



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**TEORÍA Y TRATAMIENTO COGNITIVO-
CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
Y DE LA INGESTA DE ALIMENTOS: ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

LEONOR MONTSERRAT SOLANO CASTILLO

Director: Mtro. **OSCAR IVAN NEGRETE RODRIGUEZ**

Dictaminadores: Dr. **JUAN MANUEL MANCILLA DIAZ**

Mtra. **CLAUDIA ELISA CANTO MAYA**





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.

A mi casa de estudios, mi bella Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM, quien me abrió sus puertas permitiéndome ser parte del sueño universitario, permitiéndome ser parte de ella, de todo lo que implica ser integrante de esta máxima casa de estudios.

A mi tutor, que sin importar el tiempo me ha apoyado en todo momento, con tolerancia y dedicación.

A mis asesores que me confiaron en mí, y me dieron la oportunidad de ser parte de esto.

Especial agradecimiento:

A ti que me diste la vida, que me sacaste adelante sola, que a pesar de todo siempre ha confiado en mí y me brindas tú apoyo y amor incondicional, a ti por estar siempre a mi lado mamá.

A ti amor de mi vida Jesús González, mi novio, confidente, amigo, cómplice, todo. Con quien he llorado y reído, que me toma de la mano en las buenas y en las malas.

A mis hermanos y hermanas que me dan su cariño sincero y momentos de alegrías.

A ustedes tíos: Manuel, Juvenal, Alejandro, César, a ustedes tías y segundas madres Angélica, Caro y Male que en todo momento nos han dado su apoyo a mi mamá, hermano y a mí.

A mis amigos que a pesar de cualquier cosa han estado conmigo y me han escuchado.

A él, a mi padre, que aunque físicamente no está, siempre está y estará en mi corazón, acompañándome a cada instante.

A ella mi abuelita linda que con su bendición y fe me acompañó a hacer mi examen de ingreso a esta casa de estudios y en esa oportunidad fui aceptada y me incorpore a la UNAM; a él, mi abuelito que alado de ella desde donde están me bendicen.

Todo mi amor, los quiero por siempre!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1: ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS ASOCIADOS A LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA	8
1.1 Antecedentes y aproximaciones teóricas en el estudio de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.....	10
1.2 Teoría cognitivo-conductual.....	18
1.3 Definición de Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos	25
1.4 Criterios diagnósticos: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa	26
1.4.1 Anorexia nerviosa.....	26
1.4.2 Bulimia nerviosa.....	29
1.5 Datos epidemiológicos	31
CAPÍTULO 2: ETIOLOGÍA Y MANIFESTACIONES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	36
2.1 Factores biológicos.....	38
2. 1. 1 Factores asociados al sexo	41
2.1.2 Factores madurativos.....	42
2.1.3 Sistema dopaminérgico.....	43
2.1.4 Oxitocina y vasopresina.....	44
2.2 Factores psicológicos.....	44
2.2.1 Conductas de control de peso.....	46
2.2.2 Autoestima	49
2.2.3 Factores asociados a la anorexia y bulimia nerviosa	50
2.3 Factores socioculturales.....	51
2.3.1 Factores socioculturales que inciden en la imagen corporal	52
2.3.2 Interiorización de la figura corporal ideal	54
2.3.3 Influencias de los medios de comunicación.....	55
2.3.4 Influencia de las relaciones interpersonales	56
2. 4 Síntomas físicos de los Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa	58

2.4.1 Síntomas físicos en la anorexia nerviosa.....	59
2.4.2 Síntomas físicos en la bulimia nerviosa.....	60
2.5 Síntomas psicológicos	61
CAPÍTULO 3: ESTRATEGIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ASOCIADOS A LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA, BULIMIA NERVIOSA	64
3.1 Tratamiento cognitivo-conductual en la atención de los trastornos de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos.....	69
3.2 Estrategias cognitivo-conductuales en la atención de la anorexia nerviosa.....	72
3.2.1 Terapia de grupo	75
3.2.2 Terapia familiar	76
3.3 Estrategias cognitivo-conductuales en la atención de la bulimia nerviosa.....	77
3.3.1 Estrategia de exposición y prevención de respuesta.....	82
3.3.2 Terapia de familia: grupos de padres.....	83
3.3.3 Comunitario o grupos de ayuda.....	85
3.4 Estrategias cognitivo-conductuales en la atención de otros trastornos de la conducta alimentaria.	86
Cuando se diagnostica una enfermedad a una persona que forma parte de un círculo familiar estremece a todos los miembros, cambia hábitos, roles y responsabilidades en la familia. Para el tratamiento de los trastornos alimenticios, la teoría cognitivo conductual une el pensamiento y la conducta de forma congruente, focalizándose en la orientación para que el paciente modifique actitudes, creencias y conductas determinadas por las experiencia, aprendizaje u observación (Ibáñez & Manzanera, 2012).	86
3.5 Comorbilidad de los Trastornos de la conducta alimenticia.....	90
CONCLUSIONES.....	94
REFERENCIAS	99

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del comportamiento son los principales motivos de consulta de causa no orgánica en los servicios de salud y de consumo, y de utilización de recursos sociales en la infancia. Muchas situaciones contextuales, consideraciones temperamentales o genéticas, etc. pueden producir comportamientos no adecuados a las normas sociales o a los derechos de las demás personas. Sin embargo, la denominación “trastorno del comportamiento” se debe reservar para las ocasiones en las que exista una entidad clínica definida. Los trastornos del comportamiento más frecuentes son el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno Disocial y los Trastornos alimenticios (Rodríguez, Santamaría & Figueroa, 2010).

En relación a los Trastornos Alimenticios existen relevantes y delimitados síndromes psiquiátricos multidimensionales que conforman el hábito de comer como la anorexia y bulimia nerviosa, estos síndromes pueden estar relacionados entre sí debido a que comparten ciertos rasgos clínicos y al mismo tiempo, muchas pacientes cambian de una constelación sindromática a otra durante la evolución del desorden.

La anorexia nerviosa (AN) se caracteriza por el rechazo a mantener un peso corporal dentro de los límites normales, esta pérdida inducida o mantenida por la propia persona, alcanza al menos, el 20-25% del peso original y el habitual para su edad, constitución y altura. De acuerdo con De la Serna (2008) la anorexia nerviosa es considerada una enfermedad “moderna”, sin embargo y a finales del siglo XVII (1689) el inglés Morton describe el caso de una joven que sufría este trastorno y que muere, y de un varón de 16 años que se recupera (Morton, 1689). El nombre de anorexia procede de Gull quien describe la enfermedad entre 1873 y 1874, en principio, Gull empleaba los términos *asepsia histérica* pero no le satisface y piensa que sería más adecuado llamarlo *anorexia* señalando que la mayoría de las

personas que padecían tal enfermedad eran mujeres, aunque también ocurre en varones y que las edades en la cuales se presentaba más frecuentemente era entre los 16 y 25 años.

Por otro lado la bulimia nerviosa es una compulsión a ingerir regularmente enormes cantidades de comida durante un corto periodo de tiempo, dos horas o menos (De la Serna, 2008). La aparición del concepto de bulimia es tardío, en un principio fue considerada un síntoma, posteriormente un síndrome y finalmente hacia 1978-1979 una enfermedad independiente. En 1979 Russell define el cuadro característico- habla de orgía alimentaria- y la contempla como una variante de anorexia ominosa en su evolución, este autor la distingue más por el deseo de ayunar que por el deseo de comer y purgarse. En dicho trabajo describe la clínica de 30 paciente, de las cuales 17 tenían historia previa de anorexia nerviosa, 6 no la tenían y en 7 casos resultaba dudosa; señala que el peso de la persona enferma es casi normal, se muestra más activa sexualmente que la anoréxica, puede tener la regla y a veces sufre sintomatología depresiva con riesgo de suicidio. En la descripción de este proceso, se pasa de hablar de hiperfagia con vómitos a bulimarexia y por fin de bulimia y bulimia nerviosa (Russell, 1979).

Siendo que este tipo de trastornos se cuentan entre los trastornos del comportamiento de mayor letalidad, la rápida expansión social que han demostrado hace que actualmente sean reconocidos a nivel mundial “como un problema de salud pública que requiere ser estudiado y atendido de manera específica con urgencia cada vez mayor” (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [CNEGSR], 2004, p.7). Debido a la gran dificultad que representa delimitar las causas de este tipo de trastornos muchas de las investigaciones más recientes sobre el tema estudian en la población general, las denominadas Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) son aquellas poco saludables pero aisladas o no suficientemente recurrentes para establecer un diagnóstico de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) (Altamirano, Vizmanos, & Unikel,

2011; Ochoa, 2011; Unikel Santoncini, Bojórquez-Chapela, & Carreño-García, 2004).

Los resultados son dignos de considerar cuando se apunta a la prevención, ya que algunas fuentes señalan que las CAR son el punto intermedio de un continuo donde en un extremo se ubican las conductas alimentarias saludables y en el otro, los trastornos de la alimentación (Altamirano, Vizmanos & Unikel, 2011). Estudios poblacionales realizados entre 2008 y 2011 en Estados Unidos, España y México, revelan que alrededor de 10-15% de las mujeres adolescentes y 3-8% de los varones adolescentes refieren incurrir en CAR tales como ingerir grandes cantidades de comida y luego inducirse el vómito, utilizar laxantes u otros fármacos para perder o controlar su peso (López-Guimerà, Sánchez Carracedo & Fauquet, 2011).

En México, las cifras reflejan que la prevalencia de la Anorexia Nerviosa (AN) entre la población general varía de 0.5 a 1.5%, mientras que la Bulimia Nerviosa (BN) alcanza 3% (CNEGSR, 2004). Tradicionalmente, la presencia de tales afecciones ha demostrado tener un importante sesgo de género, siendo las mujeres el grupo más susceptible de padecerlos, siendo importante señalar que en los últimos años ha aumentado la presencia de estas enfermedades en los hombres (Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda & Muñoz, 2003; Monterrosa-Castro, Boneu Yépez, Muñoz-Méndez, & Almanza-Obredor, 2012 y Toro, 1996). El aumento y presencia de casos de anorexia y bulimia tanto en hombres como en mujeres ha llegado a cobrar la vida de muchas de ellas, sin embargo la sociedad desconoce las características de estos trastornos y sus consecuencias dejando de lado medidas que puedan prevenir y ayudar en el proceso de recuperación de la anorexia y bulimia.

Debido a que durante la revisión bibliográfica y hemerográfica no se encontró un documento que sintetizara las estrategias cognitivo conductuales para la anorexia y bulimia nerviosa, el objetivo del presente trabajo es que los lectores interesados en dicho tema, conozcan los antecedentes, las aproximaciones teóricas que se han

enfocado al estudio de los trastornos alimenticios principalmente la perspectiva cognitivo conductual, las características de la anorexia y bulimia, sus síntomas, trastornos asociados a las mismas y los tratamientos cognitivo conductuales que se han implementado en el proceso de recuperación de estos trastornos alimenticios, permitiendo al lector conocer y prevenir los trastornos y aplicar el tratamiento adecuado para cada caso de anorexia y bulimia nerviosa.

Con base en lo anterior los objetivos específicos del presente trabajo son:

- Describir las distintas aproximaciones teóricas que han estudiado la anorexia y la bulimia nerviosa principalmente la perspectiva cognitivo conductual.
- Describir la etiología de la anorexia y la bulimia, al igual que su sintomatología conductual, fisiológica y cognitiva.
- Describir las estrategias cognitivo conductuales de intervención desarrolladas para el tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosa.
- Describir los trastornos asociados a la presencia de anorexia y bulimia (comorbilidad).

Conocer las características de los trastornos alimenticios: anorexia y bulimia es importante no sólo para las personas que los padecen o para los familiares de las mismas sino para todas aquellas personas que están interesadas en conocer acerca de estos trastornos que con el paso del tiempo han ido en aumento y a pesar de ello no son considerados como un problema de salud en nuestro país; por lo tanto se invita al lector a revisar y adentrarse a este tema del cual querrán conocer más.

En el primer capítulo nos enfocaremos en conocer los antecedentes históricos en el estudio de la anorexia y bulimia, posteriormente se abordaran de forma breve las aproximaciones teóricas que se han dedicado al estudio de dichos trastornos tales como la psicodinámica la cual hace hincapié en la importancia de los motivos, emociones y otras fuerzas internas, mencionando que la personalidad se desarrolla a medida que los conflictos psicológicos se resuelven, por lo general, durante la niñez; para continuar con la teoría sistémica la cual tiene como elemento central las

interacciones de los elementos dentro de un sistema, incluyendo sus relaciones, sus estructuras y su interdependencia, principalmente el sistema familiar el cual tiene influencia en cada uno de los miembros de la misma.

La última perspectiva que se abordará de forma específica y más detallada es la perspectiva cognitivo conductual la cual se centra en los pensamientos que llevan a las personas a comportarse de tal manera, centrándose en el cambio de aquellas ideas irracionales que provoquen o mantengan trastornos como la anorexia y bulimia. En la última parte de este capítulo se describirá la definición de los trastornos del comportamiento alimentario e ingesta de alimentos, así como los criterios diagnósticos de la anorexia y bulimia nerviosa, mencionando posteriormente los datos epidemiológicos de cada uno de los trastornos mencionados.

Los trastornos de la personalidad son originados por uno o por diversos factores que influyen o determinan la presencia de los mismos; en el caso de los trastornos de la alimentación, estos pueden originados por múltiples factores.

En nuestro segundo capítulo atendemos los factores de la anorexia y bulimia nerviosa: biológicos los cuales señalan que los procesos orgánicos especialmente los que lleva a cabo el hipotálamo y la hormona grelina se ven afectados provocando que las personas estén propensas a padecer anorexia o bulimia. Los factores psicológicos tales como: la imagen corporal, insatisfacción corporal, distorsiones cognitivas alteran la forma en como nos sentimos y como percibimos nuestro cuerpo; por último los factores sociales como los medios de comunicación, los amigos, familia, etc. Estos pueden influir en el querer ser delgado debido a que la sociedad ha marcado estándares de belleza los mismos que dicen que el ser delgado es sinónimo de salud, normalidad y por tanto ser aceptado por la sociedad.

En cuanto a las manifestaciones físicas en la anorexia y en la bulimia suelen ser parecidas: problemas cardiacos, respiratorios, deficiencia de calcio en dientes y huesos, cefaleas, pérdida de cabello, problemas en la piel, etc. Sin embargo la

bulimia además de presentar dichas manifestaciones, una característica importante es que es esófago, y el estómago se encuentran altamente dañados por los vómitos que se provocan las personas con este trastorno, además que la menstruación al contrario de la anorexia si se sigue presentando. Por otro lado las manifestaciones psicológicas en anorexia y bulimia pueden ser: depresión, estrés, angustia, culpa en la anorexia por no bajar de peso y en el caso de la bulimia por comer provocándose de tal forma, el vómito.

En el inicio del tercer y último capítulo del presente trabajo se abordará tres principales fases de tratamiento; régimen de ingreso, el hospital de día y por último el tratamiento ambulatorio. Posteriormente se describirá de forma general la importancia y eficacia del tratamiento cognitivo conductual para los trastornos de la alimentación dando pie de forma más detallada a las estrategias de la misma perspectiva aplicadas en el tratamiento de la anorexia y la bulimia nerviosa.

Las estrategias cognitivo-conductuales ayudan a las pacientes mediante la reestructuración cognitiva, es decir, cambiar aquellos pensamientos negativos por positivos no sólo en cuanto a la enfermedad sino en cuanto a ellas mismas por ejemplo en vez de decir “no puedo”, cambiar esta idea irracional por un “sí puedo”; otra estrategia de intervención son los grupos de ayuda, regularmente y como el nombre lo dice la paciente asiste con un grupo de personas que padecen los mismos trastornos y al sentirse identificada con otras personas podrá ayudar en su recuperación, otro grupo de ayuda es la familia y amigos, debido a que cuando los pacientes se sienten apoyados por sus seres queridos les será más fácil entender el trastorno que padecen así como darle batalla ya sea a la anorexia y/o bulimia y lograr tener una calidad de vida.

Los desórdenes emocionales tales como la ansiedad, estrés y depresión son los más citados en relación con los trastornos alimenticios, no obstante existe la interrogante de si el la depresión, el estrés y la ansiedad se anteponen o causan el trastorno alimenticio o es más bien, este tipo de trastornos son una consecuencia

del trastorno de la ingesta. Además durante la anorexia y bulimia aparecen otros trastornos tanto conductuales como cognitivos que alteran el funcionamiento físico y mental de las personas quienes los padecen.

Por último en la parte final del tercer capítulo se hará mención de los trastornos asociados a la anorexia y bulimia como la depresión, ansiedad y estrés; la primera de ellas es entendida desde la óptica de Aaron Beck como un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos; en la ansiedad, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro, que tienen un valor obvio para la propia supervivencia y el estrés es el conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se enfrenta a una situación percibida como amenazante (Naranjo, 2009).

Por otro lado los trastornos conductuales y cognitivos asociados a la anorexia y bulimia pueden dar a notar que una persona padece estos trastornos, debido a que las o los pacientes se aíslan de los demás, se vuelven conocedores de las calorías que contienen los alimentos, se pesan con frecuencia, regularmente están de mal humor, y en cuanto a las cogniciones, estas son irracionales puesto que las personas creen que son gordas, que nadie las quiere por lo mismo, se sienten culpables por no lograr su cometido de bajar de peso, y piensan que ellas son o serán bonitas solo logrando ser delgadas.

La anorexia y bulimia son trastornos alimenticios que merecen especial atención debido a que su prevalencia va en aumento y conocer acerca de ellos podrá permitir la prevención o mejora en los tratamientos de los mismos.

CAPÍTULO 1: ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS ASOCIADOS A LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

El ser humano a lo largo de su vida, se enfrenta a experiencias positivas y negativas que van formando su personalidad; estas experiencias pueden estar inmersas en un contexto social, familiar, psicológico o biológico.

Relacionado con lo anterior la conducta, los pensamientos y emociones del ser humano han llamado la atención de los investigadores y llevado a su estudio para tratar de explicar cuáles y debido a que los seres humanos nos comportamos de cierta forma; como las investigaciones acerca de los factores, síntomas, tratamiento y prevención de los trastornos mentales.

De acuerdo con el DMS-V (2013) un trastorno mental es un síndrome que se caracteriza por la presencia de una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de la persona que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.

Regularmente los trastornos mentales están asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental.

Los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, han sido un problema de salud de gran prevalencia a finales del siglo XX y comienzos del XXI. De acuerdo con Baile y González (2012) dichos comportamientos atípicos fueron inicialmente descritos en el siglo XIX, adquiriendo entidad psicopatológica a partir de la década de los sesenta, considerándose trastornos “modernos” asociados a un excesivo culto al cuerpo y deificación de la delgadez, características de nuestra sociedad actual. Sin embargo, tales problemas de salud se han presentado en la sociedad desde hace siglos.

De acuerdo con Bell, (1985) en la literatura se cita el artículo “*Phthisiologia: or a Treatise of Consumptions*” de Richard Morton publicado en 1694, como la primera descripción clara de la anorexia nerviosa. Dicho artículo describe el caso de una joven de 20 años que padecía lo que Morton denominó “*consunción nerviosa*” y fue tratada en el año 1686. Morton describe que la paciente rechazó la indicación médica (combinaciones de sales, agua y tónicos) y tres meses más tarde perdió el conocimiento y murió. Este médico del siglo XVII fue el primero en señalar concretamente varios de los síntomas típicos de la anorexia nerviosa, tales como: disminución del apetito y la consiguiente pérdida de peso, que no se acompañaba de los síntomas típicos de la consunción que eran fiebre y tos, sosteniendo que estos síntomas se debían a “inquietudes y pasiones de la mente”.

Rutzstein (2009) menciona que desde el siglo XVII han ido apareciendo artículos en la literatura científica sobre la descripción de casos, la mayoría de mujeres jóvenes que pierden mucho peso y se enferman a causa del rechazo hacia la comida, debido a esto las personas que ayunan han sido motivo de fascinación y estudio por muchos años. Pero el reconocimiento específico y la individualización de la anorexia nerviosa le corresponde al siglo XIX, Sir William Gull en Londres en 1874 y Charles Lasègue en París en 1873 publicaron en forma independiente un número de casos de rechazo hacia la alimentación que claramente se reconocen como las primeras

descripciones clínicas de la anorexia nerviosa. Si bien los autores han enfatizado diferentes aspectos de la enfermedad, se afirma que los rasgos centrales descriptos aún se mantienen.

La literatura publicada en el siglo XIX se concentraba en el tratamiento del síntoma primario de la anorexia nerviosa: la restricción alimentaria describiendo una serie de métodos para obligar a alguien a comer contra su voluntad, señalando que la intervención médica consistía fundamentalmente en “la realimentación vigilada”, es decir hacer ganar un máximo de kilos en un mínimo de tiempo.

1.1 Antecedentes y aproximaciones teóricas en el estudio de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

En la psicología existen perspectivas que de acuerdo a su teoría y objetivo en particular estudian los sentimientos, pensamientos, emociones y el comportamiento humano. En el caso de los Trastornos alimenticios son tres las perspectivas principales que han mostrado el interés y se han encargado de su estudio: psicoanalítica, sistémica y cognitivo-conductual.

En primer lugar las explicaciones psicoanalíticas se remontan a los estudios de Pierre Janet, en las que la anorexia era considerada como una crisis conversiva o de naturaleza histérica y/o melancólica. Posteriormente Sigmund Freud propuso una regresión psicosexual, en las que simbólicamente se expresa un repudio a la sexualidad, lo que origina la anorexia nerviosa, a partir de la incapacidad de enfrentarse a las demandas de la madurez genital, por lo que la persona tiene una regresión a la etapa oral. En cuanto a la bulimia nerviosa, es la incapacidad de expresar o admitir el deseo lo que conlleva a simbolizar el atracón con el acto sexual. En otros casos plantea que existe un rechazo a la feminidad, por temor a no poder ser lo suficientemente atractiva sexualmente (French, 1999).

Otra explicación psicoanalítica es el conflicto del yo y la ansiedad reprimida, Bruch (1973) indica que la anorexia nerviosa se remota a un déficit del sentido de sí mismo y en la noción del funcionamiento autónomo desde la infancia. En el caso de la bulimia, el conflicto del yo con el ello y la ansiedad reprimida surgen como consecuencia de la sobre identificación con los valores femeninos tradicionales, lo que origina frustración y culpa (French, 1999).

Por otro lado el enfoque psicoanalítico busca generar modelos explicativos de la aparición y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Al interior de la teoría Díaz, y Cruzat (2011) expresan que la figura materna ha tenido un papel protagónico, describiéndose una madre que falla en la relación temprana y primitiva con su hija.

Estas teorías aluden a la dificultad que presenta la niña en realizar una verdadera separación e independencia de la madre quedando atrapada en una vinculación altamente asfixiante. La madre favorece reacciones regresivas y retira el afecto cuando la hija manifiesta autonomía, quedando representada en el síntoma, el carácter regresivo de dicha relación. Además la hija representa para la madre un objeto que reemplaza y compensa sus propias carencias afectivas (Bruch, 2001; Dörr, 1997; Espina, 2005; Long & Rodríguez, 2002; Masterson, 1978; Selvini, 1985).

El alimento pasa a representar a la madre, siendo tragado y vomitado, en representación de la dificultad que tiene la niña de incorporarla, como la que satisface las necesidades de afecto y protección, no pudiendo integrar aspectos idealizados y devaluados de ella, transformándose en un objeto persecutorio, situándose el conflicto en la fase oral del desarrollo psicosexual (Gabbard, 2002).

Por otra parte se relaciona a la anorexia con un desbalance narcisista que se expresa en las mujeres al llegar al período de la adolescencia, y la sobrevaloración social que se le da a la imagen corporal como forma de compensar dicho desequilibrio (Bleichmar, 2000). Además se vincula a la anorexia con el desarrollo

de identificaciones sexuales alteradas, y en último término, problemas con la femineidad y la maternidad (Fendrik, 2003).

Guzmán, Hitelman y Kaplan, (2009) plantean que la problemática de las pacientes anoréxicas en torno al padre es la dificultad de realizar de manera completa una identificación con algunas de sus funciones, entendidas también como masculinas. Esto genera un vacío que le impide la simbolización y la identificación con aquellos aspectos que le permitan sentirse alguien con agencia, deseo y control de algo más allá de su propio cuerpo y que le permita enfrentarse al mundo externo. El problema se plantea en tanto que la figura paterna aparece como incapaz de reconocer a su hija como sujeto de identificación en sus rasgos femeninos.

De las Casas (2009) describe la necesidad de la presencia del padre para sostener a la hija y brindarse a sí mismo como objeto de amor cumpliendo en el Edipo el papel de un tercero impidiendo así que la hija vuelva a la relación pre-edípica con su madre, favoreciendo su crecimiento y potencialidad sexual. Lo que no se menciona es cómo el padre llega a cumplir ese rol en el Edipo y si su presencia previa se relaciona con la constitución del trastorno.

Específicamente, y al interior del psicoanálisis, Bleichmar (2000) vincula la temática del abuso sexual infantil con la anorexia nerviosa, plantea que dado que el abuso es una experiencia traumática, la sintomatología anoréxica sería una expresión del deseo de hacer desaparecer el cuerpo sexualizado de la niña-mujer ante la mirada del otro masculino. Por ello, en este caso el padre no puede cumplir la función de amortiguar las ansiedades y angustias ligadas a la sexualidad de su hija. Además es importante la mirada del padre para implantar la heterosexualidad femenina. Ante esto expone que el padre se hace presente en la relación intersubjetiva con la niña a través del descubrimiento, por parte de la niña, de la mirada seductora del padre-adulto. Es posible pensar que la diferencia anatómica de los sexos favorezca desde el principio una diferencia, en tanto la mirada del padre está desvinculada de los cuidados propios de la supervivencia y tiene un carácter puramente sexual.

De acuerdo con Bleichmar (2000) queda instalada en la subjetividad de la niña el carácter provocador de su propio cuerpo. Lo traumático de dicha relación puede llegar a ser que a pesar de que la niña se instala como objeto pasivo de la mirada del otro, queda codificado en su mente como si ella activara la mirada del padre, posicionándose en el lugar de ser causa del deseo del otro. Esta implantación de significado, como el cuerpo que provoca la mirada del otro, puede crear la sensación de quedar desnuda ante el otro y confundir los espacios públicos y privados al interior de su mente. Esta sensación de ser mirada se transforma en algo excitante y persecutorio a la vez, por lo que para poder dejarse ver la niña debe reprimir el significado sexual de su cuerpo.

La importancia del padre en el período pre-edípico del desarrollo de la niña aparece cuando le asigna valor como objeto de relevo para compensar las frustraciones que la cría ha vivido con el pecho de la madre. Sin embargo, para que esta función se cumpla a cabalidad, el padre debe estar dispuesto a querer y ser querido por su hija, y dicha función es más relevante para la niña que para el varón (Klein, 2005).

Tomando en cuenta lo anterior la función del padre para el desarrollo sexual femenino y la configuración de la imagen corporal de la mujer es central entendiendo que al faltar la cualidad de su mirada en la paciente anoréxica, la niña no logra organizar su goce en torno a su propia sexualidad, quedando un cuerpo lleno de angustias y misterios que la niña no logra resolver o integrar, por lo que queda atrapada en su propio cuerpo (Espina, 2005). El supuesto es que la mirada panorámica del padre sobre el cuerpo de la hija-niña-mujer, facilitaría la relación de la niña con su cuerpo, su deseo y su sexo, en la medida en que esta mirada permite la organización e integración de las vivencias internas de la niña, transformándolas en algo abordable, no peligroso y por lo tanto, placenteras.

Otra de las posturas teóricas que ha estudiado los trastornos de la conducta alimenticia es la perspectiva sistémica muchos estudios realizados con familias

desde esta perspectiva han demostrado que los trastornos alimenticios son patologías influidas por factores genéticos, psicológicos y ambientales, los cuales se abordan desde una teoría psicosocial (Bulik, 2005; Field, Javaras, Aneja, Kitos, Camargo, Taylor & Laird, 2008). Específicamente en el contexto familiar, los intentos de los padres por controlar su propia conducta alimentaria y la de sus hijos interactúan recíprocamente con las predisposiciones genéticas que determinan las diferencias individuales. Debido a que en la familia la conducta de cada individuo está relacionada con la de los otros, los cambios favorables o desfavorables en el miembro de la familia identificado como “enfermo” ejercen efectos sobre la salud psicológica y física de la familia completa (Birch y Davison, 2001).

Minuchin (1979) demostró que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar conduce en concreto a la aparición y mantenimiento de los trastornos del comportamiento alimentario. Los miembros de este tipo de familias se encuentran inmersos en patrones de interacción familiar en los que los síntomas de la hija con trastornos alimenticios desempeñan un papel central que evita tener que abordar el verdadero conflicto subyacente, y así el trastorno mantiene en cierta forma el precario equilibrio familiar.

Esta familia “psicosomática” se caracteriza por una estructura de elevada implicación interpersonal, sobreprotectora, rígida y que evita conflictos (Minuchin, 1979), que aunque se manifieste de diferentes modos, el defecto reside en la interacción íntima de la relación temprana entre el niño y sus padres.

Antes de la década de los setenta, los trastornos alimentarios eran considerados como enfermedades psicosomáticas y el tratamiento de los mismos no incluía a la familia. Con el surgimiento de las terapias sistémicas el abordaje terapéutico se modifica, debido a que en este nuevo enfoque se busca vincular al síntoma con el entorno y así dar lugar a la familia para que esta participe en el proceso de solución del conflicto. Bajo la Teoría General de los Sistemas, los síntomas son vistos como

parte de las interacciones que se dan en sistema familiar. Losada (2011) afirma que no tener en cuenta la correspondencia entre el síntoma y el contexto puede beneficiar la cronificación de la patología en donde el cuerpo sería la representación del descontento familiar.

Los trastornos de la conducta alimentaria son de etiología múltiple, donde varios factores interactúan simultáneamente para el desarrollo de los mismos. La familia es uno de ellos, por eso resulta fundamental incorporar en el estudio y análisis al círculo familiar del individuo que padece la patología (Cruzat, Ramírez, Melipillán & Marzolo, 2008). Desde la perspectiva sistémica, la familia no puede ser comprendida sin incluir su historia, mandatos, patrones de adaptación generacionales que construyen a los mitos, creencias y expectativas y que a su vez influyen en la forma de percepción de una crisis y en la búsqueda de soluciones de la misma (Losada, 2009).

El sistema familiar se encuentra expuesto a continuas modificaciones tanto por hechos estresantes normales como por sucesos no normativos o impredecibles; así es como debe desarrollar nuevas estrategias y modos de relación que sean acordes a las nuevas necesidades. De esta forma, la teoría sistémica sostiene que las dificultades familiares aparecen cuando una familia no ha podido solucionar y afrontar las tareas evolutivas normales así como adaptarse a los nuevos requerimientos que el sistema exige (Martínez, 2011).

Uno de los primeros terapeutas sistémicos que incluyó a la familia en el tratamiento fue Minuchin (1979) quien planteó que los trastornos de la conducta alimentaria incluyen una interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales y que para entender las patologías es necesario ubicarlas en el contexto familiar, en el de patrones comportamentales que involucran interrelaciones entre los miembros de la estructura. Minuchin describe el síntoma como una resultado razonable de una falla en la estructura familiar, explicada a través de términos como son la confusión de

roles y jerarquías, alianzas o coaliciones entre los subsistemas y un deterioro de las funciones ejecutivas.

Minuchin con su Modelo Estructural y por otro lado Selvini Palazzoli con el Modelo de Milán, incluyeron a los miembros familiares en el abordaje de los pacientes con trastornos en la conducta alimentaria (Cruzat, Ramírez, Melipillán & Marzolo, 2008). Estos autores en sus enfoques conceptualizaron el término de familias “psicosomáticas” (Minuchin, 1979; Cook Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005) o “anorexígenas” (Selvini, 1974; Cook-Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005) señalando que estas familias tienen patrones disfuncionales específicos que contribuyen al desarrollo y mantenimiento del trastorno. Algunas pautas son la fusión y rigidez en la familia, la dedicación al autosacrificio y la lealtad grupal.

Minuchin desarrolló un modelo estructural familiar identificando cinco características predominantes de interacción en estas familias psicosomáticas destacando la tendencia de las familias con un miembro anoréxico a apoyar la expresión somática de los conflictos, encuadrándolas dentro del perfil de las familias psicosomáticas: en primer lugar el aglutinamiento o hiperimplicación entre los miembros de la familia transgrediendo los límites generacionales posteriormente la sobreprotección reflejada en el alto nivel de preocupación del bienestar de los miembros entre sí retrasando el desarrollo de autonomía de los hijos; la rigidez reflejada en el hecho de mantener el estado sin permitir cambios necesarios para la evolución y desarrollo; la evitación del conflicto y por último la implicación del hijo sintomático en conflictos maritales (Losada & Whittingslow, 2013; Rodríguez, 1996).

En este último punto, Minuchin describe tres diferentes modos posibles en los cuales esto puede suceder: el primero es llamado *triangulación* y consiste en la mala interpretación de las conductas del hijo por parte de los padres en donde cualquier cosa que el hijo realice o exprese es considerada como una toma de partido a favor de alguno de los dos padres. Otras veces el hijo se encuentra en una coalición

estable con alguno de los dos padres, generando así como una especie de bloque en contra del otro padre. El tercer patrón es el denominado *desviación*, en donde los cónyuges se encuentran unidos con el objetivo de cuidar o culpar al hijo considerándolo como el problema que existe en la familia (Cook-Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005, y Losada, 2011).

Selvini Palazzoli menciona algunos factores que caracterizan a las familias anorexígenas: una ética de autosacrificio, el rechazo del liderazgo por parte de los padres, la necesidad de lograr cohesión familiar negando necesidades individuales a través de control de impulsos, el sentimiento de culpa en relación al cambio con el argumento de que todo está hecho por el bien de los miembros de la familia, competencia fraternal por el amor de los padres, comunicación poco clara y alianzas secretas entre los padres y los hijos que son reflejo de insatisfacciones maritales encubiertas (McGrane & Carr, 2002; Hernández, 2006).

Aunque Minuchin y Selvini-Palazzoli representan dos escuelas diferentes dentro de la corriente sistémica, ambos concuerdan que las características primordiales de estas familias son la evitación del conflicto así como a la fusión o sobreimplicación de los miembros entre sí, provocando una violación constante de los límites entre la generaciones (Rodríguez & Yaz, 2005).

Por otra parte Rodríguez (1996) planteó la disfunción conyugal que presentan las familias con un miembro diagnosticado con anorexia o bulimia nerviosa. Algunas de las características que reflejan esta falla de funcionamiento son: la desautorización de los mensajes de los miembros entre sí, la dificultad de los padres para responsabilizarse de sus propios sentimientos o ideas. De esta forma es como el paciente encuentra en la patología alimentaria una forma de expresión del descontento o protesta. A través de la exploración de las interacciones pasadas de los padres con sus propios padres, es posible encontrar procesos de individuación

atascados lo que implica no haber podido separarse de una forma saludable de su familia de origen (Losada, 2011).

1.2 Teoría cognitivo-conductual

La perspectiva psicoanalítica y sistémica no son las únicas perspectivas en el estudio y tratamiento de los trastornos alimenticios, una tercera postura es: *La Teoría cognitivo-conductual*.

Desde la Teoría Cognitivo Conductual (TCC) se han desarrollado modelos y metodologías de intervención que están diseñadas para penetrar en este laberinto de diversos procedimientos, proponiendo un modelo de psicopatología y una teoría del cambio de la conducta que integra dos enfoques (Meinchenbaum, 1988).

En tiempos pasados, diversas escuelas de psicoterapia (psicodinámica, conductual y humanista) parecían ser enfoques rivales con pocas coincidencias. De acuerdo con Meinchenbaum (1988) en años recientes se ha visto el esfuerzo por desarrollar un enfoque integrador de la psicoterapia y las terapias cognitivas conductuales. De hecho, en 1982 se formó una sociedad para la integración de los enfoques psicoterapéuticos (Society for the integration of Psychotherapeutic Approaches), en la cual participan partidarios de enfoques terapéuticos diferentes, incluido el enfoque de la terapia cognitiva- conductual. Con el fin de conocer más respecto de la TCC, se trazará de forma breve la historia de la misma.

Raimy (1975) trazó la historia de la TCC desde los tiempos de los antiguos filósofos griegos y romanos hasta los teóricos modernos, además menciona, las observaciones de Epícteto, filósofo estoico romano, quien destacó el papel de los factores cognitivos como causas de trastornos emocionales. Como observo Epícteto “los hombres no se transforman por los acontecimientos, sino por las opiniones que de ellos tienen”. Siguiendo la línea de pensamiento el filósofo

Emmanuel Kant propuso que la enfermedad mental ocurre cuando una persona no se puede ajustar su sentido “privado” al “sentido común”. Más tarde Alfred Adler juzgo el “sentido privado” de Kant como “opiniones erróneas” que subyacen a la conducta neurótica.

Los teóricos modernos utilizan o los denominan como: procesos de evaluación sesgados, constructos desordenados, creencias irracionales, distorsiones cognitivas y habilidades inadecuadas de resolución de problemas y afrontamiento para describir el papel de los factores cognitivos que juegan en los trastornos emocionales y las conductas inadaptadas. En suma, existe una larga historia que precede a los procedimientos actuales de la TCC.

Según Meichenbaum (1988) dos líneas específicas de teorización e investigación han contribuido al surgimiento del enfoque de la TCC. La primera deriva de los esfuerzos de los teóricos cognitivos semánticos, tales como George Kelly, Albert Ellis y Aaron Beck y la segunda línea deriva de los recientes desafíos sobre la adecuación de los procedimientos de la terapia de conducta basada en la teoría del aprendizaje como ha quedado reflejado en los trabajos de Julián Rotter, Albert Bandura, Walter Mischel, Michael Mahoney y Don Meichenbaum.

Para la teoría cognitiva el trastorno mental es fundamentalmente un desorden de pensamiento por el que el cliente distorsiona la realidad de un modo idiosincrático. Tales procesos de pensamiento afectan de modo adverso la forma en la cual el cliente tiene de ver el mundo conduciéndolo a desarrollar emociones disfuncionales y dificultades conductuales.

La terapia cognitiva-semántica es un término genérico que se refiere a una variedad de enfoques terapéuticos, cuyo principal modo de acción es modificar los errores de pensamiento del cliente y las premisas, asunciones y actitudes subyacentes a estas cogniciones. El centro de la teoría está en el contenido ideacional envuelto en el síntoma. Por tanto, los terapeutas cognitivos intentan familiarizarse con el contenido del pensamiento, los estilos de pensamiento, los sentimientos y las conductas de

los pacientes con el fin de comprender su interrelación; de esta manera el enfoque está orientado fenomenológicamente ya que el terapeuta intenta ver el mundo a través de los ojos del cliente (Meinchenbaum, 1988).

Dentro de esta línea cognitiva-semántica se encuentran autores que han enfatizado el papel que juega el sistema de significados del individuo en la etiología y mantenimiento del trastorno emocional. El primero de ellos y quien ofreció una de las explicaciones más desarrolladas, es George Kelly en 1955, con su teoría de los constructos personales, en la cual describe el proceso continuo por el que el individuo construye interpretaciones personales acerca del mundo y luego las evalúa nuevamente considerando los eventos resultantes. Para Kelly un constructo personal es la forma en que se ve el mundo o se atribuye significado a la propia experiencia; de tal manera que una persona no necesariamente es capaz de expresar las construcciones que hace del mundo, sin embargo, estos constructos influyen en su forma de evaluar los eventos.

Por otro lado el terapeuta semántico Albert Ellis desarrolla a terapia racional-emotiva (TRE), que tiene como premisa básica que gran parte, si no todo el sufrimiento emocional, es debido a los modos inadaptativos en que las personas construyen el mundo y las creencias e irracionales que mantienen. Dichas creencias conducen a pensamientos y sentimientos autoderrotistas que ejercen un efecto adverso sobre la conducta.

Por último dentro de esta línea cognitiva- semántica, Meinchenbaum (1988) menciona al psiquiatra Aaron Beck quien desarrolló una forma de terapia cognitiva que también se centra en los procesos de pensamiento del cliente. Beck desarrolló un enfoque activo y estructurado para el tratamiento de una diversidad de desórdenes psiquiátricos. Para entender la forma de terapia cognitiva de Beck, es necesario introducir tres conceptos básicos, que son: eventos cognitivos, procesos cognitivos y estructuras cognitivas.

Los eventos cognitivos son la corriente de pensamientos e imágenes que tenemos pero a los que con frecuencia no les prestamos atención pudiendo ser fácilmente recuperados si se demandan, debido a que estos pensamientos emergen automáticamente, son extremadamente rápidos, Beck los denominó “pensamientos automáticos”. Dichos pensamientos con frecuencia son vagos, informes y generados sin que el cliente los inicie voluntariamente. Beck señala que son difíciles de interrumpir y frecuentemente se cree completamente en ellos, sin importar cuán lógicos sean. Tales pensamientos están asociados con una diversidad de emociones e influyen en la conducta. Un ejemplo de ello, es el caso de una persona que está deprimida; estas cogniciones automáticas pueden centrarse en: 1) el desempeño, la posición, las metas y las necesidades de la persona; 2) como podrían evaluarla otras personas y 3) qué depara el futuro. Beck se refiere a estas preocupaciones acerca de sí mismo, los otros y el futuro como la triada cognitiva.

Por otro lado procesos cognitivos se refieren al “como” pensamos, en el caso de los individuos depresivos, Beck ha ilustrado algunas formas en las que estos procesan la información contribuyendo a mantener su estado depresivo. Los cuatro procesos cognitivos son: razonamiento dicotómico, sobregeneralización, magnificación e inferencia arbitraria.

Por último las estructuras cognitivas se refieren a los esquemas, las asunciones implícitas o las premisas que determinan a que eventos se presta atención y como se interpretan estos. De tal forma Aaron Beck desarrolló una terapia cognitiva de corta duración para ayudar al cliente a hacerse consciente de sus eventos, procesos y estructuras cognitivas, así como a cambiar la influencia de los mimos.

Por otra parte Meichenbaum (1988) señala que en la segunda línea que deriva de los recientes desafíos sobre la adecuación de los procedimientos de la terapia de conducta basada en la teoría del aprendizaje social, los modos que tienen los individuos de evaluar las situaciones, fijar expectativas, establecer pautas internas, recordar selectivamente los eventos y poner en acción rutinas de resolución de

problemas, son críticos a la hora de comprender su conducta y formular las intervenciones del tratamiento. De acuerdo a la teoría del aprendizaje social: 1) una gran parte del aprendizaje humano es mediado cognitivamente y 2) en lugar de responder a las consecuencias ambientales, los humanos responden principalmente a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales (el individuo atiende selectivamente e interpreta los eventos).

Otro teórico importante dentro de la TCC es Albert Bandura quien utilizó el término “determinismo recíproco” para describir la interacción continua entre las variables conductuales, cognitivas, afectivas, fisiológicas y ambientales. Los conceptos que provienen de las terapias semánticas y de la teoría del aprendizaje social proporcionan las bases para el desarrollo de un enfoque cognitivo-conductual de la psicopatología y del cambio de conducta (Bandura, 1977).

La perspectiva cognitivo- conductual resalta la interdependencia de los múltiples procesos que están envueltos en los pensamientos, sentimientos y conductas del individuo, así como las consecuencias ambientales. Además considera que las cogniciones del cliente son únicamente uno de los diversos factores que contribuyen a la etiología y mantenimiento de la conducta anormal y ven los acontecimientos externos únicamente como un componente del proceso. Por otro lado la teoría cognitivo-conductual intenta integrar los puntos de interés de ambas escuelas con el fin de combinar la comprensión clínica de los terapeutas semánticos con la tecnología de los terapeutas de conducta (Meinchenbaum, 1988).

De acuerdo con la perspectiva cognitivo- conductual y en relación a los trastornos de la alimentación como lo son la anorexia y bulimia, el padecer uno de dichos trastornos no se limita a algo tan simple como comer o no comer, debido a que son varios los aspectos que intervienen en este problema. Por tanto no sólo basta saber que ha habido unos hechos que han provocado el trastorno o lo han precedido, también es importante conocer y entender el motivo de los mismos. A continuación se expondrá el ejemplo de algunas nociones referentes al funcionamiento

psicológico de las personas para comprender por qué se produce un determinado comportamiento o pensamiento, o debido a que se experimentan ciertos sentimientos (Cervera, 2005).

Cuando una persona manifiesta cualquiera de estas reacciones (percepción, pensamiento, emoción, comportamiento), siempre hay una causa que la desencadena. Cervera (2005) expresa que puede tratarse de un acontecimiento, una circunstancia o la presencia de un objeto o una persona. Se denomina *situación* a cualquiera de estas posibles causas iniciales.

Situación

Ejemplo: mirarse en el espejo

En un inicio esta situación como esta formulada debería ser neutra, sin contener valoraciones negativas ni positivas. Pero en una misma situación, personas distintas pueden percibir aspectos diferentes en función de sus características individuales y su experiencia previa; incluso ante una situación idéntica, una misma persona puede percibir

En distintas ocasiones matices diferentes. Es decir, entre todos los elementos que conforman la situación se selecciona o se le pone atención a algunos a los que se atribuye más importancia dejando de lado otros, teniendo una reacción a considerar: *percepción*.

Situación → Percepción

Ejemplo: Al mirarse en el espejo, se observa que el estómago está inflamado, lo que resulta una percepción negativa, pero también se puede dar a notar que se tiene un buen corte de cabello, siendo la percepción positiva, o la situación puede ser neutra al no prestar atención a nada en particular.

A partir de las percepciones, aparece un nuevo elemento: *el pensamiento*. La interpretación que se da a lo percibido en cada situación da lugar a pensamientos

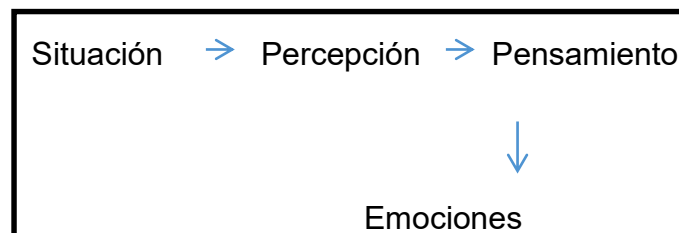


distintos, que están influidos por actitudes y formas de pensar aprendidas anteriormente.

Situación → Percepción → Pensamiento

Ejemplo: Delante del espejo se piensa: “Todos se fijaran en mi estómago”, otra persona puede pensar “estoy bonita, aunque tenga algo inflamado el estómago” y otra puede pensar “este corte de cabello me hace ver más guapa”.

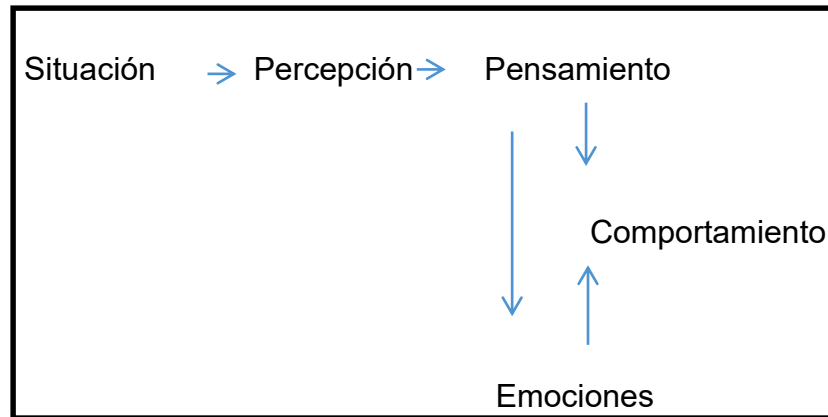
Cualquiera que sea el pensamiento (positivo o negativo), influirá sobre el estado de ánimo y las emociones produciendo satisfacción o malestar o pueden ser indiferentes. Según sea los pensamientos se pueden experimentar diversas *emociones* como: felicidad, tristeza, inseguridad, desanimo, alegría, tranquilidad, etc. Además de presentarse en grados de intensidad diferentes.



Ejemplo: Si se piensa que todos se fijaran en el estómago inflamado, se puede llegar a sentir abatido e inseguro pero si se piensas que a pesar de estar algo inflamada del estómago, el rostro luce reluciente, entonces se puede experimentar alegría y estar de buen humor.

Cualquiera de los aspectos anteriormente mencionados, influye en la conducta y de según sea aquel al que se le preste atención o qué tipo de pensamiento se tenga, el estado emocional tendrá un sentido u otro. Como consecuencia de la interrelación de todos los factores, se producirá un *comportamiento* u otro.

Función psicológica



Ejemplo: De acuerdo a lo que se haya percibido, pensado y la repercusión de todo ello sobre el estado de emocional, puede que se huya de la gente, o realizar las actividades como normalmente se desempeñan o se esfuerce por ser agradable.

Cervera (2005) expone que la conducta humana es compleja y cada uno de los factores antes mencionados se influyen mutuamente, señalando una sucesión de pasos en los que cada fenómeno se convierte en la causa siguiente pero en la vida real no es tan esquemático ni tan simple y el cambio en cualquiera de los factores influye en todos los demás. Puede incluso influir sobre el punto de partida de todo el proceso, es decir, la situación, llegando a modificarla en el futuro.

1.3 Definición de Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos

A lo largo del tiempo los trastornos relacionados con el ámbito de comer han sido llamados trastornos alimenticios, trastornos del comportamiento alimentario; actualmente y de acuerdo a la última versión el DSM se denominan *Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos*: caracterizándose por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (DSM V, 2013).

Los criterios diagnósticos para el trastorno de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa conforman un esquema de clasificación mutuamente excluyente, de tal modo que durante un único episodio solamente puede asignarse uno de estos diagnósticos. De acuerdo al DSM V (2013) la razón de este abordaje es que, a pesar de las características psicológicas y de comportamiento comunes, los trastornos difieren sustancialmente en el curso clínico, en los resultados y en las necesidades de tratamiento.

1.4 Criterios diagnósticos: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos más conocidos y estudiados son la anorexia y la bulimia nerviosa debido a que la presencia de los mismos en los últimos años ha ido en aumento ocasionando la muerte de varias personas quienes los padecen. A continuación describiremos los criterios diagnósticos de cada uno de estos trastornos de acuerdo a lo planteado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su última edición (DSM-V) y en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).

1.4.1 Anorexia nerviosa

De acuerdo con el DSM-V (2013) los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa son tres principales:

- A) Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física de la persona. Pero significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo

normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado. Es importante mencionar que el índice de masa corporal (IMC, calculado como peso en kilogramos/ altura en metros²) es una medida útil para valorar el peso a partir de la altura. En los adultos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention*, CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) utilizan un IMC de 18,5 kg/m² como límite inferior del peso corporal normal. En consecuencia, se considera que la mayoría de los adultos con un IMC mayor o igual a 18,5 kg/m² no tienen un peso corporal significativamente bajo.

- B) En los niños y en los adolescentes es útil determinar el percentil del IMC según la edad. Los CDC han utilizado un IMC según la edad por debajo del percentil cinco como indicativo de peso insuficiente; sin embargo, se puede valorar que los niños y los adolescentes con un IMC por encima de esta referencia tienen un peso significativamente insuficiente si no logran mantener el curso de crecimiento esperado.
- C) Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o un comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo. Además se refiere a la alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual. Se presenta la alteración de la autopercepción del peso y la constitución del cuerpo.

Por otro lado el DSM- V (2013) señala dos subtipos de anorexia nerviosa: tipo restrictivo, en el cual durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo. Y el tipo con atracones/purgas en el cual durante los

últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diurético o enemas).

Es importante especificar si la paciente se encuentra en remisión parcial, es decir después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B o el Criterio C; o en remisión total, es decir, después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Por otra parte la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) define a la anorexia nerviosa como un trastorno que se distingue por la pérdida deliberada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo, distinta a la anorexia nerviosa atípica, concepto que se usa cuando faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa, como amenorrea o pérdida significativa de peso.

En la anorexia nerviosa existe un afán por bajar de peso, además las personas que la padecen tienden a observar su pérdida como logro, más que como aflicción, por lo que su motivación al cambio es limitada, esta pérdida de peso resulta de una fuerte restricción de la ingestión de alimentos acompañada de ejercicio excesivo, el vómito inducido y el abuso de laxantes y diuréticos.

Al conocer los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa asignados tanto por el DSM V (2013) y el CIE 10, se puede analizar que ambas concuerdan en ciertos criterios, como que las personas que padecen este trastorno suelen ver como un logro la pérdida de peso y si no logran perder peso o se ven más gorditos en ciertas partes del cuerpo lo suelen asociar al fracaso y a la poca autodisciplina que tienen para controlar su peso y lograr estar delgadas. Otro punto en el que concuerdan es

la autoevaluación que las o los pacientes construyen respecto a su imagen, y la percepción que tienen de su propio peso.

1.4.2 Bulimia nerviosa

Otro trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos es la bulimia nerviosa, este trastorno que puede ser perjudicial para la salud física y psicológica de las personas que la padecen, y en ocasiones si esta no es tratada adecuadamente puede llevar a la muerte.

Los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-V (2013) para la bulimia nerviosa son:

A) Episodios recurrentes de atracones, caracterizados por la ingestión en un periodo determinado generalmente inferior a dos horas, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas y la sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio como la sensación de no poder dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere. En las pacientes con este trastorno los atracones a menudo continúan hasta que el individuo se siente incómodo o incluso con dolor, o muy lleno debido a la ingesta excesiva de alimentos.

B) Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C) Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D) La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal, estos factores son, por lo general, extremadamente importantes para determinar su autoestima. Los individuos con este trastorno pueden parecerse mucho a los que sufren anorexia nerviosa por su miedo a ganar peso, por su deseo de perder peso y por el grado de insatisfacción con sus cuerpos.

E) No se debe hacer un diagnóstico de bulimia nerviosa si el trastorno se produce solamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Según el DSM V (2013) otras características asociadas que apoyan el diagnóstico de la bulimia nerviosa es que los individuos con suelen estar dentro del rango de peso normal o tener sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] 18,5 y < 30 en los adultos. Entre los atracones, los individuos con bulimia nerviosa suelen restringir su consumo total de calorías y preferentemente eligen los alimentos menos calóricos, "de régimen", y evitan los alimentos que perciben que pueden engordar o que probablemente puedan desencadenar un atracón.

Por otra parte y de acuerdo a los criterios diagnósticos establecidos por el CIE 10, la bulimia nerviosa se distingue por episodios repetidos de ingestión elevada de alimentos y preocupación excesiva por el control del peso corporal, lo que origina adopción de medidas extremas para mitigar el aumento de peso. Como en la anorexia, también debe usarse el término de bulimia nerviosa atípica en los sujetos que carecen de una o más de las características principales de la bulimia, según la CIE 10.

A diferencia de los pacientes con anorexia nerviosa, los que padecen bulimia nerviosa pueden tener un peso normal, aunque en ocasiones puede ser deficiente o excesivo, los individuos con este trastorno le dan mucha importancia a la forma y tamaño del cuerpo y a menudo están frustrados por su incapacidad de lograr un peso inferior al normal.

Los criterios diagnósticos establecidos por el DSM V y el CIE 10, concuerdan en varios puntos como en la presencia de episodios repetidos de ingestión excesiva de alimentos, así como la adopción de comportamientos compensatorios inapropiados como el vómito o el uso de laxantes después de un episodios de atracón, además existencia de preocupación por el control del peso corporal y que regularmente los pacientes con este trastorno tiene un peso corporal dentro de los asignados para un peso normal. Otra característica que ambos retoman es la importancia y autoevaluación que se ve influida por la constitución y el peso corporal.

El DMS V (2013) y el CIE 10, señalan los criterios diagnósticos para la anorexia y bulimia nerviosa, sin embargo el DSM V, los expone de una forma más clara y específica, permitiendo al lector conocer y entender ambos trastornos del comportamiento alimentario y de la ingestión de alimentos.

1.5 Datos epidemiológicos

En cuanto a la epidemiología es importante mencionar que la incidencia es el número de nuevos casos de un trastorno en una población dividida por el tiempo total experimentado por la población seguía. Para los trastornos de la alimentación, la tasa de incidencia es comúnmente expresada por 100.000 personas por año (100.000 Persona años). Smink, Hoeken, y Hoek, (2013) señalan que la prevalencia es la proporción de una población que tiene un trastorno punto o intervalo específico en el tiempo, por ejemplo, en una cierta fecha (prevalencia puntual), en un determinado año (prevalencia de 12 meses, a menudo utilizada en el DSM-V), o en cualquier Vida (prevalencia de por vida).

Tomando en cuenta lo anterior, la prevalencia a los 12 meses de la anorexia nerviosa entre las mujeres jóvenes es aproximadamente del 0,4 %. En caso de los hombres es menos el conocimiento sobre la prevalencia, aunque la anorexia

nerviosa es mucho menos común entre los hombres que entre las mujeres, reflejando normalmente la población clínica una proporción entre mujeres y hombres de aproximadamente 10:1.

De acuerdo al DSM V (2013) el desarrollo y curso la anorexia nerviosa suele empezar durante la adolescencia o la edad adulta temprana. Rara vez empieza antes de la pubertad o después de los 40 años, aunque se han descrito casos de inicio tanto temprano como tardío. El curso y el desenlace de la anorexia nerviosa son muy variables. Las personas más jóvenes pueden manifestar características atípicas, como negar el "miedo a estar y la presentación clínica puede contar con más signos y síntomas propios de un trastorno de larga duración.

Los estudios de incidencia de los trastornos alimentarios a nivel comunitario son escasos. Keski-Rahkonen, Hoek, Susser, Linna, Sihvola, Raevuori, Bulik, Kaprio y Rissanen, (2007) señalan que en una comunidad se realizó un estudio con mujeres gemelas finlandesas de la cohorte de nacimiento 1975-1979, la incidencia de la Tasa de una definición amplia de anorexia nerviosa (que está cerca de la definición DSM-5 de anorexia nerviosa) fue de 490 por 100.000 años-personas entre las niñas de 15-19 años, lo que supone un aumento del 81,5%. En comparación con la tasa de incidencia de DSM-IV de anorexia nerviosa (270 por 100.000 años-persona). En el mismo estudio, la prevalencia durante toda la vida de anorexia casi se duplicó: 4,2% (AN ancho) versus 2,2% (DSM-IV AN). Por otra parte Wade, Bergin, Tiggemann, Bulik, y Fairburn, (2006) siguieron una pequeña muestra de 496 adolescentes y encontrando una prevalencia de por vida del 0,8% para DSM-5 AN a los 20 años (n = sólo 4).

En mayoría de las personas que presentan anorexia nerviosa se observa una remisión a los cinco años del comienzo del trastorno. Entre los individuos ingresados en hospitales, las tasas de remisión total pueden ser menores. La tasa bruta de mortalidad (TBM) de la anorexia nerviosa es de aproximadamente un 5 %

por década. La muerte se suele producir por las complicaciones médicas asociadas a la propia enfermedad o por suicidio (DSM V, 2013).

Cabe señalar que la tasa bruta de mortalidad (CMR) es el número de muertes dentro de la población estudiada durante un período determinado. Smink, Hoeken, y Hoek, (2013) expresan que la tasa de mortalidad estandarizada (SMR) es el porcentaje de las muertes observadas en la población estudiada (por ejemplo, pacientes con AN) dividido por el porcentaje de muertes esperadas en la población de origen (por ejemplo, todas las 15 y 45 años de edad). En un metaanálisis reciente de 35 estudios publicados que describen las tasas de mortalidad de AN, el CMR para este trastorno fue de 5,1 muertes por cada 1.000 años-persona y el total de SMR fue de 5,9 con un período de seguimiento medio de 14,2 años. Una causa común de muerte en personas que padecen AN es el suicidio. De acuerdo con dos meta-análisis (que abarcan en gran parte los mismos estudios), la tasa de suicidios para AN fue de 1,3 por 1.000 años-persona; Por lo tanto, uno de cada cinco pacientes con anorexia nerviosa mueren a causa de suicidio (Franko, Keshaviah, Eddy, Krishna, Davis, Keel, & Herzog, 2013 & Suzuki, Takeda, Yoshino, 2011).

En cuanto a la prevalencia a doce meses de la bulimia nerviosa entre las mujeres jóvenes es del 1-1,5 %. La prevalencia puntual es mayor entre los adultos jóvenes, puesto que el trastorno tiene un pico en la adolescencia tardía y en la edad adulta temprana. Acerca de la prevalencia puntual en hombres se sabe poco, aunque este trastorno se presenta menos en los hombres que en las mujeres, con una proporción entre mujeres y hombres de 10:1. La bulimia nerviosa suele comenzar en la adolescencia o en la edad adulta temprana. El inicio antes de la pubertad o después de los 40 años es infrecuente. Los atracones frecuentemente empiezan durante o después de una dieta para perder peso.

El DSM-V (2013) hace hincapié que los comportamientos de ingesta alterados persisten al menos durante varios años en un alto porcentaje de las muestras

clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión alternándose con recurrencias de atracones. Sin embargo, en el seguimiento a largo plazo, los síntomas de muchos pacientes parecen disminuir con o sin tratamiento, aunque el tratamiento afecta claramente al resultado. Los períodos de remisión mayores de un año se asocian a mejores resultados a largo plazo.

Se ha comunicado un riesgo significativamente alto de mortalidad (por suicidio y por todas las causas) en los individuos con bulimia nerviosa. La TBM (tasa bruta de mortalidad) de la bulimia nerviosa es cercana al 2 % por década. El cambio de diagnóstico de una bulimia nerviosa inicial a la anorexia nerviosa se produce en una minoría de casos (10-15 %). Las personas que experimentan este tránsito a la anorexia nerviosa suelen volver a tener bulimia nerviosa o pueden tener varios episodios de cambio entre estos trastornos. Hay un subgrupo de personas con bulimia nerviosa que continúa con los atracones pero dejan de realizar comportamientos compensatorios inapropiados, por lo que sus síntomas cumplen los criterios del trastorno de atracones u otro trastorno de la conducta alimentaria especificado. Por tanto el diagnóstico debe basarse en los criterios diagnósticos actuales del DSM V, es decir, en los 3 meses anteriores.

Por otro lado la tasa de incidencia entre las mujeres de 16 a 20 años de edad de la mujer finlandesa cohorte gemela aumentó en un 50% de 200 a 300 por 100.000 años-persona cuando la frecuencia de los síntomas se relajó a una vez por semana, de acuerdo con el DSM-5 varios estudios comunitarios encontraron que la prevalencia de BN aumentó 30% cuando se utilizaron criterios DSM-5, lo que condujo a una prevalencia puntual del 0,6% DSM-5 bulimia nerviosa entre adolescentes y mujeres jóvenes (Machado, Gonçalves, Hoek, 2013) y una prevalencia de por vida de alrededor del 2% para las mujeres (Stice, Marti & Rohde, 2013).

Debido a que la mortalidad es un resultado tan saliente e inequívoco de los trastornos alimentarios, es importante mencionar que la mortalidad y el riesgo de suicidio también están elevados en la bulimia nerviosa, aunque no tan marcados como en la anorexia nerviosa (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011). En un metaanálisis reciente del riesgo de suicidio en trastornos de la alimentación reporto una tasa de suicidios de 0,3 por 1.000 años-persona para la bulimia nerviosa (Preti, Rocchi, Sisti, Camboni & Miotto, 2011).

Cabe señalar que en una revisión de la bibliografía realizada por Benjet, Mendez, Borges, y Medina-Mora, (2012) sobre trastornos alimentarios en México se concluye que no se conoce la magnitud del problema por escasez de estudios representativos de la población. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, una encuesta representativa de la población adulta nacional estima una prevalencia de vida de 2.5% para la bulimia y no encontró casos de anorexia. En la población adolescente escolar se ha estimado 2.8% de mujeres y 0.9% de varones como posibles casos de algún trastorno alimentario aunque no provean diagnósticos. Debido a que la adolescencia es la etapa en la que se inician estos trastornos, es necesario contar con datos fidedignos en la población adolescente para guiar la planeación de servicios y las políticas públicas de salud tanto en México como el mundo.

CAPÍTULO 2: ETIOLOGÍA Y MANIFESTACIONES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la alimentación, son enfermedades que pueden ser provocadas por distintos factores, los cuales llevan a las personas a ser blanco de dichos trastornos.

Es importante mencionar que tanto la anorexia y bulimia han sido consideradas “nerviosas” debido a que son el resultado de un *malestar mental* (Jáuregui, 2006). Además se han calificado como el resultado de la cultura moderna, dentro de cual los estándares de delgadez son una norma que se debe seguir, convirtiéndose en sinónimo de éxito, aceptación y logro. Ambas se presentan principalmente en mujeres aunque la frecuencia en los hombres ha ido en aumento.

Debido a lo anterior los TCA se consideran un problema de salud propio de países desarrollados, sin embargo en países menos desarrollados como México y otros de América Latina el aumento en la incidencia de casos también ha llevado a un problema de salud pública el interés en el estudio, prevención y tratamiento de los mismos. De acuerdo con Ortiz, Cano, Castaño, Corredor, García, González, Lloreda, Lucero, Páez, Patiño, Pérez, Villegas & Zuluaga (2007) la presión sociocultural hacia una imagen más esbelta y el rechazo a la obesidad son uno de los factores capitales en la aparición de estos trastornos siendo más frecuentes en la clase social urbana media y alta, aunque en los últimos tiempos esta tendencia va cambiando progresivamente ya que se ven casos en cualquier entorno.

Como es el caso de otros trastornos mentales la anorexia nerviosa es un trastorno multifactorial en el que concurren permanente e interactivamente diversos factores biológicos, psicológicos y sociales que en los casos más graves puede llevar la muerte a quienes la padecen, siendo considerada como una enfermedad psicosomática (Toro, 1999). Sin embargo, si se revisan distintos trastornos

reconocidamente psicósomáticos y todos los que se integran dentro de la psicopatología, la anorexia nerviosa es el que, para su comprensión, necesita tomar en cuenta factores ambientales mediatos, más concretamente socioculturales. El modelo estético corporal femenino vigente en nuestra cultura ha jugado, y sigue jugando, un trascendental e importante papel en la difusión, predisposición, precipitación, mantenimiento e incluso conformación de la sintomatología de la anorexia nerviosa (Toro, 1996).

A pesar de la reconocida influencia de los factores socioculturales y la combinación de los mismos con otros factores ambientales, interpersonales, y psicológicos, no es posible entender la aparición, y sobre todo el mantenimiento y gravedad de la anorexia nerviosa, sin tener en cuenta el poderoso papel desempeñado por factores biológicos. Los factores culturales y psicológicos, están sometidos permanentemente a debate y han sido progresivamente conocidos y difundidos, son mucho menos conocidos y se habla menos de ellos, pero su conocimiento es ineludible si se pretende conocer, estudiar, prevenir y tratar la anorexia nerviosa (Toro, 1999).

Para la bulimia nerviosa se señalan algunos factores temperamentales como las preocupaciones sobre el peso, la baja autoestima, los síntomas depresivos, el trastorno de ansiedad social y el trastorno de ansiedad generalizada en la infancia se asocian a un aumento del riesgo de desarrollar bulimia nerviosa. En cuanto a los factores ambientales se ha observado que la interiorización de un ideal de cuerpo delgado aumenta el riesgo de desarrollar preocupaciones por el peso, lo cual a su vez aumenta el riesgo de presentar una bulimia nerviosa. Los individuos que sufrieron abusos de carácter físico o sexual en la infancia tienen mayor riesgo de desarrollar bulimia nerviosa (DSM- V, 2013).

La comorbilidad con los trastornos mentales es frecuente en los individuos con bulimia nerviosa, la mayoría de los cuales experimenta, al menos, otro trastorno

mental, mientras que otros padecen varias afecciones comórbidas. De acuerdo con el (DSM-V, 2013) la comorbilidad no se limita a un subconjunto en particular, sino que se produce dentro de un amplio espectro de trastornos mentales. Existe un aumento en la frecuencia de síntomas depresivos (p. ej., baja autoestima) y trastornos depresivos y bipolares (particularmente los trastornos depresivos) entre los individuos con bulimia nerviosa. En muchas personas, las alteraciones del estado de ánimo se inician al mismo tiempo o después del desarrollo de la bulimia nerviosa, y estas personas a menudo atribuyen sus alteraciones del estado de ánimo a la bulimia nerviosa. Sin embargo, en algunos individuos, la alteración del estado de ánimo precede claramente al desarrollo de la bulimia nerviosa. También está elevada la frecuencia de los síntomas de ansiedad (p. ej., miedo a las situaciones sociales) y los trastornos de ansiedad. Estas alteraciones del estado de ánimo y de la ansiedad remiten con frecuencia después del tratamiento eficaz de la bulimia nerviosa.

2.1 Factores biológicos

Los factores biológicos pueden ser provocados por distintas situaciones, que hoy en día no han sido aclaradas del todo, por ejemplo Toro (2004) menciona que la genética molecular de los trastornos del comportamiento alimentario aún es incipiente con escasas investigaciones. En el caso de la anorexia nerviosa las investigaciones han llevado mayoritariamente a buscar su fundamentación genética en el sistema serotoninérgico. Esto se justifica por el papel de la serotonina en la regulación del apetito, la respuesta al estrés, la conducta sexual, la sintomatología obsesiva, el humor, etcétera. El papel desempeñado por la genética en los TCA sólo ha comenzado a abordarse durante los últimos años. El progreso mayor en este campo ha tenido lugar desde que el objetivo ha consistido en aplicar la genética para analizar los factores potenciales que confieren vulnerabilidad a la anorexia o a la bulimia nerviosa (Cervera, 2005).

Con el paso de los años las investigaciones han mostrado interés en los factores biológicos, debido a que estos influyen de forma importante en la aparición de anorexia y bulimia nerviosa. Según Del Bosque y Caballero (2009) se han estudiado varios aspectos, entre los que destacan los sistemas de neurotransmisión, los neuroendocrinos, las áreas cerebrales relacionadas con la modulación del apetito y la obesidad. Un campo que ha aportado información interesante es el de la genética. Los estudios familiares han mostrado repetidamente que los parientes de pacientes con anorexia nervosa tienen mayor prevalencia de TCA al compararlos con familiares de sujetos control (Strober, Freeman, Lampert, Diamond & Kaye, 2000).

Además se han publicado estudios de ligamiento genético que sugieren la existencia de susceptibilidad a padecer anorexia y bulimia nervosas. El estudio de la fundación Price es un esfuerzo multicéntrico llevado a cabo en varios países de América y de Europa (Kaye, Nagata, Theodore, Weltzin, George & Mae, 2001). Este grupo reportó evidencia sugestiva de la presencia de un locus de susceptibilidad para anorexia nervosa localizado en el cromosoma 1p.

Posteriormente se encontró un locus de susceptibilidad para bulimia nervosa localizado en el cromosoma 10p (Bulik, Sullivan & Kendler, 2003). La modulación de la saciedad y del metabolismo implica a la leptina (proveniente del tejido adiposo), insulina, colecistoquinina, péptido-1 glucagón-like, ghrelina, y al péptido YY3-36 (provenientes del aparato gastrointestinal). Estas sustancias actúan en el núcleo arcuato y en el núcleo del tracto solitario, respectivamente. El neuropéptido Y, péptido agouti y la orexina (originadas en el cerebro), estimulan el apetito, mientras que las melanocortinas y la hormona estimulante de la melanocortina alfa son agonistas de la saciedad.

Recientemente se han efectuado estudios que han explorado la regulación del peso corporal por el cerebro y se ha propuesto la existencia de una relación estrecha entre la alimentación y la emoción. Esto ha surgido de diversas investigaciones del

sistema de las melanocortinas y del neuropéptido y sustancias endógenas que regulan la homeostasis energética y las emociones (Wonderlich & Mitchell, 2001).

Por otro lado Anand y Brobeck (1951a, b) encontraron que los núcleos ventromedial y lateral del hipotálamo son centros que controlan la ingesta de los individuos, por ello han sido llamados centros del hambre y la saciedad dadas sus funciones regulatorias a la hora de comer. Esta fundamentación es clara, gracias a la verificación de experimentos sobre los núcleos antes mencionados, donde se ha encontrado que las lesiones de estos núcleos afectan la regulación de la conducta alimentaria, ya sea para restringir alimento o para comer hasta niveles de sobrealimentación; los factores hormonales pueden constituirse en causas reguladoras de la conducta alimentaria, por ejemplo el descubrimiento de la grelina a finales de la década de los 90 ha permitido entender procesos de regulación metabólica de la conducta alimentaria en un sentido más fisiológico que estructural (Santacoloma & Quiroga, 2009).

La grelina conocida como la hormona del apetito es un neuropéptido con efecto anabólico (orexígeno) que se crea por fuera del sistema nervioso central, pero que genera su efecto sobre este, particularmente sobre estructuras involucradas en la ingesta de alimentos; funciona compitiendo con la leptina, estimulando la expresión de ARNm (ácido ribonucleico mensajero) y la síntesis de neuropéptido Y (NPY) y AGRP (proteína activadora y liberadora de gastrina, del inglés agouti related protein, que no es más que un antagonista endógeno del efecto orexígeno y de los receptores alfa del hipotálamo), por lo que puede considerarse, por tanto, como un regulador positivo del NPY. Su acción principal es realizada en las mismas neuronas del núcleo arcuato sobre las que actúa la leptina, adicionalmente, la grelina parece ser un estimulante de la hormona de crecimiento (De Mateo & Mijan, 2004; Toro 1999).

De acuerdo con lo anterior, se ha encontrado que hay un aumento de grelina cuando existe anorexia nerviosa, cardiopatías, o cualquier proceso patológico que afecte la

condición del organismo con el aparente propósito de crear la sensación de hambre y de la misma forma se disminuye cuando se presenta sobrepeso con la misión de regular positivamente los procesos metabólicos de la ingesta de alimento. La hipótesis actualmente aceptada afirma que es un importante activador de los mecanismos fisiológicos de la ingesta, elevando sus niveles antes de las comidas y disminuyéndolos después de la misma (De Mateo & Mijan, 2004). Igualmente, se encuentran los trabajos con la hormona leptina (aminoácido 167) la cual trabaja por la regulación del peso corporal.

Martí y Martínez (1999) señalan que cuando no se encuentra leptina en un organismo o existe una falla del funcionamiento de la misma ya sea por alteraciones en sus receptores, entonces el cerebro del organismo no recibe la orden de “*estoy lleno, para de comer*” para que se produzca la sensación de saciedad y no se consuma más alimento del requerido. La leptina es secretada en la sangre principalmente por el tejido adiposo blanco, y en otras menores medidas por el estómago, la placenta y las células estelares del hígado. La leptina tiene una acción sobre la baja de peso, activando algunas neuronas del núcleo arqueado del hipotálamo que coexpresan hormonas anorexigénicas como la (α - MSH) Hormona Estimulante Melanocítica Alpha, un producto de la escisión programada de proopiomelanocortina (POMC), y el transcripto regulado por amfetamina y cocaína (CART) (García, 2007).

2. 1. 1 Factores asociados al sexo

Los factores biológicos asociados al sexo revelan una mayor prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en las mujeres, debido a que los factores socioculturales que actúan conjuntamente con los biológicos y psicológicos, determinan la interiorización colectiva, especialmente en niñas, adolescentes y mujeres de toda condición, de un modelo estético corporal (Toro, 1997). Sin embargo hay datos indicativos de que también ciertos factores biológicos pueden decantar la balanza en tal sentido. La serotonina (5-HT o 5-hidroxi-triptamina) es un

neurotransmisor que desempeña un papel importante en la regulación de diversas funciones psicobiológicas, especialmente el humor y el apetito, ambas con indudables alteraciones en la anorexia nerviosa.

Las restricciones alimentarias, incluso moderadas y de muy corta duración, parecen dar lugar a alteraciones en la función serotoninérgica cerebral, exclusivamente o en la mayoría de los casos en las mujeres debido a que estas son más susceptibles de iniciar tales dietas, y por tanto también serán más susceptibles de experimentar rápidamente una serie de consecuencias biopsicológicas capaces de acelerar, precipitar y o mantener la anorexia nerviosa (Toro, 1999).

2.1.2 Factores madurativos

La anorexia y bulimia nerviosa pueden iniciarse en casi cualquier edad o etapa evolutiva. Sin embargo, es la adolescencia la fase del desarrollo que implica el mayor riesgo del trastorno. Debido a que durante el inicio de la pubertad los cambios fisiológicos y psicológicos de los adolescentes, suelen influir en la aparición de trastornos alimenticios como la anorexia y bulimia nerviosa. Los cambios puberales determinan la aparición y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, incluyendo el trascendente cambio de la silueta corporal, lo cual puede afectar especialmente a la mujeres, debido a que los cambios son más rápidos y notorios que en los hombres (Toro, 1999).

Los cambios que sufre el cuerpo conlleva a cambios en la percepción del mismo, en la percepción de la imagen corporal, la representación mental del cuerpo, y en la evaluación estética del mismo. Toro (1999) menciona que las reacciones que los demás tienen ante los cambios del cuerpo, las comparaciones subjetivas y objetivas, la influencia del actual modelo estético corporal delgado, van a determinar esa evaluación. Si es negativa, si se teme una silueta asociada a peso excesivo, la

insatisfacción (ansiedad) consiguiente puede determinar la decisión de adelgazar y, por tanto, iniciar el camino que conduce a la AN.

Los cambios biológicos puberales, especialmente en las mujeres, determinan un notable incremento del riesgo de aparición de patologías y patologías emocionales, especialmente trastornos depresivos y de ansiedad, cualquiera que sea la edad en que se produzcan. De acuerdo con lo anterior la pubertad femenina implica una serie de cambios neuroendocrinos que ponen de manifiesto posibles disposiciones a patologías emocionales (vulnerabilidad) probablemente determinadas genéticamente y evidenciadas en la etapa madurativa correspondiente (Toro, 1999).

2.1.3 Sistema dopaminérgico

Por otro lado es importante señalar que la malnutrición modifica, entre muchas otras cosas, el funcionamiento de los sistemas de neurotransmisión. Teniendo como consecuencias una parte significativa de las manifestaciones clínicas de la anorexia nerviosa, y en general van a contribuir a la perpetuación del trastorno. Pierce y Epling (1996) expresan que la malnutrición reduce la actividad del sistema dopaminérgico, pero la hiperactividad inducida por inanición da lugar a un aumento de los metabolitos de la dopamina. Es más, la acción de la dopamina sobre el hipotálamo probablemente es, junto con el funcionamiento del sistema opioide, uno de los mecanismos biológicos reforzadores de la actividad física. Y el incremento del ejercicio físico es uno de los fenómenos propios del trastorno anoréxico que facilitan la perpetuación del cuadro. La dopamina también interviene en la disminución del apetito, aunque al parecer no lo hace directamente, sino a través de sus efectos sobre el neuropéptido Y hipotalámico: la dopamina neutraliza la respuesta alimentaria suscitada por el neuropéptido (Pierce & Epling, 1996).

2.1.4 Oxitocina y vasopresina

La oxitocina es un neuropéptido generado en el hipotálamo que promueve las contracciones del útero durante el parto y la secreción láctea posteriormente. La vasopresina también es un neuropéptido de ubicación inicial hipotalámica, y es responsable parcial de la producción de orina. Pero la investigación con animales ha evidenciado que la administración de oxitocina puede afectar procesos de recuperación y consolidación mnémicas, mientras la administración de vasopresina mejora el funcionamiento de la memoria (Toro, 1999).

En el caso de la anorexia nerviosa, los niveles de vasopresina están significativamente elevados. En cambio las tasas de oxitocina están por debajo de 10 normal (Demitrack, Lesem, Listwak, Brandt, Jimerson y Gold, 1990). Aunque el planteamiento puede resultar bastante especulativo, se ha sugerido que la coincidencia de ambas disfunciones pudiera facilitar que los pacientes anoréxicos mejoren o incrementen la retención de distorsiones cognitivas relacionadas con las consecuencias aversivas de comer, determinando el mantenimiento de preocupaciones perseverativas.

2.2 Factores psicológicos

Los factores psicológicos son una de las causas que más llevan a las personas a tener un trastorno alimenticio, en ocasiones son más perjudiciales que cualquier otro factor, ya que influirá de manera psicológica en el comportamiento de la persona.

Cervera (2005) comenta que entre los factores psicológicos que intervienen en la formación de la imagen corporal, tienen un papel importante la autoimagen general y la autoestima. El sentirse una persona poco valorada por los demás, insegura,

muy dependiente de los otros, ello repercute en la imagen que las personas tienen de sí mismas. Como consecuencia se dará una importancia diferente al cuerpo, cuanta más alta sea la autoestima, más relativo será el valor que se da al aspecto físico. El paso del tiempo trae consigo cambios biológicos en la adolescencia, con los cuales emergen los problemas de identidad y autoestima.

Relacionado con lo anterior se han asociado ciertos rasgos de personalidad con algún trastorno alimentario específico. Del Bosque y Caballero (2009) mencionan que en el caso de la anorexia nervosa esta se ha relacionado con el perfeccionismo y la rigidez, y la bulimia nervosa se asocia con la impulsividad y con el perfeccionismo. En la literatura especializada se reconoce que la forma de diagnosticar trastornos de la personalidad, actualmente es categórica y heterogénea, por lo que es mejor estudiar a la personalidad desde un enfoque dimensional, lo cual viene bien cuando se ponderan los diversos fenómenos psicológicos concomitantes observados en los diversos trastornos del comportamiento alimentario como la anorexia y bulimia nerviosa.

Los rasgos de personalidad se consideran formas persistentes de percibir, pensar y relacionarse y se convierten en trastornos cuando son inflexibles y desadaptativos haciéndose evidentes en la adolescencia o al iniciar la vida adulta causando un deterioro funcional significativo (APA, 2002).

Asociado a los trastornos del comportamiento alimentario la literatura ha mencionado un síndrome cognitivo conductual, que se es caracterizado por rigidez, meticulosidad, perfeccionismo y dependencia, dificultad para expresar emociones, predominando el pensamiento operatorio, la baja autoestima, temores de pérdida de control, vivencia y temor a la soledad y al abandono, inseguridad, problemas de identidad, dependencia, desconfianza interpersonal, depresión y fobias (Pla & Toro, 1999). En un aspecto psicopatológico se describen sentimientos de incompetencia, baja autoestima centrada en la percepción negativa del cuerpo, falta de autonomía, dificultad para el manejo de sentimientos, déficit de autocontrol, se sienten poco

aceptadas/os y se consideran poco divertidas/os, además se incluyen rasgos psicológicos de dependencia, temor a la pérdida de control, vivencias de inseguridad, soledad y temor al abandono.

En cuanto a los pacientes con bulimia nerviosa generalmente actúan de forma impredecible, con excesiva necesidad de aprobación, elevada sensibilidad, falta de tolerancia a la frustración puesto que fluctúan entre la ansiedad y la depresión, tendencia a tomar decisiones rápidas, poco control de impulsos y rasgos de acting-out (Gismero, 1996). Además las pacientes con bulimia tienden a ser más extrovertida que las pacientes con anorexia, pero manifiestan más ansiedad, culpa, sensibilidad interpersonal y quejas somáticas.

2.2.1 Conductas de control de peso

Un factor de riesgo en el desarrollo de los TCA son los comportamientos y actitudes alimentarios inadecuados para la disminución de peso (Haley, Hedberg & Lemas, 2010). Las prácticas no saludables derivadas de la preocupación excesiva por la delgadez que se asocian a los estándares actuales de belleza suponen un factor de riesgo para los trastornos del comportamiento alimentario y para la desnutrición.

El comienzo para la realización de dietas se sitúa en las edades de 12 y 14 años y cuanto más jóvenes mayor es el riesgo de un TCA. Existen diferencias en los hombres y en las mujeres cuando hay que elegir alimentos. Los primeros prefieren productos de origen animal y lácteos, con el objetivo de ganar músculo, mientras que las mujeres deciden consumir verduras, frutas y menos cereales buscando bajar su. Si añadimos la ausencia de supervisión médica con la que suelen llevar a cabo las dietas, es fácil comprender el grave peligro para la salud que conlleva el seguimiento de estas. Este hecho resulta preocupante en las mujeres adolescentes. Las dietas, en la mayoría de los casos, traen como consecuencia una ingesta energética diaria menor de las cantidades recomendables y saludables (Ramos, Rivera & Moreno, 2010). De esta forma se han generalizado entre el conjunto de la

población algunos mecanismos individuales que se dirigen a adecuar la imagen corporal orientados hacia la esbeltez a través de la abstinencia, de la selección alimentaria o de factores como el ejercicio físico.

Los adolescentes que hacen dietas son los que sienten deseos de ser más delgados, los que muestran preocupación por su imagen corporal y que experimentan insatisfacción corporal (McCabe & Ricciardelli, 2006). Los predictores de las conductas extremas de control de peso en chicas se relacionan con el estado depresivo, insatisfacción corporal e importancia de la imagen corporal. En cambio los chicos únicamente el estado depresivo y la importancia de la imagen corporal fueron los predictores de dichas conductas.

Por otra parte la psicología, desde la escuela cognoscitiva, ha determinado que la conducta alimentaria está influida por variables mentales, que redundan en aspectos tales como las emociones y los comportamientos en general. Los estudios han mostrado que la imagen corporal es una de las variables que más influye dentro de la alteración de la conducta alimentaria. Un ejemplo claro de ello, es que las personas presentan problemas de la conducta alimentaria cuando su imagen corporal es displacentera, originando en la alimentación una distracción inmediata para evitar y olvidar tal sensación negativa con su corporeidad, provocando que se reduzca la ansiedad y la amenaza al self, es decir, al sí mismo (Polivy & Herman, 2002).

La imagen corporal es la representación mental de varios aspectos de apariencia física lograda desde tres componentes: el perceptivo, cognitivo – afectivo y conductual. Al existir una inadecuada representación de imagen corporal se ven afectados dichos componentes obteniendo un desequilibrio y perturbación, lo cual puede generar un posible trastorno alimentario como la anorexia nerviosa. Al mismo tiempo, se produce la insatisfacción corporal, creando la idea en las personas de que son obesas, siendo ésta una de las causas más frecuentes que las llevan a

tomar la decisión de empezar dietas que pueden ser dañinas (Lameiras, Calado, Rodríguez & Fernández, 2003).

De acuerdo a lo anterior la imagen corporal es la manera en que cada persona se percibe, siente, imagina en función de su propio cuerpo, y contempla aspectos subjetivos como: satisfacción corporal o insatisfacción, preocupación, ansiedad y evaluaciones cognitivas. En relación a lo anterior existen evidencias de que el rechazo a la configuración del cuerpo es un factor de riesgo causante de los comportamientos alimentarios negativos (Jackson & Chen, 2011) que se relacionan con la obesidad, la depresión y la baja autoestima. La insatisfacción corporal en la adolescencia es un factor que motiva a la realización de dietas y conductas no saludables para el control de peso.

La belleza en la actualidad está asociada a los cánones de esbeltez en las mujeres. Quienes gastan millones cada año para lograr el aspecto físico deseado, siendo uno de los negocios más lucrativos y las mayores consumidoras son las mujeres y esta preocupación de forma exagerada puede llegar a ser perturbadora. Algunas personas, en el intento de mejorar su apariencia física, recurren a cirugías estéticas o acuden a centros de atención cosmética.

La imposición de un estándar de belleza hace que las personas con exceso de peso sean vulnerables y tiendan a la insatisfacción corporal (Mousa, Mashal, Al-Domi, & Jibril, 2010). En la insatisfacción corporal hay elementos importantes como la sobrevalorización de la apariencia en la construcción de la propia identidad, percepción y sentimiento de que la forma corporal es diferente a los ideales de belleza interiorizados e irreales, creencias y sentimientos desadaptativos acerca del propio cuerpo y conductas poco saludables provocadas por la insatisfacción corporal.

En relación a lo anterior Fairburn (2008) atribuye gran parte del mantenimiento de los trastornos alimenticios a la sobrevalorización del peso y la figura. La percepción y sentimiento de como discrepa la forma corporal con los estándares ideales de

belleza es constante en la sociedad, debido a que las mujeres son bombardeadas con modelos estéticos muy delgados y la mayoría muestran insatisfacción hacia su propio cuerpo al compararse con dichos ideales de belleza.

2.2.2 Autoestima

La autoestima influye sobre la persona en cómo piensa, cómo se siente, aprende, se relaciona y comporta con los demás y en cómo se valora. Las personas se forman una idea de lo que valen como resultado de las propias experiencias de éxito y fracaso y de las actitudes y opiniones de las personas más significativas (Toro, 2004). La baja autoestima es un problema común entre los adolescentes y se asocia con la imagen corporal negativa del cuerpo, siendo las niñas más susceptibles a la influencia de sus pares en presencia de un alto perfeccionismo. La tendencia a comprar su cuerpo con otros. Y la insatisfacción corporal se asocia significativamente con baja autoestima mientras que una autoestima alta constituye un factor protector para los trastornos alimenticios.

La presión, las burlas y las críticas por estar delgadas por parte de familiares y amigos puede favorecer al aumento o aparición de una baja autoestima y dar inicio a actitudes y comportamientos alimentarios negativos, agravando la insatisfacción corporal, especialmente en niñas. En estudios longitudinales la baja autoestima se señala como un factor de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa (Jacobi & Fittig, 2010).

De tal modo las mujeres con trastornos alimentarios no se autovaloran y tienen extremadamente baja autoestima, con miedo de ser despreciadas o rechazadas y se consideran personas poco valiosas. Por lo menos un tercio de la propia autoestima resulta de la autoimagen positiva o negativa que tenga de sí misma. Si a uno no le gusta su cuerpo es difícil que le guste la persona que vive en él, por lo que resulta muy difícil que se consigan apreciar otras cualidades como la destreza,

la inteligencia o el trabajo separadamente del aprecio por su cuerpo, particularmente en mujeres que subordinan estas cualidades al atractivo.

2.2.3 Factores asociados a la anorexia y bulimia nerviosa

Las alteraciones psicológicas como la depresión y la ansiedad se asocian a la presión por alcanzar un cuerpo ideal asociándose como factores de riesgo para desarrollar una imagen corporal negativa y por ende un trastorno alimentario que a mayor duración del mismo más síntomas de depresión. Sin embargo la depresión y la ansiedad también son considerados trastornos asociados a la anorexia y bulimia nerviosa. Es relevante considerar que no sólo se come cuando se tiene hambre, sino también ante sentimientos de soledad, de aburrimiento, o estados ansiosos y depresivos que pueden desencadenar la necesidad de comer relacionándose con obesidad y la baja. Las conductas extremas de control de peso en hombres y mujeres se relacionan con estados depresivos (McCabe & Ricciardelli, 2006).

La culpa y la depresión constituyen un correlato normal en la bulimia, planteándose la posibilidad de que la depresión sea una puerta de entrada a este trastorno. Existen algunas pruebas que indican la aparición de la depresión en meses o incluso hasta un año antes del inicio del trastorno y aunque se pueda dar en casos particulares, muchos comportamientos propios de los episodios bulímicos provocan habitualmente estados de depresión y culpa. La sensación de no poder más en el caso de la bulimia puede ser muy intensa y presentar ideas de suicidio. El sufrimiento bulímico proviene de falta de control sobre la alimentación y sobre otros aspectos en general de su comportamiento, a diferencia del hipercontrol sobre su vida de la persona con anorexia nerviosa (Amigo, 2003).

Dentro de los problemas de la conducta alimentaria, se presentan distorsiones cognoscitivas que pueden explicar la causa y el mantenimiento de conductas alimentarias inadecuadas tales como: la abstracción selectiva, la sobre generalización, la magnificación de estímulos, el razonamiento dicotómico, el

razonamiento absolutista, la personalización, la autorreferencia, entre otras (Garner, & Bemis, 1982).

Otra variable que afecta a la conducta alimentaria es el estrés o distres, debido a que se ha logrado establecer relaciones entre la presencia de esta variable y el decremento del consumo de alimento en los jóvenes, indicando que los niveles de ingesta dependen de una interacción entre las características psico-afectivas de las personas y el tipo de estrés involucrado (Polivy & Herman, 1980). Debido a esto los estados de ánimo y las emociones juegan un papel importante en el consumo de alimentos en personas normales.

2.3 Factores socioculturales

Desde un enfoque sociocultural, los factores de riesgo de las alteraciones de conducta y de la insatisfacción corporal tienen su inicio en diferentes fuentes del entorno cultural de los individuos, en sus interacciones personales, sus expectativas, creencias religiosas y de los medios de comunicación. En cada cultura existen diferentes valores en relación al atractivo físico y estos consensos difieren de una cultura a otra, de los diferentes grupos étnicos, del nivel socioeconómico y de la época (Jackson & Chen, 2007). Las presiones socioculturales hacia la delgadez, el IMC, la insatisfacción corporal y la restricción alimentaria han contribuido sustancialmente al incremento de la incidencia de las alteraciones alimentarias y los trastornos alimenticios como la anorexia y bulimia nerviosa en las sociedades occidentales a la vez que se han valorado mecanismos psicosociales en su desarrollo, tales como el proceso de comparación corporal, las influencias percibidas de los pares, la familia y de los medios de comunicación.

Desde un enfoque transcultural se sugiere que los valores de la modernidad en relación a los estereotipos de belleza contribuyen al desarrollo de los trastornos

alimenticios. Es decir, los valores de belleza, de delgadez y gordura son influenciados por condiciones socioculturales y difundidos por medio de los medios de comunicación social, en el marco de la globalización económica.

Dos vertientes de estudios que están también orientadas a las variaciones transculturales, son el análisis de las manifestaciones fenomenológicas de la anorexia nerviosa en culturas no occidentales y los estudios experimentales y epidemiológicos que intentan evaluar la relación entre el aumento de la prevalencia de los trastornos del comportamiento alimentario con determinados factores de riesgo del contexto sociocultural (Anderson-Fye & Becker, 2004).

La alteración de la conducta alimentaria no se limita a una zona geográfica particular, sino que ha alcanzado una distribución global que involucra sociedades occidentales y no occidentales e vías de industrialización. Un número creciente de estudios experimentales y epidemiológicos han documentado la asociación entre el aumento de la prevalencia de alteraciones de las actitudes y conductas alimentarias y los trastornos alimenticios con el proceso de transición sociocultural y económica de las sociedades no occidentales (Anderson-Fye & Becker, 2004).

2.3.1 Factores socioculturales que inciden en la imagen corporal

La idolatría de los cuerpos extremadamente delgados y la connotación negativa del sobrepeso son algunos de los factores que se relacionan con el desarrollo de alteraciones del comportamiento alimentario en las sociedades occidentales (Rathner, 1996). Desde esta perspectiva se comprende que no todas las personas intentan perder peso para mejorar su salud; la mayoría lo intenta por razones de estética cultural, ya que muchas de ellas no necesitarían perder peso. Según algunas encuestas, más de dos tercios de las adolescentes y un tercio de los adolescentes están tratando de perder peso o evitar ganarlo.

Desde un enfoque transcultural, se sugiere que los valores de la modernidad en relación a los estereotipos de belleza contribuyen al desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario como la anorexia y bulimia nerviosa. Es decir, los valores de belleza, de delgadez y gordura son influenciados por condiciones socioculturales y difundidas por los medios de comunicación social, en el marco de una globalización económica.

Investigaciones recientes mencionan las presiones socioculturales como una influencia en la insatisfacción con la imagen corporal y la ocurrencia de TCA (Jackson & Chen, 2011). Los países desarrollados que dictan las normas que sigue la sociedad occidental en los últimos años han replanteado el valor asignado al cuerpo, especialmente al género femenino.

En años anteriores los cuerpos gruesos eran símbolo de salud y bienestar, mientras que en la actualidad son de falta de valía personal y baja autoestima, dando lugar a cuerpos más delgados y atléticos que casi consiguen anular las características femeninas e imponen cierta obligación para conseguir un cuerpo que no es natural. Los desórdenes alimentarios de esta época son síndromes culturales que no se comprenden fuera de un determinado contexto. El valor cultural que se asocia a la delgadez motiva particularmente a las mujeres a bajar exageradamente de peso, camino que puede conducir a desarrollar trastornos del comportamiento alimenticio como anorexia y bulimia nerviosa.

La presión por un ideal de belleza delgado se ha intensificado. Cada sociedad y cada época ha desarrollado ideales de belleza marcados como objetivos a conseguir, insistiendo particularmente en el ideal de belleza femenina, como por ejemplo la deformación de los pies de las chicas o el alargamiento artificial del cuello en las mujeres Karen de Birmania (Raich, 2011).

La anorexia y bulimia nerviosa son más frecuentes en sociedades occidentales industrializadas, sin embargo se encuentran patrones similares en mujeres de países no occidentales expuestos a la occidentalización y en países en proceso de

cambio sociocultural y económico como Argentina, Brasil, Chile, México y Venezuela (Espinoza, Penelo & Raich, 2009).

En este culto a la delgadez, nos guste o no, participamos todos de algún modo. Pero esta participación está revistiendo caracteres dramáticamente alarmantes en el sexo femenino, especial y concretamente en las adolescentes y jóvenes, quienes, sin defensas intelectuales ni argumentos críticos, interiorizan mayoritariamente, los valores de la sociedad en que desarrollan sus vidas (Toro, 1996).

2.3.2 Interiorización de la figura corporal ideal

La interiorización del ideal delgado se refiere a en qué medida un individuo acepta los ideales que han sido establecidos por la sociedad sobre el atractivo y realiza conductas para lograr ese ideal. Las mujeres que han interiorizado el ideal de delgadez son más vulnerables a la insatisfacción corporal, al no alcanzar el ideal de ser delgado, lo que les origina frustración.

El ideal estético interiorizado en los hombres sugiere un modelo de belleza orientado a los cuerpos musculosos, que al no lograr incrementar la masa corporal se correlacionan con una baja autoestima. La interiorización e los ideales de belleza en hombres y mujeres aumenta el riesgo de padecer un TCA como la anorexia y bulimia nerviosa (Mousa, Mashal, Al-Domi, y Jibril, 2010).

La interiorización del ideal delgado participa como mediador entre las presiones socioculturales y la insatisfacción corporal. A los niños desde pequeños les llegan mensajes sobre los estándares del atractivo físico a través de diferentes medios y en la medida que estos estándares son interiorizados se transforman en ideales personales que pueden afectar a la insatisfacción corporal y llevar a una autoevaluación negativa.

2.3.3 Influencias de los medios de comunicación

Las mujeres y cada vez más los hombres se ven sometidos a permanentes acosos publicitarios desde los medios de comunicación, con el objetivo de incitar a consumir productos y servicios que se relacionan con la belleza. Los medios de comunicación garantizan que las mujeres delgadas serán más felices, con mayor éxito social y profesional. Por ello es un mensaje repetido reiteradamente sobre la necesidad de conseguir un cuerpo “perfecto” y “delgado”, asociándolos al “éxito” y a la “felicidad”, como si una cosa llevara a la otra automáticamente (Raich, Sánchez y López, 2008). Los medios de comunicación incluyen sugerencias e informaciones verbales, imágenes y especialmente imágenes de cuerpos humanos, que en forma burda o sutil van enviando mensajes que facilitan la difusión y la consiguiente interiorización de la cultura de la delgadez (Toro, 1996).

El bombardeo constante de la publicidad no se cansa de mostrar cuerpos con extrema delgadez que cualquier persona puede tener con “fuerza de voluntad”, como si el cuerpo fuera de plastilina y se pudiera modelar a su antojo. Todo ello genera insatisfacción y depresión, pues en realidad el cuerpo y la silueta son muy difíciles de modificar y no es un problema de voluntad sino de biología, de la genética del metabolismo, factores que hacen que el cuerpo cambie de manera sencilla (Raich, Sánchez & López, 2008).

En diferentes épocas y sociedades, de acuerdo a consensos establecidos socialmente, se ha determinado las características del vestido femenino principalmente. La manipulación del cuerpo ha sido la norma y las mujeres han pagado sacrificios y molestias que podrían haberse invertido en aspectos más fructíferos (Toro, 1996). Contribuyen a reforzar estas creencias los medios de comunicación, que además de culpabilizar a las personas por sus cuerpos, ponen cientos de medios para alcanzar la perfección. El consumo compulsivo de productos cosméticos, la obsesión por las dietas y la dependencia de la cirugía se convierten

en comportamientos habituales para intentar buscar la perfección inalcanzable que estimulan los medios de comunicación (Raich, Sánchez & López, 2008).

Los medios de comunicación envían ideales de perfección manipulados desde su origen, ya que la mayoría de las imágenes de los/as modelos se alteran mediante trucos y montajes. La publicidad constante conduce a admirar imágenes falsas de una belleza imposible y sigue patrones claros y perfectamente diseñados desde el punto de vista comercial. Primero se crea un modelo estético irreal y la necesidad de alcanzarlo, se mantiene que un cuerpo muy delgado lleva al éxito y a la felicidad.

Después, a pesar de que este ideal es inalcanzable, se transmite la idea de que se puede conseguir comprando sus productos, a pesar de que la mayoría de ellos son ineficaces. Cuando los productos no producen el efecto deseado se cree que en realidad es culpa del/la comprador/a y con ello se garantiza el negocio (Raich, Sánchez y López, 2008).

Además, se ha podido observar una asociación entre la exposición a la televisión y mayor interiorización de los ideales de apariencia. De manera particular, se ha indicado que la lectura de revistas de moda incrementa la interiorización del ideal de delgadez y la probabilidad de padecer síntomas de trastornos de la alimentación como lo son la anorexia y bulimia nerviosa.

2.3.4 Influencia de las relaciones interpersonales

La presión por la delgadez también puede encontrarse dentro de la familia, especialmente una preocupación extrema de las madres para que sus hijas sean atractivas (Amigo, 2003). El hecho de ser criticado en la infancia o de sufrir burlas por la apariencia física tiene un efecto importante en la formación de la imagen corporal y es probable que influya en la madurez. Se han recogido bastantes casos en la literatura científica en los que las burlas de familiares o de amigos actúan como

desencadenantes de un trastorno como la anorexia y la bulimia nerviosa (Fairburn, 2008).

Los comentarios críticos de la familia sobre la silueta, el peso y las burlas por la apariencia son factores que influyen en la aparición de anorexia y bulimia nerviosa. En muchos casos las burlas no son intencionadas, pero las personas lo sufren como si lo fueran. Las burlas de familiares y amigos sobre el peso son una cuestión importante en la presencia de insatisfacción corporal y trastornos del comportamiento alimentario. Las niñas que han recibido comentarios sobre su apariencia física en comparación con sus compañeros presentan conductas extremas para la pérdida de peso, dietas restrictivas.

Algunos resultados destacan la influencia de los padres sobre los hijos como el factor de riesgo más grande en la pérdida de peso y de insatisfacción con el cuerpo en los adolescentes (Mellor, McCabe, Ricciardelli y Merino, 2008). Los padres con comportamientos muy controladores sobre la alimentación de sus hijos, junto con la presión de los amigos, contribuyen a que desarrollen una imagen negativa de sí mismos y como consecuencia realizan comportamientos que ponen en riesgo su salud.

De acuerdo a lo anterior Rodríguez, Hernández, Bolaños, Ruiz, Jáuregui (2015) expresan que existe una marcada influencia del ámbito familiar, donde tiene lugar el aprendizaje y la asimilación de conceptos durante la infancia, en el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Aspectos relacionados con la comida, la figura y el peso se transmiten de padres a hijos, especialmente de madres a hijas, siendo factores de riesgo para el desarrollo de anorexia y bulimia nerviosa: la obesidad en las madres, sus dietas restrictivas, su insistencia para que sus hijas pierdan o controlen su peso, la importancia que conceden a la apariencia y a la figura corporal ideal de la sociedad, sus conductas alimentarias compulsivas y las restricciones alimentarias.

En el caso de padres a hijos, la insatisfacción corporal se considera el principal factor de riesgo. Se ha observado, que mientras la ingesta de frutas y verduras por parte de los progenitores fomenta el consumo en sus hijos, una presión desmedida puede desalentar dicha ingesta, lo que corrobora la importancia de un contexto adecuado.

Las familias con estructuras inestables y carentes de figuras de autoridad, propician un entorno favorable para la aparición de anorexia y/o bulimia nerviosa. En muchas ocasiones una relación familiar inadecuada desemboca en una alimentación improvisada fruto del consentimiento y la anarquía en la que se desarrollan dichos hogares. Es cada vez más frecuente encontrar familias completas que mantienen inadecuados hábitos de alimentación, observándose, además, la desaparición de comidas familiares. Sin embargo, los padres y madres de pacientes con trastornos alimenticios presentan mejores estrategias de alimentación que los de hijos sin patologías: preparan más comidas en casa y usan menos comida rápida como comida principal, presentan menos pérdidas de desayunos y almuerzos, menos picoteo y menor frecuencia de sobre-ingesta tras haber perdido alguna comida.

2. 4 Síntomas físicos de los Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa

Dentro de los trastornos del comportamiento alimentario, se manifiestan distintos síntomas que pueden ser de los más simples a los más complejos, los cuales podrán dañar tanto el estado emocional como el estado físico de las personas, llevándolas incluso a la muerte.

Dentro de los síntomas que más perjudican a las personas con trastornos alimenticios son los físicos, ya que no sólo conllevan a un estado emocional perjudicial para la salud, sino también a distintos síntomas físicos que pueden dañar la salud del organismo y en ocasiones llevar al paciente a la muerte.

2.4.1 Síntomas físicos en la anorexia nerviosa

De acuerdo con Tinahones (2003), las manifestaciones cardiovasculares son una de las más frecuentes y una de las principales causas de muerte en la AN, suelen observarse bradicardia e hipotensión ortostática y en reposo. Dentro de las manifestaciones digestivas hay casos donde existen vómitos de repetición existe hipertrofia parotídea bilateral benigna e indolora, hay un vaciamiento gástrico tardío que origina plenitud postprandial, y disminución de la motilidad intestinal. Jáuregui (2006) señala que las alteraciones dentales de la AN consisten en erosión del esmalte dental, y aumento de la incidencia de caries. En personas la malnutrición altera el sistema respiratorio de diferentes formas: reduce la capacidad ventiladora, disminuye la fuerza de los músculos respiratorios y disminuye la inmunocompetencia.

Además, existen manifestaciones neurológicas como cefaleas, convulsiones, síncope en ausencia de hipotensión ortostática, diplopía y alteraciones del movimiento. A consecuencia de la deshidratación crónica y del aumento de la ingesta de oxalatos (procedentes de los vegetales) pueden aparecer cálculos renales (De la Serna, 2008). Las manifestaciones cutáneas son muy frecuentes, provocadas por el ayuno, vómito y traumas autoinducidos, las principales características dermatológicas según su frecuencia de aparición son: xerosis, acné, dermatitis seborreica, intertrigo interdigital, dermatitis de las manos y signo de Russel.

En cuanto a las anomalías en las pruebas de laboratorio la leucopenia es frecuente con pérdida de todo tipo de células, puede presentarse anemia leve, así como trombocitopenia y, rara vez, problemas hemorrágicos. Los niveles de enzimas hepáticas pueden estar elevados, ocasionalmente puede observarse hipomagnesemia, hipozinquemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia.

En cuanto a las manifestaciones óseas suele presentarse osteopenia u osteoporosis, además de un aumento en el riesgo de fractura. La amenorrea suele estar presente y parece ser un indicador de disfunción fisiológica. Si está se

presenta es generalmente consecuencia de la pérdida de peso, aunque en una minoría de individuos puede, de hecho, preceder a la pérdida de peso. En las niñas pre-púberes, la menarquia se puede retrasar. Además de la amenorrea, puede haber quejas de estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y exceso de energía.

Algunas complicaciones pueden ser muy agudas, como los desequilibrios electrolíticos y la dilatación gástrica aguda, mientras que otras pueden ser indolentes y crónicas (osteoporosis, hígado graso).

2.4.2 Síntomas físicos en la bulimia nerviosa

Así mismo, existen distintos síntomas físicos para las personas con bulimia. Según De la Serna (2008) las manifestaciones digestivas son muy frecuentes en las pacientes con bulimia quienes presentan vaciado lento del estómago, ptosis, dilatación o lesiones gástricas por la ingesta masiva o por el esfuerzo para vomitar. Las manifestaciones respiratorias son menos frecuentes pero igualmente importantes: faringitis, ronquera crónica, neumomediastino por los esfuerzos para vomitar, neumonitis o neumonía por aspiración, mientras que las cardiovasculares tienen mucha importancia por su riesgo vital, puede haber alteraciones en el ECG a causa de hipopotasemia, disritmia paroxística, arritmia, bradicardia o hipotensión.

Se reporta que se pueden presentar manifestaciones neurológicas como miopatías secundarias al déficit de potasio, alteraciones en el EEG, neuropatías periféricas por déficit de vitamina entre otras, así como manifestaciones renales, hematológicas, endocrinas, entre otras.

En la actualidad no existe ninguna prueba diagnóstica específica para la bulimia nerviosa, sin embargo, se pueden producir varias anomalías en los resultados de

laboratorio como consecuencia de las purgas que pueden aumentar la seguridad del diagnóstico entre ellas están las anomalías hidroelectrolíticas como la hipopotasemia (que puede provocar arritmias cardíacas), la hipocloremia y la hiponatremia.

La pérdida de ácido gástrico a través del vómito puede producir una alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), y la inducción de la diarrea o la deshidratación por el abuso de laxantes y diuréticos puede causar una acidosis metabólica. Algunos individuos con bulimia nerviosa presentan niveles moderadamente elevados de amilasa en el suero, lo que probablemente refleja un incremento de la isoenzima salival.

También se observa la pérdida permanente y significativa del esmalte dental, especialmente en la superficie lingual de los dientes frontales, debido a los vómitos recurrentes, aumento en la frecuencia de caries dentales. Los individuos que se provocan el vómito mediante la estimulación manual del reflejo nauseoso pueden desarrollar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano por el contacto repetido con los dientes (DSM-V, 2013).

2.5 Síntomas psicológicos

Existen diversos síntomas psicológicos que se pueden manifestar y que pueden ser observados con facilidad, estos afectan de manera muy importante la salud mental del paciente. Según Tinahones (2003) existen alteraciones indicativas de un TCA no descubierto, en ellas se encuentran: cambios en hábitos de ingesta, depresión, retracción social, absentismo escolar o del trabajo, comportamiento reservado o engañoso; en el caso particular de las pacientes con anorexia suelen inhibirse, y en el caso de la bulimia pueden acudir a robar, por ejemplo para obtener comida, abuso de sustancias, ejercicio excesivo; sufren sentimientos de culpa y desesperación cuando no consiguen controlar el peso, el sueño disminuye en

cantidad, profundidad y capacidad reparadora (De la Serna, 2008). En el caso de ambos trastornos no son raras las ideas y los intentos de suicidio, siendo una de las principales causas de muerte.

En las personas con trastornos del comportamiento alimentario, el problema se inicia en las cogniciones distorsionadas, las cuales se reflejan en comportamientos y sentimientos que van reforzando su pensamiento desequilibrado y una visión negativa de sí mismas. En la vida cotidiana es difícil separar la interpretación cognitiva negativa y los sentimientos y conductas negativas respecto a ellos mismos; el pensar mal de sí mismo provoca sentimientos desagradables y se comportan de una manera diferente a si no los tuvieran (Raich, 2011).

En la anorexia nerviosa están presentes las alteraciones cognitivas o del pensamiento antes mencionadas, las alteraciones emocionales y las alteraciones comportamentales. Dentro de las primeras suele estar presente un pensamiento dicotómico, creencias irracionales incorporadas de la difusión social, el pensamiento obsesivo en cuanto al peso y la comida, y el pensamiento perfeccionista (Cervera, 2005).

Dentro de las alteraciones emocionales existen sentimientos depresivos como el insomnio, llanto, tristeza, irritabilidad, anhedonia, además de signos de ansiedad como la inquietud y el movimiento, insatisfacción corporal y de su autoestima y de sentimientos de culpa tras la ingesta de alimentos.

Por último, y no menos importantes en las alteraciones comportamentales, las pacientes suelen aumentar la actividad física, presentar comportamientos específicos relacionados con la comida: comer poco, comer a escondidas, esparcirla por el plato, revisar todo tipo de dietas y realizar comportamientos relacionados con el cuerpo: pesarse mucho o nunca, vestirse con mucha ropa, comprobar su cuerpo en espejos o nunca hacerlo (Raich, Mora & Sanchez, 2002).

En el caso de la bulimia nerviosa las alteraciones emocionales suelen ser sentimientos depresivos como llanto, tristeza, irritabilidad, anhedonia, gran inquietud e insomnio, además de cambios bruscos de humor, insatisfacción corporal, baja autoestima, insatisfacción con su falta de control especialmente con la comida, y sentimientos de culpa, debido a que cuando se dan los atracones experimentan una gran ansiedad, pero cuando acaban de ingerir los alimentos se sienten culpables por no haberse controlado y por ello recurren al vómito, se ven sin voluntad, como consecuencia, tienen una autoimagen muy negativa, sienten vergüenza de sí mismos y se menosprecian (Cervera, 2005).

Al igual que la anorexia, la bulimia nerviosa son trastornos de la alimentación que requieren de un tratamiento multidisciplinario que ayude no sólo en la recuperación de los síntomas físicos sino también de los psicológicos como los mencionados anteriormente, con ayuda de profesionales que ayuden a los pacientes a recuperar su salud física y emocional.

CAPÍTULO 3: ESTRATEGIAS COGNITIVO- CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ASOCIADOS A LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA, BULIMIA NERVIOSA

El psicólogo como profesional se enfoca no sólo a la investigación de las alteraciones de los patrones comportamentales que tienen consecuencias negativas en las personas, sino también al desarrollo e implementación de técnicas y estrategias de intervención orientadas a modificar tales patrones negativos; promoviendo la adaptación de los individuos a su ambiente familiar o los diferentes contextos dentro de los que se desenvuelven. En el área de la salud el psicólogo tiene como objetivo desarrollar programas de prevención de enfermedades y accidentes, planeación de programas que mejoren el sector salud, e intervención llevando a cabo el empleo de técnicas y procedimientos para los problemas de salud y adherencia médica en los tratamientos implementados por diversos profesionales de la salud (Piña, 2010).

En el caso de la anorexia y bulimia nerviosa, de acuerdo al grado de gravedad del trastorno, se ha descrito que existen tres principales fases del tratamiento desde la perspectiva cognitivo-conductual; el primero de ellos es el tratamiento en régimen de ingreso, posteriormente el hospital de día y por último el tratamiento ambulatorio.

Un tratamiento integral de los trastornos de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos, especialmente de la anorexia nerviosa necesita con mucha frecuencia el ingreso del paciente como parte de un tratamiento a largo plazo, para restablecer la salud física, mental y el funcionamiento social del o la paciente. De acuerdo con Calvo (1998) este tipo de intervención puede proporcionar al paciente las

condiciones necesarias para el inicio de cambio y prepararle para pasar a un tratamiento menos intenso y escalonado, en hospital de día, seguido del tratamiento ambulatorio a largo plazo que facilite la prevención de recaídas.

El tratamiento de ingreso debe tener objetivos claros y posibles de adquirir. Calvo (1998) señala que el principal objetivo del ingreso consiste únicamente en el cuidado físico de la paciente orientando el tratamiento a las complicaciones médicas y a la recuperación del peso corporal a un nivel saludable, estabilizado y una composición corporal adecuada.

Calvo (1998) menciona que otro objetivo del tratamiento de ingreso es que además del cuidado de la salud del paciente se inicien acciones orientadas a aspectos claves como: a) normalización de la comida en tiempo, lugar, contenido, cantidad, periodicidad y duración; b) desarrollo de un bienestar personal y social durante las comidas, proporcionado por el conocimiento de lo que es una nutrición equilibrada y por realizar comidas en diferentes situaciones; c) información y psicoeducación sobre su trastorno y sobre nutrición; d) práctica de un ejercicio moderado; e) afrontamiento de los errores cognitivos más importantes en relación al peso, la imagen corporal, el miedo a la gordura; f) inicio de cambio en las relaciones familiares; g) planificación de la prevención de recaídas y definición de los criterios de reingreso y por último h) planificación del tratamiento tras el alta hospitalaria.

El tratamiento durante el ingreso debe iniciar la integración con una rehabilitación nutricional y psicológica, en la cual el equipo debe trabajar, no sólo para conseguir cambios conductuales y cognitivos, sino para preparar al paciente para afrontar los problemas de la vida cotidiana, mediante técnicas de *role-playing* y *exposición in vivo*, que permitan su generalización después del alta hospitalaria. Jurado, Correa, Delgado, Contreras, Camacho, Ortiz, y Escobar (2009) afirman que la admisión al hospital es una decisión clínica sobre la base de múltiples factores que deben incluir siempre al paciente y su familia, incluso cuando es involuntaria.

En la actualidad las limitaciones en los recursos clínicos y las presiones para contener los gastos han llevado a desarrollar programas de tratamiento que tengan en cuenta la relación costo-beneficio, en los cuales los procedimientos más caros (tratamiento de ingreso) se reserven para los pacientes más graves o que no respondan a tratamientos menos “estructurados”, ofertando a la mayoría de los pacientes el tratamiento en hospitales de día. Los programas del tratamiento de día pueden proporcionar una estructura alrededor de las comidas y al mismo tiempo una terapia intensiva sin que el paciente se aisle totalmente del apoyo, además dentro de su tratamiento el paciente pueda aprender y aplicar los aprendizajes adquiridos en torno a situaciones y retos de la vida cotidiana (Jurado, Correa, Delgado, Contreras, Camacho, Ortiz & Escobar, 2009).

De acuerdo con Calvo (1998) el programa de terapia de grupo en hospital de día integra intervenciones terapéuticas biológicas, psicológicas y socioculturales, durante un periodo de 4-8 meses y por lo general con un máximo de 12 pacientes al mismo tiempo. Los objetivos del tratamiento son: 1) cambios conductuales para normalizar las pautas alimentarias; 2) rehabilitación nutricional mediante la ingesta calórica adecuada y el consiguiente aumento de peso y 3) identificación de los procesos patológicos subyacentes, psicológicos y de las relaciones familiares.

El programa de terapia de grupo se lleva a cabo durante cinco días a la semana, invirtiendo aproximadamente unas 7 horas y media. La rehabilitación nutricional se realiza a través de una dieta equilibrada, que incorpore las comidas fóbicas y se divide en tres comidas y dos tentempiés al día. Cada grupo se lleva al menos por dos miembros del equipo y todos los pacientes deben acudir a todos los grupos. Calvo (1998) expresa que el tratamiento de grupo incluye principios psicoeducativos, conductuales, cognitivos e interpersonales.

Los grupos suelen dividirse en aquellos que tratan de forma directa las conductas y actitudes distorsionadas, referentes a la comida y el peso, y aquellos que se enfocan a áreas más generales de difusión. Los grupos se dividen en grupos relacionados con la comida (intervención durante las comidas, retroacción en grupos, planificación de los menús, grupo e nutrición, grupo de actitudes hacia a comida) y grupos no alimentarios (grupo de asertividad, grupo de tiempo libre, grupo de actividad física, grupo de terapia creativa, grupo e imagen corporal, grupo de sexualidad, grupo e relaciones interpersonales y grupo de despedida). En el grupo de despedida cada paciente tiene su grupo especial cuando termina su tratamiento y permite modelar estrategias adecuadas para el alta de los otros pacientes. Debe realizarse la conexión con el equipo de tratamiento ambulatorio para no perder los beneficios adquiridos, realizando un programa de transición con intervenciones muy frecuentes (tres sesiones de grupo semanales durante los seis meses posteriores del programa intensivo).

En el caso del hospital de día este proporciona ventajas evidentes: atenúa las posibilidades de regresión y dependencia de las pacientes al tener que cuidarse ellas mismas fuera del hospital mientras se realiza el tratamiento intensivo. Esta situación ayuda a desarrollar autonomía y proporciona la posibilidad de generalización de la normalización de la comida que las pacientes tiene que adquirir en el hospital de día (Calvo, 1998).

Por último el tratamiento ambulatorio es adecuado para un gran número de pacientes cuyo trastorno es moderado y es necesario en la fase de transición a la normalidad en todas las pacientes, una vez que ha pasado la gravedad. Por ello, presenta componentes de los programas de ingresos y de los programas de hospital de día.

Durante el tratamiento ambulatorio puede establecerse un compromiso terapéutico que defina el nivel de salud necesario para realizar las diversas actividades de una

vida normal. Por ello la paciente tiene que aceptar un peso que esté relacionado con el nivel de actividad que se le permita realizar como: ir al colegio, ir a trabajar, practicar ejercicio físico y reposo por lo cual la paciente debe comprometerse a adquirir de forma estructurada ese nivel nutricional mínimo.

De acuerdo con Calvo (1998) el modelo de tratamiento cognitivo asume que las conductas anoréxicas y bulímicas se mantienen por la existencia en las pacientes de un conjunto de creencias acerca del peso y forma corporal. Estas creencias les llevan a mantener sus conductas alimentarias inadecuadas de forma estereotipada, y a procesar la información con un sesgo cognitivo. A través de las diversas experiencias de la vida, surgen esquemas e ideas distorsionadas con relación a uno mismo, el mundo y el futuro, que producen una vulnerabilidad hacia el trastorno del comportamiento alimentario.

Basándose en la taxonomía de los errores de pensamiento Beck recomendó que a las pacientes con trastornos alimenticios se les debe enseñar algunos aspectos del modelo cognitivo, en particular aquellos que les puedan ayudar a reducir su razonamiento dicotómico y la personalización. De acuerdo con Calvo (1998) en todas las pacientes se encuentran una gran cantidad de pensamientos extremos: sobregeneralización y causalidad temporal, abstracción negativa, autorreferencia y negación de responsabilidad.

Las pacientes necesitan que se les ayuden a modificar estos pensamientos irracionales mediante técnicas adecuadas como: 1) autorregistrar sus pensamientos o incrementar la conciencia de sus pensamientos; 2) reconocer la conexión entre ciertos pensamientos, sus conductas y sus emociones desadaptadas; 3) analizar la validez de determinadas creencias y 4) sustituirlas por interpretaciones más apropiadas y realistas (Calvo, 1998).

Algunas técnicas específicas para obtener esos cambios son: articulación de creencias, descentrar, descatastrofizar, retar los “debería”, retar las creencias,

proporcionar que prueben hipótesis y exploren su validez en la vida real y por último utilizar técnicas de reatribución.

Por otra parte las cogniciones también actúan de mediadoras de las emociones. El incremento de la conciencia de las emociones se realiza de forma progresiva, proporcionando a la paciente información sobre las incongruencias y lo inapropiado de sus reacciones ante los acontecimientos de cada día. Calvo (1998) indica que las pacientes pueden reconocer que de forma hipotética algunas emociones negativas pueden existir y ser aceptables, pero sólo en otras personas no en ellas, para lograr que las pacientes identifiquen sus emociones de forma definida y fiable y las exprese en particular las emociones “inaceptables requieren apoyo del terapeuta. Ante tal situación el terapeuta puede actuar como modelo facilitante que el paciente aprenda que las emociones expresadas abiertamente no tienen por qué producir rechazo o descontrol. En ocasiones y de acuerdo al paciente es recomendable utilizar métodos indirectos como escribir y leer poesía por ejemplo.

3.1 Tratamiento cognitivo-conductual en la atención de los trastornos de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos

En el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria la aceptación de los pacientes es de suma importancia, ya que de esta dependerá que la persona enferma comience a presentar mejoras y que el paciente obtenga una calidad de vida similar a la de cualquier otra persona que no presenta el trastorno reportado.

Para De la Serna (2008) el tratamiento psicológico es fundamental en la recuperación de un trastorno alimentario, porque es un punto que ayudará al paciente a sentirse mejor consigo mismo, lo cual le dará la fuerza y las ganas para salir adelante. La psicoterapia en desnutrición grave resulta poco eficaz. No es raro que el paciente intente engañar al terapeuta, por lo que, desde el principio, debe

establecerse un compromiso mutuo de honestidad. Sea cual sea la técnica, se busca autocontrol de la conducta alimentaria, desarrollar un patrón de ingesta adecuado, lograr un peso estable, desaparición de la distorsión de la imagen corporal, mejoría del ánimo y la autoestima, independencia emocional, y modificación en las cogniciones, en el estilo de vida y en las relaciones sociales y familiares.

En la última década se han realizado importantes avances en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), lo que ha producido árboles de decisión (comparar posibles acciones entre sí según sus costos, probabilidades y beneficios) que permitan elegir las mejores opciones de tratamiento de varios niveles de cuidado para así poder optimizar la eficacia del tratamiento de los pacientes.

En los diversos arboles de decisión, el tratamiento cognitivo-conductual tiene un gran peso debido a su eficacia en un porcentaje importante de pacientes. De acuerdo con Calvo (1998) una terapia cognitivo-conductual produce resultados positivos para la mayoría de los pacientes, aunque existe un subgrupo de pacientes más graves y resistentes, que necesitan intervenciones de mayor duración y/o complementadas con otras terapias. La Terapia cognitivo-conductual, trata de producir cambios en las conductas, creencias, actitudes y emociones distorsionadas de los pacientes.

Este tratamiento psicológico debe enfocarse en conseguir cambios duraderos en los pensamientos y emociones relacionados con el peso corporal, la silueta y el tamaño corporal, de forma que se disminuya la importancia que la delgadez tiene para la paciente, y la comida deje de ser la respuesta cuasi universal ante todos los retos y problemas que plantea la vida (regulación del estado de ánimo, identidad, estabilidad familiar, etcétera) cuestiones que debe de afrontar con otras respuestas más apropiadas (Calvo, 1998).

La existencia de una gran cantidad de pensamientos disfuncionales sobre la enfermedad exige dedicar tiempo e implementar un programa de reestructuración

cognitiva, que les lleve a interpretar su realidad de forma alternativa y positiva. Calvo (1998) menciona que la mayoría de las pacientes se ingresan con un gran sentimiento de culpa por el hecho de haber desarrollado un TCA o de haber producido un gran sufrimiento en sus familias. La reestructuración cognitiva ayudara a cambiar este estilo cognitivo inadecuado, por otro más funcional.

Desde la introducción de las técnicas operantes en el tratamiento de las pacientes con trastornos alimenticios, la mayoría de los clínicos han incorporado algunos aspectos de la modificación de conducta en el tratamiento de las pacientes emaciadas (Calvo, 1998). El programa implementado corre el riesgo de fracasar si no se acompaña de información que permita a la paciente su aceptación y colaboración. Reforzar una conducta es asociar de forma contingente algo a dicha conducta (objeto o acción) que la persona considere para ella un incentivo, algo que motive el cambio. Los métodos que se empleen para conseguir la rehabilitación nutricional deben ser comprensibles para la paciente, lo que va a permitirle estar más accesible al tratamiento psicológico.

De acuerdo con Calvo (1998) en el tratamiento cognitivo–conductual para los trastornos alimenticios se diferencian tres fases:

En la primera fase cuidados y protección, lo primordial es tratar de proteger la vida de las pacientes, reinterpretar la enfermedad, incrementar la autoconciencia y proveerles de recursos. La evaluación e intervención médica de especialistas en nutrición e internistas se optimizan con el apoyo del equipo psicológico siendo una de las tareas fundamentales lograr establecer una colaboración sincera de la paciente. La motivación de la paciente se facilita si el terapeuta le propone estudiar de forma conjunta algunas decisiones que pueden ser necesarias en el tratamiento debido a que cambios en la atribución de la enfermedad debe atribución del sentido de la normalización de la comida y el incremento del peso.

La segunda fase es el tratamiento propiamente dicho, en el que se les pide una corresponsabilidad en su autocuidado y en el afianzamiento de sus habilidades de

afrontamiento, durante la fase anterior y en esta es probable que la paciente anoréxica necesite uno varios periodos de ingreso. La transición al tratamiento ambulatorio necesita un trabajo terapéutico cuya forma mejor de hacerla ha sido a través de un hospital de día. En el caso particular de las pacientes bulímicas se benefician también de tratamiento intensivo en el hospital de día.

Por ultimo en la tercera fase se lleva a cabo la prevención de recaídas, durante la cual la generalización de los resultados a lo largo del tiempo y en su cliente habitual necesita un programa de prevención de recaídas en los cuales el paciente tiene que afrontar situaciones de alto riesgo en los que pueden volver a resurgir las conductas anómalas o se manifiesten aquellos aspectos del tratamiento que aun necesitan un trabajo más duradero y profundo.

De acuerdo a lo anterior e indistintamente de que las pacientes necesiten ingresar a una institución de salud, se incluyan en un hospital de día o realicen la terapia de forma ambulatoria, su colaboración en el tratamiento es esencial para que el trabajo terapéutico sea eficaz y los cambios que se consigan se estabilicen (Calvo, 1998).

3.2 Estrategias cognitivo-conductuales en la atención de la anorexia nerviosa.

Un punto importante de la teoría cognoscitiva de la anorexia nerviosa es que su evolución no es congruente con la evolución del tratamiento cognoscitivo de la misma. Esto hace referencia a que las propuestas de intervención cognoscitiva para este trastorno de la alimentación han sido significativamente escasas. Además, cabe señalar que la anorexia nerviosa ha sido de difícil tratamiento.

Al respecto, Mountford, Waller, Watson y Scragg (2004) expresan que la relativa y deficiente efectividad de los tratamientos para este trastorno se debe a la deficiente conceptualización del mismo. El tratamiento de la anorexia nerviosa en la década de los años setenta estaba fundamentado en intervenciones de tipo psiquiátrico por lo que los aspectos cognoscitivos comprometidos eran trabajados a través de

psicofármacos. Además, durante veinte años (1977-1997), el tratamiento fue esencialmente médico y conductual y es en 1997 cuando empiezan a aparecer propuestas cognoscitivas para el abordaje de la problemática. Aun así, desde los inicios del tratamiento de la anorexia nerviosa se ha reconocido la importancia del abordaje multidisciplinario e interdisciplinario, por supuesto, se priorizan intervenciones de unos u otros profesionales de acuerdo con el estado clínico del paciente como es el caso de los pacientes con infrapeso severo, para quienes la atención es primordialmente médica con el objeto de estabilizarlos ponderal y metabólicamente.

El tratamiento cognoscitivo debe dirigirse fundamentalmente a la modificación de las cogniciones que tiene la persona con un trastorno de la alimentación. Es decir, a la reestructuración de las ideas irracionales y estilos atribucionales negativos y a la modificación de las conductas desadaptativas que se generan a partir de ellas mediante la técnica de reestructuración cognitiva la cual permitirá y enseñara al paciente a cambiar ideas irracionales e su peso, figura, etc. por ideas más adecuadas. Así, una primera propuesta relacionada con el tratamiento cognoscitivo de la anorexia nerviosa se realiza en 1997 con el programa de tratamiento cognoscitivo del entorno, el cual parte de la premisa de que los pacientes se ven afectados por su ambiente.

En la medida en que se concibe que el entorno es un microcosmos del mundo del paciente, la terapia estará dirigida a que el paciente reconozca, conozca y acepte sus problemas, de manera tal que pueda darles un nuevo sentido o significado y reestructure y modifique sus patrones de pensamiento negativo y sus creencias (Bowers, Evans & Andersen, 1997).

De acuerdo con la propuesta inicial, este programa de tratamiento contempla igualmente el trabajo interdisciplinario y multidisciplinario, y debe estar constituido por un grupo psicoeducativo, terapeutas ocupacionales, psiquiatras, psicólogos, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y nutricionistas.

Fairburn, Cooper y Shafran (2003), plantean que en los casos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa hay presencia de una distorsión cognoscitiva central caracterizada por la sobrevaloración de la conducta de comer, el control del peso y la figura y además, están presentes cuatro mecanismos de mantenimiento del trastorno, ya mencionados previamente.

Wilson (2004) plantea que la eficacia de los tratamientos varía según el trastorno alimenticio y la efectividad de los tratamientos para la anorexia nerviosa está aún en una fase de estudio que requiere de investigaciones con diseños de grupos randomizados, frente a lo cual indica además que existe una importante dificultad dada la complejidad en la consecución de las muestras. Debido a lo anterior en el siguiente apartado se describirá el tratamiento cognitivo-conductual con la versión transdiagnóstica de Fairburn para la bulimia nerviosa puesto que en este trastorno se ha observado mayor efectividad que en la anorexia nerviosa.

Por otro lado y retomando el tratamiento cognitivo-conductual de la anorexia nerviosa, durante toda la década de los años noventa, se consolidan diversas propuestas relacionadas con la utilización de la realidad virtual presentando un interés particular la propuesta de Riva, Bacchetta, Baruffi, Rinaldi y Molinari (1999) denominada terapia cognoscitiva experiencial basada en la realidad virtual, debido a que su objetivo es esencialmente cognoscitivo, pero está fundamentada en el tratamiento cognoscitivo-comportamental. Esta propuesta permite evaluar y dar tratamiento a los trastornos de la alimentación como la anorexia nerviosa, es una terapia estructurada y de corta duración, sus beneficios se ven a las ocho semanas y puede desarrollarse de forma individual y grupal. En el tratamiento se realizan actividades como el entrenamiento en habilidades asertivas y entrenamiento para la evaluación y consolidación de la motivación, con ayuda de psicólogos, psiquiatras y nutricionistas.

De acuerdo con Riva, Bacchetta, Baruffi, Rinaldi y Molinari (1999) sus principales objetivos son: (1) generar satisfacción con la imagen corporal, para lo cual se crea

y utiliza un ambiente virtual, y (2) motivar para el cambio. A través del método socrático que es la técnica central en toda la terapia, utilizando una serie de preguntas, relacionadas con el contenido del ambiente virtual para ayudar así a los pacientes a sintetizar información y generar conclusiones sobre sí mismos y favorecer la motivación para el cambio y el descubrimiento y reconocimiento de la distorsión corporal. Este programa de tratamiento debe ser impartido por terapeutas y psicólogos con formación y dominio en terapia cognoscitivo-comportamental, quienes además deben tener la capacidad de reconocer la necesidad del apoyo de tipo farmacológico concomitante con la terapia y por supuesto, de aceptarlo.

3.2.1 Terapia de grupo

Para el tratamiento de la anorexia nerviosa el grupo de ayuda sirve para que las pacientes se sientan menos solas, dejen de lado el aislamiento y facilite la identidad de las mismas. Además los grupos de apoyo tienen un efecto dinamizador sirviendo de modelo para las pacientes debido a que estas se identifican con otras pacientes y sienten que no son la única persona con este trastorno, sienten que hay alguien que las entiende. En un inicio las sesiones se realizan semanalmente, posteriormente cada quince días y finalmente las sesiones se realizan de al mes, cada tres meses, seis meses y un año, en dado caso que la evolución sea satisfactoria (De la Serna, 2008).

Cabe señalar que en ocasiones las influencias de los grupos de ayuda suele ser negativa cuando las otras personas evolucionan mal, se pueden aprender nuevos hábitos perversos o que refuerzan la preocupación por el peso y la comida. Debido a lo anterior y para evitar que esto suceda es importante mantener vigilado al grupo, además que dentro de la misma terapia se informe a las pacientes el objetivo de del grupo de ayuda y las reglas a seguir.

3.2.2 Terapia familiar

En el grupo familiar se valoran los componentes de la familia y la calidad de las relaciones y alianzas entre los miembros: la de los padres entre si y la de los hermanos si es que los hay, los modelos de comunicación y la protección que recibe la paciente, quien está más preocupado con la enfermedad o que idea se tiene sobre la misma, y acontecimientos del pasado que influyen en el devenir del trastorno.

De acuerdo con De la Serna (2008) se debe trabajar con los familiares informando y orientando. Se estudiara la forma de analizar y resolver las discrepancias entre los padres por la enfermedad, los conflictos que aparecen y reaparecen en los hermanos como celos y sensación de abandono, la presencia, si la hubiese de simbiosis entre paciente y uno de los padres en un lazo fuerte que retroalimenta la enfermedad, las conductas anómalas de las pacientes que se consienten por ignorancia o por refugiarse en el trastorno que sirve de coartada para todo y las emociones, sentimientos y pensamientos que experimentan no lo los padres de familia y hermanos respecto a la enfermedad y a la terapia sino lo que la paciente siente, piensa y experimenta al sentir el apoyo de su familia para lograr vencer el trastorno.

En ocasiones no es raro que los padres tiendan a subraya lo negativo dejando de lado lo positivo por lo que se les responsabiliza en la tarea conjunta del tratamiento, actuando como verdaderos coterapeutas, y se les desculpabiliza. Además se les menciona que el trabajo es en equipo porque en ocasiones los padres no aceptan la parte que les corresponde en causa, mantenimiento y tratamiento. La terapia familiar permitirá a la paciente sentirse querida, entendida y apoyada por los miembros de su familia logrando que haya un cambio en los pensamientos y emociones de la paciente.

3.3 Estrategias cognitivo-conductuales en la atención de la bulimia nerviosa.

El proceso terapéutico de las pacientes bulímicas comienza en el mismo instante en el que se trata de obtener información en la primera entrevista. En ocasiones las paciente nunca han hablado con nadie acerca de su problema y puede llegar a ser difícil que lo hagan, por lo que los datos irán surgiendo de forma progresiva a lo largo de las sesiones, debido a ello las bases sobre las que debe apoyarse la intervención son la insistencia permanente de que el cambio es gradual.

De acuerdo con Calvo (1998) todas las pacientes requieren educación acerca de los conceptos erróneos que manejan y la reestructuración cognitiva de un pensamiento extremo, en el una mínima parte es el todo y la no perfección el fracaso absoluto.

Con base en lo anterior se debe dar información sobre la restricción como antecedente del atracón, la regulación del peso, el efecto del rebote de las dietas al reiniciar una comida normal y resaltar que los vómitos, laxantes y diuréticos son ineficaces para producir cambios e peso estables.

Para el afrontamiento de atracones y conductas purgativas las técnicas de autocontrol se acomodan fundamentalmente a pacientes cuya gravedad des trastorno permita realizarlas en régimen ambulatorio y tengan una alta tasa de motivación al cambio y estas son por lo general de duración limitada por lo que se exige la realización de autorregistros de los episodios de comida descontrolada, de los antecedentes y las consecuencias de los atracones y de las conductas purgativas.

De acuerdo a Calvo (1998) los principios básicos son:

1. Prescribir una pauta de comida regular.
2. Restringir la comida a determinados momentos planificados de antemano, entre los que debe mediar un intervalo de más de 3 horas.

3. Tratar de conseguir que no omita ninguna comida y que no coma en los intervalos entre las comidas.
4. Si las pautas de comida están muy trastornadas debe establecerse el plan de forma gradual. Iniciándose el cambio de los periodos menos trastornados, por ejemplo a las mañanas y extenderlo de forma progresiva.
5. Al comienzo se permite que las comidas elegidas por las pacientes sean de bajas calorías y posteriormente se introduce la ingesta de comidas variadas.

Aunque debe hacerse de forma individual existen pautas comunes que facilitan el autocontrol como: comer en un solo espacio de la casa, elaborar un horario de comidas, eliminar distracciones durante la hora de comida, planificar lo que se va a comer, preparar la comida cuando no se tiene hambre, establecer un periodo de tiempo fijo para comer y elaborar conductas alternativas paliativas para ocupar los tiempos entre las comidas de forma que reduzca las probabilidades del atracón y ayude a las pacientes manejar las situaciones en las que se sientan gordas. Las actividades a realizar deben ser lo más incompatibles que se pueda con seguir comiendo y/o vomitando. Estas técnicas conductuales tienen como finalidad someter la comida a un control estimular, es decir, comer sólo cuando se dan las condiciones apropiadas.

Por otra parte el entrenamiento en la demora es importante para el autocontrol del atracón, junto con la forma en que como se dan las instrucciones de esta demora. Calvo (1998) expresa que nunca debe decir “no” al deseo de comer una comida peligrosa, decir “sí” pero comer de forma espaciada, haciendo pausa entre porción y porción. Además los intervalos de las demoras deben incrementarse de forma progresiva, incluso comenzando con periodos cortos de tiempo, procurando que el paciente tenga éxito y lo logre. Cuando en la demora llega al momento de comer la siguiente porción de comida, el paciente no debe omitirla a no ser que la haya olvidado, para que el efecto beneficioso de la demora no se pierda. El tiempo de

espera entre porción y porción de comida deseada debe emplearse para observar que pensamientos, sensaciones y emociones tienen las pacientes, que les impide una comida moderada.

De acuerdo a lo señalado por Calvo (1998) Fairburn desarrollo un programa cognitivo -conductual para el tratamiento de la bulimia nerviosa, que ha servido de referencia a todos los programas posteriores. Está compuesto de 19 sesiones de tratamiento de 50 minutos durante un periodo de 20 semanas. Por lo general se acuerda un contrato con los pacientes con el número de sesiones especificado, debido a que los autores creen que conocer la fecha de terminación del tratamiento ayuda a mantener una alta motivación en cada sesión.

En el protocolo de 1993 (Fairburn & Wilson, 1993; Jones, Pevele, Hope & Fairburn, 1993), el tratamiento se realiza en tres fases:

1. En la primera fase (sesiones 1 a 8) se da importancia a la normalización de las pautas alimentarias prescribiendo un horario regular de comidas y tentempiés.
2. En la segunda fase (sesiones 9 a 16) se hace hincapié en la reestructuración cognitiva, enfocada al conocimiento y cambio de las percepciones distorsionadas sobre la figura y el peso y las reglas tan rígidas con las que realizan sus comidas.
3. En la tercera fase (sesiones 17 a 19) se persigue el mantenimiento de los logros conseguidos con el tratamiento y la prevención de recaídas.

Fases del tratamiento

Primera fase: sesiones 1 a 8.

En el inicio de esta fase se explica la relación atracón -purgación y por lo general el paciente no tiene problemas en comprender que la purgación mantiene los atracones, sobre todo si se cree que la purgación es una forma eficaz de controlar el peso. Estos atracones incrementan aún más la preocupación por la figura y el

peso produciendo esfuerzos para hacer dieta, aunado a esto la existencia de un autoconcepto pobre o baja autoestima puede incrementar y mantener preocupaciones sobre la figura y el peso.

De acuerdo con Fairburn y Wilson (1993) se pide a las pacientes que registren la comida que ingieren y los atracones, de tal manera que ayude a identificar antecedentes y consecuencias del atracón y a normalizar las pautas de la comida. El autoregistro debe iniciarse desde la primera sesión y continuar el resto del tratamiento. Las sesiones siguientes comienzan con una revisión de los registros y el esfuerzo para identificar los antecedentes de los atracones, una vez que se logran identificar las situaciones de alto riesgo o los momentos del día, la tarea del terapeuta consiste en ayudar al paciente a desarrollar conductas alternativas placenteras que sean incompatibles y reduzcan los atracones.

Además en esta fase también se realizan actividades como la revisión del peso semanal, educación sobre el peso corporal, las consecuencias del atracón y la purgación y la ineficacia de la purgación para controlar el peso y los efectos negativos de hacer dieta. Por otro lado el establecimiento de pautas de comida normal (por ejemplo tres comidas y dos tentempiés) es una técnica conductual para descender los atracones. Por ello se le debe pedir al paciente que no vomite después de comer y que realice actividades que le distraigan (correr o hacer alguna actividad que les guste y que a lo mejor hace mucho no la realizan) hasta que el impulso de vomitar haya pasado. En esta parte del tratamiento es importante realizar técnicas de exposición (a pautas y cantidades de comida normales) y prevención de respuestas.

Segunda fase: sesiones 9 a 16.

Fairburn y Wilson (1993) señalan que los objetivos de esta fase del tratamiento es disminuir la restricción de la dieta y romper las reglas rígidas sobre la comida. La restricción de la dieta puede manifestarse de tres formas: ayunos de largos periodos, evitación de comidas “peligrosas” e ingerir comidas de bajo poder calórico.

La eliminación del ayuno se ha debido adquirir en la primera fase al tener que comer de forma regular las tres comidas que se evitan se introducen de forma gradual durante cuatro sesiones. Se les pide a los pacientes que hagan una lista de las comidas que evitan porque creen que tienen repercusión sobre la figura y el peso. Una forma de realizar la lista es recomendándole a las pacientes que vayan a la tienda y observen las comidas que evitan. Esta lista se divide en una jerarquía de cuatro pasos, en la cual cada paso refleja las comidas que son más peligrosas debido a su repercusión en el peso y la figura.

Posteriormente se le pide a las pacientes que cada semana introduzcan las comidas correspondientes a la jerarquía realizada y se les pide que no vomiten después de comer expociéndolas a las comidas “peligrosas”. La exposición dentro de las sesiones debe ser guiada por el terapeuta cuando el paciente no puede realizar la tarea en su casa. El incremento de la ingesta calórica se inicia de acuerdo con los datos que proporcionan los autoregistros, el registro diario de comidas mostrará si la paciente está comiendo lo suficiente y si no es así, se le pide que vaya incrementando de forma gradual la ingesta hasta que llegue al intervalo de 1.500-1.800 calorías/día.

Cuando se ha llegado a esta parte del tratamiento la mayoría de las pacientes ha disminuido la frecuencia de los episodios de atracón-purgación, por lo cual se proporciona entonces información sobre las técnicas de resolución de problemas en previsión de los posibles atracones que pueda tener de manera intermitente.

Las sesiones que quedan en esta segunda fase se dedican a cambiar el sistema de cogniciones y creencias desadaptadas que mantienen el trastorno (aspectos cognitivos). Para ello se puede utilizar la exposición entre sesiones para eliminar pensamientos disfuncionales. Por ejemplo: pedirle a la paciente que se ponga frente al espejo que refleje el cuerpo entero vistiendo ropa que marque la forma, realizar actividades como aeróbic, en las que surgirán comparaciones de figura y peso (Fairburn & Wilson, 1993), posterior a esto se le pide a la paciente que escriba los

pensamientos surgidos en la exposición y practiquen retal tales pensamientos: “si estuviera delgada todos mis problemas acabarían” o “la gente delgada es feliz y tiene éxito”.

Tercera fase: sesiones 17 a 19.

Esta fase está dedicada al mantenimiento de lo que se ha conseguido en el tratamiento y la prevención de recaídas. Fairburn y Wilson (1993) aconsejan escribir un plan de mantenimiento con la ayuda del terapeuta, el cual debe contener aquellos componentes del tratamiento que el paciente considera le han ayudado y cuándo debe realizarse el plan.

Además se debe discutir la diferencia entre un “desliz” y una “recaída” puesto que los pacientes deben comprender que ellos serán vulnerables al atracón en situaciones de estrés y que les es necesario conocer las relaciones entre sus acontecimientos vitales y los atracones. Cabe señalar que un “desliz” (uno o dos episodios de atracón-purgación), no indica una recaída total.

Calvo (1998) menciona que el trabajo que debe realizarse para ampliar las actividades placenteras que la paciente debe tener como incompatibles a enfocar su vida cotidiana no está contemplado de forma explícita por Fairburn y sus colaboradores, pero es una parte importante de cara a la prevención total de recaídas. En ocasiones los pacientes suelen indicar que no saben cómo divertirse o entretenerse debido a que el trastorno ha inundado su vida. Estos cambios en sus intereses hacia otras cosas que no sean la comida deben introducirse desde el comienzo del tratamiento para ampliar el sentido de su existencia lo que permitirá descender la probabilidad de las recaídas.

3.3.1 Estrategia de exposición y prevención de respuesta.

La exposición y prevención de respuesta implica la exposición planificada, mantenida y repetida de los estímulos que llevan al atracón o al vomito. Rosen y

Leitemberg (1982) propusieron un modelo de reducción de ansiedad del atracón, en el vómito servía como reforzador negativo del atracón. Años adelante se propuso un modelo alternativo que implica la prevención del atracón, en el cual se presentan pequeñas cantidades de comida “prohibida”, que la paciente tiene que tocar, probar e incluso comer en cantidades muy pequeñas, para elicitarse el deseo del atracón y prevenirlo, se realiza en sesiones seguidas (aproximadamente nueve) de 45 minutos, tres veces por semana. Durante cada sesión la paciente anota en una escala analógica sus sentimientos de tensión, depresión, hambre, saciedad, impulsividad al atracón, ejercicio, vomito, culpa, sentimientos de gordura. Anotando las medidas cada diez minutos. Si este modelo se realiza en el medio habitual de la paciente, puede producir cambios espectaculares en la frecuencia de los atracones.

3.3.2 Terapia de familia: grupos de padres.

Los resultados de los estudios controlados y la experiencia clínica han puesto de manifiesto que es imprescindible incorporar en el tratamiento alguna forma de terapia familiar.

Calvo (1998) expone que el tratamiento de la familia proporciona la oportunidad de reorganizarse y convertirse en una unidad más adecuada y eficaz para resolver sus problemas. No debe culparse a la familia por sus problemas, sino darles apoyo y comprensión, además de darles la idea de que tienen que cambiar algunas de las formas de relación anterior, de forma que se potencie la recuperación del paciente.

La gran cantidad de pensamientos negativos, de desesperanza que tienen los padres de quienes sufren un trastorno de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos en su casa, obliga al terapeuta a realizar un trabajo de reestructuración cognitiva y de tratamiento de la ansiedad, además de ayudar a la redefinición de los

roles en la familia, estructurar el posible caos alimentario y obtener su colaboración (Calvo, 1998).

La idea principal que interfiere con el tratamiento es que muchos padres identifican colaborar y cambiar, con la responsabilidad y culpa en el origen y mantenimiento del trastorno. Cambiar esta interpretación por otra más positiva de resolución de problemas contribuye a su permanencia y colaboración, lo que potencia la recuperación de sus hijas. La organización de las tareas en casa, la corrección del caos alimentario y la definición de los límites exige darles información sobre los principios del cambio, nutrición, etc. Esta labor educativa en los padres debe complementarse con el manejo de los miedos que ellos tienen a que el trastorno de su hija se cronifique, o que le queden secuelas irreparables (Calvo, 1998).

Por otra parte Behar y Figueroa (2004) comenta que la terapia familiar es parte de un tratamiento en los trastornos de la alimentación. Es necesario resaltar la importancia que tiene la terapia familiar en el contexto de un programa terapéutico llevado a cabo por un equipo interdisciplinario coordinado, que asegure la conexión, regulación de los procesos y de los profesionales implicados, esto facilita la contemplación entre aspectos del tratamiento que frecuentemente se disocian o se contraponen, como una expresión de disociaciones y conflictos presentes en la paciente y en su familia (De la Serna, 2008). Tales fenómenos ocurren típicamente entre las posturas dicotómicas de control externo versus componente terapéutico, o de la focalización en la conducta alimentaria versus la focalización en el desarrollo psíquico.

En el grupo familiar se valoran los componentes de la familia, las relaciones y alianzas entre ellos, es decir la relación que existe entre el paciente y padres, y /o hermanos permitiendo que el paciente se sienta comprendido y ayudado por su familia; los modelos de comunicación y la protección que recibe el paciente; quien está preocupado con la enfermedad o que idea tienen sobre ella (Behar & Figueroa, 2004). A veces las familias vuelcan en el equipo terapéutico toda su frustración,

porque para eso son los médicos, sin querer aceptar la parte que les corresponde en causa, mantenimiento o tratamiento, por lo tanto se les debe enseñar a no aceptar los chantajes emocionales del paciente, no tolerar la tiranía de imponer las comidas a los demás o de cocinar para ellos.

3.3.3 Comunitario o grupos de ayuda.

Otro tratamiento que es de mucha ayuda para pacientes con trastornos de la alimentación son las terapias de grupo. Según De la Serna (2008), estas sirven para romper la soledad, el aislamiento, la tendencia egocentrismo y para facilitar la identidad. Los grupos de apoyo tienen un efecto dinamizador; sirven de modelo, la paciente se identifica con los otros y siente que no es tan rara, aparte del gusto de formar parte de una gente distinta. Algunos terapeutas defienden grupos homogéneos y otros heterogéneos. Los grupos son de unas diez personas y las sesiones duran de seis a 12 meses. Al principio las sesiones se celebran semanalmente, después quincenalmente y, finalmente, unas sesiones de recuerdo: al mes, tres meses, seis meses y un año, suponiendo que la evolución sea buena. Es aconsejable cierto seguimiento a lo largo de 2- 4 años, ya que pueden recaer ante situaciones de estrés.

3.4 Estrategias cognitivo-conductuales en la atención de otros trastornos de la conducta alimentaria.

Cuando se diagnostica una enfermedad a una persona que forma parte de un círculo familiar estremece a todos los miembros, cambia hábitos, roles y responsabilidades en la familia. Para el tratamiento de los trastornos alimenticios, la teoría cognitivo conductual une el pensamiento y la conducta de forma congruente, focalizándose en la orientación para que el paciente modifique actitudes, creencias y conductas determinadas por las experiencias, aprendizaje u observación (Ibáñez & Manzanera, 2012).

Los objetivos principales de la teoría cognitivo conductual en los trastornos alimenticios es orientar, dirigir, modificar, anular, psicoeducar, moldear, potencializar habilidades, afrontamientos y diagnosticar y prevenir la presencia de posibles problemas adyacentes al principal (Lechuga & Gámiz, 2005). Cabe señalar que las técnicas a utilizar dependerán del diagnóstico correcto, intensidad de la sintomatología y la evolución de la enfermedad, dados los puntos anteriores empieza la lucha y la división del problema en segmentos para su mejor comprensión.

Lazarus y Folkman (1986) definen las estrategias de afrontamiento como un cambio en la estructura cognitiva y conductual de aquellas personas que sienten presión por situaciones estresantes o catastróficas, ya sea a causa de problemas externos o psicológicos y surgen con el fin de combatir este hecho, resaltando o potencializando habilidades de la persona que padece pica.

La mayoría de las investigaciones se han focalizado más en el afrontamiento individual que en el familiar. Ruano y Serra, (2000) explican que a diferencia de las estrategias de afrontamiento individual, en el familiar todas las estrategias se unifican y entre los miembros familiares toman en cuenta la mejor solución para reestructurar el problema, a este sistema se le otorgan dos dimensiones que explican a profundidad el afrontamiento de la familia, el primero es que los criterios

individuales se vuelven uno solo para observar y analizar la situación de forma más objetiva y el segundo hace referencia a que este postulado es mucho más importante ya que se determina la relación y la comunicación del sistema familiar reduciendo los niveles de estrés que se generan en las familias con niños diagnosticados con pica lo que conlleva el posible deterioro físico y emocional de quien lo padece.

Por otra parte las intervenciones cognitivas están enmarcadas en lo que se conoce como terapia cognitiva de segunda generación en donde se enfatiza el lugar de las cogniciones en la mediación de los trastornos psicológicos intentando aliviar el malestar del paciente modificando el contenido y procesamiento cognitivo. Para lograr lo anterior es necesario enfrentar a la persona con sus pensamientos disfuncionales y enseñarle a identificarlos, reconociendo los efectos que tienen los mismos sobre las emociones y la conducta. Poniendo en tela de juicio solo aquellas cogniciones que sean disfuncionales, rígidas, estables y desadaptativas (Seligman, 1995).

Friedberg y McClure (2005) proponen que antes de introducir las intervenciones cognitivas, es necesario enseñarle al niño a identificar las emociones para que pueda discriminar diferentes sentimientos y luego pasar al abordaje de las cogniciones, es decir, realizar un registro diario de pensamientos donde se le pide al paciente que a partir de una situación problemática identifique el pensamiento automático y que vincule el mismo con una emoción y una conducta.

El anterior es el método más tradicional, sin embargo hay diferentes formas de cuestionar las cogniciones que se pueden usar adaptándolos a la edad del niño y a su situación. Lo que se busca es que el niño identifique y evalúe sus pensamientos, reconozca la relación que tienen con la emoción y la conducta y como última instancia pueda hacer una reestructuración cognitiva. De acuerdo con Gomar, Mandil y Bunge (2010) algunos ejemplos útiles para el abordaje de la pica son:

- 1) Las evidencias a favor y en contra, a partir de un hecho, se busca identificar la creencia y pruebas que la refuten y que la avalen.
- 2) Problema multicausal: trabajar con el paciente en la construcción de nuevas explicaciones acerca de las posibles causas de un problema determinado, posteriormente cuestionar los pensamientos automáticos.
- 3) Toma de perspectiva: intentar que el niño identifique algún pensamiento alternativo más funcional que le diría a una persona que se encuentra atravesando la misma situación que él.
- 4) Costo/ beneficio: Consiste en poner en una balanza los pros y contras de una situación determinada o de una manera de resolver la misma.
- 5) Utilidad: Se busca, a partir de un razonamiento que puede ser cierto y razonable demostrar que utilidad tiene para el paciente el mismo y que le sería útil hacer a pesar de la existencia de ese pensamiento.
- 6) El problema es generado por la situación o por los pensamientos: Se basa en evaluar si el malestar se genera por la situación o bien por lo que se piensa acerca de la misma.

Es importante dejar tareas que se realicen en casa debido a que facilitara la adquisición de diferentes habilidades y fomentara la aplicación de lo realizado en la terapia en situaciones de la vida real, fuera del entorno de la terapia.

Por otro lado y en el contexto de la terapia conductual, se presenta a la relajación como una habilidad de afrontamiento de situaciones que puede ser implementada cuando se crea necesario. Es importante que el terapeuta explique y enseñe las técnicas de relajación en forma adecuada y agradable, exponiendo las diferentes opciones de técnicas para que a los niños les sea más agradable y no se aburran con facilidad, adaptándose a la edad del niño y dependiendo de ello, el terapeuta puede participar activamente en los ejercicios, o por el contrario posicionarse de espaldas al mismo para que este pueda practicarlos sin sentirse observado (Gomar, Mandil & Bunge, 2010).

Friedbeg y McClure (2005) mencionan que los ejercicios de relajación permiten aumentar el reconocimiento de las diferentes sensaciones afectivas por medio del incremento de la percepción del propio cuerpo. Un ejemplo es la relajación muscular progresiva, donde se enseña a los niños a apretar y luego relajar secuencialmente varios grupos musculares mientras toman conciencia de los síntomas psicológicos de tensión y estrés que antes pasaban inadvertidos.

Aunado a la técnica de relajación también se puede utilizar como herramienta la respiración profunda, la cual puede ser transmitida a los niños a través de juegos de imágenes o ejercicios instructivos donde se les muestra los beneficios de la misma respirando sucesivas veces en forma corta y rápida y luego de manera profunda y relajada para percibir los cambios en su cuerpo provocando que se evoken sentimientos de relajación por medio de los músculos tensos y luego relajados, sugiriéndole al niño un punto de intervención para poder alterar sentimientos que antes era desconcertantes e inmanejables.

De acuerdo a lo anterior la teoría cognitivo conductual centrada en la familia y en los pacientes con trastorno de pica surge tras la necesidad de resolver los malestares que se provocan el círculo familiar, las técnicas cognitivo conductuales se dirigen a modificar los sesgos conflictivos que se transmiten entre los miembros, incentivando la adaptación entre ellos (Caballo, 1998). El diagnóstico de una enfermedad le permite a las personas tener una percepción distinta sobre lo que necesitan cambiar para tener el control de la causa y el efecto de la patología, si no hay dominio de la situación, la apreciación se distorsiona y crea percepciones y experiencias nocivas ante la enfermedad en este caso el Trastorno de Pica.

La teoría cognitivo conductual para la familia busca que el problema sea un miembro más, se extrae el problema del núcleo, de esta forma el objetivo principal es orientar a las familias y al paciente a otras diferentes soluciones a la situación, poner en evidencia los pensamientos, sentimientos y conductas negativas en los miembros y como se concatenan unos con otro (Caballo, 1998). Esta terapia les

permite determinar si estos procesos son favorables o dañinos, por medio de tareas a casa el terapeuta busca el condicionamiento y ajuste de los cambios en el estilo de vida.

El mayor recurso que posee el individuo para obtener apoyo y potencializar las capacidades y habilidades para confrontar una situación problemática es la familia, que junto con el terapeuta trabaja con la red de apoyo del paciente, la familia unida y generando positividad como unidad y en la sociedad les permite adecuarse mejor (Vera y Hurtado, 2010). La ventaja del tratamiento cognitivo conductual es que le permite al paciente auto aplicarse ciertas herramientas una vez terminado el tratamiento como refuerzo para cambios positivos, poner en práctica las técnicas es recomendable para la familia en caso de sentir un declive para evitar la dependencia terapéutica.

3.5 Comorbilidad de los Trastornos de la conducta alimenticia.

Los trastornos de la alimentación constituyen uno de los problemas de salud que han experimentado mayor crecimiento en la población joven (Sierra, 2005). Entre dichos trastornos se observa una especial preocupación por la anorexia y la bulimia, dado que sus índices de prevalencia se han incrementado notablemente en las últimas décadas.

Aunque las clasificaciones categoriales vigentes DSM V (2013) y CIE10 han aportado precisión, especificidad y consenso internacional a la nomenclatura psiquiátrica, el uso de delimitaciones sindrómicas definidas por límites precisos ha estrechado la visión del amplio rango de presentaciones clínicas que manifiestan los pacientes reales (Cía, 2004). En efecto, hay una gran cantidad de síntomas atípicos, subclínicos y rasgos de personalidad presentes en numerosos enfermos, que van más allá del repertorio de síntomas nucleares considerados por los criterios diagnósticos de la anorexia y la bulimia nerviosa.

Debido a lo anterior frecuentemente se recurre al concepto de comorbilidad (Feinstein, 1970) el cual hace referencia a cualquier entidad clínica adicional que ha existido o puede surgir durante la evolución clínica de un paciente que padece una enfermedad principal en estudio.

De acuerdo a la literatura revisada de los trastornos de la alimentación se encuentra que dicha patología generalmente está asociada a otros trastornos mentales, como trastornos afectivos ansiosos y obsesivo-compulsivos, abuso de sustancias o trastornos límites de la personalidad y la alexitimia, que se refiere a la incapacidad de expresar las propias emociones ni identificarlas en otras personas. Según Westen y Harnden (2001) hay una comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los trastornos alimenticios, y así se observa que la anorexia nerviosa asociada a trastornos de la personalidad caracterizados por obsesión y perfeccionismo. Por su parte, la bulimia nerviosa se encuentra comúnmente vinculada con trastornos de inestabilidad e impulsividad.

Quiroga y Cryan (2005) sostienen el papel destacado que desempeñan los trastornos comórbidos en la génesis y evolución de los trastornos de la alimentación, en efecto, algunas de dichas patologías han sido identificadas como predictoras de un mal pronóstico y asociadas a una mayor frecuencia de abandono del tratamiento. Si bien la investigación empírica ha demostrado de manera repetida que hay una alta comorbilidad entre los numerosos sentimientos y trastornos que acompañan a los trastornos alimenticios, la depresión y la ansiedad constituyen una variable fundamental en el mantenimiento de los mismos.

La depresión constituye una variable fundamental en el mantenimiento de los trastornos alimenticios (Quiroga & Cryan, 2005). La distorsión de la imagen corporal en las personas que padecen anorexia y/o bulimia proviene de factores actitudinales, afectivos y cognitivos. Aparentemente, la insatisfacción con el propio cuerpo es mayor cuando se incluyen medidas vinculadas a la apariencia corporal y el atractivo físico, debido a lo anterior se considera la importancia de los síntomas

depresivos; puesto que se encuentran asociados a la autopercepción una imagen corporal negativa favorecen que el trastorno se mantenga de una manera más prolongada y continua a lo largo del tiempo. Los sentimientos de baja autoestima y la no aceptación del propio cuerpo, entre otros, condicionan no sólo el mantenimiento de los trastornos alimenticios, sino también las actitudes, aspiraciones y relaciones sociales de dichos pacientes.

Por otro lado los pacientes que padecen algún tipo de trastorno alimenticio como la anorexia y bulimia presentan comorbilidad con trastornos de la ansiedad. Existen estudios que han investigado la presencia de trastornos de ansiedad en personas diagnosticadas con trastornos de la conducta alimenticia, siendo los porcentajes elevados. Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich y Masters (2004) han constatado que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en general y del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en particular es mucho más alta en personas con anorexia y bulimia que en un grupo no clínico de mujeres de la población general.

De acuerdo a lo anterior el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es el tercer diagnóstico que más frecuentemente observado. Braun, Sunday, Halm (1994) observaron que 37% de pacientes con anorexia que se encontraban hospitalizadas poseían una historia de algún trastorno de ansiedad durante la vida y de éstos, la mitad tenían un trastorno obsesivo compulsivo, sin mostrar diferencia en su ocurrencia a través de los diversos subtipos de trastornos alimenticios.

Por último y no menos importante los trastornos alimenticios también están comorbidos con el estrés. Pike, Wilfley, Hilbert, Fairburn, Dohm y Striegel (2006) mencionan como desencadenantes de anorexia nerviosa en adolescentes, conflictos y separaciones familiares, cambios de colegio o mudanzas, y aumento en las presiones académicas. La anorexia nerviosa de inicio más tardío, suele antecederse de un mayor número de eventos estresantes, siendo los más importantes conflictos familiares, pérdidas y enfermedades médicas.

En cuanto al inicio de la bulimia nerviosa, este se ha asociado con pérdidas y separaciones de figuras significativas, problemas interpersonales con la familia y amistades, de salud, y amenazas al bienestar físico. El estrés reciente se relacionó con cambios en la conducta alimentaria, pero también los síntomas alimentarios predijeron la ocurrencia de estrés psicológico. Cabe destacar que el trastorno mismo provoca un estrés en las pacientes, y todas las respuestas fisiológicas que éste implica (Rosen, Compas y Tacy, 1993).

CONCLUSIONES

Los trastornos alimenticios hoy en día afectan en especial a las mujeres jóvenes, en gran medida se debe a que la sociedad ha creado la idea absurda de un cuerpo perfecto, es decir, aquel que es delgado será aceptado fácilmente por los demás. Además tienen una gran influencia, los medios de comunicación, la industria, la publicidad que marcan que un cuerpo delgado es sinónimo de salud, lo cual en algunos casos como la anorexia y la bulimia el estar delgado no es igual a salud, también los estilos de crianza dentro de la familia es un factor que puede favorecer la aparición de dichos trastornos, tomando un papel de suma importancia, considerando que son varios los factores que pueden originarlos y no sólo uno en específico.

En la génesis de la anorexia y bulimia nerviosa intervienen y concurren múltiples factores: genéticos, neurohormonales, sexuales (sexo femenino), evolutivos (adolescencia), de personalidad, cognitivos, emocionales, conductuales, psicopatológicos (otras psicopatologías), familiares, sociales y culturales. La mayoría de estos factores, principalmente los psicológicos, psicopatológicos, los evolutivos y genéticos se encuentran como factores de predisposición o riesgo para la mayoría de los trastornos que se denominan neuróticos por lo que son inespecíficos. Los específicos en el caso de la anorexia nerviosa pueden ser aquellos factores que determinen la restricción ingestiva voluntaria y en el caso de la bulimia nerviosa aquellos que influyen en el círculo vicioso de atracones y conductas compensatorias ya sea de tipo purgativo o restrictivo. Tal interacción de uno u otros factores es lo que da lugar al trastorno.

Aunado con lo anterior la autoimagen es un factor determinante en el desarrollo de dichos trastornos, ya que la imagen que cada uno tiene de sí mismo puede o no influir en el origen y desarrollo de estas enfermedades. Por otro lado la genética no

determina la aparición de algún trastorno, sino más bien cierta vulnerabilidad de estos.

Los síntomas que se presentan tanto psicológicos como físicos afectan la salud de los pacientes, estos se manifiestan y son observados con facilidad, debido a que no son fáciles de ocultar. Estos pueden variar de un trastorno a otro, pero también se presentan similitudes por lo que pueden llegar a ser confundidos con la sintomatología de otro trastorno.

El trabajo realizado desde la perspectiva cognitivo conductual sobre anorexia y bulimia nerviosa no ha sido estático y ha dado lugar a procesos de investigación interesantes y necesarios para nutrir una serie de hipótesis que se han planteado al rededor del papel de las cogniciones y el comportamiento en estos trastornos de la alimentación. Sin embargo el estudio en este tema tampoco ha sido fluido y continuo.

Existen algunos periodos de estancamiento específicamente en relación con la anorexia nerviosa, contrario a lo que sucede con la bulimia nerviosa. Si bien la identificación de factores de riesgo se constituye en un interés para los investigadores, está claro que estos no se han explorado de forma más profunda desde la teoría cognitivo conductual, lo que explica porque los estudios sobre el tema no contemplan la participación de las cogniciones en el desarrollo y las recaídas de la anorexia y bulimia nerviosa.

Es de fundamental interés que las ideas y dudas que van surgiendo como producto de las investigaciones desarrolladas en el área de los trastornos de la alimentación, sean incorporadas a la estructura de las teorías cognitivo conductuales. De forma más inmediata la necesidad de investigación y exploración de este campo de estudio está en la traducción de estas nuevas teorías cognitivo conductuales sobre la anorexia nerviosa, en tratamientos cuya efectividad pueda ser objeto de estudio.

Aunque las nuevas teorías incluyan factores cognoscitivos y reconozcan su importancia en la explicación y mantenimiento de la anorexia y bulimia nerviosa, el análisis y el conocimiento de cómo podrían ser traducidos en una experiencia coherente y explícitamente cognoscitiva del desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la alimentación, aún es pobre. No obstante, el tratamiento transdiagnóstico de Fairburn, Cooper & Shafran (2003) para el abordaje de los trastornos alimenticios especialmente de la bulimia nerviosa y que está igualmente basado en los factores de mantenimiento, es el único que al momento de la publicación del artículo tenía tres años de comprobación de la eficacia catalogada como satisfactoria.

Sin embargo, la producción de artículos al respecto no es alta ni concluyente y aún quedan diversos interrogantes relacionados con la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario e ingesta de alimentos, específicamente de la anorexia nerviosa; y por supuesto, uno de ellos estaría especialmente dirigido al diseño y desarrollo de estrategias para prevenir considerando el papel de las cogniciones en la etiología, mantenimiento y recaída de este trastorno.

El tratamiento es necesario e importante para la recuperación de los pacientes, un punto primordial es que los pacientes deben estar conscientes de la enfermedad y aceptar el inicio de un tratamiento, esto es necesario para la recuperación de los pacientes. Los tratamientos psicológicos como los empleados desde la perspectiva cognitivo conductual, los médicos y comunitarios deben estar estrechamente relacionados y no ocupar sólo uno para la recuperación del paciente, ya que es de suma importancia obtener ayuda de diferentes medios. La terapia familiar es un punto importante, debido a que el paciente se sentirá apoyado por los miembros de su familia, esto le ayudará a sentirse querido y por tanto querer salir adelante.

Es importante mencionar que aunque en México los trastornos de la alimentación no son considerados un problema de salud pública, estas enfermedades también han ido en aumento en nuestro país. Por lo que se concuerda con Benjet, Mendez,

Borges, y Medina- Mora, (2012) quienes al realizar una revisión bibliográfica sobre trastornos alimentarios en México se concluyeron que no se conoce la magnitud del problema por escasez de estudios representativos de la población. Además la incidencia de la anorexia y bulimia nerviosa ha ido en aumento en los adolescentes, debido a ello es necesario contar con datos fidedignos en la población adolescente para guiar la planeación de servicios y las políticas públicas de salud tanto en México como el mundo.

Por otro lado la ansiedad y la depresión son trastornos que en ocasiones son señalados como factores de los trastornos alimenticios y en otras como trastornos que acompañan a los mismos durante su evolución y desarrollo De acuerdo a lo anterior Quiroga y Cryan (2005) señalan que si bien se ha demostrado que existe una alta comorbilidad entre los sentimientos, pensamientos y comportamientos que acompañan a los trastornos de la alimentación, la depresión y la ansiedad constituyen una variable fundamental en el mantenimiento de los mismos.

Los trastornos alimentarios son enfermedades que no diferencian clase social, religión, o sexo, y nadie está exento de presentar dichas enfermedades, por las causas que sean. Es el fenómeno biológico, psicológico y de la malnutrición el que crea las principales condiciones de mantenimiento y agravación del trastorno que conduce a quienes lo sufren al infeliz, deteriorante, y absorbente círculo vicioso en que se convierten sus vidas. Sin embargo los pacientes con un trastorno de la alimentación, pueden estar seguros que con ganas, esfuerzo, tolerancia, y amor saldrán adelante y controlaran la enfermedad.

La anorexia y la bulimia son trastornos alimenticios que han ido en aumento, así como el interés de los investigadores por conocer y descubrir más acerca de los mismos permitiendo la prevención, y la intervención del tratamiento más adecuado para cada caso; a pesar de lo anterior la preocupación de las personas no ha ido en aumento, debido a que muchas veces no se conoce a profundidad las características y la gravedad de estos trastornos alimenticios. Por último y a modo

de sugerencia para próximas investigaciones teóricas y/o empíricas surgen preguntas como: ¿Cuál es el factor que más influye en la aparición de la anorexia y de la bulimia nerviosa?, ¿Qué papel juega la familia en la presencia y desarrollo de la anorexia y bulimia nerviosa?, ¿Cuáles son los indicadores psicológicos en la recuperación de una paciente con un trastorno alimenticio?, ¿Cuál es el impacto de las campañas de prevención sobre un trastornos de la alimentación ante la sociedad?, ¿Son eficaces?, ¿Logran su objetivo?.

Al mirarnos al espejo a veces no nos gusta lo que vemos, pero basta darnos cuenta que somos diferentes y poderosos porque corazón como el nuestro nadie ha de poseer.

REFERENCIAS

- Altamirano, M., Vizmanos, B. & Unikel, C. (2011). Continúo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30 (5), 401-407.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amigo, I. (2003). *La delgadez imposible: la lucha contra la imposición de la imagen*. España: Paidós.
- Anand, B. & Brobeck, J. (1951a). Localization of a "feeding centre" in the hypothalamus of the rat. *Proc. Soc. Exp. Biol. Med*, 77 (2), 323-324.
- Anand, B. & Brobeck, J. (1951b). Hypothalamic control of food intake in rats and cats. *Yale J. Biol. Med* 24 (2), 123-140.
- Anderson-Fye, E. & Becker, A. (2004). Sociocultural aspects of eating disorders. En J. Thompson (Ed.), *Handbook of Eating Disorders and Obesity* (pp.565-589). New York: Wiley.
- Arcelus, J., Mitchell, A., Wales, J. & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*, 68 (7), 724-731.
- Baile, J. & González, M. (2012). ¿Anorexia Nerviosa en el siglo XIV?: el caso de Santa Catalina de Siena. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 3, 80-88.

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J. California: Prentice-Hall.
- Behar, R. & Figueroa, G. (2004). Perspectiva familiar en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. En R. Behar y G. Figueroa (Ed.), *Anorexia nerviosa y bulimia* (pp. 235-257). Chile: Mediterráneo.
- Bell, R. (1985). *Holy anorexia*. Chicago: University of Chicago Press.
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G. & Medina, M. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 35, 483-490.
- Birch, L. & Davison, K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*, 48 (4), 893-907.
- Bowers, W., Evans, K. & Andersen, A. (1997). Inpatient treatment of eating disorders: a cognitive therapy milieu. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4 (2), 291-323.
- Braun, D., Sunday, S. & Halmi, K. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med*, 24 (4), 859-867.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (2001). *La jaula dorada: El enigma de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Paidós Iberica.
- Bulik, C. (2005). Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30 (5), 335-339.
- Bulik, C., Sullivan, P. & Kendler, K. (2003). Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. *Int J Eat Disord*, 33 (3), 293-308.

- Caballo, V. (1998). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol 2 Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación. España: Siglo XXI de España Editores.
- Calvo, R. (1998). Cronicidad en los trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa: anorexia bulimia. *Revista AETCA*, 1 (2).
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2004). *Guía de Trastornos Alimenticios*. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- Cervera, M. (2005). Funciones y alteraciones psicológicas. En M. Cervera (Ed.), *Riesgo y prevención de la anorexia y bulimia* (pp. 153-195). España: Pirámide.
- Cía, A. (2004). *Trastorno de ansiedad social*. Buenos Aires: Polemos.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B. & Mouren, M. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13 (4), 223-236.
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., & Marzolo, P. (2008). Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psykhé*, 17 (1), 81-90.
- De la Serna, I. (2008). Anorexia nerviosa En I. De la Serna (Ed.), *La alimentación y sus perversiones: anorexia, vigorexia, bulimia y obesidad* (pp. 63-94). España: Edikamed.
- De la Serna, I. (2008). Anorexia nerviosa. En I. De la Serna (Ed.), *La alimentación y sus perversiones: anorexia, vigorexia, bulimia y obesidad* (pp. 63-94). España: Edikamed.
- De las Casas, P. (2009). Ausente o distante: El padre en los Trastornos de Conducta Alimentaria. *Revista Psicoanálisis*, 7, 111-117.

- De Mateo, B. & Miján, A. (2004). Neurobiología de los trastornos de la conducta alimentaria: Mecanismos bioquímicos reguladores de la ingesta. En A. Miján (Ed.), *Nutrición y Metabolismo en Trastornos de la Conducta Alimentaria* (pp.93-120). Barcelona: Glosa.
- Del Bosque, J. & Caballero, A. (2009). Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 66, 398- 409.
- Demitrack, M., Lesem, M., Listwak, S., Brandt, H., Jimerson, D. & Gold, P. (1990). CSF oxytocin in anorexia nervosa and bulimia nervosa: clinical and pathophysiological considerations. *American Journal of Psychiatry*, 147 (7), 882-886.
- Díaz, F. & Cruzat, C. (2011). Anorexia Nerviosa: Reflexiones psicoanalíticas sobre la sexualidad femenina y la figura del padre en una evaluación clínica. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 1-9.
- Dio Bleichmar, E. (2000). Anorexia-bulimia. Un intento de ordenamiento desde el enfoque Modular-Transformacional. *Revista Internacional de Psicoanálisis: Aperturas Psicoanalíticas*, (4).
- Dörr, O. (1997). Influencia de la familia en la patogénesis de la anorexia nerviosa. En O. Dörr (Ed.), *Psiquiatría Antropológica Contribuciones a una psiquiatría de orientación fenomenológico- antropológica* (pp. 411-422). Chile: Universitaria.
- Espina, A. (2005). La figura del padre en los trastornos de la conducta alimentaria. Universidad Pontificia de Salamanca. *Revista Familia*, 31, 35-48.
- Espina, A. (2009). Terapia familiar sistémica en los trastornos alimentarios. En J. Ríos (Ed.), *Personalidad, madurez humana y contexto familiar* (pp. 1-26). Madrid: CCA.

- Espinoza, P., Pabelo, E. & Raich, R. (2009). Factores de riesgo de alteraciones alimentarias en adolescentes españoles y chilenos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17 (3), 481-498.
- Fairburn, C. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41 (5), 509-528.
- Feinstein, A. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal Chronic Diseases*, 23 (7), 455-468.
- Fendrik, S. (2003). Los mil y un semblantes de la anorexia. Comunidad Virtual Russell.
- Fairburn, C. & Wilson, T. (1993). *Binge Eating: nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Field, A., Javaras, K., Aneja, P., Kito, N., Camargo, C., Taylor, B. & Laird, N. (2008). Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 162 (6), 574-579.
- Franko, D., Keshaviah, A., Eddy, K., Krishna, M., Davis, M., Keel, P. & Herzog, D. (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 170, 917-925.
- French, B. (1999). *La bulimia*. Barcelona: Oniro
- Friedberg, R. & McClure, J. (2005). *Práctica Clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós.
- Gabbard, G. (2002). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. En Editorial Médica Panamericana. (pp. 355-392)

Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington D.C. EEUU; American Psychiatric Publishing, Inc.

- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. & Muñoz, P. (2003). Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. España: Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- García, B. (2007). Gordos y flacos. *Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales*, 101 (2), 361-387.
- Garner, D. & Bemis, K. (1982). A cognitive behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6 (2), 123-150.
- Gismero, G. (1996). *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Gomar, M., Mandil, J. & Bunge, E. (2010). *Manual de Terapia Comportamental con Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.
- Guzmán, M., Hitelman, L. & Kaplan, M. (2009). Anorexia Nerviosa: La Mirada del Padre. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 26 (1), 97-105.
- Haley, C. Hedberg, K. & Leman, R. (2010). Disordered eating and unhealthy weight loss practices: which adolescents are at highest risk? *Journal of Adolescent Health*, 47 (1), 102-105.
- Hernández, M. (2006). Las influencias familiar y social en la anorexia y en la bulimia, el caso de Saltillo, Universidad del Valle de México. México. *Episteme*, 8-9.
- Ibáñez, T., & Manzanera, E. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). *Medicina en Familia SEMERGEN*, 38 (6), 377-387.

- Jackson, T. & Chen, H. (2007). Identifying the eating disorder symptomatic in China: the *Journal of Psychosomatic Research*, 62 role of sociocultural factors and culturally defined appearance concerns, (2), 241-249.
- Jackson, T. & Chen, H. (2011). Risk factors for disorders eating during early and middle adolescence: Prospective evidence from mainland Chinese boys and girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 120 (2), 454-464.
- Jacobi, C. & Fittig, E. (2010). Psychosocial risk factors for eating disorders. En W. Agras (Ed.), *The Oxford handbook of eating disorders* (pp. 123-126). New York: Oxford University Press.
- Jáuregui, I. (2006). Las complicaciones físicas. En I. Jáuregui (Ed.), *La cárcel del cuerpo. Guía útil para conocer los trastornos alimenticios* (pp. 99-102). España: Grafema.
- Jones, R., Peveler, R., Hope, R. & Fairburn, C. (1993). Changes during treatment for bulimia nervosa: a comparison of three psychological treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 31 (5), 479-485.
- Jurado, L., Correa, J., Delgado, A., Contreras, M., Camacho, J., Ortiz, D. & Escobar, M. (2009). Trastorno de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *Med. UNAB*, 12 (3), 129-143.
- Kaye, W., Bulik, C., Thornton, L., Barbarich, N. & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161 (12), 2215-2221.
- Kaye, W., Nagata, T., Weltzin, T., Hsu, L., Sokol, M., McConaha, C., Plotnicov, K., Weise, J. & Deep, D. (2001). Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine an restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry*, 49 (7), 644-652.

- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H., Susser, E., Linna, M., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C., Kaprio, J. & Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*, 164 (8), 1259-1265.
- Klein, M. (2005). Los efectos de las situaciones tempranas de ansiedad sobre el desarrollo sexual de la niña. En M. Klein (Ed.), *Obras Completas* (pp. 206-249). Buenos Aires: Paidós.
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y. & Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios International. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), 23-33.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- Lechuga, L. & Gámiz, M. (2005). Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria. *Centro de Psicología Clínica Nilo*, 2, 142-157.
- Long, X. & Rodríguez, D. (2002). *Comprendiendo la Anorexia desde la Madre. Estudio descriptivo de la dinámica de relación objetal internalizada en madres de mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa a través del test de relaciones objetales de Phillipson* (Tesis de licenciatura). Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.
- López-Guimerà, G., Sánchez Carracedo, D. & Fauquet, J. (2011). Programas de prevención universal de las alteraciones alimentarias: metodologías de evaluación, resultados y líneas de futuro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 125-147.
- Losada, A. & Whittingslow, M. (2013). Técnicas de la terapia sistémica en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Borromeo*, 4, 393- 424.

- Losada, A. (2009). La relación entre el SASSI- Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil- y las patologías alimentarias. En M. Panzitta (Ed.), *Trastornos de la conducta Alimentaria* (pp. 55-68). Buenos Aires: Kristal.
- Losada, A. (2011). *Abuso sexual y patologías alimentarias*. (Tesis doctoral). Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina.
- Machado, P., Gonçalves, S. & Hoek, H. (2013). DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: evidence from community samples. *Int J Eat Disord*, 46 (1), 60-65.
- Martí, A. & Martínez, J. (1999). La leptina y la regulación del peso corporal. *ANALES Sis San Navarra*, 22 (3), 353-363.
- Martínez, P. (2011). Problemática asociada a los ciclos evolutivos familiares. En J. Torre (Ed.), *Orientación familiar en contextos escolares* (pp. 13-28). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Masterson, J. (1978). The borderline Adolescent: An Object relations View. *Adolescent Psychiatry*, 6, 344-359.
- McCabe, M. & Ricciardelli, L. (2006). A prospective study of extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (3), 402-411.
- McGrane, D. y Carr, A. (2002). Young Women at Risk for Eating Disorders: Perceived Family Dysfunction and Parental Psychological Problems. *Contemporary Family Therapy An International Journal*, 24 (2), 385-386.
- Meinchenbaum, D. (1988). Terapias cognitivo conductuales. En S. Linn, S y Garske. *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Mellor, D., McCabe, M., Ricciardelli, L. & Merino, M. (2008). Body dissatisfaction and body change behaviors in Chile: The role of sociocultural factors. *Body image*, 5 (2), 205-215.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Monterrosa-Castro, A., Boneu Yépez, D., Muñoz-Méndez, J. & Almanza-Obredor, P. (2012). Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Revista Ciencias Biomédicas*, 99-111.
- Morton, R. (1689). *Phthisiologia, sen exercitations de phthisiologia*. London: S. Smith.
- Mountford, V., Waller, G., Watson, D. & Scragg, P. (2004). An experimental analysis of the role of schema compensation in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 5 (3), 223-230.
- Mousa, T., Mashal, R., Al-Domi, H. & Jubril, M. (2010). Body image dissatisfaction among adolescent schoolgirls in Jordan. *Body image*, 7 (1), 46-50.
- Naranjo, M. (2009). Una visión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de estrés en el ámbito educativo. *Educación*, 33 (2), 171-190.
- Ochoa, S. (2011). La actitud hacia la comida en estudiantes universitarios: validación y confiabilidad del eating attitudes test (EAT-26). En J. Sánchez y M. Villarreal (Ed.), *Tópicos de psicología en la salud en el ámbito universitario* (pp. 35-46). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Ortiz, J., Cano, A., Castaño, J., Corredor, D., García, A., González, M., Lloreda, O., Lucero, K., Páez, M., Patiño, L., Pérez, L., Villegas, C. & Zuluaga, A. (2007). Factores riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. *Med ANAB*, 10 (3), 187-194.

- Pierce, W. & Epling, W. (1996). Theoretical developments in activity anorexia. En W. Epling & W. Pierce (Eds.), *Activity anorexia. Theory, research, and treatment* (pp. 23-41). Mahwah, New Jersey: Lawrence Earlbaum.
- Pike, K., Wilfley, D., Hilbert, A., Fairburn, C., Dohm, F. & Striegel, R. (2006). Antecedent life events of binge-eating disorder. *Psychiatry Research*, 142 (1), 19-29.
- Rosen, J., Compas, B. & Tacy, B. (1993). The relation among stress, psychological symptoms, and eating disorder symptoms: A prospective analysis. *Int J Eat Disord*, 14 (2), 153-162.
- Piña, J. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e investigación en psicología*, 15 (2), 233-255.
- Pla, C. & Toro, J. (1999). Anorexia nervosa in a Spanish adolescent sample: an 8 year longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100 (6), 441-446.
- Polivy, J. & Herman C. (1980). Restrained eating. En A. Stunkard (Ed). *Obesity* (pp. 208-225). Philadelphia: Saunders.
- Polivy, J. & Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Preti, A., Rocchi, M., Sisti, D., Camboni, M. & Miotto, P. (2011). Comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 124 (1), 6-17.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2005). Comparación de la evolución clínica de la depresión en dos tipos de abordaje terapéutico para adolescentes tardías con trastornos DE alimentación. *Fundamentos en Humanidades*, 51 (11), 103-126.
- Raich, M., Mora, M. & Sánchez, D. (2002). Anorexia y bulimia nerviosa. En M. Serverá-Barceló (Ed.), *Intervención en los trastornos del comportamiento*

- alimentario infantil*. Una perspectiva conductual de sistemas (pp. 303-330). Madrid: Pirámide.
- Raich, R. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R., Sánchez, D. & López, G. (2008). *Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación: como formar alumnos críticos en educación secundaria*. Barcelona: Graó.
- Raimy, V. (1975). *Misunderstanding of the self: Cognitive psychotherapy and the misconception of hypothesis*. San Francisco: Jossey Bass.
- Ramos, P., Rivera, F. & Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22 (1), 77-83.
- Rathner, G. (1996). Soziokulturelle Faktoren für die Entstehung von Eßstörungen. *Psycho*, 22, 179-187.
- Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M., Rinaldi, S. & Molinari, E. (1999). Virtual reality based experiential cognitive treatment of anorexia nervosa. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30 (3), 221-230.
- Rodríguez, B. (1996). La óptica sistémica en el tratamiento de la anorexia nerviosa y la bulimia. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16 (57), 47-55.
- Rodríguez, L. & Yaz, F. (2005). Valoración de la expresividad emocional en familias de pacientes con trastornos alimentarios: aplicación de la Camberwell Family Interview en una muestra española. (Spanish). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33 (6), 359-365.

- Rodríguez, M., Hernández, J., Bolaños, P., Ruiz, I. & Jáuregui, I. (2015). Alimentación familiar y percepción de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 32 (4), 1786-1795.
- Rodríguez, P., Santamaría, M. y Figueroa, A. (2010). *Trastornos del comportamiento*. Guía didáctica. Servicio Canario de la Salud.
- Rosen, J., Compas, B. y Tacy, B. (1993). The relation among stress, Psychological Symptoms, and Eating Disorder Symptoms: A Prospective Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 14 (2), 153-162.
- Rosen, J. & Leitemberg, H. (1982). Bulimia nervosa: treatment with exposure and response prevention. *Behavior Therapy*, 13, 117-124.
- Ruano, R. & Serra, E. (2000). Estrategias de afrontamiento en familias con hijos adolescentes. *Anales de psicología*, 16 (2), 199-206.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nerviosa. *Psychol Med*, 9, 429-448.
- Rutzstein, G. (2009). Teoría y terapia cognitivo-conductual de los trastornos alimentarios. *Revista Diagnósis*, 6, 11-26.
- Santacoloma, A. & Quiroga, L. (2009). Perspectivas de estudio de la conducta alimentaria. *Revista iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología* 2 (2), 7-15.
- Seligman, M. (1995). *The optimist Child*. New York: Harper
- Selvini, M. (1974). *Self-Starvation: From Individual to family Therapy in the treatment of Anorexia Nervosa*. Nueva York: Jason Aronson.
- Selvini, M. (1985). *Self-Starvation. From Individual to Family Therapy in the treatment of Anorexia Nervosa*. Nueva York: Jason Aronson.

- Sierra, M. (2005). *La bulimia nerviosa y sus subtipos. Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1 (1), 79-87.
- Smink, F., Hoeken, D. & Hoek, H. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26 (6), 543–548.
- Stice, E., Marti, C. & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol*, 122 (2), 445-457.
- Strober M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and EN transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry*, 157 (3), 393-401.
- Suzuki, K., Takeda, A. & Yoshino A. (2011). Mortality 6 years after inpatient treatment of female Japanese patients with eating disorders associated with alcoholism. *Psychiatry Clin Neurosci*, 6 (4), 326-332.
- Tinahones, F. (2003). *Anorexia y bulimia. Una experiencia clínica*. España: Díaz de Santos.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Madrid: Ariel.
- Toro, J. (1997). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (1999). *Factores psicobiológicos en la etiopatogenia de la anorexia nerviosa. Anuario de Psicología*, 30 (2), 79-95.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa: Factores genéticos*. España: Ariel.
- Unikel Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I. & Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46 (6), 509-515.

- Vera, J. & Hurtado, M. (2010). Reseña de "Familia y crisis: Estrategias de Afrontamiento". *Ra Ximhai*, 6 (1), 149-152.
- Wade, T., Bergin, J., Tiggemann, M., Bulik, C. & Fairburn, G. (2006). Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Aust N Z J Psychiatry*, 40, 121-128.
- Westen, D. & Harnden, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158 (4), 547-562.
- Wilson, G. (2004). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: progress and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 79- 95.
- Wonderlich S. & Mitchell, J. (2001). The role of personality in the onset of eating disorders and treatment implications. *Psychiatr Clin North Am*, 24 (2), 249-258.