



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**"Trastornos Alimenticios: Una revisión
en la historia actual de la anorexia"**

**T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
M i r i a m G ó m e z M a n r i q u e**

Directora: Mtra. **Antonia Rentería Rodríguez**

Dictaminadores: Lic. **María Salomé Ángeles Escamilla**

Mtro. **Jorge Luis Salinas Rodríguez**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, Junio 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por la oportunidad de pertenecer a esta máxima casa de estudios.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, en específico a la carrera de Psicología, por haberme brindado todo el conocimiento para llegar a ser una gran persona.

Al Programa de Apoyo a Proyectos para la Innovación y Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME).

A la Maestra Antonia Rentería Rodríguez por ser una gran guía, por su paciencia, conocimiento y compromiso para la realización de este trabajo.

A la Maestra María Salomé Ángeles Escamilla y al Maestro Jorge Luis Salinas Rodríguez, por aceptar y ser parte de este proyecto.

DEDICATORIAS

La presente tesina se las dedico con mucho cariño a mis padres, que han estado conmigo en todo momento, por darme una carrera para mi futuro y por creer en mi, se que aunque hemos tenido momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome su amor.

Este trabajo es fruto de cuatro años, de esfuerzo dedicación que también es suyo, por las palabras de aliento que siempre me dieron para seguir adelante y me hicieron una persona mejor.

A toda mi familia, hermanos y abuelos porque siempre creyeron en mi y apoyarme en todo momento.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO 1	
Panorama nacional y mundial de los trastornos alimentarios	10
1.1. Prevalencia	10
1.2 Clasificación de la anorexia nerviosa según el DSM IV	14
1.3 Clasificación de la anorexia nerviosa según el CIE-10	14
CAPITULO 2	
Historia del problema, estado actual de la anorexia nerviosa en la sociedad. Propuestas psicológicas a través de dos grandes modelos	16
2.1 Factores biológicos de la anorexia nerviosa	20
2.2 Factores genéticos de la anorexia nerviosa	22
2.3 Alteraciones bioquímicas de la anorexia nerviosa	23
2.4 La anorexia nerviosa: desde el punto de vista del psicoanálisis	25
2.5 La anorexia nerviosa: desde el punto de vista cognitivo conductual	31
CAPITULO 3	
Modelos terapéuticos: Propuestas	38
3.1 Tratamiento cognitivo conductual	39
3.1.1 Terapia de grupo	41
3.1.2 Terapias de tercera generación	43
3.2 Tratamiento psicoanalítico	49
3.2.1 Terapia de grupo	53

3.3	Terapia familiar y sistemática	55
3.3.1	Terapia estructural de la familia	55
3.3.2	Terapia estratégica de la familia	56
3.3.3	Terapia intergeneracional de la familia	58
3.3.4	Terapia experiencial de la familia	59
3.3.5	Terapia sistémica del grupo de Milán	60
3.4	Intervención psicosocial	63
	• CONCLUSIONES	68
	• BIBLIOGRAFÍA	71

INTRODUCCION

En la historia de nuestra cultura encontramos conductas alimentarias desordenadas. Excepto en las últimas décadas y únicamente en los países más desarrollados, comer suficientemente y saludable ha sido el privilegio de unos pocos. El sobrepeso era signo de poder y salud, y posiblemente por esta razón, en la antigüedad los banquetes, donde se comía y bebía exageradamente, tuvieron un marcado carácter social y sagrado. Durante estos ágapes el vómito era el remedio más común para poder reiniciar la comilona (Muriel y Campo, 2004).

Además de la restricción alimentaria condicionada por las penurias económicas el ayuno tenía un carácter religioso y penitencial. Los primeros cristianos y los místicos lo practicaban como autopunición, la penitencia, rechazo del mundo y medio para lograr un estado espiritual más elevado.

No todos los cuadros pretendidamente anoréxicos están vinculados con una vida de penitencia y sacrificio, puesto que documentos antiguos también refieren episodios de restricción voluntaria de la alimentación por motivos diversos que van desde la existencia de una importante psicopatología, hasta individuos que se exhibían en ferias y mercados mostrando su cuerpo esquelético y manifestando que podían vivir “sin alimentarse”.

Durante el siglo XVII, cada vez con más frecuencia, aparecen documentos que describen minuciosamente casos de inanición provocada por rechazo de los alimentos (Hernández y Laguna, 2007).

En 1873, Gull en Londres y Lassègue de París, hacen descripciones completas de cuadros anoréxicos. Los dos autores consideran la histeria como causa del trastorno y así la denominan: Anorexia Histórica, Lassègue, y Apepsia Histórica, Gull. Al principio Gull parece inclinarse por una etiología orgánica, pero

abandona esta hipótesis rápidamente por la de origen psicológico. El cuadro descrito por Lassegue y Gull es muy parecido al que observamos en nuestros días, sin embargo, a lo largo de la última centuria, la interpretación etiopatogénica ha sido muy diferente. (Lazarevich, Mora y Torner, 2002).

Desde los años sesenta el interés por el tema y los trabajos de investigación sobre la anorexia se han multiplicado, lo que demuestra un notable interés de los especialistas sobre el tema, las líneas terapéuticas se han diversificado y en la actualidad se tiene una visión más pragmática y heterodoxa del problema, considerando que en la génesis del trastorno deben influir una serie de factores concatenados, psicológicos, biológicos y sociales que en un momento concreto desencadenan el trastorno.

Los modelos de investigación clínica, los estudios de poblaciones, el seguimiento de grupos de pacientes y las evaluaciones de resultados preconizan modelos etiopatogénicos multideterminados y con tratamiento pluridisciplinares que aborden los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos y percepciones alteradas cuando se refieren a esos temas. (Saucedo-Molina y Unikel, 2010).

Por lo tanto los seres vivos precisan para su conservación captar del medio que los rodea, los elementos que le son precisos para su normal desarrollo. Las conductas que proporcionan estos elementos son las conductas de la alimentación que están reguladas por mecanismos autónomos en el sistema nervioso central (Turón, 2009).

El hipotálamo es el lugar donde radican los centros del hambre y la saciedad, pero es a través de la corteza cerebral donde se establecen mecanismos mucho más complejos relacionados con la alimentación, de este modo en el caso de conseguir alimentos, la coordinación y correlación de las percepciones sensoriales, el almacenamiento de recuerdos de las experiencias anteriores y la vinculación de

esta conducta con el mundo externo del sujeto se efectúa en el córtex. De manera paralela la alimentación juega además un papel fundamental en el desarrollo psicológico: a través de la alimentación materna el niño conoce y aprende las sensaciones de seguridad, bienestar y afecto. De ahí que el niño aprende una relación entre el confort y el desconfort con la comida y ésta se mantendrá a lo largo de toda la vida, por lo que no debe sorprendernos que la ansiedad, la depresión o la alegría influyan decisivamente en los procesos de la alimentación. El acto de comer ha sido siempre un acto eminentemente social; los alimentos y la comida son una manifestación cultural que definen a los diferentes grupos sociales. La obesidad que significó en otras épocas salud, riqueza y belleza es ahora valorada muy negativamente y no sólo por sus riesgos físicos. Antiguamente (Turón, 2009) la delgadez se equiparó a fealdad, penuria y enfermedad.

Actualmente se ha invertido su significación social y estamos viviendo el rechazo de las personas con sobrepeso y se potencia un canon de belleza que implica un bajo peso y unas características morfológicas en clara contradicción con nuestras características étnicas (Turón, 2009).

En ese sentido es de tal importancia revisar como esta comportándose la población tanto nacional como mundial, en cuanto al aumento o descenso de algunas conductas alimentarias ya sea en los jóvenes, niños y adultos, y tener mas claro este panorama, asimismo comprender y analizar que esta pasando en el país y en el mundo, y así poder tener herramientas que nos ayuden a atacar estos problemas de salud social.

Por lo que de acuerdo con lo anterior en el Capitulo 1 se revisa el panorama mundial y nacional de los trastornos alimentarios para tener un conocimiento mas amplio de como están afectando a la población en general.

El capítulo 2 nos permite conocer la historia de la anorexia a través del tiempo, posteriormente conoceremos los factores biológicos y hereditarios que predisponen o mantienen dicho trastorno, así como las alteraciones bioquímicas que llegan a padecer las pacientes y finalmente conocer como definen y explican este trastorno dos grandes vertientes de la psicología en este caso el psicoanálisis y el cognitivo conductual.

El capítulo 3 menciona y describe los diferentes modelos terapéuticos actualmente utilizados, para el tratamiento de la anorexia nerviosa. Y finalmente las conclusiones de este trabajo.

CAPITULO 1

PANORAMA NACIONAL Y MUNDIAL DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

1.1. Prevalencia

Los TCA han sido definidos como aquellos procesos psicopatológicos que conllevan graves anormalidades en las actitudes y comportamientos, respecto de la ingestión de alimentos, cuya base se encuentra en una alteración psicológica que se acompaña de una distorsión en la percepción corporal y de un miedo intenso a la obesidad (Mancilla, Gómez, Álvarez, Franco, Vázquez, López y Acosta 2006).

La prevalencia de anorexia nerviosa en la población general de países occidentales se estima en 0.3% mientras que la prevalencia de bulimia nerviosa alcanza el 1% en mujeres y el 0.1% en varones. Se estima que la incidencia de anorexia a nivel mundial es de 8 por cada 1000 000 habitantes en la población general y hasta 270 casos por cada 100 000 en el grupo de edad de 15 a 19 años, mientras que para la bulimia nerviosa la incidencia se ha estimado en 13 por cada 100 000 habitantes (Hoek, 2006). La anorexia nerviosa se presenta 95% en mujeres, la mayoría de estas entre los 10 y los 30 años; mientras que la bulimia nerviosa ocurre mas frecuentemente entre los 12 y 40 años. La proporción hombre/mujer es de 1:10 para ambos trastornos.

La prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria ha aumentado considerablemente en los últimos 50 años, en donde cifras mundiales han estimado que el 16.23% de las mujeres y el 3.3% de los hombres, de entre 12 y 24 años, sufren algún tipo de trastorno alimentario.

Lo anterior, según el Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht titulado “Prevención de los Trastornos Mentales Intervenciones efectivas y opciones de políticas” indica que a nivel mundial la anorexia nerviosa ocurre en 0.5 a 1% y la bulimia nerviosa en 0.9 a 4.1% de la población de mujeres adolescentes y adultos jóvenes, mientras que un 5 a 13% adicional sufren de síndromes parciales de trastornos alimenticios.

Aunque la incidencia y prevalencia de los trastornos alimenticios pudiera parecerse baja, sus consecuencias son graves, debido a que aproximadamente de 25 a 33% de los pacientes con anorexia o bulimia nerviosa desarrollan un trastorno crónico que muestra altos niveles de comorbilidad con los trastornos por abuso de sustancias, la depresión y los trastornos de ansiedad.

Los trastornos de conducta alimentaria acarrearán riesgos emocionales, psicosociales y sexuales y riesgos significativos de morbilidad y mortalidad. Los datos de mortalidad en anorexia, se estiman entre 5.9% (178 muertes en 3006 pacientes) (Sullivan, 1995) y 18% (Hoek, 2006), mientras que para la bulimia se estiman en 1.6%.

Las tasas de mortalidad son de 4 a 10 veces mayores para la población adolescente y joven en comparación con la población general. Además se asocian con gran número de complicaciones fisiológicas, y se presentan con un porcentaje elevado de comorbilidad psiquiátrica, como son trastornos afectivos (50-75%), trastornos por ansiedad (60%), abuso de sustancias (35%) y trastornos de la personalidad (42-75%). (Unikel & Caballero, 2010).

Por otra parte en México el 65% de la población, principalmente mujeres, empieza desde los 12 años a realizar alguna dieta para guardar la línea, lo que provoca disposición a la anorexia y la bulimia nerviosas.

De acuerdo a investigaciones de la Universidad Nacional Autónoma de México (2011) sobre trastornos alimentarios, más de la mitad de las mujeres de entre 9 y 25 años, comienzan a hacer dieta a partir de los 12 años por razones estéticas.

Los trastornos de la conducta alimentaría son enfermedades que se desarrollan principalmente en el período de la adolescencia, según la Encuesta Nacional de Salud 2010 (http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=4957) el 90% - 95% de los casos son mujeres. Las estadísticas señalan que la prevalencia de la anorexia nerviosa fluctúa entre 0.2% y 0.5% y la de la bulimia nerviosa entre 2% y 3%, mientras que la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados es del 3% al 5% (García, 2008). Asimismo, se encuentra que la relación hombre- mujer de la anorexia nerviosa es de 1 por cada 20 casos, esta relación es de 1 por cada 10 casos de bulimia nerviosa (Gutiérrez, Mora, Unikel, Villatoro y Medina, 2001). Las diversas conductas que llevan a las personas a caer dentro de esta clasificación diagnóstica representan conductas de riesgo potencial para la salud y bienestar.

Las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), son manifestaciones que no cumplen con los criterios diagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), pero que son conductas características de los mismos, tales como práctica de dietas, atracones, conductas purgativas y miedo a engordar (Unikel, Santoncini, Bojorquez - Chapela y Carreño – García, 2004).

Las conductas alimentarias consideradas como de riesgo incluyen una frecuencia del 10% para la práctica de atracones, 18% para la práctica de ayunos, 17% para el uso de diuréticos y laxantes y el 6.7 % para el vomito autoprovocado, en una población mexicana con muestra del Distrito Federal (Unikel, Villatoro, Medina – Mora, Alcántar, Fleiz y Hernández, 2000).

En México se han encontrado porcentajes desde 5% hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo en muestras de mujeres universitarias, adolescentes y

estudiantes de bachillerato. Los síntomas persisten entre el 12% y 14% de los casos, y las tasas de recaída son entre el 7% y 27% (Unikel, Borjóquez –Chapela y Carreño García, 2004).

También de acuerdo con estadísticas de la Secretaría de Salud 2008, (Rodríguez, Oudhof, González, Unikel, Becerril, 2008), un 40% de las personas anoréxicas se curan totalmente. Del 1% al 3% fallecen por desnutrición, fallo cardíaco o suicidio y las restantes convierten su anorexia en un padecimiento crónico al no conseguir una curación total.

Por otra parte la encuesta nacional de salud 2006 señala que en México cerca del 70% de la población entre los 30 y 60 años padece sobrepeso; 61.9% de las mujeres y 66.7% de los hombres. El 30% de la población mayor de 20 años es obesa, 34.5% mujeres y 24.2% hombres.

La Secretaría de Salud, por su parte, revela que una proporción del 50% de los casos de obesidad infantil se presenta antes de los dos años y 8 de cada 10 niños obesos llegan a ser también adultos obesos. La anorexia y la bulimia afectan entre 1% a 5 % de la población joven de México.

Por otra parte y 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 los cuales 3% fallecen por desnutrición y 57% nunca se cura. El 90% son mujeres entre los 13 y 18 años, sin embargo la edad va descendiendo hacia niñas menores de siete y nueve años; la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa (2007), revelo que tan solo en el distrito federal 87% de los adolescentes están obsesionados con su peso.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud de la Secretaria de Salud 2010, los trastornos alimenticios son un problema de salud nacional, ya que atacan a muchas personas sin importar edad y género.

1.2 Clasificación de la anorexia nerviosa según el DSM IV

Por lo tanto es importante definir y precisar en que consiste cada uno de estos trastornos alimentarios y para poder diagnosticar formalmente a alguien que padece anorexia nerviosa, los médicos y psicólogos se basan en cuatro criterios contenidos en la cuarta edición del Manual de Enfermedades y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (*DSM-IV*), que pueden resumirse en:

- a) Rechazo a mantener el peso corporal por encima de un peso mínimo para su edad y talla; por ejemplo, pérdida de peso o mantenimiento de este por debajo del 15% esperado. En caso de crecimiento, fracaso en alcanzar el que les correspondería en un 15 % inferior al esperado
- b) Miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, aun estando por debajo del peso normal
- c) Alteración de la manera como se experimenta el peso corporal y la silueta. Influencia exagerada de la silueta o el peso en la autoevaluación, o negación de la seriedad de su bajo peso corporal actual.
- d) En mujeres postmenárgicas ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea). Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus periodos únicamente ocurren tras la administración de hormonas (ej. estrógenos).

Subtipos:

- Bulímico: durante el periodo de anorexia la persona presenta episodios recurrentes de sobreingesta
- Restrictivo: durante el periodo de anorexia, la persona no presente episodios recurrentes de sobreingesta.

1.3 Clasificación de la anorexia nerviosa según el CIE-10

Se apoyan también los médicos y psicólogos, para poder diagnosticar formalmente a alguien que padece anorexia nerviosa, se basan en el contenido de la Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) que se resumen en:

- 1) Pérdida de peso, o falta de ganancia de peso en los niños, que conduce a un peso corporal de al menos 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente

- 2) La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de alimentos “que engordan”
- 3) Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone un mínimo de peso corporal
- 4) Trastornos endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, puesto de manifiesto en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, la forma más frecuente de la cual es la toma de píldoras contraceptivas)
- 5) No cumplen los criterios 1 y 2 de bulimia nerviosa

Observaciones:

Los siguientes síntomas apoyan el diagnóstico pero no son elementos necesarios:

- vómitos autoinducidos
- ingesta de laxantes
- ejercicio excesivo y
- consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos

Si el comienzo del trastorno es prepuberal, se retrasa o incluso detiene la secuencia de acontecimientos que constituyen la pubertad (en las chicas no se desarrollan las mamas y existe amenorrea primaria. En los chicos los genitales permanecen infantiles. Con la remisión del trastorno, suele completarse la pubertad de forma normal, aunque la menarquía sea tardía.

CAPITULO 2

HISTORIA DEL PROBLEMA, ESTADO ACTUAL DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN LA SOCIEDAD. PROPUESTAS PSICOLÓGICAS A TRAVÉS DE DOS GRANDES MODELOS.

La palabra anorexia deriva del griego an (prefijo que significa carencia o privación) y orexis (apetito), significando falta de apetito. La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno grave de la conducta alimentaria caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el propio enfermo (hay un rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y talla, acompañada por amenorrea y alteraciones del comportamiento (las personas que lo padecen dedican la mayor parte de su tiempo a temas alimentarios y todo lo que esté relacionado con ello). La preocupación por la comida y el temor a ganar peso forman lo esencial de este trastorno, junto con la inseguridad personal para enfrentarse a este problema. Niegan la enfermedad y se perciben gordas a pesar de presentar un aspecto esquelético (León y Castillo, 2005).

La historia de la anorexia ha estado delimitada por varias etapas, una primera descriptiva de la enfermedad que llega hasta finales del XIX y a partir de principios del siglo XX se consideran los aspectos psicopatológicos, psiquiátricos y neuroendocrinos. Al principio eran consideradas como histeria, posteriormente como un trastorno endocrino y finalmente psiquiátrico, dándose últimamente gran importancia a postulados psicosociales e hipotalámicos. Aunque la AN comenzó a conocerse en la década de los 60, casos de abstinencia alimentaria han sido descritos desde tiempo bíblicos (León y Castillo, 2005).

Uno de los primeros casos de anorexia fueron los de la Santa Wilgefortis (1000 ac), hija mártir del rey de Portugal, que ayunó y rezó a Dios rogándole le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres, siendo adoptada en algunos países de Europa como Santa Patrona por aquellas mujeres que deseaban verse libradas de la atención masculina. Otra santa, Santa Catalina de Siena (1347-1380), con 26 años, su idea de dedicar su vida a Dios chocaron con los planes de sus padres de casarla. Esta situación la llevó a encerrarse en su habitación a maltratarse no comiendo, consiguiendo entrar al final en la orden dominicana pero con la mitad de su peso. El prestigio de Catalina de Siena se extendió rápidamente y tras su muerte, a los 28 años, contaba con muchas seguidoras religiosas. El ayuno era un medio para que el espíritu triunfara y no la carne. Estar sin comer era considerado como un signo de santidad. A esta anorexia sufrida por el seguimiento a Dios se llamó <Anorexia santa>.

En España Santa Teresa de Ávila (1500) comenzó a usar constantemente una rama de olivo para inducirse el vómito y vaciar totalmente el estomago par así poder acoger dignamente la hostia consagrada que se convirtió en su única fuente de sustento.

A partir del siglo XVII a causa de las reformas religiosas las mujeres que tenia el poder de la abstinencia eran consideradas brujas, mandadas a la hoguera o quemadas vivas. Escuadrones inquisidores eran enviados para desenmascarar a las falsas santas ayunadoras.

En 1554 Lange describe otra enfermedad relacionada “la chlorosis”, se describe en mujeres jóvenes, la mayor parte vírgenes. En 1615, un profesor de Montpeilier describe el color anormal blanco o verde de las pacientes vírgenes afirmando que tienen una disminución de la ingesta alimentaria (León y Castillo, 2005).

En el siglo XIX W.W Gull en Londres y E.C Laségue en París, denominaron por primera vez a estos trastornos *anorexia nerviosa* y *anorexia histérica* respectivamente. Ambos describieron el desorden en términos médicos y psíquicos. Gull fue el primero en nombrar a la enfermedad anorexia nerviosa en

una conferencia en Oxford, otorgándole un componente mental y señalando que en estas chicas existía una negación perversa a comer. Laségue observó que la enfermedad ocurría en mujeres adolescentes y comenzó a investigar la conducta de la familia ante el rechazo de la adolescente a ingerir alimentos.

A finales del siglo XIX, en año 1893, se describe un caso de anorexia tratado con hipnosis; un año más tarde se describe dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía (Cabetas, 2000).

En la década de los 70, la doctora Brunch en Estados Unidos, describe las características de la personalidad de los individuos que sufren anorexia nerviosa. Brunch observó aspectos comunes en los pacientes: la distorsión de la imagen corporal, el sentimiento de inutilidad e incompetencia y la incapacidad de interpretar y reconocer las necesidades corporales. Coloca en paralelo, desde el punto de vista psicológico, al anoréxico y al obeso, e insiste en conflictos profundos de la adolescencia, sexualidad y su relación con la bulimia nerviosa y la depresión.

Binswanger en 1945 describe el caso de Ellen West, es uno de los caso de la psiquiatría descritos con mas detalle y que muestra las dificultades de su clasificación con toda claridad: “una anorexia purgativa, con evolución la bulimia y síntomas de gran aparatosidad que termino suicidándose con una dosis letal de veneno, fue diagnosticada como histeria por un primer analista, simple melancolía por Kraepelin, esquizofrenia simple por Bleuler y Binswanger, una constitución psicopática de desarrollo progresivo por otro psiquiatra y algo endógeno endocrino parecido a la psicosis endógena por Zuit” (Fuks, 2010).

En Inglaterra, Crisp y Russell, en Norteamérica Brunch y Lucas, describen largas series de pacientes analizando los factores desencadenantes, los signos clínicos y los tratamientos. Minuchin describe la patología familiar y en Italia Palazzoli desarrolla el uso de la terapia familiar (Brown, 2002).

En 1973 Brunch hace hincapié en la distorsión de la imagen corporal, Russell en 1970-1977 concertando las hipótesis mas biologicistas con las sociales y

psicológicas y últimamente de autores entre los que destacan Garfinkel y Garer en 1892, han contribuido al establecimiento del modelo vigente de anorexia nerviosa como enfermedad diferenciada, de patogénesis compleja, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes, con arreglo a un modelo etiopatogénico bio-psico-social.

La anorexia que se describiera en el siglo XIX hasta los últimos treinta años, se ha considerado como un trastorno poco frecuente, que apenas merecía la atención de psiquiatras y médicos generales. A partir de los años cincuenta del siglo XX y especialmente a partir de los setenta se va produciendo un incremento espectacular de la prevalencia de esta enfermedad en el mundo occidental, recibiendo gran atención por parte de diversas especialidades medicas, desde el medico de atención primaria, pasando por psiquiatría, endocrinología, pediatría, ginecología, etc., pudiéndose citar infinidad de trabajos multidisciplinarios: psicológicos, epidemiológicos, psicopatológicos, de tratamiento, etc.

Se puede definir a la anorexia nerviosa como un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal producida normalmente por la decisión voluntaria de adelgazar. Este adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente "los que engordan" y también con cierta frecuencia mediante vómitos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico exagerado y consumo de anorexígenos, diuréticos... "existen dos rasgos básicos de la personalidad que están muy presentes en las personas que padecen anorexia: el perfeccionismo y un temperamento fuerte" (Karwautz, 2003).

El trastorno suele iniciarse entre los 14 y 18 años de edad, pero en los últimos tiempos está descendiendo la edad del inicio. "también hay quien considera importantes la predisposición o ciertos componentes constitucionales.

En la actualidad, la anorexia nerviosa, se encuentra clasificada detalladamente en el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) y en el de Trastornos

Mentales y del Comportamiento (CIE-10). Las pacientes le otorgan gran importancia al peso cuando se autoevalúan como personas y minimizan el peligro que implica para la salud su bajo peso corporal (León, 2005).

El aumento de la incidencia y las características de la población a la que afecta hace de estas patologías un importante problema socio-sanitario. Son unos trastornos que no sólo afectan al enfermo, también a su familia y al entorno más próximo, e incluso de una manera diferente, pero muy importante, a los profesionales de la salud y de la educación, que se ven directa o indirectamente implicados, sin disponer en ocasiones de los instrumentos teóricos imprescindibles para abordar estos conflictos (García, 2008). Por ello es de vital importancia conocer cuales son los factores biológicos y genéticos que predisponen la anorexia así como las alteraciones bioquímicas de esta, para conocer y entender un poco mas como se lleva a cabo el proceso.

2.1 Factores biológicos de la anorexia nerviosa

La sintomatología biológica de la anorexia nerviosa corresponde a las alteraciones neuroendocrinas que afectan los ejes hipotálamo-hipófiso-tiroideo e hipófiso-suprarrenal. En la actualidad se sabe que todas estas disfunciones son consecuencia de la malnutrición, fenómeno central, de la anorexia nerviosa.

Los niveles de disminuidos de noradrenalina podrían en parte explicar la bradicardia e hipertensión observadas en la anorexia. Los niveles de serotonina también se ven alterados, ésta se encarga de regular el apetito mediante la saciedad, equilibrar el deseo sexual, controlar la temperatura corporal, la actividad motora y las funciones perceptivas y cognitivas. También la serotonina interviene en otros conocidos neurotransmisores como la dopamina y la noradrenalina, que están relacionados con la angustia, ansiedad, miedo, agresividad, así como los problemas alimenticios.

La serotonina también es necesaria para elaborar la melatonina, una proteína que es fabricada en el cerebro en la glándula pineal, y es la encargada de la regulación del sueño. Otra función importante de este neurotransmisor, es actuar como el reloj interno de nuestro cuerpo, lo que a su vez determina nuestros ciclos de sueño y vigilia. El reloj interno es el encargado de coordinar varias funciones biológicas como la temperatura corporal, la hormona del estrés, cortisol, y los ciclos del sueño. La correcta coordinación de estos 3 elementos hace que podamos dormir profundamente y despertar descansados.

En un estudio por ejemplo, se encontró que los niveles de serotonina eran altos, esto apoya la teoría de que existe una predisposición biológica en los trastornos del comportamiento alimentario en ciertas pacientes a través de niveles elevados de serotonina preexistentes en el cerebro que podrían aumentar el comportamiento rígido y obsesivo (León y Castillo, 2005). Tal incremento puede provocar saciedad y la saciedad a veces es un síntoma iniciador de anorexia (Kaye, 1999). Pero eso no es todo; el incremento de la actividad serotoninérgica aparentemente tendría que favorecer la vulnerabilidad para desarrollar un trastorno de conducta alimentaria.

La restricción alimentaria provocaría mal nutrición y esta daría lugar a las mencionadas disfunciones de la neurotransmisión, y tales irregularidades facilitarían el caos interoceptivo y alimentario de los pacientes anoréxicos. Las disfunciones de estos sistemas de neurotransmisión constituyen el fundamento biológico de trastornos depresivos, trastornos por ansiedad y trastornos obsesivo-compulsivos, todos ellos sumamente frecuentes en los trastornos del comportamiento alimentario. La disposición a estas patologías (incluyendo la disposición al trastorno alimentario) pudiera constituir la manifestación inmediata de los factores genéticos implicados.

Numerosos estudios han demostrado cambios en el cerebro de pacientes con anorexia nerviosa usando la resonancia magnética, que incluyen la disminución del volumen de la sustancia gris y en la sustancia blanca con aumento en el

volumen del líquido cefalorraquídeo. Kaye, 1991 et al., tras evaluar un grupo de pacientes anoréxicos, describió que los niveles cefalorraquídeos eran bajos en la fase aguda del trastorno, normales al restaurarse el peso y elevados tras haber transcurrido un tiempo a partir de la recuperación, tendiendo a correlacionar estas oscilaciones de dichos niveles con ciertas manifestaciones conductuales de los pacientes. Otro estudio encontró que el volumen de la sustancia gris no se normalizó y que el volumen del líquido cefalorraquídeo persistió aumentado, comparado con otros pacientes, después de la recuperación del peso (León y Castillo).

2..2 Factores genéticos de la anorexia nerviosa

En la época contemporánea fue Theander quien, en 1970, señaló la presencia de una importante prevalencia de anorexia nerviosa en hermanas de pacientes afectadas por dicho trastorno. Concluyó en la posibilidad de una participación genética en la aparición del mismo.

El estudio de una posible causa genética de cualquier característica personal, psicopatológica o no, se lleva a cabo mediante diversos procedimientos: determinación de tasas de prevalencia en árboles genealógicos de probandos y controles, comparación de las tasas de prevalencia en gemelos monozigotos y dizigotos, determinación de tasas de prevalencia en familias biológicas y adoptivas de adoptados, y estudios de genética molecular (Toro, 2004).

La existencia de efectos genéticos aditivos es lo propio de rasgos determinados por herencias poligénicas. Estos efectos se infieren cuando un rasgo o trastornos o correlaciones entre gemelos monozigotos son aproximadamente el doble de las halladas en gemelos dizigotos, puesto que los gemelos monozigotos comparten el 100% de sus genes en comparación de los dizigotos que es alrededor del 50%.

Los efectos del ambiente compartido se infieren cuando las correlaciones entre los gemelos monozigotos y dizigotos son aproximadamente iguales, en el entendido de que ambos casos los miembros de cada pareja de gemelos se han desarrollado desde su nacimiento en el mismo ambiente familiar. La mayor parte de los estudios de genética familiar han señalado la mayor importancia de las experiencias individuales sobre las compartidas, todavía es factible oír o leer la defensa del ambiente compartido, por supuesto el familiar (Toro, 2004).

2.3 Alteraciones bioquímicas de la anorexia nerviosa

Los denominados sistemas de neurotransmisión constituyen la base bioquímica del funcionamiento psicológico (emocional, cognitivo, conductual humano. En principio toda enfermedad psiquiátrica propiamente dicha entraña un perfil de alteraciones en alguno o algunos de tales sistemas, alteraciones que en la actualidad solo suelen contar con delimitaciones aproximadas, siendo complejas.

Sistema Noradrenérgico, la noradrenalina, además de intervenir en el estado emocional, aumenta la ingestión de alimentos a través de los receptores alfa-2. En pacientes anoréxicos, los niveles plasmáticos de la noradrenalina aparecen aumentados. En cambio, no se modifican los niveles de noradrenalina en líquido cefalorraquídeo; sin embargo, en pacientes anoréxicos recuperados desde hace largo tiempo esos niveles se sitúan por debajo de lo normal (Kaye et al., 1991). Observó además que los niveles de metabolito se incrementaban con el tratamiento correlativamente a la reducción de síntomas depresivos.

Sistema dopaminérgico, dosis elevadas de anfetamina provocan anorexia; incremento de la actividad física y conductas psicóticas. Hay estudios que parecen haber detectado descensos en las tasas de ácido homovanílico, un metabolito de la dopamina, en pacientes anoréxicos. Otros han hallado incrementos en sus niveles plasmáticos (Bowers, et., al 1999). Revisiones más recientes apuntan que nada ha podido quedar establecido como un mínimo de credibilidad (Stroving et al., 2002).

Leptina, esta se sintetiza en las células grasas, pasa al torrente sanguíneo y actúa sobre el hipotálamo transmitiendo información sobre el nivel de lípidos e influyendo en la consiguiente regulación de la ingestión alimentaria. Sus funciones son múltiples: inhibe la ingestión de alimentos, estimula/mantiene el gasto energético, señala el sistema reproductor, interviene en diversos procesos metabólicos (secreción de insulina, lipólisis, transporte de glucosa) etc. (Trayhurn et al., 1999). Complementariamente se ha observado que la síntesis de leptina se reduce rápidamente al ayunar, incluso antes de la pérdida de peso. Dadas estas características de inmediato se supuso que la leptina podía estar implicada en la génesis o el mantenimiento en la anorexia nerviosa.

Otros cambios bioquímicos, son la malnutrición que produce cambios en los sistemas de neurotransmisión de los humanos, de los pacientes anoréxicos y de los animales. La colecistoquinina este es un neuropeptido inductor de la saciedad. Se ha observado un aumento posprandial mas rápido e intenso en pacientes anoréxicos que en sujetos normales (Phillip et al., 2002).

En consecuencia, se ha sugerido que una saciedad así suscitada sería un factor potenciador de la anorexia. Colecistocinina esta es secretada por el aparato digestivo y mediada por el nervio vago, contribuye a la sensación de la saciedad. Sus niveles en anoréxicas parecen ser normales aunque se ha comprobado un aumento de su secreción y la de polipéptido pancreático en respuesta a las grasas, que podría estar en relación con el rechazo de alimentos ricos en este principio activo en estas pacientes ya que producen una rápida saciedad (Fujimoto et al., 1997).

En la anorexia produce una notable disfunción hipotalámica con importantes consecuencias endocrinas, por ejemplo las alteraciones en el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, en este sentido se ha observado que el hipogonadismo hipotalámico disminuye la actividad sexual, la disminución de la ingesta y la hiperactividad características de los trastornos alimentarios (Chinchilla, 2003).

Las alteraciones causadas afectan al eje de la hormona del crecimiento, la secreción de gonadotropinas, el funcionamiento tiroideo y suprarrenal y al metabolismo fosfocálcico, entre otras perturbaciones. Todas estas alteraciones suelen normalizarse al recuperarse el peso (Toro, 2004). Después de haber revisado los factores que predisponen la anorexia y en algunos casos lo mantiene, ahora es de vital importancia hacer un recorrido en las dos grandes corrientes de la psicología que son el psicoanálisis y el cognitivo conductual, con la finalidad de conocer como es que estas definen y explican la anorexia nerviosa.

2.4 La anorexia nerviosa: desde el punto de vista del Psicoanálisis

El psicoanálisis es una teoría sobre el ser humano que defiende el determinismo en el ámbito de lo mental (Chinchilla, 2003). Todas las acciones de la personas pueden ser explicadas por causas fuera de su conciencia, pero hay factores incontrolables que motivan nuestras elecciones en la vida. Este es el descubrimiento del inconsciente es la piedra angular sobre la que se asienta todo el edificio del psicoanálisis.

En el caso de los trastornos alimentarios no se hace una excepción y se trata de buscar el significado de lo que le ocurre al paciente, tratando de asociar la psicopatología con su correlato interno.

Richard Morton, en 1689, describe el cuadro clínico típico de la anorexia, y atribuye su origen a la tristeza y preocupaciones de la paciente, sin encontrar una causa física precisa.

Con estos antecedentes, surge en el siglo XIX la primera formalización clínica del fenómeno conocido como AN. William Gull (en Londres) y Charles Lasègue (en París) son los primeros médicos que establecen descripciones completas y se proponen hacia 1873 investigar la naturaleza de estos procesos, que ellos

atribuyen a factores más bien psicológicos. De ahí el adjetivo que califica este tipo de anorexia “nerviosa” (Contreras, 2008).

Melanie Klein (1935) interpreta a la anorexia como defensa contra la angustia insoportable que incita a desconfiar de los objetos en el instante mismo de la incorporación. Anna Freud (1965) sitúa la anorexia como comportamiento ascético de la adolescencia que apunta al plano de las pulsiones que se sienten amenazantes. El rechazo de las tendencias pulsionales incestuosas de la pubertad se extiende a cualquier satisfacción pulsional. Hilde Bruch ubica el trastorno fundamental en la imagen del cuerpo, secundario a perturbaciones de las percepciones interoceptivas, y de la autonomía. Francis Tustin (1958), en el Reino Unido; Thomae (1961-1963), en Alemania; Kestemberg (1983) y colaboradores en Francia, describen las modalidades específicas de la regresión, de la organización pulsional y el masoquismo erógeno primario, donde el placer está ligado al rechazo de la satisfacción de la necesidad (Siquier, 2010).

En general el psicoanálisis conceptualiza a la anorexia nerviosa como una variedad de melancolía de las muchachas jóvenes sexualmente no desarrolladas, es decir, es un trastorno o merma en la vida pulsional y en que la pérdida del apetito se equipara a pérdida en lo sexual, de la libido. Hay un duelo por un afecto que no satisface, por ansia de algo o alguien perdido como en la melancolía, en adolescentes muy carentes emocionalmente y en quienes la añoranza tiende a convertirlas en anestésicas y a desembocar en anorexia nerviosa (Behar y Figueroa, 2004).

Destacando la melancolía como un conflicto de relación interiorizado, un rasgo temprano de la personalidad instalado después de una depresión y sustituyendo a un duelo, identificándose el sujeto con el Objeto o Ser al que ha de abandonar, y acompañando este proceso de censura o reproche con auto-agresión frecuente.

La paciente anoréxica ha de afrontar por su edad (generalmente en el comienzo de la adolescencia) un momento traumático de separación de los padres y pérdida

definitiva de la infancia. Si el rasgo melancólico, que se adquiere en momentos muy tempranos, preedípicos, ya se instaló en esta personalidad al hacer las primeras separaciones (destete, cambio de alimentación, socialización infantil), es fácil que aflore con nueva fuerza en la adolescencia, edad en que se pone a prueba, como en ninguna otra etapa de la vida, la solidez mental para enfrentar esta tarea de individuación. Y también es probable que la paciente viva sus deseos de emancipación con culpa y rechazo, sintomatizados en el rechazo al alimento (Cabetas, 2000).

La ambivalencia del anoréxico hacia el Objeto o Ser Relacional de importancia básica le hace sentir a este Ser primordial con el que se relaciona, por un lado nutricional desde la búsqueda o principio de conservación y por otro devorador desde la satisfacción erótica o principio del placer. El no comer se emplea desde la Melancolía como vía defensiva para no ser devorado por dicho Objeto, como expresión simbólica de no dar entrada al Otro en la relación interpersonal.

No comer tiene una clara vertiente somática, pero también muestra en la anorexia una rica actividad mental de carácter regresivo, utilizando el cuerpo como vehículo expresivo. La anorexia supone una utilización perversa del hambre, con beneficio primario de goce masoquista, y beneficio secundario de manejo sádico del Objeto (la madre). Además se entrecruza la acción de la pulsión de muerte, en la que es difícil separar el odio y conflicto al Otro de la perturbación psicosomática. Crear una separación, establecer una distancia, impedir que el Otro (generalmente la madre) la llene a pesar suyo, es el objetivo de la paciente anoréxica negándose a comer.

El conflicto, que aunque la mayor parte de las veces se manifieste más tarde, se sostiene que en la anorexia siempre está latente en los primeros años, en la etapa oral, y se manifiesta a veces en la etapa infantil, y en esta etapa sin prevalencia de sexos (Cabetas, 2000).

La anorexia fue adscrita a perturbaciones del comer debido a conflictos reprimidos de índole oral arcaicos (oral-canibalísticos) que se expresan como rechazo de alimento. El anhelo escondido esta en la necesidad devoradora de una gratificación primaria por parte de la madre, aun indiferenciada, y una deformación sádica de la misma a causa de la frustración. La simultanea falta total de ternura y apego físico por la progenitora, crea una perturbación severa en la estructuración de su imagen física (yo corporal). La madre favorece reacciones regresivas y retira el afecto cuando la hija manifiesta autonomía, quedando representado en el síntoma, el carácter regresivo de dicha relación. Se describe también que la hija representa para la madre un objeto que reemplaza y compensa sus propias carencias afectivas.

La anorexia nerviosa implica tanto alteraciones fisiológicas como conflictos psicodinámicos concomitantes que se influyen mutuamente. La anorexia como síntoma puede también tener otros significados concurrentes: temor a una embarazo, temor a deseos inconscientes de índole sádica, reacción ascética, equivalente de un afecto depresivo, repulsión de todo contacto con el mundo objetal (Cabetas, 2000).

Variadas investigaciones o reflexiones sobre el tema relacionan la anorexia con un desbalance narcisista que se expresa en las mujeres al llegar al período de la adolescencia, y la sobrevaloración social que se le da a la imagen corporal como forma de compensar dicho desequilibrio. Por otro lado, se vincula a la anorexia con el desarrollo de identificaciones sexuales alteradas, y en último término, problemas con la femineidad y la maternidad (Díaz y Cruzat, 2011).

También se relaciona a las anoréxicas con problemas para organizar, dirigir, pensar y conducir su propio goce. En este sentido, se lo describe como un síntoma autodestructivo, y en la gran mayoría de los casos los autores concuerdan en la comorbilidad de anorexia con trastorno de la personalidad (Dio Bleichmar, 2000; Fendrik, 2003; Kernberg, 2005). Se piensa que el síntoma representa el

deseo de ser reconocido, de compartir la propia individualidad o voluntad más que ser independiente del otro (Dio Bleichmar, 2000).

Se constataron dos situaciones vitales típicas determinantes del desencadenamiento de la anorexia nerviosa, frente a las cuales la adolescente no se siente ni emocional ni personalmente preparada y, además, tampoco encuentra apoyo o comprensión en el ámbito familiar para su resolución. Por un lado la separación, fantaseada o real, de los padres, el deseo de conseguir la autonomía y establecer la distancia propia; junto a la crisis de identidad que conlleva esta aspiración, se suma la crisis del sistema familiar y de los otros miembros que se supone este alejarse, que puede aun agravarse si otros hermanos se van también del hogar por estudio, trabajo o casamiento (Behar y Figueroa, 2004).

Por otro lado, circunstancias (simbólicas o concretas) de seducción sexual o erótica provenientes del sexo masculino y que son vivenciadas como peligros inminentes; el descubrimiento por o a través de las miradas y gestos de los otros, de indicios de desarrollo femenino en el propio cuerpo se experimentan como vergonzantes y aun ofensivos, lo que la impulsa a ocultar o tratar de frenar o a intentos desesperados de hacer retroceder su maduración genital indesmentible.

El significado subjetivo (e inconsciente) de ambos acontecimientos personales le hace presente de manera dolorosa que ella no puede ya mas controlar ni su crecimiento sexual externo ni sus necesidades libidinales internas, con lo que la sexualidad se equipara ansiosamente con pérdida de control y aumento de peso (“formas redondas, protuberancias asquerosa”) (Behar y Figueroa, 2004).

Los procesos intrapsíquicos que se detonan con violencia inusitada, a consecuencia de las situaciones vitales amenazantes anteriormente esbozadas contribuyen primero a aumentar bruscamente la cuantía de la crisis normal producida por la entrada de la pubertad y, después, son parte constitutiva de un

intento de manejo, con mejor o peor resultado, que le hace acudir a modos de funcionamiento preadolescente (Behar y Figueroa, 2004).

Por otra parte existe la teoría de las relaciones objetales propuesta por M. Klein, que surge al no ser el niño capaz de percibir el mundo que lo rodea de forma integrada. Por esta razón, según postula esta autora, el mismo objeto se considera distinto en función de si nos proporciona satisfacción o frustración (estas ideas se aplicaron a la lactancia materna, apareciendo la famosa división entre pecho malo y pecho bueno). De esta manera no veríamos el mundo tal cual es, si no como objetos en lo que vendrían proyectados nuestros mas íntimos conflictos; el no ser capaz de integrar los distintos aspectos muchas veces contradictorios de la realidad en la que vivimos sería una fuente importante de patología.

En la actualidad se esta tomando gran importancia al papel que tiene el padre en los casos de anorexia, por ejemplo Gabbard (2002) se refiere a características particulares del padre, a quien se describe como superficialmente cuidador debido a que no responde a las necesidades emocionales de su hija; es decir, la abandona cada vez que necesita contención emocional; e incluso busca en ella la contención emocional que no le da.

A nivel edípico surge la necesidad y la fantasía de la niña de poseer un pene o concebir un hijo del padre (Aulagnier, 1988). En este sentido, se ha entendido que la delgadez de la anorexia representa ese pene, es decir, que ella se identifica con el padre para competir por el amor sexual de la madre; lo que impide la resolución del Edipo en dicho trastornos, y resalta a su vez nuevamente el lugar de la madre, en tanto la niña no cambia de objeto sexual manteniendo la unidad simbiótica con la madre, pudiendo convertirse incluso en el objeto de deseo de esta por otro lado, Guzmán, Hitelman y Kaplan (2009) plantean que la problemática de las pacientes anoréxicas en torno al padre es la dificultad de realizar de manera completa una identificación con alguna de sus funciones, entendidas también como masculinas.

Esto genera un vacío que le impide la simbolización y la identificación con aquellos aspectos que le permitan sentirse alguien con agencia, deseo control de algo más allá de su propio cuerpo u que le permita enfrentarse al mundo externo. El problema se plantea en tanto que la figura paterna aparece como incapaz de reconocer a su hija como sujeto de identificación en sus rasgos femeninos (Díaz y Cruzat, 2011).

Por otra parte y para finalizar el síntoma (es decir, la obsesión por adelgazar), constituye una suplencia de la metáfora paterna (llamada "nominación imaginaria", correlativa de la inhibición freudiana), en un intento desesperado por poner límite al goce de la madre. Sólo así, mediante la "identificación idealizante a la anorexia", la mujer mantiene una identidad propia: eliminando todo aquello que sobra en su cuerpo, aquello que mancha esa imagen ideal narcisística en la que habita un núcleo melancólico.

Uno de los factores que se considera de forma prioritaria es el miedo de los pacientes a perder el control, tanto de sus propias necesidades como de las personas que les proporcionan las cosas que necesitan, por esta razón tienen verdadero terror a la cercanía que supone una relación psicoterapéutica (Chinchilla, 2003).

2.5 La anorexia nerviosa: desde el punto de vista cognitivo conductual

Los trastornos alimentarios se presentan como una de las patologías psíquicas que mas representan al abordaje cognitivo conductual. Los pacientes con trastornos de la alimentación presentan cogniciones y creencias irracionales hacia la comida como el aumento de peso y la imagen corporal.

Las alteraciones de la imagen corporal constituyen un variable cognitiva a tener en cuenta y se encuentra implicada en el hecho de que estas personas aun estando extremadamente delgadas, nieguen su delgadez así como niegan su enfermedad. De esta manera, a medida que el cuadro progresa va haciéndose cada vez mayor

el miedo a engordar, buscando la delgadez como forma de vida, no dándose cuenta, o no sintiendo, que ellas ya no están delgadas sino desnutridas.

En este estado aún se sienten gordas, lo que les lleva a restringir más su ingesta alimentaria, convirtiéndose en un círculo vicioso del que resulta difícil salir (Mateos y Solano, 1997).

En este sentido la definición más clásica de imagen corporal se describe como la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente, desde un punto de vista neurológico la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. Las alteraciones de la imagen corporal serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical. Una concepción más dinámica define la imagen corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Algunos autores advierten la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos verídica, pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el auto-concepto. (Raich, 2000).

Por tanto la percepción del propio cuerpo podrá presentar unas características diferenciadas de la percepción de otros objetos que no tendrán el mismo valor para el observador. De acuerdo con Rosen, (Raich, 2000) imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. O sea, que se contemplan: aspectos perceptivos, aspectos subjetivos (como insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad) y aspectos conductuales.

Thompson (1990) concibe el constructo de imagen corporal constituido por tres componentes:

- 1) Un componente perceptual, precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad.

La alteración de este componente da lugar a sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde).

- 2) Un componente subjetivo (cognitivo-afectivo), actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (por ejemplo, satisfacción, preocupación, ansiedad, etc.).
- 3) Un componente conductual, conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (por ejemplo, conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.).

En este sentido tener una buena o mala imagen corporal influirá decididamente en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas y no solo en las nuestras, si no en la manera en como nos respondan los demás. Si estas creencias irracionales son autocríticas y rechazadas por el paciente, entonces el miedo desmesurado a engordar y en si la preocupación excesiva por la comida y el peso se superarán (Turón, 2004).

Diversos autores señalan un síndrome cognitivo-conductual asociado a la anorexia. Se caracteriza por rigidez, meticulosidad, perfeccionismo, alexitimia, dependencia, déficit de habilidades sociales, irritabilidad e inhibición social, entre otros (García de Amusquibar et al, 2010). La psicopatología de estos trastornos describe, a su vez, la presencia de sentimientos de incompetencia, de falta de autonomía y baja autoestima, centrada ésta en la percepción negativa del propio cuerpo (distorsión en la imagen corporal), déficit en el autocontrol (hecho que determina un mayor control externo), menor asertividad, mayor inhibición para manifestar los sentimientos (tanto positivos como negativos), y tendencia a evitar situaciones sociales que impliquen relaciones interpersonales, ya que se sienten poco aceptados socialmente. En cuanto a las manifestaciones cognitivas, en la anorexia las pacientes experimentan un miedo obsesivo e irracional ante la

posibilidad de engordar, así como una preocupación excesiva por el cuerpo, peso y alimentos.

Numerosos autores coinciden en señalar la aparición y reiteración de una serie de cogniciones relacionadas con el aspecto del cuerpo y la valoración estética que se hace del mismo y que, en un principio, no se consideran patológicas como tampoco son exclusivos de este tipo de trastornos. Sin embargo, su reiteración y persistencia las convierten en patológicas, constituyendo la temática casi exclusiva de estas pacientes.

Estas distorsiones o creencias irracionales son, entre otras variables, las responsables de que estas personas inicien una dieta restrictiva, y poco tiempo después van a ser también las responsables en gran medida del mantenimiento del trastorno.

La influencia del pensamiento en la persona puede ser funcional o disfuncional. Los pensamientos funcionales se refieren a ideas racionales, las cuales permiten que la persona se desenvuelva de manera asertiva en la sociedad, mientras que las disfuncionales son todo lo contrario (Ellis y Lange, 1995). Sarason y Sarason (1996), comentan que los pensamientos inadaptados causan conductas inadaptadas, ya que es necesario el aprendizaje de nuevas organizaciones cognitivas para propiciar pensamientos sanos. Estos pensamientos inadaptados o irracionales son los que Ellis llama creencias o ideas irracionales (Dryden y Ellis, 1989).

Albert Ellis (1987) y Aarón Beck (1963) quienes han propuesto modelos teóricos para el estudio de la personalidad y tratamientos para el abordaje terapéutico en la psicopatología.

Uno de los postulados planteados por el modelo cognitivo se refiere a que: los problemas emocionales como la depresión y la ansiedad, surgen a partir de la

interpretación (comúnmente inadecuada) que la persona de a los eventos que le preocupan (Torres, Hernández y Badel, 2010). A esas interpretaciones y evaluaciones, Ellis (1987) las ha denominado “creencias”, y califica de “irracionales” las demandantes y exageradas, y de “racionales” las preferenciales y relativas.

El concepto de creencia es clave en el modelo cognitivo de Beck (1976). De acuerdo con este autor, las creencias son estructuras cognitivas que se desarrollan a partir de experiencias tempranas del individuo así como de factores ambientales, culturales y biológicos. Las creencias pueden entenderse con un marco de referencia o conjunto de reglas que determinan nuestra forma de ser en el mundo, el modo en que evaluamos las situaciones, a los otros y a nosotros mismos, y la forma en que interactuamos con los demás. (Beck, 1976).

Estas estructuras, que generalmente actúan sin que seamos conscientes de ellas, se expresan con frecuencia en términos absolutos tales como “soy un fracasado”, “no valgo para nada” o “el mundo es un lugar peligroso”. Beck utiliza la etiqueta “disfuncional” e “inadaptada” para referirse a las creencias que pueden subyacer a los problemas emocionales. Las asunciones y las creencias dañinas frecuentemente están compartidas con la familia o reforzadas culturalmente, manteniendo estereotipos de sexo o culturales que hacen difícil para la persona identificarlas y modificarlas (Fennell, 1989; Seoane, 1993).

Por otra parte Albert Ellis (1962) propuso un paradigma ABC en el que establece el principio básico de que las cogniciones median y son centrales en la génesis y mejora de los trastornos emocionales, conductuales e interpersonales.

En el esquema ABC, los acontecimientos y sucesos del ambiente (A) no producen directamente las consecuencias cognitivas, emocionales o conductuales (C) sino que son los pensamientos, actitudes y creencias (B) que median sobre A las que causan dichas consecuencias.

Los pensamientos, actitudes y creencias de las personas (B) adoptan formas muy diferentes. Los conceptos de creencia racional e irracional resultan centrales dentro de este modelo. Las creencias irracionales se caracterizan por los siguientes rasgos (Bernard *et al.* 1983):

- 1) *Son falsas*: No se concluyen de la realidad. Pueden iniciarse a partir de una premisa inadecuada o conducir a deducciones imprecisas que no son apoyadas por la evidencia y, a menudo, representan una sobregeneralización.
- 2) *Son órdenes o mandatos*: Se expresan como demandas, deberes y necesidades.
- 3) *Conducen a emociones inadecuadas* como ansiedad, depresión, etc.
- 4) *No ayudan a lograr los objetivos*: Cuando la persona está dominada por creencias absolutas y desbordada por las emociones no está en la mejor posición para llevar a cabo las tareas y potenciar los aspectos positivos de su vida.

Ahora bien en los trastornos alimenticios es común que existan este tipo de creencias, por lo tanto numerosos autores han intentado categorizar y sistematizar las cogniciones anormales en la anorexia nerviosa, las que tienen mayor incidencia en pacientes con anorexia son las siguientes:

- *hipergeneralización*: llegar a conclusiones basadas en una experiencia muy limitada o estrecha (ej. me comí un plátano y me hinché, no puedo comer nunca más plátanos)
- *catastrofizar*: sacar una conclusión negativa sin evidencia suficiente (ej. subí de peso, ya no podré parar mas y seguiré hasta ser una gordita)
- *dicotomizar*: pensar en los extremos absolutos e irreconciliables (ej. las verduras son siempre buenas; todos los alimentos con grasa son malos)
- *minimizar*: infravalorar el significado de un suceso particular (ej. mis ojos son bonitos, pero no valen porque tengo los muslos rellenos), lectura del

pensamiento: se presume saber lo que otro esta pensando sin intentar comprobarlo (ej. mi compañero me miró mis piernas; piensa que soy rellenita y no me lo quiere decir) profecía autocumplida: se sabe que algo va a salir mal antes que haya indicios que lo apoyen (ej. estoy convencida que hoy no podre comer de acuerdo al plan de mi dieta), magnificar: sobrevalorar el significado de un suceso particular (ej. subí medio kilo; no podre usar mas falda corta)

- abstracción selectiva: focalizarse en un solo detalle ignorando otros aspectos mas importantes (ej. soy especial si soy delgada). (Behar, & Figueroa, 2004).

En este sentido y en definitiva, las creencias racionales conducen a conductas de autoayuda, mientras que las creencias irracionales propician conductas destructivas para la sociedad y el individuo (Ellis y Bernard, 1990; Vernon, 1989).

CAPITULO 3

MODELOS TERAPÉUTICOS: PROPUESTAS

El abordaje terapéutico de tipo psicológico en el tratamiento de la anorexia ha experimentado un importante auge en el último cuarto de siglo. En primer lugar, al promoverse una mayor conceptualización de los trastornos de la conducta alimentaria, lo que ha facilitado la aparición de criterios diagnósticos operativos; en segundo lugar, al tomarse conciencia, en el ámbito de la salud pública y mental, de la gravedad del problema y en tercer lugar por los insuficientes resultados obtenidos tanto de los modelos explicativos etiopatogénicos como de los avances y resultados conseguidos en el tratamiento psicofarmacológico de estos (Chinchilla, 2003).

El tratamiento psicológico o terapéutico individual, la terapia familiar o ambos, son los procedimientos principales que pueden utilizarse durante esta fase. Este se lleva a cabo básicamente en un marco ambulatorio, como mínimo durante uno o dos años. Los objetivos de esta fase son el mantenimiento del peso recuperado y la reestructuración psicológica del paciente y tratamientos de déficit conductuales y/o demás problemas existentes.

Independientemente del modelo teórico empleado, tres aspectos deberán caracterizar esta fase de tratamiento, que son: (Fernández y Turón 2004):

1. Valoración y fortalecimiento de motivación propia del paciente y establecimiento de una relación terapéutica adecuada
2. Esclarecimiento y objetivación del problema alimentario del paciente y análisis funcional explicativo de posibles factores precipitantes, consecuencias y factores mantenedores del trastorno, que nos permitan llegar a posibles hipótesis terapéuticas.

3. Resolución de los problemas intrapersonales (del paciente) y/o problemas interpersonales (en relación con su interacción con el medio)

Asimismo, a lo largo de todo el tratamiento en fase de estabilización de peso y recuperación psicológica, deberían abordarse tanto los problemas psicológicos del paciente, como la evolución del peso y el mantenimiento de una alimentación adecuada. Sobre los aspectos más sintomáticos, se incide en tratamientos de carácter cognitivo conductual como el que describiré a continuación.

3.1 Tratamiento cognitivo conductual

El tratamiento cognitivo conductual se trata de una psicoterapia propuesta por Beck para la depresión a finales de los años setenta. La técnica se basa en corregir las conductas anormales que presentan sobre los hábitos alimentarios, etc., utilizando técnicas conductistas como autorregistros, análisis funcional de la conducta, y modificar, a través de la reestructuración cognitiva, errores cognitivos que presenta frente a la comida, imagen corporal, peso y autoestima (León y Castillo, 2005). Lo más conveniente es que se inicie desde el principio el tratamiento con el objetivo de evitar que la enfermedad progrese y se agrave. Hay que restablecer pautas de comida normales para corregir las secuelas de la malnutrición que perpetua un mal comportamiento alimentario y prevenir, de este modo, la hospitalización.

El condicionamiento operante es otra técnica conductual que utiliza como material de trabajo los refuerzos positivos. Para esto se ha de estudiar cada caso individualmente para valorar cuales son los refuerzos positivos que van a obtener mayores resultados. Su objetivo fundamental es el de obtener incrementos en el peso.

Por otra parte la técnica de prevención de respuesta esta enfocada para el tipo purgativo de la anorexia nerviosa. Consiste en observar durante dos o tres horas

al paciente para evitar que vomite lo ingerido. La presencia, junto al paciente, durante todas esas horas persuade al mismo de provocarse el vómito, con el tiempo se consigue extinguir por completo esta conducta. Otras técnicas conductistas son aquellas dirigidas a ayudar al paciente a adquirir, de forma progresiva, una mayor confianza en sí mismo, técnicas de diversión para apartar al paciente de pensamientos y situaciones anómalas (León y Castillo, 2005).

Se debe realizar una evaluación cognitiva en la que se le pide al paciente que escriba sus pensamientos para poder detectar las distorsiones de la realidad, su imagen corporal, su peso y su forma de afrontar los problemas y acontecimientos vitales.

Entre las técnicas cognitivas que se utilizan en el tratamiento de la anorexia nerviosa destacan las siguientes:

- Evaluación de pensamientos automáticos: son pensamientos que funcionan de forma refleja y no están sometidos a críticas por parte del paciente
- Estimular al paciente a imaginar situaciones y a formular pensamientos y emociones que se despierten en él
- Reatribución: encontrar otras explicaciones que repartan de forma diferente la responsabilidad y la culpa por las dificultades que se le presentan, dar argumentos hacia las creencias más negativas frente a los problemas
- Técnica de descentralización: con ella se pretende evaluar una idea desde otra perspectiva
- Reinterpretación de la distorsión de la imagen corporal: se consigue con técnicas de confrontación utilizando espejos, videos, etc., por retroalimentación externa utilizando a otros pacientes.
- Examinar e identificar los supuestos subyacentes que alteran la adaptación al medio y analizar su pertinencia.

- Modificar las creencias erróneas y retrasar éstas a través de ejercicios conductuales.
- Utilizar la técnica de que pasaría si..., propiciar que prueben sus hipótesis y explorar su utilidad en la vida real.

Toda intervención terapéutica esta precedida por la realización de un contrato conductual, donde quedara explicados los objetivos que se quieren alcanzar y los deberes y compromisos del paciente y del terapeuta (Fernández y Turón, 2004).

3.1.1 Terapia de grupo

La terapia de grupo es útil en los trastornos de alimentación, para lograr grupos efectivos se necesita llevar a cabo una cuidadosa selección de los miembros.

En el grupo "tradicional", que dirige un líder profesional, existe una discusión inicial, acerca del propósito del grupo, que consiste en promover el alivio de la angustia, aumentar la satisfacción y compartir la experiencia, información y retroalimentación unos con otros, a fin de lograr estas metas para todos los miembros del grupo. Se destaca la cuestión de la confidencialidad, en el sentido de que se espera que los pacientes concuerden con que no habrá revelaciones acerca de otros miembros del grupo, sin su explícito consentimiento, a pesar de que con frecuencia se recomienda en gran medida la apertura, siempre y cuando ésta sirva para el propósito de promover la facilidad social y no sea compulsiva y abrumadora para el receptor.

En la terapia conductual de grupo, una persona o personas intentan modificar las conductas desadaptativas de dos o más individuos no relacionados, mediante la aplicación sistemática de procesos y procedimientos validados en términos empíricos. Por lo común, se reúnen datos para evaluar el impacto de estos procedimientos sobre los miembros del grupo. De inicio, los principios y técnicas conductuales que se han desarrollado en ambientes individuales se aplicaron a los

grupos (Lazarus 1978, 2001), mientras que después el grupo en si se consideró como un contexto útil para modificar la conducta que podía no ocurrir, o que sería difícil de modificar en una relación uno a uno.

En los grupos cognitivos-conductuales se da a los miembros un conjunto de aprendizaje apropiado a un modelo diádico de cambio conductual y se emplea el contexto grupal para aumentar al máximo el desarrollo de habilidades interpersonales adaptativas. Se muestrean las conductas de manera mas verídica que en la situación uno a uno y los miembros del grupo aprenden y practican nuevas conductas en un contexto de apoyo que proporciona la retroalimentación y reforzamiento apropiados.

El programa de grupo cognitivo conductual proporciona un campo inmediato para el cambio y la práctica. Así diversos procedimientos de entrenamiento en habilidades son una parte integral de la terapia cognitivo conductual de grupo. Como en cualquier otra forma de terapia, existe un proceso de evaluación, otro de intervención y uno más de valoración. A la mayoría de los pacientes se les entrevista antes de la primera sesión de grupo. En algunos casos después de una discusión con el terapeuta que hace la referencia y un breve contacto telefónico con el paciente, se arregla la admisión al grupo.

En la primera reunión grupal se pide a los pacientes que mencionen el problema que presentan y sus metas con respecto a éste. Se exploran otras áreas vitales al igual que los patrones desadaptativos o las deficiencias en habilidades que puedan interferir con la satisfacción de los pacientes. Se revisan las medidas utilizadas antes por el paciente para enfrentar el problema, ya sea dentro o fuera de terapia, fueran exitosas o no. Se identifican las conductas blanco y se caracterizan con respecto a frecuencia, intensidad, duración y contexto. Una parte esencial del proceso de evaluación conductual es la determinación de estímulos provocadores de respuestas conductuales (afectivas, cognoscitivas) y las consecuencias de tales respuestas (Leiva, 2011).

Los estímulos provocadores pueden ser eventos ambientales externos o experiencias internas (cognoscitivas o sensoriales). El elemento más esencial en el aprendizaje de una habilidad es la práctica de las respuestas adaptativas, facilitadoras. Es de la mayor relevancia para los pacientes en el enfoque conductual, brindar una gran cantidad de apoyo lo mismo que reacciones espontáneas y retroalimentación correctiva.

En la terapia de grupo cognitivo conductual, otros miembros del grupo son los que proporcionan el reforzamiento para alentar la práctica en sí y también apoyan las aproximaciones sucesivas para llegar al objetivo deseado en ese momento. Se desarrollan y se llevan a cabo estrategias para promover la generalización de resultados en contextos externos a la terapia y el mantenimiento de la mejoría terapéutica a través del tiempo, (Leiva, 2011).

La terapia grupal, facilita los procesos de identificación, lo que a su vez favorece la cohesión del grupo, el apoyo mutuo y contribuye a crear una actitud más colaboradora y menos defensiva en los pacientes.

3.1.2 Terapias de tercera generación

Las terapias de tercera generación apuestan un cambio de diferente nivel al que proponen las terapias previas. No se centran en la eliminación de los síntomas cognitivos para así alterar la conducta manifiesta del paciente, sino que se orientan a la alteración de su función a través de la modificación del contexto en el que estos síntomas privados resultan problemáticos. (Rentería, Antúnez y Salinas, 2012)

La tercera generación parte de la tradición conductual científica, no obstante, pone énfasis en las relaciones de los principios de la conducta con las nociones de contexto y complejidad de acuerdo a cada individuo y funcionalidad acorde al grupo y lugar de desarrollo.

Técnicas de la Terapia de Tercera Generación.

Las características de las técnicas utilizadas en la tercera generación guardan una relación estrecha con el factor del contexto y la vinculación con la acción del sujeto, a continuación se describirán algunas de ellas.

Terapia de Aceptación y Compromiso

La terapia de aceptación y compromiso ofrece una explicación basada en el estudio del lenguaje acerca del dolor y sus recurrentes estrategias inefectivas para lidiar con el; esta teoría propone abordajes contextuales alternativos. Así mismo propone como meta terapéutica ayudar a los clientes a vivir una vida con sentido pleno y eliminar la rigidez psicológica para lo que fomenta emplear algunos procedimientos básicos como la aceptación, estar en el presente, el desarrollo y el compromiso con los valores propios, el descubrimiento del yo como contexto y la desactivación de ciertos pensamientos.

Una vez realizada la evaluación que incluye el análisis funcional, se tienen que fijar los objetivos terapéuticos. En el caso de la terapia de aceptación y compromiso, se trata de determinar cuáles son los valores del paciente y valorar el tipo y grado de compromiso con ellos, porque posiblemente esté centrando toda su vida en la solución de su problema, abandonando las cosas más importantes o aplazándolas para cuando lo resuelva, lo que habrá dado lugar a la aparición del trastorno por evitación experiencial. La meta de la terapia será facilitar el compromiso del paciente con sus valores y enfrentar su problema desde esa perspectiva y no solamente acabar con el sufrimiento que le trae a consulta (Rentería, Antúnez y Salinas, 2012).

Psicoterapia Analítica Funcional

La Psicoterapia analítico-funcional está basada en el conductismo radical de B.F. Skinner. Esta terapia aprueba el papel central que juega la relación terapeuta-paciente en si misma como espacio de aprendizaje, como contexto interactivo y terapéutico con marcadas equivalencias funcionales con otros ambientes.

Esta técnica se basa en manejar las variables que el terapeuta tiene a mano para modelar, aumentar o reducir ciertas conductas (Rentería, Antúnez y Salinas, 2012).

Se consideran tres tipos de conductas clínicamente relevantes:

1. Las conductas del paciente relacionadas con sus problemas. Estas se manifiestan en las sesiones de terapia, lo que el paciente dice y hace durante las mismas constituyen objetivos del trabajo terapéutico. Llamadas CCR1 son las que deben ser modificadas durante las sesiones psicoterapéuticas.
2. Las conductas del paciente que denotan avances terapéuticos. Denominadas CCR2, es objetivo del terapeuta incrementar su probabilidad y generalización a otros contextos. Es decir durante las sesiones de terapia se pueden ir observando avances que el terapeuta se debe encargar de estimular, fomentar y extender a otras situaciones o contextos.
3. Las interpretaciones del paciente sobre sus conductas y lo que cree que las causa. Estas conductas son las CCR3, y se afirma que cuantas más CCR3 hagan alusión a la interpretación de la propia conducta considerando las leyes del aprendizaje, claves y estímulos contextuales más avances se están produciendo en la terapia.

Para guiar el trabajo terapéutico se proponen varias reglas a seguir durante las sesiones:

- Observar las CCR. Esta regla es la medular, dada la importancia de la detección de todos los procesos conductuales involucrados en un problema.

- Producir CCR. Lo ideal es facilitar la presentación de las CCR1 en la consulta y aumentar la frecuencia de las CCR2. Normalmente el paciente se encuentra sumergido en una evitación constante de aquello que le es aversivo por ende dentro y fuera de las sesiones tiende a inhibirse, no responder o a hacerlo de una manera errática.
- Reforzar las CCR2. Esta regla establece que el paciente vaya aprendiendo a generalizar los nuevos repertorios a otros contextos de la forma más “natural” posible.
- Observar los efectos reforzantes de las conductas del terapeuta sobre el
- paciente.
- Aportar interpretaciones de la conducta del cliente. El terapeuta debe buscar instaurar en los pacientes miradas distintas de su problemática, pero sobre todo focalizar esta nueva perspectiva alrededor de la lógica del aprendizaje, leyes del reforzamiento y reconocimiento de la importancia del contexto.

Terapia Conductual Dialéctica

Esta propuesta supone una aproximación biosocial al estudio de la regulación emocional y asume una perspectiva dialéctica para entender los trastornos.

Dentro de este modelo de terapia se parte de algunos principios teóricos y dialécticos a fin de entender mejor la propuesta (Rentería, Antúnez y Salinas, 2012).

- El principio de interrelación y globalidad. Usualmente el análisis de la realidad es parcial y limitado y no se integran las partes con el todo
- El principio de polaridad. La realidad se puede entender mejor como un continuo de tesis y antítesis.
- El principio de cambio continuo. La realidad es dinámica, las polémicas y fuerzas contrarias entre tesis y antítesis llevan a un resultado, integración o síntesis y ésta a su vez constituye el inicio de nuevas fuerzas en lucha constante y dinámica. La terapia dialéctico conductual

busca dotar al paciente de herramientas que le permitan la integración de estas fuerzas o patrones opuestos.

Esta técnica se emplea tanto en pacientes con trastornos limítrofes de personalidad como con pacientes suicidas, adictos a sustancias, delincuentes, gente que se auto-lesiona, mutila, entre otros.

La terapia parte del supuesto de que los comportamientos autodestructivos son formas aprendidas que tiene la gente para manejar emociones negativas intensas e intolerables. Las emociones negativas como la vergüenza, la tristeza, el miedo y el enojo son una parte de la vida emocional; sin embargo, algunas personas parecen tener una particular tendencia (con base biológica) a presentar emociones negativas muy intensas y frecuentes, esto puede conducir a una vulnerabilidad emocional. Una persona emocionalmente vulnerable tiende a tener reacciones emocionales intensas y difíciles de controlar.

El objetivo de la terapia dialéctico conductual es ayudar a las personas a crear una vida que “valga la pena de ser vivida”. Qué es lo que hace que una vida “valga la pena de ser vivida” varía de persona a persona. Para algunos es casarse y tener hijos, para otros terminar la escuela, encontrar un compañero o compañera, ser exitosos en sus trabajos, encontrar una vida espiritual o incluso comprarse una casa. No importa cuáles sean las aspiraciones de la persona, las metas de vida y valores del paciente se deben recuperar a lo largo de la terapia (Rentería, Antúnez y Salinas, 2012).

Si bien todos estos objetivos pueden ser diferentes, todos los consultantes tienen la tarea de mantener sus conductas, especialmente aquellas que pueden poner en riesgo su vida, bajo control.

Por este motivo la TDC organiza el tratamiento en cuatro etapas con sus propios objetivos. El objetivo de cada etapa es un tipo de problema en particular por lo que puede ser necesario volver a ellos en diferentes momentos de la terapia:

Fase I: Pasar de tener conductas fuera de control a estar en control.

Fase II: De la clausura emocional a experimentar las emociones plenamente.

Fase III: Construir una vida normal, resolver problemas de la vida.

Fase IV: De la sensación de falta de sentido a la sensación de plenitud/ conexión.

Terapia Cognitiva basada en la conciencia plena (Mindfulness)

Mindfulness es un concepto que no tiene una palabra o traducción exacta en el español, pero puede entenderse como atención, conciencia plena, mente en plenitud, presencia atenta y reflexiva. Todos estos términos vienen a plantear por tanto, un empeño en centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva. Una opción por vivir lo que acontece en el momento actual, el aquí y el ahora, frente al vivir en la irrealidad, el soñar despierto (Rentería, Antúnez y Salinas, 2012).

A continuación se describen los elementos clave de esta terapia: a) no conceptual, esto es prestar atención y conciencia sin centrarse en los procesos de pensamiento implicados; b) centrado en el presente: el *mindfulness* siempre se da en y sobre el momento presente; c) no valorativo, no puede experimentarse plenamente algo que se critica o devalúa; d) intencional, siempre hay una intención directa de centrarse en algo, y de volver a ello si por algún motivo se ha alejado; e) observación participativa, no es una observación distanciada o ajena, debe implicar lo más profundamente a la mente y el cuerpo; f) no verbal, la experiencia *mindfulness* no tiene un referente verbal sino emocional y sensorial; g) exploratorio, abierto a la experimentación sensorial y perceptiva; y h) liberador, cada momento de experiencia vivida plenamente es una experiencia que se asemeja a la libertad plena.

Las técnicas que buscan que el paciente tenga experiencias *mindfulness* persiguen, ante todo, que la persona se deje llevar por las sensaciones que percibe. Se trata de promover, poner como punto fundamental de referencia, las sensaciones y emociones, dejando que ellas actúen de forma natural. Esto posibilita que la persona deje (permita) que determinadas actividades (emociones, cambios fisiológicos) que operan de forma autónoma se regulen de acuerdo con sus propios sistemas naturales de autorregulación (Rentería, Antúnez y Salinas, 2012).

3.2 Terapia Psicoanalítica

Desde la terapia psicoanalítica el tratamiento de la anoréxica habrá de hacerse revisando sus conflictos personales por su relación y manifestación de un conflicto intrapsíquico, cuestionando sus relaciones familiares, íntimas, y en general interpersonales, para acabar concienciando su autonomía respecto a seres cercanos, resolviendo los conflictos primarios con ellos y respetándoles al mismo tiempo, rompiendo simbiosis y cambiándolas por una relación adulta y autónoma.

Las experiencias tempranas no pueden volver a ser vividas auténticamente, y el proceso terapéutico versará también sobre la variedad de las experiencias sobredeterminadas del paciente actual, adolescente o adulto, no sólo sobre experiencias infantiles genuinas. El paciente en psicoanálisis progresa en su tratamiento desde etapas muy tempranas de su desarrollo a etapas posteriores, más evolucionadas.

Aquí el primer objetivo a alcanzar al inicio de la terapia es, la alianza terapéutica. El psicoanálisis surgió como método de terapia para la neurosis y terminó convirtiéndose en un método de investigación del funcionamiento del aparato psíquico, que para Freud el aparato psíquico se divide en tres instancias:

El Ello, es el fondo de las pulsiones de la personalidad; lo que la personalidad tiene de heredado, constitutivo y pulsional se expresa psicológicamente en el ello.

Se encuentra en él la energía psíquica erótica o libidinosa como destructiva o agresiva. Incluso, cuando con el tiempo se desarrolle el Yo y el Súperyo, toda la energía de estos tiene su origen y fuente en el Ello.

Al principio el ser humano solo es pulsión, el recién nacido es solo ello. Esta constituido por la totalidad de los impulsos instintivos. Gran parte del ello esta formado por elementos arcaicos, es decir, todo lo heredado, lo que ha traído el hombre genéticamente desde su nacimiento. Todos los sectores del ello son inconscientes. No se ve afectado por el tiempo ni perturbado por las contradicciones; ignora los juicios de valor, el bien y el mal y la moral. Únicamente trata de satisfacer sus necesidades instintivas según el principio del placer. El Ello se rige únicamente por el principio del placer, solo busca satisfacción inmediata al margen de cualquier consideración como la supervivencia, la defensa de los peligros, los principios morales o la convivencia social. Dinámicamente está compuesto por los impulsos innatos, agresivos y sexuales y por los deseos reprimidos.

En síntesis, el ello es la parte de la mente en donde estas los instintos que no conocen otra lógica que el lograr el placer, es la parte mas animal del ser humano. Es el lugar de los instintos o pulsiones sexuales, también de los instintos agresivos. Pero así también es el reducto que aporta la energía mental a los individuos.

El Yo es lo consiente. Es el yo coherente encargado de coordinar funciones psíquicas e impulsos internos, se encarga de manejar el cuerpo, el que recoge las percepciones, el que ordena y coordina. Por otro lado es el encargado de reprimir a lo inconsciente los procesos psíquicos que no aprueba. El Yo actúa como mediador entre la persona y la realidad externa, entre el Ello y el mundo exterior, entre el Ello y el Súperyo, una posición entre los instintos primarios y las exigencias del mundo exterior. Percibe las necesidades de la propia persona, tanto físicas como fisiológicas, y las cualidades y actitudes del ambiente. Valora e

integra estas percepciones de manera que busca que las exigencias internas se puedan ajustar a los requerimientos externos. Las otras dos instancias psíquicas de la personalidad, el Ello y el Superyo, se relacionan con el Yo intentando siempre alcanzar un equilibrio. El Superyo está formado por la asimilación de las normas culturales que rigen una sociedad. El Ello es una reserva de energía que guiada por el instinto del placer, busca la satisfacción total e inmediata de los impulsos instintivos.

El súper Yo, actúa en el desarrollo de la personalidad, finalmente se constituye una tercera instancia al separarse una parte del Yo y observarse a si misma, juzgando y criticando. Su papel viene a ser el de juez o censor del Yo. Su acción se manifiesta en la conciencia moral, en la autocrítica, en la prohibición y funciona en oposición a la gratificación de los impulsos o enfrentándose a las defensas que el Yo opone a dichos impulsos. Es una especie de censura que inspira el sentimiento neurótico de culpabilidad y autocastigo; es la instancia represora por excelencia, el soporte de todas las prohibiciones y de todas las obligaciones sociales y culturales.

Es la instancia psíquica desglosada del Yo que auto-observa y critica las acciones del ser humano y le presenta la imagen ideal a la que debe parecerse. Además de la función de censura, el Superyo preside también la formación de los ideales, funciones imaginarias del Yo, cuyas complejas relaciones con él es uno de los grandes problemas psicoanalíticos que implican a los problemas de identificación. La severidad del Super yo no es proporcional a la de los padres, ya que, debido a la intervención de los procesos de identificación imaginaria, puede ser grande la diferencia entre las prohibiciones establecidas por el entorno y las exigencias del Super yo del sujeto. Juzga y critica, representa las exigencias de la moralidad y de la sociedad, pero también el Super yo representa a los ideales y lo que uno aspira a ser.

Para poder determinar la estructura psíquica del paciente con anorexia normalmente se utiliza la psicoterapia conocida comúnmente como asociación libre, aquí el analizante, es decir, el sujeto que cumple la tarea impuesta por la regla fundamental, es invitado a decir todo lo que se le pasa por la cabeza, decir todo de sus formaciones del inconsciente como sueños, lapsus, actos fallidos, etc., El sujeto es el efecto esencial de la palabra emitida bajo transferencia (Asnoun, 2012).

El psicoanalista se sitúa habitualmente detrás del paciente y fuera del campo visual, aunque los menos ortodoxos la pueden practicar y practicarán cara a cara. Las sesiones de aproximadamente una hora de duración, oscilan entre dos y cinco a la semana; a mayor frecuencia de estas, mas rápidamente se elaboran los conflictos. Se establece desde el principio un horario y los días que no se modifican aunque el paciente no pueda acudir (Léon y Castillo, 2005).

El objetivo de esta terapia psicoanalítica, además de la desaparición de los síntomas, es el equilibrio adecuado entre diversas instancias de la personalidad y el desarrollo de una vida satisfactoria para el paciente. Disminuye la angustia, por ejemplo, que cree una dependencia excesiva del psicoanalista, situaciones iatrogénicas, es decir toda alteración del estado del paciente producido por el psicoanalista, a causa de la mala elaboración del proceso analítico; irse a los extremos, reactivación de la sintomatología etc.

La cura psicoanalítica de la paciente anoréxica ha de pasar por la elaboración de los aspectos negativos de la relación temprana con la madre, con una vuelta a sí misma al afrontar su herida narcisista, consiguiendo una mejor relación con el analista, que permite la retirada narcisista sin fomentar la culpa. El centro de atención es la elaboración del duelo. A través de la cura la paciente aborda el conflicto edípico y define su identidad sexual. La terapia concluirá cuando el o la paciente sea capaz de renegociar su relación con otras personas sin recurrir al

síntoma. Su principal objetivo es curar mejorando la capacidad relacional del paciente en el juego de la comunicación.

En la terapia es más importante reforzar la identidad del paciente que buscar el terapeuta una interpretación brillante o más ajustada, pues a mejor interpretación puede sentir más ignorancia el paciente. La paciente anoréxica ante el terapeuta es como el niño atendido por mamá que busca su identificación. El terapeuta ha de interpretar sobre el vínculo, y no sobre el contenido, para favorecer la individuación del paciente. Esto sobre todo al comienzo de la terapia, para establecer la transferencia positiva (Cabetas, 2000).

En lo referente a la eficacia en general, los psicoanalistas aceptan un porcentaje de curaciones de aproximadamente el 55%. Este porcentaje aumenta proporcionalmente al número y continuidad de las sesiones (León y Castillo, 2005).

3.2.1 Terapia de grupo (psicoanalítica)

La psicoterapia de grupo es una forma de tratamiento psicológico en el que varias personas cuidadosamente seleccionadas, son reunidas para vivenciar una experiencia bajo la guía de un terapeuta entrenado, con el propósito de ayudarse unos a otros a efectuar un cambio en su personalidad. La motivación del paciente para el tratamiento, es el factor más importante de entre los que se indican para la necesidad de iniciar una psicoterapia de grupo.

Los grupos pueden ser homogéneos, dependiendo de la patología de los miembros seleccionados, las características sociodemográficas, los objetivos a alcanzar, etc. Asimismo los grupos pueden ser abiertos o cerrados en función de si aceptan nuevos miembros una vez iniciada la experiencia (León y Castillo 2005).

El encuadre del grupo, suele reunir al menos los siguientes criterios: número de pacientes entre 4 y 10, frecuencia de las sesiones de entre 1 a 3 por semana, duración de las sesiones de 1 a 2 horas, lugar donde se realizarán las sesiones, duración del tratamiento de 1 a 3 años aproximadamente y la asistencia que sea regular y puntual.

Se registran 3 fases evolutivas en la terapia grupal:

Fase I

La somatización anoréxica como defensa. Constituye la principal dificultad inicial. En esta fase predomina el lenguaje concreto y los problemas con los miembros de la familia, en los que se proyectan aspectos disociados.

Fase II

Sorprendentemente hacen su aparición diversos síntomas psico-patológicos, que expresan nuevas posibilidades de tramitación pulsional en el Pre-Consciente.

Fase III

El grupo va reconociendo su propia realidad psíquica a través de sus complejos movimientos transferenciales. Sus miembros van descubriendo nuevas relaciones transferenciales y les van dando nuevo sentido, van analizando sus relaciones de dependencia infantil y sus duelos mal elaborados, sus afectos intensos y difíciles de soportar y verbalizar. Cada miembro del grupo a través de la urdimbre grupal va entendiendo la de su genuino grupo familiar y por medio de esta elaboración psíquica va llegando a su mejoría somática.

La terapia analítica grupal facilita al paciente, mediante la accesibilidad a una nueva información, una activación adecuada del control de las emociones e impulsos y un mejor conocimiento de las propias relaciones inter-personales, emociones y cogniciones (Cabetas, 2000).

3.3 Terapia familiar y sistemática

Desde principios del siglo XX surgieron distintos acercamientos terapéuticos que incluían formas variadas de consejo matrimonial y orientación infantil que implicaban a otros miembros, en el tratamiento. Los inicios más cercanos de la terapia familiar, entendida como sistémica, se sitúa en los años 50.

La terapia familiar centra sus objetivos terapéuticos directamente en la modificación de los patrones de interacción interpersonal. El desarrollo de modelos sistémicos ha estado unido a la evolución de la terapia familiar. Existen diferentes terapias de familia, el primer modelo es el estructural por Minuchin, que el objetivo de esta terapia se centra en fortalecer el subsistema parental y reordenar las coaliciones, el modelo estratégico por Haley y M.R.I, que tiene por objetivo interrumpir las secuencias así como el cambio de segundo orden de las soluciones insatisfactorias, la intergeneracional por Bowen, que tiene como objetivo reducir la reactividad emocional y dirigir las pérdidas, la experiencial por Satir y Whitaker, que tiene por objetivo aliviar el dolor de la familia y la competencia interpersonal y por último la contemporánea por parte del equipo de Milán y Michael White que propone aliviar los síntomas y rescribir historias saturadas de problemas.

3.3.1 Terapia estructural de la familia

En este enfoque los terapeutas de familia se centran en las interacciones y actividades de los miembros de la familia para determinar la organización o estructura de la misma. Los terapeutas de familia que emplean este modelo están interesados en determinar quien interactúa con quien, con que fin y con que frecuencia. Mientras recogen esta información los terapeutas estructurales también observan si las relaciones familiares parecen ser cercanas, distantes, caóticas o rígidas.

Las metas estructurales se basan en hipótesis formuladas a partir de secuencias interactivas en la familia. Estos objetivos se especifican a menudo en forma de patrones o secuencias de conducta alteradas relativas al problema.

En la terapia estructural de la familia, el objetivo del terapeuta al inicio de la sesión es unirse a la familia convirtiéndose en parte del sistema familiar (Sánchez, 2000). Esta unión exige al terapeuta crear el rapport, mostrándose cercano y responsiva a los miembros de la familia.

El terapeuta busca puntos fuertes y patrones interactivos en el sistema. Cuando los patrones son evidentes y se formulan las hipótesis, el terapeuta adopta un rol directivo, pidiendo a la familia que participe en representaciones específicamente diseñadas para el fin esperado. El terapeuta comparte historias personales que demuestran empatía con las dificultades familiares

El terapeuta confía en las intervenciones sesión a sesión para producir cambios conductuales iniciales, estos cambios están pensados para estimular además cambios cognitivos y perceptuales. Implicando a muchos miembros de la familia, el terapeuta estructural espera ayudar a la familia a reorganizarse de tal modo que el subsistema parental se vea fortalecido con los límites jerárquicos apropiados.

3.3.2 Terapia estratégica de familia

Los modelos de terapia estratégica de familia subrayan un enfoque o estrategia particular para cada problema presentado. Los principales contribuyentes de este tipo de práctica son los teóricos de la comunicación del Mental Research Institute de Palo Alto en California, dentro de los que destacan Jay Haley. Sus ideas sobre los síntomas como forma de comunicación generaron un modelo teórico de terapia estratégica. Los síntomas surgidos en la familia se interpretan como metáforas que describen algún aspecto del sistema familiar. La idea de la metáfora se usa en un sentido más simbólico que literal.

Estos terapeutas consideran toda conducta como un acto comunicativo y, por tanto, un síntoma es una comunicación entre dos o más miembros que simboliza algún problema dentro de la red interpersonal (Sánchez, 2000). El síntoma es un intento de solución de algún otro problema que pasa inadvertido o no ha sido reconocido por los restantes miembros de la familia. Tales mensajes metafóricos ayudan al terapeuta a conceptualizar la relación entre síntomas y patrones interactivos dentro de la familia. Tras obtener una definición del problema, los terapeutas que efectúan terapias breves examinan las soluciones que ya han sido probadas para resolver el problema.

El terapeuta estratégico actúa como el director de escena que presenta las directrices a la familia. El terapeuta formula hipótesis sobre cada problema y añade directrices para resolverlo. A medida que los miembros de la familia describen el problema, el terapeuta evita confirmar las percepciones de la familia que 1) el paciente identificado sea el problema y 2) el paciente o síntoma identificado no pueda cambiarse. Aceptando la definición que la familia hace del problema, el terapeuta participará en su continuación.

El terapeuta evita adoptar un rol central en esta interacción. El terapeuta trabaja sobre la premisa de que los pequeños cambios iniciales conducirán a mayores cambios con el paso del tiempo.

A medida que el terapeuta ayuda a la familia a interactuar de forma diferente durante toda la sesión, es importante atribuir "motivos positivos a los clientes" (Sánchez, 2000). Las conductas problemáticas se vuelven a clasificar para que adopten un significado más positivo, las nuevas clasificaciones tratan de aportar a los miembros de la familia un nuevo modo de pensar sobre el problema, para que pueda resolverse, algunas veces, los terapeutas estratégicos utilizan tareas directas, presuponiendo que los clientes cumplirán las sugerencias.

Los modelos terapéuticos suponen que el cambio se produce a través de la respuesta que da el cliente ante las directrices recibidas durante la sesión y ante las tareas sugeridas para casa. Se cree que la interacción de los patrones habituales de conducta es el punto de partida más importante del cambio. Este inicio permite a los miembros de la familia experimentar lo nuevo y lo extraño con ayuda del terapeuta.

3.3.3 Terapia intergeneracional de familia

La intergeneracional de familia incluye el trabajo de muchos pioneros que comparten por una parte el interés por la dinámica familiar a lo largo de múltiples generaciones. Estos terapeutas conceptualizan a las familias y sus problemas en términos de dinámicas psicológicas transmitidas de generación en generación. A diferencia de los terapeutas estructurales, los terapeutas que emplean este modelo contemplan la información sobre las relaciones pasadas como un trampolín significativo a partir del cual pueden diseñarse las intervenciones del presente (Sánchez, 2000). El hecho de que se repitan las interacciones que generan los mismos resultados insatisfactorios es indicativo de la intensa ansiedad que motiva su conducta. Los seguidores de Bowen suponen que los patrones de diferenciación se transmiten de padres a hijos (Sánchez, 2000), a medida que los progenitores transmiten a sus hijos su nivel de diferenciación, las relaciones se fusionan.

Este modelo de terapia familiar presupone que cada miembro de la familia actúa impulsivamente en base a la emoción o a la tradición y no es consciente de que el poder de la razón podría generar la mejora de los patrones relacionales.

Los terapeutas intergeneracionales a menudo preguntan sobre las defunciones y pérdidas experimentadas en la familia. Muchas veces estos sucesos se vinculan con el subsiguiente desarrollo de síntomas en la familia (Sánchez, 2000).

En una sesión intergeneracional, el terapeuta dispone de un rol central en el proceso. El terapeuta formula preguntas sobre el historial del síntoma, prestando una atención específica a los sucesos vitales significativos en la cronología de la familia. También eventualmente los miembros de la familia recibirán asignaciones como recopilar información sobre la historia familiar, escribir cartas (a los vivos y a los muertos) que serán revisadas por el terapeuta, visitar a familiares o visitar el cementerio. La revisión de estas tareas aporta una información útil para detriangular las relaciones y ayudar a la familia a comentar los aspectos no resueltos, el terapeuta enseña a los miembros de la familia a mostrar menor reactividad emocional al referirse a cada aspecto.

3.3.4 Terapia experiencial de la familia

El terapeuta experiencial de la familia se centra en las necesidades subjetivas del individuo en la familia y el trabajo para facilitar un proceso familiar que tendrá en consideración la individualidad de cada miembro. Es similar al terapeuta intergeneracional en su atención a lo subjetivo; sin embargo, concede más valor a la expresión emocional como parte de un proceso de crecimiento.

Carl Whitaker y Virginia Satir, son los mejores representantes de las características distintivas del enfoque experiencial. Estos terapeutas creen que todos los individuos tienen el derecho de ser ellos mismos; sin embargo, las necesidades familiares y sociales suprimen a menudo la individualidad y la auto-expresión mediante la cual una persona se hace entender y se da a conocer plenamente en la familia. Como los progenitores son los arquitectos de la familia, les corresponde proporcionar la estructura y protección suficientes que fomenten la individualidad de cada hijo. El terapeuta emplea la auto-apertura, la revelación de sentimientos y experiencias para las metas terapéuticas. Al mismo tiempo, el terapeuta demuestra auto-aceptación admitiendo sus errores y fallos. Según procede con las instrucciones, el terapeuta busca oportunidades para demostrar franqueza y credulidad, comentando algún aspecto de cada individuo que

normalmente sería ignorado en una comunicación típica. Además de moldear y enseñar, el terapeuta facilita el proceso familiar durante la sesión de tal forma que pueda producirse una comunicación efectiva.

El terapeuta genera el rapport con la familia mediante la empatía, el ánimo, las preguntas y las directrices. El terapeuta también modela la genuinidad revelando temores, vergüenzas, fantasías y debilidades. Al hacerlo, el terapeuta experiencial confía en la universalidad de la experiencia humana para ayudar a los miembros de la familia a identificarse con ella. Los experienciales son menos sistemáticos con el uso de intervenciones específicas a consecuencia de su énfasis en la espontaneidad y la creatividad.

3.3.5 Terapia sistémica del grupo de Milán

Mara Selvini-Palazzoli, terapeuta individual con preparación en psicoanálisis infantil y especialista en pacientes con anorexia nerviosa, fundó el Instituto de la Familia, en Milán, invitando para tal efecto a otros psicoanalistas, entre los que se encontraban Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata.

Sus primeros trabajos fueron publicados en inglés, ahí aportaron los principales lineamientos de este modelo, como son: la importancia de lo que refiere el paciente, el uso del equipo terapéutico durante la terapia, las connotaciones positivas y los rituales, temas que fueron desarrollados en publicaciones posteriores. Una de las grandes aportaciones del grupo de Milán en este periodo son las connotaciones positivas, referidas a que el terapeuta no solo trata de calificar el comportamiento sintomático sino que ve todo el comportamiento como positivo o bueno.

El objetivo es preservar la cohesión del grupo familiar, lo cual permite al terapeuta ser aceptado por la familia, pues no desafía o cuestiona ninguna posición de conducta.

El grupo de Milán utiliza los ritos o rituales, en lugar de las interpretaciones, para enfatizar una conducta patológica de la familia con la finalidad de motivar su cambio. El ritual es una prescripción específica para cada familia y no se podrá repetir en ninguna otra, la prescripción ritualizada contiene una estructura formal que podrá utilizarse con cualquier otra familiar, en diferentes circunstancias. El ritual contiene una poderosa prescripción; por ejemplo en diferentes días de la semana y en forma alterna, cada uno de los esposos tendrán que lidiar con el hijo problemático y el otro conyugue actuara como si no estuviera ahí; esto permite una nueva forma de transacción entre los miembros de la pareja para bloquear la forma de comportamiento estereotipado de la familia.

El grupo de Milán apporto otro concepto que es el de circularidad. Esta se comprende por la capacidad que tiene el terapeuta para producir su intervención sobre las bases de retroalimentación de la familia, como respuesta a la información que este (terapeuta) solicita, respecto de las relaciones de la familia así como sus diferencias y cambios (Brown & Midori, 2002).

El terapeuta plantea las preguntas para enriquecer la comunicación y la comprensión temporal del problema. Los propósitos del cuestionamiento circular serán:

- Introducir a cada miembro de la familia una visión sistémica, dándoles retroalimentación acerca de sus preocupaciones, creencias, comportamientos, posición, relaciones y pertenencias.
- Confirmar o descartar la hipótesis del problema
- Proponer la conducción del terapeuta
- Elaborar planteamientos en la estructura sistémica de la familia, en relación temporal (pasado, presente, futuro) del problema
- Realizar preguntas únicamente relacionadas al problema y a la hipótesis planteada

- Comprender las palabras clave o el léxico de la familia, así como la posición estereotipada de cada miembro en esta y determinar cuando y porque se dio
- Hacer las preguntas de forma menos incisiva respecto del problema
- Realizar la misma pregunta a cada integrante de la familia o a los que se considere necesario para que se de el planteamiento sistémico.

El objetivo de esta terapia será conseguir un cambio, pero este será brindar a la familia la capacidad de poder realizar sus propios cambios sin conflicto en el futuro (Brown y Midori, 2002). La familia percibirá al terapeuta como neutral, sin que tome preferencia o haga coalición con ningún miembro de la familia, sin omitir juicios y aceptando a cada uno de ellos, minimizando o atomizando la problemática, las preguntas y la interacción del terapeuta deberán estar dirigidas a cada integrante de la familia, en forma circular y con tiempo iguales de interacción.

Los objetivos en general de la terapia familiar son, cambiar el síntoma y el tipo de interacción familiar, que el paciente se perciba como agente de su propio cambio y que perciba el síntoma de otra forma diferente.

En las familias con trastornos de la conducta alimentaria, la necesidad de relacionarse entre si es tan intensa que se hace a costa de la identidad de la diferenciación. Se han descrito las características generales de este tipo de familias, como son el aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación de conflictos. En general son familias de pacientes identificadas como anoréxicas restrictivas (Fernández, 2005).

Aglutinamiento, es el exceso de unión-fusión de los miembros de la familia. No hay límites claros entre ellos, todo es de todos, hay una disminución de responsabilidades individuales. La familia a su vez, describe estas características con orgullo, se consideran leales, sensibles, preocupados por el otro.

Sobreprotección, son aquellas actitudes parentales que impiden la exploración al paciente del mundo, de realizar tareas nuevas, de equivocarse, en aras de evitar riesgos y preocupaciones.

Rigidez, se refiere a la capacidad de modificar conductas, transformaciones que toda la familia debe llevar a cabo acorde a los cambios evolutivos.

Evitación de conflictos, se muestra en este tipo de familias como una atención extrema a la necesidades de los otros, son amables, los perfectos, siempre preocupados por los demás.

En la terapia el terapeuta debe de tener la función de ser un explorador neutral. Este razonamiento permitirá al terapeuta posicionarse en una actitud comprensiva con el sufrimiento de todos los miembros de la familia, lo que abrirá la posibilidad de iniciar una relación que a larga permita que el terapeuta se convierta en una figura de apego e la que se pueda confiar.

El terapeuta debe confirmar a cada miembro de la familia que se tomara en cuenta su descripción del problema y de esa manera comprenderá que se ha entendido y que es importante su versión. Posteriormente se inicia una etapa de la sesión en busca de aspectos relacionales del síntoma. Es decir buscar aspectos relacionales del síntoma manteniendo una posición de no juicio, de neutralidad. Las preguntas circulares no son fáciles de hacer sin caer en acusaciones etiológicas o causales. Es muy importante que desde el comienzo el terapeuta haya conectado con aspectos relacionados intrafamiliares o extrafamiliares (León y Castillo, 2005).

3.4 Intervención psicosocial

Rizzo (2009), define que la intervención psicosocial, es una técnica de la psicología social y de sus diversos campos, que permiten estudiar, teorizar e intervenir, con el fin de facilitar cambios sociales y lograr un bienestar común de

una comunidad; pero todo esto se logra desde diferentes posiciones epistemológicas, teóricas y Praxeológicas de la psicología social y su manera de comprender los fenómenos psicosociales en relación a las interacciones (comprendiendo este concepto como una unidad central o como objeto de estudio) formadas en las relaciones que establecen los sujetos en su afiliación a un contexto social o comunitario (Rizzo, 2009).

Cuando se hace referencia a la esta intervención, estamos hablando de una actividad dirigida a la solución de un problema práctico que abordamos con la ayuda imprescindible de una estructura conceptual (Blanco y Rodriguez, 2007 en Rizzo, 2009)).

Esta perspectiva aplicada conlleva una concepción de la Intervención que la diferencia de otras:

- No es asistencial, busca promover procesos de intervención socialcomunitarios
- Es una acción mediadora entre los usuarios y la estructura institucional desde la que se interviene.
- Se necesita de la participación activa y constructiva de parte de los usuarios.
- Es contextualizada, es decir se valoran los elementos presentes en la interacción.
- Está enmarcada en el ámbito de los derechos humanos y sociales de los ciudadanos.
- Busca la participación, el empoderamiento y la toma de decisiones de los usuarios.
- Se despliega desde una perspectiva de desarrollo de capacidades y potencialidades de los seres humanos, en la cual el cambio es posible.

Según Montenegro (2001 en Rizzo, 2009) existen dos vertientes de la Intervención. Una Intervención denominada Participativa y otra denominada Dirigida. La primera, destaca que es desde la pedagogía y el trabajo conjunto que se atacan las necesidades concretas y se busca la emancipación de las personas del conjunto de relaciones de dominación a las que están expuestas en la sociedad. Es la unión entre el Interventor y los Intervenidos la puede promover un cambio social planificado.

En la segunda, es el interventor, experto el que diseña un plan o estrategia para tratar de intervenir un problema específico a partir de una demanda social, en el cual el cambio es posible, pero solo si es planificado a partir de las personas que tienen el conocimiento adecuado de la sociedad, es decir, los interventores o intelectuales quienes moldean el cambio.

La Intervención Psicosocial, privilegia su accionar en la vertiente denominada Participativa, sin desconocer la denominada Dirigida, ya que dada la naturaleza de algunas problemáticas o necesidades psicosociales, se hace necesario la intervención Dirigida. Por ejemplo, las problemáticas que atienden las entidades de servicios sociales y las de cooperación internacional.

Podemos decir que la Intervención Psicosocial es una actividad dirigida a la solución de problemáticas sociales, que privilegia la participación de los intervenidos con los interventores en la construcción de cambio social y emancipación.

Otros autores como Montero (2006) consideran que la intervención psicosocial se debe centrar en el acompañamiento que se hace a los sujetos sociales en su proceso de comprensión y transformación de sus realidades, en sus condiciones de vida en concreto y dentro del marco de sus derechos humanos, sociales y ciudadanos. Estas condiciones establecen un papel relevante, para la labor que cumple cada psicólogo social en un contexto comunitario en particular y en el cual,

solo puede participar como agente que permite afianzar el mejoramiento de la calidad de vida en una comunidad, facilitando o catalizando un desarrollo desde las capacidades propias de las comunidades, auspiciando su fortalecimiento para obtener y producir nuevos recursos conducentes a los cambios deseados y planificados por ellos mismos en su entorno.

La intervención psicosocial, en este sentido es comprendida desde el trabajo de acompañamiento que realiza el profesional en su labor de investigador, capaz de teorizar sobre la realidad en la que interviene y en la que logra diseñar alternativas mediante la intervención psicosocial en las comunidades, que les permita a ellos mismos, efectuar sus propios cambios en su sociedad.

Luego el objetivo primordial que debe cumplir la intervención psicosocial se debe centrar, en el empoderamiento y control que hacen los mismos sujetos sobre sus diversas realidades; esta es una condición emancipadora que logra auto regular los procesos por parte de los mismos sujetos sociales en los que se interviene, sin generar ningún tipo de dependencia hacia el profesional y afianzando así las capacidades de decisión y control de las propias acciones sociales de manera autónoma, en la cual los sujetos asumen la responsabilidad por sus consecuencias (Camacho, 2010)

Cuando se habla de intervención psicosocial se tiene que especificar los tres bloques fundamentales, la prevención primaria, la secundaria y terciaria, siendo la primaria aquella entendida como la prevención que trata de impedir la incidencia de nuevos casos de anorexia nerviosa, y para ello es importante la información sobre factores y conductas de riesgo, así como la intervención en la industria dietética, de la moda en los medios de comunicación y en el ámbito familiar y educativo. La prevención secundaria, se hace necesaria cuando necesitamos diferenciar los trastornos de la alimentación de otros trastornos mentales u orgánicos, y el objetivo es actuar sobre los síntomas y signos característicos de esa patología. Por ultimo la prevención terciaria buscaría evitar recaídas en

aquella personas que se han recuperado de su trastorno alimentario y evitar la cronificación que puede llevar a ala muerte (León y Castillo, 2005).

CONCLUSIONES

Los trastornos de la alimentación han tenido un aumento en investigaciones durante las últimas décadas, esto producto del deseo de mantener una figura corporal determinada, es un hecho inseparable del ambiente y en general por los medios de comunicación, que hacen ver a una mujer perfecta, sumamente delgada.

Encontramos que gracias a este deseo de las y los jóvenes por tener un cuerpo perfecto a su parecer, la prevalencia de la anorexia se estima que a nivel mundial es de 0.5% a 1% los principales afectados son adolescentes y adultos jóvenes, en cuanto a género se refiere se estima que los hombres ocupan 1 por cada 10 mujeres que la padecen, y que de esta población el 25 al 33% desarrollan un trastorno crónico, por otra parte del 5 al 13% sufren síndrome parcial de algún trastorno alimentario. La tasa de mortalidad se estima en 5.9% de los casos de anorexia nerviosa nivel mundial.

En cuanto a nivel nacional se estima que la prevalencia de la anorexia nerviosa es de 0.2 a 0.5% afectando a la población mas vulnerable que son adolescentes y adultos jóvenes, en cuanto a genero se refiere se estima que por cada 20 casos de mujeres que padecen este trastorno 1 hombre lo padece también, también se estima que en la población mexicana del 3 al 5% padecen algún otro trastorno de la conducta alimentaria. La tasa de mortalidad para esta población fluctúa entre el 1 y 3% siendo la causa más frecuente desnutrición, fallo cardiaco o suicidio. Y todo esto por seguir estereotipos, o querer ser personas que no son, por querer encajar en algún grupo social entre otras cosas.

Por otra parte existen diversas evidencias medicas que señalan los componentes genéticos hereditarios, que a bajos niveles de serotonina y altas concentraciones de cortisol (ligada a la respuesta corporal del estrés), factores biológicos que intervienen en la anorexia nerviosa así como en el mantenimiento de esta según el

caso; así mismo como las alteraciones bioquímicas que padecen las y los chicos con este trastorno, y por otro lado la frecuencia desarrollada en adolescentes que presentan vulnerabilidad personal como el tener una baja autoestima, problemas de identidad, repudio sexual o la propia imagen corporal, experiencias de fracaso, cambios corporales, entre otros, haciendo que dependiendo de la edad comiencen a temprana edad a realizar las famosas dietas.

En este sentido la anorexia nerviosa tiene una presentación clínica muy variada y con frecuencia se da un continuo entre las modalidades de síntomas, lo que se ha expresado en las diferentes clasificaciones existentes, como es el caso del DSM IV Y EL CIE-10 por mencionar algunas, en estas se basan los psicólogos y médicos para poder dar un diagnóstico preciso y confiable.

En cuanto a la historia de la anorexia pudimos dar cuenta que se remonta desde hace varios siglos, pero sin embargo no existe gran diferencia en cuanto a la sintomatología de las anorexias de aquellas épocas con las actuales, parece ser que las anoréxicas antiguas realizaban algunos rituales como ayunos o alimentarse de ostias ya que ellas lo realizaban con un fin religioso, cosa que no pasa en la actualidad. Pero tal parece que tanto en la actualidad como antiguamente no comer, realizar ayunos, laxarse entre otras cosas, tenían el mismo fin que es perder peso y así su atractivo para que los hombres no se fijaran en ellas, ya que tenían repudio alguno hacia la reproducción por miedo a engordar.

En este sentido la psicología nos da diferentes respuestas de como explican y entienden la anorexia en la actualidad, como sabemos según la vertiente va ser un significado distinto, pero tal parece que el psicoanálisis y el cognitivo conductual coinciden en que las anoréxicas tienen una imagen distorsionada de su cuerpo por lo que recurren a diferentes rituales para perder peso como el uso de laxantes, diuréticos entre otros, para llegar a tener el cuerpo ideal. Lo anterior puede tratarse gracias a los diferentes tratamientos existentes, independiente del

enfoque o marco teórico empleado. Ya sea a nivel individual grupal o a nivel familiar todos y cada unos dan resultados favorables, según la demanda y el caso de cada paciente con anorexia nerviosa.

Los diferentes modelos teóricos que fueron revisados en este trabajo, para conocer los diferentes tratamientos para este trastorno alimentario, fue desde el modelo psicoanalítico, cognitivo conductual, sistémico, y psicosocial. Que en este sentido la mayoría de los autores coinciden en la necesidad de llegar a tener un tratamiento para la recuperación del peso a valores normales según las condiciones de la paciente, también en un tratamiento dirigido al mantenimiento del peso, es decir tratamiento psicológico y prevención de recaídas. De hecho casi todos los autores de la literatura revisada consideran que este sería el objetivo principal de la terapia.

Actualmente se acepta que las pacientes con anorexia nerviosa sean 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, nutriólogos, endocrinólogos y por supuesto psicólogos para un tratamiento integral.

La importancia de este trabajo fue dar a conocer la prevalencia de los trastornos alimentarios en general, pero específicamente centrado en la anorexia nerviosa, con el fin de conocer más de cerca este trastorno así mismo saber cómo surgió, de dónde proviene y cuáles son principales síntomas para detectarla. Y en este sentido poder conocer más a fondo algunas de las terapias psicológicas que se han empleado actualmente para la recuperación de pacientes con anorexia nerviosa. Para que este trabajo sirva en futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFIA

- Asnoun, M. (2012). Asociación libre. Recuperado el 16 de abril de: www.freeencyclopediaofpsychoanalysis.com
- Behar, R., y Figueroa, G. (2004) Anorexia y bulimia. Clínica terapéutica. Buenos aires: Mediterráneo. pp: 151-199
- Brown, J., y Midori, S. (1998) La práctica de la terapia familiar. Elementos clave en diferentes modelos. Barcelona: Editorial Desdeé de Brouwer. pp: 51-61, 143-153
- Cabetas, I. (2000) anorexia nervosa: la melancolía como sustrato psicopatológico de la enfermedad. Recuperado el 28 de marzo 2012 de: <http://eprints.ucm.es/tesis/19972000/S/4/S4012601.pdf>
- Camacho, J. (2010) La intervención psicosocial. Universidad INCCA de Colombia. pp: 1-3.
- Chinchilla, A. (2003) Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones. España: Masson. pp: 30-45, 219-242.
- Contreras, A. (2008) Anorexia nerviosa en adolescentes Mexicanas: un punto de vista psicoanalítico. Recuperado el 3 de mayo 2012 de: www.encuentropsicoanalitico.com.
- Díaz, F., y Cruzat, C. (2011) Anorexia Nerviosa: Reflexiones psicoanalíticas sobre la sexualidad femenina y la figura del padre en una evaluación clínica. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios vol.2, pp: 1-9.*
- Fernández, F., y Turón, V. (2004). Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Barcelona: Masson. pp: 13-19, 92-102
- Fuks, B. (2010) Estudios Psicoanalíticos sobre Anorexia: Cuando no se sabe nada. *Revista Latinoamericana de Psicología Fundamental. Vol 13 n 6. pp: 412-424.*

- García, E. (2008) La Obesidad y El Síndrome Metabólico como Problema de Salud Pública. Una Reflexión. *Salud pública México vol.50*.
- Gutiérrez, Mora, Unikel, Villatoro y Medina. (2001). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en mujeres de nivel superior del Estado de México. *Revista científica electrónica de psicología icsa-uaeh no.6* 159
- Hernández, D., Laguna, J. (2007). Trastornos alimenticios. Recuperado el 18 de marzo 2012 de: <http://www.edbosques.com/inicio.htm>
- Lazarevich, I., Mora, F., y Torner, C. (2002). Anorexia y bulimia: Nuevo modelo etiopatogénico. *Nutrición clínica vol 5, n 4, pp: 279-282*.
- Leiva, J. (2011). Terapia de grupo cognitivo conductual. Recuperado el 2 de mayo 2012 de: <http://es.scribd.com/doc/22526975/Terapia-Grupal-Cognitiva-Conductual>.
- León, M., y Castillo, M. (2005) Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa. España: editorial formación Alcalá. pp: 29-37, 54-56, 114-124.
- Mancilla, J., Gómez, G., Álvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., López, X., y Acosta, V. (2006). Trastornos alimentarios en Hispanoamérica. México: Manual Moderno. pp 123-125.
- Mateos, A., y Solano, N. (1997) Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas. *Revista electrónica de psicología. Vol. 1 (1), pp: 1-4*.
- Minuchin, M. (1974) Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa. pp: 15-38.
- Muriel, E., y Campo, M. (2004). Ansiedad social en la anorexia nerviosa: hacia un modelo explicativo. Recuperado el 3 de abril 2012 de: psiquiatria.com
- Morrison, J. (2008) DSM IV: guía para el diagnóstico clínico. México: manual moderno pp: 557-559.
- Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.

- Raich, M. (2000) Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Ediciones Pirámide. pp 21-26
- Rentería, A., Antúnez, I., y Salinas, V. (2012). (en prensa). Psicoterapia conductual: de la primera a la tercera generación. En M.L. Rodríguez y P. Valladares (coordinadoras). Psicoterapia: Estudios de casos.
- Rizzo, A. (2009). Aproximación teórica a la intervención psicosocial. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis» ISSN 1692 0945, N° 17 Junio de 2009. p: 2-4.*
- Rodríguez, B., Oudhof, H., González, N., Unikel, C., y Becerril, M. (2008). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en mujeres de nivel superior del Estado de México. *Revista electrónica de psicología, n 6 pp: 150-161.*
- Sánchez, D. (2000) Terapia familiar: Modelos y técnicas. México: Manual moderno. pp: 22-40.
- Saucedo, T., y Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental 2010;33:11-19.*
- Siquier, M. (2010). Los enigmas de la anorexia-bulimia. Recuperado el 2 de mayo 2012 de: <http://intercanvis.es/pdf/04/04-06.pdf>
- s/n (2010). Trastornos de la conducta alimentaria. Recuperado el 5 de mayo 2012 de: <http://www.tamborrelnoticias.com/doctos/TRASTORNOSDELACONDUCTAALIMENTARIA.pdf>
- Toro, J. (2004) Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. España: Ariel. pp: 32-45
- Torres, B., Hernández, G., y Badel, M. (2010). Creencias irracionales que poseen los estudiantes del programa de psicología del la Corporación Universitaria del Caribe-CECAR. *Revista BÚSQUEDA CECAR, vol.12 (24), pp 24- 28.*
- Turón, G. (2008) Trastornos de la Conducta Alimentaria. Recuperado el 5 de Septiembre

de:<http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=XZdWF25z0IAC&oi=fnd&pg=PA1&dq=anorexia&ots=YvUTg212mU&sig=zP61OGjUI4NhQNMRV9anZIFYRQE#v=onepage&q&f=false>

- Unikel, C., y Caballero, A. (2010). Guía clínica para los trastornos de la conducta alimentaria. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente Muñiz. pp: 13-17.