



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Propuesta de prevención de los factores predisponentes en el desarrollo de los trastornos alimenticios”

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Sheila Hernández Cedillo

Directora: Lic. Juana Olvera Méndez
Dictaminadores: Dr. José de Jesús Vargas Flores
Lic. María del Rosario Guzmán Rodríguez



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2016.



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

Haber concluido la carrera es un gran logro para mí, a pesar de los obstáculos que uno mismo se crea, siempre es satisfactorio demostrarse que se puede llegar a la meta.

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres por el apoyo otorgado a lo largo de mi vida. Gracias por sus palabras que me reconfortan e incluso sus regaños, los cuales me han ayudado para guiar mi camino. Les agradezco por no cortarme las alas, y siempre alentarme a seguir adelante y a ver más allá de lo que hay frente a mí.

A mi hermana, por ser como mi segunda madre. Gracias por acompañarme siempre que puedes, por escucharme, por aconsejarme y por ser mi compañera de locuras.

A mi sobrino, gracias por hacerme recordar a ese niño interno, por enseñarme a ver la vida desde otro ángulo.

A mi abuelo materno, aunque me hubiera encantado compartir con él éste momento, sé que nunca ha dejado de estar a mi lado. Su partida me enseñó muchas cosas, y la creencia de lo orgulloso que estaría de mí me hace tener un motivo más para salir adelante.

Existen tres personas que me han demostrado que no se necesita llevar los mismos apellidos o ser de la misma familia para considerarlos hermanos:

Lizeth, gracias por estar junto a mí estos últimos años. Cómo poder agradecer el tiempo que me has brindado, tu apoyo y tus palabras han sido parte fundamental de éste logro. Eres como mi reflejo, me has demostrado que la relación entre dos personas tan similares puede ser excelente, siempre y cuando haya sinceridad de por medio.

Gabriela e Iztel, hoy me doy cuenta que fueron mi mejor elección, no me equivoque al elegir las como mi familia de psicólogas. Con ustedes viví muchas

cosas tanto buenas como desagradables y las que nos faltan. Ustedes son dos de las personas que más aprendí en estos cuatro años, y quienes me vieron modificar mi conducta día con día. Gracias por todo, sus consejos y golpes que me dejaron una enseñanza o cicatriz.

A la profesora Juana Olvera, no encuentro la manera de agradecerle la confianza que ha depositado en mí. A pesar de que siempre nos mencionó que evitáramos admirar a un maestro, hoy debo confesarle que para mí es usted un ejemplo a seguir, le tengo un gran respeto, admiración y sobre todo cariño.

Finalmente, agradezco de ante mano a cada uno de los profesores, compañeros y todas aquellas personas que estuvieron involucradas en mi formación profesional. Principalmente un agradecimiento a cada una de los usuarios o alumnos que depositaron su confianza en mí y me permitieron poner en práctica los conocimientos adquiridos y aprender de cada uno de sus casos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	
1.1. Definición de Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	11
1.2. Anorexia Nerviosa.....	13
1.3. Bulimia Nerviosa.....	19
1.4. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.....	25
1.5. Trastorno por atracón.....	26
1.6. Nuevos Trastornos.....	30
1.6.1. Alcohorexia.....	31
1.6.2. Diabulimia.....	32
1.6.3. Ortorexia.....	33
1.6.4. Pregorexia.....	35
1.6.5. Vigorexia.....	35
2. PREVALENCIA Y ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS	
2.1. Estadística de los trastornos alimenticios en México.....	39
2.2. Etiología.....	44
2.2.1. Factores biológicos.....	47
A. Factores genéticos.....	47
B. Neurotransmisores.....	50
C. Obesidad.....	53

D. Adolescencia.....	58
2.2.2. Factores familiares.....	60
A. Funcionamiento en familias.....	63
B. Trastornos afectivos.....	68
C. Factores estresantes.....	69
2.2.3. Factores psicológicos.....	72
A. Autoestima, Autoconcepto e Imagen corporal.....	73
B. Insatisfacción corporal.....	77
C. Ansiedad Social.....	82
D. Alexitimia.....	84
E. Asertividad.....	86
F. Estrés.....	87
G. Trastornos obsesivo-compulsivo (perfeccionismo).....	88
2.2.4. Factores sociales.....	90
A. Medios de comunicación.....	91
B. Internet.....	96
C. Publicidad, modelos y pasarelas.....	98
D. Danza y algunos deportes.....	100
E. Grupo de iguales.....	103

3. CONSECUENCIAS: PACIENTE Y FAMILIA

3.1. Consecuencias del paciente.....	107
3.1.1. Atención multidisciplinaria.....	109
3.1.2. Psicológicas.....	113
3.2. La presencia de un trastorno alimenticio en la familia.....	131

4. TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS

4.1. Trabajo multidisciplinario.....	136
4.2. El papel del psicólogo.....	139
4.2.1. Psicoeducación.....	144
4.2.2. Modelos teóricos que abordan los trastornos alimentarios.....	147
4.2.3. Prevención primaria.....	150

5. PROPUESTA DE PREVENCIÓN PRIMARIA

5.1. Teoría Cognitivo Conductual.....	153
A. Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC).....	155
B. Entrenamiento en Habilidades Sociales.....	160
C. Terapia en Solución de Problemas.....	166
5.2. Primera parte: Propuesta de prevención para adolescentes.....	173
5.3. Segunda parte: Propuesta de prevención para padres.....	183

CONCLUSIONES.....	192
-------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA.....	195
-------------------	-----

INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimenticios son enfermedades crónicas y progresivas, que a pesar de manifestarse a través de la conducta alimentaria, consisten en una gama compleja de síntomas entre los que prevalece la alteración o distorsión de la imagen corporal, un gran temor al aumento de peso y la adquisición de una serie de valores otorgados a través de la imagen corporal (Garrote y Palomares, 2014).

A través de la siguiente tesis, se plantea una propuesta de prevención primaria enfocada a los factores predisponentes de los trastornos alimenticios. La cual está dividida en dos partes, para ser aplicada a adolescentes y sus padres. En ella se pretende llevar a cabo una serie de técnicas que fomente en los individuos la racionalización de sus creencias con respecto a la imagen corporal y se entrenen para tener una comunicación más efectiva. En esta propuesta se hará uso de la psicoeducación y el enfoque cognitivo conductual, y para poder llevarla a cabo es necesario dar a conocer aspectos fundamentales sobre los desórdenes alimenticios.

El primer capítulo, está compuesto inicialmente por la definición de los trastornos de la conducta alimentaria, y a partir de ello, se mencionan los tipos de trastorno existentes, desde los más reconocidos como: Bulimia Nerviosa, Anorexia Nerviosa y Trastorno por atracón, mencionándose los antecedentes de cada uno; hasta los denominados *nuevos trastornos* (alcohorexia, vigorexia, ortorexia, pregorexia, diabulimia, etc.), los cuales aún no han sido reconocidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

A lo largo del segundo capítulo, se considera la epidemiología de estas enfermedades en México, así como la evolución que ha existido en la edad en que se presentan estos problemas, considerando que durante varios años, la edad promedio de incidencia en un trastornos alimenticio se encontraba entre los 16 años. Ahora bien, este capítulo contiene también uno de los factores más importantes para la presente tesis, la etiología de los trastornos alimenticios. En él, se describe la amplia gama de factores de riesgo, denominados por Saucedo,

Peña, Fernández, García y Jiménez (2010), como estímulos, conductas y características individuales y del entorno, que inciden en el estado de salud, aumentando la vulnerabilidad de un individuo para padecer un trastorno alimenticio. Los factores de riesgo referidos se encuentran divididos en: biológicos, psicológicos, familiares y sociales. Haciendo una descripción de cada variable que se depende de estas cuatro categorías.

Posteriormente en el tercer capítulo, se explicarán las consecuencias que trae consigo la presencia de un trastorno alimenticio. Donde al igual que en el capítulo anterior y para una mejor descripción, las consecuencias se encuentran divididas en: biológicas, psicológicas y familiares. Inicialmente, y como parte de las secuelas a nivel biológico, que son las más notorias puesto que los malestares no pueden ser ocultados durante mucho tiempo, podemos encontrar alteraciones a nivel: metabólico, gastrointestinales, respiratorio, cutáneo, muscoesqueleticas, orofaciales, neurológicas, renales, hematológicas e inmunológicas, etc. Sin embargo, con atender las consecuencias a nivel fisiológico no basta, sino que también juega un papel importante el aspecto psicológico. Entre las consecuencias psicológicas más comunes de estos trastornos encontramos: humor depresivo, irritabilidad, ideas obsesivas, preocupación excesiva por la comida, etc. No podemos dejar de lado el impacto que estas enfermedades causan en el aspecto familiar, en donde encontramos principalmente dificultades en la relación padres e hijo, estrés o frustración por parte de los padres al no saber cómo intervenir, etcétera.

Una vez que conocemos los elementos básicos para poder hacer un diagnóstico efectivo, es momento de citar el tratamiento y la evaluación pertinentes para tratar esta enfermedad. Por ello, en el capítulo cuatro, se cita el trabajo multidisciplinario del que se debe hacer uso, pues como ya lo vimos un desorden alimenticio no implica sólo aspectos psicológicos sino que también conlleva cuestiones médicas y nutricionales. Sin embargo, es el aspecto psicológico en donde se hace el mayor énfasis en esta ocasión. Por lo que se puntualiza en los métodos que son mayormente utilizados para evaluar a las

personas que padecen estos desórdenes; y posteriormente se señalan las teorías más utilizadas bajo las cuales hoy en día se realiza un abordaje terapéutico en los trastornos alimentarios, y se refiere también una de las herramientas (psicoeducación) más utilizadas actualmente y que suele ser combinada con diversas teorías. Como parte también de una labor de intervención, se ha considerado agregar en este capítulo información sobre la prevención primaria, definida por Ezpeleta (2005), como aquellas estrategias que se utilizan antes de que el trastorno aparezca.

Finalmente, en el capítulo cinco, se lleva a cabo la propuesta de prevención primaria de los trastornos alimenticios, la cual se encuentra dividida en dos partes. La primera implementada únicamente para adolescentes, y la segunda parte, realizada para llevar a cabo el trabajo con los padres de los adolescentes tratados. El objetivo del trabajo con padres y el uso de la psicoeducación es entrenar a los padres en la enseñanza o fortalecimiento de la aceptación de la imagen corporal de los hijos, y comunicación efectiva para poder prevenir la aparición de los trastornos alimenticios.

Inicialmente se enfatiza en la teoría cognitivo conductual, mencionando sus componentes y su relación con los trastornos alimenticios. Enseguida, se describen las técnicas de las que se hará uso para prevenir aquellos factores de riesgo en los cuales el participante puede hacer modificaciones, en este caso nos centramos únicamente en el factor psicológico y algunos aspectos del factor familiar y social. La parte final del capítulo se encuentra enfocada en la descripción de cómo y qué factores van a disminuir con la aplicación de estas técnicas cognitivo conductuales (Terapia Racional Emotivo Conductual, Entrenamiento en Habilidades Sociales y Terapia en Solución de Problemas).

1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), son enfermedades mentales caracterizadas por alteraciones relacionadas con la alimentación, el peso y la imagen corporal (Ellen West, 2013). Los TCA comprenden tres categorías diagnósticas: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa; y una serie de trastornos atípicos englobados bajo el título Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (Ramón, 2010). Estas no son enfermedades nuevas, datan desde siglos pasados. Sin embargo, en los últimos decenios, han existido avances con respecto a su diagnóstico y cuadros clínicos, lo que nos ha permitido tener mayor conciencia social y mejoras en el diagnóstico, lo que a su vez repercute en el aumento de casos detectados (Gómez del Barrio, García y Corral, 2009).

Un trastorno alimenticio puede presentarse en cualquier persona, sin importar edad, sexo o clase social. Comúnmente se presentan con mayor frecuencia entre las mujeres (9 a 1 proporción mujeres-hombres), y entre adolescentes de un rango de edad de entre 12 y 25 años (Ellen West, 2013). Sin embargo, la complejidad de sus causas, incluyendo procesos biológicos, psicológicos y sociales son difíciles de comprender y valorar en cuanto a su alcance y significado como una problemática de salud social (Ramón, 2010).

Actualmente, es mayor el porcentaje de incidencia de personas que padecen de un trastorno alimenticio. Y podemos entender que el aumento de este porcentaje está favorecido por la presión social, resultado de los estándares de belleza femenina impuestos por la moderna sociedad industrial o la cultura occidental (Ramón, 2010). Lo cual, puede verse reflejado en la aparición de nuevas modalidades de trastornos alimenticios, como son: Alcohorexia, Diabulimia, Pregorexia, Vigorexia y Ortorexia, que si bien no han sido considerados como tal en algún Manual Psicológico, es importante analizar las similitudes y discrepancias que tienen con los trastornos específicos.

Es por ello, que a lo largo del siguiente capítulo se expondrán características de los principales trastornos alimenticios que han tenido mayor prevalencia en nuestros días. Algunos de ellos, practicados desde épocas antiguas, y otros que son muy recientes, por lo consiguiente es poco reconocida su incidencia entre los jóvenes actuales.

1.1. Definición de Trastornos de la Conducta Alimentaria

El hombre ve determinadas sus acciones y decisiones, debido a múltiples factores tanto internos como externos; entre los que destacan los instintos o impulsos primarios, entre ellos: el hambre (necesidad de ingerir alimentos para mantener la vida, la homeostasis, y también para obtener placer) y la sexualidad (promovido para perpetuar la especie, como fuente de placer y condicionantes estéticos para autoestima y atracción) (León y Castillo, 2005). Es así como la comida, es un factor importante no sólo a nivel biológico, sino que también tiene una connotación social desde épocas antiguas, resultando de ésta el momento de encuentro de los individuos para compartir conocimientos y experiencias, propiciándose así la relación y la empatía (León y Castillo, *Ibíd.*).

Ahora bien, en primer lugar, es importante definir lo que son las conductas alimentarias. Las cuales y de acuerdo con Gorab & Iñarritu (2005), son aquel comportamiento que está relacionado con los hábitos alimenticios, y que comprende desde: la selección de alimentos, la preparación culinaria y las cantidades de comida ingeridas. Las cuales varían de población a población dependiendo de diversos factores. Como lo indican, León y Castillo (2005), el ajuste de estas necesidades básicas (alimento), supone su existencia en una sociedad debido a las normas que varían en función de aspectos culturales, religiosos o estéticos, suponiendo en muchas ocasiones la génesis de conflictos, y en ocasiones, la frontera es estrecha entre lo que puede ser patológico o normal en lo que concierne a los hábitos alimenticios. Lo que significa entonces, que las normas alimentarias de una determinada población están dadas por el contexto bajo el cual se encuentra, es el medio quien dará la pauta para que una conducta sea funcional o disfuncional.

Ahora bien, si comprendemos que la conducta alimentaria llevada a cabo por un individuo, deviene como respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, se ve claramente que esta conducta está influenciada por factores de diversa naturaleza, los mismo que rebasan el valor nutritivo del alimento y la necesidad dietética del alimento (Lora y Saucedo, 2006). Esta alteración en la conducta alimentaria es la que da pie entonces a los llamados: Trastornos de la Conducta Alimenticia.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria, son denominados por Gorab & Iñárritu (2005), como alteraciones en la conducta alimentaria, que se deben a un miedo continuo a engordar, alteraciones en la autopercepción de la imagen corporal y el peso, así como pensamientos obsesivos por la comida. Otros autores como Portela, *et. al.*, (2012), definen los Trastornos de la Conducta Alimentaria como enfermedades psiquiátricas, marcadas por alteraciones en el comportamiento, las actitudes y la ingestión de alimentos, generalmente acompañadas de intensa preocupación por el peso o la forma del cuerpo. Como podemos observar en estos conceptos, y sustentado por León y Castillo (2005), dichos trastornos tienen su base y fundamento principalmente en alteraciones psicológicas.

Formando parte de estas alteraciones en la conducta alimentaria, encontramos la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados, siendo los trastornos más reconocidos y descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión VI-TR (DSM IV).

Clasificación DSM-IV-TR
<p>A. Trastornos de la conducta alimentaria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anorexia Nerviosa. 2. Bulimia Nerviosa. 3. Trastornos de la conducta alimentaria no especificado, incluye el trastorno por atracón.

Tabla 1. Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria (León y Castillo, 2005: 24).

Estos trastornos, generalmente se presentan debido a un miedo a la obesidad y el deseo a estar delgado. La “obesofobia”, es actualmente uno de los más grandes temores tanto de hombres como de mujeres (Lora y Saucedo, 2006). Lo que ha dado como resultado un aumento en la tasa de incidencia de los distintos trastornos alimenticios. Por ejemplo, a partir de los años 60, en los países más desarrollados e industrializados hubo un incremento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa primeramente y posteriormente Bulimia Nerviosa (León y Castillo, 2005).

En seguida se explicará cada uno de los trastornos mencionados anteriormente, los cuales son considerados por el DSM IV-TR. Para lo que abordaremos definiciones, antecedentes y características de las personas que los padecen.

1.2. Anorexia Nerviosa

La palabra Anorexia deriva del griego *an* (carencia o privación) y *orexis* (apetito), significando “falta de apetito”. La anorexia nerviosa es considerada como un trastorno de la conducta alimentaria que suele presentarse en adolescentes de entre 16 y 18 años. Se caracteriza por una pérdida deliberada de peso, el cual es inducido o mantenido por el propio individuo (León y Castillo, 2005). Para Toro y Artigas (2013), la anorexia nerviosa es un conjunto de trastornos psiquiátricos, que conlleva alteraciones de la conducta, emociones y pensamientos, los cuales en su mayoría están relacionados con el peso, la apariencia corporal y la comida.

Con anterioridad se creía que la anorexia nerviosa era una enfermedad que podían padecer únicamente las personas de clase media y alta de las áreas metropolitanas, sin embargo en la actualidad se ha demostrado que es una enfermedad que no respeta raza, sexo, edad ni clase social (Lenoir y Silber, 2006). Hoy por hoy también se sabe que no es un trastorno reciente, ya que como lo indican León y Castillo (2005), la anorexia nerviosa tiene sus inicios desde épocas antiguas con distintas connotaciones entre las que destacan la religiosidad y el misticismo.

La anorexia nerviosa, se da a conocer en la década de los 60's, sin embargo se conocen casos de abstinencia desde tiempos bíblicos. Desde el siglo XIII al XV el control del apetito connota religiosidad, convicción, obediencia, castidad y pulcritud. Debido a que el ayuno extremo era practicado por los penitentes, quienes generalmente eran mujeres que repudiaban los placeres terrenales. El ayuno era entonces considerado como una bendición suprema de Dios y se admiraba a los que sobrevivían sin ingerir alimentos. Los primeros casos que se registraron de anorexia (restrictiva y purgativa) en la edad media eran conocidos como "Anorexia Santa", debido a que las "doncellas milagrosas" quienes llevaban a cabo este tipo de conductas eran fervientes seguidoras religiosas. Por lo que en un sentido fenomenológico de la enfermedad, el mismo que después mantuvo el psicoanálisis, se creía que las personas renunciaban al cuerpo con caracteres sexuales y en consecuencia fuente de placer y atracción libidinal, en aras de conseguir una absoluta espiritualidad. A través de la restricción y la purga se conseguía perder cualquier rastro de feminidad potencialmente pecaminosa, elevándose el espíritu hasta el misticismo.

Durante la segunda mitad del siglo XVII, las "doncellas milagrosas" pasan a ser simplemente "muchachas ayunadoras", y debido a las nuevas reformas religiosas, eran consideradas brujas y enviadas a la hoguera aquellas mujeres que tenían "el poder" de la abstinencia.

En el siglo XVIII y XIX, aparecen los llamados "esqueletos vivientes" o "los artistas de hambre", en su mayoría hombres, quienes exhibían públicamente su habilidad para resistir vivos largos periodos de ayuno.

Asimismo, para el siglo XIX W.W. Gull en Londres y E.C. Laségue en París, denominan de manera formal a este trastorno como *anorexia nerviosa* (pues padece de causas biológicas conocidas) y "anorexia histérica" respectivamente. El primero, señaló que estas chicas tenían una negación perversa a comer; mientras que Laségue, observó que la enfermedad sucedía en mujeres adolescentes y comenzó a estudiar la conducta familiar ante el rechazo de la adolescente por ingerir alimentos. A partir de los años 30's, la anorexia nerviosa se estudia desde

un punto de vista psicológico, influenciado principalmente por un enfoque psicoanalítico. Como lo mencionó Freud, los apetitos eran manifestaciones de la libido o impulsos sexuales, por lo que asocio comer o no comer con los impulsos sexuales básicos. Cabe destacar, también que para Freud no eran importantes los factores socioculturales. Por lo que en 1935, se establecen dos conclusiones básicas: a) la enfermedad está relacionada con transformaciones de la pubertad, b) el conflicto es corporal y no estrictamente con la función alimentaria.

Para 1939, Leibran menciona que una causa fundamental de la anorexia nerviosa es el miedo a ser adulto, y se realiza el ayuno con el fin de detener el desarrollo (León y Castillo, 2005). Haciendo referencia a este punto, Weitzner (2007) hace hincapié en la necesidad que tienen las personas que padecen este trastorno, de regresar a aquella etapa de su vida en donde todo era seguro, confiable y predecible, o sea la niñez.

En 1970 en Estados Unidos, se describen las características de la personalidad de los individuos con anorexia, lo más comunes: distorsión de la imagen corporal, el sentimiento de inutilidad e incompetencia, y la capacidad de interpretar y reconocer las necesidades corporales. Finalmente en 1972, Freigner y cols. proponen por primera vez los criterios diagnósticos, los cuales fueron revisados por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1980.

Hasta el siglo XIX, la anorexia se había considerado un trastorno poco frecuente, sin embargo, a partir de los 70's se produjo un incremento en la prevalencia de esta enfermedad en el mundo occidental. Primordialmente en aquellos países desarrollados e industrializados (León y Castillo, 2005).

Como se puede observar, en la cronología citada con anterioridad, algunas conductas características de lo que actualmente se conoce como anorexia nerviosa, datan desde sociedades antiguas y primordialmente se desprenden de rituales religiosos. Posteriormente, a lo largo del tiempo, estas conductas varían en cuanto al significado que la sociedad le otorga y adquieren relevancia en el ámbito médico y psicológico, para ser reconocido hoy como uno de los trastornos de la alimentación.

La anorexia nerviosa, puede presentarse desde la niñez y casi siempre aflora en la adolescencia y la adultez temprana. Es importante reconocer que para la aparición de este trastorno hay que considerar una multifactorialidad, pues para que una persona desarrolle esta enfermedad, se ven involucrados componentes psicológicos, culturales, biológicos y genéticos (Lenoir y Siber, 2006).

Ahora bien, una vez que se conoce un poco acerca de la historia de la anorexia, es importante adentrarnos en las características a considerar para poder diagnosticar a un paciente con este tipo de trastorno.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) publicado por la American Psychiatric Association (2002), la anorexia nerviosa cumple con cuatro criterios básicos:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o de la silueta corporal, exageración de importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- Entre las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera a una mujer con amenorrea cuando su ciclo menstrual aparece únicamente con tratamientos hormonales).

Por otro lado, el DSM-IV-TR se describe dos tipos de anorexia nerviosa. La primera es la anorexia restrictiva, basada en la restricción de alimentos, donde la persona no se encuentra expuesta a episodios de ingesta compulsiva y abusiva o purgante. La segunda es la anorexia purgativa, consiste también en la restricción de alimentos, sin embargo, aquí se añaden episodios de ingesta compulsiva y abusiva o de purgas mediante el vómito autoinducido o el uso incorrecto de laxantes, diuréticos o enemas (American Psychiatric Association, 2002).

Considerando los criterios básicos establecidos por el DSM IV-TR para diagnosticar anorexia nerviosa, Ogden (2005); Penna y Sánchez (2014), y Camarrillo, *et.al.* (2013), hacen mención de una serie de síntomas que suelen presentarse en pacientes diagnosticados con anorexia nerviosa, los cuales pueden ser agrupados en tres categorías principales: conductuales, físicas y

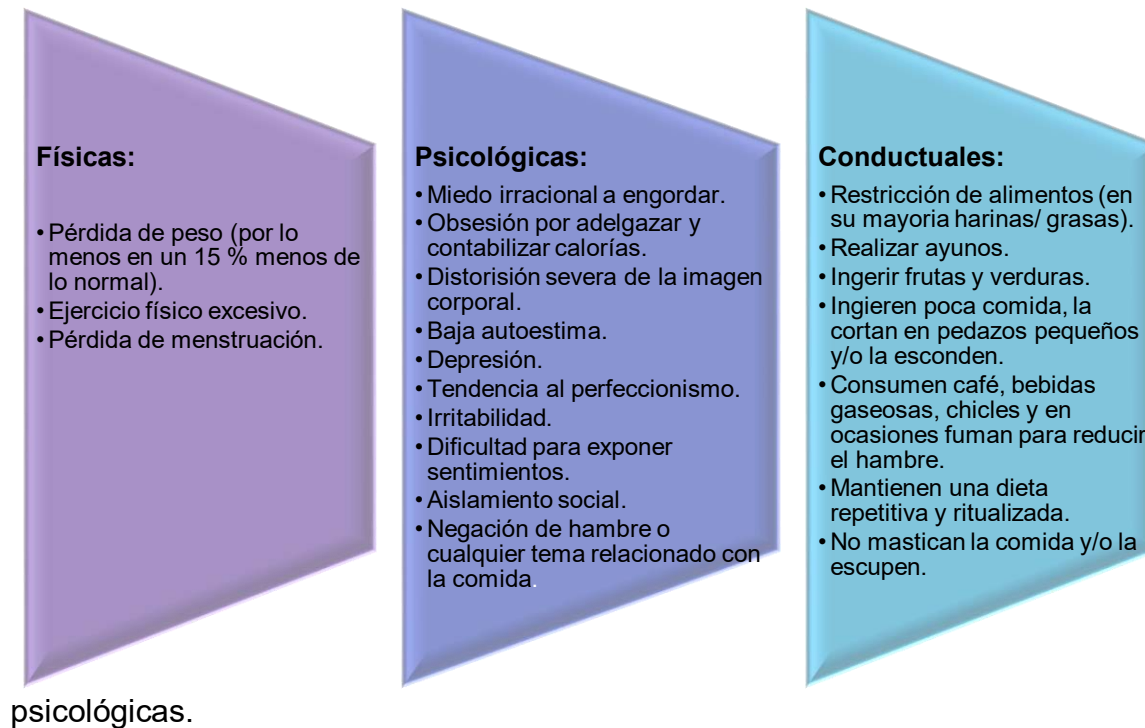


Figura 1. Sintomatología presente en personas que padecen Anorexia Nerviosa.

Durante las fases iniciales del trastorno, en el caso de las mujeres comienzan a presentarse irregularidades en su ciclo menstrual. También suelen restringir o retirar de su dieta algunos productos que consideran altos en calorías (dulces y grasas). La comida que ingieren, la trocean en porciones pequeñas, que tienden a ordenar de forma rigurosa en el plato, comiendo bocados pequeños, de forma lenta y mantener el alimento mucho tiempo en la boca. Los alimentos que tienen en el plato y suelen esconderlos o tirar los restos de comida masticada. Usualmente coleccionan dietas, las cuales en su mayoría son desequilibradas e incluso pueden cocinar y recomendar a los demás que coman lo que ellos

prácticamente no consumen, comportamiento que generalmente los lleva a perder entre un 15% a un 50% de su peso. Finalmente, conforme evoluciona la enfermedad aparece la amenorrea, es decir, las mujeres presentan ausencia de su ciclo menstrual (Amigo, 2012., y León y Castillo, 2005).

Además, es común que la mayoría de los jóvenes que presentan anorexia nerviosa suelen ser ambiciosos, perfeccionistas y de tipo obsesivo-compulsivo; en algunos casos se muestran complacientes con el medio que los rodea; suelen presentar cierto grado de retraimiento y aislamiento social. A medida de que la pérdida de peso incrementa, los sentimientos de hostilidad hacia aquellas personas que representan una amenaza para ellos, es decir, las personas con quienes se comparan durante su carrera hacia la delgadez. Debido a que existe un síntoma que es invariable en todos los casos, y es la distorsión de la imagen corporal, pues son capaces de reconocer de reconocer situaciones de delgadez o sobrepeso en otras personas, pero siguen percibiéndose a sí mismas en un estado de sobrepeso. Primordialmente, centran su distorsión en zonas específicas del cuerpo, entre las que destacan: caderas, muslos y abdomen. Por lo que para eliminar la supuesta grasa sobrante se someten a programas de ejercicio físico muy intenso y en algunas ocasiones también a la ingesta desmedida de laxantes, diuréticos o enemas. En ciertas ocasiones puede coexistir esta sintomatología mencionada con depresión, ansiedad (mantenida y agudizada por factores externos) (Amigo, 2012., y León y Castillo, 2005). En algunos casos suelen presentarse alteraciones conductuales o comportamientos inadecuados, como por ejemplo, intentos autolíticos, pues desde hace algunos años, se ha insistido en el hecho de que las personas anoréxicas *“encuentran en su enfermedad una forma (muy perniciosa) de ganar el control sobre su vida a través del control del cuerpo”* (Amigo, *Ibíd*em: 63).

Esta última característica, nos puede conducir a otra de las conductas que puede llegar a presentarse en las personas que padecen anorexia, y son los comportamientos autolesivos. Weitzner (2007), hace referencia al término “anorexia automutilante”, definiendo automutilación como *“la manera de*

autoinflingirse daño en el cuerpo sin la intención directa de suicidarse. Es un acto compulsivo, el cual liberar dolor emocional, enojo, ansiedad; es una manera de rebelarse contra la autoridad; una forma de jugar al riesgo y ejercer el control” (p.28). Es usual que las personas que padecen de automutilación tengan generalmente una gran capacidad de manejar el dolor físico.

Weitzner (2007), expone algunas de las acciones más comunes de automutilación:

- Cortarse la piel con objetos filosos.
- Escarbarse o quemarse la piel.
- Rascarse o golpearse con la intención de lastimarse.
- Picarse con agujas.
- Golpearse la cabeza.
- Presionarse los ojos.
- Morderse el dedo o el brazo.
- Jalarse el pelo.
- Pellizcarse la piel.

Es importante mencionar, que la sintomatología referida no se presenta en todos los casos de la misma manera. Cada caso sostiene sus propias variables, desde síntomas hasta factores desencadenantes.

1.2. Bulimia Nerviosa

El segundo de los trastornos alimenticios más conocidos actualmente, es la Bulimia Nerviosa. La palabra bulimia proviene del griego *bou* y *limnos* que significa literalmente “hambre de buey” o “tener el apetito de un buey” (Weitzner, 2007). Una de las primeras descripciones de este término se encuentra en la Enciclopedia Británica de 1797, “*bulimia, es un término que define una enfermedad en la que el paciente está afectado por un deseo de comer insaciable y perpetuo, y a menos que lo satisfaga, suele caer en accesos de desvanecimientos*” (Ramón, 2010:41). El añadió “nerviosa”, sirve para denotar que el síndrome bulimia nerviosa conlleva un conjunto de conductas clínicas y

etiológicas que están relacionadas con la anorexia nerviosa (Ramón, 2010). Éste trastorno se caracteriza por: recurrentes episodios de atracones de comida seguida por inapropiadas conductas compensatorias. Dichas conductas pueden ir desde auto-inducirse el vómito, dietas estrictas, ejercicio excesivo o el inapropiado uso de laxantes o de diuréticos (Cooper 2003 citado en Mitchell, Devlin, *et.al.* 2008).

De acuerdo con Beumont 1988 citado en Ramón (2010), es importante diferenciar entre bulimia y bulimia nerviosa. El primer término hace referencia a la conducta de sobreingesta, la cual ha sido reconocida en la historia médica durante siglos. Sin embargo, al no distinguir la sobreingesta simple (bulimia) del trastorno conocido como bulimia nerviosa ha creado un periodo de confusión posterior a la publicación del DSM III en 1980, debido a que fue omitido el criterio “miedo a engordar” y el intento de perder peso mediante vómitos autoinducidos, fue considerado como una cuestión opcional. Confusiones como esta fueron corregidas hasta 1987 en la publicación de DSM III-R.

Desde épocas antiguas se tienen reseñas de sobreingesta y/o vómitos autoinducidos de conductas bulímicas, no obstante, no deben confundirse con la actual bulimia nerviosa. Por ejemplo, desde hace miles de años, antiguamente cuando los individuos dependían de la caza, estaban acostumbrados a llevar a cabo una caza masiva, seguida de uno o dos días de atracones de comida. Estos atracones les permitían acumular tejido graso para compensar los períodos de alimentos (León y Castillo, 2005). Esta actividad hace referencia a una sobreingesta de alimento pero manteniendo como finalidad la sobrevivencia.

Asimismo, en el antiguo Egipto existen referencias de vómitos autoinducidos y catarsis, debido a que solían purgarse durante tres días al mes, usando eméticos y enemas pensando que tales prácticas les servirían para preservar la salud (Ramón, 2010). Por su parte, en la cultura romana, era común auto-inducirse el vómito después de copiosos banquetes (León y Castillo, 2005). De igual forma, existían los *vomitorium*, donde la gente solía recurrir a la ingesta de un emético para vomitar y después seguir comiendo (Ramón, *ibídem*).

En la baja Edad Media, el vómito era una práctica penitencial. Donde el penitente mediante el vómito, arrojaba de sí sus pecados o podía dominar mejor sus apetitos sexuales (Ramón, 2010). León y Castillo (2005), refieren que durante la época Feudal, el vómito se utilizaba como método de castigo y penitencia para las religiosas, pues a través de éste y el abuso de hierbas con acción diurética expiraban sus culpas.

Hasta este momento, se han citado algunos acontecimientos que hacen referencia exclusivamente a la bulimia. No obstante, no es sino hasta el siglo XIX, cuando existe un lazo entre la sintomatología de la bulimia y la anorexia nerviosa. Inicialmente la bulimia fue considerada como un desorden somático causado por humores fríos, parásitos intestinales, lesión cerebral o simplemente como una anomalía congénita. Sin embargo, a comienzos del siglo XIX en Alemania, Soltamna describe la *hiperorexia* de origen neurótico o biológico, presentado principalmente en personas histéricas y clóroticas. En Francia, se señala que la principal preocupación y obsesión del bulímico es el alimento, y que su hambre puede persistir aún después de haber ingerido grandes cantidades de comida, aplicando el término *cinorexia*, cuando se acompaña de vómitos y *fringale* cuando la sintomatología se alternaba con la anorexia en mujeres. Sin embargo, no es sino hasta los años 60's cuando incrementa la preocupación por el síndrome bulímico aunque se mantiene limitado a la bulimia en la anorexia y la obesidad; para 1979 la bulimia es descrita por primera vez por el doctor Russel, dejando atrás todos aquellos conceptos y algunas etiologías que se establecieron antiguamente (León y Castillo, 2005. y Ramón, 2010).

Es así como ulterior a esta explicación histórica, Ramón (2010), indica que la bulimia nerviosa es una enfermedad más reciente si se compara con la anorexia nerviosa, pues se origina a principios del siglo XX, posterior a la presión de los médicos contra la obesidad, cuestión que podría ser un posible origen de este fenómeno.

Como se ha mencionado hasta ahora, la bulimia nerviosa se caracteriza por la sobreingesta de alimento seguido de una purga. A continuación se explicará a

detalle el llamado *ciclo atracón-purga*. Amigo (2012), indica que la bulimia nerviosa tiene su punto de partida en una dieta hipocalórica. Los estudios muestran que por lo menos un 80% de las personas que la padecen comenzaron el trastorno con una dieta, lo que desata un atracón bulímico como consecuencia de la violación de una restricción alimentaria autoimpuesta, lo que los lleva a ingerir sin control una gran cantidad de alimentos considerados prohibidos. De modo que este dicho atracón provoca un estado de preocupación y ansiedad por el peso, lo que lleva a la persona a realizar algún tipo de purga. Esta purga, realizada generalmente a través del vómito (en algunos casos se acompaña de abuso de diuréticos o laxantes), funge como alivio de la ansiedad, ya que la persona se libera del temor a engordar. Conducta que es reforzada, lo que aumenta la probabilidad de que vuelva a ocurrir posterior a un atracón.

A partir de este momento, la persona suele caer en un círculo vicioso que podemos comprender través de la siguiente imagen.



Figura 2. Juego de reforzamiento en el acto bulímico (Amigo, 2012).

Actualmente, y como resultado de diversos estudios realizados en los últimos años, autores como Chabrol (2005), han determinado que la bulimia nerviosa, suele comenzar entre los quince y los dieciocho años, usualmente

sobreviniendo con mayor frecuencia entre los adolescentes con exceso de peso. Por lo que, la detección de este trastorno se vuelve cada vez más complicada, ya que no existen señales de malnutrición como en el caso de la anorexia nerviosa. Sin embargo, las especificaciones del DSM-IV-TR, publicado por la American Psychiatric Association (2002), para diagnosticar este trastorno son:

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón caracterizado por:
 - a) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las otras personas ingerirían en un tiempo similar.
 - b) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo y la cantidad de comida que se ha ingerido).
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetitiva, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses;
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Asimismo, el DSM-IV-TR indica dos posibles tipos de bulimia nerviosa, *tipo purgativa* y *no purgativa*. La primera, en donde el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Mientras que en el tipo no purgativo, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxante, diuréticos o enemas en exceso (American Psychiatric Association, 2002).

De acuerdo con Camarrillo, *et. al.* (2013); León y Castillo, (2005) y Baile y González, (2014), cuando se habla de síntomas en la bulimia nerviosa se pueden dividir en tres planos, psicológico, conductual y físico:

Psicológicas:	Conductuales:	Físicas:
<ul style="list-style-type: none"> •Trastornos de ansiedad y/o personalidad. •Sentimientos de desaliento relacionado con a insatisfacción consigo mismo y su aspecto físico •Distimia. •Frustración. •Impulsividad. 	<ul style="list-style-type: none"> •Autoprovocarse el vómito. •Abuso de sustancias. •Ejercicio excesivo. •Uso inadecuado de laxantes, diuréticos u otros catárticos. •Episodios repetitivos de comer excesivo. 	<ul style="list-style-type: none"> •Cicatrices en la parte posterior de los dedos. •Sobrepeso, peso corporal normal o por debajo de la norma. •Ausencia de menstruación. •Conductas autolesivas. •Dilatación gástrica. •Dolor de garganta. •Úlcera en la boca, •Estreñimiento crónico. •Erosión de esmalte dental.

Figura 3. Síntomas de la bulimia nerviosa

Inicialmente, la persona que padece bulimia nerviosa presenta conductas desordenadas respecto a la nutrición y posteriormente en otros aspectos de su vida, su alimentación es imprevisible, caso contrario que en la anorexia nerviosa, pues en ella las personas son ordenadas y previsible. Respecto a su personalidad, se caracterizan por la búsqueda de sensaciones, abuso de alcohol, impulsividad e introversión (en la mayoría de los casos). En cuanto a las cogniciones que presentan, mantienen pensamientos erróneos con respecto a la comida, peso y figura; a diferencia de la anorexia nerviosa, las personas con bulimia nerviosa, tienen conciencia de su conducta alimenticia anormal, pero pueden ocultarlo o sentir vergüenza por ello. Es común observar en estos pacientes trastornos de afectividad, el índice de depresión esta entre 38% y 63%, usualmente la depresión se presenta post-trastorno, sin embargo, va evolucionando a la par del trastorno. Además, podemos encontrar la presencia de altos índices de trastornos de ansiedad (entre un 30% y 40% de los pacientes), el

más común la fobia social, seguido por el trastorno de ansiedad generalizado y la crisis de pánico (León y Castillo, 2005).

Asimismo, otra de las conductas que suelen presentarse en algunos de los pacientes que padecen de este trastorno son las conductas automutilantes. Si bien, dichas acciones son más frecuentes en personas con anorexia, ocasionalmente se encuentran estas actitudes en personas bulímicas. En casos como éste *“la mutilación sirve como el eventual sustituto del ciclo atracón-purga, convirtiéndose en una forma de autodestrucción alternativa”* (Weitzner, 2007:47).

Finalmente, cabe destacar que la bulimia nerviosa, es un trastorno que se presenta debido a una gran cantidad de variables que rodea a la persona. Estos factores van desde el núcleo familiar, la escuela, la convivencia con iguales y los medios masivos de comunicación.

1.4. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Para Gorab & Iñarritu (2005), los trastornos de la conducta no especificados, son aquellos que no cumplen en su totalidad con los criterios de ningún trastorno de la conducta alimentaria especificada como anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. Ramón (2010), indica que estos trastornos aparecen cuando los síntomas se sitúan por debajo del umbral diagnóstico propio de cada trastorno o cuando se produce una presentación atípica o mixta.

Asimismo, a esta clasificación se le conoce también como “trastorno alimentario sub-clínico”, y es importante su detección temprana, pues si bien el paciente en el momento no cumple con la totalidad de sintomatologías de otros trastornos, es cuestión de tiempo para que el trastorno de la conducta alimentaria no especificado se convierta en una bulimia nerviosa o anorexia nerviosa. De acuerdo con algunas investigaciones, el trastorno de la conducta no especificada es el trastorno más común en clínicas de atención ambulatoria, con una prevalencia promedio del 60% (Méndez, Vázquez y García, 2008).

Para considerar que una persona presenta un trastorno de la conducta alimentaria no especificada, el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos

Mentales IV Texto Revisado (DSM-IV-TR), determina las siguientes características que pueden ayudar a diagnosticar un trastorno no especificado:

1.- En las mujeres, se cumplen con los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.

2.-Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, excepto que a pesar de no haber una pérdida de peso significativa, el peso del individuo está por debajo de lo normal.

3.-Se cumplen los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con excepción de que los atracones y las conductas compensatorias aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

4.-Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.

5.-Masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.

6.-Trastorno compulsivo: el cual se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inadecuada, típica de la bulimia nerviosa

Tabla 2. Criterios diagnósticos DSM IV-TR. Obtenidos de Behar (2008).

Cabe destacar que dentro de los trastornos de la conducta alimenticia no identificados, podemos encontrar el trastorno por atracón, el cual veremos a continuación.

1.5. Trastorno por atracón

El Trastorno por Atracón, forma parte de los denominados Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificado dentro del DSM IV-TR. De acuerdo con Ruy Pérez y López (2008), el trastorno por atracón, se refiere a una ingesta desproporcionada de comida, que a diferencia de la bulimia nerviosa no tiene

mecanismos compensatorios como puede ser el vómito o el uso indiscriminado de laxantes.

El trastorno por atracón, es una patología de trastorno alimenticio reciente. Sus primeras descripciones fueron realizadas en los años 80's por Fairburn y Garner en 1986, a partir de ese momento su prevalencia aumento en el continente occidental (Amigo, 2012).

El trastorno por atracón, fue descrito hace más de cuatro décadas por Stunkard en 1959, tras la observación clínica de un grupo de personas obesas, quienes tenían recurrentes episodios de atracones. Sin embargo, no es sino hasta los trabajos de Spitzer publicados entre 1992 y 1993, los que marcaron el inicio de la configuración del Trastorno por Atracón. En un primer artículo, se describe que muchos sujetos que eran atendidos en un hospital y participaban en un programa de control de peso, presentaban problemas con atracones recurrentes, pero sin hacer uso de las características compensatorias de la bulimia nerviosa, vómitos o uso de laxantes. El trastorno por atracón en el DSM IV-TR está incluido en la categoría diagnóstica de Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificado, sin embargo, se describe con mayor amplitud en el Apéndice B de diagnósticos en investigación y pendientes de estudios futuros, donde continúa en el DSM IV-TR (Ramón, 2010).

Debido a los hallazgos en las investigaciones iniciales sobre el trastorno por atracón, han existido una serie de especulaciones clínicas que han permitido infinidad de estudios que intentan diferenciar entre *“la idea de que el obeso que presenta atracones difiere de manera importante de su equivalente obeso que no presenta atracones”* (Ramón, 2010:147). No obstante, en el DSM IV-TR apéndice B, no se realiza distinción entre obesos y no obesos que presentan atracones.

Aunque existen actualmente conflictos para distinguir el subtipo no purgativo de la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, lo cual se debe a la falta de especificidad en el diagnóstico del trastorno por atracón *“ausencia de uso habitual de conductas compensatorias inadecuadas características de BN”* (Ramón, *Ibidem*: 149). Sin embargo, la manera que se ha encontrado para

clarificar el error, ha sido detallando en los manuales diagnósticos los criterios de la bulimia nerviosa.

El trastorno por atracón se presenta cada vez con más frecuencia como un problema alimentario que tiene una estrecha relación con la obesidad y la práctica de dietas hipocalóricas restrictivas (Amigo, 2012). De acuerdo con Ramón (2010), la edad de inicio de este trastorno se sitúa al final de la adolescencia o principios de la tercera década de vida, y con frecuencia aparece después de una pérdida de peso significativa en función de una dieta. Es así como un 70% de las personas que padecen de trastorno por atracón son obesas; entre un 20% y un 46% de personas obesas han referido haberse sometido a dietas para perder peso, manifestando episodios de trastorno por atracón (Amigo, *Ibidem*). Asimismo este trastorno es 1.5% más frecuente en mujeres que en varones.

Ahora bien, en cuanto a los síntomas desencadenantes de este trastorno, podemos encontrar una gran variedad entre los que cabe destacar, los estados de ánimo disfóricos, como la depresión o la ansiedad, a pesar de que algunos pacientes no logran identificar un factor desencadenante, sí experimentan tensión inespecífica que cede tras el atracón; otro factor predisponente es el sobrepeso o la obesidad, debido a que los pacientes han probado numerosas dietas con las cuales han fracasado (León y Castillo, 2005).

Como se ha mencionado con anterioridad, el Trastorno por Atracón es considerado como parte de los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados dentro del DSM IV-TR. Es por ello que a continuación se muestran los criterios a considerar para poder diagnosticar a una persona con un trastorno por atracón:

A.-Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

1.-Ingesta, en un corto periodo de tiempo (p.ej., en dos horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría

consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.

2.-Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

B.- Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

1.- Ingesta mucho más rápido de lo normal.

2.-Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

3.-Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.

4.-Comer a solas para esconder su voracidad.

5.-Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión o gran culpabilidad después del atracón.

C.- Profundo malestar al recordar los atracones.

D.- Los atracones tienen lugar, como media, al menos dos días a la semana durante seis meses.

Nota: El método, para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia; futuros trabajos de investigación aclararán si el mejor método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número.

E.- El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

Tabla 3. Criterios del DSM IV-TR para el diagnóstico del trastorno por atracón (Ramón, 2010:151).

Así pues, es importante recalcar las diferencias entre un trastorno por atracón con la bulimia nerviosa. Actualmente existe evidencia de tres diferencias

importantes entre la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. La primera diferencia, diversas investigaciones sugieren que el trastorno por atracón es más frecuente que la bulimia nerviosa; la segunda, la prevalencia por sexos es menos pronunciada en los casos de trastorno por atracón; y la tercera, más mujeres de grupos minoritarios cumplen con los criterios de trastorno por atracón que para bulimia nerviosa (Ramón, 2010). Una discrepancia que de acuerdo con Amigo (2012), es que el trastorno por atracón no es tan pernicioso para la salud como lo es la bulimia nerviosa, ya que las personas que lo padecen, a pesar de tener sentimientos de culpa por los atracones de alimento, no sienten la necesidad de recurrir a conductas purgativas, como el vómito, uso de laxantes, ayunos o ejercicios físicos excesivos. Esta diferencia se puede explicar, debido a que no existe un miedo intenso a ganar peso, y por lo tanto, tampoco existe una insatisfacción con la imagen corporal tan traumática como en el caso de los pacientes con bulimia nerviosa o anorexia nerviosa.

En resumen, hasta ahora se ha podido brindar una amplia explicación sobre las características de un trastorno por atracón, y las diferencias que tiene con la bulimia nerviosa. Sin embargo y a pesar de que este trastorno es relativamente muy joven, hay un punto en el que converge con todos y cada uno de los trastornos hasta el momento tratados, y es precisamente los factores desencadenantes de un trastorno alimenticio. A pesar de existir variantes en las consecuencias y en las conductas que presenta en cada individuo, las variables que determinan los cambios en el comportamiento alimenticio de un individuo son muy similares, y pueden encontrarse desde el núcleo familiar, el grupo de amigos, los medios de comunicación, entre otros.

1.6. Nuevos Trastornos

A continuación se describe una serie de trastornos alimenticios, que si bien no han sido considerados por manuales psicológicos como el DSM IV-TR o CIE-10, es importante mencionarlos y analizar sus características para poder abordar los distintos casos que se han presentado actualmente.

Cabe resaltar que al ser considerados como nuevos trastornos, la investigación o aportaciones sobre los mismos ha sido muy escasa.

1.6.1. Alcohorexia

La alcohorexia o ebiorexia, es un nuevo trastorno de la Conducta Alimentaria, y se trata de una asociación entre dos tipos de trastornos, por un lado se encuentra el trastorno de la conducta alimentaria, y por otro la ingesta excesiva de alcohol. El objetivo de las personas que padecen este trastorno es no ganar peso, y lo llevan a cabo dejando de comer para beber alcohol, y en casos extremos se suma la ingesta de cocaína, lo que genera la suspensión del apetito (Noceloni, 2013). Para González y Matute (2013), este trastorno se caracteriza por una restricción voluntaria de comer, seguida de atracones, inducción de vómito y un notable aumento del consumo de alcohol.

No obstante, no se trata de alcoholismo. La persona que sufre de alcohorexia no presenta cuadros de abstinencia. Sin embargo, por su carga genética, la influencia de su ambiente o historia de vida suele desarrollar un cuadro de dependencia al alcohol (Poulisis, 2011).

La población con mayor incidencia en este trastorno son mujeres universitarias jóvenes que toman alcohol en demasía y creen compensar una alta ingesta de calorías con la reducción o supresión de alimentos. Con frecuencia estos pacientes consideran que el alcohol traerá cambios positivos a su vida debido a que les permite mayor desinhibición, diversión y facilidad para expresarse. Como parte de la sintomatología, se puede considerar el consumo de alcohol como una conducta compensatoria que ayude a soportar una pesada carga emocional (situaciones de soledad, vacío, etc). (Poulisis, 2011).

Poulisis (2011), refiere que algunos de los rasgos psicológicos que puede presentarse en las personas que padecen alcohorexia son:

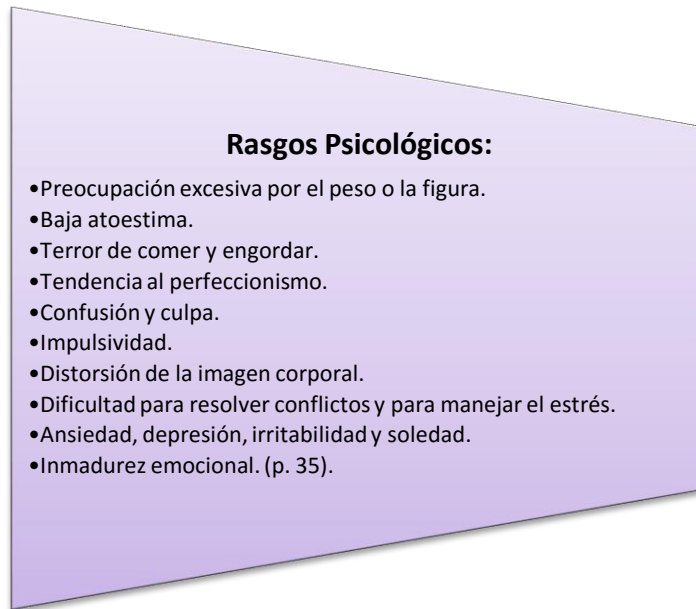


Figura 4. Rasgos psicológicos de las personas que padecen alcoholorexia, Poulisis (2011)

Como se puede observar, los aspectos psicológicos que suelen aparecer en los pacientes que padecen este trastorno, comparten infinidad de similitudes con los presentados en la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

1.6.2. Diabulimia

La existencia de la diabetes Tipo I (insulino-dependientes) en los trastornos de la conducta alimenticia, ha dado lugar a una nueva patología conocida como *diabulimia*. Esta enfermedad consiste en una manipulación de las dosis de insulina por parte de los pacientes con diabetes, con la finalidad de lograr una pérdida de peso (Bolaños, 2009; Davies y Deery, 2014).

A través de diversos estudios, se ha comprobado que este trastorno se presenta principalmente en adolescentes, puesto que es esta población quien muestra mayor predisposición a padecer un trastorno de la conducta alimentaria, y por tanto, son menos conscientes de las consecuencias de su enfermedad. La lógica de estas dos patologías funciona de la siguiente manera: al aparecer la diabetes Tipo I, trae como consecuencia inicialmente la pérdida de peso, el cual será recuperado con un tratamiento correcto. Sin embargo, y a consecuencia de este nuevo bajo peso, algunos pacientes cambian las dosis de insulina o dejan de

inyectarse el medicamento por completo, en función de la pérdida de peso deseada. Cabe destacar también y de acuerdo con la Asociación de Lucha contra Bulimia y Anorexia (2015) y Bolaños (2009), esta patología es más común en mujeres que en hombres.

En general, las personas que padecen de un trastorno de la conducta alimentaria, se caracteriza por la realización de ejercicio extremo, lo que no es diferente en los pacientes con diabulimia. Sin embargo, debido a un tratamiento de insulina incorrecto, estas personas elevan sus niveles de glucosa, ocasionándoles una hiperglucemia (aumento de cantidad de glucosa en sangre), lo que se combina con: la irregularidad de alimentos (no respetando horarios de comida) o saltarse comidas, puede probar hipoglucemias graves (bajos niveles de glucosa en sangre) (Bolaños, 2009).

A lo largo de algunas investigaciones, se ha concluido que al llevar un mal tratamientos de la diabetes, los pacientes con diabulimia, tienen un mayor riesgo a padecer las complicaciones típicas de la diabetes a corto (hiperglucemia, cansancio, hipoglucemia, llegando a quedar inconscientes) y largo plazo (complicaciones físicas como, retinopatía, neuropatía, además de afectaciones en el crecimiento en el caso de los adolescentes). Lo que trae como resultado que la edad media de mortalidad en estos pacientes sea a los 45 años (Bolaños, *Ibidem*).

1.6.3. Ortorexia

De acuerdo con Ruipérez y López (2008), la ortorexia proviene del griego *orthos* (correcto) y *orexis* (apetito), siendo definida entonces como una obsesión perjudicial por comer sano. Para los pacientes con este tipo de trastorno, el comer sano significa consumir alimentos que no contengan conservadores, pesticidas, grasas o edulcorantes.

Este trastorno fue acuñado por primera vez en 1997 por el doctor Steven Brantman, quien lo define como un trastornos similar a la anorexia o la bulimia, pero lo que lo diferencia de ambas es que los orthoréxicos creen firmemente que

están haciendo lo mejor para su salud. Y una década más tarde, los especialistas en nutrición, han advertido el incremento constante del número de personas que viven pendientes de cada porción de alimento que se llevan a la boca (Ruipérez y López, 2008. y Poulisis, 2011).

En cuanto a las características psicológicas que suelen presentarse en personas que padecen de este trastorno, Gómez Dupertuis, Gabrielli, Piccoli, *et.al.*, (2009) y Asociación de Lucha contra Bulimia y Anorexia (2015), coinciden en que estos pacientes suelen manifestar conductas (o trastorno declarado) obsesivo-compulsivo; presentan rasgos de personalidad similares a los de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (rigidez, perfeccionismo, mecanismos fóbicos como ansiedad ante ciertos alimentos y evitación de los mismos).

En cuanto a los alimentos que ingieren, estas personas evitan alimentos que contengan lo que ellos consideran “perjudiciales”: como grasas, productos animales, componentes transgénicos, sustancias artificiales, pesticidas o herbicidas y conservadores. En algunas ocasiones, los pacientes cultivan sus propios alimentos para hacer su “comida más saludable” (ALUBA, 2015).

Respecto a la incidencia en la población, las personas que más parecen padecer de este trastorno son: mujeres, adolescentes y quienes se dedican a deportes como culturismo, atletismo, etc., debido a que son los grupos más sensibles al valor nutrimental de los alimentos. Ocasionalmente, llega a presentarse este trastorno en personas que padecieron con anterioridad Anorexia o Bulimia, ya que ahora incluyen en su dieta “alimentos saludables”. En cambio, los sectores marginales parecen ser los menos afectados respecto a la ortorexia, lo que se debe al elevado precio de estos alimentos y la dificultad para conseguirlos (Muñoz y Martínez, 2007).

De acuerdo con la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia, aún no se tienen estadísticas internacionales que emitan el porcentaje de personas que padecen de este trastorno (ALUBA, 2015). Sin embargo, el manual publicado de Bratman (único manual sobre ortorexia) reportó 5.000 casos de pacientes con ortorexia en el 2006 (Muñoz y Martínez, 2007).

1.6.4. Pregorexia

Se trata de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, que afecta principalmente a mujeres embarazadas, quienes suelen alterar sus conductas con el fin de mantener un peso corporal “idóneo” (Noceloni, 2013). Las conductas que estas pacientes presentan van desde la restricción alimentaria hasta la realización de ejercicio físico excesivo, y dependiendo de la modalidad del trastorno, puede ser combinado con purgas y atracones (Poulisis, 2011).

En cuanto a las características psicológicas que padecen estas pacientes encontramos un problema de insatisfacción con su imagen corporal, es decir, si antes del embarazo la mujer no tiene una buena imagen de sí misma, los cambios dados en el embarazo traerán como consecuencia una mayor desestabilización de su percepción. En consecuencia, diversas investigaciones demuestran que es mayor el riesgo de depresión posparto en mujeres bulímicas o anoréxicas. Además, los cambios hormonales provocados por el embarazo pueden causar que la enfermedad empeore afectando no sólo a la madre sino también al bebé (Noceloni, 2013).

En algunos casos, también puede verse una mejoría en este trastorno cuando las mujeres asumen su papel durante el embarazo. Sin embargo, en otros casos, después del embarazo y debido a la insatisfacción corporal, suelen aparecer nuevas obsesiones, retomando dietas, ejercicio compulsiva y viejos hábitos, lo que convierte ahora al bebé en la nueva víctima de un trastorno alimentario, ya que se encuentra sometido a una insuficiencia alimentaria debido a la escasa producción de leche por parte de la madre (Poulisis, 2011).

1.6.5. Vigorexia

La dismorfia muscular o “complejo de Adonis”, es una alteración de la imagen corporal, mejor conocida como Vigorexia. Fue descubierta en 1993, por el doctor Harrison G. Pope y su grupo de investigación del Laboratorio de Psiquiatría Biológica del Hospital de McLean Boston, mientras realizaban un estudio sobre los

efectos secundarios del abuso de esteroides anabolizantes en personas que utilizaban los gimnasios (Ruipérez y López, 2008).

Este nuevo trastorno, se refiere a un deseo de la persona por ganar masa, no grasa, y una alteración de la imagen corporal, por la cual se veían pequeños y débiles cuando en realidad eran grandes y musculosos (Muñoz y Martínez, 2007).

Los afectados por la vigorexia pueden ser hombres y mujeres. No obstante, hay una mayor probabilidad de que los afectados sean varones de entre 18 y 35 años, que no se sienten a gusto con su físico, y se convierten en esclavos del deporte, las dietas y los anabolizantes. En un principio se trata sólo de horas extras de gimnasio, pero acaban convirtiéndose en extenuantes sesiones de ejercicio, acompañada de dietas bajas en grasa y ricas en proteínas para favorecer la hipermusculación. El siguiente paso es el consumo de sustancias químicas que persiguen el mismo fin, tales como esteroides, anabólicos u otros productos dopantes, lo que genera ansiedad, que se compensa de nuevo con largas jornadas de entrenamiento (Ruipérez y López, 2008).

Respecto a la sintomatología, Muñoz y Martínez (2007), y ALUBA (2015) mencionan manifestaciones clínicas importantes, como son:

- Preocupación por ser débil o poco musculoso.
- Distorsión de la imagen corporal.
- Pensamientos obsesivo y permanentes sobre no ser lo suficientemente grandes, ser demasiado pequeño o como mejorar su aspecto.
- Ansiedad o depresión, que se deben a los sentimientos negativos que tiene hacia su propio cuerpo.
- Conductas alteradas con respecto a la imagen corporal, evitar sitios públicos donde se vea el cuerpo, llevar ropas especiales.
- Necesidad compulsiva de realizar ejercicio con pesas para aumentar la masa muscular.

- Afectación de la vida social, familiar y sentimental por el cuidado de su cuerpo, entrenamiento y/o dieta.
- Consumo ocasional de sustancias nocivas para el desarrollo muscular (consumo de hormonas). Excesivo cuidado de una dieta.
- Conductas obsesivo-compulsivas.

Hasta el momento, se han tratado de explicar las particularidades de los diversos Trastornos de la Conducta Alimentaria. Si bien es cierto, en algunos casos la sintomatología es distinta pero convergen en determinadas características, una de ellas es la distorsión de la imagen corporal, seguida por la ansiedad o el estrés que esta puede causar. Asimismo, como una peculiaridad, se logró observar que estos trastornos (principalmente AN y BN) desde sus inicios se presentaban primordialmente en mujeres, pero con el paso del tiempo esta situación se ha justificado como resultado de los mensajes transmitidos sobre el “ideal de belleza”. No obstante, en nuestros días no sólo ha aumentado la cantidad de formas que las personas encuentran para lograr cumplir con este prototipo de belleza, sino que también ha dejado de existir la exclusividad de sexo en estos problemas, es decir, los hombres han pasado a formar parte de esta problemática social.

En la actualidad, los trastornos de la conducta alimentaria, independientemente de su modalidad, han tenido un aumento en su tasa de ocurrencia. Lo que se debe al impacto que han causado diversos factores, entre los más conocidos encontramos los medios de comunicación y la influencia que han brindado sobre el “nuevo estereotipo de belleza”. Es por ello que en el siguiente capítulo se dará a conocer una diversidad de variables desencadenantes de estos trastornos, así como también la evolución que ha tenido la epidemiología de estas enfermedades.

2. PREVALENCIA Y ETIOLOGÍA DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen hoy en día un problema de salud público endémico, por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, por su resistencia al tratamiento y porque se presenta cada vez en edades más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta (Moreno y Ortiz, 2009).

Los datos epidemiológicos indican que el ideal de delgadez es una grave amenaza y problema de salud. De acuerdo con el DSM-IV-TR la prevalencia de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa fluctúa entre el 0.5% y 1% (APA, 2002). Barriguete (2003 citado en Moreno y Ortiz, 2009) menciona que en las sociedades industrializadas occidentales, estos trastornos presentan una mayor prevalencia sin importar el nivel socioeconómico de la persona. Asimismo, las creencias culturales y actitudes tienen un papel importante, pues se consideran factores que contribuyen al desarrollo de los trastornos alimenticios de la conducta.

Si consideramos que los trastornos del comportamiento alimentario no se dan de manera uniforme en todas las culturas, en ninguno de los casos se manifiestan con características diferentes de la enfermedad (Portela de Santana, Ribeiro, Mora y Raich, 2012). Como sabemos el concepto de belleza es distinto en cada cultura, por lo que las exigencias de la sociedad con respecto al “cuerpo ideal” varían de lugar a lugar. Entre los motivos generales que dan énfasis a los trastornos alimenticios encontramos: el miedo mórbido a engordar y/o los trastornos de la imagen corporal o las conductas compensatorias (Portela de Santana, Ribeiro, Mora y Raich, 2012). Cuando se presenta un trastorno alimenticio, si bien las características de éste son muy específicas (ya sea bulimia o anorexia nerviosas), cada persona presenta una sintomatología distinta, a la vez que los factores desencadenantes suelen variar.

La necesidad de evaluar la importancia del papel de las presiones socioculturales en la determinación de los trastornos alimenticios durante el proceso de transición a la adolescencia, se debe a las características que tiene

este periodo de vida. En donde la persona, sufre una serie de inestabilidades, cambios a nivel psicológico y biológico (donde destacan factores hereditarios o genéticos), y que al no ser totalmente aceptados por los jóvenes, puede detonar en una incomodidad o rechazo de su cuerpo. Al comparar el cuerpo “ideal” y el cuerpo real, cuestiones que normalmente suelen ocurrir después o durante la pubertad (Portela de Santana, Ribeiro, Mora y Raich, 2012), y es precisamente esta discrepancia lo que genera la insatisfacción corporal (Esanola, 2005). Pues las personas están expuestas constantemente a una presión social por ser delgadas, lo cual contribuye a una mayor incomodidad con su imagen corporal y baja autoestima, lo que a su vez puede encaminar a la utilización de estrategias inapropiadas para pérdida de peso (Portela de Santana, Ribeiro, Mora y Raich, *Ibíd.*).

Precisamente este problema de la sociedad de consumo, donde se realiza un culto al cuerpo otorgándosele un valor estético, debe su existencia fundamentalmente a los medios de comunicación, a las manifestaciones artísticas de la estética corporal que nos es mostrada a través del cine, modas, canciones, presentadores de TV, publicidad de productos dietéticos, cosméticos, etc. Vivimos en una época donde los cuerpos delgados son los idóneos para vender y promocionar éxito y prosperidad en la vida (Ogden, 2005).

Es por eso que a través de este capítulo, se pretende brindar una descripción de la diversidad de factores que contribuye a la aparición de un trastorno alimenticio, factores que son divididos en: biológicos, familiares, psicológicos y culturales, los cuales suelen converger y crear en el individuo modificaciones en la percepción que tiene de sí mismo. Las cuales pueden ser gestadas desde la niñez, ya que a lo largo de los años, se ha visto un retroceso en la edad de aparición de los desórdenes alimenticios, así como un elevado número de incidencias tanto en hombres como en mujeres.

2.1. Estadística de los trastornos alimenticios en México

Actualmente, el número de reportes sobre la incidencia y prevalencia de los trastornos alimenticios va en aumento. Es por ello, que para poder comprender un

poco más acerca de esta enfermedad, es importante definir inicialmente lo que es la incidencia y la prevalencia. De acuerdo con Jáuregui (2006), la palabra *incidencia*, hace referencia al número de casos nuevos de la enfermedad ocurrida en una población en un periodo de tiempo; mientras que *prevalencia*, es un concepto estático, que mide la cantidad de casos que hay en un momento dado.

Anteriormente, se creía que los trastornos alimenticios se presentaban sólo en grupos con poder adquisitivo alto en naciones occidentales (Mancilla y Gómez, 2006). Sin embargo, hoy en día se sabe que los trastornos alimenticios no distinguen entre clase social, grupo étnico, edad y sexo. Y es precisamente refiriéndose a este último, donde Mancilla y Gómez (*Ibidem*) mencionan que en diversas investigaciones se ha coincidido en que son las mujeres, ya sea adolescentes o adultas jóvenes, las personas mayormente afectadas por los trastornos de la conducta alimentaria. No obstante, en los últimos años, se ha reportado un aumento en la incidencia de estos trastornos en varones. Se sabe que estos representan aproximadamente un 10% de los casos femeninos.

De acuerdo con Jáuregui (2006), la prevalencia de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes y mujeres jóvenes oscila entre el 1% y 4%. De los cuales, entre el 0.5% y 1% cumplen con los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa; en el caso de la bulimia nerviosa su prevalencia en mujeres jóvenes es superior, y oscila entre un 1% y 3%; finalmente, los trastornos de la conducta alimentaria no especificados son los más comunes. En el caso de los varones, según Vázquez, López, Álvarez, Franco y Mancilla (2004), respecto a la anorexia nerviosa se ha encontrado una prevalencia de entre 0.5% y 1%; mientras que la bulimia nerviosa se presenta de un 0.1% a 0.9%. Es así como podemos observar que, en ambas poblaciones la conducta alimentaria más común son los llamados trastornos de la conducta alimentaria no especificados, seguido por la bulimia (principalmente en el caso de las mujeres) y, con menor frecuencia la anorexia (Mancilla y Gómez, 2006).

Asimismo, una diferencia que podemos encontrar entre hombres y mujeres respecto a los trastornos de la conducta alimentaria es, el comienzo tardío de la

enfermedad en el caso de los varones; en cuanto a semejanzas, encontramos dos de los aspectos considerados como factores de riesgo: la insatisfacción corporal y la realización de dietas restrictivas, cabe señalar que ambas, cobran un sentido distinto de acuerdo con el género al cuál pertenezca el paciente (Mancilla y Gómez, 2006). Por ejemplo, en el caso de la insatisfacción corporal, las mujeres suelen sentirse incómodas con su cuerpo si padecen sobrepeso o creen padecerlo, mientras que en su mayoría, los hombres lo experimentan si no alcanzan una musculatura y corpulencia tales que le proporcionen el reconocimiento y admiración de los demás varones (Vázquez, López, Álvarez, Mancilla y Oliva, 2006).

En México, existen dos encuestas nacionales importantes en las que se incluyen conductas relacionadas con la alimentación y la percepción del peso corporal. La Encuesta Nacional de Juventud 2005, Pérez, Valdez y Serrano (2006), en el apartado de salud, cuestionaron a hombres y mujeres de diversos grupos de edad si estaban de acuerdo con su peso actual. Los resultados obtenidos, arrojaron que el 23.6% de los jóvenes de entre 12 y 29 años de edad, consideran que su peso corporal no es adecuado, siendo mayor el porcentaje de mujeres que están inconformes, en comparación con los hombres, con lo que concluyen que la insatisfacción corporal aumenta conforme la edad.

Respecto a la segunda encuesta, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (llevada a cabo cada 6 años), en ella se cuestionó en el área de salud a adolescentes de entre 10 y 19 años (hombres y mujeres). Se encontró que el riesgo de padecer un trastorno alimenticio en los adolescentes mexicanos tanto hombres como mujeres, ha aumentado en comparación con las estadísticas obtenidas en 2006. Sus datos estadísticos arrojaron que el 1.3% de la población adolescente que participó, presentan un alto riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria, perteneciendo 1.9% al sexo femenino y 0.8% al sexo masculino. Comparando los grupos de edad, los varones de entre 14 y 19 años presentaron mayor prevalencia de conductas de riesgo (comer demasiado y hacer ejercicio) que los adolescentes de 10 a 13 años. Por su parte, las adolescentes de

entre 14 y 19 años tuvieron mayor prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (a excepción de inducirse el vómito) que las adolescentes de entre 10 y 13 años (ENSANUT, s.f.).

De acuerdo con lo mencionado por la directora de la fundación Ellen West en México y la Encuesta Nacional de Salud 2012, en los últimos cinco años se ha registrado un incremento de 700% entre los adolescentes a padecer un trastorno alimenticio, lo que significa que hay 3 millones de jóvenes y niños que presentan este problema y que pueden causar 600 mil decesos (Valdez, 2014).

La Secretaría de Salud en México, durante el año 2014 reportó que los estados que presentaron un mayor número de casos de trastornos alimenticios fueron: Baja California (1340), Jalisco (1171), Estado de México (1136); Nuevo León (880), Ciudad de México (797), Sinaloa (665), Sonora (645), Chihuahua (640), Tamaulipas (617) e Hidalgo (611). No obstante, en el año 2015 a pesar de haber una notable disminución en el número de casos reportados, existe una variación en cuanto a los estados con mayor prevalencia de esta enfermedad: Estado de México (381), Jalisco (313), Ciudad de México (249), Baja California (176), Veracruz (172), Sonora (139), Morelos (129), Sinaloa (121), Coahuila (112) y Chiapas (107) (<http://www.informador.com.mx/>).

Dichas estadísticas, nos llevan a retomar los rangos de edad en los cuales se ha estipulado que los trastornos de la conducta alimentaria suelen presentarse, pues en los últimos años hemos podido observar variaciones en los mismos. Por ejemplo, la fundación Ellen West en México (2013) ha indicado que la aparición de los trastornos alimenticios tanto en hombres como en mujeres ha disminuido en cuanto a la edad en que las personas presentan los primeros síntomas, ya que con anterioridad se creía que la sintomatología comenzaba a presentarse en la adolescencia entre los 12 y 25 años. Respecto a esto Vázquez, López, Álvarez, Mancilla y Oliva (2006), mencionan que la ocurrencia de estos trastornos en niños de ambos sexos, comienza a presentarse en un rango de edad de entre 7 y 9 años. De acuerdo con una entrevista realizada a la directora de la fundación Ellen

West en México por el periódico *Milenio*, ha ido en aumento el número de casos tratados de niñas de 8 años que padecen un desorden alimenticio (Valdez, 2014).

Con respecto a la relación entre trastornos alimenticios y niños, la Secretaría de Salud reportó que durante los primeros seis meses del año 2015 hubo 450 casos de anorexia y bulimia a nivel nacional en niños menores de 10 años; mientras que en el 2014, se contabilizaron más de 2600 niños con estos padecimientos. Agregando también que los rangos de edad con mayor número de casos son: de 10 a 14 años (que registraron 575 casos en el primer semestre del año 2015 a nivel nacional), y de 15 a 19 años (registrando 600 casos a nivel nacional en el primer semestre del año 2015) (<http://www.informador.com.mx/>).

La incidencia de estos padecimientos se debe según la directora de la Fundación Ellen West, a los constantes mensajes de belleza que emiten los medios de comunicación, y que se han ido extendiendo sin importar el nivel socioeconómico de las personas (Valdez, 2014). Para Vázquez, López, Álvarez, Mancilla y Oliva (2006), otros de los factores asociados a la aparición temprana de estos trastornos, son: la motivación para adelgazar debido a la presión social y la evitación de los alimentos que consideran “engordantes”, principalmente en el caso de las niñas; en el caso de los niños, se han encontrado problemas emocionales, como falta de reconocimiento y el manejo inadecuado de estados de ánimo por problemas familiares o de temperamentos. En ambos factores, destaca el papel de la familia para la aparición de estos síntomas, diversos autores, han referido que las conductas alimentarias de los padres pueden predecir las conductas alimenticias de los hijos.

Debido esta disminución de edad en la que aparecen los trastornos alimenticios, así como al aumento de los mismos, es importante reconocer y analizar cuáles son los factores o las causas que están haciendo que las personas recurran a estos trastornos para poder lograr la “figura ideal”.

2.2. Etiología

Hoy en día los trastornos de la conducta alimentaria, constituyen uno de los problemas que inciden de una manera importante en la Salud Pública, afectando directamente a las personas que los padecen y repercutiendo en los familiares, amigos y personas en general que rodean al enfermo.

Estos trastornos, en general son de carácter multicausal, es decir, son consecuencia de distintos factores (genéticos, psicológicos, socioculturales, cognitivos, etc.) que actúan simultáneamente e interactúan entre sí. (León y Castillo, 2005). Es importante considerar el impacto que pueden tener estos factores durante la pubertad de una persona. Pues como lo indica Jáuregui (2006), es en esta etapa de la vida cuando se presentan con mayor frecuencia los trastornos alimenticios, esto a razón de una secuencia de cambios considerables, que van desde lo biológico (cambios hormonales, desarrollo físico) hasta lo psicológico, ya que el adolescente debe realizar un análisis y construcción de dos aspectos fundamentales: autoconcepto (conjunto de ideas y opiniones que se tiene de sí mismo), y autoestima (evaluación afectivo-emocional que hacemos de nosotros mismos, ya sea positiva (autoestima alta) o negativa (autoestima baja). Razón por la cual es esencial el papel del medio que rodea al sujeto.

Aparentemente una de las razones más evidentes para la aparición de los trastornos alimenticios, es la presión psicosocial, basada en la búsqueda de una mal entendida concepción de salud y una “imagen estética ideal”, que son los mensajes primordialmente emitidos por los medios de comunicación masiva, en los cuales, se presentan por medio de publicidades, determinados modelos a imitar y un mensaje continuo *“de unos estereotipos en donde la delgadez se equipara a la consecución de salud, mérito, seguridad y atractivo”* (Jáuregui, 2006:56). Sin embargo, y como se mencionó con anterioridad, los trastornos alimentarios no obedecen a una sola causa, existe una gran diversidad de factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores (Jáuregui, *Ibidem*).

Como se ejemplifica en el siguiente cuadro, existen una gran variedad de agentes desencadenantes de un trastorno alimenticio, las conductas que se

desaten para obtener como finalidad una figura delgada pueden ser igualmente variadas, sin embargo, el resultado y las consecuencias que esto trae son siempre las mismas, sin importar los determinantes o las circunstancias que mantengan el trastorno.

Mulifactorialidad de los Trastornos de la Conducta Alimenticia

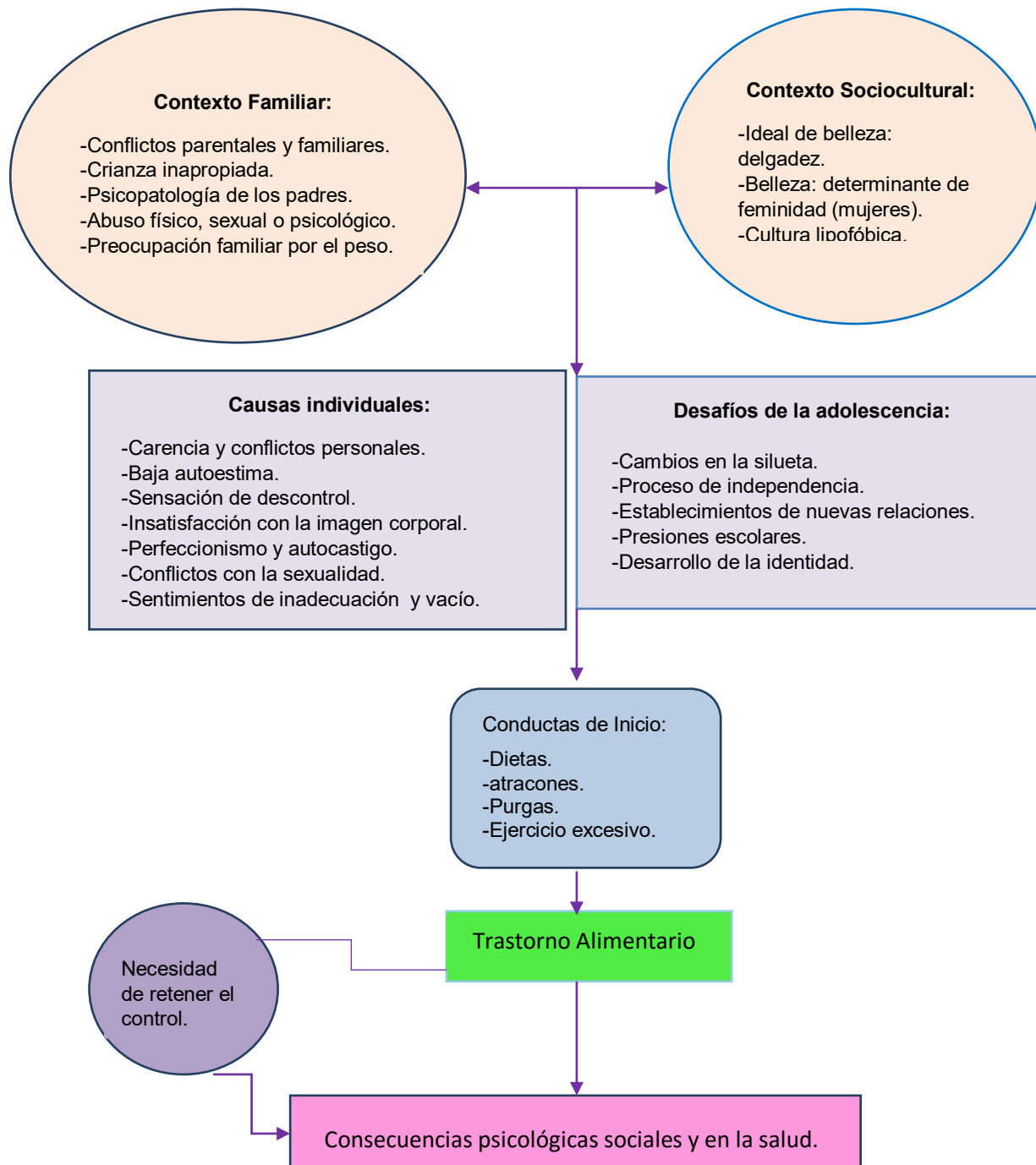


Figura 5. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf> (2004:18).

A continuación, citaremos algunos de los factores predisponentes de los trastornos de la conducta alimentaria, los cuales serán divididos en aspectos:

biológicos, familiares, psicológicos y sociales. Con la finalidad de comprender mejor los aspectos implicados de los que se han hablado hasta ahora y que de acuerdo a diversos autores, es importante considerar cuando se habla de adolescentes.

2.2.1. Factores Biológicos

En cuanto a factores biológicos predisponentes derivados de cambios o alteraciones en el funcionamiento del cuerpo humano, y que pueden verse implicados en la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria, encontramos:

A. Factores genéticos

Se estima que la cuestión genética, podría ser aproximadamente entre un 60% y 70% la explicación a la vulnerabilidad de una persona para padecer un trastorno alimentario (Jáuregui, 2006). Asimismo, Portela de Santana, Ribeiro, Mora y Raich (2012), mencionan que las variaciones genéticas son responsables entre un 50% y 85% de los factores de riesgo de síntomas de trastornos alimenticios y de preocupación con el peso y la forma del cuerpo.

Cuando se habla de la transmisión genética de cualquier característica, ya sea personal o psicológica, para llevar a cabo un estudio más eficiente se pueden llevar a cabo diversos procedimientos: determinadas tasas de prevalencia en árboles genealógicos de probandos y controles, comparación de las tasas de prevalencia en gemelos monocigotos y dicigotos, determinación de tasas de prevalencia en familias biológicas y adoptivas, y estudios de genética molecular. Sin embargo, hasta ahora han sido poco abordados los estudios de genética molecular (Toro, 2004).

Actualmente se han identificado diversos genes que podrían hacer a una persona susceptible a padecer un trastorno alimentario, por ejemplo, Bustamante y Justo (2013), mencionan la propuesta de alteraciones en el cromosoma 10p como posible respuesta a que una persona padezca bulimia nerviosa. Ahora bien, la indagación en cuestiones genéticas ha ayudado a desarrollar hipótesis que

expliquen la influencia de éstos en los trastornos alimenticios, a través de la interacción entre los componentes genéticos y las variables ambientales, así como también la probable influencia que tengan las variables psicológicas y la pubertad (Portela de Santana, Ribeiro, Mora y Raich, 2012).

En lo que respecta a los estudios de árboles genealógicos, La indiferenciación a esta supuesta transmisión genética, obligaba a pensar que la anorexia y la bulimia nerviosa eran simples variantes de un trastorno único, o bien, que lo que se heredaba era un factor o factores en común. Actualmente, se encuentra descartada la idea de que la anorexia nerviosa o bulimia nerviosa sean un síndrome único. Sin embargo, ambos trastornos cuentan con una gran cantidad de factores en común aunque no sean todos los que intervienen en la vulnerabilidad genética para padecer un trastorno alimenticio (Toro, 2004).

En cuanto a la concordancia gemelar, las inferencias genéticas, han sido de gran ayuda en el campo de la psiquiatría, cuando se habla de la comprensión de trastornos psicopatológicos complejos. La cuestión central en este campo, es conocer realmente qué es aquello que se transmite, pues como se sabe no se hereda el trastorno como tal, por lo tanto, la conclusión inmediata, es que lo que se transmite es la vulnerabilidad o susceptibilidad al trastorno, es decir, una característica que sumada o en interacción con otros factores (de riesgo), dan lugar al trastorno alimenticio (Toro, 2004).

Los estudios de concordancia gemelar, han permitido analizar el grado de interacción entre factores genéticos y las influencias ambientales que pueden afectar a un trastorno en particular. De acuerdo con Toro (2004), en los estudios con gemelos, se ha determinado la importancia de los *ambientes compartidos*, los cuales dependen completamente de la estructura familiar, clase social, etc., y los *no compartidos*, que están dados por las experiencias objetivas diferentes de las personas. Por lo tanto, para la génesis de un trastorno alimenticio es mayormente significativo un factor ambiental no compartido, ya que cada persona internaliza de distintas maneras: las experiencias sociales, la exposición a los medios de comunicación, deportes, ocio, etc. Es de suponer entonces que el factor mediador

entre las experiencias y la forma de internalizarlas o interpretarlas es de carácter cognitivo.

De acuerdo con un estudio realizado por Klumb y cols. citado en Portela de Santana, Ribeiro, Mora y Raich (2012), informó sobre el riesgo de padecer síntomas de trastorno alimenticio en respuesta a los efectos del medio ambiente compartido (40%) y no compartido (54%) en adolescentes de 11 años de edad, representando los efectos genéticos únicamente el 6% de probabilidad. Mientras que hubo aumento significativo de la contribución genética (46%) en adolescentes de 14 años, el cual se mantuvo constante hasta los 18 años. Estas estadísticas nos muestran cómo es que la predisposición genética a un trastorno alimenticio, ya sea por: una constante preocupación por la imagen, un índice de masa corporal alto (IMC), etc. pueden ser un determinante en la vida de una persona, principalmente al llegar a la adolescencia y estar expuesto a un ambiente permeado de estereotipos.

Otros estudios han destacado los efectos genéticos sobre los síntomas de trastorno alimenticio, mostrando un efecto significativo de la heredabilidad, sin que hubiera influencia genética antes de la pubertad, pero con niveles importantes durante y después de la pubertad (de 44% a 60%). Lo cual sugiere que la activación de las hormonas ováricas (estradiol) en el inicio de la pubertad, registra también un aumento en los factores genéticos (Portela de Santana, Ribeiro, Mora y Raich, *Ibidem*).

Asimismo, en el año de 1983, Scarr y McCartney, definieron la existencia de tres correlaciones genético-ambientales: *pasivo*, *provocativas* y *activas*. La primera, se refiere a cuando los hijos viven con sus padres biológicos, y por ende obtuvieron sus genes e influencias ambientales, las cuales actúan en la misma dirección, permitiéndoles desarrollar un mismo rasgo, independientemente de las características y conductas de riesgo. La segunda, se refiere a características determinadas genéticamente que provocan reacciones ambientales que dan lugar al rasgo o trastorno, por ejemplo, un adolescente que experimenta pubertad precoz, tiene cambios corporales que pueden generar burlas, lo que conllevará a

desencadenar una preocupación excesiva por su cuerpo. Por último, la correlación activa, se produce cuando una persona selecciona o crea ambientes que concuerdan con sus propensiones genéticas, es decir, si una persona tiene genes que faciliten la preocupación por el peso, tenderá a elegir estar con personas que también se preocupen por su apariencia física (Toro, 2004).

Finalmente, Gómez del Barrio, García y Corral (2009), mencionan que de acuerdo a las investigaciones de los últimos años, entre los rasgos y características heredables que hacen vulnerable a una persona para padecer esta enfermedad, podemos encontrar: el sexo, la edad inicio de la pubertad, el perfeccionismo, la impulsividad y el funcionamiento de determinados sistemas metabólicos y de neurotransmisores.

B. Neurotransmisores

Como parte de los factores predisponentes de los trastornos alimenticios, podemos encontrar a los neurotransmisores. De acuerdo con Ductor (2005) y Bustamante y Justo (2013), se ha encontrado en diversos estudios sobre personas que padecen algún trastorno alimenticio, disfuncionalidad en neurotransmisores como: serotonina, dopamina y noradrenalina; los cuales intervienen en la regulación del comportamiento alimentario. Inclusive se han demostrado alteraciones en los neuropeptidos que regulan dicho comportamiento.

Los denominados sistemas de neurotransmisión, constituyen la base biológica del funcionamiento psicológico (emocional, cognitivo y conductual) humano. En un principio, toda enfermedad psiquiátrica, tiene un perfil de alteraciones en alguno de estos sistemas. Por lo tanto, los trastornos alimenticios no son la excepción a la regla. Sin embargo, y debido a las características que tienen, suelen producir ciertos problemas que no suscitan otros trastornos. Sucede que la malnutrición y desnutrición forzosamente tienden a producir alteraciones en los sistemas de neurotransmisión; no obstante, existe también una línea de investigación que se centra en conocer si estas disfuncionalidades se encuentran en la persona desde antes de la aparición de la enfermedad (Toro, 2004).

Ahora bien, como se mencionó anteriormente, uno de los neurotransmisores implicados en los trastornos alimenticios, es la serotonina, quien tiene una gran predominancia en el cerebro humano. Toro (2004), explica que éste se forma a través de una sintetización del aminoácido precursor (triptófano), que es captado en el cerebro e hidroxilado gracias a la enzima triptófano-5-hidroxilasa. Reacción que da lugar al 5-hidroxitriptófano, en donde interviene la descarboxilasa, transformándola en 5-hidroxitriptamina (5-HT), o lo que es lo mismo, serotonina. Dicho neurotransmisor, está encargado de regular el apetito, la conducta sexual, la respuesta al estrés, la sintomatología obsesiva-compulsiva, el perfeccionismo, la rigidez y las alteraciones del humor.

Considerando a los neurotransmisores un factor predisponente para un trastorno alimenticio, se dice que *“es posible que las personas con un defecto modulador inherente en la función 5-HT sean proclives a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria porque no pueden responder apropiada y precisamente a estresores o estímulos, o modular sus estados afectivos”* (Toro, 2004:38). En cuanto a la función de la serotonina como predisponente de la anorexia nerviosa, León y Castillo (2005), mencionan un estudio donde se reveló que los niveles de serotonina en pacientes con trastornos alimenticios son elevados, lo que apoya la teoría de que existe una predisposición biológica para la aparición de estas conductas. Pues esta sustancia aumenta el comportamiento rígido y obsesivo de una persona, suprimiendo el centro del apetito.

Camarrillo, Cabada, Gómez y Munguía (2013), Indican que aun después de que el paciente haya tomado un tratamiento para combatir el trastornos de la conducta alimentaria, los niveles de serotonina, siguen alterados, lo cual, tal vez contribuya a que los problemas de alimentación continúen.

El segundo neurotransmisor que se ve afectado en los trastornos alimenticios es la noradrenalina. Esta es sintetizada a partir de ciertas neuronas de un mismo aminoácido que sirve para la fabricación de la dopamina. La noradrenalina, estimula la liberación de la reserva de grasa y controla la liberación de las hormonas que regulan la fertilidad, el apetito y el metabolismo Souccar

(2006). Toro (2004), indica que la noradrenalina interviene también en el estado emocional, lo que puede aumentar la ingestión de alimentos a través de los receptores alfa-2. También existen pruebas, de que la serotonina y noradrenalina interactúan antagónicamente en las áreas hipotalámicas reguladoras de la ingestión alimentaria. Como es sabido, los niveles de noradrenalina disminuyen cuando se presenta un caso de anorexia nerviosa, lo que puede traer como consecuencia síntomas depresivos. Además Souccar (*Ibidem*), menciona que los niveles bajos de noradrenalina producen también alteraciones en la adquisición y asociación de nuevos conocimientos.

Esto último, puede explicar algunos de los síntomas o consecuencias que suelen presentar los pacientes con un trastorno alimenticio, al tener dificultades para concentrarse y adquirir nueva información o conocimiento.

El tercer neurotransmisor que interviene en los trastornos alimenticios es la dopamina, siendo esta una sustancia que produce el organismo por la descarboxilación de aminoácidos. La dopamina actúa como sustancia transmisora en el Sistema Nervioso Central (Lullmann, Mohr y Hein, 2008). Toro (2004), indica que dosis elevadas de amfetamina puede provocar anorexia, incrementando la actividad física y conductas psicóticas.

Finalmente, se ha observado también que como parte de los trastornos en el sistema neuronal, se encuentran incluidos los neuropéptidos como: vasopresina, oxitocina, grelina, adipolectina, CCK, y leptina (Camarrillo, Cabada, Gómez y Munguía, 2013; Bustamante y Justo, 2013). Este último, 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 regulación de la ingesta alimentaria (Toro, 2004). La grelina, estimula el apetito y está implicada en el control del balance energético y peso corporal. La regulación anormal de los niveles de grelina, puede conducir tanto a sobrepeso como a bajo peso (Tucci, 2008).

Hasta este momento, hemos tratado las alteraciones a nivel neurológico que se pueden ver inmiscuidas en los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Sabemos que estas alteraciones pueden existir antes de la presencia del trastorno y ser heredados genéticamente. No obstante, tienen un mayor impacto durante el transcurso de la enfermedad, debido a las alteraciones alimentarias y desnutrición que el paciente puede provocarse de manera consciente.

En los siguientes puntos, analizaremos otros factores que pueden desencadenar un trastorno alimenticio, y que están relacionados con aspectos genéticos o con los cambios pertinentes del desarrollo humano.

C. Obesidad

La aspiración de una gran cantidad de personas por obtener una figura delgada (imagen que ha sido impuesta de manera cultural), las ha llevado a recurrir a dietas, para realizar una modificación de su cuerpo. Aunque, sabemos que *“la genética representa un papel fundamental cuando se habla de las características físicas básicas de una persona”* (Cervera, 2005:94), este motivo no es suficiente para algunas personas que recurren a éste método “dietético”, utilizado no sólo por individuos que se piensa están dentro de un peso adecuado, sino también por aquellos que se considera tienen un Índice de Masa Corporal (IMC) que se encuentra ligeramente por encima de lo establecido por instituciones de salud, y a lo que denominan obesidad y sobrepeso.

La obesidad, que es definida por Guillen (2014), como una alteración metabólica muy frecuente en el mundo occidental, razón por la cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calificado como “la epidemia del siglo XXI”. Se caracteriza por un exceso de grasa en el organismo que produce un aumento del peso corporal que no corresponde a la homeostasis metabólica de acuerdo al sexo, talla, edad y gasto energético de la persona. Este exceso de tejido graso, repercute directamente en la salud del organismo afectado, produciéndole otras enfermedades, y provocando un descenso en el tiempo de vida de la persona (ENSANUT, s.f).

Antes de continuar y con el fin de ayudar al lector a comprender mejor esta problemática, debemos indicar a que nos referimos cuando hablamos del índice

de Masa Corporal. Éste, no hace referencia al peso ideal, es un número que varía de acuerdo a la edad, sexo, estatura y características constitucionales de la persona, por lo consiguiente es un número variable entre las personas, pero que a la vez debe encontrarse en un rango fijo. Esta cifra se calcula dividiendo el peso del sujeto expresado en kg., entre el cuadrado de la altura expresada en metros:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en kg.}}{(\text{Talla en metros})^2}$$

El IMC en un persona joven, debe encontrarse entre los 19-24, ya que un IMC inferior a 19, puede provocar la ausencia de la menstruación, por debajo de los 17 aparecen los síntomas de la desnutrición; y siendo mayor a 24 estaríamos considerando a una persona con sobrepeso (Cervera, 2005., y Heyward, 2006).

Volviendo al tema de la obesidad, y de acuerdo con la relación entre el peso corporal y el IMC, la obesidad se divide en tres grados: grado I, con sobrepeso entre 10% y 25% del peso teórico normal; grado II, son sobrepeso del 25% al 40%; y finalmente, el grado III, con más del 40% de sobrepeso (Guillén, 2014).

Ahora bien, es momento de definir lo que es el sobrepeso. Es importante mencionar que éste no es sinónimo de obesidad. El sobrepeso se define como un IMC entre los 25 y 29.9 kg/m²; a diferencia de la obesidad, que como ya se mencionó, se considera a una persona obesa cuando su IMC es superior a 30 kg/m² (Heyward, 2006).

Si tomamos en cuenta los puntos de corte de IMC emitidos por la OMS, consideramos que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México fue de 71.28%. Y de acuerdo con las estadísticas arrojadas de la evaluación que realizó la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, a 38, 208 personas adultas mexicanas, la prevalencia de obesidad en este grupo, se encuentra en un 32.4%; mientras que el porcentaje de sobrepeso es de 38.8%. Hay que considerar que la obesidad se presentó con mayor frecuencia en el sexo femenino (37.5%) que en el masculino (26.8%); caso contrario que al sobrepeso, en donde la mayor puntuación la obtuvo el sexo masculino, con un porcentaje de 42.5%; mientras que las mujeres obtuvieron un 35.9%.

Actualmente, México es considerado el país con el primer lugar en obesidad infantil, y el segundo, en obesidad en adultos. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) indica que uno de cada tres adolescentes de entre 12 y 19 años presenta sobrepeso u obesidad (UNICEF, *s.f.*). Hoy en día, se sabe que entre el 25% y 40% del peso está determinado de manera genética, a través de mecanismos como: el número de células grasas, el metabolismo basal, la ganancia de peso en respuesta a la sobrealimentación, etc., mientras que el 60% a 75% restante corresponde a la conducta individual y la interacción con factores biológicos y ambientales (Jáuregui, 2006).

Asimismo, este exceso de ingestión alimentaria, no sólo tiene predisponentes genéticos, sino que también existen factores psicológicos que pueden llevar a una persona a comer en exceso y sufrir sobrepeso. Entre las psicopatías que pueden estar asociadas a la obesidad, encontramos: depresión y ansiedad, que podrían estar asociados a un trastorno alimentario o distorsión de la imagen corporal. Es común, que las personas con obesidad en ocasiones presenten trastornos de atracón, los cuales se caracterizan por una ingesta extrema de alimento sin la presencia de conductas compensatorias, como en el caso de la bulimia nerviosa (Silvestri y Stavile, 2005). Por ejemplo, en el caso de la ansiedad, Sananes (2006), menciona la alimentación ansiolítica, es decir, cuando la persona utiliza la comida como un consuelo afectivo y como fuente de gratificación supletoria. En estos casos, la ingesta calórica resulta extemporánea y excesiva, sin que la persona presente sensación de hambre, por lo que la sobrealimentación es inevitable.

Como es sabido, la obesidad, deja a su paso un conjunto de alteraciones a nivel biológico. Pero esto no lo es todo, también conlleva consecuencias a nivel psicológico que pueden perjudicar a la persona más de lo que se podría suponer. Silvestri y Stavile (2005), indican que los individuos obesos, en países occidentales sufren continuamente de perjuicios, los cuales van desde el ámbito académico hasta el laboral (principalmente en niños, dando por hecho que son “sucios, feos, tramposos, mentirosos, etc.”); discriminación y son blanco de burlas

por su apariencia física. Cabe resaltar que en los medios de comunicación se les recuerda continuamente aquel perfil que supuestamente deberían tener.

Así pues, como consecuencia de los altos índices de obesidad en el país y aquellos mensajes transmitidos por los spots publicitarios, donde se publica continuamente una idea mal transmitida sobre “el cuidado de la salud” acompañado de una imagen errónea de belleza y éxito que se ha establecido en los últimos años. Éste conjunto de acciones nos dirige a la pregunta: ¿qué medidas han tomado las personas para reducir su peso o adquirir un cuerpo “ideal”? Como respuesta inmediata a esta pregunta, y siendo una medida, que es también otorgada por la misma sociedad, encontramos la realización de una dieta.

Sananes (2006), menciona que una dieta trata de reducir el exceso de peso de una persona, disminuyendo el aporte calórico de los alimentos que ingiere, pero sus resultados son transitorios en la mayoría de los casos. Esto debido a que las dietas únicamente reducen el peso corporal, pero no se toman en cuenta las causas que llevaron a la persona a aumentar de peso.

No obstante, en la actualidad “*la utilización de dietas no ha sido uno de los tratamientos más recomendados*” (Jáuregui, 2006:182). Hoy por hoy, se habla de cremas reductoras, uso de fármacos, aparatos para hacer ejercicio, terapias alternativas o inclusive cirugías. Jáuregui (*Ibidem*), menciona que el fundamento de la no utilización de dietas es sencillo y “*es bien conocido por los pacientes obesos: a largo plazo no hay resultados. Pero además, esta documento que la realización de dietas puede resultar en problemas físicos, psicológicos y facilitar otros trastornos alimentarios, especialmente atracones.*” (p.182). De acuerdo con esto último, Sananes (2006), hace hincapié en la alteración alimenticia a la cual sometemos a nuestro cuerpo cuando llevamos a cabo una dieta autoimpuesta, donde los ciclos de alternancia pueden ser de horas, días o semanas; trayendo al cuerpo un aporte calórico de manera distorsionada, permitiendo la aparición de una *alimentación compulsiva*. Con alimentación compulsiva, nos referimos a la forma de comer desencadenada por efecto de las dietas, es decir, la restricción

voluntaria a la ingesta puede sostenerse por días, semanas o meses, pero finalmente existe una pérdida de control. En algunos casos, puede llegar a producirse un círculo vicioso de dietas y excesos.

Si retomamos algunas de las conductas características de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa mencionadas en el capítulo anterior. En donde, existe una alimentación restrictiva y ciclos de atracón y purga, de manera respectiva. Podemos dar cuenta de la facilidad con la que algunas personas pueden desvirtuar el “sano objetivo de una dieta”, si tan sólo se agregan los factores psicológicos predisponentes a la obesidad, las consecuencias que ésta conlleva para la persona y las creencias erróneas que tiene sobre el concepto del “ser delgado”.

En otras palabras, es importante que la persona comprenda la diferencia entre el peso ideal y el peso “biológico”. El peso biológico, es aquel que tiene un individuo debido a sus características físicas individuales, genéticamente determinadas cuando mantiene unos hábitos alimenticios correctos. El ser delgado o no, no depende tanto de los hábitos alimenticios de una persona como de las capacidades innatas que tiene (células) para gastar y almacenar más o menos energía. Nuestro cuerpo debido a sus características tiene un peso estable, por ende, si al realizar diversas dietas, obtenemos una disminución de peso temporal y al término de ésta, como resultado tenemos un ligero aumento de peso, que posteriormente se estabiliza, esto significa que estamos forzando al cuerpo a obtener un peso que no es el adecuado o correspondiente de acuerdo a su genética (Cervera, 2005).

A modo de conclusión, podemos decir que si bien la obesidad es una problemática muy usual hoy en día. Es importante tomar las medidas necesarias para disminuir su incidencia. Sin embargo, debemos analizar y tratar cada uno de los factores que conllevan a la obesidad, no se trata solamente de reducir el peso, pues como ya vimos, gracias a las creencias erróneas impuestas por la sociedad acerca de un “cuerpo bello”, podemos desviarnos con facilidad del objetivo de prácticas sanas como es: hacer ejercicio y moderar las cantidades de comida

ingerida. La desvirtuación de estas actividades, puede llevar a una persona a introducirse en un ciclo de alteraciones alimentarias que también es peligroso para su salud.

D. Adolescencia

La adolescencia, es una palabra que procede del latín y significa *crecer o madurar* (Jáuregui, 2006). Ésta, es un período de la vida que va desde la infancia y se extiende hasta la edad adulta. La adolescencia, es un proceso que se lleva a cabo con diferencias interindividuales, las cuales están influenciadas de manera genética y se ven afectados también por factores socio-ambientales. La adolescencia, está marcada por el inicio de la pubertad. La cual, es una primera etapa de la adolescencia, denominada “adolescencia temprana”, y es el periodo de transición entre la niñez y la adolescencia (Doménech, 2005). En los hombres, suele presentarse desde los catorce a los veinte años; mientras que en las mujeres se presenta desde los doce a los dieciocho años (Ayela, 2010).

Para Doménech (2005), la pubertad, está caracterizada por un aumento de hormonas sexuales y cambios en la apariencia física, algunos de ellos son: crecimiento, aparición de vello púbico (en hombres y mujeres); en cuanto a las mujeres hay un desarrollo mamario y la aparición de la menarquia, es decir, la menstruación; mientras tanto, en los hombres, hay un desarrollo en genitales y un aumento en el volumen testicular. Otro aspecto importante visto desde el punto de vista fisiológico, es el aumento de peso corporal, previo al inicio de la pubertad, debido a que *“el depósito de grasa corporal tiene sentido para afrontar el incremento de gasto energético que implica esta etapa de la vida, a la vez que de él se secreta el péptido leptina que podría poner en marcha el mecanismo hipotálamo-hipofisario-gonadal para el desencadenamiento de la pubertad”* (p.40).

Esto último, da cabida a lo establecido por Doménech (2005), quien indica que la adolescencia, es una de las etapas de la vida que mayor problemáticas a nivel psicológico presenta. Ya que en diversos estudios, se ha constatado que las patologías más concurridas en esta etapa son: los trastornos de la conducta alimentaria, los problemas afectivos, los conductuales o el inicio del consumo de

tóxicos. Se dice también que en periodos posteriores a la aparición de la pubertad (pero formando parte aún de la adolescencia), son las mujeres quienes más sufren de: depresión, trastornos alimenticios y el trastorno obsesivo compulsivo.

En ocasiones, y como respuesta a estos cambios filológicos que se presentan, algunas mujeres (principalmente anoréxicas) inician en la pubertad un trastorno alimenticio), pues además de tener una obsesión por la figura delgada, suman lo que algunos autores llaman “el rechazo al cuerpo femenino”, lo que significa, el miedo a aceptar que su cuerpo está cambiando y adoptando formas distintas a las que tenía. Ahora deben aceptar que *“la mujer tiene formas más redondeadas, menos angulosas, y que tiene mayor proporción de grasa en el cuerpo”* (Cervera, 2005:94) Este temor, puede comprenderse como una reacción normal a los cambios y suele ser experimentado por muchas adolescentes, sin embargo, trascurrido el periodo inicial de adaptación, lo superan (Cervera, *Ibidem*; Crispo, Figueroa y Guelar, 2011).

Ahora bien, como es sabido, durante la adolescencia los jóvenes no sólo presentan cambios a nivel fisiológico u hormonal. Existen también dos conceptos importantes a desarrollar cuando se habla de adolescencia, y es *autoconcepto* y *autoestima*. Jáuregui (2006), menciona que el primero, se refiere a la opinión que uno tiene de su persona y se define como el conjunto de ideas y sentimientos que tenemos sobre nosotros mismos. Autoestima, es la evaluación afectivo-emocional que hacemos de nosotros mismos, ya sea positiva (autoestima alta) o negativa (autoestima baja).

Dado que en la adolescencia (y algunas veces también más tarde), cuanto más atractiva se sienta una persona, esto impactará directamente en un “autoestima alta”. Pero para que una persona pueda sentirse atractiva (primordialmente en el caso de los adolescentes, quienes buscan continuamente “ajustarse” a los otros) se les otorga un papel importante a los demás, a cómo lo ven, qué piensan de él, etc. Esto, a razón del interés de los adolescentes por pertenecer a pertenecer a un grupo con quien compartir intereses y actitudes. Pueden integrarse a un grupo, por conformismo (“hacer lo que hacen los demás”)

o bien por popularidad (“hacer lo que creemos que los demás quieren que hagamos”).

El conjunto, “grupos de aceptación” más la influencia de los “medios de comunicación”, quienes ejercen una presión social en especial hacia la mujer debido al canon de belleza. Suelen ser dos factores detonantes que guían a los adolescentes a modas alimenticias pasajeras y tendencias a adelgazar, por lo que recurren a saltarse comidas (omitiendo con frecuencia el desayuno) y desarrollar hábitos alimenticios irregulares (Jáuregui, 2006).

Es así como hasta ahora podemos reconocer que los trastornos alimenticios no sólo pueden presentarse por motivos de: neurotransmisores, genéticos u hormonales; que si bien, estos dos últimos son parte elemental de la apariencia física que cada persona tiene. Como lo vimos, el desarrollo del cuerpo durante la adolescencia o que tan predisponentes seamos a la obesidad, varía de persona a persona, acorde también con un conjunto de factores: familiares, psicológicos, sociales; de los que se hablarán a continuación.

2.2.2. Factores familiares

Comencemos por definir el concepto de familia, quien de acuerdo con Burgess y Locke citado en Roche (2006), es *“una unidad de personas en interacción, relacionadas por vínculos de matrimonio, nacimiento u adopción cuyo objetivo central es crear y mantener una cultura común que promueva el desarrollo físico, mental, emocional y social de cada uno de sus miembros”* (p.10). Es entonces, la familia, uno de los núcleos principales para el desarrollo de un individuo, sin contar que es el primer círculo social, en donde la persona se ve inmiscuida desde su nacimiento. Vargas & Ibáñez (2006), mencionan que la importancia de la familia, se debe a que de ella aprendemos, de un modo u otro, los modelos que hemos de seguir en la adultez.

Visto el funcionamiento de una familia, desde una perspectiva conductual, los miembros de este grupo se ven permeados con el aprendizaje de los estilos familiares, es decir, cuando un individuo nace, se encuentra escaso su repertorio

de conductas aprendidas, pues sólo sabe llorar, defecar y algunos otros reflejos; pero con el paso del tiempo, va condicionando reforzadores primarios con reforzadores secundarios, o lo que es lo mismo, existe una asociación del reforzador primario (comida) con reforzadores secundarios (voz, figura de madre o padre u otros adultos). Una vez que están establecidos estos reforzadores sociales comienza el aprendizaje tanto formal como informal, en donde por medio de un reforzamiento diferencial o aproximaciones sucesivas el niño aprende conductas que los padres, hermanos y demás comunidad de la familia, enseñan. Otro proceso por medio del cual el niño aprende una conducta social es por medio de la imitación, en donde el niño observa el comportamiento de quienes lo rodean y posteriormente al encontrarse en una situación similar, imita el comportamiento que vio (Vargas & Ibáñez, 2006).

Como hemos visto hasta ahora, *“la postura conductual afirma que la mayor parte de nuestro comportamiento es aprendido”* (Vargas y Ibáñez, 2006:21). Por lo tanto, y de acuerdo con Ruiz, Vázquez, Mancilla, Viladrichi y Halley (2013), la influencia familiar, en el campo de la psicopatología presenta gran importancia dado su papel en la etiología como en la recuperación de los trastornos mentales, en donde los Trastornos de la Conducta Alimentaria no son la excepción.

Si bien, durante años se estableció que las dinámicas familiares eran las responsables de que sus integrantes padecieran de un trastorno de la conducta alimentaria, las cuales fueron propuestas desde el modelo de familia psicodinámica; hoy se sabe que no existe un patrón único para las familias de personas con trastornos alimenticios, pues las características disfuncionales o patológicas no son exclusivas de este tipo de familias; pues no todas las familias con algún trastorno alimenticio presentan elementos patológicos. Si no que, actualmente se habla del desarrollo de modelos más amplios, como la perspectiva multifactorial, en donde la familia aparece como un factor que contribuye la comprensión de dichos trastornos mediante la explicación de diversas vías de influencia familiar. Pues si bien, la familia no es un factor desencadenante de estos trastornos, puede presentar alteraciones que dispongan al paciente a

mantener su trastorno dados los problemas que exista en su familia (Jáuregui, 2006; Toro, 2004; Ruiz, Vázquez, Mancilla, Viladrichi y Halley, 2013).

De acuerdo con Ayela (2010), los elementos familiares, no se consideran factores importantes para la aparición de estos trastornos, ya que se ven asociados con otros padecimientos que no tienen que ver con el alimento, y una vez que se presenta un trastorno alimenticio, los conflictos familiares cobran gran importancia. En general, los factores familiares predisponentes a la aparición de esta enfermedad son:

- **Tener familiares obesos o que padezcan algún desorden alimentario.** Estos antecedentes son un factor importante cuando se habla de psicopatologías como los desórdenes alimenticios. En el caso de las personas con bulimia, son quienes mayormente presentan familiares con obesidad. Las personas con trastornos del comer, tienen mayor probabilidad de tener padres alcohólicos, con trastornos depresivos, o que consuma o haya consumido estupefacientes.
- **Haber sido abusado sexualmente.** Existe mayor incidencia de trastorno alimenticio en mujeres que fueron abusadas sexualmente (35%) principalmente en aquellas que padecen de bulimia.
- **Convivir con personas que le den mucha importancia al peso y a la apariencia física.** La importancia emocional que la familia otorga a: la comida, el comer, el peso y el aspecto, pueden ser predisponentes para la aparición de un trastorno alimenticio, así como, la insistencia exagerada en el aspecto y logro por parte de uno o ambos padres, o la presión hacia los hijos para “conservar la figura”
- **Prejuicios y mala transmisión de valores.** Aceptar y mantener los prejuicios puede favorecer el desarrollo de una psicopatología. Los niños experimentan las influencias de los adultos que los rodean y que son significativos desde una perspectiva socio-afectiva, así pues, la información verbal que los padres otorgan a sus hijos influye en la vida de éstos y puede predisponer a la aparición de un trastorno alimentario, sobre todo si

al paciente se le transmite el concepto de belleza y delgadez como sinónimo de triunfo en la vida.

Enseguida, se darán a conocer algunos de los aspectos que de acuerdo a la literatura, pueden ser factores que predispongan o mantengan un desorden alimenticio.

A. Funcionamiento en familias

Tomando como base diversos enfoques psicológicos, se ha pretendido explicar los conflictos intrapsíquicos base de los trastornos alimenticios. Retomando un poco el fundamento psicoanalítico, éste padecimiento se centra en la relación madre-hija, donde la madre dificulta el desarrollo del sentido del yo (depositando ansiedad y carencias de ella en la hija), sobre el cual se edifica una identidad propia que le facilitara el proceso de individuación y autonomización (Espina, 2005).

Posteriormente, para el modelo sistémico, la atención se centra en las relaciones de toda la familia, proponiendo que la estructura y dinámica familiar juegan un papel básico para la aparición de este trastorno (Espina, 2005). De acuerdo con el análisis a modelos de familia, realizado por Musitu y Allat en 1994, y citado en Sánchez, Villarreal y Musitu (2010), para un entorno familiar sano, que pueda evolucionar y afrontar con éxito las transiciones, se necesita de siete dimensiones básicas:

- **Estructura:** organización familiar, con límites claros, y permeables para cada uno de sus miembros, y un subsistema parental unido (cohesión).
- **Afecto:** una amplia gama de expresiones afectivas. Intimidad personal y tolerancia para diversos tipos de sentimientos, unidad emocional.
- **Control conductual:** un comportamiento democrático de control conductual. Coaliciones matrimoniales, roles parentales complementarios y uso de poder.

- **Comunicación:** clara y directa. Correspondencia de comunicación verbal y no verbal, expresividad, claridad en la forma, sintaxis y pensamiento abstracto y metafórico.
- **Transmisión de valores:** transmisión de padres a hijos de los valores sociales y éticos.
- **Sistemas externos:** límites externos, claros y permeables de la familia con relación a los sistemas externos al conjunto familiar.
- **Desempeño de tareas y objetivos:** crianza de niños, dominio y separación de los triángulos familiares, control de la conducta y orientación, relaciones entre iguales y gestión de ocio, afrontamiento de las crisis, emancipación y ajustes post-familia nuclear.

Ahora bien, como se puede observar Ruiz, Vázquez, Mancilla, Viladrichi y Halley (2013); León y Castillo (2005), y Crispo, Figueroa y Guelar (2011), mencionan que generalmente las familias con pacientes que padecen un trastorno de comportamiento alimentario, suelen presentar: deterioro en cuanto a cohesión (sobrepotección o indiferencia), escasa comunicación entre sus miembros (expresividad), incapacidad para la resolución de conflictos, adaptabilidad, independencia, respuesta afectiva, control conductual y escasas de actividades que fomenten el desarrollo de sus miembros, rigidez y falta de flexibilidad para adecuar reglas o situaciones a los cambios de etapas, y expectativas demasiado altas de los padres hacia los hijos.

Sin embargo, por ejemplo, cuando se habla de las familias de personas anoréxicas y bulímicas, podemos observar algunas diferencias. Las personas con anorexia nerviosa, consideran que sus familias son: rígidas, presentan dificultades en la comunicación y en la solución de problemas; en cuanto a cohesión, existen opiniones contrarias, pues algunos autores determinan que estas familias suelen ser sobreprotectoras; pero al haber opiniones contrarias, podemos mencionar que no existe un acuerdo en cuanto a la presencia de sobreprotección en estas familias.

Por su parte, Ruíz, Vázquez, Mancilla, Viladrichi y Halley (2013), señalan que las pacientes con bulimia nerviosa, perciben a sus familias como: con menor cohesión, menos adaptables, con menor comunicación, enfatizando carencia de expresividad, apoyo emocional y social y con un nivel elevado de conflicto. También se dice que es posible identificar a algunas familias como rígidas (autoritarismo, reglas impuestas, roles estrictos) y otras como caóticas (autoridad menguada, disciplina inconsciente, roles indefinidos). En el caso de los Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado, a pesar de ser los trastornos más frecuentes, se cuenta con menor información sobre sus características familiares, Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik y Tocilj, (2005), indican que en estas familias se presenta menor cohesión y comunicación. Por su parte Vázquez, Ruiz, Álvarez, Mancilla y Tena (2010), señalan que las familias con éste trastorno se muestran orientadas al logro, cohesivas y organizadas pero con la expresión emocional disminuida; convirtiéndose éste último elemento en un factor de riesgo para presentar un trastorno alimenticio.

Asimismo, se ha permitido desde la década de los 70's la propuesta realizada por el enfoque conductista. La cual refiere la posibilidad de que lo más influyente para estos pacientes sea la transmisión de conductas y actitudes de riesgo por parte de la familia. La adquisición de conductas y actitudes alimentarias de riesgo en los hijos, puede presentarse, ya sea por habituación en el seguimiento de normas, o por aprendizaje social (imitación), ya que los niños desde su nacimiento se conducen alimentariamente de un modo similar al de sus padres (Toro, 2004). Y como lo indican Silva y Sánchez (2006), la familia no sólo transmite las creencias acerca de la importancia del aspecto físico y del cuidado del cuerpo, sino que puede generar los patrones de alimentación que en gran medida regirán los modelos dietéticos de los adolescentes.

Para comprender mejor esta influencia o adquisición de conductas de riesgo, primordialmente por parte de la madre, haremos referencia a la investigación realizada por Agras *et al.* en 1999, quienes observaron los bebés hijos de madres con trastornos de la conducta alimentaria succionan más deprisa

y eran destetados 9 meses después que lo hijos de madres sin tales trastornos. Las madres con una alteración alimentaria, alimentaban a sus hijos siguiendo pautas más irregulares, utilizaban alimentos con propósitos no nutritivos y manifestaban más preocupación por el peso de sus hijas a partir de los 2 años de edad. A cumplir los 5 años los hijos de madres con trastorno alimenticio presentaban más efecto negativo que los hijos de madres controles. Por lo que se concluyó que la avidez alimentaria manifestada por los hijos de madres con un trastorno alimenticio, sumada a las preocupaciones maternas, les conferiría un notable riesgo a padecer un trastorno de la conducta alimentaria (Toro, 2004).

Para una persona que se desarrolla *“en el seno familiar donde el cuidado de la imagen externa es fundamental, donde la figura y el peso corporal ocupan un lugar predominante en las preocupaciones de los adultos, es muy difícil escapar a esa influencia”* (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011:82). La insatisfacción corporal de la madre y el sobrepeso de los padres, puede sensibilizar a los niños respecto al peso y el volumen corporal. Y se ha constatado que a los 12 años de edad tanto hombres como mujeres que practican dietas restrictivas, lo hacen con intenciones y propósitos claros, mayormente influenciados por el control activo que sus padres ejercen sobre su peso. Pues las desaprobaciones y críticas familiares relacionadas con el peso y la implicación de la madre en la delgadez de su hija, lo que puede predecir los problemas alimentarios en la primera etapa de la adolescencia, añadiendo también, problemas de insatisfacción corporal, baja autoestima, síntomas depresivos, así como mayor probabilidad de pensamientos y tentativas suicidas (Toro, 2004; León y Aizpuru, 2010).

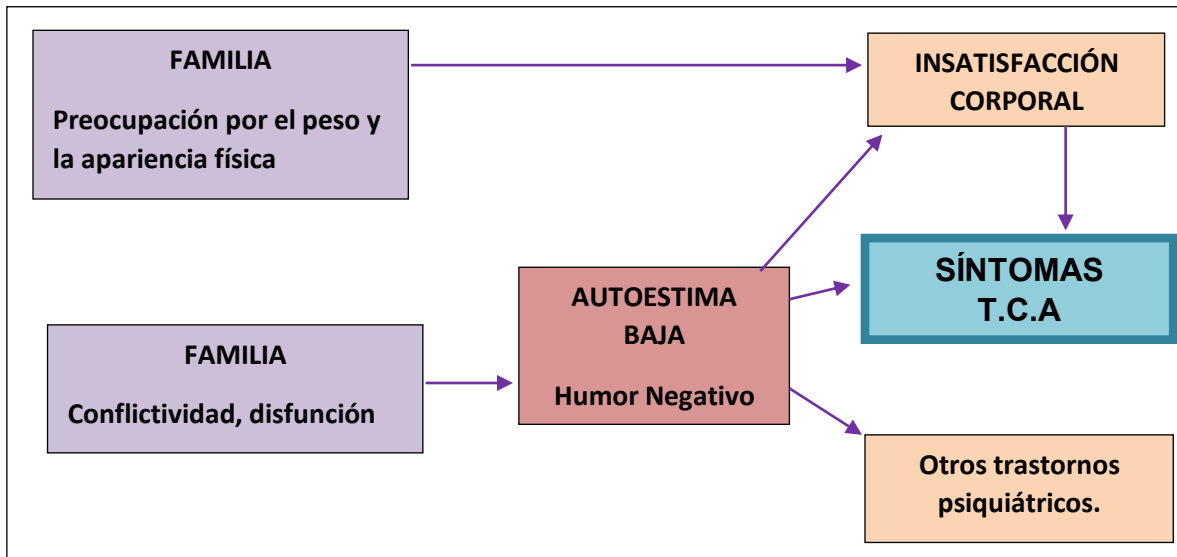


Figura 6. Vías de influencia de la familia en la génesis de los TCA. (Adaptado por LEUNG ET AL., 1996; citado en Toro, 2004)

Lo cual, nos lleva también a mencionar que actualmente la edad de consulta bajo estos padecimientos ha disminuido. Ahora se presentan diagnósticos de niñas de entre 11 y 12 años, con una problemática en su cuerpo que bibliográficamente no se esperaba sino hasta los 14 o 15 años (Crispo, Figueroa, Guelar, 2011) o inclusive a edades más tempranas, donde gracias a la influencia familiar podemos observar conductas o creencias irregulares sobre el cuerpo.

De acuerdo con un experimento publicado en 2001 por Krahnstoever y Lipps, se realizó un estudio con 200 niñas de 5 años de edad y sus padres. Hallándose que las niñas con mayor peso corporal, comparadas con las de menor peso, tenían más insatisfacción corporal y se percibían menos hábiles, más torpes, intelectualmente. Sin embargo, e independientemente del peso, cuando los padres se encontraban más preocupados por el sobrepeso de sus hijas, éstas se percibían como menos inteligentes. En particular, la preocupación de la madre redundaba en una peor autovaloración física y cognitiva de las niñas. Y finalmente, una mayor limitación al acceso alimentario de las hijas impuesta por las madres, se asociaba con una menor valoración de su capacidad física y cognitiva por parte de que las niñas que presentaban un peso alto, pero no si se encontraban por debajo de su peso (Toro, 2004).

Finalmente podemos referir que *“las preocupaciones corporales y consiguientes alteraciones alimentarias de los padres, junto con su generalización o proyección a los hijos, promueven trastornos alimentarios en las edades puberales mediante el modelamiento directo de la conductas implicadas, reforzando la interiorización del idea de delgadez y suscitando ansiedad asociada a la apariencia física. Sin embargo, este proceso puede, y probablemente debe iniciarse antes de la pubertad, en la infancia”* (Toro, 2004:77).

B. Trastornos afectivos

Numerosos estudios han documentado antecedentes psiquiátricos en familias con trastornos alimenticios. Como el referido por Woodside, Shekter-Wolfson, Brandes y Lackstrom en 1993, quienes encontraron que en los integrantes de estas familias existen antecedentes de trastornos afectivos, adicciones, trastornos alimentarios y obesidad. Pues se ha detectado que en los padres de estos pacientes existe un mayor porcentaje de trastornos afectivos cuando son comparados con familiares de pacientes con otros trastornos psiquiátricos, como: bipolaridad, esquizofrenia y trastorno límite de la personalidad (León y Aizpuru, 2010).

Diversos autores, han argumentado que en familias de pacientes que padecen bulimia existe mayor prevalencia de depresión, alcoholismo y abuso de drogas, en comparación con familias sin integrantes con algún trastorno alimenticio (León y Castillo, 2005, y León y Aizpuru, 2010). Por ejemplo, Espina (2005), menciona algunas características de los padres de personas con un trastorno alimentario. Algunas investigaciones indican que los padres de anoréxicas y bulímicas, presentan mayor insatisfacción con su cuerpo, preocupación por las dietas y el peso, así como mayor número de problemas relacionados con la obesidad. Los trastornos afectivos son el doble de frecuentes en padres de anoréxicas, pues se encontró una frecuencia de 2 a 4 veces mayor de depresión unipolar, comparándolos con padres de pacientes sin una alteración alimentaria.

Por otra parte, en estudios aplicados entre 1982 y 1985, se encontró una mayor proporción de alcoholismo en padres de pacientes bulímicas y anoréxicas purgativas, frente a las anoréxicas restrictivas. En estos estudios, también se encontró que los padres de anoréxicas purgativas muestran mayor hostilidad, inmadurez, impulsividad y descontrol; los de restrictivas, se caracterizan por una gran reserva y pasividad; mientras que las madres de pacientes bulímicas, muestran mayor depresión, hostilidad e insatisfacción emocional, junto con problemas intrafamiliares (Espina, 2005).

Sin embargo, cada uno de estos patrones de comportamiento no son en su totalidad descripciones válidas para familias con trastornos alimenticios, ya que son características generacionales de la sociedad occidental y por tanto pueden variar (Espina, 2005).

C. Factores estresantes

Existen también acontecimientos estresantes vitales en la vida familiar de los pacientes, que puede contribuir a la aparición de un trastorno alimenticio en personas susceptibles (Espina, 2005). Ross y Mirowky (1979 citado en Pereira, 2005), señalan que los acontecimientos vitales pueden diferenciarse en dos: los basados en la indeseabilidad, donde se explica que no todos son negativos, sino sólo aquellos que para el individuo no son deseables; mientras que Holmes y Rahe (1976 citado en Pereira, 2005), mencionan que el otro tipo de acontecimientos vitales son observados como experiencias objetivas que alteran las actividades normales de la persona, provocando un reajuste en su conducta.

De los eventos vitales estresantes sufridos dentro del ámbito familiar, podemos destacar experiencias como: fallecimiento de algún familiar, discusiones familiares frecuentes, separación de los padres, cambio en la figura paterna o tener que convivir con una nueva pareja de sus padres, cambio de domicilio, problemas de salud e historia de abuso sexual (Ruiz, Vázquez, Mancilla, Viladrichi y Halley, 2013).

Behar y Valdés (2009), mencionan que el inicio de la bulimia nerviosa, se encuentra asociado con pérdidas y separaciones de figuras significativas, problemas interpersonales con la familia y amistades, de salud, amenaza al bienestar físico; en el caso de la anorexia nerviosa en adolescentes, se sugiere que su inicio puede deberse a baja autoestima, perfeccionismo y conflictos y separaciones familiares, cambios de colegio, mudanzas y aumento de presión académica. En determinados casos, cuando la anorexia aparece en edades más avanzadas suele encontrarse relación de su aparición con un mayor número de eventos estresantes, siendo los más importantes conflictos familiares, pérdidas y enfermedades médicas.

Como parte de estos acontecimientos, encontramos la relación distante y conflictiva entre los padres, factor se presume pueden tener una conexión con la predisposición o mantenimiento de los trastornos alimentarios (León y Castillo, 2005). Desde los años 50's terapeutas familiares han indicado que la relación conyugal disfuncional y la aparición de patologías psíquicas en los hijos puede estar estrechamente relacionada. Esto, debido a que la insatisfacción marital puede llevar a los padres a buscar una compensación afectiva en los hijos, lo que provoca saltos transgeneracionales, en donde los padres involucran a sus hijos en los conflictos. Haley en 1967, denomina a esto el "triángulo perverso", considerando a estos saltos transgeneracionales como una dificultad para el óptimo desarrollo del hijo, inhibiendo la rebeldía propia de la adolescencia e impidiendo su individuación, favoreciendo así el surgimiento de trastornos, entre ellos los alimenticios (Espina, 2005). Asimismo, los adolescentes que se desarrollan en familias disfuncionales consideran un trastorno alimenticio como un intento de experimentar de tomar control de su propia vida, especialmente cuando los padres o cuidadores son sobreprotectores o ejercer un control excesivo. En otros casos, los pacientes incursionan en un trastorno alimenticio con el fin de ajarse de sus padres, buscando su atención o tratando de evitar la percepción de haber sido ignorado o evitado. El desorden alimenticio, comúnmente les proporciona un falso sentido de seguridad y control (Steveni, 2014).

El abuso sexual, se presenta contantemente con una incidencia en el desarrollo de patologías alimenticias (Losada y Saboya, 2013). Esto se debe a que los desórdenes alimenticios son considerados como una forma de adoptarse a las vivencias estresantes (Gómez Dupertuis, Gabrielli, Piccoli, Eberle y Romero, 2009). En algunos casos los atracones funcionan como modo de compensación y permiten reducir el reconocimiento de estados mentales cognitivos dolorosos (Quinn, 2009), dificultando el descubrimiento de emociones y su descripción. Los trastornos alimentarios, pueden funcionar como una manera de protegerse de hechos estresantes como el abuso sexual, cubriendo la situación estresante con la preocupación por el alimento y el peso, en donde la lucha por controlar la comida significa ignorar los efectos nocivos del abuso (Losada y Saboya, *Ibidem*). Con respecto a esto, Mazzitelli (s.f), menciona que la anorexia y bulimia nerviosas pueden presentarse como indicadores de abuso sexual, siendo una manera de expresar a través del cuerpo aquello que no puede simbolizarse. El desorden alimenticio, constituye el intento consciente o inconsciente del adolescente de prevenir la violencia sexual alterando la imagen y forma de su cuerpo (Steveni, 2014).

Es importante entender al abuso sexual de acuerdo con Redondo, Galdó y García (2008), como: el contacto o interacción entre víctima y victimario, cuando el primero es utilizado para la estimulación sexual del segundo o de otra persona. El abuso sexual comprende la violación “*(penetración en vagina, boca o ano con el pene, dedo o cualquier otro objeto sin consentimiento de la persona), el contacto genital-oral, las caricias (tocar o acariciar los genitales de otro, incluyendo la masturbación forzada por cualquier contacto sexual sin penetración)*” (p.308).

El abuso sexual, constituye aproximadamente el 9.6% de los maltratos en la infancia. Aproximadamente en el 60% de las veces el menor relata lo sucedido, en algunos casos la develación se retrasa, debido a que el agresor es conocido o tiene algún parentesco con el menor (Lozada, 2011). El Abuso sexual es intrafamiliar en el 70% de los casos, cuando las víctimas están en edad preescolar; en cambio, en los escolares que se encuentran por encima de los seis

años, el abuso sexual se presenta extrafamiliar. Entre el 20 y 40% de las víctimas sufren consecuencias a largo plazo debido a que los adultos se muestran incrédulos a los hechos relatados por los menores (Sauan, 2009).

El último de las vivencias estresantes que tiene relación con la familia es la muerte de un familiar. Esta vivencia es considerada por Steveni (2014), como aquella capaz de generar sentimientos de pérdida de control e ineptitud. Comer y hacer ejercicio, puede convertirse para el adolescente en un modo de reenfocar su atención y alejarlo del trauma. Sin embargo, el desarrollo de un trastorno alimenticio es una manera poco saludable de afrontar los problemas.

Finalmente, como se ha establecido a lo largo de este apartado, no se puede considerar o brindar un mayor peso a los aspectos familiares cuando se trata de trastornos alimenticios, pues como ya se estableció, nos enfrentamos un conjunto de factores que predisponen al individuo para padecer un trastorno alimenticio. No se puede luchar contra los medios de comunicación, pero sí se puede intervenir directamente en el seno familiar, cuestionar y analizar la forma en que interactuamos con nuestros hijos (Crispo, Figueroa y Guelar, 2011).

Autores como Espina (2005), menciona que el trastorno alimentario presenta como consecuencia el empobrecimiento de las relaciones intrafamiliares y extra-familiares, el distanciamiento de los padres como pareja o el aumento de ansiedad o depresión entre los miembros de la familia, esto como consecuencia a la “carga” que la familia tiene a causa de la enfermedad crónica que padece uno de sus miembros.

2.2.3. Factores psicológicos

Los jóvenes que padecen estos trastornos alimenticios se encuentran en una etapa (adolescencia) en las que naturalmente se encuentran ante situaciones cambiantes: cambios de escuela, amigos, de barrio, en relación con los padres o la posibilidad de una relación más íntima con el sexo opuesto. Pero en ocasiones, la dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas, hace a las personas más vulnerables a desarrollar un trastorno alimenticio, convirtiendo su cuerpo en el

símbolo y fuente de autonomía y control, eficacia personal e identidad. Interpretándose entonces la “delgadez” como sinónimo de “especial” y hacer dieta y bajar de peso como indicadores de autocontrol (Crispo, Figueroa y Guelar, 2011).

A. Autoestima, Autoconcepto e Imagen corporal

El autoconcepto de una persona y lo que denominamos autoestima, se genera y modifica a lo largo de toda su vida. Éstas, se ven influenciadas por: experiencias personales, consecuencias del propio comportamiento, calificaciones (aprobatorias o desaprobatorias) emitidas por personas significativas, y las percepciones del propio comportamiento y rendimiento; son factores que intervienen en la conformación del autoconcepto y autoestima. La importancia de retomar estos conceptos cuando se habla de trastornos alimenticios, se debe a que como se ha mencionado con anterioridad, la adolescencia, es la etapa de la vida en dónde se presenta una mayor cantidad de cambios en el cuerpo, lo que lleva a la persona a definir su autoconcepto y autoestima, lo cual incluye la percepción de la imagen corporal, como parte del autoconcepto (León y Castillo, 2005).

Comencemos por clarificar aquello que se denomina autoconcepto de autoestima, ya que éstos, en ocasiones suelen ser utilizados como conceptos equivalentes.

Una gran variedad de autores asocian la palabra *autoconcepto* o *autoimagen*, con los aspectos cognitivos del conocimiento de uno mismo. Es la manera en que la persona se representa, conoce y valora a ella misma. Mientras que la denominada *autoestima*, es utilizada para enfocarse en los aspectos evaluativos-afectivos (Garalgordobil y Durá, 2006). Es decir, de acuerdo con Sebastián, Manos, Bueno y Mateos (2007), autoconcepto, se refiere al conjunto de percepciones o referencias que la persona tiene de sí misma, e incluye juicios acerca de comportamientos, habilidades o apariencia externa.

Por su parte, el autoestima, se refiere a una actitud o sentimiento, ya sea positivo o negativo hacía uno mismo, el cual está basado en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción o insatisfacción consigo mismo (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007). Una de las funciones principales que le son atribuidas al autoestima, es la protección de la exclusión social, esto es, la manera en que las personas tratan de manejar la impresión que causan en los demás, con estrategias que aseguran una integración social (Moreno y Ortiz, 2009).

De acuerdo con Cervera (2005), la autoimagen, se ve influenciada por: experiencias personales, educación recibida, situaciones vividas con anterioridad, la manera en que estas situaciones se han percibido, los pensamientos y estados emocionales que han acompañado al suceso y los comportamientos que se han desatado de todo ello. Cuando nos referimos a autoimagen, se deben mencionar tres componente importantes: imagen de la personalidad (características rasgos que describen la forma habitual de comportarse de una persona), imagen de las aptitudes (capacidades o habilidades) y la imagen corporal.

La imagen corporal, la vamos a entender como:

La representación mental del cuerpo. Esta representación puede ser de todo el cuerpo como una unidad, o también de cada una de las partes que lo componen. A través de los sentidos (la vista, el oído, el tacto...) llegamos a formar una imagen mental de todas las características físicas (Cervera, 2005:173).

La imagen corporal, es la evaluación cognitiva y emocional que una persona hace de su cuerpo (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007).

Ahora bien, como lo indica Cervera (2005), hay que reconocer que la percepción que tenemos de nosotros mismos, se ve gestada por la influencia de diversos factores y funciones que interactúan entre sí, por ejemplo:

- **El propio cuerpo.** Características objetivas y funcionales que se puedan describir del cuerpo, evitando las valoraciones subjetivas.
- **Percepción de algunas características del cuerpo.** Prestar especial atención a ciertas partes o formas del cuerpo que agraden o desagraden.

Si se seleccionan sólo los aspectos positivos esto ayudará a la creación de una imagen corporal satisfactoria, por el contrario si se perciben sólo aspectos negativos, la imagen será insatisfactoria.

Es frecuente que en este aspecto, las personas tiendan a sobreestimar las dimensiones corporales. A estas sobreestimaciones, se les denomina distorsión corporal, la cual significa *“la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales”* (Moreno y Ortiz, 2009:183). Generalmente las personas más vulnerables a esta percepción son mujeres jóvenes, quienes valoran que las partes del cuerpo más estrechas; mientras que en el caso de los hombres, la distorsión puede ir encaminada al signo opuesto, subestimando algunas dimensiones de su cuerpo. Usualmente, las mujeres presentan conflictos con partes de su cuerpo como: abdomen, nalgas, muslos y caderas; mientras que en el caso de los hombres buscan un cuerpo más musculoso, pues buscan pesar más no para estar gordos, sino para tener mayor masa muscular, en algunos casos buscan también la delgadez (Cervera, 2005; Salazar, 2007). Especialmente las personas con trastornos alimenticios tienden a distorsionar las partes del cuerpo que les preocupa o las hace sentir incómodas, lo que causa una relación directa entre la imagen corporal y autoestima baja.

- **Pensamientos y actitudes sobre el cuerpo.** Se refiere a las actitudes, ideas y creencias sobre el propio cuerpo. En ocasiones puede limitarse a aspectos físicos objetivos y otras veces se añaden juicios de valor.

Estos pensamientos, en ocasiones van dirigidos a partes específicas del cuerpo que desagradan. En el caso de las mujeres, suelen mostrar mayor insatisfacción con respecto a muslos, caderas, nalgas. En los hombres, las dimensiones del tórax, los hombros, la estatura, la musculatura (Cervera, 2005; Moreno y Ortiz, 2009). Las personas con un trastorno alimenticio adquieren esta forma de pensar como algo “natural”. Frecuentemente estos pensamientos suele ocurrir al adquirir ropa y pensar que no habrá de nuestra talla, asistir a una fiesta (viéndose obligado a bailar), mirar fotografías comparando tu cuerpo con el de hace años, ir al gimnasio, suponer que los demás centran su atención en las

partes del cuerpo que te desagradan, etc. En resumen, errores en la percepción del cuerpo, suele causar errores en los pensamientos sobre sí mismo. La formación de una imagen corporal, puede inferir en ideas erróneas y pensamiento irracionales que pueden causar daño en la autoestima. Las personas inseguras suelen ser imparciales en sus juicios de valor, dando más importancia a aspectos negativos y pocos a los positivos.

- **Emociones relacionada con el cuerpo.** La percepción y pensamientos de uno mismo, y en particular del cuerpo, influyen sobre el estado de ánimo.

Las emociones intervienen directamente en la formación de la imagen corporal, sean consecuencia de percepciones y pensamientos, o bien sean causas de los mismos.

- **Comportamientos en relación con el cuerpo.** Conductas consecuencia de la percepción, características del cuerpo y estado emocional.

Asimismo, la imagen corporal representa un concepto importante cuando se encuentra relacionada con la autoestima de una persona, y juegan un papel fundamental para la aparición de un trastorno alimenticio. Como lo indica López y Sallés (2011), tener una autoestima baja facilita la preocupación excesiva por la imagen corporal y una distorsión de la misma. Esta preocupación, suele presentarse prioritariamente en mujeres, ya que su autoimagen está más orientada hacia los aspectos relacionales que hacia los valores, por lo que es más probable que éstas se definan en términos del aspecto físico. Si su aspecto no es el que supone deberían tener, la imagen corporal ideal y real entran en conflicto, produciendo dudas en las personas sobre sí mismo y vulnerabilidad a los sentimientos de insuficiencia. Cuando la autoestima resulta afectada, en consecuencia, la autopercepción es errónea y no refleja lo que sucede en realidad.

Por último, como se puede observar en el siguiente cuadro, para la formación de la imagen corporal requerimos de una serie de factores que podemos obtener de los niveles: biológico, psicológico y social. Factores que han sido considerados a lo largo de este capítulo. Es innegable reconocer el papel que juega la

sociedad, donde la percepción de la imagen corporal ha sido importante por la cultura de la delgadez, en donde se ha adoptado una figura delgada como imagen ideal, en la que las mujeres son las principales protagonistas (Lora y Saucedo, 2006).

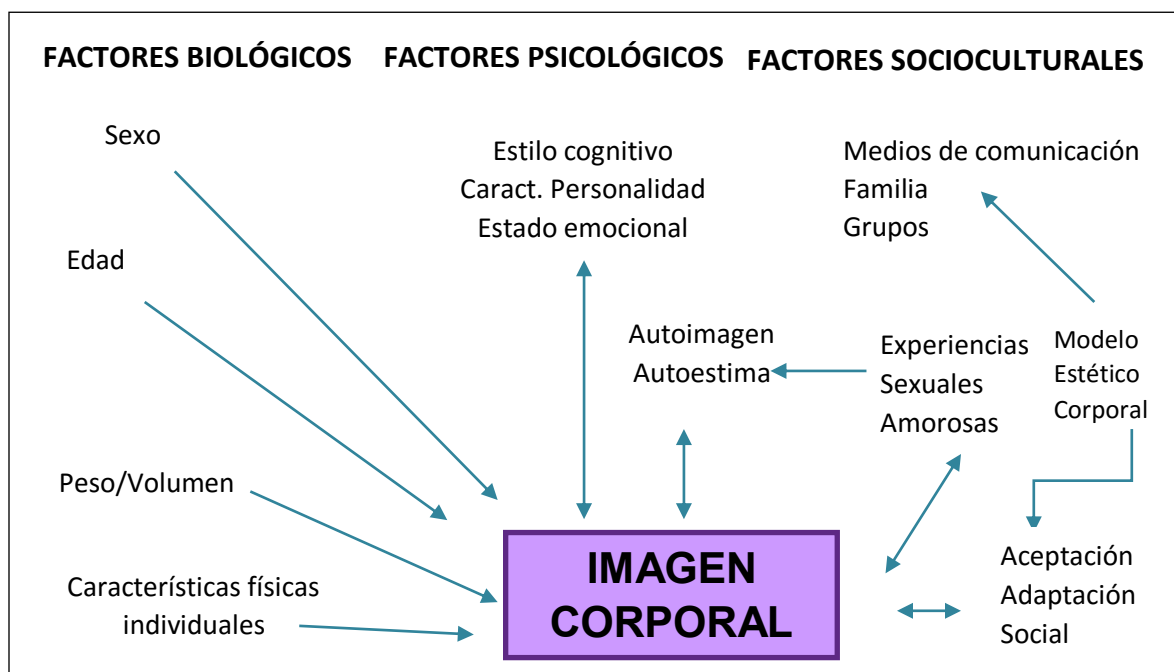


Figura 7. Formación de la imagen corporal, obtenido de Cervera (2005), p.194.

Para Cervera, (2005); Moreno y Ortiz (2009); y Hernández, Álvarez y Mancilla (2010), el depositar una imagen corporal “ideal” como sinónimo de belleza, que tanto hombres como mujeres persiguen, se fomenta una imagen corporal distorsionada, que suele provocar *insatisfacción corporal*, lo cual puede también ser considerado un factor desencadenante o mantenedor de trastornos de la conducta alimentaria.

B. Insatisfacción corporal

Como se ha mencionado anteriormente, la gestación de una imagen corporal contiene varios factores entre los que encontramos aspectos positivos o negativos del cuerpo. Si bien, se sabe que la mayoría de personas se encuentran inconformes con alguna parte de su cuerpo, esto no ha sido motivo para que

realicen estrategias de modificación corporal ni cambien su vida cotidiana, por lo tanto a esto se le conoce como *malestar normativo*. Mientras que aquellas conductas nocivas para la salud, que se realizan con la finalidad de modificar la imagen corporal, se les denomina *insatisfacción corporal* (Hernández, Álvarez y Mancilla, 2010).

Lora y Saucedo (2006), indican que primordialmente en mujeres adolescentes y jóvenes, la percepción de la imagen corporal y la insatisfacción corporal se encuentran altamente relacionadas con las conductas alimentarias de riesgo. Tan sólo en el mundo occidental, la insatisfacción ha ido en aumento, especialmente en mujeres, no obstante en los hombres también se ha observado esta tendencia (Salazar, 2007). Se ha sugerido que la alteración en la percepción de la imagen corporal es un síntoma precoz de la presencia de trastornos alimentarios como: anorexia y bulimia (Moreno y Ortiz, 2009; Hernández, Álvarez y Mancilla, 2010).

Ahora bien, es importante conceptualizar a qué nos referimos cuando hablamos de insatisfacción corporal. Para Toro (2004), la insatisfacción corporal es:

El malestar producido por la percepción de la imagen corporal y por su evaluación estética subjetiva constituye probablemente el principal factor que precede a las decisiones de adelgazar, decisiones que a su vez suelen terminar en el inicio de la mayor parte de los trastornos de la conducta alimentaria (p.181).

De acuerdo con Ogden (2005), la medida de insatisfacción corporal puede considerarse en tres perspectivas distintas:

- **Estimación deformada del tamaño del cuerpo:** se trata de una estimación deformada del tamaño corporal y una percepción de que el cuerpo es más voluminoso de lo que es en realidad.
- **Discrepancia del ideal:** donde destaca la discrepancia entre las percepciones de la realidad y las de un ideal.
- **Respuestas negativas al cuerpo:** se manifiestan sentimientos y cogniciones negativos acerca del cuerpo.

Para un mejor entendimiento de estas perspectivas, podemos considerar el siguiente cuadro:

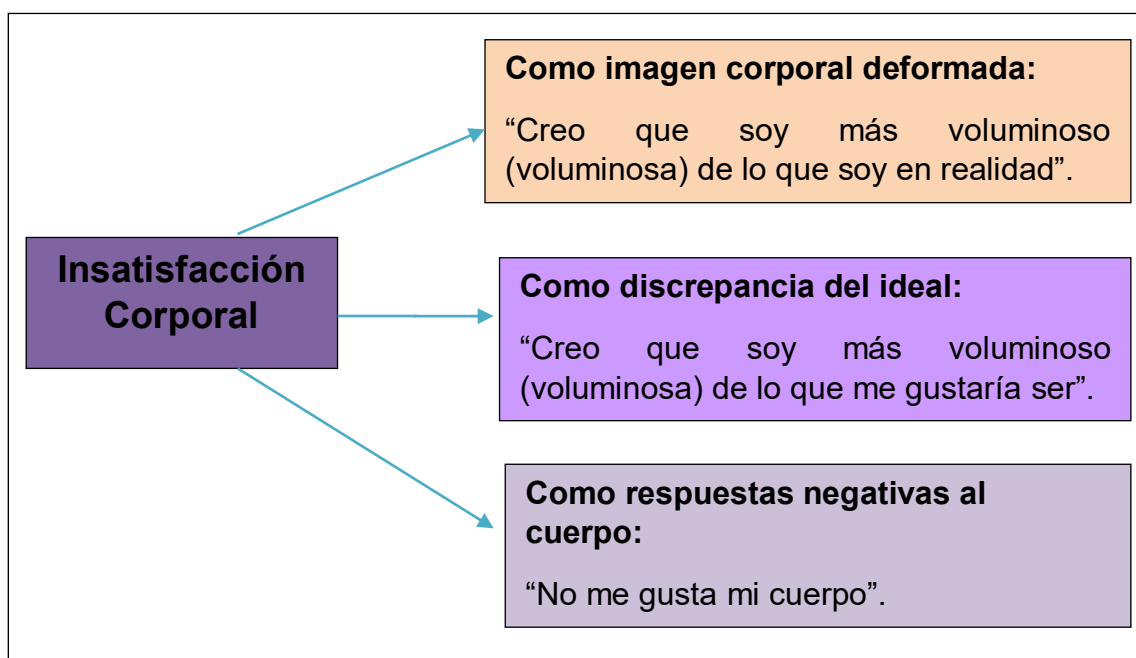


Figura 8. Insatisfacción corporal. Extraído de Ogden (2005) p. 98.

Como factores asociados a la génesis de la insatisfacción corporal, Ogden (2005) hace referencia a la influencia de los medios de comunicación, la cultura y la familia. La insatisfacción corporal surgida a partir de los medios de comunicación, se presenta como una respuesta a la constante exposición de imágenes de mujeres delgadas, ya sea en programas, comerciales, películas, etc. que pueden ilustrar situaciones del mundo real pero siempre representado por la delgadez, haciendo de ésta una norma social deseada y efectiva. Pues cuando ocasionalmente aparecen mujeres más gruesas, suele relacionárseles con comentarios o situaciones denigrantes o cómicas y no aparece como una mujer "normal".

Asimismo, cada cultura a lo largo del tiempo tiene un estereotipo de imagen corporal. Actualmente, se promueve la belleza de un cuerpo como meta para conseguir el éxito social, haciendo un énfasis desmedido en la delgadez. Lo que ha traído como consecuencia que la población en general pero principalmente los adolescentes den importancia a su cuerpo, a través del consumo excesivo de

productos adelgazantes, dietas poco saludables y conductas que ponen en riesgo su salud (Trejo, Castro, Facio, Mollinedo y Valdez, 2010).

Finalmente, la familia puede ser considerada también como una influencia para la insatisfacción corporal. En particular, se ha destacado el papel de la madre, pues las madres descontentas con su propio cuerpo suelen comunicar esa sensación a sus hijos, lo que puede conducir a éstos a su propia insatisfacción corporal (Ogden, 2005). Tienden también a coincidir madres e hija con el seguimiento de regímenes alimenticios restrictivos (Toro, 2004).

Hasta principios de los años 90's, la insatisfacción corporal se veía como un problema de población femenina, sin embargo, estudios recientes han señalado que esta problemática también se muestra en hombres. Además de presentarse en población de cualquier edad: niños adolescentes y adultos (Hernández, Álvarez y Mancilla, 2010).

En población infantil Toro (2004), menciona que desde la infancia existe una preocupación evidente por el cuerpo, pues niñas desde 5 años de edad comienzan a preocuparse por su aspecto corporal. Es común que esta preocupación junto con la insatisfacción avance conforme a la edad. Respecto a esto, Davison *et. al.* (2003 citado en Hernández, Álvarez y Mancilla, 2010), señalan que la presencia de insatisfacción corporal entre los 5 y 7 años predice la dieta restrictiva a los 9 años en población femenina. Asimismo, en el grupo de amigos, entre los 9 y 11 años existe una preocupación y un cuidado del peso y los regímenes dietéticos (Toro, 2004).

Con respecto a la adolescencia, es la etapa en que diversos autores señalan que existe un mayor índice de insatisfacción corporal en los jóvenes y por ende, se presenta un mayor número de trastornos alimenticios. De acuerdo con Rodríguez y Cruz (2008), desde los 13 años y hasta los 17 años, el malestar por la imagen corporal y la influencia que ejerce la publicidad, los mensajes verbales, los modelos y situaciones sociales, genera en el 23.6% de las adolescentes latinoamericanas una gran insatisfacción con su propio cuerpo. Igualmente existe evidencia de que la insatisfacción corporal parece estar directamente relacionada

con un Índice de Masa Corporal elevado. En un estudio realizado por dichos autores, con 403 adolescentes de educación secundaria, de las cuales 191 eran españolas y 202 de origen latinoamericano. Se encontró que el 100% de las adolescentes con infrapeso y el 75% de las que tenían un peso normal, no se encontraban preocupadas por la imagen corporal; mientras que el 37.5% de las que tienen sobrepeso y el 35% de las obesas presentan niveles muy altos de insatisfacción corporal.

Otro punto a destacar, que promueve influye la insatisfacción corporal en los adolescentes es: el grupo de coetáneos. De acuerdo con Toro (2004), los comentarios irónicos y burlas respecto al peso o cuerpo, realizados en el grupo de amigos o incluso en la familia, pueden contribuir contundentemente a la insatisfacción corporal de los adolescentes. Con el tiempo, estos comentarios pueden tener efectos negativos en la percepción que la persona tenga de sí misma. Dentro de los efectos negativos que podemos encontrar se encuentran: baja satisfacción corporal, escasa autoestima, elevada sintomatología depresiva e ideación suicida.

En cuanto a población adulta, es común que la insatisfacción corporal se presente en la adultez media, y tomando en cuenta que se considera son las mujeres quienes más padecen esta situación, existe un mayor número de investigaciones enfocadas en ellas, se estima que entre un 50 y 70% de las mujeres mayores de 30 años expresan inconformidad con su peso corporal, y de 30 al 45% han realizado dietas restrictivas en los últimos cinco años (Álvarez, Franco, López, Mancilla y Vázquez, 2009). Lora y Saucedo (2006), mencionan un estudio realizado con mujeres mexicanas de entre 25 a 45 años, de las cuales un 79% reportó insatisfacción, 70% quería adelgazar (pese a que casi la mitad se encontraban dentro de su peso estándar), mientras que el 43% de las satisfechas tenían peso bajo; en cuanto a las conductas compensatorias presentadas, en un 12% se trata de atracón o sobreingesta y dieta en un 6%. En cuanto a población masculina, algunas investigaciones han reportado la preocupación de algunos hombres por ser delgados, y en otros casos, hay quienes se preocupan por ser

más gruesos y tener un cuerpo más musculoso (Hernández, Álvarez y Mancilla, 2010).

En personas que padecen algún trastorno alimenticio la distorsión perceptiva corporal es significativamente superior a comparación de personas que no padecen estas enfermedades, usualmente sobreestiman el grosor de su propio cuerpo (Cervera, 2005; Toro, 2004).

Como se puede observar, la insatisfacción corporal debe su presencia no sólo a factores sociales, también podemos encontrar un nexo importante con el autoestima y autoimagen de las personas. Si bien es cierto que todas las personas en algún momento llegan a sentir incomodidad con alguna parte de su cuerpo, hay que tomar consciencia de las consecuencias que puede traer el hecho de que esta incomodidad se vuelva una preocupación constante, algo que nos haga cambiar nuestro estilo de vida, pues podríamos estar encaminados a una problemática alimenticia.

C. Ansiedad Social

El sentido de autoestima, la apariencia externa y la vergüenza, son las características principales de la ansiedad social presente en los cuadros alimentarios (Behar, Barahona, Iglesias y Casanova, 2007). Esta condición es considerada precedente (en algunos casos) y consecuencia del funcionamiento social en las alteraciones alimentarias (Behar, 2010).

De acuerdo con Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich y Masters (2004 citado en Behar, 2010), existe evidencia del inicio de la fobia social durante la infancia, lo que significa que se presenta como factor de vulnerabilidad para el desarrollo de anorexia y/o bulimia nerviosa.

La ansiedad social, de acuerdo al DSM-IV-TR se caracteriza por "*un miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas*" (APA, 2002:502). Es considerado actualmente como el desorden más diagnosticado en el contexto clínico. Este trastorno, interfiere en el rendimiento escolar y el desarrollo y funcionamiento individual de quien lo padece.

Como parte de las consecuencias que atrae en los adolescentes, podemos destacar: un bajo rendimiento escolar y en algunos casos llega a presentarse el abandono académico; el desarrollo de otros trastornos de ansiedad; alteraciones en el estado de ánimo o el inicio del consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas (Olivares, Piqueras y Rosa, 2006). Es común que como parte de esta fobia, las personas que lo padezcan, presenten conductas de evitación. De acuerdo con Godar, Flament, Perdereau y Jeammet (2003 citado en Behar, 2010), la evitación social y los trastornos de ansiedad, son rasgos importantes y habituales en la presentación de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, y pueden generar un impacto negativo tanto en su adaptación social como en la laboral de las personas que lo padecen.

Las manifestaciones centrales de ansiedad social que podemos observar en los cuadros clínicos de personas con trastornos alimentarios son: temor a las situaciones sociales que impliquen comer, y que el propio cuerpo sea sometido a escrutinio por los demás, con miedo a hablar, a sonrojarse, a comer o beber en público y a hacer el ridículo, por sentimientos abrumadores de baja autoestima, rechazo a su figura y menosprecio de sí mismas (Behar, Barahona, Iglesias y Casanova, 2007). A propósito de esta ansiedad social, Corstophine *et. al.* (2007 citado en Solano y Cano, 2012), mencionan la creación de un concepto nuevo, en donde se encuentran unidos: la ansiedad social y la imagen corporal, y es llamado *ansiedad física social*, concepto que hace referencia a la ansiedad que presentan los pacientes cuando perciben que su aspecto físico está siendo evaluado por otros, de forma real o no.

Se considera que el trastorno de personalidad ansioso (evitador o temeroso) posee una prevalencia de 5%, siendo un indicador de riesgo importante para la aparición de alteraciones en la conducta alimentaria. Sin embargo, Toro (2004), señala que si bien es cierta la existencia de trastornos de ansiedad propiamente dichos, carecen de especificidad en este contexto.

Según estadísticas proporcionadas por Toro (2004), en pacientes con anorexia restrictiva, la ansiedad social suele presentarse entre un 23% y 55%, en

la anorexia purgativa se estima su presencia en un 40% de los pacientes que la padecen. Mientras que en la bulimia Behar (2010), menciona que la fobia social es uno de los diagnósticos más prevalentes. Para Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria, Soledad y Echeburúa (2013), la ansiedad es un rasgo permanente en las personas con trastornos alimenticios, ya que se ha encontrado que persisten aún después de que la persona se haya recuperado del trastorno.

La ansiedad social, puede en algunos casos presentarse como un factor predisponente a la aparición de alteraciones alimentarias. Sin embargo, *“el notable restablecimiento del comportamiento social que produce la normalización del peso corporal y de los hábitos alimentarios, contribuyen (...) a considerar que dichos síntomas de ansiedad aparecen como consecuencia directa del trastorno alimentario (...)”* (Behar, Barahona, Iglesias y Casanova, 2007:217). Por lo que este tema se abordará también en el capítulo de consecuencias.

D. Alexitimia

La palabra alexitimia, proviene del griego: *a* (sin), *lexis* (palabra) y *thimos* (afecto), lo que etimológicamente representa “falta de palabras para expresar emociones propias” (Behar, 2010). Este término refiere la incapacidad para identificar en sí mismas el componente afectivo de las emociones, y por tanto incapacidad de expresarlas verbalmente (Sánchez, 2009).

De acuerdo con el DSM V, los pacientes que padecen alexitimia, no presentan dificultades para expresar sus estados de ánimo y sentimientos, sino que son personas poco comunicativas. Se considera que su personalidad no ha tenido el desarrollo suficiente para proyecta su tensión por medio de la comunicación verbal, aunque probablemente tampoco en su actividad para solucionar conflictos, manifestada en una constricción de emociones. Es común observar en estos pacientes: escasas de fantasía; dificultad para situarse en otras circunstancias, preferencia para ocuparse de eventos externos más que de experiencias internas, dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales, y constricción en la vida simbólica (Serra, 2013). Estos rasgos general un déficit en la capacidad cognitiva del procesamiento y a regulación de las

emociones, predominando las respuestas fisiológicas y comportamentales en detrimento de las emocionales (Behar, 2010).

En diversas investigaciones en torno a la alexitimia, se han encontrado resultados que permiten asociarla con la dependencia a sustancias, trastornos de conducta alimentaria, personalidad antisocial y trastornos por estrés postraumático (Sánchez, 2009). Con respecto al tema que nos compete, la dificultad para identificar sentimientos, puede actuar como un factor pronóstico negativo a largo plazo en la evolución de pacientes con trastornos alimenticios (Behar, 2010).

Por ejemplo, Chatoor (1999 citado en Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria, Soledad y Echeburúa, 2013), señala que las personas con anorexia nerviosa y con bulimia nerviosa, tiene problemas tanto para enfrentarse a sus propias emociones como para expresarlas verbalmente. Asimismo, su estado emocional influye directamente en la ingesta de comida que realizan. Así pues, la persona con anorexia nerviosa es incapaz de ingerir bocado cuando se siente emocionalmente disfórica (triste, ansiosa o irritada); mientras que una persona con bulimia nerviosa suele realizar atracones de comida ante este tipo de situaciones. Speranza *et. al.* (2005 citado en Behar, 2010), en una investigación realizada, precisaron que las pacientes bulímicas muestran mayor dificultad para expresar sentimientos y las anoréxicas restrictivas exhibieron mayor dificultad para describirlos.

La alexitimia, no es solamente un rasgo de personalidad, sino el resultado de la historia individual de aprendizaje en el manejo de emociones, especialmente con estados insoportables y negativos de excitación emocional, en el contexto de las interacciones con las figuras vinculares (Behar, 2010).

Como hemos podido observar, la alexitimia es un factor importante cuando se habla de predisponentes para un trastorno alimenticio. En donde cabe resaltar también el papel que juegan las personas que conviven con el paciente, pues la manera en que reconocemos y expresamos las emociones, tiene gestación desde el primer núcleo social con el que convivimos, pues hay que recordar que la

expresión de emociones puede ser adquirida a través de imitación o modelamiento por parte de los padres.

E. Asertividad

La asertividad es una característica de las habilidades sociales, y se refiere a un “conjunto de comportamientos interpersonales que se refieren a la capacidad social de expresar lo que se piensa, lo que se siente y lo que se cree de manera adecuada al medio y sin ansiedad” (Peñañiel y Serrano, 2010:17), asimismo, para que esta conducta pueda presentarse es necesario contar con estrategias comunicativas.

Al existir una falta de dicha habilidad en la comunicación de la persona, esta puede posicionarse en una de las dos siguientes categorías mencionadas por Peñañiel y Serrano (*ibidem*):

- **Conducta agresiva**, se puede considerar como tal por su finalidad, si el objetivo del emisor es dañar perjudicar o molestar; así como también, por sus efectos sobre el receptor, quien sufre un daño, perjuicio o molestia.
- **Conducta pasiva**, es un tipo de huida que implica la violación de los propios derechos al no ser capaz de expresar honestamente sentimientos, pensamientos y opiniones.

Con respecto a la conducta alimenticia y la asertividad, Vargas (2013), señalan que previo a la aparición de la enfermedad los pacientes presentan problemas de autonomía e independencia. Los pacientes se perciben como personas muy controladas por su familia y la sociedad, y no responden de forma asertiva con sus “controladores”. Una de las formas más comunes de respuesta es a través de la agresividad/hostilidad autoinflingida.

Asimismo, es común observar las dos categorías no asertivas, es decir conducta pasiva y agresiva, en pacientes con anorexia y bulimia nerviosas. Behar (2010), señala que estas personas pueden mostrarse agresivas cuando se les cuestiona sobre el peligro de la delgadez, su forma de comer o sus conductas

purgativas. Y dada su necesidad de aprobación externa y su miedo a la crítica, hace que se esmeran por quedar bien y agradar.

Si bien, las personas que padecen de un trastorno alimentario suelen presentar una sensación de inutilidad, sentimiento de minusvalía e inseguridad, lo que limita su adaptación al entorno y las relaciones con los otros (al no poder expresar ideas, sentimientos y emociones), en pocas palabras, estas sensaciones pueden llevarlos a tener una carencia de “competencias sociales” (Behar, Manzo y Casanova, 2006; y Vargas, 2013). Lo cual puede demostrarse con el estudio realizado por Behar, Manzo y Casanova (*ibídem*) en donde participaron 62 pacientes de una clínica de trastornos alimenticios y 120 estudiantes femeninas sin alteraciones alimentarias, encontrándose que mientras más conductas restrictivas y bulímicas presentaron las participantes, más tímidas, sumisas y dependientes eran, por lo que se perfilaron con una limitada expresión de sentimientos, opiniones y en defensa de sus derechos.

Finalmente, la falta de asertividad combinada con la percepción que se tenga de sí misma, otros conflictos interpersonales, aspectos familiares y sociales, son factores que pueden contribuir a que la persona incurra en trastornos alimentarios.

F. Estrés

El Estrés es considerada por Oblandini (2012), como la respuesta biológica al estímulo o para expresar la respuesta psicológica al estresor, entendiéndose bajo el nombre de estresores, a los estímulos que provocan la respuesta biológica y psicológica tanto del estrés como de los desarreglos que llegan a convertirse en enfermedades.

Algunos autores como Bustos, Romero y Campo (2011), hacen mención de la relación entre estrés y la ingesta de alimento. Indicando que el estrés emocional puede inducir a cambios en el comportamiento alimentario, lo que en algunas ocasiones incrementa el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria en poblaciones vulnerables.

Si realizamos una revisión a algunos de los factores que hemos mencionado hasta el momento, podemos considerar lo planteado por Behar y Valdés (2009), quienes indican que existen eventos estresantes que habitualmente preceden la aparición de un trastorno alimenticio. De acuerdo con Pike, Wilfley, Hilbert y Fairburn (2006 citado en Behar y Valdés, *Ibidem*) entre los factores estresantes que desencadenan la anorexia nerviosa en adolescentes encontramos: conflictos y separaciones familiares, cambios de colegio o mudanzas y aumento de presiones académicas. Cuando la anorexia es tardía, suele antecederse de un mayor número de eventos estresantes, entre los que encontramos: conflictos familiares, pérdidas y enfermedades médicas. En el caso de bulimia nervosa, se ha asociado a pérdidas y separaciones de figuras significativas, problemas interpersonales con la familia y amistades, de salud y amenazas al bienestar físico.

Cabe resaltar, que el estrés no sólo aparece como un factor previo al desorden alimenticio, sino que se presenta como un síntoma que acompaña a los trastornos alimentarios y todas las respuestas fisiológicas que estos implican (Behar y Valdés, 2009).

Hasta el momento son pocas las investigaciones que se han realizado con respecto a la asociación estrés y trastorno alimentario, pues como hemos podido observar no sólo es un factor desencadenante sino que también es una característica que aparece como consecuencia de estos desordenes.

G. Trastorno obsesivo-compulsivo (perfeccionismo)

De acuerdo al DSM IV-TR, un trastorno obsesivo compulsivo se encuentra dentro de la categoría de desórdenes de ansiedad. Y se caracteriza por “*obsesiones (causadas por ansiedad o angustia) y compulsiones (que sirven para neutralizar la ansiedad)*” (APA, 2002:393). El individuo que padece un Trastorno Obsesivo Compulsivo (o por sus siglas es conocido como TOC), se ve atrapado en un esquema de pensamientos y conductas repetitivas que carecen de sentido y que son angustiantes, pues representan dificultades para ser vencidas (Oblitas, 2009).

Para comprender mejor este trastorno, definamos los conceptos obsesión y compulsión. Oblitas (2009), denomina el primero como las ideas o impulsos no deseados que surgen repetidamente en la mente de las personas que padecen este trastorno, produciéndoles un alto nivel de ansiedad; mientras que las compulsiones, son conductas repetitivas a las que la persona recurre y que surgen a partir de los pensamientos obsesivos.

Se ha comprobado que existe una estrecha relación entre la ansiedad y los trastornos alimentarios, especialmente cuando se habla del trastorno obsesivo compulsivo, el cual tiene un nivel particularmente más alto en pacientes con anorexia y bulimia nerviosas con una prevalencia del 41%. Speranza (2001 citado en Behar, Barahona, Iglesias y Casanova, 2008) señala la prevalencia de conductas compulsivas en anoréxicas-purgativas (29%-43%), en anoréxicas restrictivas (16%), y en bulímicas (13%). Asimismo, existe relación de la variable ansiedad con otras significativas como son: insatisfacción corporal y perfeccionismo (Solano y Cano, 2012).

Con respecto a esta última, Crispo, Figueroa y Guelar, (2011), señalan que la tendencia a la perfección es común en los jóvenes con trastornos alimenticios. El sufrimiento y la sensación de ineficacia, las hace muy exigentes, a tal punto que consideran que nunca hacen lo suficientemente bueno. Consideran que si no harán la perfección en algo, directamente no lo intentarán Y es común que la búsqueda de esa perfección suele desplazarse hacia el peso corporal: para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo. Terminan convencidas que si logran transformar su silueta, también logran transformarse a sí mismas. De este modo, logran ser seguras y tenerse la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se les presenta en la vida, y *“Paradójicamente, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar, en lugar de afirmar a individuo en sus recursos”* (p.75).

Es frecuente entre los jóvenes con trastornos alimenticios que tiendan a controlar todo en sus vidas, lo cual incluye el control de su cuerpo. Se sienten poderosos manipulando el peso corporal, como compensación de sensaciones de

impotencia que surgen frente a situaciones que le son difíciles de manejar. Estos jóvenes no soportan que las cosas no estén bajo su control y tiene una gran dificultad para ensayar alternativas de salida, ya que suponen que “deberían saber” cómo hacer todo bien desde el comienzo. Siendo entonces, cuando el área de la comida y el peso se vuelven un campo posible de controlar, reforzando la ilusión de que al lograr tendrán la prueba de su capacidad de enfrentar las cosas en la vida. Hasta que comprueban que el sistema de control se les vuelve en contra (Crispo, Figueroa y Guelar, 2011).

Si bien es cierto, los factores psicológicos tienen un papel importante en la manifestación de alteraciones alimentarias, al dirigir las conductas de una persona. Hay que mencionar también los mensajes con los que un individuo convive día a día y que son considerados como el factor que fomenta en algunos casos que los individuos atenten contra su salud, En el siguiente apartado se describirá el impacto que tienen los factores sociales en los trastornos alimenticios.

2.2.4. Factores sociales

Actualmente, nos encontramos viviendo en una sociedad marcada por una valoración a la figura, por lo que se prioriza la apariencia externa por encima de cualquier otro valor, pues, se ha producido un cambio en la concepción del ideal de belleza, apostándose por un cuerpo más esbelto, convirtiéndose entonces la delgadez para la mujer en un signo de aceptación social y éxito en la vida. Donde los jóvenes hoy en día pierden la autonomía y la confianza en sí mismas, porque tienen una imagen distorsionada de su persona y se exige perfección en el aspecto corporal (Borrego, 2010).

La organización Mundial de la Salud ha resaltado que la adolescencia es la clave para el progreso social, económico y político en todos los países, sin embargo, ha manifestado su preocupación debido a que se ha encontrado que los cambios radicales en las condiciones sociales tiene profundos efectos en la salud de este grupo etario, uno de estos cambios está asociado con los hábitos alimenticios, lo cual comienza a ser considerado como un “fenómeno social”

(Salazar, 2007). Donde, los medios de comunicación son los principales portavoces y creadores de estereotipos estéticos corporales, enviando mensajes que sobrevaloran la importancia del atractivo físico, sobre todo en el sexo femenino (Borrego, 2010).

A continuación se presentan algunos de los factores sociales que tienen relevancia cuando se trata del desencadenamiento de los trastornos alimentarios.

A. Medios de comunicación

El modelo del cuerpo delgado o extremadamente delgado, se ha extendido con rapidez a toda la población. Un cuerpo delgado, especialmente femenino, es sinónimo de belleza y prestigio (León y Castillo, 2005). Donde la concepción de belleza es impuesta por la propia sociedad en que habitamos, y varía de acuerdo a la cultura y el tiempo. Las cirugías plásticas, dietas, deportes, todas aquellas prácticas que nos conducen a vernos más jóvenes, delgados, mejor proporcionados, etc. y que describen conductas sociales, en donde los valores y las relaciones sociales están determinadas por el aspecto físico (Carrillo, 2011). Provocan que una gran cantidad de personas asuman de modo radical los valores de belleza corporal, sometiendo su existencia al cumplimiento de una norma estética, una norma que en ocasiones su organismo no puede acatar (Jáuregui, 2006).

Los medios de comunicación juegan un papel fundamental en la predisposición de los trastornos alimentarios. Ya que establecen un prejuicio importante contra la obesidad, al tiempo que ejercen una enorme presión a favor de los cuerpos delgados y del adelgazamiento (León y Castillo, 2005). A través del establecimiento de modelos corporales acordes con determinados criterios o estándares. Lo que ocasiona que las personas, se esfuercen (por medio de dietas acompañadas de ejercicio físico) por ajustarse a dichos estándares, donde la esbeltez de la figura, es uno de los principales indicadores de belleza (Ybarra, Sánchez y Piña, 2011). En cualquier caso, televisión, cinema, videos musicales, revistas ilustradas, prensa y radio, carteles, internet, etc., constituyen canales

mediante los cuales cada individuo adquiere consignas y presiones, entre ellas el cuerpo delgado ideal y los procedimientos para conseguirlo (Toro, 2004).

La tendencia a la delgadez ha sido fortalecida gracias a la influencia de modelos estéticos, justificaciones médicas, y en pocos casos por razones morales. Las personas delgadas son consideradas más controladas y saludables; mientras que las que padecen de obesidad, son asociadas al descuido y la despreocupación de sí mismo. Por lo que la delgadez (principalmente femenina) es socialmente valorada (Uribe, 2007). En la siguiente imagen, se pueden observar las características que de manera regular les son atribuidas a las personas cuando son delgadas u obesas.

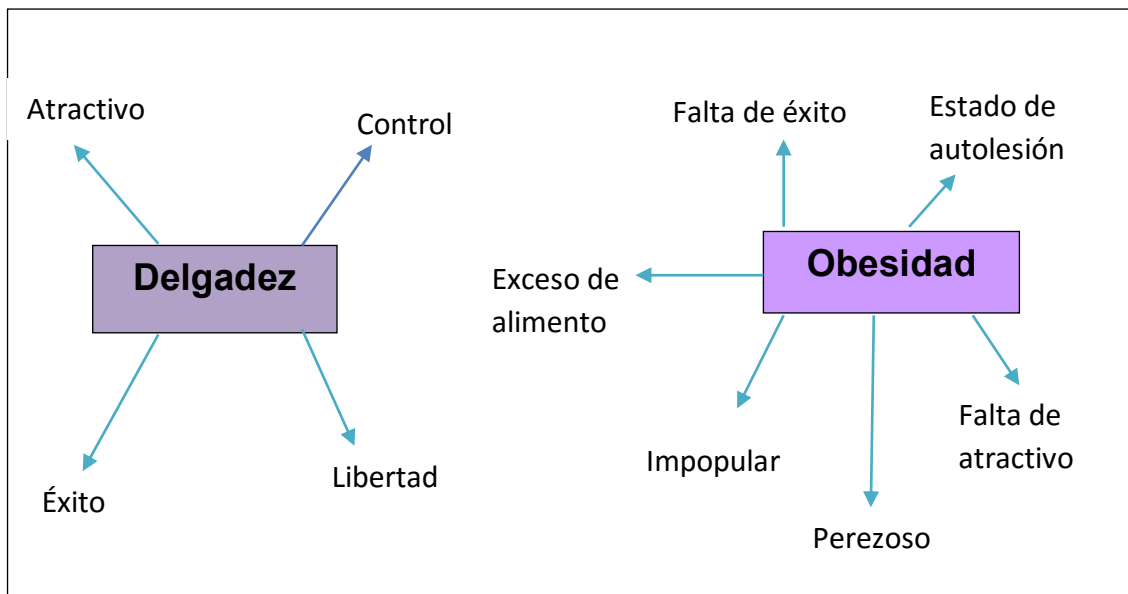


Figura 9. El significado del tamaño (extraído de Ogden, 2005:89).

De acuerdo con los estereotipos relacionados con el tamaño corporal que nos ofrecen los medios de comunicación, las personas sobre quienes impactan mayoritariamente estos modelos son las mujeres (Ybarra, Sánchez y Piña, 2011). Quienes actualmente se ven obligadas a mantener una figura delgada con el fin de ser “bonitas” y aceptadas socialmente. Sin embargo, una figura esbelta no siempre ha significado belleza. De acuerdo con Ogden (2005), los análisis históricos de imágenes de mujeres, han puesto de manifiesto, que durante el siglo

pasado, el cuerpo femenino preferido se ha ido haciendo más pequeño de como lo era en épocas pasadas. Pues actualmente el ser flaca es una moda, como lo han sido en su momento: las fajas, los corsés, los tacones altos, a falda estrecha, los *jeans* ajustados, las dietas, los ejercicios físicos, la gimnasia y demás acciones de transformación corporal (Uribe, 2007). Siendo “*la moda un lenguaje en el que predomina lo efímero. La muerte de los objetos es condición de su supervivencia*” (Poulisus, 2011:74-75) creando estilos a los que se adhieren los grupos y a permanencia implica un cambio.

Durante la Edad Media, la “figura reproductiva” que se encontraba a la moda, era más redondeada y se consideraba atractiva, así como el cuerpo regordete era erótico. Para aquel entonces, pinturas de mujeres con caderas y pechos redondeados era sinónimo de belleza y atractivo (lo cual, según los gustos actuales, se considerarían gordas). Hasta que en la década de 1960, existe una modificación del tamaño corporal que se considera atractivo, gracias a la influencia de modas impuesta por actrices de popularidad, entre las que destaca: Marilyn Monroe (Ogden, 2005, y Toro, 2004).

Esta influencia, nos lleva a pensar entonces que los parámetros para la autoestima varían para ambos sexos. Para la mujer, el autoestima está más conectada con factores como la imagen externa o apariencia, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás (Crispo, Figueroa y Guelar, 2011). Pero, los medios de comunicación se han encargado no sólo de influir en la concepción de belleza para la mujer, de igual manera lo han hecho con la imagen corporal masculina. Un análisis de la idealización del varón, comienza desde el arte griego y romano, donde se idealizaba al varón como un guerrero esbelto y musculoso. En los medios de comunicación durante el siglo XIX, la atención se centra más en el cuerpo femenino que en el del hombre. No es sino hasta la década de 1980, cuando aparecen las imágenes de hombres desnudos y semidesnudos en medios de comunicación. Utilizados más para cine y publicidad, como estímulo erótico para la adquisición de un producto. Y en quienes se observa un cambio del físico

musculoso a otro “adelgazado”, donde los modelos aparecen cada vez más arreglados, sin vello y con caderas estrechas (Ogden, 2005).

Estas concepciones que los medios de comunicación otorgan a la imagen de hombre y mujer, son importantes por la manera en que influyen en el pensar sobre los mismos, estableciendo estereotipos que son fundamentales en el desarrollo de las personas para la percepción y comunicación interpersonales (Ogden, 2005). Por ejemplo, en el caso de los adolescentes, estos estereotipos son parte de sus elementos de juicio, de costumbres, y se nutren de aquellos que ellos mismos proponen y que constituye sus bagaje cultural (Poulisus, 2011). Entonces, gracias a la información que los medios de comunicación se han encargado de divulgar, el concepto de lo que se supone es ser un hombre o una mujer, se ve permeado por la imagen de mujeres cada vez más delgadas y hombres cada vez más musculosos (Ogden, *Ibídem*).

La percepción que se tiene del ideal de belleza no tiene una edad predispuesta en la que las personas se adhieran a los estándares “del cuerpo ideal”. Los prejuicios en torno a la imagen corporal de perfección tienen efectos y consecuencias en el desarrollo psicológico y emocional de los niños. Cuando los niños están constantemente expuestos a los medios de comunicación, juguetes, películas infantiles, son más vulnerables a la producción de estereotipos de belleza, que habitualmente se representa por una figura delgada, que simboliza éxito, salud y bienestar en todas las formas (Aguirre, 2014). Por ejemplo, Toro (2004), señala que las niñas del mundo occidental llevan muchos años jugando con *Barbies*, una muñeca que no representa precisamente a las mujeres con sobrepeso. Dicho juguete, representa un posible modelo corporal precoz para a niñas, estableciendo medidas corporales altamente problemáticas.

Si relacionamos lo dicho anteriormente sobre el cuerpo ideal que debe tener un hombre y una mujer, con estos juguetes que establecen cierto prototipo estético, los cambios que una mujer promedio debería hacer para parecerse a esta muñeca serían: incrementar su altura 60 cm., su pecho 13 cm., la longitud de su cuello 8 cm. Y debiera reducir su cintura 15 cm. Por su parte, si los hombres

deseasen simular las medidas del compañero de *Barbie, Ken*, entonces un hombre promedio debería incrementar su talla 15 cm, 28 cm en su tórax y 20 cm en la circunferencia de su cuello (Toro, 2004).

Ahora bien, se ha mencionado que en este “culto a la delgadez” que los estereotipos de nuestra sociedad han marcado, el tener una figura delgada es sinónimo de una variada gama de características “positivas”, entre las que destacan: control, libertad y éxito, que puede tener la persona. Con respecto a esto, Ogden (2005) indica que el tener control, significa que la persona delgada tiene el control sobre su estado interno, es decir, la persona es psicológicamente estable, ya que tiene la capacidad de limitar la ingesta de alimento y perder peso, lo que implica poder de voluntad y capacidad de resistir la tentación. La libertad, hace referencia a la evasión de la creencia que la mujer debe ser reproductora, pues de acuerdo a algunos autores “*la esbeltez se opone a la fertilidad*” (p.92). Finalmente respecto al éxito, se ha llegado a considerar que el peso corporal refleja una insuficiencia moral o personal o de falta de voluntad, pues socialmente se cree que la gordura puede ser indicadora de pereza, carencia de disciplina, falta de disposición a cumplir normas y ausencia de todas aquellas capacidades que confieren a una movilidad ascendente.

La influencia que ofrecen los medios de comunicación para acatar este ideal de belleza se encuentra combinado también con factores biológicos, familiares y/o psicológicos de cada persona. De acuerdo con María Victoria Carrillo, profesora de Comunicación Audiovisual y Publicidad en España, los factores socioculturales pueden ser considerados precipitantes más que determinantes de los trastornos alimenticios, pues los jóvenes en su historia personal y con una autoestima relacionada a la persona que les gustaría ser, tienden a idealizar platónicamente los modelos establecidos por celebridades e imágenes retocadas. Lo que puede combinarse con la dificultad de adaptación social, la sensación de desamparo y falta de amor, y a resistencia a asimilarse a un mundo adulto.

B. Internet

Se estima que en México, alrededor de 31 millones de personas tienen acceso a internet, de los cuales 37% son niños y adolescentes; y el 60% de los usuarios son personas que cursan algún grado de escolaridad entre primaria y licenciatura (Orozco, 2013). El internet, tiene un papel importante cuando se habla de medios que promocionan un ideal de belleza, ya que en la actualidad, la autoestima de las personas depende en gran medida del número de personas que vean y comenten sus fotografías en las redes sociales.

Los trastornos de la alimentación son consecuencia de los modelos corporales ofrecidos por la publicidad y contenidos de los medios de comunicación. La presión ejercida para imponerlos encuentra una gran amplificación en nuevos medios de difusión, por ejemplo: las redes sociales virtuales. De acuerdo con un estudio presentado en el 138° Encuentro Anual de la Asociación Americana de Salud Pública en Estados Unidos, los adolescentes que pasan más de tres horas en redes sociales (Facebook o Twitter), que envían más de 120 mensajes de texto al día, presentan un riesgo más elevado de padecer trastornos alimenticios y depresión, problemas de comportamiento y ausentismo escolar. Ya que un modo de compensar esa falta de energía es no comer o comer y purgarse, o someterse a sesiones extenuantes de gimnasio (Poulisus, 2011).

Desde aproximadamente 20 años, inició un movimiento en la RED, denominado "Pro Ana y Pro Mía"; el cual tiene como finalidad agrupar a una gran parte de personas con diagnósticos o conductas de Anorexia nerviosa, denominadas pro "Ana", quienes suelen identificarse entre sí con el color rojo; y las personas diagnosticadas o que presentan conductas de Bulimia nerviosa, denominadas pro "Mía", quienes suelen identificarse con el color morado. Dichas paginas habían proliferado principalmente en Europa Occidental y Estados Unidos, si bien se tenía conocimiento de su existencia, las rutas de acceso a éstas era exclusivo. Siendo a mediados del 2000, cuando se proliferan

exponencialmente estas páginas, arrojando un total de 150 sitios en internet (Orozco, 2013).

De acuerdo a un estudio realizado por Borzekowski et al. (2010 citado en Poulisus, 2011) de la Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins University, en donde se analizaron 180 sitios Pro Ana y Pro Mía, se encontró que:

- 91% de los sitios son de libre acceso.
- 79% tienen características interactivas como calculadores de IMCA y calorías.
- 16% ofrecen un credo o juramento ANA o Mía.
- 42% da un espacio para publicar arte y poesía.
- 85% incluye recursos de inspiración para adelgazar, como fotos de modelos o actrices.
- 43% ofrece consejos para ocultar trastornos alimenticios.

Respecto a la diversidad de consejos que estas páginas ofrecen para mantener las alteraciones alimentarias Poulisus (2011) señala:

- **Evitar ingesta de alimentos:** técnicas que van desde contar hasta mi cuando se siente hambre, lavarse los dientes con frecuencia al sentir hambre, poner fotos de modelos en refrigerador, dormir más y salir a la calle sin dinero.
- **Calmar la ansiedad:** escupir la comida tantas veces como sea necesario, buscar pasatiempos, masticar chicles sin azúcar, pesarse una sola vez a la semana en el mismo horario.
- **Engañar tanto los sentidos propios como los ajenos:** esconder comida en bolsas o dárselas a la mascota, usar ropa holgada para ocultar la delgadez, inventar excusas para no asistir a comidas (esto en cuanto a las personas que rodean al paciente) y beber grandes cantidades de agua para saciar la sensación de hambre (respecto a ella misma).
- **Realizar actividad física:** mínimo una hora de ejercicio diaria.

- **Motivación:** relacionada con la distorsión de la imagen corporal, ligada a contemplar cuerpos anoréxicos (modelos, actrices, etc.), comparando su cuerpo con el de alguien más y buscar los siete errores en la propia imagen.
- **Control:** llevar un registro de calorías ganadas y perdidas, pesos, medidas, comidas y ejercicios.

En algunos casos, se enumeran los recursos compensatorios: diuréticos, laxantes, pastillas (de los que se aconseja no abusar) y se incluyen descripciones de cómo provocarse el vómito.

C. Publicidad, modelos y pasarelas

La sociedad y el consumo se encuentran estrechamente relacionados, pues la sociedad actual está marcada por las prácticas de consumo dirigidas por la publicidad, márketing y definitivamente por los medios de comunicación, que hacen eco sobre sectores importantes como: la moda, los cosméticos, industrias farmacéuticas, lo que termina por crear sujetos consumistas y vulnerables al marco social. Siendo importante destacar también el ideal de belleza (extrema delgadez) que representan los modelos, tanto mujeres como hombres, cuyas proporciones, peso y estatura salen de la norma (Castillo, 2006).

Si bien es cierto, hablar de publicidad puede guiarnos de nuevo a este “culto a la delgadez”, también es inevitable nombrar el papel que han jugado las tecnologías en la implementación de la figura esbelta. Las tecnologías cooperan en la formación de cuerpos “ideales”, mostrados principalmente en publicidad comercial. Donde a través de imágenes fotográficas, y con ayuda de una herramienta técnica, mejor conocida como Photoshop, la modelo sufre modificaciones para mostrar una complexión perfecta (Poulisus, 2011). Pues en las imágenes publicadas, las mujeres que ahí se muestran son siempre “perfectas”. Y la evidencia se encuentra en que el 99.9% de las fotografías de las revistas son retocadas (Poulisus, *Ibidem*). Lo cual, al ser utilizado primordialmente en publicidad comercial, fomentan una imagen corporal delgada, generado un

enorme mercado de recursos y productos que real o supuestamente faciliten el adelgazamiento (Salazar, 2007).

El ser delgado o intentar ser delgado, son las causas que mayores ventas causa en la actualidad. Para la industria, es importante dejar en claro la talla en la que debe entrar un cuerpo bello. (Poulisus, 2011). Y en el mundo de la moda, es donde mayor presión existe ante la preocupación por conseguir el cuerpo perfecto. Donde cabe resaltar, que en los últimos años las pasarelas y modelos que se encuentran con un IMC por debajo del aceptable, han sido el centro de muchos conflictos por incitar a modelos corporales inexistentes, por lo menos de manera saludable (Castillo, 2006).

Por ejemplo, recientemente la campaña de la marca parisiana *Saint Laurent* fue censurada por utilizar una modelo demasiado delgada. En el anuncio primavera 2015, aparece Kiki Willems, modelo de 18 años, en poses que resaltan sus largos brazos y piernas. Y debido a una queja anónima, la Advertising Standards Authority (ASA, organismo regulador de la industria en el Reino Unido), quien culpo a la marca por promocionar una imagen corporal poco saludable, al resaltar en la modelo los huesos del pecho; las piernas, rodillas y muslos que parecían tener el mismo ancho (“Censuran campaña de *Saint Laurent* por estar protagonizada por una modelo demasiado delgada”, en: www.la.eonline.com).

Otro caso, es el de la coronación de una joven en un concurso de modelos, donde la joven presentaba un Índice de Masa Corporal (IMC) muy por debajo de la norma. O bien, la modelo Brasileña Ana Carolina Reston, quien murió a causa de insuficiencia renal provocada por la anorexia (pesaba 40 kilos y media 1.74 m) (Poulisus, 2011).

Como parte de las medidas a nivel mundial, que se han tomado al respecto de modelos que padecen trastornos alimenticios o que incitan a hábitos alimentarios poco saludables, encontramos. El parlamento francés aprobó una ley, donde prohíbe las modelos excesivamente delgadas, expondrá a los agentes publicitarios y casas de modas que los contraten a posibles multas e inclusive a prisión. Prohibiendo así la actividad a modelos que tengan un IMC inferior a los

niveles sanitarios, ya que para ser contratadas deberán presentar un certificado médico que avale su estado de salud. Así como también, el parlamento presentó la enmienda sobre la mención “foto retocada” en las fotos de uso comercial (“Francia prohíbe las modelos súper delgadas para combatir la anorexia” en: >www.lanacion.com.ar>).

En España, en el año 2008, se fijó también un Índice de Masa Corporal, y se optó por excluir de las pasarelas a las modelos extremadamente delgadas (Poulisus, 2011).

Asimismo, estos problemas han traído como consecuencia la revisión de la denominada talla única. Que ha sido en gran parte promocionada gracias a diversos modelos y campañas publicitarias. Lo cual ha sido un factor para que algunos países tomen medidas al respecto. Por ejemplo, Poulisus (2011) señala que:

- En Uruguay, una entidad denominada Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU), audita las tiendas, verificando que existan tallas para personas de morfología superior a la estándar.
- En Chile, se ha presentado un proyecto de ley que busca homologar las tallas de ropa, con el fin de que estén disponibles para todos.
- En México, existe un proyecto integral promovido por un partido político, que propone erradicar la talla cero, como método para prevenir y combatir la bulimia y a anorexia. Esta propuesta fija elevadas multas para quienes no cumplan con lo establecido por la ley.

En su mayoría, los diseñadores y fabricantes resisten estas leyes, porque dicen atentar contra su actividad económica. Pues por ejemplo en Europa, los diseñadores que incorporan en sus desfiles modelos de talles grandes son discriminados por no respetar el buen gusto (Poulisus, 2011).

D. Danza y algunos deportes

En nuestra época existen grupos específicos de riesgo para los trastornos del comportamiento alimentario. Bailarinas y practicantes de ciertos deportes

(gimnasia rítmica, patinaje artístico, corredores de fondo, etc.) experimentan una serie de circunstancias que los predisponen para estos trastornos: perfeccionismo (en las actividades que realizan), culto a la delgadez por razones estéticas y de rendimiento, y un modelado intra-grupo altamente eficaz (León y Castillo, 2005).

La danza, es una disciplina que implica el trabajo del cuerpo en su esencia, por lo tanto, el seguimiento de la estética por la delgadez se magnifica, pues las bailarinas requieren de un cuerpo armonioso y esbelto, que brinde una cualidad etérea a los personajes que representa, lo cual trae como consecuencia un alto riesgo a desarrollar patologías alimentarias (Mancilla y Gómez, 2006).

Por ejemplo, las investigaciones relacionadas con las bailarinas de ballet comenzaron a publicarse en los años 80's. Algunos investigadores señalan que la prevalencia de anorexia nerviosa en bailarinas de ballet es más alta que en mujeres adolescentes de la población en general. En este caso, en el contexto del ballet existe una presión ejercida sobre la delgadez combinada con las expectativas de alta competitividad, lo cual promueve condiciones apropiadas para los trastornos alimenticios (Rutzstein, Murawski, Elizathe, Armatta, Leonardelli, Diez, Arana, Scappatura, Lievendag, Miracco y Maglio, 2009). Por lo que no es raro encontrar estudiantes de danza que realicen ayunos, y en ocasiones su peso se encuentre 14% por debajo de ideal para su peso y talla, además la mayoría presenta un retraso considerable en la menarquia (Mancilla y Gómez, 2006).

En México existen pocos estudios relacionados con la danza. No obstante, los realizados señalan mayor presencia de conductas alimentarias patológicas, como dieta restrictiva, realización de conductas compensatorias no purgativas en estudiantes de ballet y bailarinas profesionales comparada con estudiantes y profesionales que no practican esta actividad (Mancilla y Gómez, 2006).

En cuanto al deporte, está asociado tradicionalmente a la calidad de vida y a la competencia, donde se ve incluida también la técnica para "embellecer cuerpos", el cual coopera contando las calorías de alimentos que se ingieren (Poulisus, 2011). Motivo por el cual, los deportistas presentan un riesgo mayor de padecer un trastorno alimenticio que la población en general. Toro (2004),

menciona que la asociación entre práctica deportiva y alteración alimentaria se produce a través de diversas circunstancias:

- Algunos deportes, especialmente los predisponentes a un trastorno alimentario (gimnasio, danza, etc.) pueden atraer a personas con características de personalidad que por sí solas ya son factores de riesgo (como el perfeccionismo) o bien estas personas las pueden perseverar durante la práctica del deporte.
- Personas que pretenden controlar su peso o han iniciado ya un trastorno alimentario, pueden buscar en el deporte un procedimiento socialmente aceptado para conseguirlo. Jáuregui (2006), señala que muchos pacientes con anorexia realizan ejercicio físico en exceso, lo que acaba siendo obsesivo y creando una dependencia.
- Determinados deportes promueven tipos de cuerpo o niveles de cuerpo susceptibles de desencadenar trastornos alimentarios en personas vulnerables.
- En algunos casos la asociación puede ser fortuita.

Un factor relevante en el deporte y esta predisposición a los trastornos alimentarios parece ser el hacer dieta a una edad temprana, pues los deportistas jóvenes son altamente impresionables, y recomendaciones sobre su alimentación, suele ser percibida como un requerimiento para mejorar en su desempeño. En otras ocasiones, esta implementación de dietas puede ser a causa de agrandar al entrenador por lo que los deportistas realizan dietas sin supervisión o bien recurren a conductas poco saludables y características de los trastornos alimentarios. La realización de ejercicio en exceso se considera también un factor predisponente, así como los eventos traumáticos para el atleta: como la pérdida del entrenador, ya que los deportistas consideran que éstos son vitales en su carrera deportiva; lesiones o enfermedades que haga que el deportista aumente de peso a consecuencia del menor gasto calórico (lo que puede llevarlo a iniciar dietas) (Márquez, 2008).

Actualmente la información de la que se dispone sobre la relación deporte y alteraciones alimentarias es insuficiente. Las principales razones podrían resumirse en la escases de estudios con poblaciones deportistas, inadecuación de muestras (escasas o poco representativas) y la ausencia de criterios escritos a nivel diagnóstico y de medición (Márquez, 2008).

E. Grupo de Iguales

La pubertad implica cambios corporales muy rápidos que deben ser asumidos, es decir, percibidos, evaluados e integrados en la autoimagen general. Esta evaluación supone, poner en relación el cuerpo percibido con el modelo corporal valorado y prestigiado socialmente. En este caso, el adolescente lo hace asumiendo la mayor parte de valores y costumbres vigentes en su medio, en especial, si estos son compartidos por su grupo de coetáneos, cosa que ocurre en el culto a la delgadez (León y Castillo, 2005).

Los jóvenes en la etapa de la adolescencia, en su mayoría ya no se identifican con la familia y sí con un nuevo grupo de iguales. Dejándose llevar por los gustos, deseos, maneras de actuar y vestir de los amigos, incluyendo la influencia notable del comportamiento. Los jóvenes tienden a imitar y comprarse con sus semejantes, lo que incluye un elemento clave: la "imagen física" (Carrillo, 2005).

En la sociedad actual la apariencia y lo que se proyecta de uno mismo a través del aspecto exterior juega un papel fundamental a la hora de hacer amistades, cosechar éxitos y, en definitiva, de sentirse parte de un colectivo. Es por este motivo que muchos adolescentes atraviesan por serias dificultades durante su etapa de maduración (León y Castillo, 2005). En el caso de las amistades, el desarrollo de un trastorno de la imagen corporal puede presentarse, debido a los cambios físicos y preocupación constante de la apariencia, que existen durante la adolescencia, ya que estas modificaciones corporales provocan comentarios o burlas, que a su vez influyen en la imagen corporal y autoestima del joven. Puesto que dichos comentarios, tienen una influencia o repercusión mayor que los propios artículos o anuncios de revistas. Por ejemplo, de acuerdo con

Rieves y Cach (1996 citado en Behar, 2010), entre las partes del cuerpo que son mayor objeto de burla se encuentran: cara y cabeza (45%), peso (36%) y torso superior (19%); hallándose que las primeras personas que hacen comentarios al respecto son los hermanos (79%), seguido por los pares (62%) y las amistades (47%). De acuerdo con Carrillo (2011), esta comparación y comentarios dirigidos a un adolescente con autoestima baja, los hacen detonar la decisión de hacer dieta, lo que los orilla al desarrollo de un trastorno alimenticio.

Asimismo, no solo es importante considerar el círculo de amigos, sino también las relaciones con las personas del sexo opuesto. En donde dichas relaciones se encuentran marcadas en primer lugar, por el deseo de agradar. Y en donde en nuestra sociedad, encontramos una confusión al hablar del ideal de belleza femenino y masculino. Debido a que para la mujer el ser delgada es sinónimo de belleza, pero desde el punto de vista masculino, una mujer excesivamente delgada resulta poco atractiva. Situaciones como esta llegan a ser el comienzo de una enfermedad sostenida por “...la necesidad de parecer deseable ante el otro sexo” (Carrillo, 2011:126).

En termino generales, podemos concluir que si bien pueden existir determinados factores de riesgo en un grupo de iguales, las relaciones con el grupo de amigos y principalmente cuando se habla de la adolescencia, significan un punto a favor en el equilibrio y el desarrollo psicofísico del adolescente. Pues en estos grupos, los jóvenes buscan sentirse identificados en pandillas y así adquirir un lugar, donde se perciban aceptados (Carrillo, 2011).

Finalmente, como se ha podido observar hasta el momento, no existe un factor único predisponente cuando se habla de un trastorno alimenticio. En la génesis de una alteración alimentaria, existe por lo menos una combinación de tres factores, en donde cabe la posibilidad de otorgar un porcentaje de “importancia” desigual a cada uno. Para fomentar la aparición de un trastorno alimenticio no existe un factor único, en los trastornos alimenticios coexiste una gran variedad de factores que tienen una estrecha relación, ya que sin la presencia de uno, no existiría otro.

Posterior a la descripción que se realizó en este capítulo a los diversos factores que pueden dar cabida a un trastorno de la conducta alimentaria. De manera particular, presentaría a los factores sociales como el punto central de los factores de riesgo. Debido a que los medios de comunicación y la publicidad, han formado parte importante de nuestra sociedad; de ellos y de los mensajes que transmiten día con día, se ha forjado una imagen, sobre la que se nos augura éxito y reconocimiento, cuestiones relevantes para el ser humano. Por lo cual, las personas buscan modificar sus estilo de vida, sus estilo de crianza e inclusive ignorar algunas cuestiones de su propia genética, con el fin de alcanzar la imagen que nos han gestado los medios de comunicación. Donde un cuerpo “bello”, es decir, extremadamente delgado, que cumpla con los estándares de la moda, es sinónimo de una vida exitosa. Y la necesidad de las personas por ser aceptadas ha ocasionado que realicen conductas atentado contra su salud, pero que en nuestra sociedad siguen siendo reforzadas, a través de halagos y reconocimientos que continúan formando un ciclo vicioso.

Una vez que se conoce la génesis de estos desórdenes alimentarios, es importante abordar también cuáles son algunas de las consecuencias que estas alteraciones pueden presentar, tanto en el individuo que lo padece como en las personas que lo rodean. Es por eso que en el siguiente capítulo, se mencionarán las consecuencias a nivel biológico y psicológico que atraen los trastornos alimenticios. Así como el papel que juega la familia una vez que se ha diagnosticado un trastorno alimenticio y durante su tratamiento.

3. CONSECUENCIAS: PACIENTE Y FAMILIA

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades de salud mental complejas, multicausadas y que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes (López y Treasure, 2011). Los desórdenes alimenticios, no son solamente una cuestión de “moda”, son condiciones que ponen la vida en peligro, afectando la salud física y emocional de la persona.

Al hacer referencia a las consecuencias a nivel físico o biológico, en el caso específico de anorexia, podemos encontrarnos con alteraciones debido a que el cuerpo es negado a recibir los nutrientes esenciales para un funcionamiento adecuado, por lo que el cuerpo es forzado a disminuir todos sus procesos para conservar energía, dando como resultado alteraciones como: deshidratación, reducción de densidad de huesos, cabello y piel seca, etc. En el caso de la bulimia nerviosa, los ciclos recurrentes de atracón y purga afectan el sistema digestivo, lo que lleva a un desbalance químico y electrolítico en el cuerpo, que puede afectar las funciones del corazón y otros órganos principales (*National Eating Disorders Association*, 2012). Cabe resaltar que el grado de afectación biológico que presenta cada paciente depende no sólo del trastorno del que se trate, sino también del tiempo y frecuencia con que se haya presentado el desorden alimentario.

Respecto a las manifestaciones de las consecuencias en la esfera psíquica, encontramos entre los trastornos afectivos más comunes: episodio depresivos, trastornos de ansiedad, alcoholismo o abuso de otras sustancias, trastornos obsesivos-compulsivos, trastornos de personalidad y fobias sociales, que pueden resultar más o menos frecuentes de acuerdo al trastorno del que se trate. Por ejemplo, entre los trastornos mayormente asociados con la anorexia nerviosa, encontramos: los trastornos de ansiedad (generalizada o en crisis), fobias, sintomatologías depresivas y alteraciones obsesivas; mientras que en el caso de la bulimia nerviosa, los trastornos afectivos más frecuentes son: un deficiente control de impulsos, tentativas de suicidio, conductas agresivas, abuso de alcohol, consumo de sustancias tóxicas o promiscuidad sexual (Jáuregui, 2006).

Como podemos observar, en estos trastornos, es común la asociación de dos o más patologías. A esto se le conoce como comorbilidad. Y puede ocurrir de diversas formas: un trastorno que nada tiene que ver con el otro (comorbilidad en el estricto sentido), uno es consecuencia de otro aunque no tenga un origen o causa en común; y finalmente un mismo trastorno puede ser susceptible de más de un diagnóstico en función de su expresión en el tiempo y sintomatología oculta (Jáuregui, 2006).

Es por ello que frecuentemente, cuando el paciente acude por primera vez a consulta, lo haga motivado por un trastorno asociado a la enfermedad, y no por los síntomas propios del trastorno primario, que ha pasado desapercibido intencionalmente o ha sido ocultado por lo pacientes a los padres (Jáuregui, 2006). Por lo tanto, es importante dar a conocer las consecuencias más frecuentes en estos trastornos alimenticios. Aunque cabe destacar, en algunos casos aún existe controversia sobre si el trastorno afectivo asociado es consecuencia o causa de estas alteraciones alimentarias.

A través del siguiente capítulo, se brindara información sobre las consecuencias a nivel biológico, psicológico y familiar, que trae consigo una alteración en la conducta alimentaria. Por último, se pretenden dar a conocer cómo es que este grupo primario (familia) puede contribuir durante el diagnóstico y tratamiento de su hijo/a.

3.1. Consecuencias del paciente

Una vez diagnosticado un trastorno alimenticio, la persona presenta una serie de consecuencias que repercuten en él y a su vez puede alterar la relación familiar. Primordialmente, el paciente es quien presenta un conjunto de alteraciones a nivel biológico y psicológico, las cuales son consecuencia del trastorno alimentario que presenta, y que deben ser tratadas por un grupo un especialista.

Cabe destacar, que cada trastornos de la conducta alimentaria, presenta una variada gama de alteraciones a nivel tanto biológico como psicológico, aunque en ésta última, la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, el trastorno por atracón, el

trastorno alimenticio no especificado, entre otros, pueden tener conductas o patologías en común. En las siguientes figuras se muestran algunas de las alteraciones que acompañan a estos trastornos.

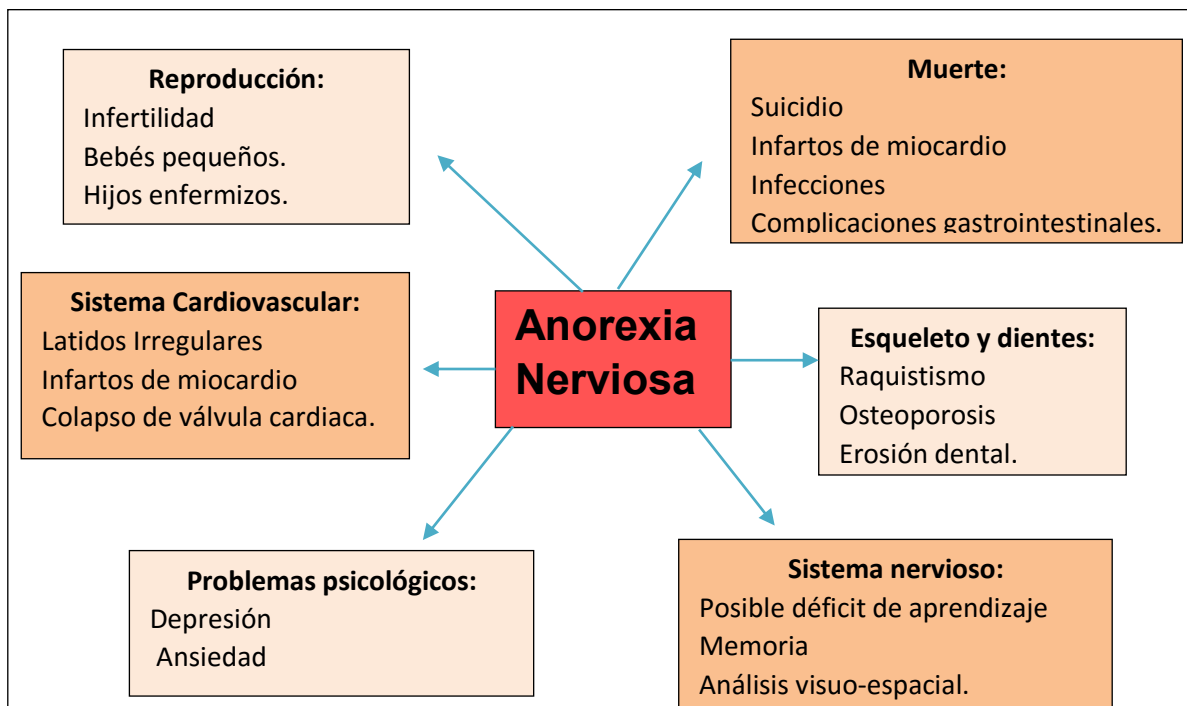


Figura 10. Posibles Consecuencias de la anorexia nerviosa (Ogden, 2005:201).

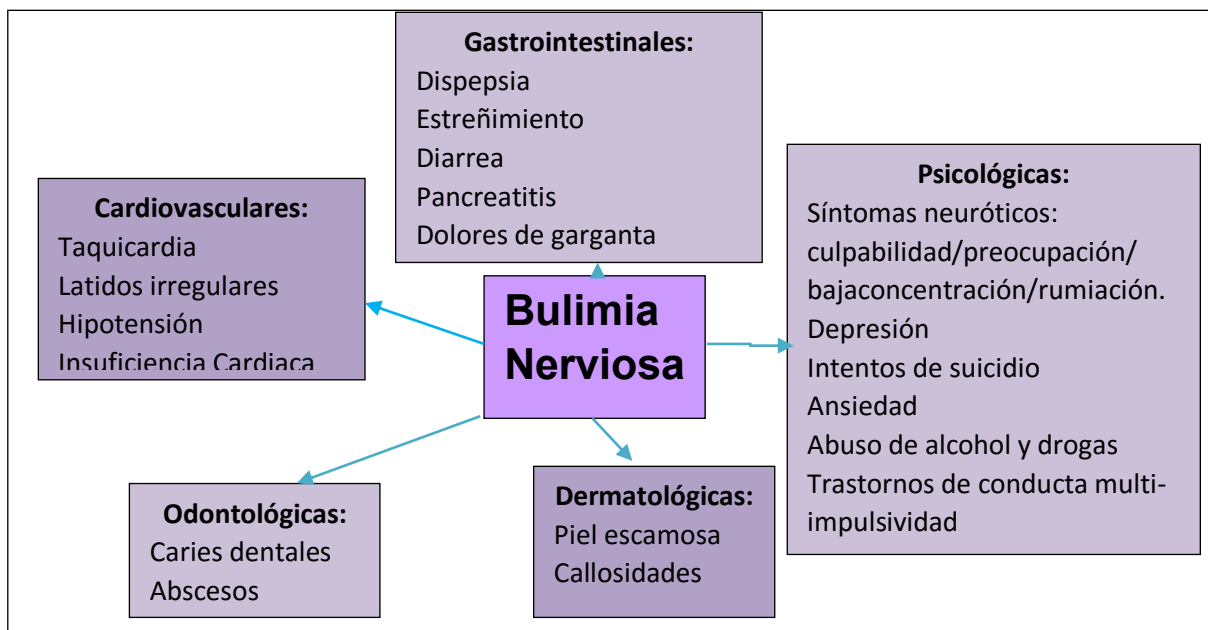


Figura 11. Posibles consecuencias de la bulimia nerviosa (Ogden, 2005:210).

A continuación se describirán algunas de las secuelas que se presentan en un paciente diagnosticado con un trastorno alimenticio.

3.1.1. Atención multidisciplinaria

Las complicaciones médicas de los trastornos alimenticios pueden afectar la mayoría de los órganos de cuerpo. Los signos y síntomas físicos se deben principalmente a la malnutrición y a las consecuencias de las conductas compensatorias. Estas complicaciones y su aparición se correlacionan con la duración, severidad, número de episodios del trastorno y el momento en que dicha enfermedad se desarrolló (López y Treasure, 2011).

En el caso de la anorexia nerviosa, las alteraciones se generalizan, pues la desnutrición se ve reflejada en todos los órganos y sistemas con más o menos intensidad (Jáuregui, 2006). De acuerdo con Rome (2003 citado en López y Treasure, 2010) la mayoría de las complicaciones que se suscitan en la anorexia nerviosa remiten con la recuperación nutricional y/o el cese de las conductas purgativas, pero otras son irreversibles o incluso pueden conducir a la muerte. Con respecto a esto último, Jáuregui (*Ibidem*), menciona que la tasa de mortalidad por anorexia nerviosa actualmente se encuentra en un 3,3%.

En las personas que padecen anorexia nerviosa en cualquiera de sus modalidades, podemos encontrar: una disminución de energía que se debe a la baja ingesta de calorías, lo que a su vez provoca: una temperatura corporal debajo de lo normal (por lo cual muchas de las pacientes con esta enfermedad reportan frío constante); de igual forma, la disminución del gasto energético suele provocar problemas cardiovasculares como bradicardia (pulsaciones cardiacas) e hipotensión (aumento de presión arterial) o hipertensión (disminución de presión arterial); así mismo, las paredes del corazón disminuyen su grosor (disminución de musculo cardiaco), es posible que aparezcan también arritmias cardiacas, provocadas por el déficit de nutrientes como calcio, potasio y magnesio. Con respecto a alteraciones en la sangre, se pueden observar: anemia (por déficit de hierro, lo que ocasiona cansancio); podemos encontrar también, el aumento de colesterol o hipercolesterolemia. Respecto al aparato digestivo: es frecuente un

retardo en la evacuación gástrica, apareciendo como consecuencia una sensación de saciedad precoz, que se debe a las dificultades de contracción del tubo digestivo, ocasionada por el déficit de nutrientes; la función intestinal se ve también disminuida, lo que junto con la baja ingesta de alimentos provoca constipación pertinaz o estreñimiento.

En aspectos óseos y dentales: es posible que se produzca una disminución del calcio en los huesos debido a la mala alimentación y se ve agravada por la dificultad de fijación del calcio, a consecuencia de la baja producción de estrógenos, por lo que se ocasiona la osteoporosis (fracturas espontáneas). Si la anorexia se desarrolla a una edad temprana, el adolescente puede tener daños irreversibles en el crecimiento, caso contrario, donde la anorexia aparezca a edades posteriores, pues la osteoporosis puede ser tratada a través de tratamientos dietéticos y hormonales; asimismo, la anorexia afecta los dientes, sobre todo si el paciente sufre vómitos con regularidad, ya que erosiona el esmalte dental, dejando expuesta la dentina, lo que lo hace vulnerable a las caries. A nivel subcutáneo, se encuentran con regularidad enemas en distintas partes del cuerpo (sobre todo en piernas y pies) en pacientes anoréxicas, sobre todo cuando comienzan a realimentarse. Un enema, es una retención de líquido en el tejido celular subcutáneo, producido por la retención de sodio, debido al aumento de la sensibilidad renal y la acción de la insulina en los tubos renales durante la realimentación. A su vez, estas pacientes suelen presentar piel seca, áspera y quebradiza (a consecuencia del déficit nutricional), y fría acompañada de un color violáceo, debido a la disminución de gasto energético y a las alteraciones circulatorias; aparición de lanugo o vello corporal en zonas que no deben existir, a consecuencia de la ausencia de grasa. Finalmente, suele existir también una disminución en la sustancia gris y blanca del cerebro, lo que puede provocar alteraciones inespecíficas con relación a los cambios electrolíticos (sodio, potasio, etc.) (Díaz, 2011., González, 2008., Crispo, Figueroa y Guelar, 2011., Jáuregui, 2006., y Ogden, 2005).

Otra de las consecuencias y que es a su vez uno de los primeros síntomas que aparecen debido a la desnutrición, es la ausencia de menstruación o amenorrea. La cual se debe no sólo a la pérdida de peso, sino también al estrés psicológico permanente que ocasiona el control alimentario riguroso (Crispo, Figueroa y Guelar, 2011). Y de acuerdo con Jáuregui (2006), la recuperación menstrual se da una vez que el paciente alcanza el 90% del peso corporal ideal. Sin embargo, Ogden (2005), refiere que sólo el 50% de las personas diagnosticadas con anorexia llegan a alcanzar el peso normal y a restablecer sus periodos. Dicha alteración menstrual, a su vez pueden provocar dificultades con la fertilidad (Crispo, Figueroa y Guelar, *Ibidem*) o bien, la probabilidad de que éstas mujeres engendren bebés más pequeños, que puedan presentar trastornos: respiratorios, raquitismo (deformaciones en los huesos), malnutrición, problemas sociales o emocionales (Ogden, *Ibidem*).

Asimismo, en la bulimia nerviosa la tasa de mortalidad es mucho menos baja que la correspondencia a la anorexia, y se estima entre el 1% y 3%. La causa principal de fallecimiento por este trastorno, se encuentra relacionada con la alimentación, ya que en algún momento de la su vida han sido diagnosticados con anorexia. Sin embargo, de manera general, la bulimia no está relacionada con la mortalidad, aunque las personas bulímicas sufren un amplio conjunto de complicaciones físicas que coinciden con la anorexia, y se deben al déficit nutricional y al movimiento de los ácidos estomacales causado por el ciclo excesivo de comidas excesivas y purgas (Ogden, 2005).

Entre las principales complicaciones médicas encontramos: alteraciones en la boca, debido a los constantes vómitos y el paso de los ácidos estomacales, causan la pérdida de esmalte dentario, lo cual facilita la aparición de caries; el daño o inflamación de encías, paladar y garganta, debido a la introducción de manos u otros elementos en la boca para estimular el vómito; las glándulas salivales, suelen aumentar su tamaño. En cuanto a alteraciones hidroeléctricas: los pacientes se encuentran frecuentemente deshidratados debido al vómito o uso de laxantes y/o diuréticos; el desarrollo de hipopotasemia (reducción del potasio

en sangre) debido a las pérdidas digestivas causadas por vómitos, uso de diuréticos o la combinación de ambos métodos, la disminución de dicho potasio puede afectar el funcionamiento del corazón, provocando arritmias cardíacas que conducen a los paros cardíacos; el uso y práctica indiscriminado de laxantes, diuréticos y vómitos causa también disminución de sodio (lo que provoca disminución de presión arterial y mareos) y magnesio (provoca debilidad muscular, hormigueos y calambres); las proteínas en general suelen encontrarse en índices normales, aunque puede hallarse hipoproteïnemia (disminución de proteína en la sangre) debido a la relativamente alta ingesta proteica de estos pacientes. El aparato digestivo también presenta complicaciones: el esófago puede irritarse a consecuencia del pasaje a ácido clorhídrico, lo que provoca la esofagitis, en algunos casos, si la frecuencia de vómitos es alta, puede provocarse una ruptura esofágica o fisura esofágica; a causa de los vómitos reiterados es frecuente la aparición de reflujo gastro-intestinales, lo que significa pasaje espontáneo del contenido gástrico del esófago; es bastante común también que la persona vomitadora presente gastritis, debido a que a través del vómito existe un desgaste de la mucosa gástrica del ácido clorhídrico; de igual manera, existe la posibilidad de un “estómago perezoso” lo que genera una sensación precoz de estar lleno. Como parte de los efectos del uso de laxantes, pueden aparecer diarreas y dolores abdominales, denominados cólicos; en otras ocasiones, puede aparecer constipación grave del intestino, lo que se debe al uso prolongado de laxantes, pues el intestino se acostumbra a funcionar bajo un estímulo y luego deja de responder a los estímulos normales.

Existen también alteraciones en el aparato respiratorio y urinario, en el primero, aunque es poco frecuente, puede haber aparición de bronquitis o neumonías aspiratorias a consecuencia del pasaje de pequeños contenidos gástricos que suben del estómago al autoinducirse los vómitos; con respecto al sistema urinario, es común observar daños en los riñones (infecciones urinarias y producción de litiasis urinarias o cálculos o arenilla) a consecuencia de la deshidratación y el uso de diuréticos. Asimismo, suelen aparecer callosidades y erosiones, o lastimaduras en los nudillos de los dedos en el sitio de roce contra los

dientes, esto cuando se utiliza la mano para provocar el vómito (Jáuregui, 2006., Crispo, Figueroa y Guelar, 2011., y León y Castillo, 2005).

Una de las alteraciones más frecuentes entre las mujeres que padecen bulimia nerviosa, y la cual tiene ciertas similitudes con la anorexia nerviosa, son las complicaciones hormonales que suelen presentarse en el transcurso de esta enfermedad. León y Castillo (2005) y Crispo, Figueroa y Guelar (2011), refieren la aparición frecuente de irregularidades menstruales que se deben a la mala alimentación, la ausencia de menstruación o amenorrea secundaria se presenta en el 50% de los casos de bulimia. *“La menstruación puede retirarse, aun en pacientes con bulimia nerviosa y peso normal, simplemente como consecuencia del caos alimenticio que altera el funcionamiento del sistema endocrino”* (Crispo, Figueroa y Guelar, *Ibidem*: 110-111). Dichos conflictos hormonales, pueden alterar la fertilidad de la paciente, sin embargo, cuando la concepción llega a ocurrir, existen complicaciones obstétricas, incluyendo la ganancia insuficiente de peso durante el embarazo, bajo peso al nacer y aumento de riesgo de aborto.

En conclusión, los seguimientos a largo plazo de los pacientes con bulimia indican que alrededor de un 70% se recuperan, el 10% siguen presentando todos los síntomas y el 20% restante, muestra una gran variabilidad de síntomas (Ogden, 2005).

Los cambios o repercusiones nivel físico, no son todo lo que acontece una vez presentado un trastorno alimentario, a continuación se describen algunas de las conductas que pueden presentarse durante el desarrollo de una alteración alimentaria.

3.1.2. Psicológicas

De acuerdo con González (2008), los trastornos de la alimentación son de origen más psicológico que médico. Y como tal podemos encontrar una serie de alteraciones que afectan al paciente durante y después de la presencia de dichos trastornos. Para López y Treasure (2011), en la esfera de la salud mental, existen problemas psicológicos y psiquiátricos que acontecen con frecuencia a la par de

un trastorno alimentario. En el caso específico de los adolescentes, la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria puede interferir en el logro de las tareas propias de esta etapa, ya que usualmente presentan aislamiento social, conflictos familiares y dificultades con el autoconcepto, autoestima y autonomía.

Al respecto de algunas consecuencias psicológicas en los trastornos alimenticios, Vega, Piccini, Barrionuevo y Tocci (2009), mencionan que algunos investigadores han centrado su atención en diferenciar las consecuencias en pacientes con anorexia y bulimia, indagando quienes eran más propensas al suicidio o a la depresión. Hallándose que en la bulimia es frecuente encontrar: depresión, adicciones y uso de sustancias químicas; mientras que la anorexia parecer estar más asociada a trastornos de ansiedad, fobias y los trastornos obsesivo compulsivos.

Entre las problemáticas con mayor incidencia, podemos encontrar:

- Depresión.

Se define como un estado de ánimo, el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional. La afeción, ocurre principalmente en las esferas psíquica, somática y conductual, y se refleja en lo social, donde se pierde el interés de interactuar con el grupo social al que el individuo pertenece. Usualmente, el sujeto puede presentar abatimiento de humor, aflicción, pesimismo, desesperanza y pérdida de interés (Coffin, Álvarez y Marín, 2011).

Visto desde la óptica de Aaron Beck, la depresión es “un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, pérdida de espontaneidad y signos vegetativos específicos” (Montenegro, Blanco, Almengor, Pereira, 2009:33).

De acuerdo con el APA (2002), en el DSM-IV TR, la depresión se encuentra incluida en la clasificación de trastornos de estado de ánimo. Los cuales a su vez se encuentran subdivididos en: trastornos depresivos, trastornos bipolares y dos

trastornos basados en la etiología: trastornos del estado de ánimo debido a una enfermedad médica y trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias.

En la categoría de trastornos depresivos, los cuales nos competen, encontramos:

- Trastorno depresivo mayor. Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej. al menos dos estados de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).
- Trastorno distímico. Se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivos que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios de un episodio depresivo mayor.
- Trastorno depresivo no especificado. Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen con los criterios de un trastorno depresivo mayor, distímico, adaptativo con estado de ánimo depresivo mayor o adaptativo con estado de ánimo mixto o ansioso y depresivo (síntomas depresivos de los que hay información inadecuada o contradictoria).

Como parte de los criterios establecidos en el DSM-IV TR para poder llevar a cabo un diagnóstico efectivo sobre la depresión mayor, se deben considerar:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

NOTA: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej. Se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej. Llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 - (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiera el propio sujeto u observen los demás).
 - (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más de 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En los niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 - (4) insomnio o hipersomnias casi todo el día.
 - (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 - (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no lo simples autorreproches o culpabilidad por estar enfermo).
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (v. pág. 341).
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses y se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Tabla 4. Criterios para depresión mayor, extraída del DSM-IV TR (APA, 2002:327).

Ahora bien, la depresión, de acuerdo con Gonzáles y Valdés (2005), es la alteración más frecuente de estado de ánimo, y ocurre entre el 5% y 10% de la población en general, siendo más frecuente en mujeres que en hombres y aparece mayormente en un rango de edad de entre 18 y 65 años. Se calcula que aproximadamente 340 millones de personas en el mundo sufren depresión, por lo

que la OMS estima que para el 2020, la depresión provocará más pérdida de años de vida saludable, superando a las enfermedades cardíacas. Chinchilla (2008), indica que la depresión es de los trastornos psiquiátricos más graves, con un alto índice de morbilidad, causante de intensos sufrimientos para los pacientes y familiares, pérdidas económicas, riesgos elevados de suicidios, etc.

Osornio y Palomino (2009), indican que en México entre el 9% y 13% de la población adulta padece depresión. De acuerdo con los resultados arrojados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en 2002, señalaron que el 9.2% de los mexicanos participantes han padecido un trastorno afectivo en algún momento de su vida. La depresión, se encuentra en el tercer lugar dentro de los trastornos afectivos de mayor prevalencia, después de los trastornos de ansiedad y trastornos por abuso de sustancias. Asimismo, señalan que la depresión ocurre con mayor frecuencia entre mujeres con un porcentaje de 10.4%, mientras que en los hombres se presenta en un 5.4% (Rafful, Medina-Mora, Borges y Orozco, 2012). Por su parte, el censo realizado por el INEGI en 2005, dio a conocer que en México 20 millones 660 mil mexicanos sufren depresión (obtenido del Blogspot de González e Ibarra, 2011). Para Osornio y Palomino (*Ibidem*), las edades más frecuentes en que se encuentra este padecimiento en México es entre los 15 y 19 años y por encima de los 65 años.

Alvarado, Cifuentes, Estrada, Salas, Hernández y Ortiz (2010 citado en Berenzona, Lara, Robles y Medina Mora, 2013) mencionan que situaciones como: ansiedad prenatal, escaso apoyo social, eventos estresantes recientes, experiencias traumáticas, conflictos de pareja, factores obstétricos, nivel socioeconómico, escolaridad, antecedentes familiares con depresión y baja autoestima; son considerados factores de riesgo para padecer depresión. Asimismo, cuando se trata de jóvenes, Osornio y Palomino (2009), mencionan también como posibles factores de riesgo: la implicación del joven en la cultura, la economía, los servicios médicos, el desempeño escolar, la familia o como consecuencia de un problema médico.

Este último punto, nos lleva a considerar la denominada depresión endógena y exógena (o reactiva) según las causas desencadenantes. Con respecto a la endogenicidad, Chinchilla (2008), hace referencia a un sustrato heredo-constitucional (neurobioquímico y genético, etc.), el cual en algunos casos puede ser suficiente para la presencia de un trastorno de estado de ánimo depresivo. Es decir, el sujeto puede desarrollar depresión debido a condiciones hereditarias o bien a los cambios neurobioquímicos de su cuerpo. En el caso de la depresión exógena o también llamada “depresión reactiva”, es desarrollada como una reacción que el individuo tiene ante diversos estímulos ambientales.

Ahora bien, la depresión ha sido vista como una de los padecimientos que más se relacionan con los trastornos alimentarios (Guadarrama, Domínguez, López y Toribio, 2008). De acuerdo con Behar, Barahona, Iglesias y Casanova (2007), entre el 35% y 80% de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria presentan alta prevalencia de depresión. Asimismo, la frecuencia de sintomatología compatible con depresión en la anorexia nerviosa varía del 20% al 100%; mientras que en bulímicas fluctúa entre 11% a 100%.

Como se ha mencionado anteriormente, es común que la anorexia y la bulimia sean concebidas como patologías que se relacionan con la depresión (Guadarrama, Domínguez, López y Toribio, 2008). Por lo que desde años atrás, existen variantes en las hipótesis sobre si las afecciones alimentarias se conciben o no a la par de un trastorno afectivo (Behar, Arriaga, Casanova, 2005). En la década de los 80's, investigadores propusieron que los trastornos alimenticios están tan asociados a los trastornos afectivos que quizás debieran ser considerando como manifestaciones alternas de la depresión (Bretón, Gutiérrez, Villatoro, Moreno, Gaytán y Gaytán, s.f.). Pese a esto, la controversia actualmente se encuentra centrada en tres hipótesis, en donde algunos autores mencionan que: 1) la depresión genera un trastorno alimenticio e incrementa especialmente los síntomas bulímicos como los atracones; 2) un trastorno alimenticio genera depresión; y 3) se trata de dos trastornos que comparten

factores etiológicos, por lo que en algunos casos pueden coexistir (Vega, Piccini, Barrionuevo y Tocci, 2009).

Respecto a estas controversias, existe un artículo que apoya la tercera hipótesis, pues de acuerdo a los resultados hallados en el estudio de Guadarrama, Domínguez, López y Toribio (2008), llevado a cabo con 266 estudiantes de una preparatoria particular del estado de México (152 mujeres y 114 hombres). Cuando se presenta la anorexia y la bulimia, el individuo suele presentar también depresión, pero al ser moderada, indica que no en todos los casos aparece dicha condición. Además, con base en estos resultados se considera que la depresión suele manifestarse más en presencia de la bulimia que de la anorexia, debido a los llamados “ciclos bulímicos”. Debido a que Quiroga y Crian (2005), mencionan que los llamados “atracones” en las personas bulímicas comenzaran como una forma de afrontar sus sentimientos de infelicidad; mientras que vomitar y purgarse añade un sentimiento de culpabilidad y tristeza. Al parecer, la bulimia nerviosa de tipo purgativa, se encuentra mayormente relacionada con la depresión, ya que al recurrir a conductas compensatorias se encuentran más preocupados por su peso y figura, lo que da lugar a mayores estados depresivos.

Ahora bien, como un ejemplo para sustentar la segunda hipótesis, en donde se dice que: un trastorno alimenticio genera depresión; López y Treasure (2010), mencionan que *“la depresión puede ser vista como un consecuencia de la desnutrición más que de un desorden precedente o una enfermedad independiente (...)”* (p.91). Además de que para estos autores, la depresión se presenta como un trastorno psiquiátrico más frecuente en pacientes con anorexia nerviosa.

Como se puede observar, aún existen datos contradictorios entre porcentajes de depresión entre los diversos trastornos alimenticios, así como los el momento de aparición de este. Sin embargo, lo que se conoce con mayor claridad es el tratamiento recomendado para la depresión. González y Valdés (2005) mencionan que a pesar de que los tratamientos aplicados a la depresión son variados, se ha

observado que la farmacoterapia combinada con la psicoterapia tiene resultados positivos en el tratamiento aproximadamente en un 40%.

Finalmente, cabe resaltar que las consecuencias de la depresión representan un peligro para la vida de quien la padece, debido a que en ocasiones ésta lleva a los pacientes a un suicidio. Coffin, Álvarez y Marín (2011), hacen referencia a la fuerte relación existente entre suicidio y depresión, siendo la conducta e ideación suicida uno de los síntomas más serio de la depresión mayor.

- Suicidio.

La palabra *suicidio* de acuerdo con Clemente y González (1996 citado en Quintanar 2007) surgió de dos frentes: uno en Gran Bretaña (S. XVII) y otro en Francia (S. XVIII), teniendo origen en el abate Prevóst, retomada por el abate Desfontaines, fue incluida en la Real Academia Francesa de la Lengua en 1762 y significaba “acto del que se mata a sí mismo”. En esta definición, la acción se resume únicamente al individuo sin tomar en cuenta el medio.

Desde el punto filosófico se resaltaban argumentos sociales en pro y contra del suicidio; para la psiquiatría se trataba de una enfermedad, el médico Pinel, lo consideraba síntoma de melancolía, por lo que se abordaba desde una visión clínica. Sin embargo, Durkheim cambio esta visión, pues consideró también algunos de los factores determinantes (presencia social) que pueden llevar al suicidio. Por lo que definió al suicidio como “*todo caso de muerte que resulte, directa e indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima, sabiendo que ella debía producir este resultado*” (Quintanar, 2007:3).

Asimismo, Quintanar (2007) hace referencia a la clasificación realizada por Durkheim acerca de los tipos de suicidios, la cual durante mucho tiempo orientó la investigación de los mismos. El primer conjunto clasificado es el de la integración:

- a) Suicidio egoísta: se trata de un sujeto enojado con la sociedad, y que tiene pocos lazos que lo unan con un grupo. Usualmente se da entre solitarios, solteros y desempleados.

- b) Suicidio altruista: personas que toman como propios ciertos valores sociales, al grado que sacrifican su vida por ellos.

Por su parte, en el segundo conjunto, la regulación:

- c) Suicidio anónimo: se da cuando el individuo se encuentra en una crisis a causa de una sensación de desajuste social, causada por desviaciones de la normatividad.
- d) Suicidio fatalista: donde la persona cree que su situación es inmutable y con pocas posibilidades de influir en ella.

Una vez consideradas algunas de las clasificaciones que podrían explicar la naturaleza de un acto suicida. Es importante diferenciar una ideación suicida, intento de suicidio y acto suicida, ya que continuamente suele haber confusión en estos términos. De acuerdo con Beck, Kovacs y Weissman (1979 citado en Guadarrama, Carrillo, Márquez, Hernández y Veytía, 2014), una ideación suicida, *“es aquella que los individuos tienen respecto a desear y formular planes de cometer suicidio, aun cuando no han hecho evidente un intento, pero donde estas ideas ocupan un lugar central en su vida”* (p. 99). Con intento de suicidio se hace referencia a una tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte; mientras que con acto suicida, se hace referencia a un acto autolesivo que resulta en muerte (De la Torre, 2013).

De acuerdo con la Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud (2014), la Organización Mundial de la Salud (OMS). En México, la Secretaría de Salud estima que cada año hay por lo menos 14 mil intentos, sin considerar a los consumados. En donde uno de cada 10 intentos es concluido, lo que coloca a nuestro país en el noveno lugar de 53 países de muertes autoinflingidas (González y Valdés, 2005). En la última estadística registrada por el INEGI en el 2009, quedó asentado que en nuestro país se suicidaron 5,190 personas, de las cuales 4201 eran varones 989 mujeres. Se reportó también que el medio más utilizado para quitarse la vida fue: el ahorcamiento (casi 4 mil), seguido de métodos para dispararse con arma larga, y envenenamiento, y algunos actos como saltar de un edificio o arrojarse a un auto.

Ahora bien, si hacemos hincapié en las posibles razones que llevan a las personas al suicidio, encontramos que no existe una razón específica. Si se considera que el acto suicida se realiza en medio de una crisis, en la cual los trastornos emocionales condujeron al individuo a un grado tal de restricción cognoscitiva que no encuentra mejores soluciones. Es necesario también tomar en cuenta las condiciones del escenario (medio) en que acontecen, pues es aquí donde los factores que conforman dicho escenario confluyen en un punto denominado *estructura psicológica*, la cual si bien había sido funcional durante algún tiempo, puede tener elementos que afloran en condiciones críticas que desembocan en acciones de autodestrucción extremas. Aquí también hay que diferenciar entre condiciones de riesgo y detonante del suicidio. Donde el primero se refiere a las condiciones que han participado en el desarrollo de la persona, al distorsionar, disminuir o debilitar su estructura psicológica y patrones adaptativos (antecedentes familiares, de salud, momentos históricos y sociales, económicos, etc.); y los precipitantes son las condiciones que llevan al acto suicida (Quintanar, 2007). Como parte de estas condiciones de riesgo o detonantes, se deben tener en cuenta los trastornos del estado de ánimo, pues se considera que existe una fuerte relación entre la depresión y el suicidio, siendo la conducta e ideación suicida uno de los síntomas más serios de la depresión mayor (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2014; Coffin, Álvarez y Marín, 2011).

Asimismo, es importante hacer referencia a los sectores más vulnerables al suicidio. En primer lugar se encuentran los adolescentes y jóvenes de entre 15 y 24 años; en segundo lugar, se ubican las personas adultas; y finalmente en tercer lugar se encuentran los adultos mayores. (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2014). De acuerdo con Bretón, Gutiérrez, Villatoro, Moreno, Gaytán y Gaytán (s.f), el suicidio representa una causa mayor de muerte entre adolescentes. Sin embargo, la ideación suicida también juega un papel importante entre los adolescentes cuando añadimos el factor imagen corporal (Guadarrama, Carrillo, Márquez, Hernández y Veytía, 2014).

Este último punto, nos lleva a considerar lo establecido por Díaz (2011), quien menciona que los diagnósticos de anorexia y bulimia se han visto asociados a intentos de suicidio. Pues de acuerdo con Bretón, Gutiérrez, Villatoro, Moreno, Gaytán y Gaytán (s.f.), en varias investigaciones se ha encontrado que la tasa de suicidio es mayor entre personas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa que en la población en general. Estos actos o intentos suicidas podemos retomarlos desde la clasificación: *suicidio anónimo*, realizada por Durkheim. De acuerdo con Quintanar (2007), Durkheim explica que este tipo de suicidio se debe al desajuste social que percibe la persona. Lo cual puede ser apoyado por lo establecido por Guadarrama, Carrillo, Márquez, Hernández y Veytía (2014), quienes retoman la importancia del aspecto físico en los adolescentes, ya que estos suelen interactuar con su medio de acuerdo a la percepción que tengan de su propio cuerpo, pues temen ser percibidos por los otros de una manera “*indeseable a partir de los estándares corporales actuales de extrema delgadez*” (p. 99); entonces si es rechazado en su contexto social puede experimentar: estrés, frustración y tristeza. Por lo que las actitudes y pensamientos negativos que se tienen de su propio cuerpo, pueden ser en algunos casos predictores de la ideación suicida (Muehlenkamp, 2012).

Los diagnósticos de trastorno alimenticio se han visto asociados a intentos de suicidio, trastornos de personalidad, ansiedad, depresión, entre otros (Díaz, 2011). Aunque existen escasos estudios que documenten la relativamente alta tasa de suicidio en este grupo, aún no se sabe con exactitud los predictores del suicidio e intento suicida. Los porcentajes de suicidio entre mujeres con alteraciones alimenticias se encuentran entre el 13% y 31%, asociándose el intento suicida con atracones, conductas purgativas y desordenes psiquiátricos comórbidos (Bretón, Gutiérrez, Villatoro, Moreno, Gaytán y Gaytán (s.f).

Actualmente, existe controversia si es en la bulimia nerviosa o anorexia nerviosa donde se presentan los mayores casos de suicidio o intención suicida. Por ejemplo, para Bretón, Gutiérrez, Villatoro, Moreno, Gaytán y Gaytán (s.f.); Marco, Palacios, Navarro y Botella (2012) y González (2013), la anorexia nerviosa

presenta mayores tasas de suicidio. Mientras que para Díaz (2011), los riesgos son más altos sobre todo en la bulimia multimpulsiva, donde la persona presenta mayores niveles de ansiedad, descontrol de impulsos, consumos de sustancias, autoagresiones e intentos suicidios. En el estudio “Riesgo suicida y trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres” realizado por Vega, Piccini, Barrionuevo, Tocci, Sánchez, Moncaut, Roitman, Diumenjo, Menis y Gallo (2009), realizado con 700 adolescentes mujeres de entre 12 y 21 años de edad, se encontró que 36.27% de las adolescentes presentan relación entre la ideación suicida y los trastornos alimenticios. En cuanto a los rangos de edad, en la adolescencia temprana el riesgo suicida no parece estar asociada con los trastornos alimenticios, mientras que en la adolescencia media el suicidio correlaciona con las conductas dietantes y bulímicas, finalmente en la adolescencia tardía el suicidio está relacionado con conductas bulímicas.

- Conductas autodestructivas.

Las conductas autodestructivas, en donde el individuo ejerce violencia contra sí mismo (Díaz, González, Minor y Moreno, 2008), forman parte del parasuicidio, entendiéndose éste último como “*un comportamiento que simula intencionalidad suicida, pero que en la práctica existe baja letalidad en el método utilizado*” (Ortuño, 2010:507). Para Díaz, González, Minor y Moreno (*Ibidem*), existen dos tipos de conductas autodestructivas: Conducta Autodestructiva Directa (CAD), en donde existen pensamientos suicidas, conductas suicidas y suicidio consumado; y la Conducta Autodestructiva Indirecta (CAI), que no implica la intención de morir, sino de poner en riesgo la vida de manera reiterada y frecuente, teniendo como consecuencia la autolesión del sujeto. Siendo entonces dichas conductas autodestructivas a las que nos referiremos de aquí en adelante.

Como parte de las conductas autodestructivas indirectas, las autolesiones, son conductas deliberadas, destinadas a producir daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte (Cano, Cañas, Gómez, Romero, Tolosa y Lucas, 2015). Si bien, no existe una explicación clara del origen de estas conductas, algunos autores mencionan que se presentan como un manejo

deficiente de los impulsos agresivos hacia uno mismo; siendo ésta conducta una manera de gestionar las emociones negativas, detener el displacer y afrontar contingencias, puesto que las sensaciones físicas son comprendidas y controladas por el sujeto más fácilmente (Cano, Cañas, Gómez, Romero, Tolosa y Lucas, 2015; Ortuño, 2010; y Rodríguez y Guerrero, 2005). Por lo que, de acuerdo con Quintanar (2007), el ser humano lleva a cabo acciones autodestructivas con la intención de experimentar un determinado placer. Ya que suele aumentar en frecuencia o intensidad en los momentos de mayor ansiedad o estrés.

Estudios clínicos y poblacionales indican que la edad en la que suelen presentarse las conductas autodestructivas, se encuentra entre los 10 y 15 años, encontrándose también que el inicio de estas conductas es más infrecuente en personas mayores de 30 años (Villaroel, Jerez, Montenegro, Montes, Igor y Silva, 2013).

Si bien existe una gran variedad de autoagresiones, Favazza (1992 citado en Díaz, González, Minor y Moreno, 2008) crea una clasificación según la gravedad de la lesión:

- a) Automutilación mayor, siendo la más rara y extrema, pues tiene como resultado la desfiguración permanente, siendo la amputación de las extremidades un ejemplo de este caso.
- b) Automutilación estereotipada, tiene lugar cuando se presentan conductas como mordeduras y compresión de los globos oculares.
- c) Automutilación superficial, comprende lesiones en la piel y fanéreos, a través de cortes, quemaduras, interferencia con la cicatrización de las heridas, etc.

A partir de diversas investigaciones, se ha descrito que las conductas mayormente presentadas en mujeres son: los cortes superficiales en los brazos; mientras que en los hombres se presenta con mayor frecuencia golpearse o quemarse las extremidades (Villaroel, Jerez, Montenegro, Montes, Igor y Silva, *Ibidem*).

Si bien es cierto, existen estudios que relacionan las conductas autolesivas con diversas patologías como: trastornos disociativos, ficticios y de personalidad antisocial (Díaz, González, Minor y Moreno, 2008). Existen otros estudios que demuestran una asociación especial entre las conductas autolesivas y los trastornos de la conducta alimentaria, esto debido a que dicha conducta autoagresiva es una forma de autoflagelación, en respuesta a factores como: baja autoestima y apreciación deformada de su cuerpo (Rodríguez y Guerrero, 2005; Rodríguez, Gempeler, Pérez, Solano, Meluk, Guerrero y Liemann, 2007). Pues la intolerancia a ciertas emociones (rabia, miedo, asco, dolor emocional) o la incapacidad para discriminarlas (alexitimia), constituyen la búsqueda de un sustituto de dolor emocional por un dolor físico (Rodríguez y Guerrero, *Ibíd.*).

Asimismo, al hablar de manifestación de conductas autolesivas en pacientes con trastornos alimenticios, Rodríguez y Guerrero (2005), mencionan que la tasa de daños autoinfligidos en estas pacientes se encuentra entre 18% y 46,5%, habiendo un mayor predominio de estas conductas en pacientes bulímicas. Lo cual es apoyado por Roca, Guárdia y Jarne (2012), quienes indican que las personas bulímicas presentan mayormente estas conductas al tratar de resolver los sentimientos de culpa que les son causados por los episodios de bulimia. Entre las conductas autolesivas más presentadas en pacientes con un trastorno alimenticio se encuentran: cortarse la piel en antebrazos, pierna, abdomen, plantas de los pies o dedos; arañarse, quemarse con cera, cigarrillos o plásticos calientes; golpearse la cabeza u otras partes corporales contra superficies, o pellizcarse compulsivamente la piel hasta sangrarse o sentir dolor (Rodríguez, Gempeler, Pérez, Solano, Meluk, Guerrero, Liemann, 2007).

- Conductas adictivas.

De acuerdo Laham (s.f), la adicción, es una enfermedad crónica que se desarrolla gradualmente permitiendo al sujeto de la adicción ir realizando ajustes momentáneos a la enfermedad y volverse capaz de continuar funcionando aún enfermo. Por lo tanto, el adicto, es la persona que no se encuentra consciente de estar compensando y adaptándose a la enfermedad, y por tanto, durante un

tiempo será incapaz de tomar consciencia de la toxicidad de su comportamiento para su salud y calidad de vida.

Para Gossop y Grant (1990 citado en Laham, s.f.), la adicción se define con los siguientes elementos: un sentimiento de compulsión para realizar determinada conducta; la capacidad deteriorada para controlar la conducta (de origen, sostenimiento y en su desarrollo), la presencia de un fuerte malestar y alteración emocional cuando la conducta es impedida; y la persistencia en la conducta a pesar de la evidencia de la nocividad de la conducta para la salud.

En términos generales, las adicciones pueden clasificarse en términos de consumo o conducta, ya que existen adicciones a: la nicotina, el alcohol, las sustancias químicas, la ingesta de alimento, el juego, internet, etc. Y como rasgo principal de la conducta adictiva, se encuentra, la capacidad que tiene para generar en una persona, la sensación de bienestar y gratificación inmediata (Laham, s.f). Pues como lo indican Isorna y Saavedra (2012), el inicio de las adicciones comportamentales se debe a diversos factores, como puede ser: 1) la vulnerabilidad psicológica de la persona, ciertos estados emocionales y variables de personalidad como: impulsividad, autoestima baja, búsqueda de sensaciones, baja tolerancia a la frustración, carencia de afecto y red de relaciones sociales; y 2) la importancia de la recompensa inmediata al realizar la conducta adictiva o de su reforzamiento intermitente, que en algunos casos puede ser dada por el medio que rodea a la persona.

Usualmente, es la adolescencia la edad promedio en que los jóvenes comienzan a hacer uso de sustancias adictivas. Y a su vez, es este el momento en que mayor aparición de trastornos alimenticios podemos encontrar. Por lo que suele existir una relación entre las conductas adictivas y los trastornos alimenticios, ya que en algunos casos los pacientes hacen uso de conductas anómalas para controlar su peso. En algunos estudios se ha visto que el consumo de tabaco puede ser utilizado como forma de reducir el apetito, y por tanto, como estrategia para la reducción de peso (Anzenberger et al., 2006 citado en Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria y Echeburúa, 2013). De acuerdo con Serrano et al.

(2010 citado en Bisetto, Botella y Sancho, 2012) Con respecto a las drogas, se dice que las personas que padecen un trastorno alimenticio presentan un mayor uso/abuso de drogas. Algunos autores refieren que son las mujeres que padecen bulimia, quienes mayor uso/abuso presentan en comparación de la población en general; mientras que otros estudios afirman que por el contrario son las personas anoréxicas quienes mayor uso hacen de las drogas. En cuanto al consumo de alcohol, Root, Pisetsky, Thorton, Lichstein, Pedersen y Bulik (2010 citado en Bisetto, Botella y Sancho, *Ibidem*), mencionan que el uso/abuso de alcohol es mayor en personas con bulimia y anorexia, si se compara con personas con trastorno por atracón. De acuerdo con las cifras de comorbilidad que oscilan entre 4% y 41%, son las personas que presentan conductas bulímicas quienes tienden a ser mayormente asociadas a un consumo de alcohol y de drogas. Ya que sin hacer a un lado el papel genético y familiar que tienen gran relevancia cuando se habla de adicciones, en familiares de primer grado de familiares con bulimia, se han identificado se ha detectado una mayor dependencia y abuso del alcohol (Pérez, Valderrama, Cervera y Rubio, 2006).

En un estudio realizado por Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria y Echeburúa (2013), en España con 767 mujeres de entre 16 y 20 años, donde se pretendía estimar la prevalencia de riesgo de trastorno alimenticio (alto y bajo riesgo), así como estudiar algunas variables, como: relación con el consumo de drogas, entre otras variables, en ambos grupos de riesgo. Se encontró: respecto al consumo de tabaco, un porcentaje significativamente mayor en el grupo de adolescentes de alto riesgo en conductas alimentarias (21.5% una vez a la semana) o diariamente (34.5%). Sin embargo, no hay diferencia entre ambos grupos en cuanto a cantidad de cigarrillos consumidos. En cuanto al consumo de alcohol, en las adolescentes del grupo de alto riesgo, hay un mayor porcentaje de chicas que comenzaron a consumir alcohol entre los 11 y 14 años (45.7%) en comparación con el de bajo riesgo (37.5%). Sin embargo no se obtuvieron diferencias significativas entre el número de días en que habían consumido alcohol a lo largo del último mes. Finalmente, en cuanto al consumo de otras drogas, no se hallaron diferencias significativas en cuanto al consumo de tranquilizantes, pastillas para dormir sin

receta, cannabis, cocaína o heroína. A su vez un 18% de las adolescentes con alto riesgo (frente a un 10.7% de las del grupo de bajo riesgo) informo haber consumido alguna vez otras drogas, siendo esta la única variable que mostró pequeñas diferencias significativas.

- Ansiedad Social.

El trastorno de Ansiedad Social o TAS, es conocido también como fobia social, y se caracteriza por un miedo persistente y acusado ante una amplia variedad de situaciones sociales en la que la persona puede ser evaluada negativamente por otras. Dichas interacciones sociales se encuentran divididas en: aquellas que implican interacción personal, como iniciar o mantener conversaciones, dar o recibir cumplidos, asertividad, etc., y aquellas en la que el individuo ha de realizar una actividad frente a los demás (ansiedad ante la actuación), como halar, comer, beber, escribir o utilizar aseos públicos (García, 2013).

La exposición a estas situaciones suelen generar respuestas fisiológicas como: nudo en la garganta, palpitations, temblores, dolores de estómago, dolores de cabeza, sensación de desmayo, rubor, sudor y en ocasiones ataques de pánico. A nivel cognitivo, las personas suelen tener pensamientos tales como “no voy a caerle bien”, “se van a reír de mí”, etc. Lo cual, también va acompañado de conductas de escape o evitación para reducir el malestar, las cuales pueden ser: uso de alcohol, no mirar a los ojos al interlocutor, etc. Como consecuencia de estas acciones, pensamientos y sensaciones, las personas sufren de una interferencia significativa en el funcionamiento social (menor número de amigos), personal (menor probabilidad de encontrar pareja, mayor riesgo de sufrir abuso psicológico, depresión, etc.) y laboral (trabajos infracualificados). En cuanto a población infanto juvenil, las consecuencias más comunes van desde un menor apoyo social percibido, menos relaciones íntimas o niveles mayores de afectividad negativa y pesimismo social, por tanto un bajo rendimiento académico y mayor riesgo de sufrir un fracaso escolar (García, 2013).

De acuerdo con información proporcionada por el APA (2000 citado en García 2013), estos trastornos de ansiedad tiene sus inicios más frecuentes en la

adolescencia, concretamente entre los 12 y 17 años, aunque recientemente se ha informado que niños de 8 años ya cumplen con criterios de este trastorno. Algunos autores, mencionan que es en la adolescencia cuando se produce una mayor maduración cognitiva y también existe un incremento en los miedos y evaluación social. Por lo que si en esta situación aumentamos también los ya mencionados cambios físicos que existen en la adolescencia y que en algunos casos pueden considerarse factores de riesgo para el desarrollo de un desorden alimenticio, podemos encontrar una estrecha relación entre la ansiedad social y los trastornos de la conducta alimentaria.

Sin embargo, como lo señalan Brytek-Matera (2008 citado en Montenegro, Blanco, Almengor y Pereira, 2009), aun no se tiene claro si los desórdenes emocionales como la ansiedad, son causas o consecuencias del trastorno de ingesta. Para algunos autores como Braun, Sunday, y Lami (1994 citado en Brytek-Matera, 2008), la anorexia y la bulimia acontecen antes de un trastorno de ansiedad. En el caso específico de la anorexia y la ansiedad, Toro y Vilardell (1989 citado en Montenegro, Blanco, Almengor y Pereira, *Ibidem*), mencionan que la ansiedad se genera al ritmo de la preocupación por la figura física, donde se desarrolla una fobia al sobrepeso real o supuesto, de tal forma que esta valoración cognitiva distorsionada origina la ansiedad.

Al retomar las conductas y pensamientos consecuentes de la ansiedad y relacionándolo con un trastorno alimenticio, Carrillo (2011), menciona una modificación en la actitud de los enfermos en cuanto a su relación con los demás, ya que existe dificultad para establecer relaciones superficiales y la vitalidad en el trato con los amigos disminuye conforme avanza la enfermedad, reduciéndose o evitándose contacto con las personas que no forman parte de la familia (principalmente en pacientes anoréxicos). De acuerdo con el estudio realizado por (Pineda-García, Gómez-Peresmitré, Velasco, Platas y Áramburo, 2014), la ansiedad y la edad de pubertad se entrelazan para tratar de explicar el comportamiento bulímico, por un lado, la pubertad incluye un incremento en la estabilidad emocional y afecto negativo; por otro lado, la ansiedad parte del afecto

negativo, generando un comportamiento bulímico, por lo que la comida representa una forma de “aliviar” la ansiedad.

Hasta este momento, se ha explicado un poco de qué manera los trastornos de la conducta alimentaria afectan los ámbitos biológicos y psicológicos de las personas que los padecen. Sin embargo, no son estos todos los contextos en donde se ven afectaciones. A nivel familiar, podemos ver conductas que son resultado de la manifestación de la enfermedad, y por ende también deben ser atendidos.

3.2. La presencia de un trastorno alimenticio en la familia

De manera general, diversos autores señalan que los trastornos alimenticios se encuentran asociados con un funcionamiento familiar perturbado o con interacciones familiares disfuncionales. La relación entre estos dos factores, se ha estudiado desde una perspectiva de: factor de riesgo, factor protector, factor contribuyente al mantenimiento del trastorno, predictor de la severidad y curso o en su impacto sobre el tratamiento (Maglio, 2005).

A través de capítulos anteriores, se ha hecho énfasis en el papel de la familia como un factor predisponente para el desarrollo de un desorden alimentario. Sin embargo, ahora es momento de indagar en las afectaciones que existen en las relaciones familiares una vez que se ha presentado un trastorno alimenticio, así como la importancia que tiene el apoyo de la familia para el paciente.

Algunos autores, mencionan que las alteraciones psicopatológicas y de personalidad de los padres juegan un papel importante en la etiología de los trastornos alimenticios de los hijos. Sin embargo, otros como Ochoa, Espina y Ortego (2006), han planteado esta cuestión en sentido inverso, es decir, que la patología de los hijos puede ser la causa de las alteraciones de los padres, resaltando de la carga que representa para la familia, el tener un miembro con una enfermedad psiquiátrica. Refiriéndose a “carga”, como el tener que ocuparse del enfermo sin poder esperar reciprocidad o debiendo restringir otras relaciones

(Espina, 2005). Entendiéndose, carga objetiva, a los problemas prácticos como: alteraciones de la vida familiar, aislamiento social y dificultades económicas; y carga subjetiva, a la ansiedad, depresión y sentimientos de pérdida que se presenta en los miembros de la familia (Espina, *Ibidem.*, y Ochoa, Espina y Ortego, *Ibidem.*).

Asimismo, y de acuerdo con Espina (2005), el trastorno alimentario tiene como consecuencia el empobrecimiento de las relaciones intrafamiliares o extrafamiliares, dentro de lo que se incluye el distanciamiento de los padres como pareja. En algunos casos, también falta calidad en los vínculos entre los miembros de la familia. En primer lugar que sean flexibles, respetuosos y balanceados, donde cada persona involucrada sienta la libertad de ser él o ella misma; las relaciones tienden a caer en tres categorías: demasiado cercana (atrapado), demasiado distante (desconectados) o errática (combinación de los dos) (Lozano, 2012).

Es claro que al presentarse un trastorno alimenticio, los padres suelen sentirse “culpables” por la situación, y realizan intentos de solución (Crispo, Figueroa y Guelar, 2011). En ocasiones esto suele suceder también desde la aparición de los primeros síntomas.

De acuerdo con Crispo, Figueroa y Guelar (2011), algunas veces, podemos observar que los padres pusieron en práctica “*soluciones que de haber persistido en el tiempo hubieran dado resultados, pero que se abandonaron prematuramente*” (p.152). Entre los intentos de solución más frecuentes encontramos:

- a) Los padres que mezclan intentos tímidos de persuasión con estallidos de violencia, producto de la frustración.
- b) Los padres que adoptan la actitud de no prestarle atención al problema porque piensan “ya se le pasará, son cosas de la edad”.
- c) Los padres que adoptan una actitud alarmista y se desesperan, permitiendo a los hijos una buena ocasión de manejarlos a su voluntad; al convertirse

en el centro de atención de su casa, utilizando ese “poder” para llamar la atención y compensar así la sensación de no tener nada bajo control.

También debemos comprender que los síntomas psicopatológicos que los padres presentan son una respuesta natural al ver el sufrimiento de un hijo (Ochoa, Espina y Ortego, 2006). Pues la mayoría de la veces, el paciente acude a consulta en contra de su voluntad, y sin tener consciencia de enfermedad (Del Bosque y Caballero-Romo, 2009). Por lo que se debe ser empático con la familia para poder abordar los diferentes síntomas de los padres sin que se sientan juzgados, y en caso de ser estos síntomas o rasgos de personalidad previos a la patología del hijo, ofrecer ayuda e información, para finalmente crear un clima de colaboración (Ochoa, Espina y Ortego, *Ibidem*). Y así al ayudar a los padres con las dificultades emocionales, se pretende reducir los regaños y la crítica hostil hacia los esfuerzos que hacen los pacientes para su recuperación (Jáuregui, 2005).

En conclusión de este apartado, las terapias familiares parecen prometedoras y son tomadas como modo de acercamiento al problema. Su fin es disminuir el estrés, crítica y hostilidad por parte de los familiares, mejorando el conocimiento de la enfermedad. Ya que la familia participa activamente en las decisiones terapéuticas (como co-terapeutas, reforzando la alianza terapéutica para el cambio). En general, atender a estas demandas familiares, es beneficioso para mejorar el funcionamiento familiar y reducir la sobrecarga, de la o las personas directamente involucradas con el paciente (Jáuregui, 2006).

Los trastornos de la conducta alimentaria no son sólo un conjunto de conductas que permiten al individuo lograr una figura socialmente deseada. Las consecuencias que estos padecimientos dejan, van más allá que sólo cambios superficiales. Como lo hemos visto en este capítulo, los desórdenes alimenticios, conllevan alteraciones biológicas, que mientras más graves sean menor será la probabilidad de volver a un estado de salud “sano”, y con ello la calidad de vida puede también verse afectada.

Asimismo, en cuanto a las cuestiones psicológicas, como se ha podido observar hasta ahora, estas enfermedades no se presentan como un solo trastorno. A lo largo de estos dos capítulos, se ha podido demostrar que una de las características principales de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, trastorno por atracón, etc., es que regularmente se presentan acompañados de otras conductas o trastornos que si bien, en algunos casos aún se desconoce si pudieran ser clasificados como: factores de riesgo, precipitantes, mantenedores, consecuencias etc., lo cierto es que comparten un fin común, las alteraciones psíquicas y con ello relaciones disfuncionales de la persona afectada con el medio que la rodea.

Y precisamente haciendo énfasis en estas relaciones con el medio, es importante destacar el papel de los familiares no sólo como parte de las causas, como lo indican algunos autores, sino también resaltando su papel en el sentido de intentar solucionar la problemática. Ya que el papel de los padres es elemental para poder trabajar en conjunto con un equipo de especialistas.

Una vez que se conocen las causas y consecuencias de un trastorno alimenticios, es sustancial reconocer con que especialistas se debe recurrir para obtener un diagnóstico y tratamiento eficiente. En el ámbito que nos compete, es importante también reconocer cuál es el papel del psicólogo y cómo es que éste puede colaborar ante un trastorno alimenticio.

4. TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Gran parte de las personas que padecen un trastorno alimenticio, no asisten a consulta directamente por el desorden alimenticio, pues la conciencia de enfermedad y motivación para el cambio son escasas a pesar de que la salud física y psicológica se encuentre severamente amenazada. Los pacientes, en ocasiones son detectados por sus profesores, padres o pares. Siendo forzados asistir a consultas con médicos generales, nutricionistas, o una gran proporción de médicos que puedan atender los problemas asociados a los trastornos alimentarios (ginecólogos, dentistas, etc.) (López y Treasure, 2011).

Como ya lo vimos en el capítulo anterior, las consecuencias de una alteración alimenticia son diversas, por lo que para su detección y tratamiento se requiere de distintos especialistas. Siendo entonces el trabajo multidisciplinario una necesidad. Se entiende por trabajo multidisciplinario, una actividad colectiva que erradica las fronteras entre disciplinas científicas, teniendo presente la interacción de sus conceptos, metodología y procedimientos.

En palabras de Davies y Deery (2014), los grupos interdisciplinarios para el tratamiento de enfermedades crónicas surgen de la ausencia de tratamientos específicos que puedan ser aplicados por un solo médico tratante. Y en el caso específico de los trastornos alimenticios, se agrega la dificultad de la inexistencia de tratamientos farmacológicos o nutricionales de eficacia demostrada.

En estos casos, la intervención a las patologías alimentarias, sólo se hacen posibles bajo un trabajo donde se vean involucrados médicos de varias especialidades, como: clínico, nutricionistas, ginecólogos, endocrinólogos, gastroenterólogos, terapeutas y psiquiatras. El cambio se hará posible por el compromiso de todos, ya que con certeza se sabe que la recuperación no se logra por intervención de uno u otro de los profesionales aisladamente, y ni siquiera por el esfuerzo de la familia o la motivación de la paciente cuando lo hay, sino por el trabajo conjunto de todos (Crispo, Figueroa y Guelar, 2011).

Como veremos a lo largo del siguiente capítulo, para un tratamiento efectivo en el tema de trastornos alimenticios, es fundamental hablar de un trabajo multidisciplinario, debemos conocer con que especialistas se debe recurrir para obtener un tratamiento eficiente. A su vez, y siendo el tema que nos compete, conoceremos el papel que juega la psicología entorno al tratamiento.

4.1. Trabajo multidisciplinario

Para el tratamiento de los trastornos alimenticios, es indispensable contar con la colaboración de la familia, acompañado de un tratamiento impartido por un equipo multidisciplinario de profesionales especializados en atender las complicaciones médicas, psicológicas, sociales y familiares que se desprenden de estas patologías (Gómez del Barrio, García y Corral, 2009).

Asimismo, para este proceso, se requiere la participación activa del paciente. Sin embargo, en algunos casos, la persona afectada suele tener sentimientos contradictorios respecto al tratamiento, pues a pesar de ser infelices en su estado de enfermedad, tienen miedo a modificar su conducta y perder el control de su vida. Por lo que, cuando se considera que el paciente no es consciente de la gravedad del problema, se recomienda seguir un tratamiento de internamiento u hospitalización. Y mientras la gravedad del caso no lo requiera, es recomendable continuar un tratamiento interdisciplinario ambulatorio (Gómez del Barrio, García y Corral, 2009; y Crispo, Figueroa y Guelar, 2011; Lorán y Sánchez, 2013).

En el primer caso, se debe generalmente a dos razones: a) el paciente tiene un grave deterioro en la salud o riesgo de muerte; b) el paciente no responde de manera correcta al tratamiento ambulatorio y se busca encontrar las causas del fracaso. Asimismo, entre las causas más frecuentes de ingreso podemos encontrar: muy bajo peso; presión arterial muy baja; frecuencia cardiaca muy lenta; problemas de ritmo cardiaco; alteraciones de electrolitos (potasio) por abuso de laxantes, diuréticos o por vómitos repetidos; intentos de suicidio; depresión grave y abuso elevado de alcohol o drogas. En ocasiones, el paciente puede ser internado en contra de su voluntad, para lo cual es necesario la autorización

judicial en todos los casos, especialmente cuando se trata de menores de edad (Gómez del Barrio, García y Corral, 2009). En lo que respecta al tratamiento ambulatorio, el objetivo es trabajar la sintomatología alimentaria y todas las áreas afectadas sin la interrupción de las actividades cotidianas del paciente (Información extraída del blog: www.clinicacta.com; León y Castillo, 2005).

En la actualidad el único tratamiento que ha demostrado ser eficiente es la psicoterapia. Sin embargo y para lograr sus efectos, se deben poner en marcha cuidados médicos dirigidos a eliminar las complicaciones físicas producidas, restableciendo un peso normal y aprendiendo a comer de forma saludable (Gómez del Barrio, García y Corral, 2009).

Respecto al ámbito médico, una vez que se encuentran datos que sugieran la presencia de algún trastorno alimenticio, es necesaria la realización de un historial médico que comprende desde la presencia de episodios previos de amenorrea en relación con el peso corporal y la esfera neurológica para descartar condiciones que pueden estar asociadas o ser causantes de la sintomatología alimentaria, hasta estudios clínicos como: biometría hemática, electrolitos séricos, glucemia, perfil básico de hormonas tiroideas y electrocardiogramas (Del Bosque y Caballero, 2009). De acuerdo con Grilo (2006), es necesaria la participación de especialistas que otorguen un diagnóstico que responda a las consecuencias que los pacientes presenten, en aspectos renales, cardiovasculares, gastrointestinales, endocrinos, dermatológicos, ginecológicos y odontológicos.

En relación al tratamiento nutricional, es importante normalizar el peso del paciente y estructurar su hábitos alimenticios (Lorán y Sánchez, 2013). En este aspecto, es fundamental hacer uso de la antropometría, en donde se incluye el cálculo de masa corporal (Del Bosque y Caballero, 2009).

En termino generales, se trabaja inicialmente deteniendo la pérdida de peso, haciendo que el paciente abandone los hábitos alimentarios restrictivos; para a continuación promover la recuperación gradual del peso, siguiendo hábitos alimentarios bien estructurados y saludables, confiando en los mecanismos corporales reguladores del peso, que estabilizaran el mismo, de

acuerdo a su equilibrio natural (Méndez, Vázquez y García, 2008; y Lorán y Sánchez, *Ibídem*). Respecto a la re-educación en cuanto a los hábitos alimentarios, inicia con una dieta baja en calorías que incrementa progresivamente de acuerdo a las características de cada paciente. Se cuida su espacio personal, no presionándolo para comer pero evitando que coma solo y vigilando que realice las cinco comidas diarias (Sánchez, 2013). Idealmente el paciente realiza una visita al médico nutricionista una vez por semana, pues de acuerdo con el tratamiento, su aumento de peso es aproximadamente de 250-500 gramos semanales (Vega y Roitman, 2014). Asimismo, se realiza una restricción inicial del ejercicio físico y conforme avanza el tratamiento éste se reintroducirá progresivamente (Sánchez, *Ibídem*). Finalmente, *“en la medida en que se normaliza la conducta alimentaria y en algunos casos, se va logrando un peso natural, las angustias y temores que estaban encubiertos bajo la obsesión por la delgadez pueden ir adquiriendo nuevo sentido”* (Vega y Roitman, *Ibídem*: 74).

En aspecto nutricional, es irregular que los pacientes sean hospitalizados. La mayoría de los pacientes serán tratados de forma ambulatoria, por lo que el tratamiento nutricional será el consejo nutricional, es decir, modificar los hábitos y actitudes alimentarias del paciente estableciendo dietas, horarios, etc. (Gómez del Barrio, García y Corral, 2009).

Ahora bien, otra disciplina que se ve involucrada en el trabajo sobre trastornos alimentarios es la psiquiatría y con ello el uso de la psicofarmacología. Los psicofármacos, son medicamentos que tratan enfermedades mentales y alteraciones psicológicas que así lo requieran. Estos medicamentos actúan en el cerebro corrigiendo, con más o menos eficacia, las alteraciones bioquímicas que suele haber en las enfermedades mentales (Jáuregui, 2006). De acuerdo con Gómez del Barrio, García y Corral (2009), la utilidad de los psicofármacos en los trastornos alimenticios, es recomendada únicamente para tratar la sintomatología de la patología asociada, es decir, del insomnio, ansiedad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.

Entre los psicofármacos más utilizados se encuentran los ansiolíticos y antidepresivos. Sin embargo, la cantidad y el medicamento administrado dependerán de las características del paciente, así como del trastorno del que se trate. Actualmente, existe evidencia sobre la utilidad de psicofármacos para la reducción de la intensidad y frecuencia de los atracones tanto en bulimia nerviosa como en el trastorno por atracón (Jáuregui, 2006; Gómez del Barrio, García y Corral, 2009). Es importante mencionar, que como todo fármaco, si existe un uso incorrecto del mismo, puede producir efectos indeseables en el paciente (Jáuregui, *Ibíd.*).

Es recomendable que un tratamiento psicofarmacológico se acompañe de una intervención psicológica (Jáuregui, 2006). Como se mencionó anteriormente, la alteración de las conductas alimentarias que los pacientes mantenían se ve acompañada de una modificación en cuestión psicológica, ante la cual es necesario intervenir durante el tratamiento.

4.2. El papel del psicólogo

Generalmente, el psiquiatra o el psicólogo clínico son quienes coordinan el equipo de intervención (nutriólogos, endocrinólogos, ginecólogos, odontólogos, etc.) (Gómez del Barrio, García y Corral, 2009). Por lo que ahora nos proponemos explicar el papel del psicólogo en los trastornos alimenticios, la evaluación que se realiza, los temas que se abordan en terapia, así como los diversos enfoques bajo los cuales pueden ser tratadas estas patologías alimentarias.

La psicoterapia independientemente del enfoque, pretende cambiar las conductas alimentarias y los pensamientos irracionales, explorar que función tiene el síntoma, para así favorecer la construcción de estrategias emocionales adecuadas (Méndez, Vázquez y García, 2008). Para Gómez del Barrio, García y Corral (2009), la psicoterapia se encarga de que el individuo construya y/o recupere una identidad que le ayude a sentirse bien consigo mismo, para no tener que recurrir al control o descontrol alimentario como forma de hacer frente a los problemas de la vida diaria.

Antes de comenzar una terapia psicológica, el paciente debe ser sometido a una evaluación inicial. En donde este primer encuentro, psicólogo-paciente, suele realizarse generalmente en condiciones complejas. Normalmente el paciente presenta negación o vergüenza de su trastorno y es llevado a consulta contra su voluntad, por lo que suele comportarse de forma hostil. Sin embargo, lo importante en esta primera entrevista es mostrarle al paciente interés, respeto, comprensión evitando las confrontaciones. Es necesario entablar un dialogo, en donde se le permita a la persona expresar su reticencia u oposición, valorando su punto de vista sin discutirlo (de manera inicial). Así como también informarse con prudencia de la vida de la persona, con el fin de mostrarle que las preocupaciones terapéuticas van más allá de cuestiones alimentarias. El terapeuta puede sugerir y someter a debate que la solución del trastorno alimenticio es ineficaz, puesto que lo que se pretende como liberación se ha convertido en una obligación que daña la salud. Se puede abordar también las consecuencias de las condiciones alimentarias. La búsqueda de síntomas de desnutrición y la explicación de su origen puede llevar a concientizar al paciente (Chabrol, 2005).

Asimismo, los aspectos de personalidad y otras patologías psiquiátricas asociadas a estas, son aspectos esenciales a tratar en una valoración psicológica, por lo que se utilizan diversos cuestionarios estandarizados que complementen la información obtenida en la entrevista clínica (Lorán y Sánchez, 2013). De acuerdo con Urzúa, Castro, Lillo y Leal (2009); Vega, Piccini, Barrionuevo y Tocci (2009) y Behar (2010), en los últimos años se han creado numerosas pruebas encaminadas a la exploración de los trastornos alimenticios, entre las más utilizadas podemos encontrar:

- EatingAttitudes Test (EAT).
- Bulimia Test-Revised (BULIT-R).
- Questionnaire of Eating and Weigth Patterns-Revised (QEWP-R).
- Eating Disorder Examination-self-report questionnaire (EDE-Q).
- Eating Disorder Inventory (EDI, EDI-2).
- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20).

- Beck Depression Inventory (BDI).
- Cuestionario de autoestima.
- Entre otros.

Finalmente, el psicólogo explica los objetivos de la terapia (resolver dificultades psicológicas y restaurar la salud física), así como las condiciones de la misma, es decir, en caso de no requerir internamiento, se programa un seguimiento en consulta (Chabrol, 2005).

Una vez que el psicólogo ha identificado los problemas importantes que requieren atención y desarrolló un plan de tratamiento, con el fin de ayudar a reemplazar los pensamientos y conductas actuales que son negativos, por unos más positivos. A lo largo de la intervención, el psicólogo y el paciente deben trabajar juntos para explorar los problemas psicológicos subyacentes al trastorno de la alimentación (APA, 2016). Siendo primordial modificar las ideas que han actuado como predisponentes y mantenedoras del trastorno alimenticio. Por lo que se deben abordar las creencias básicas sobre la enfermedad, como: asimilar la delgadez con la felicidad, miedo al aumento de peso si no se controla la alimentación, esto, con el objetivo de que el paciente vaya descubriendo los problemas y limitaciones de sus creencias para adoptar una actitud crítica hacia ellas (Lorán y Sánchez, 2013).

Para Crispo, Figueroa y Guelar (2011), es importante trabajar en terapia aquellos factores precipitantes o predisponentes de los desórdenes alimenticios, en donde se entrelacen aspectos tanto personales como contextuales, aspectos como:

- El tema de la adolescencia, etapa en donde todo o casi todo lo que parecía ser organizado, comienza a ser motivo de cuestionamiento. Surgen grandes preguntas y búsqueda de respuestas personales. En ocasiones utilizan los problemas alimentarios evitar situaciones a las que se sienten incapaces de afrontarse como: lidiar con el sexo opuesto (evitando salir o rechazando invitaciones hasta lograr objetivos como “cuando tenga el cuerpo que quiero”), dejar de ser niña (vivir la incertidumbre de dejar un mundo en el

que se sentía segura para adentrarse a asumir responsabilidades. En donde también se incluye el trato que los padres den).

- Actitudes psicológicas acerca del peso y la figura. Es habitual que los jóvenes con estos padecimientos estén obsesionados con la forma de su cuerpo y tiendan a presentar un miedo irracional a engordar. Por lo que en terapia es importante modificar estas creencias y actitudes “es recomendable acompañar el proceso con un trabajo corporal, en el que se ayude al joven a tomar el contacto con la verdadera forma de su cuerpo” (p. 176).
- Patrones extremistas de pensamiento. Los cuales suelen ser característicos de un trastorno alimentario, y los cuales terminan guiando la conducta del paciente no solamente en el aspecto alimenticio. El resultado de estos es “obsesionarse” con un tema hasta perder la objetividad del mismo. Este tipo de pensamientos comúnmente sólo sirven para paralizar a la persona, por lo que es preciso trabajar en su modificación en el proceso terapéutico.
- El contexto familiar. La familia en los trastornos alimenticios, suele presentarse como factor desencadenante o bien como consecuencia del mismo. Por lo que es importante trabajar en terapia algunos tópicos como: educarse para ser libre, es decir, enseñar a los hijos a vivir su propia individualidad y no vivir pendiente únicamente de la imagen externa; individualizarse, enseñándolos a ser ellos mismo y diferentes del resto; trabajar cuestiones de perfeccionismo extremo, pues existen padres en donde la perfección se encuentra en la lista de enseñanza a los hijos, y en ocasiones estos se ven “sobreadaptados”, pues siempre han hecho lo que se espera de ellos, lo que da como resultado tratar de adaptarse a los modelos que la sociedad impone; También el exceso de protección de los padres, puede conllevar un marco de inseguridad en los hijos; así como el hecho de que los padres utilicen a los hijos como “pacificadores” en sus conflictos.
- La autonomía. Al inicio de la terapia, se le pide a la familia su cooperación con los profesionales y el control del paciente, este último implica no dejar

solo al paciente en determinados momentos (como al comer) con el fin de brindarle un marco de contención y la posibilidad de recuperarse dentro de su medio. Para al final de la terapia, devolverle la confianza y credibilidad al paciente de manera progresiva, orientando a los padres a acompañar a sus hijos en la búsqueda de autonomía, sin abandonarlos y encontrando un equilibrio familiar.

- El trabajo con “el ideal de la mayoría”. En algunos casos, este aspecto suele trabajarse en terapias de grupo. Y se trata de discutir el modo en que los jóvenes viven esclavizados para alcanzar un determinado formato corporal con tal de adaptarse a los dictados de la moda.

Ahora bien, los temas mencionados fueron sólo algunos de los que suelen tratarse en terapia, sin embargo no se debe perder de vista que la temática variara de acuerdo a las características de los pacientes.

Asimismo, este proceso terapéutico, puede llevarse a cabo en diversas modalidades como son: terapia grupal, individual familiar y psico-educativo. La primera, se refiere a la conformación de un grupo terapéutico o bien, la integración de un paciente a un grupo ya establecido. El objetivo es favorecer los intercambios de experiencias (en relación a parejas, padres, amigos, imagen corporal y trastorno alimenticio) e identificar las conductas de cada uno de los miembros, a la vez que fomenta las habilidades sociales que se ven deterioradas a consecuencia del trastorno. Algunas de las ventajas que esta terapia representa son: la economía de tiempo para el terapeuta, menor esfuerzo económico para el paciente, así como economía emocional y de tiempo (León y Castillo, 2005). Por su parte la terapia individual, se intenta posicionar al paciente como un sujeto que participa de manera activa en su proceso de recuperación, estableciendo metas de tratamiento a corto y largo plazo. En cuanto a la terapia familiar, su importancia apunta a posicionar a los padres de manera activa en el tratamiento del paciente, brinda información sobre causas, complicaciones, evolución y recaídas, lo que a su vez, sirve también para disminuir la ansiedad y sentimiento de culpa de los

padres que obstaculiza la comunicación y recuperación de los hijos (Vega y Roitman, 2014).

Por último, los grupos de psicoeducación, pueden enfocarse al tratamiento o bien a la prevención en sus tres etapas: primaria, secundaria y terciaria. Estos programas permiten al paciente y su familia comprender el padecimiento, posicionando al usuario de manera activa en la toma de decisiones de su propio cuidado (Méndez, Vázquez y García, 2008; Vega y Roitman, 2014).

4.2.1. Psicoeducación

La psicoeducación, puede entenderse como una modalidad de aprendizaje para la salud. La cual, está dirigida a obtener una mejor calidad de vida tanto en los individuos como en los grupos sociales, por lo que puede darse en situaciones tanto de salud como de enfermedad. Su objetivo principal, es reducir los síntomas o mejorar el curso de una enfermedad determinada. Resaltando también que estos objetivos dependerán del nivel de intervención en el que sea brindada la atención, y las características del grupo a quién se dirige (Gómez, Hernández, Rojas y Uribe, 2008).

Al referirnos específicamente al campo de la salud mental, la psicoeducación, tiene por objetivo, educar a los pacientes que sufren algún trastorno psicológico, en la comprensión y manejo de la enfermedad (Calado, 2010). De acuerdo con Rebolledo (1998 citado en Gómez, Hernández, Rojas y Uribe, 2008), en la psicoeducación se hace uso de técnicas, métodos y enfoques educativos, cuyo objetivo es la recuperación de los efectos discapacitantes de la enfermedad mental o como complemento para el tratamiento del enfermo mental.

Por otra parte, esta herramienta, se trata de un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno. Buscando hacer partícipe al usuario de lo que se sabe científicamente sobre su problema y que este conocimiento lo aplique con el fin de crear una mejora en su vida, desarrollo personal y núcleo familiar (Gómez, Hernández, Rojas y Uribe, 2008).

Cabe resaltar que la modalidad psicoeducativa, no se trata sólo de educar, sino que también imparte información y ofrece apoyo psicológico y social, como parte inherente del proceso de educación. Pues si bien en sus inicios, estos procesos estaban específicamente dirigidos a los familiares, actualmente también se han extendido a los pacientes que sufren un trastorno o un proceso psiquiátrico (Gómez, Hernández, Rojas y Uribe, 2008).

Por ello, conviene tener en cuenta las cualidades con las que debe cumplir un psicoeducador. Calado (2010), menciona que además de tener habilidades de comunicación, éste debe ser: empático, cálido y sincero, lo que funcionaría como reforzador social, aumentando la probabilidad de motivar a los pacientes. Además de que no debe presentarse como un experto absoluto sino que intenta convencer a través de una actitud segura y profesional, sin establecer una crítica ni reprobar su conducta, para inspirar confianza y contrarrestar la desesperanza.

Otras de las ventajas que conlleva este tipo de intervención son: su aplicación grupal; cambios en la motivación de aquellos pacientes que encuentran amenazante o se resisten a una intervención terapéutica individual; sentimientos de autoeficacia, los que pueden llevar a una mejoría; facilitación de la autonomía, dándose énfasis en la participación del individuo en su proceso de salud-enfermedad; la información brindada, es muy valorada por los pacientes. Por último, esta intervención puede ser aplicada por: psicólogos, médicos, enfermeras, etcétera (Calado, 2010).

En cuanto a la manera de llevar a cabo la psicoeducación, Pino, Belenchón, Sierra y Livianos (2008) y Calado (2010), recomiendan que las sesiones sean llevadas a cabo una vez a la semana y tengan una duración de dos horas cada una. Independientemente del contenido a tratar, cada una de las sesiones tiene como pauta similar utilizar los 15 primeros minutos, para hablar de la sintomatología del paciente o bien hacer una recapitulación del contenido de sesiones anteriores. En los 60 minutos siguientes, se presenta el contenido a tratar de cada sesión, el cual puede abarcar información de un tema o aplicación y explicación de técnicas y/o corrientes psicológicas; asimismo, es importante hacer

participe a los miembros del grupo, con el fin de que haya un mejor aprendizaje de los temas. Finalmente, en los 10 últimos minutos de cada sesión, se hace un breve resumen de lo aprendido y se menciona el contenido de la próxima intervención.

Es recomendable que al hacer psicoeducación grupal, el número de integrantes sean entre 8 y 12 participantes, puesto que un número mayor dificultara la atención activa que se le preste a cada uno, y un número menor reduce la interacción entre los participantes y las aportaciones al grupo. Un punto clave es también el lenguaje que se utilice durante la intervención, lo ideal es utilizar un lenguaje sencillo y asequible al grupo, tomando en cuenta siempre la edad de los participante y aspectos culturales de los mismos (Pino, Belenchón, Sierra y Livianos, 2008; y Calado, 2010),

Ahora bien, cuando se habla de psicoeducación en trastornos alimenticios, se ha descubierto su implementación en los diversos niveles de prevención e intervención.

A nivel primario, Rodríguez y Gómez (2007), mencionan que estas intervenciones psicoeducativas, producen resultados favorables, al proporcionar un mejor conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria a los adolescentes en riesgo, siempre y cuando se disponga de un espacio que permita la expresión de las emociones y miedo característicos de esta etapa. Como ejemplo de ello, Calado (2010), menciona que se éstas intervenciones se han llevado a cabo principalmente en casos de bulimia nerviosa. Hallándose que son de gran utilidad para la reducción de síntomas bulímicos (atracones y vómitos) y la normalización de una regularidad de los hábitos alimentarios, tanto en cantidad como en frecuencia.

Una vez que se describió el papel que juega el tratamiento psicólogo en estas patologías, es momento de conocer cuáles son los enfoques mayormente utilizados para llevar a cabo este tratamiento, destacando que la forma de abordar la temática dependerá del marco teórico desde el que se trabaje. Así como

también León y Castillo (2005), mencionan que la elección terapéutica se hará en función de las características personales de cada paciente.

4.2.2. Modelos teóricos que abordan los trastornos alimentarios

Inicialmente debemos definir a que nos referimos con modelo teórico. Un modelo es la representación de un determinado fenómeno, en el cual todos sus elementos conceptuales han sido operacionalizados y expresados en una relación causal entre ellos, la cual ha sido validada por una teoría. Por lo que desde esta perspectiva, se considera al modelo como una especificación de la teoría que ofrece una explicación observable de los elementos que integran el fenómeno estudiado (Sánchez, 2009).

En la actualidad, los modelos teóricos que han demostrado ser más utilizados en terapias para trastornos alimenticios son: terapia cognitivo-conductual, autoayuda, terapia interpersonal, terapia familiar (sistémica), psicoanálisis (Chabrol, 2005; Gómez del Barrio, García y Corral, 2009) y modelo sociocultural (Ogden, 2005).

La terapia de autoayuda, es una intervención que utiliza un modelo y estructura clara, que incluye las instrucciones de como el usuario puede mejorar sus habilidades para tratar dificultades. El material puede encontrarse en cualquier soporte, ya sea en libros, DVD o a través del internet. La terapia puede ser guiada por el psicólogo o únicamente autoadministrada. Esta terapia puede ser administrada de manera individual o grupal, con material psicoeducativo para mejorar el conocimiento de la enfermedad (Gómez del Barrio, García y Corral, 2009).

La terapia interpersonal, se utiliza principalmente en la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (Gómez del Barrio, García y Corral, 2009). De acuerdo con Chabrol (2005), esta terapia ha mostrado una eficacia comparable a la de la terapia cognitivo conductual. Este tipo de tratamiento se centra en los problemas interpersonales y evita abordar los trastornos del comportamiento alimentario en sí

mismo. Ya que se espera que al mejorar las relaciones personales se modifiquen los hábitos alimentarios (Gómez del Barrio, García y Corral, *Ibidem*).

Por otra parte, la terapia familiar (sistémica), centra sus objetivos directamente en la modificación de los patrones de interacción interpersonal. El concepto fundamental de este modelo es el sistema, definido como el conjunto de partes o elementos dinámicamente estructurados, cuya totalidad produce propiedades que son parcialmente independientes de las que poseen sus elementos por separado. A pesar de que su ámbito de aplicación no se limita sólo al aspecto familiar, sino también al individual. Los objetivos 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 una forma distinta (León y Castillo, 2005).

En cuanto a la terapia psicoanalítica, la segunda más utilizada (después de la cognitivo-conductual) en tratamiento a desórdenes alimenticios. Tiene una gran diversidad de modelos, pero en términos generales, la terapia psicoanalítica, no pretende ofrecer un modelo de causalidad que incluya todo para predecir quién desarrollará un trastorno alimenticio y quién no, sino que ofrece una forma de comprender las experiencias del paciente. Estos modelos psicodinámicos tienen en común dos factores: en primer lugar, destacan los significados ligados a los síntomas de la persona y la función y necesidad de esos síntomas. En segundo lugar, resaltan el papel de la infancia y las experiencias posteriores en la configuración del sujeto (Ogden, 2005). Sin embargo, una de las dificultades que presenta este modelo, principalmente en pacientes con anorexia, es que normalmente los afectados por el trastorno, muestran actitudes de oposición, desinterés relacional, empobrecimiento emocional y rigidez cognitiva, debido a las perturbaciones cerebrales provocadas por la desnutrición, lo que repercute en las dificultades de introspección o la intensidad de la intelectualización y de la negación (Chabrol, 2005). Esta terapia puede administrarse tanto de manera individual como grupal.

En lo que respecta al modelo sociocultural, sitúa al paciente anoréxico o bulímico en su contexto social y analiza estos trastornos como una expresión de valores sociales. Algunos autores como Devereux (1980 citado en Ogden, 2005) describen los trastornos alimenticios como un “síndrome ligado a la cultura” o un “trastorno étnico”. Y desde esta perspectiva, este trastorno se considera como una expresión de ansiedad y problemas no resueltos dentro de una determinada cultura. Este enfoque también se basa también en el trabajo de psicoterapeutas y autores que trabajan desde una perspectiva feminista. Esto a razón de que quienes padecen los trastornos alimenticios son en su mayoría mujeres jóvenes, y destacan el papel de la sociedad. El modelo sociocultural, considera los trastornos alimenticios como *“el producto de una serie de conflictos que se expresan a través de una vía socialmente sancionada que se relaciona con los significados del tamaño y el alimento”* (p. 223).

Por último, el tratamiento de elección y que cuenta con mayores tasas de eficacia, es la terapia cognitivo-conductual, la cual muestra resultados positivos principalmente en la bulimia nerviosa (Chabrol, 2005., y Gómez del Barrio, García y Corral, 2009).

Esta psicoterapia se basa en corregir conductas anómalas que se presentan sobre los hábitos alimentarios, etc. (León y Castillo, 2005). Utilizando componentes del conductismo, condicionamiento clásico y condicionamiento operante, y componentes fundamentales de la teoría cognitiva (Ogden, 2005), como reestructuración cognitiva, errores cognitivos, etc. que presentan frente a la comida, imagen corporal, peso y autoestima. Con este modelo puede trabajarse en un tratamiento tanto ambulatorio como hospitalario (León y Castillo, *Ibidem*).

Hasta el momento se han nombrado los modelos a través de los cuales la psicología puede llevar a cabo un proceso terapéutico a los trastornos alimenticios. Y donde además hay que destacar que la funcionalidad de los mismos dependerá de las características tanto del paciente como del su padecimiento.

Ahora bien, a lo largo de este capítulo se ha mencionado que labor psicológica puede también llevarse a cabo durante la presentación de los primeros síntomas de estos trastornos, es decir a nivel preventivo en sus tres niveles. Al estar el objetivo de esta tesis orientado a prevención primaria, es relevante explicar en qué consiste este nivel.

4.2.3. Prevención primaria

La prevención primaria, es aplicada en un periodo pre-patogénico de la enfermedad (o génesis) con el propósito de mantener la salud, promoverla y evitar la aparición de la enfermedad. Y se realiza mediante actividades de promoción de la salud y protección específica (Higashida, 2008).

Cuando se habla de promoción, se ve implicada: 1) educación para la salud, la cual es definida por la OMS como *“conocimiento e interés por todas aquellas experiencias de individuo, el grupo o la comunidad, que influyen en las creencias, actitudes y conductas respecto a la salud; asimismo, como los procesos y esfuerzos para inducir cambios orientados a lograr un nivel óptimo de salud”* (Higashida, 2008:11). El cual puede impartirse a aquellos que carecen conocimientos adecuados y a quienes poseen los conocimientos pero no los llevan a la práctica; 2) buenos estándares de nutrición, adaptados a la diversas fases del desarrollo; 3) atención al desarrollo de la personalidad, por medio de la higiene mental; 4) provisión de condiciones adecuadas de vivienda, recreación y ambiente laboral; 5) asesoría genética, cuando existe enfermedad hereditaria o que afecte los cromosomas; 6) exámenes periódicos selectivos, basados en los factores de riesgo o características de la persona (o grupo) asociadas con la probabilidad de experimentar un daño a la salud.

Asimismo, la prevención primaria conlleva no sólo una modificación en cuestiones de salud física, sino también en cuestiones de conducta y cogniciones. Por lo que, Catalano y Dooley (1983 citado en Rodríguez y Gómez, 2007), proponen que la prevención primaria se subdivide en: estrategias reactivas y proactivas. En donde las primeras, hacen referencia a estrategias que mejoran las respuestas de afrontamiento y aumenten la resistencia del individuo ante

estresores potencialmente dañinos. Mientras que la segunda, se define como una estrategia para eliminar agentes causales.

Ahora bien, una vez que conocemos la intervención primaria, es necesario retomar el tema de los trastornos de la conducta alimentaria.

Existen dos enfoques de prevención primaria de estos trastornos: aquellos esfuerzos dirigidos a la eliminación de factores causales del trastorno y los encaminados al fortalecimiento del huésped, es decir, la protección de la persona con respecto al impacto de influencias nocivas (Rodríguez, 2008). El objetivo de crear programas de prevención, es intentar reducir la población de riesgo y fortalecer a los individuos vulnerables, brindando al sujeto habilidades para hacer frente a la presión social, la resolución de problemas, la crítica al modelo estético, etc. A través de intervenciones, donde se retomaran temas como la aceptación corporal, la crítica de los mensajes de la publicidad y sociedad, la educación nutricional y el refuerzo a través del aprendizaje de habilidades sociales. Así como, concientizar a la población y médicos, de una intervención primaria para lograr un diagnóstico o tratamiento precoz (Gómez del Barrio, García y Corral, 2009).

Retomando algunos de los componentes ya visto en éste capítulo, una manera de realizar prevención primaria es a través de la psicoeducación. La cual de acuerdo con Gómez del Barrio, García y Corral (2009), consiste en informar sobre un tema que después será el centro de debate entre los participantes de un grupo.

En conclusión, a través de la descripción realizada, se ha podido explicar la necesidad del trabajo en equipo cuando se trata de los desórdenes alimenticios. Pues si bien es cierto, el paciente presenta una gran cantidad de alteraciones físicas, las cuales al ser tratadas no resolverán del todo el problema. Socialmente se tiene la creencia de que estos trastornos se “curarán” únicamente con hacer que el paciente ingiera alimento de nuevo. Sin embargo, cuando nos informamos de las características de estas patologías podemos dar cuenta de lo importante

que es el aspecto psicológico de la persona afectada, y con ello las creencias o ideas que tiene respecto a sí misma.

La importancia de trabajo multidisciplinario, lo encontraremos sí consideramos al trastorno de la conducta alimenticia como un todo, en donde la alteración de una de sus partes afectara directamente la función de sus demás componentes, y no funcionara si tratamos de hacer que sus componentes trabajen por separado.

Como lo describieron algunos autores, el eje central del tratamiento es el aspecto psicológico, ya que las creencias que se tienen sobre sí mismo y sobre los propios acontecimientos serán los que guiaran la conducta de un individuo. Por lo tanto, pedirle al paciente únicamente que ingiera alimentos y tratar sus alteraciones físicas llevará al fracaso del tratamiento aún que este se haga de modo hospitalario; lo mismo sucedería, si tratamos únicamente el aspecto psiquiátrico o psicológico. Cabe la posibilidad de que estas disciplinas puedan actuar por separado sólo cuando se trata de prevención.

Una vez que hemos ampliado el panorama sobre lo que es un trastorno alimenticio, los tipos de trastorno, la etiología, las consecuencias, el tratamiento y evaluación adecuados. Es momento de centrarnos en el objetivo principal del proyecto.

En el siguiente capítulo, se brindará una propuesta de intervención primaria a los trastornos de la conducta alimentaria, la cual consiste en hacer uso de algunos aspectos descritos como: la psicoeducación y el enfoque cognitivo-conductual, con el fin de intervenir de manera grupal en adolescentes y su familia. La razón de esta combinación se debe a que de acuerdo con Stice, Chase, Stormer y Appel (2001 citado en Rodríguez, 2008), la falta de efectos producidos en las intervenciones psicoeducativas puede explicarse a partir de que únicamente se proporciona información y no se impacta sobre la conducta alimentaria anómala. Por lo tanto, en esta propuesta se busca entrenar al individuo para que sus creencias y conductas sean más funcionales y le permitan tener una postura más crítica sobre su aspecto físico, el ideal de belleza, etcétera.

5. PROPUESTA DE PREVENCIÓN PRIMARIA

Las labores preventivas en el tema de desórdenes alimenticios son algo que debiera considerarse prioritario en la época actual. Pues los constantes mensajes que la sociedad y los medios de comunicación envían van deteriorando cada vez más la salud física y psicológica de muchos hombres y mujeres de diversas edades.

A través del siguiente capítulo se expone una propuesta de atención primaria que permita prevenir los trastornos alimenticios. La cual se encuentra dirigida a adolescentes que presenten algunos de los síntomas previos a la aparición de un trastorno alimenticio y sus padres. En ella se hará uso de la psicoeducación y la teoría cognitivo conductual.

En seguida se brindara una explicación más amplia sobre la teoría cognitivo conductual, así como de algunas de las técnicas que se consideran apropiadas para la intervención preventiva en trastornos alimenticios, esto de acorde con la información recopilada.

5.1. Teoría Cognitivo Conductual

Para algunos autores, la Teoría Cognitivo Conductual, se refiere a un *“conjunto de escuelas, teorías y técnicas que dan paso a una psicoterapia, basado en una teoría de psicopatología, y aun cuerpo de técnicas derivadas de la psicología experimental, el aprendizaje social, las ciencias cognitivas, la teoría del procesamiento de la información y la teoría de los sistemas”* (Hernández y Sánchez, 2007:12).

En cuanto a su metodología. Es característico de este marco teórico, hacer uso de la metodología experimental, o de forma más precisa de un enfoque empírico que se aplica en la evaluación y explicación de la conducta, el diseño de intervención y valoración de los resultados. Asimismo, existe una estrecha relación entre la evaluación y el tratamiento, que se da a lo largo del toda la intervención, cuestión que hace difícil diferenciar a ambas fases ya que son interdependientes (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

Ahora bien, al hablar del impacto de la terapia cognitivo conductual en los trastornos alimenticios. Encontramos que ésta terapia ha logrado altos índices de recuperación, los cuales se encuentran entre un 40% y 50%, principalmente entre las personas con bulimia nerviosa y síndrome de atracón (Waller, 2005 citado en De la Vega y Gómez, 2012).

La aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual ayuda en la modificación de conductas de emaciación como: reducción de dietas restrictivas, atracones, vómitos y uso de laxantes. La implementación de dicha terapia, disminuye o elimina el ejercicio compulsivo, reduce los niveles de depresión y ansiedad y reestructura pensamientos irracionales relacionados con la alimentación. De igual forma, induce a cambios positivos respecto a la actitud sobre el peso, figura, tamaño del cuerpo y apariencia física, además de aumentar la autoestima y mejorar o restablecer las relaciones sociales (De la Vega y Gómez, 2012).

Estas modificaciones se logran a partir del desarrollo de programas enfocados a cambios conductuales (Rodríguez, 2008), es decir, dotando al paciente de un modo de pensar y actuar más realista y adaptativo (Calado, 2010).

Por ejemplo, León, Gómez Pérez-Mitré, González, Rodríguez y Pineda (2005), realizaron un estudio piloto basado en el entrenamiento de habilidades sociales y la implementación de otras técnicas como: juego de roles, modelado, imaginación, detención de pensamiento y TRE. Como parte de los resultados, se observó disminución de riesgo en el factor de preocupación por el peso y la comida. También se abordaron temas como hábitos alimenticios, imagen corporal, autoestima, asertividad y presión social.

Hasta ahora se han indicado los conceptos elementales de la Teoría Cognitivo Conductual. A continuación se expondrá la terapia y técnicas que se proponen para el objetivo central de esta tesis: desarrollar un programa de prevención primaria, en donde se haga uso de la psicoeducación y algunas técnicas utilizadas en el enfoque Cognitivo-Conductual. Esto con la finalidad de realizar modificaciones en el comportamiento y/o cogniciones de los participantes. Ya que de acuerdo con Stice, Shaw, Burton y Wade (2006 citado en Rodríguez, 2008), los

programas que tiene como objetivo realizar cambios conductuales en las personas, promueven cambios permanentes en el estilo de vida, por lo que puede ser otra forma de reducir problemas alimenticios en poblaciones vulnerables a padecer estos trastornos.

A. Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC)

Albert Ellis, fue el creador de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) y uno de los pioneros en la Terapia Cognitivo Conductual. En 1957 presentó un modelo de intervención psicoterapéutica el cual denominó Terapia Racional, en el que enfatizó el papel de las creencias en el desarrollo de los trastornos emocionales, defendiendo que el cambio de creencias irracionales puede conducir a un cambio emocional y conductual. Para 1961, cambió el nombre de su enfoque a Terapia Racional Emotiva para destacar que, contrario a las críticas, no era una terapia únicamente centrada en las creencias del cliente, sino que también prestaba atención a las emociones que experimentaban. Finalmente en 1993, volvió a sustituir el nombre por: Terapia Racional Emotivo Conductual, para resaltar que la conducta es igualmente un objeto de tratamiento, y mencionar qué técnicas conductuales se han utilizado como procedimiento de intervención habitual (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Ahora bien, para la TREC es el ser humano un organismo biopsicosocial y complejo con tendencia a establecer metas y propósitos y tratar de conseguirlos. Por lo que las dos metas que se consideran básicas son: a) permanecer vivo; y b) obtener el mayor bienestar posible y evitar el malestar innecesario. De estas dos metas, se derivan el resto de las submetas que la personas suelen proponerse a lo largo de la vida (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Sin embargo, cuando estos individuos intentan conseguir sus metas, se encuentran a menudo con acontecimientos en su entorno, que les permite o dificulta la consecución de las mismas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Por lo que a través de la TREC se ilustra el esquema A-B-C, el cual representa las reacciones emocionales y conductuales de los individuos. Siguiendo este esquema: los acontecimientos (A) no causan los problemas emocionales y de conducta que

tienen los sujetos (C), sino que éstos son causados por las creencias (B) que subyacen a las interpretaciones sobre A que hacen los sujetos, aunque se tienda a pensar que A causa C porque le sigue inmediatamente de forma directa (Labrador, 2008). Siendo entonces B la parte que mayor valor tiene.

La Terapia Racional Emotivo Conductual, puede intervenir favorablemente en esta secuencia A-B-C, a partir del siguiente paso: D (discriminar, disputar o debatir de manera racional) y el consiguiente resultado E (nuevo efecto emocional y conductual) (Guzmán, 2012).

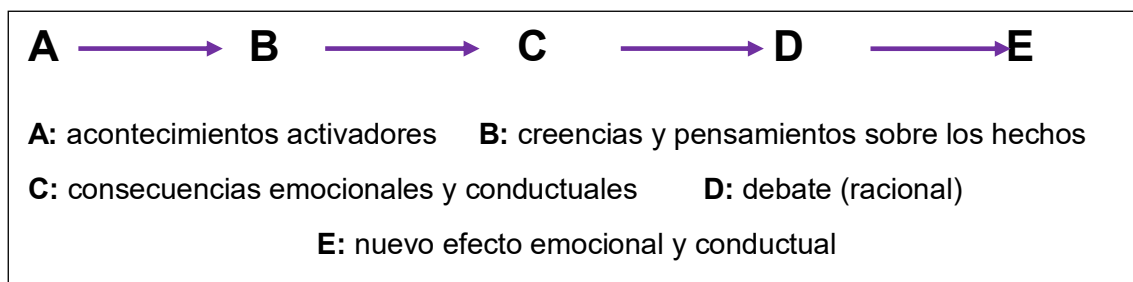


Figura 12. Información obtenida de Guzmán (2012), pág. 53.

Asimismo, Ellis nos habla de dos tipos de pensamiento o creencia: la racional e irracional. Y de acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), las primeras son cogniciones evaluativas del significado personal y son de carácter preferencial y pueden ser expresadas en forma de: deseo, gusto, agrado, preferencia y desagrado. Estas creencias son flexibles y ayudan al sujeto a establecer metas y propósitos. Por su parte, sucede el caso contrario con los pensamientos irracionales, ya que son evaluaciones de carácter absolutista y dogmático, que se expresan en forma rígida con término como “debería de” y “tendría que”, los cuales generan emociones negativas y perturbadoras que impiden al individuo la consecución de metas y propósitos que proporcionen felicidad.

Al respecto de estas creencias irracionales, Ellis identifica 11 de las más comunes, las cuales son publicadas en su libro *Razón y Emoción en Psicoterapia* (Roca, s.f.):

1) Es una necesidad extrema, para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa en su entorno.

- 2) Para considerarme a mí mismo como una persona válida, debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga.
- 3) Las personas que no actúan como “deberían” son viles, malvadas e infames y deberían ser castigadas por su maldad.
- 4) Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como a uno le gustaría.
- 5) La desgracia y malestar humano están provocados por las circunstancias externas, y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones.
- 6) Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
- 7) Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.
- 8) Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar.
- 9) Lo que me ocurrió en el pasado, seguirá afectándome siempre.
- 10) Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás.
- 11) Existe una solución problema para cada problema y si no la hallamos sería catastrófico.

En la actualidad, la TREC se ha centrado en resaltar la importancia de cuatro formas de pensamiento irracional: demandas o exigencias, catastrofismo, baja tolerancia a la frustración, depreciación o condena global de la valía humana; siendo estas tres últimas derivadas de los *debería o tendría*. Por último, hay que mencionar que la racionalidad no tiene un sentido absoluto en la TREC, sino relativo porque lo que dificulta o ayuda a conseguir las metas depende de la persona y situación en particular Ruiz, Díaz y Villalobos (2012).

Proceso de aplicación

De acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) y Labrador (2008), la TREC consta de cinco fases:

- a) Evaluación Psicopatológica. Es realizada por medio de instrumentos básicos de evaluación como: la entrevista clínica, cuestionarios, test psicológicos, medidas de autoinforme, etcétera. Con la finalidad de analizar aquellos factores biológicos o psicológicos que se vean implicados en el problema. Para posteriormente aplicar los criterios diagnósticos estandarizados del DSM IV-TR.
- b) Evaluación Racional y Emotiva. Se comienza con la realización de una lista de los problemas que presenta el cliente. Clasificándolos en internos y externos, considerando a su vez si son primario o secundarios. Ellis clasifica los problemas externos (situados en A, acontecimientos activadores) como: aquellos que dependen de situaciones ambientales (preocupaciones profesionales, dificultades concretas con las personas, etc.); mientras que los internos (situados en C, reacciones o consecuencias), son las perturbaciones emocionales y conductuales desadaptativas de la persona (ansiedad, depresión, ira, culpa, aislamiento, etc.), los principales en que se centra la TREC.
- Una vez definidos los problemas, se establece una primera aproximación a la relación ABC.
- c) Insight Racional Emotivo. Una vez realizada la lista, se explican los principios teóricos de la TREC, y los tres insight que se deben alcanzar para llevar a cabo el proceso de cambio:

Insight n° 1: la perturbación humana se ve determinada por creencias irracionales que activan ante situaciones vitales negativas. Sin embargo, si la persona que padece un trastorno emocional considera que se debe a los acontecimientos negativos que le ocurren, tratará de cambiar la situación pero no las creencias que le han activado y son responsables reales de su malestar

Insight n° 2: Si la persona continúa reafirmando sus creencias rígidas y extremas, éstas se mantendrán. Aunque se reconozca la influencia de sus creencias irracionales en el malestar emocional, si la persona dedica su esfuerzo a encontrar el origen de ellas en lugar de cambiarlas, éstas se mantendrán.

Insight n° 3: Sólo trabajando de forma constante en el presente y en el futuro las creencias irracionales y practicando creencias racionales alternativas se conseguirá cambiar.

Figura 13. Tres Insights en la TREC, de acuerdo a Ellis. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012:332).

- d) Aprender una base de conocimiento racional. En ella se enseña y entrena una base de conocimiento racional que permita aprender a debatir y refutar creencias irracionales y a generar creencias racionales, para eliminar problemas actuales y prevenir que se repitan en el futuro.

Ellis, se basa en tres tipos de argumentos para debatir las creencias irracionales: *argumentos empíricos* que animan al cliente a buscar evidencia que confirme o refute sus creencias irracionales; *argumentos lógicos* que le permitan analizar la lógica de sus creencias irracionales; y *argumentos pragmáticos* que le ayuden a cuestionar la utilidad de sus creencias irracionales Ruiz, Díaz y Villalobos (2012).

Es importante mencionar, que durante este proceso el terapeuta suele adoptar distintos estilos acorde con lo que considere más conveniente. Los más habituales son: didáctico (enseñanza didáctica para detectar y debilitar creencias irracionales), metafórico (se utilizan historias que ilustren la irracionalidad de las creencias), humorístico (uso del sentido del humor para debatir y refutar creencias), teatral (actuar una conducta extravagante con el fin de evidenciar la irracionalidad de la creencia) y el socrático (el terapeuta formula preguntas

abiertas al cliente destinadas a animarle a detectar y comprobar sus creencias irracionales y racionales, así como las razones del porqué de cada caso) (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

- e) Aprender una nueva filosofía de vida. Tiene como objetivo que se arraiguen de manera permanente y estable, las nuevas creencias racionales que se han aprendido en la fase anterior. Se conoce *fortalecer el hábito*, a la acción del terapeuta para que el cliente encuentre la forma de convencerse de la validez y valor pragmático de lo aprendido. Esto a través de tareas programas para casa o autorregistros, donde se enfrente a acontecimientos activadores (A) que susciten las ideas irracionales (B) para que las pueda detectar y darse cuenta de las consecuencias emocionales y de conducta (C) que les acompañan, debatir esas creencias y fomentar las ideas racionales aprendidas durante las sesiones anteriores (D) y observar las consecuencias emocionales que estas nuevas ideas racionales traen consigo (E).

B. Entrenamiento en Habilidades Sociales

Al hablar de *Habilidades Sociales*, nos referimos a todas las destrezas relacionadas con la conducta social. El término *Habilidad*, se emplea para destacar un conjunto de respuestas específicas asociadas a determinadas clases de estímulos que son adquiridas mediante procesos de aprendizaje (Peñañiel y Serrano, 2010). Visto desde el modelo conductual, se enfatiza: que la capacidad de respuesta tiene que adquirirse, y que consiste en un conjunto identificable de capacidades específicas. Además de que, la probabilidad de ocurrencia de cualquier habilidad en cualquier situación crítica está determinada por factores ambientales, variables de la persona e interacción entre ambos. Por lo que toda conducta socialmente habilidosa, implica tres componentes de habilidad social: una dimensión conductual (tipo de habilidad), una dimensión personal (variables cognitivas) y una dimensión situacional (contexto ambiental). Es por ello que a nivel clínico, es importante evaluar tanto lo que hace la gente como las reacciones que su conducta provoca en los demás (Caballo, 2005).

Como podemos notar, por la compleja naturaleza de las habilidades sociales se ha dado lugar a numerosas definiciones. Sin embargo, en esta ocasión retomaremos la propuesta por Caballo (1986, citado en Peñafiel y Serrano, 2010), quien nos indica que:

“la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, generalmente, resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (p.9).

Considerando que las habilidades sociales no son capacidades innatas, y que el desarrollo de éstas competencias dependen de la maduración y experiencias de aprendizaje (Centeno, 2011). Por lo que de acuerdo con Kelly (1988 citado en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), esta habilidad se explica a partir de: reforzamiento positivo, experiencia de aprendizaje vicario, retroalimentación interpersonal y desarrollo de expectativas cognitivas con respecto a situaciones interpersonales. A partir de estos modelos podemos dar pie a la aparición de algunas inhabilidades en la interacción social, basados en el *déficit de habilidades sociales*. Y de acuerdo con Caballo (2005), la persona con algún déficit simplemente tiene que aprender habilidades sociales que: no posee en esos momentos o su manifestación se encuentra obstaculizada por diversos factores (ansiedad, pensamientos negativos, etc.)

Por lo tanto, para su tratamiento o enseñanza requiere de un Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS) o entrenamiento asertivo. El cual para Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), es un tratamiento cognitivo conductual donde se aplican un conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales. Para Centeno (2011), un programa de entrenamiento en habilidades sociales es:

Un conjunto sistematizado de técnicas que se crean a partir de características propias de cada sujeto o grupo, cuya aplicación se orienta a desarrollar, por una parte habilidades y conductas alternativas ampliando así el repertorio conductual y modificar por otra las conductas de relación interpersonal que el sujeto posee, pero que son inadecuadas (p.203).

En donde se enseñe al paciente los tres aspectos que incluyen las habilidades sociales: habilidades conductuales, cognitivas y fisiológicas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). De acuerdo con Caballo (2005) las conductas más utilizadas dentro de estos tres aspectos son ejemplificadas en su libro *Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. En él, hace referencia a los componentes no verbales, los cuales son un componente básico de la habilidad verbal, pues un individuo puede decidir no hablar pero todavía continúa emitiendo mensajes a los demás a partir de su cuerpo y cara. Los elementos paralingüísticos o vocales, que son los elementos no verbales del habla, que son importantes debido a que las señales vocales pueden afectar el significado de lo que se dice y cómo se percibe el mensaje, ejemplos de esto son: latencia, volumen, timbre, etc. Los componentes verbales, que hacen referencia al contenido general del discurso, por ejemplo, manifestaciones de empatía, petición de conductas, etc. Y por último los componentes que no sería correcto incluir en los demás apartados, que incluye elementos de los apartados anteriores, tales como: manifestaciones de afecto, tomar la palabra, ceder la palabra, conversación en general, saber escuchar, elegir el momento apropiado y conducta positiva espontánea.

Por último, hay que referir que el Entrenamiento en Habilidades Sociales, puede ser impartido en un formato individual o grupal. Al ser impartido en forma individual permite al psicólogo prestar mayor atención a los problemas particulares del paciente, modificando progresivamente el contenido de programa; mientras que en el formato grupal, el propio grupo ofrece una situación social ya establecida, en donde los participantes pueden practicar y ejecutar distintos papeles, así como dar retroalimentación que facilite el aprendizaje. Es recomendable también que los déficits sociales de los componentes del grupo sean similares, así como que exista un nivel parecido de funcionamiento y responsividad esperada ante el tratamiento. Los grupos pueden estar orientados de acuerdo al ejercicio (donde los participantes ejecuten papeles previamente establecidos y posteriormente generen sus propias situaciones de ensayo conductual) o a los temas (donde cada sesión se dedica a un tema determinado, y

se emplea un ensayo conductual). O bien, de acuerdo con la forma de estructurar las sesiones: grupos semi-estructurados (utilizando ejercicios de representación de papeles junto con otros procedimientos terapéuticos); y no estructurados (ejercicios de representación de papeles basado en las necesidades de los miembros del grupo) (Caballo, 2005; Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Proceso de aplicación

Para Caballo (2005) y Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), el formato básico para el Entrenamiento en Habilidades Sociales, consta en primer lugar de una evaluación rigurosa. Con la ayuda del paciente se deben identificar las áreas específicas en que éste tiene dificultades.

Por otra parte, Centeno (2011) y Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), mencionan algunos de los métodos más utilizados: *cuestionarios, escalas e intervalos*, son los instrumentos más utilizados porque proporcionan una información general. Los cuales, tiene como ventaja la oportunidad de abordar un amplio rango de habilidades, permiten conocer autopercepciones, intensidad de problema y cambios en intervención terapéutica y ser aplicables a múltiples personas a la vez. En general, podemos encontrar desde cuestionarios de conducta no verbal y escalas de conductas verbales, hasta otros más específicos sobre las dimensiones de las habilidades sociales, las medidas de ansiedad social y cogniciones.

La *entrevista*, donde es el propio sujeto la fuente de información sobre su experiencia interpersonal, pensamientos y afectos asociados a su experiencia, motivación para mejorar su nivel de habilidades sociales. La *observación conductual*, pueden llevarse a cabo en distintas situaciones: en observación natural, donde se observa el comportamiento real del sujeto en contextos naturales (realizada por especialistas); o en situaciones artificiales, donde se elaboran situaciones que reproduzcan situaciones reales en donde el paciente demuestre sus conductas sociales. En ésta se utilizan pruebas estructuradas (donde se representan papeles, se describe la situación y el colaborador hace un comentario al que el sujeto responde) y la interacción extensa (se trata de un

Role-playing grabado en video, donde se asignan papeles a interpretar por un determinado tiempo). La *autoobservación*, donde el sujeto registra sus propias conductas, así como los hechos relevantes de su interacción. Los *autoinformes*, la información, descripción y valoración que la persona hace de su comportamiento interpersonal, expresando la imagen de sí mismo y sus competencias sociales. Los *informes de personas significativas*, es la observación directa pero empleando como evaluadores a personas que forman parte del contexto del sujeto.

Posteriormente, Caballo (1997 citado en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012) menciona la necesidad de analizar el por qué el individuo no se comporta de una manera socialmente aceptada. Para lo que se toman en cuenta los siguientes puntos en donde se recomienda intervenir para un entrenamiento efectivo: *Entrenamiento en habilidades sociales* (hace referencia al entrenamiento de conductas específicas que se enseñan, practican e integran en el repertorio del sujeto); *Reducción de la ansiedad* (donde en situaciones problemáticas que generan un elevado grado de ansiedad, es necesario reducirlo para no interferir en el aprendizaje); *Reestructuración cognitiva* (modificar creencias, cogniciones y/o actitudes que están presentes a la hora de realizar el entrenamiento y que intervienen de forma negativa. Aunque en ocasiones, al adquirir la conducta socialmente competente puede darse de forma natural la reestructuración cognitiva); *Entrenamiento en solución de problemas* (entrenamiento para percibir correctamente los parámetros de las situaciones analizar los valores de esos parámetros, generando respuestas potenciales, seleccionar una respuesta y ejecutarla para conseguir el objetivo deseado).

Ahora bien, para Caballo (2005); Centeno (2011) y Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), el Entrenamiento en Habilidades Sociales incluye una gran cantidad de técnicas y procedimientos que varían de acuerdo al problema de habilidades al que va dirigido:

- Justificación e introducciones del entrenamiento. Se explica porque es importante tener habilidades sociales y de comunicación, cuáles son las básicas y por qué funcionan. Centrándose posteriormente en

cada una de las sesiones, donde se explican las nuevas habilidades definiéndolas y describiéndolas con cada uno de sus componentes.

- Modelado. Su propósito es demostrar cómo se lleva a cabo la habilidad de forma efectiva y cómo no debe realizarse. Es recomendado para aquellas personas que les resulta difícil hacer o decir algo sólo con indicaciones. Para incrementar su efectividad se pueden tomar en cuenta: la similitud del modelo y el observador (en edad, sexo, etc.); la competencia del modelo (es más efectiva sí el modelo desde el primer momento comete errores o no la realiza perfectamente y va corrigiéndolo poco a poco); reforzamiento del modelo (reforzar al modelo por la realización de la conducta); complejidad de la conducta a modelar (si la conducta es compleja, es conveniente que sea dividida en varios componentes que el modelo lleve a cabo por separado) y repetición de la ejecución (la presentación de varios modelos llevando a cabo la misma conducta; o bien, que un mismo modelo emita varias veces la conducta, ayuda a refutar en el paciente la idea de que la conducta ha sido realizada correctamente por azar).
- Ensayo conductual. El más utilizado, su objetivo es que el cliente practique las conductas adecuadas en un contexto controlado donde pueda ser observado y reciba un feedback y reforzamiento. El ensayo conductual, se realiza inicialmente (en las sesiones individuales o grupales) mediante el role-playing, donde el entrenador o los miembros del grupo representan escenas cortas de situaciones de la vida real.
- Feedback o retroalimentación. Es recomendable que además de la práctica de la conducta, se realice la retroalimentación de cómo se ha llevado a cabo, la cual puede ser realizada por el entrenador o los miembros del grupo o mediante la grabación de la conducta realizada. Se puede dar un feedback positivo, negativo, descriptivo, corrector y autorevelador. Tomando en cuenta que el feedback debe

ser dirigido a la conducta de la persona y se debe permitir que el cliente que exprese su opinión y grado de desacuerdo de las sugerencia.

- Reforzamiento. Sirve tanto para adquirir nuevas conductas, como recompensa a aproximaciones sucesivas y para aumentar determinadas conductas adaptativas en el paciente. El reforzamiento de mayor utilidad es el reforzador social, o bien puede ser un reforzador no verbal, es decir, por medio de expresiones faciales, aplausos, asentimientos de cabeza, etc.

Por último, la importancia de la asignación de tareas para casa y las estrategias de generalización. Las primeras, son esenciales, debido a que servirán como material para los ensayos en sesión. Y serán el medio por el cual las habilidades aprendidas en las sesiones se practiquen en la vida diaria. Respecto a las estrategias de generalización, se refiere a la realización de la conducta adquirida en condiciones o situaciones distintas a las que se ha llevado a cabo en la terapia, por ejemplo; generalización a largo tiempo (mantenimiento de una habilidad durante un periodo de tiempo); generalización a lo largo del contexto físico (la transferencia de lo aprendido en terapia a la vida real); generalización a lo largo de situaciones interpersonales (aplicación de habilidades a temas distintos de los vistos en sesión); generalización a lo largo de la respuesta (grado en que a nueva habilidad afecta el desarrollo de otras habilidades) y generalización a lo largo de las personas (el empleo de habilidades aprendidas con personas distintas a las del entrenamiento).

C. Terapia en Solución de Problemas

Para D´ Zurilla y Nezu (2010 citado en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), la terapia de solución de problemas (TSP), es una intervención cognitivo-conductual dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas, es decir, para afrontar experiencias estresantes de la vida y así conseguir identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes.

De acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), los objetivos específicos que conforman ésta terapia son:

- Incrementar la orientación positiva a los problemas y reducir la orientación negativa.
- Promover la aplicación y el desarrollo de estrategias específicas de carácter racional dirigido a la solución de problemas.
- Minimizar la tendencia a poner en marcha procesos de solución de problemas disfuncionales y no adaptativos.

El desarrollo de la Terapia en Solución de Problemas, está fundado en dos modelos conceptuales interrelacionados: el modelo de solución de problemas sociales y el modelo relacional de solución de problemas de estrés y bienestar (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012)

El primero, hace referencia al proceso de solución de problemas tal y como ocurre en el contexto social (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Los conceptos más importantes de acuerdo con Bados y García (2014) y Ruiz, Díaz y Villalobos (Ibídem) son: resolución de problema (proceso cognitivo-afectivo-conductual auto-dirigido mediante el cual una persona intenta identificar una solución o respuesta de afrontamiento eficaz a cada problema en particular); problema (desequilibrio o falta de balance entre las demandas de adaptación y la disponibilidad de recurso o respuesta afectiva de afrontamiento); solución (respuesta de afrontamiento o pauta de respuesta que eficaz en alterar una situación problema y/o las reacciones personales de uno ante la misma, de modo que ya no es percibida como un problema); puesta en práctica de la solución (llevar a cabo la solución para el problema concreto); competencia social (la habilidad para generar y coordinar respuestas adaptativas y flexibles en el afrontamiento de situaciones sociales).

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), mencionan que posteriormente y gracias a los resultados obtenidos en el Inventario de Solución de Problemas Sociales, se dio lugar a un nuevo modelo de solución de problemas sociales, que implica dos dimensiones diferentes pero relacionadas, orientación al problema (positiva y

negativa), y tres dimensiones que corresponden a tres estilos de solución de problemas (racional, impulsivo y evitativo).

La orientación al problema, es un proceso metacognitivo, que se refiere a las creencias y actitudes generalizadas de una persona sobre los problemas y el estrés del entorno cotidiano; las dos orientaciones son: *orientación al problema positiva*, consta de un sistema de creencias constructivo y optimista que caracteriza los problemas como retos. El individuo considera los problemas como parte normal de la vida y saca beneficios de alguna forma. Se percibe auto-eficaz, con habilidad para solucionar los problemas efectivamente y sin responder de forma desproporcionada emocionalmente. En el caso de la *orientación al problema negativa*, consiste en un sistema de creencias negativas que caracteriza a los problemas como amenaza para el bienestar social, la funcionalidad del individuo y la salud. El individuo con orientación negativa, considera los problemas como interferencias inútiles en la búsqueda del bienestar y calidad de vida; suele dudar de su propia habilidad para solucionar los problemas (baja auto-eficacia) y sobre reaccionando emocionalmente a ellos, siendo esta sobre-respuesta una señal de baja tolerancia a la frustración o a la incertidumbre (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

En cuanto al *estilo de solución de problemas*, es definido por Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), como el tipo de actividades cognitivo-conductuales que un individuo pone en marcha en su intento de afrontar los problemas de la vida. Dicho estilo puede ser positivo o adaptativo, conduciendo a un afrontamiento exitoso, o bien negativo y disfuncional, conduciendo al afrontamiento ineficaz y el malestar emocional. El estilo positivo es considerado como racional y conduce a la adaptación; mientras que el estilo negativo, se identifica en dos formas que conducen a la desadaptación: el estilo impulsivo (caracterizado por la toma rápida de decisiones, sin un análisis adecuado a la opción elegida o por intentos inconclusos de solucionar el problema) y el evitativo (el aplazamiento de la toma de decisiones y/o la dependencia de otras personas a la hora de abordarlos).

En este modelo, las *emociones* son también un punto importante, ya que la activación emocional ante la aparición de los problemas es un hecho inevitable

(Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Una pauta de respuesta emocional puede incluir: cuestiones fisiológicas, respuestas cognitivas y respuestas motoras (Bados y García, 2014). Las respuestas emocionales pueden facilitar, inhibir o inferir el proceso adaptativo de solución de problemas, dependiendo de la cualidad subjetiva o valoración, positiva o negativa, pues las emociones pueden variar en calidad subjetiva (placer contra dolor), intensidad y duración (Ruiz, Díaz y Villalobos, *Ibidem*; Bados y García, *Ibidem*).

En el *modelo relacional de solución de problemas*, se ve integrado el *modelo relacional del estrés* de Lazarus. En donde estrés es definido como una “*transacción persona-ambiente en la cual las exigencias (externas o internas) percibidas exceden los recursos percibidos de afrontamiento*” (Bados y García, 2014:2). En el modelo relacional de solución de problemas, el estrés es visto como la función de relaciones recíprocas en tres principales variables: *situaciones estresantes de la vida* (experiencias vitales que enfrenta una persona y suponen demandas de ajuste personal, social o biológico. Estas situaciones pueden ser: sucesos vitales mayores, que implican cambios vitales en la vida de la persona; o bien, sucesos cotidianos menores o sucesos diarios que suponen un menor impacto emocional, funcional y demandas de cambio); *estrés emocional* (respuesta emocional inmediata de una persona ante un evento estresante, respuesta que es modulada y transformada por el proceso de valoración cognitiva y afrontamiento); por último, el concepto más importante es el *afrontamiento de solución de problemas*, un proceso que integra los procesos de valoración cognitiva y las actividades de afrontamiento dentro del marco general de la solución de problemas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Proceso de aplicación

De manera general, la Terapia en Solución de problemas se basa en tres etapas: evaluación, intervención y mantenimiento y generalización. La terapia comienza con la evaluación de la conducta problema o problemas informados por la persona que acude a consulta. El objetivo es establecer las habilidades básicas de solución de problemas con las que cuenta la persona, se trata de detectar los errores en el

proceso así como las carencias o déficit que están impidiendo alcanzar la mejor solución. Para recolectar la información, suele utilizarse una entrevista conductual o algunos instrumentos psicométricos desarrollados para este fin (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Ahora bien, de acuerdo con D' Zurilla y Nezu (2007 citado en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), se establecen cinco fases:

1.-Orientación hacia el problema. En esta etapa, se pretende desarrollar en el individuo una actitud positiva a cuestiones como: fomentar la creencia de autoeficacia, habilidades en el reconocimiento de los problemas, la concepción de la vida como un proceso de aprendizaje, los problemas como oportunidad para ello y la optimización de la regulación emocional para reconocer y afrontar mejor los problemas. Cabe destacar que esta etapa es elemental, ya que de ella dependen los resultados del resto de las fases de la terapia.

2.-Definición y formulación del problema. Fase donde se recopila información elemental del problema a partir de los hechos, y es importante tener en cuenta que no siempre la información relevante es accesible a la conciencia del individuo. Asimismo, la información debe provenir de hechos y no de interpretaciones, asunciones o procesos de razonamiento emocional. Esta información debe ser recogida en términos concretos y objetivos. Para ello Nezu y D' Zurilla proponen utilizar el role-playing en imaginación, con el objetivo de distinguir la información basada en los hechos, de aquella que proviene de procesos subjetivos.

La clarificación de la naturaleza del problema, se trata de identificar y corregir cualquier distorsión sobre la situación problema que pueda inferir con la definición del mismo. Uno de los errores más comunes en éste punto, es el anclaje del individuo en lo que la situación debería ser y no en lo que es en realidad. Por lo que sólo cuando el sujeto acepta la realidad es capaz de continuar con las fases siguientes. Entonces, una vez definido el problema se establecen metas realistas, aceptando que a veces el problema no puede ser resuelto y sólo puede abordarse la respuesta personal (cognitiva, emocional o conductual) ante él, otras veces la

resolución es parcial y en otras la solución conlleva tiempo y requiere tolerancia a la incertidumbre.

3.-Generación de alternativas de solución. Aquí se deben poner en marcha estrategias que lleven a generar numerosas soluciones al problema. Para lo cual, existen dos principios fundamentales que guían el proceso: cantidad y diversidad. Pues cuantas más soluciones hay, mayor es la probabilidad de encontrar una apropiada, y cuanto más diversidad, mayor potencial de adaptación o ajuste a los factores implicados al problema habrá.

En esta fase, el papel del terapeuta es importante en el momento de proporcionar soluciones al problema, pero será útil también que el individuo comente con personas cercanas que han resuelto un problema similar o han ayudado en él, esto con el fin de obtener información sobre el tipo de estrategias que han resultado más eficaces en estos casos.

Por último, otro de los principios a considerar es el *aplazamiento del juicio*, pues mientras se están generando alternativas no es el momento de entrar a valorar su adecuación o viabilidad, ya que este proceso crítico puede afectar la posibilidad de generar soluciones.

4.-Toma de decisiones. Una vez que se generó un grupo de soluciones se procede a valorar las diferentes alternativas. La idea es hacer una primera selección que conlleve a escoger 3 o 4 alternativas que serán analizadas en términos de ventajas/inconvenientes con más detalle.

Para ello, se analiza cada alternativa valorando en una escala subjetiva de 0 (no tiene ningún valor para mí) a 10 (tiene mucho valor para mí) cada una de las consecuencias positivas y negativas.

Una vez realizado este proceso, se procede a tomar una decisión. Destacando que aun cuando el análisis costo-beneficio suele ser la estrategia más utilizada, hay otros factores que pueden tener en cuenta para la elección final, estos pueden ser factores subjetivos de carácter perceptivo, actitudinal, religioso, etcétera.

Una vez que el sujeto ha elegido la solución, le será útil responder algunas preguntas que le pueden dar una idea sobre si ha seleccionado una buena opción.

5.-Implementación de la solución y verificación. En esta última fase se planifica la puesta en marcha de la solución, estableciendo los pasos y recursos necesarios para ello. Una vez diseñado el plan de acción, se llevará a cabo cada uno de los pasos valorando paralelamente los resultados que se van obteniendo con la implementación progresiva del plan.

Para D' Zurilla (1986 citado en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), el marco conceptual utilizado en esta fase es la teoría del control y la concepción cognitivo conductual del auto-control, que consta de: *ejecución* (puesta en práctica de la solución); *auto-observación* (observación de la propia conducta en la ejecución de la solución y observación de los resultados que se obtienen); *auto-evaluación* (comparar el resultado que se ha obtenido con el resultado anticipado) y *auto-reforzamiento* (en caso de que los resultados obtenidos se adecuen a los anticipados; en caso contrario, se debe revisar el proceso retomando las fases anteriores).

Una vez explicadas la terapia y técnicas bajo las cuales se trabajara la propuesta. Ésta se encuentra dividida en dos partes, la primera, se centra exclusivamente en la prevención a adolescentes. En este caso podemos hablar de personas en una etapa escolar, ya que, basados en lo citado por Soldado (2006), un ex primer ministro de Noruega, indicó que la mayor promoción y labor de hábitos alimenticios saludables se debía llevar a cabo en los colegios, esto basado en que *“los adolescentes poseen muchas creencias erróneas acerca de lo que es una nutrición adecuada y los cambios corporales normales de la pubertad. En ocasiones, estas creencias erróneas les producen temor, metas idealistas e ilusiones cognitivas, las cuales pueden llevarles a adoptar una dieta u otras conductas alimentarias peligrosas”* (p. 339). Mientras que la segunda parte, hace referencia al trabajo preventivo con padres. El cual como lo hemos mencionado a lo largo del texto, si bien, pueden no ser considerados por algunos autores como

factores de riesgo, sí, son importantes en la educación o conductas que les transmiten, así como el apoyo u orientación que brindan a los hijos.

El objetivo de la división de la propuesta es que sean aplicadas al mismo tiempo, para que al finalizar exista un cambio significativo en el contexto del adolescente y así facilitar a puesta en práctica de las conductas aprendidas.

Cabe resaltar que al hacer uso de la psicoeducación, se espera también que los participantes (adolescentes y padres) aprendan las terapia/técnicas utilizadas con el fin de que posteriormente ellos puedan hacer uso de las mismas en contextos no controlados y así comenzar a mejorar su calidad de vida.

5.2. Primera parte: propuesta de prevención para adolescentes

Para poder llevar a cabo esta actividad preventiva, inicialmente se brinda información a los participantes sobre el tema de los trastornos alimenticios, lo cual *"...será después el tema de debate entre los participantes del grupo"* (Gómez del Barrio, García y Corral, 2009:109). A través de esto, se expondrán las características y conceptos elementales de la enfermedad que permitan a los adolescentes introducirse al tema, exponiendo sus dudas y los conocimientos que tengan al respecto.

Es fundamental durante la presentación del tematomar en cuenta la observación realizada por Soldado (2006), quien menciona que debe considerarse ser prudente a la hora de hablar sobre nutrición y trastornos alimenticios, ya que al recibir la información, los adolescentes pueden presentar un resultado final potencialmente negativo. Es decir, una vez que conocen sobre el tema, pueden comenzar a presentar conductas poco favorables para su salud.

Acorde con Stice y Shaw (2004 citado en Casado y Helguera, 2008), las iniciativas de prevención son más eficaces cuando se dirigen exclusivamente a sujetos que presentan alto riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio ya que serán personas más comprometidas con el desarrollo de programa que cuando se dirige a la población en general.

Por ello, se recomienda considerar como características de inclusión de los participantes:

- Sexo indistinto.
- Estar cursando los primeros años de secundaria.
- Obtener un puntaje alto en las pruebas aplicadas (BSQ y EDI-2).
El cual indique que la persona presenta algunas conductas de riesgo que la hace vulnerable a padecer un trastorno alimenticio.

En lo que respecta a la evaluación, se consideran la aplicación de las siguientes pruebas, con el fin de identificar las principales conductas de riesgo que presenta el participante y sobre las cuales se trabajara en las sesiones del programa.

- Cuestionario de la Figura Corporal, BSQ (*Body Shape Questionnaire*).

Cuestionario enfocado a evaluar la preocupación e insatisfacción con la imagen corporal. Consta de 34 ítems que evalúan alteraciones actitudinales respecto a la imagen corporal durante el último mes en 4 subescalas: 1) Insatisfacción Corporal; 2) Miedo a engordar; 3) Baja autoestima por la apariencia, y 4) Deseo de perder peso. Cada respuesta tiene valores entre 1 a 6 puntos. Los puntajes totales van desde 34 a 204, y si los puntajes son superiores a 105, esto indica un trastorno del esquema corporal. Validado en población mexicana por Vázquez, Galán, López, Álvarez, Mancilla, Caballero y Unikel (2011).

- Inventario de Desórdenes Alimenticios, EDI-2 (*Eating Disorders Inventory*)

Es un inventario auto-aplicable diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la anorexia nerviosa y la bulimia. Consta de 91 preguntas en once subescalas que evalúan características nucleares psicológicas y/o conductuales de los trastornos de la conducta alimentaria: 1) Motivación por la delgadez; 2) Consciencia interoceptiva; 3) Bulimia; 4) Insatisfacción Corporal; 5) Sensación de Inutilidad; 6) Temor a la madurez; 7) Perfeccionismo; 8)

Desconfianza Interpersonal; 9) Ascetismo; 10) Impulsividad y 11) Inseguridad Social. El formato de respuesta es tipo Likert de seis opciones de respuesta (nunca, casi nunca, algunas veces, bastantes veces, casi siempre y siempre). Su consistencia interna medida por el índice alfa de Cronbach fue de 0.98 (De la Vega y Gómez-Peresmitré, 2012).

- Escala de alexitimia de Toronto, TAS (Toronto *Alexithymia Scale*).

Consta de 20 preguntas autoaplicables que evalúan rasgos de alexitimia, distribuidas en tres subescalas: T1) Dificultad para la distribución de señales emocionales; T2) Dificultad en la expresión verbal de las emociones y T3) Pensamiento orientado hacia detalles externos. En esta prueba cada respuesta posee un valor de entre 0 y 5 puntos, donde los puntajes entre 52 y 59 indican alexitimia baja, mientras que un puntaje mayor a 60 muestra alexitimia alta. Adaptada a población mexicana por Moral en el 2008 (Behar, 2010).

Una vez identificadas algunas de las conductas de riesgo que predominan mayormente en los participantes, se comienza el programa como ya se ha mencionado con ayuda de la psicoeducación. Exponiendo primero ante los participantes lo que es un trastorno alimenticio, indicando también los tipos que existen, la sintomatología de los mismos, los factores de riesgo (haciendo énfasis en ellos), consecuencias y tratamientos. Permitiendo a su vez que los adolescentes participantes expongan los conocimientos que tienen sobre el tema y externen sus dudas.

A continuación y como parte del programa psicoeducativo, se debe explicar las técnicas y terapias, así como enseñar a los participantes su autoaplicación.

Enseguida se hace mención de la terapia y técnicas propuestas, así como de los factores con los que se espera trabajar.

a) Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC)

Los factores de riesgo que al ser abordados con la TREC podrían disminuir su incidencia en la persona serían: autoestima, autoconcepto e imagen corporal; insatisfacción corporal; Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), específicamente el

perfeccionismo; alexitimia; y las creencias presentes en la ansiedad social y la comunicación asertiva. Asimismo, se estarían tratando de manera implícita las cogniciones que la persona presenta con respecto a algunos de los factores sociales como: publicidad y modelos, y grupo de iguales.

Al ser la autoestima la evaluación de uno mismo. La cual depende de la aceptación de los rasgos físicos y psíquicos positivos y negativos, y en gran medida de ir consiguiendo los objetivos que se marcan en la vida, así como de la percepción de éxitos que se tiene de los mismos (Calado, 2010). Para Ellis, esta evaluación se origina a partir de: éxitos o fracasos con relación a metas o ideales: y las opiniones (reales o supuestas) de otras personas sobre nosotros. De acuerdo con esto, dichas situaciones pueden conducir a la persona a una sobrevaloración insostenible o a una desvalorización peligrosa ante fracasos o rechazos. Por lo que como alternativa, Ellis propone el concepto de “autoaceptación”, que consiste en querernos y valorarnos por el hecho de existir sin calificarnos en ninguna escala de valores (Centro Argentino de Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotivo Conductual, 2013).

Entonces, a partir de esta premisa y de acuerdo con lo citado por el Centro Argentino de Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotivo Conductual (2013), con esta terapia se trata de hacer que la persona modifique sus creencias irracionales cesando las evaluaciones negativas. Para Ellis, estos pensamientos son irracionales porque: 1) nadie tiene éxito en todo ni fracasa en todo, es imposible asignar un valor “general” a una persona como tal; 2) lo apropiado es calificar las conductas y no a las personas; 3) la opinión de otros no puede modificar lo que realmente somos.

Por lo que a través de la racionalización de las creencias, se pretende demostrar a los individuos *“que es imposible...resultar unas personas “atractivas” física o psíquicamente para todos los demás al igual que nosotros podemos estar en desacuerdo con los demás sobre aquellas personas que nos resulten “atractivas” física o psíquicamente. Es imposible agradar o ser agradados por todos/as”* (Calado, 2010:129).

La manera en que a través de la TREC se puede colaborar con el tratamiento de la alexitimia, es mediante la guía que ofrezca el terapeuta para auxiliar al paciente a reconocer las emociones existentes en determinadas situaciones, ya que éstas se ven acompañadas de reacciones fisiológicas y pensamientos determinados que conllevan a respuestas específicas, como se muestra en la siguiente figura 12. Asimismo, es importante brindar al paciente una explicación de las seis emociones básicas, las cuales de acuerdo con Centeno (2011), son: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira y asco/desprecio.

En el caso concreto de las cogniciones presentadas en la comunicación asertiva y la ansiedad social, llevar a cabo una modificación en los pensamientos, puede hacer que el sujeto cambie el significado que tiene de las situaciones sociales (Rodríguez y Vetere, 2011) y la opinión de sí mismo o de las habilidades que tiene.

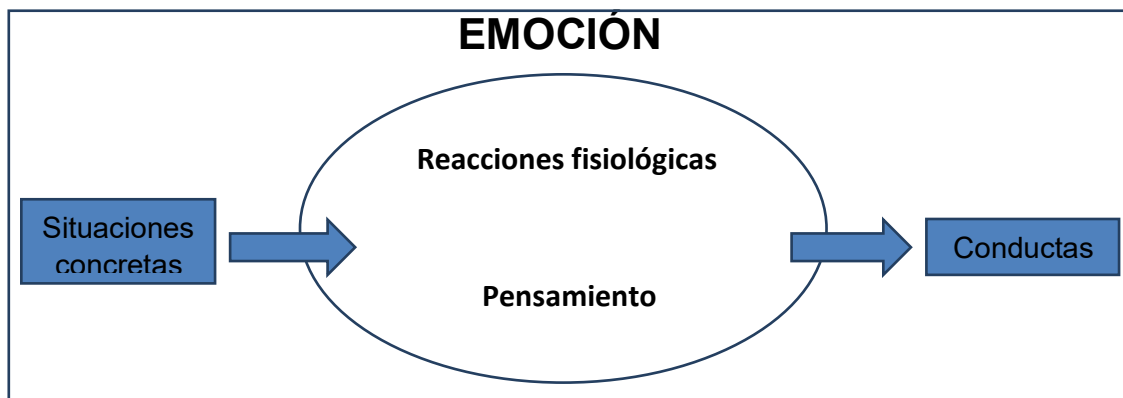


Figura 14. Secuencia emocional de una situación concreta (extraída de Centeno, 2011:126).

Se debe resaltar la función de las tareas en casa, pues son algo útil para el sujeto en cuestión, debido a que lo ayudan a reforzar lo aprendido en las sesiones. Por lo tanto, es recomendable pedirle al participante que lleve a cabo la identificación y modificación de creencias irracionales en los distintos contextos en donde se vea inmerso (familia, escuela, amigos, pareja, etc.), haciendo uso de autoregistros.

En conclusión, el procesamiento de la información y la forma de aproximarnos a nuestra meta, delimita las pautas de comportamiento saludables, o bien, pautas de comportamiento disfuncionales, dependiendo los casos o situaciones

concretos. Ya que si nuestras creencias están compuestas por pensamientos deformados o distorsionados, el resultado será una interpretación incorrecta de la realidad (Centeno, 2011). Es así como indicamos en ésta propuesta, que para la mayoría de los factores de riesgo psicológicos citados en el capítulo dos, la TREC juega un papel importante para su tratamiento preventivo. Ya que a través del debate, se busca hacer que la persona identifique y modifique aquellas creencias que de alguna manera hacen que su comportamiento se vea afectado. Como lo indican Rodríguez y Vetere (2011), el tratamiento de aquellos aspectos cognitivos juega un papel importante en el mantenimiento de los trastornos mentales.

b) Entrenamiento en Habilidades Sociales

De acuerdo con las características mencionadas en el capítulo dos, los factores a tratar serían: la alexitimia, la comunicación asertiva y la ansiedad social.

Con respecto a la alexitimia. De acuerdo con Centeno (2011), para *“comprender los sentimientos de los demás debemos empezar a comprendernos a nosotros mismos, y analizar cuáles son nuestras necesidades y deseos, qué cosas, personas o situaciones nos causan determinados sentimientos, qué pensamientos generan tales emociones, cómo nos afecta y qué consecuencias y reacciones nos provoca”* (p.134). A partir de esto, se puede generar la empatía con las demás personas, lo que a su vez conllevará una comunicación más eficiente.

Por esa razón, los participantes deben identificar las emociones que está sintiendo, ya que es la única forma de evaluar nuestro grado de conciencia emocional, es decir, se debe tener la capacidad para describir, expresar con palabras y dar una etiqueta social indicada a la emoción. Posteriormente *“...es necesario adquirir ciertas habilidades para manejar las emociones, ya que una intensidad excesiva puede hacer que las personas las vivan como estados desagradables o les lleve a realizar conductas indeseables”* (p. 126).

En cuanto a la comunicación asertiva. A través de este Entrenamiento en Habilidades Sociales, se pretende auxiliar al paciente para tener una comunicación más efectiva en cualquiera de los ámbitos en que se desarrolle.

Retomando que la asertividad, trae consigo consecuencias positivas para la persona que la ejerce, ya que brinda un bienestar psicológico y social, pues: facilita la comunicación, minimiza la malinterpretación de los mensajes y ayuda a mantener relaciones interpersonales satisfactorias; aumenta la posibilidad de conseguir lo que deseamos; reduce las molestias y conflictos producidos por la convivencia; mejora la autoestima y favorece las emociones positivas en uno mismo y en los demás (Centeno, 2011).

Se pretende entonces que estos beneficios los adquiera el participante, enseñándole en primer lugar, los estilos de comunicación: inhibición o pasividad, asertividad y agresividad. Una vez explicadas las características de cada estilo de comunicación, hay que resaltar que no en todos los casos la comunicación asertiva es la más conveniente, hay situaciones en donde la persona requiere tener una comunicación pasiva o agresiva (Caballo, 2005). Posteriormente, siguiendo con el proceso del Entrenamiento en Habilidades Sociales, se le proporciona al participante un entrenamiento en habilidades tales como:

- ✓ **Formular y rechazar peticiones.** En este aspecto, es importante considerar los distintos tipos de respuesta (agresivo, pasivo y asertivo), pues llegar a saber lo que realmente queremos, nos lleva a formular metas u objetivos en los que trabajamos activamente, lo cual puede ir desde hacerse peticiones a uno mismo como a los demás (Centeno, 2011). Así como también aprender a decir “no” de forma asertiva, pues con frecuencia las personas hacen cosas que no desean hacer por no sentirse culpables al rechazar a otras personas (Caballo, 2005).
- ✓ **Pedir cambios de conducta.** Para procesos de interacción y comunicación más eficientes es necesario en ocasiones centrarnos en pedir un cambio de conducta a los demás cuando esta nos resulta molesta, desagradable o que está obstaculizando. Debido a que esto trae como consecuencia para la

persona, redes sociales buenas, que a su vez constituyen factores de supervivencia, bienestar y felicidad importantes (Centeno, *Ibídem*).

- ✓ **Expresión de molestia, desagrado, disgusto.** El conocimiento y manejo de las competencias asertivas y sociales, permiten lograr comunicaciones e interacciones más equilibradas y plenas con uno mismo y con el entorno (Centeno, *Ibídem*).
- ✓ **Habilidades heterosociales.** Consideradas como las habilidades necesarias para el intercambio social entre miembros del sexo opuesto, en donde se engloba también la habilidad de iniciar, mantener o terminar una relación social y/o sexual con los miembros del sexo opuesto, Una relación heterosocial exitosa se considera el prerrequisito para un ajuste social satisfactorio. (Caballo, *Ibídem*). Este aspecto es importante considerarlo, debido a la etapa en la que se encuentran los participantes, pues en ocasiones muchas algunas de las problemáticas que presentan en el ámbito social tienen que ver con relaciones interpersonales o noviazgos.
- ✓ **Afrontar las críticas.** El afrontamiento a las críticas, es uno de los aspectos más relevantes en la prevención de los trastornos alimenticios. Debido a que las críticas, como observaciones dadas desde un punto de vista distinto, son inevitables y formaran parte de la vida diaria. Por lo que la persona debe ser capaz de poder responder a ellas en forma adecuada, sin sentirse excesivamente alterado por las mismas y sin poner en juego su autoestima (Centeno, *Ibídem*).

Cabe mencionar que en algunos casos el trabajo previo con las cogniciones (a través de la TREC) es importante para que ésta técnica sea efectiva (Caballo, 2005; Centeno, 2011; Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Por último cabe destacar que en este aspecto, se ve involucrada también la ansiedad social.

La ansiedad social. Para Heimberg (2002 citado en Rodríguez y Vetere, 2011), el Entrenamiento en Habilidades Sociales es utilizado para reducir los niveles de ansiedad principalmente a través del modelado (por parte del terapeuta), ensayos conductuales, información para corregir las deficiencias, el

refuerzo social y la práctica entre sesiones. El uso de esta técnica en el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) “...se basa en la idea de que estas personas tiene un déficit en estas habilidades, por lo que su entrenamiento permitirá mejorar su ejecución social y, por lo tanto su trastorno” (p.174).

Asimismo, como parte también de éste entrenamiento, es importante tomar en cuenta las cogniciones. Pues los pensamientos que se tienen y las reacciones físicas experimentadas, conllevan un cambio en el comportamiento cuando se está ansioso, el cual a menudo es inadecuado e interfiere con el funcionamiento normal de la persona (Centeno, 2011). A su vez, se debe considerar que en algunas situaciones, cuando la ansiedad no se reduce de forma indirecta al llevar a cabo la conducta más adaptativa, lo ideal es emplear directamente un entrenamiento en relajación (Caballo, 2005). Lo que consiste en enseñar a los pacientes a controlar su nivel de activación fisiológica asociada a la respuesta de ansiedad (Rodríguez y Vetere, 2011).

Por último, de acuerdo con Rodríguez y Vetere (2011), la ventaja de tratar la ansiedad social en grupo, reside en que la interacción entre los terapeutas y otros miembros del grupo suponen por sí mismo un inicio de afrontamiento a situaciones sociales. Además de que el grupo proporciona una oportunidad de que se produzca un aprendizaje vicario, es decir, el hecho de que otras personas con problemas similares van consiguiendo afrontar situaciones con éxito puede ayudar para motivar al cambio.

c) Terapia en Solución de Problemas

El primer factor de riesgo al que se pretende atender con dicho entrenamiento es: el estrés.

Como hemos visto, el afrontamiento es un factor mediador importante cuando se trata de estrés. En el caso concreto de las personas que padecen algún trastorno alimenticio o que tienen una alta probabilidad de padecerlo, su estilo de afrontamiento suele ser poco adaptativo, y se caracteriza por un mayor uso de estrategias de afrontamiento evitativo y un menor uso de estrategias centradas en

el problema. Estas personas, suelen percibir los acontecimientos (separaciones, conflicto entre padres, fallecimiento de algún familiar, ausencia del hogar, cambio de escuela, fracasos académicos y en relaciones interpersonales, incremento de peso, comentario de amigos o familiares, etc.) como más intensos y amenazantes, teniendo un estilo de afrontamiento centrado en la emoción, debido a que carecen de confianza en su capacidad para resolver los problemas con éxito (Quiles y Terol, 2008). Por lo que para algunos autores como Ball y Lee (2002 citado en Quiles y Terol, *Ibíd*em), las estrategias evitativas y centradas en la emoción son variables predictivas de los trastornos alimenticios.

Centrándonos de forma concreta en la propuesta de prevención, es importante enseñar a los participantes un modo de afrontamiento a los problemas más saludable, enseñándoles a tener una orientación más positiva y un autocontrol emocional que los pueda ayudar a generar soluciones para los conflictos que presentan. Pues si retomamos la relación existente entre la ingesta excesiva de comida o bien la ausencia de ingesta de alimento, con cuestiones emocionales y de afrontamiento de problemas, encontramos en concreto como consecuencia el “trastorno por atracón” y “bulimia nerviosa”; mientras que en el segundo caso, podemos citar la “anorexia nerviosa”. Ya que como lo indica Troop (1997 citado en Quiles y Terol, 2008), se ha considerado que los síntomas propios del trastorno (atracción, vómito y restricción alimenticia) son estrategias de afrontamiento en sí mismas, pues estas conductas ayudan a disminuir el nivel de tensión.

De acuerdo a las características señaladas en los párrafos anteriores, hay también que enseñar a los participantes que en ocasiones existirán situaciones en las cuales ellos no podrán emplear una solución directa para resolver el problema, ya sea porque el sujeto es persona ajena a la problemática (conflictos entre padres o separaciones) o porque en definitiva el problema ya no tiene solución (muerte de un familiar). Por lo que en estos casos la persona debe crear estrategias o soluciones dirigidas a realizar modificaciones cognitivas y/o conductuales en sí mismo.

El segundo factor a tratar sería la ansiedad social. Debido a que al enseñar al paciente una orientación positiva al problema, los niveles de ansiedad se reducirían. Como lo menciona Valdés y Arroyo (2001 citado en Quiles y Terol, 2008), las estrategias aproximativas y centradas en el problema se relacionan con mejores resultados de salud, mejor ajuste psicológico y menor nivel de ansiedad.

En conclusión, el orientar a los adolescentes en la forma de interpretar y resolver los acontecimientos en el medio que los rodea, puede ser crucial para prevenir la aparición de un trastorno alimenticio. A través de esta propuesta se espera que brindando a las personas las herramientas necesarias, el impacto psicológico y físico que causen los estereotipos, “modas” e inclusive interacciones interpersonales sea resuelto a través de conductas más funcionales acorde con el contexto en que la persona se desarrolle.

Es importante considerar no utilizar un mismo programa de prevención para todos los jóvenes, éste debe variar de acuerdo a su edad y momento evolutivo (Soldado, 2006).

5.3. Segunda parte: Propuesta de prevención para padres

Considerando como punto de partida, lo referido por Gómez del Barrio, García y Corral (2009), una manera de prevenir los trastornos alimenticios desde el aspecto familiar, es transmitiendo mensajes a la familia sobre pautas que protejan indirectamente de estos trastornos, como son: alimentación saludable, realizar al menos una comida en casa con la familia, facilitar la comunicación y mejorar la autoestima, evitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen, así como evitar comentarios críticos sobre el aspecto físico.

Por eso y basado en lo antes referido y aquellos aspectos que involucran a la familia, mencionados en el capítulo dos de la presente tesis (“Factores familiares”). La segunda parte de esta propuesta se encuentra dirigida a los padres de familia. En ella se pretende: mejorar las líneas de comunicación entre padres e hijos, puesto que la socialización existente en la relación padre-hijo es

fundamental y más si se trata de la adolescencia, etapa del desarrollo en que existe una mayor incidencia de conductas de riesgo a diversos problemas (Braz, Cómodo, Del Prette, Del Prette y Fontaine, 2013). Como parte de esta comunicación, es sustancial tratar aquellas ideas que los padres podrían estar transmitiendo a los adolescentes con respecto a la imagen corporal y que pueden estar teniendo una función desencadenante o mantenedora para los trastornos alimenticios.

La razón por la que se incluye a los padres en esta labor preventiva, se debe a que desde los inicios de la investigación sobre trastornos alimenticios se ha estudiado entre la comunidad de científicos la asociación entre funcionamiento familiar y la presencia de este trastorno, dando cabida a una amplia gama de puntos de vista que han resultado controversiales (Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo, 2008). Existen autores que mencionan a la familia como un factor predisponente o mantenedor de la enfermedad, un ejemplo se encuentra en la investigación realizada por Cook-Darzens, Doyen, Falissard y Mouren (2005 citada en Cruzat *et.al. Ibídem*), quien alude a dos aspectos: (a) el funcionamiento familiar de las personas con trastornos de alimentación generalmente tienden a ser más disfuncional y (b) la calidad del funcionamiento familiar juega un rol importante en el curso y resultado del trastorno.

Sobre esta misma línea, si consideramos algunos de los factores indicados por Salvador Minuchin que son mencionados como características mantenedoras de la “somatización” en la familia, encontramos: aglutinamiento, una extrema forma de proximidad e intensidad en la interacción familiar; sobreprotección, reflejando el alto grado de preocupación por el bienestar que tienen los miembros de la familia por los otros; rigidez, caracterizado por una necesidad de mantener el *status quo*; evitación de conflicto; y la triangulación de la hija en conflictos parentales (Cruzat *et. al.*, 2008).

Sin embargo, y retomando información citada en capítulos anteriores, existen también algunos autores que no consideran a la familia como una causa a

los trastornos alimenticios, esto apoyado por la falta de evidencia empírica que lo valide (Cruzat *et.al.*, 2008).

Dado este escenario en el ámbito clínico de los trastornos alimenticios, nos tenemos que encontrar con perspectivas distintas, entendiendo a la familia como causante versus la familia que se “adapta” a la enfermedad o que “padece” las consecuencias, la familia como culpable o la familia como víctima, la familia como impedimento o como recurso para el tratamiento (Cruzat *et.al.*, 2008).

No obstante, en esta propuesta, la familia es vista como “un recurso” que nos ayudara a evitar llegar a un tratamiento. Y siguiendo las recomendaciones realizadas por Castro, Larroy y Gómez (2010), el trabajo con la familia nos permitirá: el aprendizaje de pautas específicas en relación al manejo de problemas con sus hijos, el cambio de actitudes familiares que podrían estar funcionar como variables mantenedoras del trastorno y la creación de un ambiente familiar favorable para el adolescente.

Ahora bien, indiquemos las características que se recomienda tengan los padres para poder llevar a cabo la propuesta:

- Que su hijo/hija se encuentre en las sesiones de “prevención primaria para adolescentes” (primera parte de la propuesta).
- De ser posible que asistan ambos padres a las sesiones.
- Disponibilidad de dos horas un día a la semana (de uno ambos padres).

Una vez seleccionados los padres participantes, se procede a evaluarlos con un instrumento creado por Casado, Helguera y Martín en el 2005 denominado *Cuestionario de actitudes y conocimientos para padres*. El cual consta de 35 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 5 categorías (de totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo). En donde se determina el perfil de actitudes y conocimiento de los padres sobre las variables asociadas a los trastornos alimenticios, temas como: adolescencia, factores de riesgo, habilidades sociales, nutrición y trastornos alimenticios.

Posterior a la aplicación del cuestionario, comienza la intervención. En primer lugar debe impartirse una labor psicoeducativa, en donde se dote a los padres de información sobre los trastornos alimenticios, lo cual incluye: que es un trastorno alimenticio, tipos de trastornos, síntomas, factores de riesgo (diferenciando entre biológicas, psicológicas, sociales y familiares), consecuencias y tratamiento. Esto con el fin de sensibilizar a la población respecto al tema y brindar una pauta para que ellos puedan también identificar tempranamente si sus hijos presentan cambios o síntomas relacionados con éste trastorno.

En segundo lugar, se les explica a los padres de manera breve y concisa información sobre los tipos de familia y con ello la comunicación respectiva a cada uno. El objetivo de esto es que los participantes analicen el tipo de familia que conforman y la comunicación que mantienen.

Una vez que los participantes han comprendido los tipos de familia y estilos de comunicación, así como los conceptos elementales y factores de riesgo de los trastornos alimenticios, es momento de poner en práctica las técnicas y terapias sugeridas:

a) Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC)

El uso de esta terapia es considerado porque como ya se ha mencionado, es la familia el lugar de donde el sujeto adquiere inicialmente actitudes y conocimientos. Por lo que en ocasiones, alteraciones en los hábitos alimenticios o en la percepción de sí mismo, depende de los comentarios o enseñanzas que brinda la familia. Por ejemplo, Silva y Sánchez (2006), mencionan que la alimentación (hábitos, costumbres y patrones de consumo) y la comida (creencias al respecto, usos y disponibilidad), así como el asunto concerniente al peso, la figura y la comida, suelen transmitirse de padres a hijos, especialmente por parte de las madres.

Así como también, el comportamiento de los padres con demasiado control sobre la alimentación de los hijos y la presión para que éstos sean delgados,

contribuye al desarrollo de una imagen corporal negativa de uno mismo (Portela de Santana, Ribeiro, Mora y Raich, 2012).

En un estudio realizado por Casado y Helguera (2008), con padres e hijos, al inicio de la intervención con padres, éstos (30%) mencionan que “es más fácil tener éxito en la vida teniendo buena imagen”, y un 60% considera que el estilo permisivo no es positivo en la educación de los hijos, por lo que el 40% considera positivo inculcar el perfeccionismo en sus hijos. Ahora bien, si recordamos los factores psicológicos que predisponen a un trastorno alimenticio, encontraremos: la tendencia al perfeccionismo y creencias sobre el éxito a costa de una imagen corporal. Y como podemos ver en este estudio, muchas veces las creencias que tienen los padres (basados en sus experiencias) al ser transmitidas a los hijos pueden no ser del todo funcionales.

El objetivo de esta terapia es racionalizar aquellas creencias que tienen los padres con respecto a la imagen corporal (creencias sobre el peso y la figura) y que le han transmitido a los hijos a través de “simples comentarios” o hábitos un tanto extremos, con el fin de cumplir con aquel estereotipo de belleza que la sociedad ha marcado.

b) Entrenamiento en Habilidades Sociales

Para la aplicación de esta técnica, es importante que los padres hayan comprendido e identificado el tipo de familia que conforman y a comunicación que tienen, pues ese será uno de los puntos de partida para realizar las siguientes actividades.

El entrenamiento en habilidades sociales para padres, tiene como objetivo mejorar las líneas de comunicación padre-hijo. Su implementación responde a algunas disfuncionalidades que se han citado durante el capítulo dos, entre ellas esta: escasa expresividad emocional y dificultad para resolver conflictos. Por lo tanto, se recomienda que la composición de esta técnica debiera estar centrada en un entrenamiento en:

- **Expresión de amor, agrado y afecto.** De acuerdo con Caballo (2005), el llevarse bien con los hijos es extremadamente importante para todos nosotros. Asimismo, indica que para muchas personas el oír o recibir estas expresiones de agrado, afecto o amor, constituyen una interacción muy agradable y significativa, al mismo tiempo que fortalece y profundiza la relación entre pares.

Al ser los padres entrenados en la expresión de este tipo de sentimientos estarían también enseñando a sus hijos a ser más expresivos o afectuosos, esto por medio del aprendizaje vicario.

- **Formular y rechazar peticiones.** Cuando se habla de hacer peticiones, nos referimos a pedir favores, reclamar ayuda, solicitar a otra persona que cambie de conducta, en general reivindicar lo que se quiere siempre que no violemos los derechos de los demás. Y se pretende evitar conductas de inhibición (no pedir lo que queremos o necesitamos o pedirlo sin convencimiento) o agresivas (exigir lo que pedimos utilizando la coerción, manipulación u hostilidad). Por ello lo ideal es hacer uso de la asertividad, lo que incluye: pedir cosas con frecuencia, exponer lo que queremos de forma clara y hacer peticiones en forma persuasiva (Centeno, 2011).

Muchas veces la comunicación en las familias rígidas suele tener características de tipo agresivo, por lo que es importante que los padres aprendan a comunicar los mensajes o necesidades a sus hijos.

- **Gestión de conflictos interpersonales.** En éste aspecto lo que se busca es que los padres aprendan a resolver los conflictos sin caer en los extremos de inhibida o agresión. Para Centeno (2011), una actitud agresiva significa que la persona percibe cualquier conflicto como una batalla en la que hay que procurar ganar (lo que puede ser una característica de las familias rígidas); mientras que la actitud inhibida, es una actitud opuesta donde la persona no hace frente a los problemas debido a que cree que las cosas no pueden mejorar. Por lo que se recomienda resolver los conflictos teniendo ciertas actitudes: 1) Evitar o reducir ciertos conflictos; 2) Dialogar;

- 3) Buscar solución gana-ganas; 4) Diferenciar entre posiciones e intereses;
- 5) Negociar.

Todo esto recordando que no en todas las ocasiones la comunicación asertiva es la más apropiada.

- **Manejo de la ira.** Consideramos la ira como una emoción normal y generalmente sana. Pero cuando está fuera de control o se vuelve algo habitual, puede producir diversos problemas en las relaciones personales. Por ello, a pesar de existir una gran variedad de procesos para ocuparse de la ira, se recomienda: expresarla suprimirla y calmarse (Centeno, 2011).

Nuevamente, si los padres mejoran en el control de la ira estarían promoviendo habilidades de comunicación emocional, al tiempo que mejorarían la comunicación.

Como es característico de esta técnica, los participantes deben realizar juego de roles o ensayos conductuales en cada uno de estos entrenamientos, y se considera pertinente también que el aplicador lleve a cabo la técnica del modelado para facilitar a los participantes la comprensión y práctica de los nuevos conocimientos.

Por último, y como parte de las tareas en casa, es importante que los padres practiquen los temas vistos en las sesiones con sus hijos y lleven a cabo un registro donde mantengan anotaciones sobre los resultados obtenidos, fallas y dudas de la ejecución.

c) Terapia en Solución de Problemas

El entrenamiento en solución de problemas, tiene como objetivo complementar la dificultad que presentan los padres para resolver un conflicto; es útil para los problemas conductuales que pueden presentar los adolescentes y atendiendo a lo dicho por Minuchin, sobre la triangulación de los hijos en los conflictos familiares (Cruzat *et al.*, 2008).

De acuerdo con lo establecido por Porras y Quesada (2009), cada vez es mayor la frecuencia de personas mayores de edad que quedan atrapadas en medio del conflicto circular de sus padres, y que a su vez causan en los hijos una afectación emocional que los puede volver vulnerables a los desórdenes alimenticios.

Estos conflictos suelen presentarse no sólo entre padres divorciados sino que también se llega a presentar durante el matrimonio.

En conclusión, si bien es cierto, existen diversas formas de prevenir estos trastornos, sin embargo hasta hoy uno de los métodos más utilizados ha sido la psicoeducación. La cual en sus inicios se basaba sólo en brindar información sobre el tema. Con el paso del tiempo y la implementación realizada, se sabe que autores como Casado y Helguera (2008), indican que los programas más eficientes son aquellos que combinan la psicoeducación con un formato interactivo y práctico, ya que facilitan que los sujetos adquieran nuevos conceptos y herramientas que promuevan el cambio actitudinal y conductual. Por ello, en primera instancia esta propuesta estuvo centrada en una labor directa con los adolescentes, puesto que al ser considerados personas vulnerables, la misión es impactar directamente sobre las creencias que tiene de sí mismos y los estereotipos que los rodean, para así poder obtener cambios conductuales.

Pero para la promoción y mantenimiento de estos cambios en la conducta y cogniciones se debe considerar no sólo intervenir con las personas que se consideran vulnerables o como en este caso, los adolescentes, sino que también es pertinente comenzar a entrenar a las familias sobre todos aquellos factores en los que interviene un trastorno alimenticio. De acuerdo con Castro, Larroy y Gómez (2010), actualmente existe una demanda creciente por parte de la comunidad científica de validación de programas en poblaciones adolescentes donde se incluya e implique de manera activa a la familia. Lo que se considera pertinente, pues éste tema no es una cuestión sólo de edades, y los padres no se encuentran excluidos de los estereotipos de belleza que se nos han implementado. Al mismo tiempo, el papel de los padres es importante, pues son

ellos las primeras personas con quienes un sujeto interactúa, son ellos a través de quienes las personas comienzan a valorarse en primera instancia, por lo que son substanciales las líneas de comunicación padre e hijo, y el contenido del mensaje que se transmite.

Por tal razón ésta propuesta se encuentra dirigida a padres y a hijos, pues se considera que para poder disminuir los índices de incidencia en problemas alimenticios, se debe comenzar la intervención con pequeños grupos (la familia). Y así formular una visión más crítica respecto a la alimentación, la cultura de la delgadez, los mensajes publicitarios y demás factores de riesgo de los trastornos alimenticios (Soldado, 2006).

CONCLUSIONES

Los trastornos alimenticios son un tema considerable de tratar en la actualidad, debido a las múltiples complicaciones que traen consigo. Si bien es cierto, en México hasta el momento no se cuenta con suficientes datos a nivel nacional sobre el comportamiento epidemiológico de estos trastornos. Existen estudios aislados donde se reporta que la prevalencia ha ido en aumento de manera significativa, al igual que su relevancia en la salud pública (Saucedo, Peña, Fernández, García y Jiménez, 2010).

El aumento de personas con un desorden alimenticio, se debe a que en nuestra sociedad, el patrón de belleza inculcado ha sido el de la delgadez, patrón promovido por medios de comunicación mediante la publicidad. Esta tiene un impacto tan fuerte, que causa una impresión colectiva para seguirlo y asemejarse a él. Ha llegado a un punto tan alto que las personas (principalmente los jóvenes), desarrollan trastornos para tener el cuerpo y apariencia deseada. Lo cual, hace más complicado combatirlos, pues se encuentran presentes en todo y cada uno de los lugares que visitamos, lo que provoca que estos trastornos se propaguen con efectividad (Garrote y Palomares, 2014).

No obstante, y como lo hemos descrito a lo largo de la tesis, un trastorno alimenticio es multifactorial, y no aparece únicamente a razón de cuestiones sociales. Su presencia se debe también a aspectos biológicos, familiares y psicológicos. Las cuales al ser combinadas dan como resultado un desorden alimenticio (López y Sallés, 2011). En estas esferas, se pueden identificar distintos factores o conductas de riesgo. Los cuales pueden ir desde: la imagen corporal, nociones erróneas sobre ciertos alimentos, eliminación de cierto tipo de alimentos, comer o dejar de hacerlo, dieta crónica, preocupación por el peso, estado de ánimo (ansiedad, depresión, etc.) (López y Sallés, *Ibidem*; Saucedo, Peña, *et.al*, 2010). Asimismo, hay que tomar en cuenta que la exposición a estos factores de riesgo se puede producir en ambientes variados, y los efectos causados, también dependerán del estado evolutivo de la persona (López y Sallés, *Ibidem*).

Debido a la evolución que ha tenido la investigación en los trastornos alimenticios y los cada vez más elevados índices de personas que los padecen. Es importante comenzar a hacer intervenciones que permitan informar a la ciudadanía sobre estas enfermedades, y entrenarlos para mejorar el afrontamiento a los diversos factores de riesgo que pueden encontrar en los distintos ámbitos de su día a día. Y en gran parte la responsabilidad de poner al servicio de los ciudadanos las técnicas, conocimientos y recursos necesarios para combatir estos problemas, es de los profesionales, quienes deben hacer que especialmente los padres, profesores, entrenadores o los propios adolescentes sean agentes activos de prevención (Casado y Helguera, 2008).

De acuerdo con López y Sallés (2011), muchas de las principales acciones preventivas en campo, han estado dirigidas a fortalecer a quienes son “más susceptibles” de recibir el impacto de las influencias perjudiciales, es decir, se han centrado en poblaciones de niñas y adolescentes. Sin embargo, en ésta propuesta se ha considerado como población vulnerable tanto a hombres como mujeres, ya que en general los patrones de “belleza” y “éxito” hoy en día se centran más en el aspecto físico. “...*el estereotipo corporal raya en la delgadez extrema en las mujeres y la corpulencia por musculatura en los varones*” (Saucedo, Peña, *et.al*, 2010:18). Aunque las estadísticas de diversas investigaciones con personas que padecen bulimia o anorexia, indican un incremento de estos padecimientos en pacientes varones.

Por ende se hace necesario comenzar a realizar acciones que ayuden a los individuos a tener una visión más crítica sobre todos aquellos conceptos que rodean a la imagen de belleza actual, conceptos que en su mayoría indican la oportunidad que tiene la persona de progresar. Algunos de estos conceptos son: éxito personal, seguridad, aceptación social e incluso el valor de la persona (Saucedo, Peña, *et.al*, 2010).

En estas acciones, el papel de la familia puede ser también una pieza clave que permita un cambio en la mentalidad de los jóvenes, si bien es cierto, no se

podría delegar toda la responsabilidad a los padres, pero ellos pueden ayudar a fomentar en sus hijos creencias más realistas sobre el concepto de “belleza”.

Por último, de acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), es necesaria una acción preventiva en las escuelas (López y Sallés, 2011). Basado en ello, se pretende que esta propuesta sea llevada a cabo en las instalaciones de una institución educativa. Debido a que éste el segundo lugar en donde los individuos pasan la mayor parte de su tiempo, aunado a que al ser adolescentes, se encuentran en una etapa donde comienza en autoconocimiento y la interacción con sus iguales es más significativa. Por lo que en ocasiones existe una mayor cantidad de conductas de riesgo que son resultado de situaciones vividas en el hogar, modas la necesidad de ser aceptado en un determinado grupo.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, A. (2014). YANUA: Concepto de belleza en la sociedad y aplicaciones de diseño. Tesis de licenciatura publicada, Colegio de Comunicación y Artes Contemporánea, Universidad San Francisco de Quito, Perú.
- Álvarez, G; Franco, K; López, X; Mancilla, J. y Vázquez, R. (2009), Imagen corporal y trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Salud Pública*, 11, 568-578.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR*. Barcelona, España: Masson.
- Amigo, I. (2012). Manual de Psicología de la salud. Madrid, España: Ediciones Pirámide, pp. 63; 67-70.
- American Psychological Association (APA). (2016) ¿.Cuáles son los principales tipos de trastorno en la alimentación?. <http://www.apa.org/centrodeapoyo/alimentacion.aspx>. Visitado el 7 de febrero de 2016.
- Ayela, M. (2010). Adolescentes: Trastornos de la alimentación. España: Educa, pp.27-40; 91.
- Bados, A. y García, E. (2014). Resolución de problemas. *Universidad de Barcelona*, 2, 1-34.
- Baile, J. y González, M. (2014). *Tratando Bulimia Nerviosa: técnicas y estrategias psicológicas*. Madrid, España: Pirámide.
- Behar, A. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: una alerta para la atención primaria. *Revista Médico Chilena*, 136, 1589-1598.
- Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana e Trastornos Alimentarios*, 90-101.

- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48, 319-334.
- Behar, R; Barahona, M; Iglesias, B. y Casanova, D. (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en la conducta alimentaria. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 45, 211-220.
- Behar, R; Manzo, R. y Casanova, D. (2006). Trastorno de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista Médica Chilena*, 136, 312-319.
- Behar, R. y Váldez, C. (2009). Estrés y Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47, 178-189.
- Bello, M; Puentes-Rosas, E; Medina-Mora, M. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública en México*, 45, 4-11.
- Berenzon, S, Lara, M; Robles, R. y Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública en México*, 55, 74-80.
- Bisetto, D; Botella, A. y Sancho, A. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria y consumo de drogas en población adolescente. *Adicciones, Revista versión online*, 24, 9-16.
- Bolaños, R. (2009). Diabetes y trastornos de la conducta alimentaria: "utilización" de la insulina. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 9, 998-1005.
- Borrego, C. (2010). Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Psicológica*, 12, 13-50.
- Braz, A; Cómodo, C; Del Prette, Z; Del Prette, A. y Fontaine, A. (2013). Habilidades sociales e intergeneracionalidad en las relaciones familiares. *Apuntes de Psicología*, 31, 77-84.

- Bretón, M; Gutiérrez, M; Villatoro, J; Moreno, M, Gaytán, L. y Gaytán, F. (s.f). Intento suicida y depresión como factores relacionados con posible trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en estudiantes. http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/cuadernillos/carte_es_macro/Michelle.pdf. Visitado el 29 de noviembre de 2015.
- Brytek-Matera, A. (2008). Mood and emotional symptoms in eating disordered patients. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy*, 10, 65-71.
- Bustamante, G. y Justo, J. (2013). Bulimia. *Revista de actualización Clínica*, 35. http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v35/v35_a03.pdf. Visitado el 29 de octubre de 2015.
- Bustos, G; Romero, A. y Campo, A. (2011). *Asociación entre percepción de estrés y riesgo de trastorno del comportamiento alimentario*. *Salud Uninorte*, 27, 30-35.
- Caballo, V. (2005). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. España: Siglo XXI, pp. 20-22, 181-202; 205-206; 210-211.
- Calado, M. (2010). *Trastornos alimenticios: guía psicoeducativa y autoayuda*. Madrid, España: Pirámde, pp. 20-40; 85-140.
- Camarrillo, N; Cabada, E; Gómez, A. yMunguia, E. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista Especial Médico Quirúrgica*, 18, 51-55.
- Cano, P; Cañas, S; Gómez, A; Romero, P; Tolosa, M.y Lucas, M. (2015). VI Encuentro en psiquiatría. Conducta Suicida. Madrid, España: *Biblioteca online de Salud Mental*, p. 12.
- Carrillo, A. (2011). III Jornada Socio-jurídica. Trastornos de la Conducta Alimentaria "Comer o No comer". México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Casado, M. y Helguera, M. (2008). Prevención de trastorno alimenticio. Un primer programa de prevención en dos fases. *Clínica y Salud*, 19, 5-26.

- Castillo, B. (2006). Sociedad del consumo y trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 4, 321-335.
- Centeno, C. (2011). *Las habilidades sociales: elemento clave en nuestras relaciones con el mundo*. España: Formación Alcalá, pp. 124-135; 235-242; 203-205; 299-306; 309-332; 357-376; 379-401; 405-430.
- Centro Argentino de Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotivo Conductual. (2013). Albert Ellis Y la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC). http://www.catrec.org/conceptos_ellis2013.html. Visitado el 26 de marzo de 2016.
- Cervera, M. (2005). Riesgo y Prevención de la anorexia y bulimia. Madrid, España: Ediciones pirámide.
- Chabrol, H. (2005). *La anorexia y la bulimia en la adolescencia*. Madrid, España: Da Vinci continental, pp. 27-45; 91-105.
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras, aspectos terapéuticos*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, pp. 7-20.
- Crispo, R; Figueroa, E. y Guelar, D. (2011). *Anorexia y Bulimia. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Madrid, España, Gedisa Editorial, pp. 57-68; 69-88; 110-111; 153; 156-157; 176.
- Coffin, N; Álvarez, N. y Marín, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14, 341-353.
- Cruzat, C; Ramírez, P; Melipillán, R. y Marzolo, P. (2008). Trastornos Alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundaria de la comuna de Concepción, Chile. *Psykhē*, 17, 81-90.
- Cruz-Sáez, M; Pascual, A; Etxebarria, I. y Echeburúa, E. (2013). Riesgo de Trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes. *Anales de Psicología*, 29, 724-733.

- Davies, L. y Deery, R. (2014). *Nutrition in Pregnancy and Childbirth: food for Thought*. New York, EE.UU.: Routledge, pp.78-79.
- De la Torre, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Tesis de licenciatura publicada, Centro de Psicología Aplicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Del Bosque, J. y Caballero, A. (2009). Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Hospital Infantil México*, 66, 398-409.
- De la Vega, R. y Gómez, G. (2012). Intervención Cognitivo-Conductual en conductas alimentarias de riesgo. *Psicología y Salud*, 22, 225-234.
- Diario La Nación. (2015). Francia prohíbe las modelos super delgadas para combatir la anorexia. <http://www.lanacion.com.ar/1781368-francia-prohibe-las-modelos-superdelgadas-para-combatir-la-anorexia>. Visitado el 16 de octubre de 2015.
- Díaz, A. (2011). Trastornos alimenticios. *Innovación y experiencia educativa*, 39, 1-8.
- Díaz, A; González, A; Minor, N. y Moreno, O. (2008). La conducta autodestructiva relacionada con trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 4, 46-63.
- Domenéch, E. (2005). Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia. Barcelona, España: Servei de Publicacions, pp. 39-52.
- Ductor, M. (2005). Perfil clínico de la población con trastorno de la conducta alimentaria atendida en una unidad de salud mental. *Apuntes de Psicología*, 23, 83-100.
- E Entertainment Television, Inc. (2015). Censuran Campaña de Saint Laurent por estar protagonizada por una modelo demasiado delgada. <http://la.eonline.com/mexico/2015/censuran-campana-de-saint-laurent-por->

estar-protagonizada-por-una-modelo-demasiado-delgada-fotos/. Visitado el 16 de octubre de 2015.

El Informador (2014). Presión social causa mayoría de casos de bulimia y anorexia. Extraído de <http://www.informador.com.mx/jalisco/2015/619073/6/presion-social-causa-mayoria-de-casos-de-bulimia-y-anorexia.htm>. Visitado el 26 de abril de 2016.

Ellen West. (2013). Qué son los trastornos alimenticios. <http://clinicaellenwest.com>. Visitado el 13 de septiembre de 2015.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. (s.f). *ENSANUT 2012 resultados nacionales*. <http://ensanut.insp.mx>. Visitado el 15 de agosto de 2015.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. (s.f). *ENSANUT 2012 obesidad en adultos, los retos de la cuesta abajo*. <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf>. Visitado el 20 de septiembre de 2015.

Espina, A. (2005). La figura del padre en los trastornos de la conducta alimentaria. *Separata. Revista "Familia"*, 31, 35-48.

Ezpeleta, L. (2005). *Factores de Riesgo en Psicopatologías del desarrollo*. Barcelona, España: Masson.

Franco, K; Martínez, A; Díaz, F; López, A; Aguilera, V; y Valdés, E. (2010). Conductas de riesgo y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios del sur de Jalisco, *Revista Mexicana de Trastornos Alimenticios*, 1, 102-111.

Garalgordobil, M. y Durá, A. (2006). Relaciones de autoconcepto y autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32, 37-64.

- García, J. (2013). *Tratando...trastorno de ansiedad social*. Madrid, España: Pirámide, pp. 25-27.
- Garrote, D. y Palomares, A. (2014). *Intervención psicoeducativa ante la diversidad*. España: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Gómez del Barrio, J; García, M. y Corral, L. (2009). *Convivir con los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia, bulimia y trastornos por atracones*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, pp. 71-95; 107 112.
- Gómez, C; Hernández, B; Rojas, O. y Uribe, R. (2008). *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y Tratamiento en niños y adolescentes*. Bogotá: Editorial Médica Internacional, pp. 681-682.
- Gómez Dupertuis, D; Gabrielli, A; Piccoli, J; Eberle, L. y Romero, L. (2009). *Ortorexia ¿Un desorden o una forma de adaptación?*. Buenos Aires: Kristal y Librería S.L.
- González, A. y Matute, E. (2013). *Cerebro y Drogas*. México: Editorial El Manual Moderno.
- González, M. & Ibarra, N. (2011). Depresión mayor: porcentaje de personas que sufren depresión en México.<http://depressioningenium.blogspot.mx/2011/11/porcentaje-de-personas-que-sufren.html>. Visitado el 20 de noviembre de 2015.
- González, R. (2008). La obesidad, anorexia y bulimia en los jóvenes. *Innovación y Experiencias Educativas*, 45, 1-8.
- González, S. y Valdez, J. (2005). Significado psicológico de la depresión en médicos y psicólogos. *Psicología y Salud*, 15, 257-262.
- González, V. (2013). Anorexia, cuando estar delgada es cuestión de vida o muerte. <http://suite101.net/article/anorexia-cuando-estar-delgada-es-cuestion-de-vida-o-muerte-a44082#.VxjOF9R950t>. Visitado el 2 de diciembre de 2015.

- Gorab, A. & Iñárritu, M. (2005). *Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia*. México: ¿Cómo ves?, pp. 25-33.
- Grilo, C. (2006). *Eating and Weigh Disorders*. New York, EE.UU.: Psychology Press, pp. 20-25.
- Guadarrama, R; Carrillo, S; Márquez, O; Hernández, J. y Veytia, M. (2014). Insatisfacción corporal e ideación suicida en adolescentes estudiantes del estado de México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5, 98-106.
- Guillén, R. (2014). *Psicología de la Obesidad. Esferas de vida. Multiplicidad y complejidad*. México: Manual Moderno.
- Guzmán, P. (2012). *Ideas irracionales y dimensiones de la personalidad en adolescentes con intento de suicidio*. Tesis de maestría publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Hernández, A; Álvarez, G. y Mancilla, J. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con Autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 76-89.
- Hernández, N. y Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia Cognitivo Conductual para trastornos de la salud*. España: Libros en Red, p. 12.
- Heyward, V. (2006). *Evaluación de la aptitud física y prescripción del ejercicio*. Estados Unidos: Editorial Panamericana.
- Higashida, B. (2008). *Educación para la Salud*. México: McGraw Hill, pp. 11-12.
- Isorna, D. y Saavedra, M. (2012). *Prevención de drogodependencia y otras conductas adictivas*. Madrid, España: Ediciones Pirámide, pp. 405-406.
- Jáuregui, I. (2005). Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Hospital Infanta Luisa*, 2, 158-198.
- Jáuregui, I. (2006). *La cárcel del cuerpo. Guía útil para conocer los trastornos alimenticios*. Madrid, España: Editorial Grafema, pp. 56; 115-121; 141-145.
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de Modificación de Conducta*. España, Pirámide.

- Laham, M. (s.f.). La conducta adictiva. <http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-profesionales//la-conducta-adictiva-78.html?p=2p=2p=2p=>. Visitado el 23 de enero de 2016.
- León, M. y Castillo, M. (2005). *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. Madrid, España; Formación ALCALÁ, pp. 30-36.
- León, R. y Aizpuru, A. (2010). Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 119-124.
- Lora-Cortez, I. y Saucedo-Molina, T. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 29, 60-67.
- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Condes*, 22, 85-97.
- López, J. y Sallés, N. (2011). Prevención de la Anorexia y la Bulimia: educación en valores para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario. Valencia, España: NauLlibres, pp. 31-46; 107-109.
- Lorán, M. y Sánchez, L. (2013). *El médico en casa. Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón.*: Madrid, España: Editorial Amat, pp. 73-90.
- Losada, A. (2011). Abuso sexual infantil y patologías alimentarias. Tesis de Doctorado publicada, Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Universidad Católica Argentina, Argentina.
- Lozano, Z. (2012). La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea. *Revista Científica In Crescendo*, 3, 299-311.
- Lullman, H; Mohr, K. y Hein, L. (2008). *Farmacología: texto y atlas*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

- Maglio, A. (2005). *Estudio del Grupo familiar de pacientes con trastornos alimentarios: Propuesta de un modelo conceptual y de evaluación para su abordaje*. Primer encuentro de investigadores en psicología del Mercosur. Buenos Aires, p. 53-62.
- Maglio, A. y Molina, M. (2012). La familia de adolescentes con trastornos alimenticios. ¿Cómo perciben sus miembros el funcionamiento familiar?. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3, 1-10.
- Mancilla, J. y Gómez, G. (2006). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México: Manual Moderno, pp. 123-171.
- Márquez, S. (2008). Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutrición Hospitalaria*, 23, 183-190.
- Mazzitelli, D. (s.f.). Abuso sexual y trastornos alimenticios. <http://fundapap.org//>. Visitado el 20 de octubre de 2015.
- Méndez, J; Vázquez, V. y García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista online Mediagraphic*, 65. 579-592.
- Mitchell, J; Devlin, M; Zwaan, M; Crow, S. y Peterson, C. (2008). *Binge-Eating Disorder. Clinical Foundations and Treatment*. Estados Unidos: The Guilford Press, pp.4-5.
- Moreno, M. y Ortiz, G. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27, 181-190.
- Montenegro, E; Blanco, T; Almengor, P. y Pereira, C. (2009). Trastornos alimenticios, ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica. *Revista Electrónica de estudiantes de psicología*, 4, 31-40.
- Muehlenkamp, J. (2012). Body regard in nonsuicidal self-injury: Theoretical explanations and treatment directions. *Journal of cognitive psychotherapy*,

26(4). [http://www. questia.com/library/journal/1P3-2862799821/body-regard-in-nonsuicidal-self-injury-theoretical](http://www.questia.com/library/journal/1P3-2862799821/body-regard-in-nonsuicidal-self-injury-theoretical). Visitado el 10 de enero de 2016.

National Eating Disorders Association, (2012). Consecuencias de salud de los trastornos alimenticios. <https://www.nationaleatingdisorders.org/sites/default/files/ResourceHandouts/Consecuenciasdesaluddelostrastornosalimenticios.pdf>. Visitado el 1 de febrero de 2016.

Noceloni, T. (2013). *Insatisfacción corporal en pacientes con trastornos alimenticios. Un estudio Comparativo*. Tesis de licenciatura, Universidad Abierta Interamericana, México.

Oblitas, A. (2009). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Cengage Learning, pp. 183-185.

Ochoa, I; Espina, A. y Ortego, M. (2006). Un estudio sobre personalidad, ansiedad y depresión en padres de pacientes con un trastorno alimentario. *Clínica y Salud*, 17, pp. 151-170.

Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Madrid, España: Ediciones Morata, pp.193;199-200; 201; 210; 213-223.

Olivares, J; Piqueras, J. y Rosa, A. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18, 207.212.

Orlandini, A. (2012). *El estrés: Qué es y cómo evitarlo*. México: Fondo de Cultura Económica.

Orozco, S. (2013). ¿Influyen el internet, las redes sociales electrónicas y otras herramientas educativas en el desarrollo de anorexia y bulimia nervosas?. *Nutrición Clínica Dietética Hospitalaria*, 33, 38-42.

Ortuño, F. (2010). *Lecciones de psiquiatría*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, p. 507.

- Osorio, L. y Palomino, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en medicina familiar*, 11, 1-2.
- Peñafiel, E. y Serrano, C. (2010). *Habilidades Sociales*. España: Editex, p.17.
- Pérez, J; Valderrama, J; Cervera, G. y Rubio, G. (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, p.371.
- Pérez, J; Valdez, M. y Serrano, S. (2006). *Encuesta Nacional de Juventud 2005. Resultados preliminares*. Centro de Estudios en Investigaciones sobre juventud. México: Instituto Mexicano de la Juventud.
- Pereira, S. J. (2005). *Salud mental, estresores y recursos psicosociales en jóvenes estudiantes en situación de riesgo*. Tesis de licenciatura publicada, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Pineda-García, G; Gómez-Peresmitré, G; Velasco, V; Platas, S. y Áramburo, V. (2014). Riesgo de anorexia y bulimia en función de la ansiedad y la edad de la pubertad en universitarios de Baja California-México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5, 80-90.
- Pino, M., Belchón, M., Sierra, P. y Livianos, L. (2008). *Trastorno bipolar y psicoeducación: desarrollo de un programa para clínicos*. España: Editorial Club Universitario.
- Portela de Santana, M; Ribeiro, H; Mora, M. y Raich, H. (2012). La epidemiológica y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Revista online Nutrición Hospitalaria*, 27, 391-401.
- Porras, H. y Quesada, A. (2009). Personas menores de edad involucrada en conflictos de pareja: implicaciones psicosociales. *Medicina Legal de Costa Rica*, 26, 29-41.

- Poulisis, J. (2011). *Los nuevos trastornos alimentarios: Alcohorexia, Vigorexia, Diabulimia, Pregorexia, Ortorexia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós, pp.67-75.
- Quiles, Y. y Terón, M. (2008). Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40, 259-280.
- Quinn, M. (2009). Cuando comer es una obsesión: diagnóstico y tratamiento del BED (Binge Eating Disorder) o trastorno por atracón. Buenos Aires: Kristal y Librería S.L.
- Quiroga, C. y Cryan, G. (2005). Comprobación de la evolución clínica de la depresión en dos tipos de abordaje terapéutico para adolescentes tardías con trastorno de alimentación. *Fundamentos de Humanidades*. Argentina, Buenos Aires, 6, 103-126.
- Quintanar, F. (2007). Comportamiento Suicida: perfil psicológico y posibilidades de tratamiento. México: Editorial Pax México, pp. 1-6; 17.
- Rafful, C; Medina-Mora, M; Borges, G; Benet, C. y Orozco, R. (2012) Depression, gender and the treatment gap in Mexico. *J Affect Disord*, 138, 35:1-11.
- Redondo, C; Galdó, G. y García, M. (2008). *Atención al Adolescente*. España: Universidad de Cantabria, pp. 307-315.
- Roca, E. (s.f). La Terapia Racional Emotiva (TRE). <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/pagina5.htm>. Visitado el 26 de marzo de 2016.
- Roca, X; Guárdia, J. y Jarne, A. (2012). Las Conductas autolesivas en el ámbito penitenciario. Una revisión del estado del arte, 33, 116-128.
- Roche, R. (2006). *Psicología de la pareja y de la familia: análisis y optimización*. Barcelona, España: Servei de Publicacions, pp. 9-10.
- Rodríguez, M; Gempeler, J; Pérez, V; Solano, S; Meluk, A; Guerrero, E. y Liemann, E. (2007). Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: análisis de narrativas de pacientes con trastornos de comportamiento

- alimentario, trauma y automutilaciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2, 237-254.
- Rodríguez, M. y Guerrero, S. (2005). Frecuencia y fenomenología de las lesiones autoinflingidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34, 333-354.
- Rodríguez, R. (2008). *Prevención primaria de trastornos alimentarios: formación de audiencias críticas y psicoeducación*. Tesis de Maestría Publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rodríguez, R. y Gómez, G. (2007). Prevención de trastornos alimentarios mediante formación de audiencias críticas y psicoeducación: un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 17, 269-276.
- Rodríguez, S. y Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20, 131-137.
- Rodríguez, R. y Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitivo Conductual de los Trastornos Alimenticios*. Buenos Aires: Polemos, pp.177-179; 174-175; 181-183.
- Ruipérez, D. y López, L. (2008). *Mi mente es mi enemigo: testimonios de personas con trastornos psíquicos*. Madrid, España: EDAF del Plata, pp. 241-243.
- Ruiz, A; Vázquez, R; Mancilla, J; Viladrichi, C. y Halley, M. (2013). Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 4, 45-57.
- Ruiz, M; Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual. : Desclee de Brouwer, pp. 82-84; 292-303; 320-351; 414-432.
- Rutzstein, G; Murawski, B; Elizathe, L; Armatta, A; Leonardelli, E; Diez, M; Arana, F; Scappatura, M; Lievendag, L; Miracco, M. y Maglio, A.(2009). Factores de riesgo para trastornos alimentarios en estudiantes de danza. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2, 5-10.

- Salazar, Z. (2007). Imagen corporal femenina y publicidad en revistas. *Revista Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica*, 116, 71-85.
- Sananes, L. (2006). *Alimentación fisiológica: de la alimentación civilizada y la adicción a los alimentos artificiales de la autorregulación de la conducta alimentaria, el metabolismo y el peso*. Buenos Aires, Argentina, Libros en red, pp.189-201.
- Sánchez, B. (2013). *Trastornos de la Conducta Alimentaria, de 18 a 22 años en alumnas de la carrera de psicología en la Universidad Tecnológica Intercontinental del año 2013*. Tesis de licenciatura publicada, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Intercontinental, Paraguay.
- Sánchez, J. (2009). *Un modelo estructural de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados*. Tesis de doctorado publicado, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Sánchez, J; Villareal, M. y Musitu, G. (2010). *Psicología y desordenes alimenticios: un modelo de campo psicosocial*. México: Tendencias.
- Sauan, D. (2009). El abuso sexual desde la Psicoterapia Breve. En A. V. Losada (Comp.), *Nuevos aportes al Abuso Sexual Infantil*. Buenos Aires: Ricardo Vergara.
- Saucedo, T; Peña, A; Fernández, T; García, A; y Jiménez, R. (2010). *Revista Médica UV*, 17-23.
- Secretaria de Salud. (2014). *Depresión y suicidio en México*. <http://www.spps.gob.mx/avisos/869-depresion-y-suicidio-mexico.html>. Visitado el 2 de diciembre de 2015.
- Serra, M. (2013). *Comunicación y lenguaje, la nueva neuropsicología cognitiva II*. Barcelona: Publicacions i Edicions, p. 642.
- Silva, C. y Sánchez, J. (2006). Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 23, 173-183.

- Silvestri, E. y Stavile, A. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad: importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. Tesis de posgrado publicada, Universidad Favaloro, Argentina.
- Solano, N. y Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo. *Psicothema*, 24, 384-389.
- Soldado, M. (2006). Prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 4, 336-347.
- Souccar, T. (2006). *La guía de los nuevos estimulantes*. Barcelona, España: Editorial Paidotribo, pp. 27-35.
- Steven, G. (2014). *¿Qué hacer cuando los adolescentes luchan con desórdenes alimenticios?*. Miami, Florida: Editorial Vida.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Madrid, España: Ariel, pp.18-28.
- Toro, J. y Artigas, M. (2013). *Vencer a la anorexia. El cuerpo como enemigo*. Madrid, España: Plataforma Editorial, p. 21.
- Trejo, P; Castro, D; Facio, A; Mollinedo, F. y Valdez, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al índice de masa corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26, 144-154.
- Tucci, S. (2008). Grelina en regulación del apetito y papel en obesidad y trastornos alimentarios: abordajes terapéuticos. Revisión. *Revista Venez Endocrinol Metab*, 6, 15-23.
- UNICEF. (s.f.). Salud y Nutrición. <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>. Visitado el 15 de octubre de 2015.
- Uribe, J. (2007). *Anorexia. Los factores socioculturales de riesgo*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, pp. 168-172.
- Urzúa, A; Castro, S; Lillo, A. y Leal, C. (2009). Evaluación de los trastornos alimentarios: propiedades psicométricas del Test EDI-2 en adolescentes

- escolarizados de 13 a 18 años. *Revista Chilena de Nutrición*, 36, 1063-1073.
- Valdez, B. (2014). Casos de Anorexia y Bulimia subieron 700% en 5 años. Noticia extraída del periódico Milenio http://www.milenio.com/cultura/Casos-anorexia-bulimia-subieron-anos_0_310168988.html. Visitado el 26 de abril de 2016.
- Vargas, M. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX*, 607, 475-482.
- Vargas, J. & Ibáñez, J. (2006). *Solucionando los problemas de pareja y familia. Fundamentos teóricos y alternativas de solución a los conflictos desde la perspectiva del vínculo*, México: Editorial Pax México, p. 15.
- Vázquez, A; Ruíz, M; Álvarez, R; Mancilla, M. y Tena S. (2010). Percepción del funcionamiento familiar de mujeres con trastorno del comportamiento alimentario. *Psicología Conductual*, 18, 105-117.
- Vázquez, R; López, X; Álvarez, G; Franco, K. y Mancilla, J. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, 12, 415-427.
- Vega, V; Piccini, M; Barrionuevo, J. y Tocci, R. (2009). Depresión y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. *Universidad de Buenos Aires*, 16, 103-114.
- Vega, V. y Roitman, D. (2014). Implementación de un dispositivo interdisciplinario para el tratamiento de los TCA en la adolescencia. *Programas de Investigación Décimo encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur*. Buenos Aires, 72-76.
- Vidovic, V; Juresa, V; Begovac, I; Mahnik, M. y Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 19-28.

- Villarroel, J; Jerez, S; Montenegro, M; Montes, M; Igor, M. y Silva, H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte, conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 51, 38-45.
- Weitzner, A. (2007). *El ABC de los desórdenes alimenticios. Guía práctica para adolescentes*. México: Editorial Pax México, pp. 32-34; 47-50.
- Weitzner, A (2008). *Ayudando a personas con anorexia y bulimia y comer compulsivo*. México: Editorial Pax México, p. 63.
- Ybarra, J; Sánchez, J. y Piña, J. (2011). *Trastornos y enfermedades crónicas. Una aproximación psicológica*. México: Editorial El Manual Moderno, pp. 24-26.