gr de grasa, posteriormente, se comienza con una dieta blanda de unas 200 calorías con 75gr de grasa. Y cuando se considere oportuno se empezará la dieta normalizada (Fernández, Trejo y Delgado, 1999; citado en García, 2002).

Las ventajas de éste tipo de tratamiento son: su costo menor, que evita estigma del ingreso y el peligro de la influencia de otros pacientes y no produce ruptura con la vida familiar (Morandé, 1999).

Algunos estudiosos se han dado a la tarea de investigar y probar en qué casos se han obtenido buenos resultados con el tratamiento ambulatorio, por ejemplo: Szmukler (1989) justificó la aplicación del tratamiento ambulatorio y su efectividad en pacientes jóvenes que presentaban una evolución corta del trastorno. A su vez Rusell y Cols, (1987), demostraron dentro de un contexto ambulatorio la mayor efectividad de la terapia familiar en comparación al tratamiento individual, especialmente en pacientes jóvenes (aparición de la enfermedad antes de los 18 años) con una duración de la enfermedad de menos de 3 años.

### 3.1.2 Tratamiento Médico Hospitalario

En los casos de AN la hospitalización es una alternativa que debe tenerse en cuenta si se cree necesario un control exhaustivo de la ingesta, del balance energético del ejercicio físico, de las conductas purgativas y se contempla la implementación de nuevos hábitos alimentarios (Ochoa; citado en García 1993).

Es por eso que cuando se trata de un caso de extrema gravedad, por la inanición se recurre a la internación. Y al igual que en el tratamiento ambulatorio primero se hace una valoración clínica para detectar el grado de desnutrición tomando en cuenta aspectos como: la talla, el peso y el IMC (índice de masa corporal); esto para conocer la situación orgánica al ingreso y las posibles complicaciones durante el tratamiento hospitalario. Algunos médicos sugieren completar dicha evaluación con la realización de un electrocardiograma (ECG). Una vez hecha esta valoración deben tomarse en cuenta los siguientes criterios propuestos por Toro y Vilardell en 1987, para decidir la hospitalización de la paciente con anorexia:

1. Cuando el trastorno se presenta desde hace más de cuatro meses.
2. Cuando la pérdida de peso es de 25 al 30% y su estado biológico es un riesgo importante para la vida, debido a la desnutrición.

3. Cuando se presentan episodios bulímicos, realizando conductas purgativas.
4. Cuando las relaciones familiares son muy conflictivas, o cuando el paciente presenta un alto grado de aislamiento.
5. Cuando la psicopatología secundaria del paciente es evidente, mostrando niveles elevados de ansiedad, depresión, ideas suicidas, etc.

En la intervención hospitalaria se negocia con la paciente un peso y talla mínimo, siempre tomando en cuenta las características físicas, edad, talla de cada paciente. Se establecerá una dieta equilibrada en la que no tenga que enfrentarse a aquellos alimentos que mayor fobia le producen (Ortiz, 2002).

Una vez en el hospital se le explica a la paciente que algún miembro del equipo la pesará y ayudará a cambiar sus hábitos de alimentación, elaborando junto con ella el plan alimentario que deberá seguir.

Algunos autores mencionan que las indicaciones de ingreso pueden dividirse en dos grupos: los casos de urgencia (en los que hay un peligro inminente de muerte del paciente y que los criterios son exclusivamente médicos), y los casos de ingreso programados en el curso de un tratamiento, cuyos pacientes serán enviados por los centros o por los profesionales de salud mental o médicos que los trataban y con los que fracasó el tratamiento ambulatorio, agravándose el cuadro. Además en el hospital puede vigilarse estrechamente a la paciente para prevenir o tratar precozmente cualquier complicación infecciosa o de otra naturaleza. Aunque se sabe que la hospitalización no es suficiente para curar un desorden alimentario, sí proporciona un ambiente seguro donde puede supervisarse la comida y el peso cuidadosamente con la finalidad de que haya una recuperación gradual de peso y un reaprendizaje en la alimentación.

Además de los criterios de hospitalización mencionados anteriormente, también debe tomarse en cuenta que si una mujer presenta una figura demacrada y es incapaz de pensar con claridad, o se muestra agitada con pulso irregular, puede requerir hospitalización, pues el deterioro físico tan extremo afecta el funcionamiento mental.

Una vez tomada la decisión de hospitalizar a la paciente, se inicia la alimentación forzada la cual puede ser suministrada por vía intravenosa mediante sonda nasogástrica (la cual va desde la nariz y a través de la garganta hasta el estómago), o alimentación endovenosa, esto es, nutrición parenteral total, la cual puede hacerse colocando un catéter venoso central, lo que es más cómodo para la paciente que puede moverse, o bien periférico, con riesgo de flebitis y la necesidad de cambios frecuentes de catéter. Sin embargo, ésta tiene muchos más riesgos y también es mucho más costosa por eso sólo se recurre a ella cuando el tracto digestivo de la paciente no tolera la nutrición enteral. La nutrición por sonda tiene un manejo más seguro y se asemeja más a la nutrición natural que la parenteral. Tanto la finalidad como la duración y la forma de llevar a cabo la nutrición por sonda deben haberse hablado previamente con la paciente. El alimento se administrará en tantas comidas como sea posible, incluso como alimentación permanente en los estados caquéticos graves.

En aquellos casos en que la situación no es tan grave se inicia el tratamiento con una dieta líquida o posteriormente una combinación de alimentos normales y bebidas vitaminadas complementarias.

Para lograr un aumento de peso promedio de 1 o 2 kgs. por semana, se recomienda una ingestión calórica puede empezar con 1,500 calorías e ir aumentando en bloques de 300. Quizá se requiera proporcionar una supervisión del equipo de nutrición durante y después de las comidas en el sentido de mantener los baños cerrados o bajo vigilancia. Cuando una persona no es capaz de terminarse un alimento tal como le fue servido, se le puede ofrecer un suplemento líquido alto en calorías (Garfinkel, 1995; citado en García, 1993).

Así mismo, pueden darse complicaciones de realimentación. Estas suelen ocurrir en pacientes muy desnutridas y con muy bajo peso, y en las que la realimentación se hace muy rápidamente, pudiendo presentarse al principio hinchazón facial y prominencia gástrica, que son transitorias y desaparecen con el tiempo. También puede presentarse sudoración de manos después de las comidas, asociadas a cambios en la termorregulación que se encuentra alterada en la anorexia. Por ello se recomienda comenzar el proceso de realimentación lentamente e ir aumentando poco a poco –sin importar cual sea el peso de la paciente-. Además de tener un preciso control médico que incluya ingesta de alimentos, ingesta y eliminación de líquidos y una atención especial a las posibles complicaciones de una rápida realimentación como son: edemas, aumento de peso en relación a una sobrecarga de líquidos, además de alteraciones cardíacas y electrolíticas.

Las ventajas asociadas a la nutrición artificial incluyen un aporte adecuado de los requerimientos nutricionales y la mejoría de la función cognitiva e incluso estar más motivadas para la ingesta oral. Menciona Hsu citado en García 1993, que aproximadamente el 80% de todas las pacientes anoréxicas suben de peso con el tratamiento hospitalario.

Resulta prioritario conseguir un peso adecuado para cada paciente y determinarlo de forma individual. Por eso al establecer un objetivo con respecto al peso es necesario tener en cuenta el peso premórbido de la paciente; aquél que tenía cuando la menstruación estaba presente y el temor a subir de peso no existía. Saber cuál es el peso real que requiere un tiempo de observación de la paciente y ver como evoluciona su peso y figura tras un tiempo prudencial de dieta y vida normales.

De igual modo, es especialmente importante la evolución de las variables fisiológicas, es por ello, según los médicos que la recuperación de la temperatura y pulso normal debe conseguirse en las primeras 48 horas después de la hospitalización, la hidratación, la aparición de deposiciones hacia el cuarto día y la regulación del sueño y mejora del humor en la primera semana. Se piensa que las pacientes deben

permanecer ingresadas hasta alcanzar el peso adecuado y tener menos probabilidades de recaídas. Aunque definitivamente la decisión del alta hospitalaria dependerá de valorar cada caso de forma individual.

### 3.2 Terapia Cognitivo Conductual

Es necesario que la anoréxica controle su mundo de pensamientos, ideas y emociones, además de la conducta con relación a su problema, todo esto se logra por medio de técnicas cognitivo-conductuales. La cual también se puede llevar a cabo de forma grupal (González, 1999).

#### 3.2.1 Tratamiento

Por una parte en el tratamiento cognitivo se sugiere que lo que se tiene que hacer es anotar el uso que se le da a la comida en un día típico, en el punto donde se encuentra la paciente (al principio del tratamiento). Eso no es nada fácil. A la paciente le costará mucho ser sincera consigo misma acerca del uso de la comida, sobretodo porque quizá se encuentre llena de dudas para cambiar su conducta (Buckroyd, 1998). Básicamente lo que hace la terapia es modificar los patrones alimentarios (Anorexia nerviosa, 1999). Cumpliendo con las pautas de alimentación e indicaciones que se le hagan al respecto y así también ir aumentando su peso progresivamente. Es fundamental no permitir el estancamiento del peso, debido a que se corre el riesgo de conificar el trastorno (Castro, 1999).

Se sugiere llevar un registro de lo que se come durante la semana. Este también es un ejercicio difícil, pues se sostiene una lucha diaria (Buckroyd, 1998). Este registro se hace con el fin de darse cuenta de errores o déficits así como de los excesos que se llegan a cometer en la alimentación: al igual que se puede observar el porqué se come (por soledad, tristeza, etc.).

Para lograr romper el ciclo atracón-purga en la paciente es necesario recordar cuando se dio un atracón y remontarse ha ese día en busca del hecho psicológico o experiencia que la haya lastimado o perturbado. Se le debe animar a la paciente a que trate el impulso de darse un atracón o como un signo de que algo le ha pasado que le angustia (o le molesta). Después tratar de usar ese apoyo para compartir esas sensaciones (quizá por el teléfono si el impulso de darse un atracón es muy fuerte), antes de actuar sobre ellas.

Se recomienda tener una lista de distracciones que puedan ayudar si se siente el impulso de darse un atracón, sobre todo distracciones activas (Buckroyd, 1998), actividades alternativas como salir a caminar, ir a visitar a una amiga, etc.

De acuerdo con Buckroyd (1998), si consigue saber que situaciones producen la necesidad de un atracón por ejemplo: las presiones del trabajo, las peleas, discusiones en casa, momentos de fracaso o incompetencia), se tendrá al menos una idea más acertada de cómo reaccionar ante esas situaciones y sensaciones. Es necesario utilizar ese apoyo para trabajar en ese problema.

Resulta muy útil poder reconocer ante el terapeuta y ante una persona que esté ayudando a la paciente en su recuperación (familiar o amigo) cómo se utiliza la comida en ese momento. Aunque quizá esto haga sentir a la persona culpable o avergonzada, también hará más real la situación. Las personas con trastornos de la alimentación logran esconderse a sí mismas de lo que están haciendo. Admitirlo ante alguna otra persona puede producir en ocasiones la sensación de “despertar” (Buckroyd, 1998); y también evita sabotear el plan alimentario. Una vez que se haya creado un registro de cómo se está usando la comida en el momento actual, se podrá comparar con el plan alimentario qué se ha hecho o qué ha sido proporcionado por el nutriólogo.

Por otra parte en el aspecto conductista del tratamiento, Lieberman (1984), aplicó un programa de reforzamiento operante de manera conjunta a una terapia familiar, donde el objetivo era lograr que el paciente pueda tener acceso a actividades físicas en el hospital dependiendo del peso aumentado. El programa continúa una vez que el

paciente sale y el reforzamiento en esta segunda fase es la posibilidad de que el paciente tenga acceso a actividades sociales durante el fin de semana.

*Programa:*

Tiene una serie de fases:

- Admisión de las pacientes al hospital para llevar a cabo una evaluación médica y psicológica completa.
- Sesiones informales de “lunch” con los pacientes para determinar el grado de negativismo y anorexia.
- Aplicación del paradigma de reforzamiento operante para comenzar el aumento de peso.
- Salida del hospital.
- Aplicación del reforzamiento fuera del hospital como una tarea familiar para prevenir la pérdida de peso.

Simultáneamente se trabajo con la familia para lograr una reestructuración del sistema familiar. Los resultados señalan que el proceso de aumentar de peso fue acelerado significativamente.

Este tratamiento le proporcionó al paciente mayor responsabilidad y autonomía (Lieberman citado en López, 1995).

La mayor parte de los programas conductuales se basan en la utilización del refuerzo positivo contingente al aumento de peso (permitir a la paciente hospitalizada una mayor actividad física o social). También se utiliza el castigo negativo (u omisión) contingente al mantenimiento de un bajo peso o la disminución del mismo, y suele consistir en la privación o retirada de situaciones agradables para la paciente como la actividad física (se le obliga a permanecer en su cama) y/o aislamiento en el dormitorio. Asimismo, se utilizan con relativa frecuencia los sistemas de economía de fichas y, la desensibilización sistemática normalmente aplicada a la situación de comer y a las sensaciones corporales (molestas gástricas, sensación de inflamación, etc.) que ocurren después de la ingestión de los alimentos. De la misma manera se utilizan

técnicas de autocontrol para cuando la paciente sale del hospital, que básicamente son cinco: de control de estímulo (por ejemplo, hacer una lista de consecuencias aversivas del comer en exceso y leerlas antes de comer), la autoinstrucción (repetirse en voz alta frases como por ejemplo: “necesito hacer una comida completa porque mi cuerpo la necesita para vivir”) y en entrenamiento de respuesta alterna (cuando la persona sienta el impulso de darse un atracón puede realizar una de las actividades distractoras, que están asentadas en una lista elaborada previamente), dentro de este último rubro se incluyen también las técnicas de relajación (Kazdin, 1978).

Otro ejemplo de estas estrategias conductistas es que después de comer la persona haga algo que le guste, tener previsto algún refuerzo positivo. Eso tendrían que preverlo el grupo familiar y la paciente. Comer en un determinado contexto agradable. Tener en cuenta en la comida los gustos y predilecciones de la persona, o sea, se trata de reforzar con elementos positivos el “hecho de comer” (González, 1999).

### **Terapia cognitiva**

Hsu (1990b) divide en cinco categorías las técnicas cognitivas más utilizadas en el tratamiento de los trastornos de la alimentación: reestructuración cognitiva, auto observación, identificación de los antecedentes a los atracones, educación nutricional y planeación de dietas.

La terapia cognitiva es un proceso de “descubrimientos” de un sistema de creencias (por lo regular, erróneas) y un intento de aprender nuevos modelos de pensamiento. Todo depende de que la persona se dé cuenta de que esos hábitos mentales no tienen sentido, y que la paciente esté dispuesta a practicar alternativas, aun cuando al principio le parezcan muy extrañas. No resulta nada fácil cambiar esos hábitos mentales porque dan la sensación de ser verdaderos, pero si no se cambian, aunque se aumente de peso o se modifique la conducta alimentaria es improbable que el cambio sea permanente (Buckroyd, 1998). En otras palabras, este enfoque terapéutico trata de corregir los pensamientos y actitudes disfuncionales relacionados con la alimentación,

la imagen corporal y con la autoestima en general, así como proporcionar recursos conflictivos en general. Este tipo de terapia debe realizarse de forma individual y también en grupo, dado que ambas formas de abordaje tienen ventajas y características complementarias (Castro, 1999).

Bajo esta orientación, el tratamiento de la AN se puede dividir casi siempre en dos fases: restablecimiento del peso inicial, generalmente realizado con pacientes hospitalizados, y una psicoterapia a largo plazo para prevenir una recaída.

El acuerdo de la mayoría de los autores (Garfinkel y Garner, 1988) dicen que la fase inicial de tratamiento en hospitales es relativamente sencilla y exitosa, pero que un aumento inicial de peso no necesariamente es garantía de un avance a largo plazo.

Por otra parte, los objetivos de esta terapia se derivan del modelo cognitivo de Beck (citado en López, 1995), aunque con estrategias modificadas para anoréxicos, partiendo de la suposición de que el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad fueron elaborados por “*creencias irracionales comunes*”.

Las circunstancias alrededor del comienzo del tratamiento difieren de otros; la conducta de la paciente es definida por los familiares como un “problema”, quienes desesperadamente han tratado de convencerla para que suba de peso, deje de vomitar y busque ayuda profesional.

El objetivo principal de la intervención clínica es alterar el proceso cognitivo de “*falsas concepciones y errores en la forma de pensar del paciente*” según Brunch, Beck y Garner (citados en Garner y Garfinkel, 1988), considerando:

- Dicotomía de razonamiento, es decir, pensamientos extremos que dividen el concepto de comida en categoría de bueno y malo.
- El miedo a aumentar ½ kg. Significa obesidad.
- Variación entre ayunar y excederse en la comida.

Dichas dicotomías mantienen relación con el autocontrol:

“si dejo de hacer ejercicio un día, lo dejare para siempre”.

“si disfruto las relaciones sexuales, me convierto en promiscua”.

Según Beck (citado en Garner y Garfinkel, 1988) la labor del terapeuta con él o la paciente consiste en enseñarle a:

- a) Captar su forma de pensar y aumentar la conciencia de sus pensamientos.
- b) Reconocer la conexión entre ciertos pensamientos, conductas no adaptativas y emociones.
- c) Examinar la validez de sus creencias.
- d) Sustituir las malas interpretaciones por unas adecuadas.

Las personas con trastornos de la alimentación no son capaces de admitir que se pueden hacer las cosas “regular” o con medida; no pueden romper la dieta un solo día y comerse un solo bombón. Tienen que comerse toda la bolsa, no pueden hacer solo 10 minutos de ejercicio. O pueden hacer ejercicio durante dos horas, o no mueven un solo dedo. Así que se tienen que incorporar pensamientos como los siguientes: “un pastel de chocolate no me hará engordar, veinte de golpe posiblemente sí”; “un filete de carne a la plancha tampoco, pero si me como siete kilos diarios...”. Se trata de no verlo todo en blanco o negro y buscar la moderación. No hay comida “buena” ni “mala”, sino cantidades más o menos perjudiciales y motivos apropiados o inapropiados por los cuales comer (Ladish, 1993).

Cabe mencionar que este tipo de enfoque terapéutico resulta muy efectivo sobretodo para el tratamiento de la “*bulimia nerviosa*”, donde, entre otras técnicas, se utiliza también el refuerzo positivo, la retroalimentación informativa y la desensibilización progresiva o sistemática que se orienta a los pensamientos y sentimientos antes de una crisis de atracón (Norman, 1994).

El tratamiento cognitivo-conductual basado en el modelo de Fairburn además de ser el que se ha mostrado más eficaz es el que presenta mayor respaldo empírico. Este además de mejorar los atracones y las purgas, también modifica la tendencia a hacer

dietas extremas y las actitudes hacia el peso y la figura, así como otros síntomas de psicopatologías asociadas: como depresión, autoestima baja, deterioro en el funcionamiento social y conductas típicas de los trastornos de personalidad ( Fairburn, Kirk, O' Connor y Cooper, 1986; Fairburn, Agras y Wilson, 1992). Los resultados a largo plazo son también mejores que con los antidepresivos. Algunos estudios muestran que los cambios terapéuticos se mantienen en seguimientos de seis meses y un año (Agras, Rossiter, Arnow, Telch, Bruce y Koran, 1994). Un estudio de seguimiento de seis años mostró también los efectos terapéuticos de la terapia cognitivo conductual se mantenían (Fairburn, Norman, Welch, O' connor y Cooper, 1995).

### 3.3 Terapia Familiar

Es posible salir de la anorexia; no obstante precisa de mucho tiempo de tratamiento y ésta va a depender de la intensidad del problema.

La familia debe ser orientada e introducida como un elemento muy importante del proceso. Se corre el riesgo de que los familiares tomen por si mismos iniciativas terapéuticas, ya que ella misma puede ser causa interviniente directa de la anorexia, pues la anoréxica presenta muchas veces un cuadro de reacciones negativas hacia el medio familiar y es precisamente la anorexia un producto de ese conflicto. Es la familia por completo la que debe actuar como paciente y dejarse orientar (González, 1999).

Esta terapia familiar resulta ser muy eficaz sobre todo para tratar niños, adolescentes y adultos que aun viven en casa (Norman, 1994). Así, cuando los problemas en la familia contribuyen al sentimiento de pérdida de control, la terapia familiar ha provisto un 90% de mejoría (Nichols y Schwartz citados en Anorexia nervosa, 1999).

Una terapia familiar intentará explorar qué ha pasado en la familia para que la persona en cuestión haya llegado a padecer un trastorno alimenticio (Buckroyd, 1998), así como tratar de solucionar los conflictos que se hayan ido creando, sobretodo desde el inicio del trastorno (castro, 1999). Lo que le resulta más difícil aceptar al grupo familiar es que ellos no sólo son los acompañantes de la persona que tiene el problema, a lo mejor son

parte del problema, que deben asumir. Esto implica a nivel de ayuda, en algunas ocasiones, una barrera insalvable. La familia es el núcleo fundamental de la comunicación afectiva. Hay que ser comprensivos y acercarse a esa persona no desde el punto de vista de uno sino desde el suyo, y a partir de ahí trabajar el cambio de actitud, la necesidad de consultar a un especialista que le ayude. Tiene que reconocer que darse cuenta de que el mundo de las personas más íntimas puede costar un gran trauma a quien era el centro del sistema (la paciente anoréxica). La terapia es difícil para la familia pues salen a flote problemas que de otra manera se mantendrían ocultos (González, 2002; González, 1999; Buckroyd, 1998).

### 3.3.1 tratamiento

González (2002) y la American Anorexia and Bulimia Association, AABA (1999) sugieren una serie de pasos (o recomendaciones) a seguir para los familiares en cuanto a qué hacer si un miembro padece un trastorno de la alimentación, en el momento de tratar de conseguir que la paciente se atienda. Esto está dirigido a un miembro de la familia, en éste caso la madre por ser en la mayoría de los casos la más allegada a la paciente (pero puede ser el padre, un hermano (a), u otra persona cercana):

1. **Hablar con la persona acerca de sus preocupaciones.** Propiciar la situación más idónea para crear un clima sereno y sin presiones de tiempo. Elegir un lugar y una hora en que no exista la amenaza de interrupciones. De preferencia, desconectar los teléfonos y alejar a los demás. Esta conversación inicial se debe enfocar en las propias inquietudes del familiar acerca de la enferma, pues se trata de lo que el familiar ha percibido sin críticas ni acusaciones; no intentar, perseguir, juzgar ni culpabilizar a la paciente o a alguien más. Debido a que las actuaciones o sentimientos de los demás corresponden a otro ámbito que no interesa solucionar, porque solo sirven para evadir la expresión de sentimientos propios, al atribuirlos con bases o sin ellas, a otros. Es necesario concretar la atención en el problema y en los sentimientos que ésta ha despertado en el familiar. Se tiene que evitar traer a colación otros conflictos en relación a la

enferma, entre ella y otros miembros de la familia, o lo que su conducta ha generado en los demás; pues equivale a partir de que la opinión de los otros, pese a estar ausentes, tienen mayor peso que la de la enferma o la del familiar mismo que le está hablando; sin mencionar que es fácil que la paciente desacredite lo dicho por otra persona que no está presente, dando pues a discutir y desviar la atención del problema.

Se sugiere escuchar la respuesta sin interrumpir ni entrar en debates, pues equivale a descartar lo que la otra persona siente, y si bien es posible que su forma de expresión sea confusa, es la manera de hablar de sus sentimientos. Otra vez, se debe escuchar sin juzgar, sin pretender que el familiar sabe más de su experiencia que ella misma. Entre las posibles reacciones están las de ira. Hay que recordar que el miedo suele provocar enojo o negación, pues la persona no se atreve a reconocer su problema ni siquiera ante ella misma. Sin embargo, existe la posibilidad de que se sienta aliviada porque alguien se haya ofrecido a ayudarla. Probablemente se sentirá avergonzada. Las personas con trastornos de la alimentación tienden a “autoaislarse” y entonces se vuelven muy buenas para esconder y negar sus problemas, por lo tanto, es especialmente traumático para ellos cuando alguien se entera abiertamente de su “secreto” (González, 2002; AABA, 1999; Anorexia Bulimia Nervosa Foundation of Victoria, 1999). El familiar se debe de “armar” a sí mismo de ejemplos de cosas que ha observado las cuales le hayan llevado a creer que existe un problema. Entre más “evidencia” se tenga, más difícil será para la paciente “borrar” el problema. Por ejemplo. “estoy inquieta porque pareces estar preocupada por tu peso y nunca te veo comer nada” o “siempre vas al baño inmediatamente después de las comidas y algunas veces puedo oler vómito ahí”. El objetivo de esta comunicación es hacerle saber que se le quiere, que el familiar está verdaderamente preocupado por su salud y que hará todo lo que esté en sus manos por apoyarla (González, 2002; AABA, 1999).

2. **Hablar con el médico.** Ya se ha dicho que mientras más rápida sea la intervención médica, existen más posibilidades de curación. Este es un paso muy difícil, más que el anterior, pues el estigma de la enfermedad que impide a los enfermos enfrentar el padecimiento también representa un freno para los padres. Es conveniente avisar a la persona que se va hablar con el médico. Ante éste, se sugiere que el familiar haga un recuento pormenorizado de sus observaciones y de las respuestas de la enferma. La sinceridad de las respuestas por dolorosas que sean le proporcionan armas para combatir el padecimiento. Así mismo, es recomendable pedir información sobre la enfermedad en sí y sobre los especialistas y tratamientos idóneos.
  
3. **Hacer la cita.** Esta tiene que ser de común acuerdo con la paciente, sobre todo si es mayor de edad. Cuando se trata de una menor el familiar puede tomar la decisión, pero aún en este caso, sobra señalar que es mejor vencer las posibles resistencias en vez de imponer medidas desde la posición de autoridad. A veces es recomendable anunciar la suspensión de ciertos privilegios, como el tiempo destinado a ver televisión, dinero para ropa, etc. Sin embargo, hay ocasiones en que estos tratos de nada sirven pues la enferma tiene la atención fijada en otros asuntos: el peso, la figura, la talla y la comida. Cuando esto atañe a una mayor de edad, es probable que esta argumenta que es muy libre de hacer con su cuerpo y su salud lo que le plazca. Si aún vive en la casa familiar, muchos padres, llevados por el propósito de desarticular éste argumento, caen en la tentación de ejercer su autoridad y utilizar frases como: “No lo harás mientras estés en mi casa”. Esta actitud reduce las posibilidades de intervención, pues la enferma no puede sino interpretarla como una invitación a abandonar el hogar, precisamente cuando más lo necesita, lo que a fin de cuentas es llevar este espacio a otros conflictos ajenos al problema. Toda labor de convencimiento debe centrarse en la recuperación de la salud y en el interés por alcanzar esta meta. La paciente tiene que tomar la decisión de ayudarse a sí misma. Si no tiene la voluntad de hacer esto, es muy poco lo que cualquier persona pueda hacer para forzar a la persona. La ayuda que reciba solo puede ser tan efectiva

como ella quiera que sea, esto no significa que el familiar debe detenerse en su intento por ofrecer su apoyo. Algunas veces toma tiempo para que las personas se den cuenta de que su problema se ha salido de control. Como ya dijimos, es inútil llegar a una discusión. Si las cosas van en esa dirección, el familiar debe permanecer en calma y dejar que la persona sepa que entiende que no la puede forzar a hacer algo que no quiere, pero que está tomando esta situación muy seriamente y seguirá impulsándola a que busque ayuda profesional. Algunas personas que se han recuperado de un trastorno alimentario dicen que aprecian el hecho de que los amigos y la familia hayan seguido tratando de convencerlos, aunque hayan estado diciendo las mismas cosas una y otra vez (González, 2002; AABA, 1999).

Ya en la consulta, si la paciente le permite estar presente, el familiar tiene que recordar que es ella la que debe hablar. Es su espacio para ventilar sus dificultades y enfrentar su problema. El familiar tiene que escuchar, quizá descubra aspectos que no conocía. Este sólo puede intervenir solo a solicitud de la paciente o del especialista y siempre en forma precisa, sin aprovechar una pregunta para descargar sus propias angustias (González, 2002).

4. **Investigar.** Esto es solicitar material y bibliografía al especialista y al centro de salud y/o de apoyo de preferencia. Conocer la evolución, los efectos y peligros de la enfermedad le permitirá al familiar no solo anticipar riesgos sino también disminuir sus propios niveles de ansiedad y de los demás miembros (González, 2002; AABA, 1999).
5. **Mantener la discreción.** No es necesario ocultarlo a los demás. No obstante, se debe respetar la intimidad de la enferma, a fin de que su vida no se convierta en material para que todos propios y extraños opinen. Los demás suelen aconsejar y ese cúmulo de comentarios desorienta y ahonda las dudas, sin mencionar que la información obtenida por estas vías suele ser superficial y anecdótica.

Por otra parte de acuerdo con González (1999), si el terapeuta solo trata a ese miembro de la familia, de alguna manera trata el síntoma pero no aborda el verdadero problema. Esto significaría que la solución del problema nunca remitirá. Otra cosa es cuando todos los miembros de la familia abordan el tema desde la aceptación del grado de implicación de cada cual. Esto es, comprender el estilo de ser padres y ser hijos; intentar entender como la dinámica familiar posibilita muchos de los trastornos que aparecen en sus miembros.

La familia no debe buscar la culpabilidad, pero eso no quiere decir que no admita su implicación; una implicación quizá inconsciente y bien intencionada. Se tienen que tomar decisiones y no dejar el tema en un periodo largo de latencia como esperando a que se solucione por sí mismo.

El objetivo más importante de la terapia familiar es armonizar las tendencias diversas de la familia, e integrar y resolver los conflictos que puedan surgir entre los diferentes miembros de la familia.

Cualquier desentendido del problema puede ser perjudicial y causa de una regresión de síntomas además de que permite estar vigilante ante los puntos de inflexión o de recaídas. Colaboración no significa intromisión en la vida de la otra persona. Siempre se debe mantener la cautela y el respeto. Los miembros de la familia deben aprender en cualquier caso de tensión el valor de la convivencia. Es necesario controlar el descontrol y la angustia, las “subidas de tono” y los malos modales. Se debe intentar establecer un orden nuevo de coherencia y armonía en la familia.

No es conveniente negar, tener miedo al enfrentamiento del trastorno alimentario. Sin embargo, es recomendable evitar hacer de la comida el monotema sobre el que gira la vida de la familia; de hecho, se debe evitar hablar del peso, de cantidades y tipo de comida en el que debe consistir la ingesta diaria e insistir en el desarrollo de determinados hábitos alimentarios que se creen positivos (Ochoa citada en González, 1999).

Así, la terapia familiar trata de solucionar el conflicto del entorno de la persona anoréxica (González, 1999). Después de todo, si la enferma se recupera, se resuelve el dolor de una persona; si mejora una familia entera, se genera un potencial de cosas positivas para muchas otras personas (Buckroyd, 1998).

Dicha terapia familiar es necesaria porque si se recupera la paciente y vuelve a ese ambiente familiar que la enfermó y que también está enfermo, ésta vuelve a la patología.

### 3.4 Terapia de Grupo

La terapia de grupo es particularmente útil en los trastornos de la alimentación. Para lograr grupos efectivos se necesita llevar a cabo una cuidadosa selección de los miembros que los van a conformar. Para los pacientes que muestran un alto nivel de negación (deben tener conciencia de la enfermedad), alta somatización y baja motivación y poca capacidad de socialización, no se recomienda una terapia grupal (Yalom, 1975), así como para aquellos que poseen un grado extremo de inanición, aquellos que se encuentran todavía en una etapa de negación de la enfermedad o pacientes que presenten brotes psicóticos o conductas psicopáticas. El grupo de pacientes hospitalizadas debe continuar con otros manejos terapéuticos (López, 1995). Así también, se debe tomar en cuenta que algunos pacientes utilizan al grupo como un medio de resolución de crisis y que cuando pasa la emergencia dejan el grupo (Grotjan citado en Holtz y Tena-Suck, 1995b). Existen ocasiones en que los pacientes ya no presentan síntomas y creen que la terapia debe terminar, y no se dan el tiempo para resolver otros conflictos relacionados al mismo.

Yalom en 1966 (citado en Holtz y Tena-Suck, 1995b) estableció nueve factores que pueden asociarse a que los pacientes dejen la terapia grupal:

1. Factores externos
2. Diferencias grupales

3. Problemas de intimidad
4. Miedo a la intimidad
5. Inhabilidad para compartir al terapeuta
6. Complicaciones con la terapia individual concurrente
7. Provocadores tempranos
8. Inadecuada orientación a la terapia
9. Complicaciones consecuentes de formación de subgrupos

Así mismo, se observa que en ocasiones las pacientes no pueden dejar el síntoma por mucho tiempo, y al sentir ésto como un fracaso, deciden entonces no asistir al grupo, pues esto lo experimenta como ponerlo en evidencia ante las demás. Es en este momento cuando la persona pone todo tipo de excusas para no asistir al grupo, o incluso decide no regresar, a veces utilizando racionalizaciones para explicarse a sí mismos por qué el grupo “no sirvió” (Yalom citado en Holtz y Tena-Suck, 1995b).

#### 3.4.1 Tratamiento

En Estados Unidos a finales de los 70's los pacientes con anorexia o bulimia eran tratados como cualquier otro paciente psiquiátrico, esto es, se hospitalizaban en una unidad psiquiátrica o, si el trastorno no era muy severo, se recomendaba terapia de corte psicoanalítico en donde tanto los pacientes como los terapeutas se sentían más cómodos si no hablaban directamente de los problemas alimenticios, sino de los “subyacentes”. De esta manera, la conducta alimentaria no cambiaba con la terapia individual, rápidamente, los médicos se dieron cuenta en Estados Unidos de la poca efectividad de estos métodos y aún cuando la hospitalización en algunos casos se observaban resultados positivos, el sistema volvía a aparecer en cuanto los pacientes regresaban a su ambiente familiar. De éste modo, los métodos de tratamiento cambiaron hacia un tratamiento más directo hacia la conducta alimenticia, se crearon grupos homogéneos, un tratamiento especializado por un equipo de profesionales; médicos, nutriólogos, psicoterapeutas, psiquiatras, etc. (Holtz y Tena-Suck, 1995b).

De acuerdo con Holtz y Tena-Suck (1995b) en México, son pocos los lugares y los profesionales especializados en el tratamiento de los trastornos de la alimentación, por lo que muchos siguen tratamientos de tipo psicoanalítico, que si bien pueden solucionar conflictos, rara vez resuelven el síntoma o se inclinan por tratamientos altamente conductistas. En ciertos casos, se les pide a los pacientes que asistan a terapias de grupo muy heterogéneas, donde existen todo tipo de personas con distintos tipos de patologías, haciendo sentir a las pacientes con trastornos de la alimentación como si fueran menos comprendidas y aun más vulnerables a seguir con el estigma de ser consideradas como “locas”; un temor en ocasiones subliminalmente confirmado por el grupo y por los terapeutas. Esto es aun más marcado cuando se decide internar a la paciente en una unidad psiquiátrica (Holtz y Tena-Suck, 1995b). Afortunadamente, esto ya está empezando a cambiar y ya existen lugares en los que se brinda tratamiento multidisciplinario.

Debido a esto, en opinión de Holtz y Tena-Suck (1995b) se necesita hacer hincapié en la necesidad de un grupo más especializado, donde las pacientes manejen el mismo lenguaje y se sientan acompañadas en lo que antes pensaban era una “locura” personal. Esto, aparte resulta de gran utilidad ya que ayuda a reducir el marcado narcisismo que existe en la mayoría de este tipo de pacientes, reduciendo de esta manera la omnipotencia, la sensación de sentirse “únicas en el mundo” debido a su enfermedad y con ello buscar salir de un juego que ya no les funciona.

Sin embargo, los mismos autores señalan que en su experiencia se demuestra que la diversidad dentro del grupo, no resulta tan inapropiada y puede ser muy constructiva y productiva al momento de analizar e interpretar las diferencias y los sentimientos. Podría ser algo artificial el crear grupos cuasi-homogéneos (tal como lo propone Hall citado en Holtz y Tena-Suck, 1995b), pues la idea es que el grupo sea representativo de la enorme sociedad en donde se vive diariamente. Si lo que se pretende es que las personas obtengan creencias y conductas más adaptativas, es necesario ejercitar las mismas dentro de un grupo en donde sea posible observar la respuesta de las pacientes.

A diferencia de otras terapias de grupo, en los trastornos de la alimentación resulta sumamente importante hablar sobre el síntoma. Según Holtz y Tena-Suck, (1995b), la orientación que más les ha funcionado es la cognitivo conductual de Garner, combinado con un modelo psicodinámico, sobre todo una vez que el síntoma logra estar bajo control. De este modo, el problema con la comida debe ser tratado directamente en la terapia. En muchos grupos se prefiere no hablar de la comida, aunque ésta siga siendo un problema importante, y se ha observado que es al revés, que el síntoma se encuentra bajo control si se habla acerca del mismo, debido a que en grupos de terapia en los que se intenta ignorar el síntoma aunque éste siga presente, los resultados en cuanto al control del mismo son casi nulos. Hall (citado en Holtz y Tena-Suck, 1995b) y Yalom (1975), señala que, los pacientes que padecen AN los cuales realmente pueden beneficiarse con sesiones de terapia grupal que impliquen:

- Aquellas que no se encuentran gravemente enfermas, que estén subiendo de peso o relativamente estables.
- Aquellas que se encuentran altamente motivadas
- Aquellas que se han beneficiado psicológicamente con otros tratamientos.
- Aquellas que no se encuentran completamente aisladas o que no tienden a apartarse.
- Aquellas en las que la negación o la intelectualización no son predominantes y que muestran cierta capacidad para tener conciencia psicológica (capacidad de introyección), habilidad para revelar sus sentimientos y sensibilidad hacia otros.
- Aquellas en las que otro tipo de tratamiento no es recomendable o en donde la combinación de otros tratamientos es práctico.

Además, algunos datos sugieren que aquellos que se ven beneficiados con la psicoterapia de grupo no deben tener trastornos de personalidad asociados (Maher citado en Gabbard, 1994).

De acuerdo con López (1995), el terapeuta debe tener experiencia tanto en psicoterapia individual como de grupo, debe ser maduro y libre de conflicto con sus propias

conductas alimenticias, de su peso y su figura, además es necesario estar abierto a otros modelos diferentes al modelo tradicional interpretativo.

El estilo del terapeuta debe facilitar la expresión individual y la interacción interpersonal, al mismo tiempo que estimule un sentido de autonomía y afectividad en el paciente.

La efectividad de la terapia de grupo la ha demostrado Yalom (1975), quien observó que los pacientes al contrario de las racionalizaciones experimentadas en sus familias, en el grupo sus sentimientos son reconocidos y aceptados por otros, experimentando cercanía y apoyo emocional.

Dentro de las formas de terapia en grupo se encuentran:

1. Grupos de pacientes hospitalizados
2. Grupos de pacientes no hospitalizados
3. Grupos mixtos de pacientes no hospitalizados
4. Grupos de padres y esposos
5. Grupos de autoayuda

Las experiencias reportadas de los resultados en los grupos 1 y 2, por Bruch, Hall, Hedblom, Leichner y Harper (citados en López, 1995), después de un año de terapia, es que los pacientes se encontraban menos nerviosos, habían logrado una mayor aceptación hacia los otros y hacia sí mismos.

En el grupo 3 se observó que los pacientes que habían estado en el hospital y habían salido de éste logrando estabilizar el peso, estaban altamente motivados para beneficiarse de una terapia de grupo con pacientes no hospitalizados y que no eran anoréxicos.

El grupo 4 descrito por Garner y Garfinkel (citados en López, 1995), resulta muy útil cuando la terapia familiar no es posible, debido a que permite a los padres y esposos expresar su descontento y frustración provocados por los trastornos de la alimentación de sus familiares.

Por último los grupos de autoayuda resultan de mucha utilidad para el paciente que no busca ayuda profesional, o bien, para el que ha tenido dificultades en otros tratamientos.

Estos grupos son coordinados generalmente por voluntarios y la mayoría ofrece encuentros semanales con dos líderes: un consultor profesional y un anoréxico recuperado.

### 3.5 Terapia Individual

La exploración de la propia historia puede liberar viejos hábitos y viejas maneras de pensar que son inútiles en el presente. La psicoterapia tiene como objetivo fundamental aumentar la autonomía propia y responsabilidad (Buckroyd, 1998). Las sesiones sirven para tener un tiempo de aprendizaje y de reparación de la personalidad, así como para llevar luego la esencia de esas sesiones a la vida real y ordinaria (González, 1999). Así, la paciente debe aprender a aceptar sus fortalezas, sus debilidades, y fallas, como parte de un balance que lleva a una existencia normal feliz (Anorexia Bulimia Nervosa Association. ABNA, 1999).

En este espacio de la psicoterapia es donde la paciente comprenderá que su trastorno de la alimentación no sólo era una manera de sobrellevar la situación (el factor desencadenante), sino la mejor manera en ese momento de resolver dicha situación, la persona necesitaba entonces un trastorno alimenticio, el hecho de que quiera liberarse ahora de él sugiere que ya no lo necesita en la misma medida. Se tiene que comenzar a buscar el por qué de la necesidad de llegar a un trastorno de la alimentación con el fin de ayudarla a tener más conciencia, en el presente de lo que ha tenido que pasar y de cuánto tiene que cuidarse ahora para no necesitar otro trastorno de la alimentación en el futuro (Buckroyd, 1998).

### 3.5.1 Tratamiento

González (1999), comparte que es necesario analizar en algún momento las causas reales por las que no se come o por las que se comenzó a dejar de comer. Buckroyd (1998) sugiere que se piense cuándo los trastornos alimenticios empezaron a ser un problema para la paciente. Muchas personas con trastornos alimenticios pueden rastrear dificultades con la comida desde muy atrás, pero existe con frecuencia un momento que puede ser señalado con mayor o menor precisión, cuándo se empeoró el trastorno. Para una anoréxica, será probablemente la primera pérdida de peso importante, para una bulímica el principio de una serie de atracones y vómitos, aunque quizá ya hacía eso de vez en cuando. Una vez que se haya identificado ese momento, que puede abarcar varios meses, se invita a la paciente a que piense qué otra cosa estaba pasando en su vida más o menos en esa época o un poco antes. Buckroyd (1998) recomienda que si no se le ocurre nada inmediatamente a la paciente, que piense en las diferentes áreas de su vida, a saber: la familia, las relaciones, los amigos y la vida social, la escuela, el trabajo; y qué estaba pasando en cada una de ellas.

Es probable que pueda identificar algún acontecimiento importante en su vida que le haya causado mucha emoción (positiva o negativa), y que de algún modo le haya producido cierto cambio trascendental. Utilizando el apoyo del “coach” se puede averiguar más sobre ese acontecimiento. Por ejemplo, si hubo algún acontecimiento importante en la familia, ¿Cómo afectó a otras personas y cómo puede eso haberle afectado a la paciente? Se sugiere que piensen como fuentes de ayuda en miembros no tan directos de la familia (vecinos, maestros, amigos de la familia y sobre todo en el terapeuta). Se necesita usar su apoyo para hablar de ese acontecimiento todo lo posible. Después de todo, es probable que la paciente nunca haya expresado a nadie los sentimientos que tenía entonces, y que todavía estén encerrados dentro de ella. Es necesario hacerle saber a la paciente que se tiene que permitir llorar y estar enojada, triste y defraudada, expresar cualquier otro sentimiento (Buckroyd, 1998).

Se debe hacer hincapié en tratar de, verdaderamente, permitirle compartir esos sentimientos con alguien. La paciente tendrá la tentación de hacerlo todo sola, pero se le tiene que recordar que eso es lo que ya ha hecho y la ha superado. Esta vez ella se tiene que proveer de la empatía, la atención y la comprensión que no ha tenido antes. Es esperable que se encuentre más de un sentimiento, que se encuentren sentimientos opuestos o contradictorios. Son con frecuencia esas sensaciones las que frenan tanto a la hora de expresar lo que se siente, sobretodo si está avergonzada de alguno de estos sentimientos. Después de expresarlos ante el terapeuta ya no parecen tan terribles ni vergonzosos (esto es a manera de catarsis) (Buckroyd, 1998).

Según Buckroyd (1998) es aconsejable reunir todo lo que se le ocurra para acercarse a ese acontecimiento traumático: fotografías, diarios, los recuerdos de otras personas, etc. Es necesario que la paciente se dibuje, se pinte, se actúe, se baile, se escriba sobre él/ella. Darle la importancia y la atención que jamás recibió por parte de la paciente misma y de los demás. Igualmente se le invita a que piense en lo que hace ahora como una mejor manera de tratar los acontecimientos y las situaciones que todo mundo encuentra en la vida, es decir, confrontar, enfrentar el véneto traumático. Es un trabajo emocional necesario como una serie de lecciones para que aprenda a saber lo que siente. Al hacer eso la paciente aprenderá mucho sobre sí misma, y quizá el hecho de tratar activa y directamente con algo que fue tan importante para ella, le produzca un alivio considerable.

Este mismo autor propone que la tarea sea que la paciente cree su autobiografía, usando sus recuerdos y la ayuda de quien esté dispuesto a brindárselo. En este rubro también entran las *terapias artísticas* donde la expresión no verbal de los sentimientos ayudan a crear un puente hacia la capacidad de expresarlos más libremente y en palabras. Las bellas artes, el teatro, la música y la danza se incluyen ahora con frecuencia en programas profesionales de recuperación. Existen algunas terapias alternativas o de apoyo, en las cuales se incluyen también la fitoterapia (tratamiento por medio de plantas medicinales), la homeopatía y las flores de Bach (Gómez, 1996), así

como la equinoterapia (terapia con caballos) esta se lleva a cabo en México en la clínica Avalón.

Ladish (1993) comenta que existen otros métodos para sacar la agresividad, la rabia o el enojo que sienta la paciente en un determinado momento, de forma que no se haga daño. Por ejemplo: golpear con guantes un saco de entrenamiento o hundir la cara en una almohada y gritar.

Así mismo la paciente se debe “dar permiso” para aceptar que siente tristeza, frustración, cansancio, enojo, ansiedad y dejar que “así sea”, la persona puede sentir enojo o tristeza sin necesidad de sentirse culpable.

Es necesario que la paciente se ponga en contacto con lo que significaba la comida para ella misma cuando estaba creciendo, que piense en cómo se comía en su familia y que se hagan las siguientes preguntas:

- a) ¿Cuánto dinero, tiempo y esfuerzo se empleaban en la comida y en su preparación? ¿Había tensión y dificultad en estas áreas?
- b) ¿Quién era el que más se encargaba de la preparación de la comida? ¿Qué sentimientos tenía esa persona al respecto?
- c) ¿Cómo eran las comidas? ¿eran momentos de placer, relajación, goce, tensión, discusión, agresión?
- d) ¿Cómo se mostraba la dinámica familiar en el momento de comer? Las personas ¿desempeñaban sus papeles habituales?
- e) ¿Se utilizaba la comida como amenaza, arma o castigo? ¿se le usaba como un consuelo, soborno o premio?
- f) ¿Había reglas sobre el acceso a los alimentos entre comidas? ¿Cuáles eran esas reglas? ¿Tenían sentido en la circunstancia familiar del momento? ¿se usaban para otros propósitos emocionales?

Así, las respuestas encontradas son compartidas y comparadas con el terapeuta. Dedicando algún tiempo a pensar en cómo le afecta ahora esa manera de comer en su familia. Es sorprendente descubrir que la paciente está repitiendo pautas y actitudes que aprendió entonces, está buscando las raíces de su actitud actual durante la comida (Buckroyd, 1998).

Los terapeutas deben ser flexibles, persistentes y estables con la faz de la paciente en su tendencia a “soportar” el proceso terapéutico hasta que ella pueda ser dejada en paz otra vez. Las distorsiones de la imagen corporal, las cuales casi siempre alcanzan proporciones alucinatorias, pueden ser refractarias a los esfuerzos educativos y terapéuticos. Los terapeutas deben ser cautelosos con la desesperación contratransferencial y con la frustración que los puede llevar a un intento de forzar al paciente a “ver las cosas como realmente son”. (Gabbard, 1994).

Buckroyd (1998) hace hincapié en que es importante señalar a la paciente que en una buena relación terapéutica llegará a confiar y a apoyarse en el terapeuta; así se sentirá segura y se abrirá más que nunca. Si hace años que tiene el trastorno alimenticio, habrá muchas cosas que procesar y afrontar. Hay que recordar que los trastornos de la alimentación detienen el desarrollo emocional, así que a medida que la persona se vaya recuperando tendrá que “irse poniendo al día” en ese sentido. La autora enfatiza que cualquier terapia sólo es tan buena como la relación con el terapeuta.

Rellet (1999) señala que la recuperación es un proceso que con frecuencia parece insoportable. Sin embargo, la tortura de la anorexia es igualmente insoportable, la diferencia es ésta: luchar en la recuperación da gratificaciones; el descubrimiento de uno mismo, paz y satisfacción. La anorexia solo ofrece aprisionamiento y muerte del corazón, del alma y de uno mismo; existe un increíble sentido de paz y libertad esperando a aquellos que valientemente sobrellevan las pruebas de la recuperación. Finalmente los clínicos que tratan a los pacientes anoréxicos deben confrontar la mortalidad de la enfermedad. Los resultados de estudios a largo plazo sugieren que aproximadamente el 14% de los pacientes que padecen anorexia nerviosa morirán por

suicidio o por complicaciones de la enfermedad (Hsu, citado en Gabbard, 1994). Sin embargo, existe una razón para ser optimistas; el 75% de los pacientes muestran una mejoría significativa cuando son evaluados 4 años después del comienzo de la enfermedad.

## CONCLUSIONES

Los trastornos de la alimentación se remontan muchos siglos atrás, existiendo claras referencias desde Hipócrates y Galeno, pero los conocimientos que a partir de ellos se han generado son relativamente nuevos y representan padecimientos peligrosos que causan daños físicos, cognitivos y emocionales, que en muchos casos son irreversibles y en el peor de los escenarios causan la muerte.

Como se expuso durante el presente trabajo y en base a diversos autores, los trastornos de la alimentación deben su origen a factores neurobiológicos, socioculturales, psicológicos y familiares los cuales predisponen, precipitan y /o perpetúan la enfermedad, incrementando el riesgo a desarrollarla al encontrarse en una etapa que implica una gran sensibilidad a la opinión de los demás, cambios físicos que confunden y la apariencia que es muy importante durante la adolescencia.

Es evidente que el deseo de mantener una figura corporal determinada es un hecho inseparable del ambiente y en general exaltado por los medios de comunicación, por la fuerte presencia de artistas, conductoras o modelos que “engalanan” las pantallas, portadas y páginas principales de revistas, con una figura corporal que mayoritariamente es inalcanzable e irreal y que de manera directa e indirecta invita a ser como ellas.

Aunado a esto, existen diversas evidencias médicas que señalan los componentes genéticos hereditarios, bajos niveles de serotonina y altas concentraciones de cortisol (ligada a la respuesta corporal del estrés) y por otro lado la frecuencia desarrollada en adolescentes que presentan factores de vulnerabilidad personal como el tener una baja autoestima, problemas de identidad, repudio a la sexualidad o la propia imagen, experiencias de fracaso, cambios corporales, entre otros.

Algunos elementos que se observan como favorecedores de los trastornos de la conducta alimentaria son los problemas de comunicación entre paciente-padres, conflictos entre padres, lo cual emocionalmente afecta a los jóvenes, personalidad dominante y demasiado rígida por parte de la madre o bien el lado sobre-protector que invita al miedo a crecer evitando desarrollarse a base de restringir el alimento, por lo que se deduce que la anorexia y bulimia nacen a raíz de otros problemas o inician con una dieta que se continúa de manera más estricta al ser reforzada por lo que o se castiga con “atracción”, vómito y ejercicio al no obtener lo que se espera.

La familia ocupa el primer contacto que el infante tiene con el medio, siendo el primer lugar de prevención y detección de primeros síntomas, por ello resulta muy importante mantener una constante comunicación entre miembros, fomentando la expresión de sentimientos y necesidades de cada integrante; así los jóvenes afianzaran su identidad reconociendo capacidades y limitaciones sin mayor conflicto.

Actualmente se acepta que las pacientes con anorexia nerviosa deben ser tratadas con un enfoque multidisciplinario pues las alteraciones metabólicas y psicológicas que causa este padecimiento son tan graves y complejas que se requiere el apoyo de los distintos profesionales que trabajan en el campo de los trastornos de la alimentación, es decir, este equipo debe incluir al médico internista -quien asumirá el papel del responsable central del equipo-, nutriólogos y endocrinólogos.

## REFERENCIAS

- Agras, W. Rosssiter, E. Arnow, B. Telch, C. Bruce, B. & Koran, L. (1994). One year of psychosocial and pharmacologic treatment for bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(5), 179-183.
- American Anorexia Bulimia Association. AABA (1999). The American Anorexia Bulimia Association. <http://www.aabanic.org/home.html>
- Anorexia Bulimia Nervosa Association. ABNA (1999). What you need to know about anorexia nervosa and bulimia. <http://www.span.com.au/anorexia/info.html>
- Anorexia Bulimia Nervosa Foundation of Victoria. (1999).Anorexia & bulimia suffers families & friends support group notes. <http://users.neca.com/cwildes/famhelp.html>
- Anorexia Nervosa. (1999). <http://wellweb.com/index/QANOREX.html>
- Anorexia y bulimia (1999). [http:// www.adi.uam.es/snaper/cap1.html](http://www.adi.uam.es/snaper/cap1.html)
- Barber, S., Bolaños-Cacho, P., López-Jensen, Ch. & Ostrosky, A. (1995) los extremos en los trastornos alimenticios: Anorexia y obesidad. *Psicología iberoamericana*. 3(2). 20-34.
- Barbosa, A. (2001). *Las aproximaciones cognitivo conductual y sistémica en la anorexia nerviosa*. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Bruch, H. (1904). *La jaula dorada: el enigma de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Paidós.
- Buckroyd, J. (1998). *Anorexia y bulimia*. México: Martinez Roca.
- Castro, J. (1999). *Tratamiento de la anorexia nerviosa*. <http://doyma.es/copiaini/jano/articulo/1298.html>
- Chinchilla, A. (1994). *Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. España: Masson.
- Chinchilla, A. (1995). *Guía Teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia nerviosa*. Barcelona: Masson.
- Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. España: Elsevier.

- Chinchilla, A. (2005). *Obesidad y psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Coleman, J., Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1994). *Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio*. Barcelona: Herder.
- Cruz, A. (2004). *Anorexia*. México: Selector.
- Delval, J. (1996). *Psicología del desarrollo humano-siglo XIX*. España.
- DSM-IV. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Estudio de casos*. A. Frances & R. Ross (comps.) España: Masson.
- Duker, M. (1992). *Anorexia nerviosa y bulimia: un tratamiento integrado*. México: Limusa.
- Duker, M. & Slade, R. (1995). *Anorexia nerviosa y bulimia; un tratamiento integrado*. México: Limusa.
- Fairburn, C., Agras, W. & Wilson, G. (1992). The research of the treatments of bulimia nervosa. En G, Anderson & S, Kennedy (Eds.). *the biology of feast and famine*. New York: Academic Press.
- Fairburn, C., Norman, P., Welch, S., O'Connor, M., Doll, H. & Peveler, R. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and long-term effects of three psychological treatments. *Archives of general psychiatry*. 52,304-312.
- Fernández, M.C., Trejo, A. & Delgado, J.M. (1999). Resúmenes de: trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia. [http://147.96.165/cursos/nutricion\\_ii/apuntes/resumenes/ANOREXIA\\_BULIMIA.html](http://147.96.165/cursos/nutricion_ii/apuntes/resumenes/ANOREXIA_BULIMIA.html)
- Gabbard, G. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, D.C. American psychiatric Press.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1988). *Diagnostic and treatment in anorexia nervosa and bulimia*. Nueva York: Bruner/Mazel.
- Goldman, B. (2000). *Anorexia y bulimia. Un nuevo padecer*. Buenos Aires: Lugar
- González, G. (1996). *Anorexia nerviosa*. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Gómez, P. (1996). *Anorexia nerviosa. La prevención en la familia*. Madrid: Pirámide.
- González, J.F. (1999). *Anorexia: ayuda para superarla*. España: Edimat.

- González, M.E. (2002). *Anorexia y bulimia. Los desordenes del comer*. México: Norma.
- Guillemot, A. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura*. España: Masson.
- Hersovici, C. & Bay, L. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía*. Argentina: Paidós.
- Holtz, V. y Tena. (1992). *Trastornos de la alimentación*. Universidad iberoamericana.
- Holtz, V. & Tena-Suck, A. (1995b). Terapia de grupo: una alternativa en el tratamiento de los trastornos de la alimentación. *Psicología iberoamericana*. 3 (2). 53-59.
- Hsu, L. (1990b). *Eating disorders*. Nueva York: Guilford Press
- Iñarritu, M. (2007). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia (1ªed)*, México: Dirección general de divulgación de la ciencia
- Kazdin, A. (1978). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Ladish, L. (1993). *Me siento gorda. Una historia de bulimia y anorexia*. Madrid: Edaf.
- López, F. (1999. Julio 13). Nuevas enfermedades Humanas. Anorexia Nerviosa (1). <http://utopiaverde.org/foros-huelva/colectivos/enfermedades-quimicas/documentos.../home.html>
- López, P. (1995). Tratamientos y técnicas de intervención para los trastornos de la alimentación. *Psicología iberoamericana*. 3(2). 47-52.
- Martínez-Fornés, S. (1994). *La obsesión por adelgazar: bulimia y anorexia*. España: Espasa Calpe.
- Matus y Monroy. (2003). *Estudio piloto de una intervención basada en la teoría de la disonancia cognitiva*. Tesis de licenciatura inédita. Universidad autónoma de México: México.
- Miján, A. (2004). *Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Glosa.
- Monroy, A. (2002). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud*. México: Pax.
- Norman, K. (1994). Trastornos de la alimentación. En H Goldman (Ed.). *Psiquiatría general*. Pp.419-441. México: Manual Moderno.
- Orden, J. (2005). *Psicología de la alimentación: comportamientos saludables y trastornos alimentarios*. Morata.

- Ortiz, G. (2002). *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia*. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Papalia, D., Wendkos, O., Villamiza, G. Elvers, W., Medellín, L. (1997). *Desarrollo Humano: con aportaciones para Iberoamérica*. (9ªed). México: McGraw- Hill.
- Raich, R. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. España: Pirámide.
- Rellet, S. (1999). Abandoned beliefs. Recovering from anorexia. <http://members.tripod.com/Marcia/index.html>
- Rubio, M. (2004). *Cinco modelos explicativos de la Anorexia Nerviosa: una revisión documental*. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Salesiana, México.
- Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universitaria- Empresa.
- Shütze, G. (1983). *Anorexia mental*. España: Herder.
- Silber, T. *medicina de la adolescencia: una nueva subespecialidad de la pediatría y la medicina interna en la América del Norte*. adoles. Latinoam. , abr/jun. 1997, vol. 1, no. 1, ISSN 1414-7130.
- Stierlin, H. (1979). *Psicoanálisis y terapia de familia*. Barcelona: España.
- Stierlin, H. y Weber, G. (1990). *¿Qué hay detrás de las puertas de la familia?* (1ª ed.). España: Gedisa
- Strober, M., Kaye, W., Klump, KL. (2001). *Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of portal síndromes*. Amj psychiatry. Swift.
- Tinahones, F. (2003). *Anorexia y Bulimia: Una Experiencia Clínica*. España: Diaz Santos.
- Tisera- López, G. (1996). *Anorexia- Bulimia*. Argentina: Homo Sapiens.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *anorexia nerviosa*. España: Martínez Roca.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. (1ªed.). España: Ariel.
- Turon, V. (1997). *Trastornos de la alimentación: anorexia, bulimia y obesidad*. México: Masson.
- Yalom, L. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.