



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCUMENTAL

**“RELACIÓN MADRE-HIJA COMO FACTOR ETIOLÓGICO DE LA OBESIDAD Y OTROS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

MONICA MAGALI HERRERA MARTÍNEZ

DIRECTORA DE TESIS: Dra. Ma. del Carmen Montenegro Núñez

JURADO:

Dr. Germán Álvarez Díaz de León

Mtra. Margarita Molina Avilés

Mtra. Cecilia Montes Medina

Mtra. Esther González Ovilla

Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

Septiembre 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Resumen..... 3

Introducción..... 4

Marco Teórico

Capítulo. 1. Antecedentes de los trastornos de la Conducta Alimentaria..... 9

Breve perspectiva histórica..... 11

Datos epidemiológicos..... 24

Investigaciones previas..... 35

Capítulo. 2. Criterios diagnósticos de los Trastornos de la conducta alimentaria..... 43

Conceptuando clínicamente los trastornos de la conducta alimentaria..... 46

Capítulo. 3. Abordaje psicosocial de los Trastornos de la conducta alimentaria..... 60

Contexto psicosocial..... 61

· Cultura y sociedad..... 61

Relación madre-hija..... 67

· Desarrollo psicosexual..... 71

· Proceso de individuación..... 73

· Teoría del apego..... 75

Capítulo. 4. Reporte de casos..... 78

Caso 1 Nutrióloga..... 79

Caso 7. Psicoterapeuta..... 84

Discusión..... 88

Conclusión..... 93

Referencias..... 98

RESUMEN

La alimentación no sólo responde a una necesidad biológica, también implica un intercambio del ser humano con su medio ambiente en otros sentidos: emociones, moda, relaciones interpersonales, etc.

La mayoría de los autores explican que los TCA son multifactoriales, hay explicaciones que conllevan factores psicológicos, los cuales van a generar desequilibrios energéticos persistentes, por ejemplo, desde el psicoanálisis se aborda la subjetividad implicada en la alimentación con base en el primer vínculo, que es la madre, en un primer momento se transmiten los efectos subjetivos asociados a la aceptación y al efecto, así como a la manera de vincularse con otros a través de la lactancia.

Una de esas explicaciones desemboca en la relación madre-hija y/o la percepción que la hija tiene de su madre y la que su madre tiene de la hija, debido a que hay paradigmas teóricos.

Reforzando lo anterior con la teoría del desarrollo psicosexual, la línea psicoanalítica de Melanie Klein, así como Winnicott y Bowlby con su teoría del apego, ya que las mujeres que no tienen un apego seguro son las que tienden a desarrollar TCA.

Todo lo anterior se ha podido relacionar con características de mujeres con TCA, por lo que poner atención en las primeras etapas de desarrollo infantil sería, una estrategia adecuada para disminuir la prevalencia de TCA. La exposición de casos fue para dar una idea del abordaje de acuerdo al enfoque psicológico y para dejar clara la importancia de dicha intervención en estos casos, ya que la alimentación y los problemas que de ella se deriven, no se puede explicar únicamente como un balance energético.

INTRODUCCIÓN

La alimentación es más que una respuesta a una necesidad biológica, implica un intercambio del ser humano con su medio ambiente, vinculación social y una forma de expresión de las emociones.

La promoción de la delgadez y la estigmatización de la obesidad, a través de los medios de comunicación que saturan a la población de información sobre productos atractivos, pero no necesariamente saludables, lo que influye en la actitud de la población para colocarse en el extremo de la conducta alimentaria.

En relación a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) existen relevantes y delimitados síndromes psiquiátricos multidimensionales que pueden estar relacionados entre sí ya que la mayoría de ellos comparten signos clínicos (Castillo, 2018). Los TCA tienen como eje principal la imagen corporal, por lo que en muchos casos se afecta la salud y en algunos casos hasta se llega a perder la vida, entre estos trastornos, los que se abordarán a fondo en el presente trabajo son la Bulimia, la Anorexia y la Obesidad.

De los que más se conocen son los factores que detonan los TCA, como se ha visto en pacientes con rasgos de personalidad "border", ansiosa o depresiva (aunque no es una condición), que pueden desencadenar problemas de malnutrición, desde bajo peso o desnutrición hasta sobrepeso u obesidad, afectando principalmente a mujeres.

En contraste poco se conoce de la etiología de los TCA, debido a su complejidad, porque en ella intervienen factores sociales, familiares e individuales. Aunque se ha dicho que todos los TCA tiene factores epigenéticos incluso más importantes que los determinados por la genética misma. Los datos de la predisposición genética en el desarrollo de TCA aún son incipientes, sin embargo la insatisfacción corporal ocasionada por los ideales de belleza, así como la sobrevalorización del peso son una constante en las mujeres que hay desarrollado TCA, lo que dista mucho de la genética (Castillo, 2018).

En las últimas décadas, hemos escuchado que México se encuentra en los primeros lugares de obesidad para todos los grupos de población. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 arrojaron que el 73% de las mujeres mayores de 20 años tienen sobrepeso u obesidad (37.5% tiene obesidad y el 35.5% restante sobrepeso), cifras que continuaron en aumento como lo demuestran los datos reportados por la ENSANUT 2016, donde se ubica la obesidad distribuida principalmente en mujeres y escolares, aún más en el medio rural que en las ciudades. Datos más recientes ubican a la mujer como grupo dominante en la AN y BN, ya que 9 de cada 10 casos son mujeres, de acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2018).

Es un hecho que las principales políticas públicas se han orientado más a la obesidad, ya que está considerada como un problema de salud pública por los altos costos que le genera a sector salud; aunado a la relación directa de su impacto con grandes empresas de comida “chatarra”, como la nueva ley de etiquetado, la legislación de comida permitida en escuelas y otros que afectan intereses económicos importantes.

En México se han realizado estrategias de intervención para el combate de la obesidad, como la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, implementado por la Secretaría de Salud (SSA) desde 2013, en cuyo caso la difusión ha tenido buen alcance, pero no los resultados esperados, como lo han demostrado distintas publicaciones en medios de comunicación. Otra política pública ha sido la constante regulación de alimentos, comenzando por la modificación del contenido calórico de los alimentos industrializados para niños, gravando un 8% a los alimentos no básicos con alta densidad calórica, es decir, que 100 gramos de producto contengan más de 275 calorías, lo que incluye botanas, confitería, chocolate, postres y dulces, mantequilla de cacahuete, helados, nieves y paletas; así como la aplicación del impuesto de un peso mexicano por cada litro de bebida saborizada con azúcar añadida y más recientemente la modificación en la legislación del etiquetado de alimentos. Aunado a lo anterior, el gobierno ha invertido en la promoción de la actividad física y el deporte; se han realizado ferias de salud y Nutrición en distintos estados de la República Mexicana y se han creado espacios públicos que favorecen la actividad física.

Lo que quizá no ha tenido la relevancia adecuada, son los factores psicológicos, como el hecho de que las presiones socio-culturales por tener el “cuerpo ideal” pueden generar en el adolescente con obesidad una mayor insatisfacción corporal y como consecuencia el riesgo de conductas de riesgo para el desarrollo de TCA. (Portela, 2012)

En el otro extremo están la AN y la BN, que si bien, no representan una prioridad en número, deberían comenzar a considerarse por los altos costos de su tratamiento. Cabe decir, que si bien su tratamiento se incluyó en la legislación durante el sexenio del Presidente Peña Nieto, la difusión no ha tenido los mismos alcances que el de la obesidad.

En el presente trabajo se abordarán por igual la AN, BN y obesidad, ya que son un problema social y de salud que se ha incrementado en los últimos años, aunque no todas las fuentes arrojan resultados contundentes (probablemente por la metodología) la mayoría apunta a que hay una población cada vez mayor que padece estos trastornos; el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, muestra un incremento significativo en la incidencia de ingreso a su clínica de Trastornos de la conducta Alimentaria desde 1997 (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2004); lo que posiblemente se debe a la influencia de los medios de comunicación en relación a la imagen del cuerpo que proyectan como “ideal”, ya que los estándares de delgadez se han convertido en un sinónimo de éxito y aceptación, como ya se mencionó. La presión social para tener un cuerpo delgado y el rechazo a la obesidad son uno de los principales factores de aparición de TCA. Los factores ambientales, interpersonales y psicológicos aún son debatibles, pero la baja autoestima, la depresión y la ansiedad, entre algunos otros, se han asociado a los TCA (Castillo, 2018).

En relación a los aspectos psicosociales, históricamente se ha relacionado a la madre como proveedora del alimento desde el nacimiento del ser humano. Es decir, se ha atribuido como un factor relevante, la relación madre-hija, así lo ha abordado el enfoque psicoanalítico y las teorías de apego.

Todo lo anteriormente señalado nos permite señalar los elementos esenciales que configuran las bases del presente trabajo. Para desarrollarlo la tesis quedó conformada por los siguientes cuatro capítulos.

El primero hace un breve recorrido por la historia de lo que llegó a conformar lo que ahora conocemos como TCA, además de proporcionar datos epidemiológicos de los principales TCA en el mundo y en México, Así también se describen algunas investigaciones relacionadas con el tema para conocer los factores que otros estudios han considerado determinantes en el tema que nos ocupa.

En el segundo capítulo, se describen los TCA desde el punto de vista del discurso psiquiátrico, se dan las bases para el diagnóstico de los TCA y se describe cómo han cambiado los criterios a lo largo de las distintas ediciones del Manual Diagnóstico y estadístico de las Enfermedades Mentales, DSM por sus siglas en inglés.

En el tercer capítulo se realizó un abordaje psicosocial de los TCA, en primer lugar considerando la cultura y la sociedad en su desarrollo y, en segunda estancia, pero sin poder separarlo del todo, se describen aspectos importantes de la relación madre-hija desde distintas corrientes psicológicas, iniciando con Bowlby y su Teoría del apego, continuando con Mahler y el concepto y desarrollo de la individuación y terminando con la teoría del desarrollo psicosexual de Freud, las cuales se entrelazan para explicar la importancia y/o el impacto de la relación madre-hija en el desarrollo de los TCA.

En el cuarto capítulo, se pretende mostrar distintos enfoques psicológicos del tratamiento de los TCA, además de plasmar mi experiencia personal como nutrióloga, ya que si bien en los TCA el cuerpo, o al menos su percepción cobran vital importancia, no sólo es una cuestión de peso, o de lograr un balance adecuado para su reducción, sino entender que al paciente en aspectos psicológicos y sociales más allá de un enfoque biologicista, de donde gran parte de la discusión se centra, así como una propuesta de atención para su prevención y una ligera reflexión crítica de la clasificación de las enfermedades mentales y finalmente, una de las conclusiones de este trabajo es que la estructura psíquica que se desarrolle en la niñez tendrá una importancia

primordial en el desarrollo de los TCA en cualquier etapa de la vida, con principal riesgo en mujeres.

Espero que este trabajo sea para los profesionales de la salud una ventana de oportunidad para reflexionar acerca de nuestra contribución en estos pacientes y para los no profesionales de la salud una oportunidad para reflexionar acerca de nuestra conducta alimentaria.

Capítulo 1. Antecedentes de los trastornos de la conducta alimentaria

La sociedad y la cultura de la imagen tienen el poder de hacer estallar en forma de patologías, tales como la Anorexia y la Bulimia, los aspectos mal constituidos de lo femenino. Este poder existe, sólo cuando hay fallas precoces en el desarrollo del psiquismo de las y los jóvenes, que generaron frágiles estructuras psíquicas y principalmente frágiles estructuras narcisistas “si no eres como yo quiero que seas, no puedes ser nada”. (Martínez de Bagattini, 1996)

La promoción de la *hiper* delgadez femenina desafía la vida, pero este cuadro clínico fue descrito más de un siglo antes de que se impusiera un ideal de extrema delgadez.

Decía Martínez de Bagattini “cultura de una estética que impone la apariencia de la abstinencia alimentaria que remite sin dudas a la abstinencia de todo deseo. Adolescentes y más allá de ellas que desfilan amenorréicas y lisas despertando la envidia de las que adolecen de ese supuesto poder. La envidia, desplegada en lo dual y ubicada en el lugar de la competencia, despliega sus efectos masivos de destrucción, socava y destruye el propio cuerpo de estas jóvenes que no logran destruir al otro.”

Desde hace más de 50 años, los TCA han experimentado un incremento en las sociedades industrializadas, siendo la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracón o trastorno de ingesta de alimentos no especificado los más destacados, todos constituyen un problema por su prevalencia, necesidad de tratamiento especializado, cronicidad y gravedad de los mismos; pero los dos últimos están estrechamente relacionados con la obesidad. (Serrano, 2015)

Como se explica en los párrafos anteriores, con una absoluta carga psíquica y social, los trastornos alimentarios son alteraciones graves de la conducta y representan una problemática que va en aumento y que requiere de más estudios, ya que no sólo implica un factor, si no muchos, y en varios momentos de la vida.

La mayor parte de la investigación de los TCA en la línea psicoanalítica basa sus explicaciones en la idea de la importancia de la madre, y en su mayoría de las investigaciones que existen en torno al padre. (Díaz, 2011)

Para conceptualizar los antecedentes de los TCA, dividiremos el presente capítulo en tres dimensiones:

- 1) Una breve perspectiva histórica de los comportamientos que actualmente se denominan: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Obesidad, Trastorno por Atracón y algunos otros mencionados de manera menos puntual de los TCA, ya que inclusive antes de ser denominados de la manera en la que se conocen ahora, son prácticas o problemas tan antiguos como la historia del hombre
- 2) Los datos epidemiológicos tanto de la anorexia nerviosa (AN), como de la bulimia nerviosa (BN) y la obesidad en México y el mundo
- 3) Algunas investigaciones recientes que buscan explicar alguna de estas problemáticas

Quizá algo de lo más relevante de esta investigación documental es que incluimos los TCA tanto por deficiencia, como en el caso de la anorexia y la bulimia nerviosa (del tipo restrictiva), como aquellas por exceso, como el atracón, pero además, el sobrepeso y la obesidad, que si bien no están considerados en el marco de la psiquiatría como TCA, se sabe que son enfermedades que constituyen un problema de salud mental pública (López Cit. en Sánchez, 2018) y que tienen un importante componente psicológico y no sólo de un balance energético, como se ha considerado desde la época de Hipócrates.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son considerados padecimientos crónicos, debido a que algunos síntomas no desaparecen del todo o tienen altas probabilidades de recaídas múltiples. Estamos frente a una problemática de la cual se han realizado varias investigaciones con el fin de conocer su origen y comprensión, pero aún falta mucho por decir y conocer, lo que aquí presentamos en recorrido, breve pero sustantivo, para ir construyendo la complejidad de los TCA.

❖ Breve perspectiva histórica

En el abordaje de la estética del cuerpo es indispensable considerar el marco determinado por la cultura y el momento histórico específico, las cuestiones ligadas al cuerpo son aquellas que determinan el castigo o la estética de la delgadez; por ejemplo, en la época renacentista, la delgadez se entendía como un estado de precariedad, mientras en la burguesía francesa, la obesidad era prácticamente sinónimo de opulencia. En la época actual, estos mismos conceptos tienen significados distintos, definidos por el contexto social y cultural de nuestra época, en el que la extrema delgadez deja de ser una expresión de precariedad para consolidarse como símbolo de belleza.

La connotación que se le da a los trastornos de la conducta alimentaria está íntimamente ligada a la concepción del cuerpo en un determinado momento.

En la actualidad, la importancia que se le da al cuerpo es aún mayor que aquella comparada con la concepción del cuerpo antes de Cristo, o incluso en la década de los 70s, cuando la imagen del cuerpo no era tan sobrevalorada como en esta época.

Esto quizá por la era digital, que nos ha llevado a una sobreexposición de imágenes o quizá por el cambio de valores en la población actual, el cuerpo ya no es parte sólo de lo privado, también de lo público, como el caso de las redes sociales.

Los TCA, son de origen multicausal, en los que la familia adquiere especial relevancia, ya que es en ella en donde se transmiten normas, roles, costumbres, estilos de vida (Ruíz, 2013) y patrones alimentarios, siendo la madre, en la gran mayoría de los casos, la base de unidad de la familia, al menos en nuestro país.

Si partimos de que los conceptos salud y enfermedad se modifican de acuerdo al entorno, en determinado tiempo y espacio, de manera que lo que pudo ser considerado como "normal" o sano en el pasado, ahora puede ser catalogado como un trastorno. Es por esto que desglosamos una breve reseña de los TCA:

Es destacable la acción de las hormonas, principalmente las esteroideas en la psicología de las conductas alimentarias y la ansiedad, así como la alteración organizacional de los rasgos psicológicos y de comportamiento y en los cambios físicos, como el aumento de la cantidad de grasa corporal en las niñas (Portela, 2012).

Bulimia



Anorexia drawing ednos.

Disponible en: <https://free-clipart-pictures.com/explore/anorexia-drawing-ednos/>

El término bulimia viene del griego *boulimos*, que significa hambre de buey y se caracteriza por el vómito autoinducido.

En la época romana esta práctica se hacía con la intención de seguir comiendo en los cuantiosos festines de los emperadores, mientras que para el siglo XVIII, ya implicaba más aspectos psicológicos que fisiológicos, por lo que James describió la *true boulimos* como una intensa preocupación por la comida (Rava, 2004), que nada tenía que ver con las prácticas de las grandes comilonas.

Como ya se comentó, las conductas alimentarias son prácticas que existen desde las civilizaciones más antiguas, fue hasta el siglo XVII que se le dieron denominaciones similares a las que conocemos actualmente. En el antiguo imperio romano, las prácticas que actualmente se conocen como purgativas, tenían causas y fines distintos; la causa de estas conductas se interpretaba únicamente como el haber ingerido más alimentos de lo debido, ahora las causas son diversas: la culpa, el malestar físico de la ingestión de alimentos, el reflejo del vómito ocasionado por las malas prácticas de quienes padecen algún TCA, etc., mientras que la

finalidad principal hoy en día es compensar la ingesta y mantener un peso corporal mínimo, en el siglo IV d.C. (con los emperadores Julio César y Cicerón) era la de poder seguir participando en los grandes festines, en donde inclusive existía un lugar destinado para dichas prácticas, se introduce el término de vomitorio para referirse a pequeños pasillos que permitían el paso de los actores en los anfiteatros, o a los lugares que se utilizan para vomitar después de las grandes comilonas o banquetes propios de la clase privilegiada. Los romanos comían y comían mucho, los emperadores, en una sola comida eran capaces de ingerir hasta 16 kilogramos de carne y más de 30 litros de vino. El mayor banquete de la historia, se atribuye al ofrecido por el emperador Julio César para celebrar sus victorias de oriente con 260 mil invitados que comieron durante días.¹

En 1979, Russel describe al síndrome bulímico de la AN como una identidad propia, denominada como Bulimia nerviosa (BN), que se caracteriza por tener conductas compensatorias para atracones de comida, demostrando que los distintos TCA pueden interactuar, o manifestarse de maneras diversas, no siempre con el purismo que se espera en la medicina.

Esta época coincide con la liberación social y la lucha feminista, en los 70 se veía a la mujer como símbolo de afectividad, espíritu maternal y templanza.

Pero cabe mencionar que en la década de los 80, y la de los años 20, fueron las que reflejaron el ideal de belleza más delgado de las mujeres hasta entonces, cambiando el predominio de las curvas, por una estética más acinturada.

Para principios del siglo XX, se detectó la existencia de otra variedad de TCA caracterizado por atracones y conductas de voracidad similares a la BN, pero sin las conductas purgativas, conocido como trastorno por atracción (Cuadro, 2015), aunque de manera muy distinta a como se conoce ahora y del cual hablaremos más adelante.

¹ Nota: Hoy se sabe que la capacidad máxima de absorción en el humano es de aproximadamente 30 gramos de proteína por tiempo de comida y el consumo máximo recomendado por día es de 1.5 gramos por kg/peso/día; de manera que un hombre de 70 kgs debería consumir un máximo de 105 gramos de proteína (alrededor de 400 gramos de carne) durante el día.

Es posible que en el siglo XX se haya acentuado la práctica de la bulimia debido a la prevalencia de ansiedad en la población mundial, y que en muchas ocasiones se liga a conductas alimentarias adictivas, situación que explicaría tanto la obesidad como el trastorno por atracón y la BN, sin olvidar que los TCA no son unicausales.

Algunas famosas con BN son: Demi Lovato, Lady Gaga y Kesha.

Anorexia



An apology letter to my body

Disponible en: <https://medium.com/@estivanrensburg/an-apology-letter-to-my-body-835ea1f8becf>

Siguiendo con estos saltos en la línea del tiempo, ubiquemos la destrucción del Imperio Romano de Occidente, en donde la Iglesia fue un factor importante en la preservación de la civilización clásica, ahí la connotación de las conductas purgativas en el campo religioso es algo distinta, la biblia habla del vómito como rechazo, del vómito a los tibios, del perro que vuelve a su vómito, del gran pez que vomitó a Jonás, etc.; es decir, el vómito provocado tenía una finalidad purificadora, o al menos puramente religiosa que nada tenía que ver con la estética corporal. Aquí aparece la práctica del ayuno como penitencia, como castigo de Dios o como práctica de las religiosas principalmente, como una manera de acercarse a Dios.

En la Edad Media, el ayuno era una práctica común entre las mujeres pertenecientes a la Iglesia, era parte de una comunión con Dios, su sufrimiento contribuía a la salvación del mundo (Bynum, 1987).

Richard Morton en 1689 atribuye por primera vez la descripción médica, misma que incluye el ayuno como uno de los ejes de dicho padecimiento, sin embargo, fue hasta 1873 cuando Gull acuñó el término de Anorexia Nerviosa.

En el siglo XIX la religión seguía íntimamente ligada con el tratamiento de la AN, pero es hasta finales del mismo siglo que se relacionan dichas prácticas con aspectos psicopatológicos.

En el año de 1858, el médico francés Louis-Victor Marcé escribió la obra *"Nota sobre una forma de delirio hipocondriaco consecutivo a las dispepsias"*, caracterizada por el rechazo a los alimentos, cuadro denominado por Gull en 1864 como aepsia histérica (Cit. en Pérez, 2018).

Para 1868, Gull consideraba a la AN como un estado mental morboso causado por trastornos del sistema nervioso central y de carácter hereditario cuyos síntomas principales eran los siguientes: caquexia, amenorrea, estreñimiento, hipotermia, bradicardia y aumento de la actividad física. En la misma época, Lasségue la calificó como inanición histérica (Cit. en Toro y Vilardell, 1987).

La moda en el siglo XIX nos hace voltear a ver el cuerpo desde otra perspectiva, la belleza cambia sus cánones y las sociedades comienzan a discrepar en sus criterios de belleza.

En 1890, Charles Dana Gibson dibujó imágenes de mujeres altas, de cintura delgada y voluptuosas, en ilustraciones para las principales revistas, denominando la "chica Gibson" como el ideal de belleza femenina.



Dibujos de Charles Dana

Disponible en: <https://vestuarioescenico.wordpress.com/2019/05/09/the-gibson-girl-un-ideal-de-mujermade-in-usa/>

Lo anterior es importante ya que la delgadez como ideal de belleza inicia a finales del siglo XIX, enfatizándose en el siglo XX. Aspectos como este generan influencia para cambiar nuestra percepción del cuerpo, y de nuestro cuerpo; es decir, los nuevos conceptos de belleza adecuarán nuestra subjetividad a las nuevas condiciones sociales, por lo que no es de extrañar que para 1920 Janet, considerara la AN como síntoma de alteraciones psicológicas profundas resistentes a los tratamientos, además de realizar la distinción entre AN primaria y secundaria (Cit. en Pérez, 2018). Es decir se comienza a ver a los TCA como enfermedades relacionadas con la *psique* y no sólo con aspectos físicos, como en 1914, cuando Simmonds establece como causa de la AN una disfunción hipofisiaria, a la que denomina *caquexia hipofisiaria*. En ese mismo siglo, autores como Charcot, Dubois y Fenwick, por mencionar algunos, también le atribuyeron causas psicológicas a la AN y en la década de los 30, se da el auge de su origen psicogénico.

En el siglo XX se asoció la delgadez como ideal de belleza, no por nada se le denominó el “siglo de la delgadez” como producto del cambio cultural posterior a la primera guerra mundial, aunado a la potenciación del sometimiento del cuerpo que asocia la delgadez al prestigio, juventud, poder, aceptación social e incluso perfección (Pérez, 2018); y no sólo con aspectos médicos como dos siglos antes, principalmente en el mundo occidental. En la década de los años 20, la “Flapper Girl” (chica moderna) significó que ser hermosa era sinónimo de busto pequeño y caderas prácticamente inexistentes. Entre 1930 y 1960 regresaron las curvas, con mujeres con cuerpos más musculosos, posiblemente debido a que empezaron a trabajar en las fábricas, y ya para la década de los 50s, teniendo como imagen a Marilyn Monroe, la atención se va del cuerpo a la cara, a las facciones específicas como nariz, ojos, boca o incluso rasgos específicos como los lunares, que comenzaron a identificarse como símbolos de sensualidad. En esa misma década, inicia una promoción al culto del cuerpo, un medio que hasta la fecha existe es la revista Playboy y se acompaña con el surgimiento de la famosa muñeca Barbie, en ambos casos, el ideal de belleza ejemplifica a mujeres curvilíneas que nada tienen que ver con la “flapper girl”.

you want a
perfect girl ?
BUY A BARBIE

Buy a barbie

Disponible en: <https://weheartit.com/entry/92088139>

Incluso al día de hoy, frases como esta aparecen en internet, en un nuevo modelo de liberación de la mujer haciendo referencia a la famosa muñeca: “¿quieres una niña perfecta?, compra una Barbie”

A finales de los años 60s junto con el surgimiento de la revolución sexual, el ideal de belleza corporal deja nuevamente de lado las curvas, lo que coincide con una mayor incidencia de AN severa, donde las mujeres que lo padecían requerían hospitalización, sobre todo hacia el final de la década (Howard, 2018).



Boceto. Flapper Girl

Disponible en: <https://www.pinterest.de/pin/109141990957036244/>

Al día de hoy, la AN es considerada como el resultado de una construcción social, cultural, religiosa y médica que corresponde a los conocimientos de cada época.

En el siglo XXI convergen ideales que aún sobredimensionan la delgadez como el ideal de belleza femenina, pero incluyen otros del lado opuesto; teniendo representantes de esta imagen a mujeres como Kate Moss y a la modelo "Plus size" Ashley Graham, como parte de la diversidad y la inclusión que ha sido parte importante de los movimientos sociales y culturales de este siglo. Hoy se celebra la belleza femenina en sus distintas formas y tallas, o al menos eso intenta, con el surgimiento de conceptos y denominaciones como "plus size" o la reciente cancelación del desfile de los famosos ángeles de Victoria's Secret, entre otras causas por la discrepancia que hay entre el concepto de "salud es belleza" y el bajo peso evidente de "sus ángeles".

Lo anterior ha llevado a tomar medidas de salud pública en el mundo; por ejemplo, en Israel, desde el año 2012, la ley "Photoshop" prohíbe mostrar y/o contratar modelos muy delgadas, así como modificar las proporciones con dicho programas; en Francia las modelos que deseen trabajar deben contar con un certificado de salud que acredite su IMC, cuyas agencias pueden ser multadas hasta por 75 mil euros en caso de no acatar la ley.

Como se ha podido ilustrar los medios de comunicación han jugado un papel importante para generar impacto en los ideales de belleza, a partir de lo cual muchas figuras públicas padecieron TCA, incluso investigaciones señalan que las modelos de pasarela, actores y nutriólogos, por mencionar algunas profesiones, tienen mayor riesgo de presentar TCA, posiblemente por la relación (infundada) de la imagen corporal y el desempeño de su profesión, por su alta exposición a la opinión pública, por la presión social a la que se ven sometidos, o por las características de personalidad que se asocian al perfil de riesgo, lo que no implica que dedicarse a alguna de las anteriores sea una predicción. Lo anterior hace sentido con el estudio de Benítez (2019) en España, con estudiantes universitarios. En donde resultó que en las jóvenes alumnas se evidencian mayores tasas de insatisfacción corporal y de delgadez que sus compañeros masculinos que, por el contrario, demuestran más características de bulimia. Resultó también que quienes estudian grados de educación presentan tasas más

Aún al día de hoy, existen prácticas que podrían asociarse con la AN y sin embargo se entienden como prácticas religiosas como en el caso del ayuno musulmán. Otro ejemplo del ayuno religioso es la dieta de Gandhi, quien se dice que comía mucho menos que una persona con dieta hipocalórica, asociada a su convicción espiritual y no a prácticas relacionadas con la estética corporal, quien desde el punto de vista psicoanalítico había sublimado sus pulsiones primarias transformándolas en ideales.

Obesidad



Dancers at the bar, 2001. Miss Riviere (after Ingres), 2001. Fernando Botero.

Disponible en: <https://www.wikiart.org/en/fernando-botero/dancers-at-the-bar> y <https://www.wikiart.org/en/fernando-botero/miss-riviere-after-ingres>

El concepto de obesidad se ha modificado con los años, pero su definición no sólo se da en relación de la estatura con el peso, como se estima en el Índice de Masa Corporal (IMC), sino en la composición corporal, lo que da como resultado la relación de la masa grasa y la masa libre de grasa de una persona, es decir, un exceso de masa corporal se entenderá debido a su cantidad como sobrepeso u obesidad, y dependiendo de la localización o acumulación de dicha masa grasa que se clasificará en diferentes tipos (con la ayuda de equipos y/o técnicas específicas) por personal capacitado y tendrá distintos factores de riesgo para el desarrollo de comorbilidades. Las principales causas de muerte a nivel mundial en 2017, según la Organización Mundial de la Salud fueron la cardiopatía isquémica y el accidente cerebro vascular; ambas relacionadas con la obesidad. Casi 6 millones de personas en el mundo mueren al año a causa de un infarto.

La historia de la obesidad, es tan vieja como la historia de la humanidad, en Egipto, la existencia de la aterosclerosis fue descrita hace más de 4000 años, con la evidencia en la autopsia practicada a las momias. La arterioesclerosis y el infarto al miocardio fueron en ese entonces relacionadas con las personas pertenecientes a las clases altas (Hernán, 2006).

Sin embargo, el concepto de obesidad es tan antiguo que el mismo Hipócrates en el siglo V a. C. refirió en sus aforismos: "los que son excesivamente gordos están más expuestos a una muerte repentina..." (Hipócrates Cit. en Salazar, 2020)

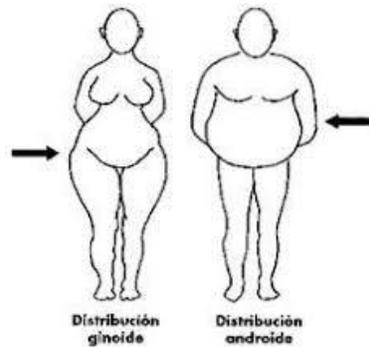
En la época antigua, el tratamiento de la obesidad consideraba el ayuno y las purgas para lograr el equilibrio en los humores del cuerpo, sin embargo, la mayoría de ellos tenían finales mortales, posiblemente por una descompensación importante en el desequilibrio electrolítico.

Con el tiempo el tratamiento de la obesidad no ha cambiado del todo ya que existen diversos métodos como el ayuno intermitente y el uso de fármacos cuyos efectos pudieran parecerse al uso de laxantes o purgas, algunos otros inhiben la absorción de grasas a nivel intestinal provocando esteatorrea como efecto secundario frecuente y algunos más con efectos termogénicos que buscan facilitar el balance energético, todos los anteriores comparten los principios básicos de las antiguas civilizaciones; adicionalmente han aparecido otras técnicas para el tratamiento de la obesidad, como la cirugía bariátrica en diversas modalidades, pero sus criterios de aplicación han cambiado tanto en el ámbito de la salud, como en el deporte y, por supuesto, en la estética corporal, a la par de los cambios en los criterios que definen el sobrepeso y la obesidad, dejando márgenes cada vez menores para la cantidad "adecuada" de grasa corporal total.

La obesidad se define también como el exceso de masa grasa y su clasificación depende de la cantidad y distribución de la misma, la cual está asociada a otras enfermedades crónico-degenerativas.

Hoy en día, la obesidad puede incluso clasificarse de acuerdo a la zona de acumulación de grasa, en androide o ginecoide, de acuerdo al porcentaje de grasa corporal e inclusive de

acuerdo a la circunferencia de cintura o índice cintura cadera y no sólo al peso corporal total del sujeto.



Distribución de la grasa corporal

Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/17/obesidad-incidencia-beneficios-del-ejercicio-fisico-y-una-dieta-equilibrada>

No se puede comprender la obesidad, sin entender los estereotipos de belleza a lo largo del tiempo. Aunque la obesidad ha estado presente en toda la historia del hombre, el boom de la obesidad se ha dado después de la industrialización del siglo XIX (donde aparecen los primeros comerciales de píldoras para adelgazar), incrementado con la globalización y el tratado de libre comercio, a principios del siglo XX y contrastando con la época renacentista, en el siglo XV-XVI, donde los cuerpos grandes, las amplias caderas y, en general tanto hombres como mujeres, con figuras corpulentas resultaban atractivos y eran símbolo de abundancia. Idea que se extendió hasta la primera parte del siglo XX, donde tener un hijo rollizo era sinónimo de salud y buenas condiciones económicas, en varios lugares del mundo.



Mujer en la época Renacentista. "Venus de Dresde" o "Venus dormida"

Disponible en: https://www.gentleman.elconfidencial.com/multimedia/album/reportajes/2019-04-24/desnudo-arte-renacimiento-the-renaissance-nude_1954694#7

En contraste fue en el siglo XX el estereotipo de belleza tuvo más cambios que en los veinte siglos anteriores; por ejemplo, en la década de los 70s las mujeres poseedoras de caderas anchas y piernas carnosas resultaban más atractivas, que aquellas con figuras menos voluptuosas. Para la década de los 90s el estereotipo de belleza era una figura más estilizada, cinturas delgadas y mujeres menos curvilíneas; situación que se agudizó para la entrada del siglo XXI, en donde incluso las modelos de lencería aparecen con ciertas características andróginas en sus cuerpos, siendo considerablemente más delgadas que en décadas anteriores.

Quizá el sobrepeso y la obesidad no estén considerados de manera frecuente como TCA, sin embargo para nosotros son considerados como tales debido a que se recurre a la comida para resolver tensiones y problemas de carácter emocional, es decir se encuentran directamente relacionados con la salud mental, objeto de estudio de la psicología y la psiquiatría.

En la actualidad la obesidad es considerada un trastorno alimentario, si partimos de que es un desequilibrio en la ingesta que impacta fisiológica y emocionalmente a quien lo padece, sin embargo no ha sido incluida dentro de los TCA en el ámbito de la medicina, como ocurre con el resto de los aquí mencionados. Encontrar un equilibrio para el consumo de alimentos, mantener las necesidades energéticas del organismo y el control adecuado del peso corporal desemboca en un problema complejo para el paciente obeso debido a mecanismos genéticos, psicológicos y sociales.

Otro dato interesante es que la desnutrición (que usualmente acompaña a los TCA) incrementa la respuesta dopaminérgica, por lo que las conductas adictivas son mayores que cuando hay un adecuado estado nutricional; dicho comportamiento es similar a lo que ocurre con el paciente con obesidad, quienes curiosamente tienen menor riesgo de desarrollar conductas adictivas, pero que al mismo tiempo pueden tener conductas de repetición equiparables en algunos sentidos a la adicción a comidas altas en grasa o azúcares. No así hacia otras sustancias estimulantes, como en otros TCA. En el paciente con obesidad "la adicción" a la comida es usada como reforzamiento inmediato o con fines hedónicos, es decir en el paciente con obesidad el exceso en la ingesta alivia estados emocionales. (Quintero 2016).

La medicina evolutiva ha abordado el problema de la obesidad mediante la teoría evolutiva para mejorar la comprensión de los síntomas y las terapéuticas; mientras la medicina tradicional se resiste a los nuevos modelos de la teoría de la evolución.

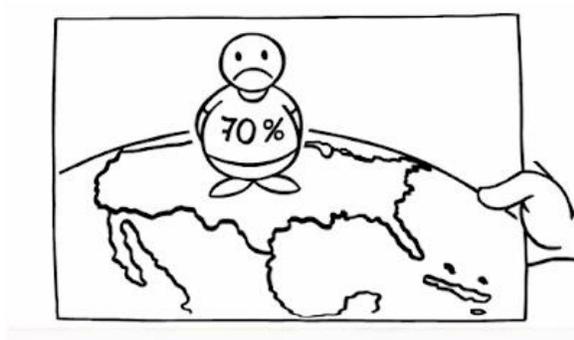
Más allá de que la modernidad sea una ventaja en el tratamiento de los TCA o en la evolución alimentaria o al menos explicara cómo mantener un peso estable cuando las condiciones no son tan favorables, es la modernidad misma quien pareciera sumar factores de riesgo para el desarrollo de dichos trastornos. Como resultado de la cultura occidental, se tiene una cultura extremadamente sedentaria y consumista, con pobres recursos para manejar conflictos emocionales como el estrés. Las dietas de reducción producen mayor estrés e inciden de manera violenta sobre los mecanismos del sistema autónomo de regulación de la actividad y el de la acumulación de las grasas, además de no considerar los costos emocionales (Ogden, 2005).

Un reflejo de lo anterior es que el miedo a engordar está presente en el 71% de los niños y adolescentes, en donde la mitad estaba también preocupado por la forma (Nicholls Cit. en Portela, 2012). Si bien es cierto que la insatisfacción corporal es común en la adolescencia debido a los cambios físicos propios de la edad, también lo es que dependiendo del entorno permanecerá o no.

❖ Datos epidemiológicos

Conocer las cifras de los TCA resulta por demás importante, ya que según el gobierno de la República, a través de la Secretaría de Salud (SSA), 88% de los países del mundo presenta formas inadecuadas de alimentación, que si bien no son todas TCA, representa una población en riesgo para nuestro tema de estudio. A continuación se presentan algunas cifras globales de los TCA y otras específicas de los más estudiados.

Cifras de TCA en México y el mundo _____



La edad del Universo

Disponible en: <http://centro-universal.blogspot.com/2015/08/una-problematika-social-economica.html>

Desde los años 70 se han publicado algunos estudios epidemiológicos relacionados con los TCA, con distintas aproximaciones metodológicas, sin embargo, es en las últimas décadas cuando las investigaciones en este tema cobraron auge. Cabe mencionar que a partir de esta década tanto en Europa como en América del Norte las tasas para AN se estabilizaron.

En 1976 se llevó a cabo la primera reunión multidisciplinaria sobre TCA, orientada a la AN y a las funciones del hipotálamo a nivel endócrino. Se presentó un ensayo clínico con ciproheptadina (sustancia que estimula el apetito) y Minuchin planteó la terapia familiar como parte del tratamiento.

Para el año 2000 la prevalencia de los TCA fluctuaba entre el 0.5 y el 1% (Moreno, 2009) con mayor prevalencia de AN en comparación con la BN. Datos que se mantuvieron estables hasta el año 2005. Aunque en casi todos los países del mundo como Noruega, Estados Unidos de América (EUA) y México, el 90% de los pacientes con TCA eran mujeres, resulta interesante comentar que en ese mismo año la Asociación Psiquiátrica Americana estimaba mayor número de hombres con BN que mujeres con AN en los EUA.

Los trastornos de la conducta alimentaria se han incrementado durante los últimos años, como lo muestran los datos epidemiológicos. En la década de los 80s y 90s, la población vulnerable para el desarrollo de AN o BN, era principalmente constituida por modelos, bailarinas de ballet y otras profesiones en donde la imagen corporal cobra una importancia fundamental. Sin embargo, en los últimos años del siglo XXI, las causas de los TCA dejan de ser religiosas para

privilegiar los nuevos estereotipos de belleza occidentalizados (Toro, 1996). Y coexiste la extrema delgadez con la obesidad sin distinción alguna.

Para el año 2000 se estimó una morbilidad asociada a los TCA de entre el 6 y el 15 por ciento, en la cual existen discrepancias en relación a la incidencia y prevalencia por las características de su población, por la estigmatización de los trastornos psiquiátricos, el desconocimiento de la información relacionada a los trastornos y su tratamiento y a las diferencias metodológicas (Pérez, 2018). Las discrepancias en los datos, ocurren predominantemente en la edad adulta (quizá porque en la infancia y la adolescencia exista una mayor vigilancia por parte de algún adulto responsable).

De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas "Salvador Zubirán", en varios países es mayor la prevalencia de la BN en comparación con la AN, pero en México no se cuenta con cifras sobre la incidencia de dicho TCA.

Según el estudio de Hudson en 2007, realizado con 8282 personas, se concluye que 20 millones de mujeres y 10 millones de hombres en los EUA tienen un TCA clínicamente significativo en algún momento de sus vidas.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Mental del adolescente (2009), de una muestra representativa entre los 12 y 17 años, residentes de la CDMX y área metropolitana. La prevalencia alguna vez de anorexia, bulimia y el trastorno por atracones se estima en 0.5%, 1.0% y 1.4%, respectivamente. Entre 83 y 100% reportan discapacidad y todos aquellos con anorexia y casi la mitad de aquellos con bulimia y atracones reportan discapacidad grave. Sin embargo, ni una cuarta parte con uno de estos trastornos ha recibido tratamiento a pesar de la discapacidad que generan. Hay mayor prevalencia de trastornos comórbidos, conducta suicida y adversidades psicosociales en jóvenes con trastornos alimentarios que en aquellos sin ellos.

Se calcula que para la bulimia, la tasa de mortalidad es de 1.7 por cada mil pacientes; la de anorexia de 5 por cada mil (Arcelus Cit. en González, 2018), mientras que el sobrepeso y la obesidad están relacionadas directamente con las principales causas de muerte a nivel mundial, entre las que se encuentran, Diabetes Mellitus, enfermedades cardiovasculares y cáncer y con

otros padecimientos como la esteatosis hepática, aislamiento social y depresión por mencionar sólo algunos.

A partir del 2012, se reporta una mayor incidencia de enfermedades de origen biopsicosocial, en especial de los TCA, que involucran diferentes sistemas del cuerpo y los aspectos inherentes a la persona y a sus relaciones sociales. La mayor incidencia de AN y BN se presenta en niñas en la fase media y final de la adolescencia, algunos factores de riesgo para su aparición contemplan: la genética, los cambios corporales en la pubertad, la vulnerabilidad de los adolescentes a los ideales de delgadez, la presión social por ser delgada, la insatisfacción de la imagen corporal, las dietas restrictivas, así como depresión y baja autoestima (Portela, 2012).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (APA 2013) plantea que la prevalencia por año de la anorexia es del 0.4. % para adolescentes y adultos; dejando a la bulimia entre 1- 1.5%.

El instituto Tomás Pascual, en España es uno de los que más información proporciona respecto a los TCA, en 2014 estimaban que 1 de cada 250 adolescentes puede padecer algún tipo de TCA, menciona que el diagnóstico de AN y BN tienen una "estabilidad" del 40%, sin embargo el trastorno por atracón o el trastorno de la conducta alimentaria no específico tienen una estabilidad diagnóstica muy baja, por lo que su validez diagnóstica es limitada, en esto se hace incapié cuando hablamos de los cambios en el DSM.

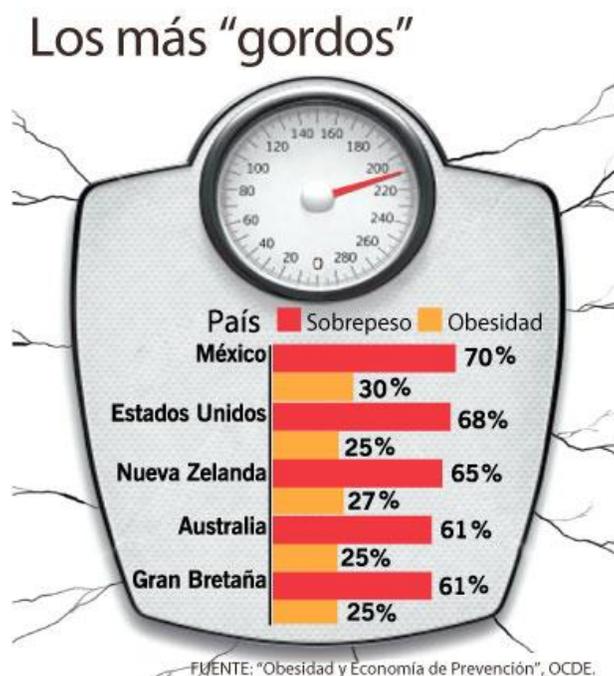
En el 2015, en España, los TCA pasaron de ser una patología poco frecuente, a ser la tercera enfermedad más frecuente en la adolescencia. (Serrano, 2015)

Algunas fuentes muestran resultados contrastantes, el IMSS reporta que durante el primer semestre del 2018 los casos de AN y BN presentaron una reducción del 6.9%, con respecto al mismo periodo en 2017. Reportando que la obesidad disminuyó 1.8% en el mismo lapso, de acuerdo con los datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, según la cual Jalisco, Estado de México y Veracruz son los países más afectados. Sin embargo estos datos van en contra de todo lo que se reporta en otras fuentes y en lo que se ve en la clínica y en la vida cotidiana.

Existe una gran fluctuación en los datos sobre prevalencia de estos trastornos. Se considera que en España son similares a los de los países industrializados, donde se establece que la AN alcanza unos valores de 0,1% a 1,5%, la bulimia nerviosa entre 1% y 3 % y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) de 1,6% a 5%. (Benítez, 2019)

De acuerdo con Serrano (2015), la tasa de mortalidad para los TCA va del 8.2 al 18%, siendo la AN la de mayor tasa de mortalidad en comparación con otros padecimientos psiquiátricos, afectando principalmente a la mujer.

Cifras de obesidad en México y el mundo _____



FUENTE: "Obesidad y Economía de Prevención", OCDE.

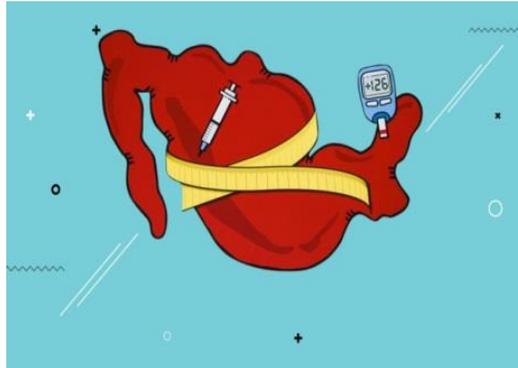
Disponible en: <https://cesar1303ha.wordpress.com/estadisticas-de-obesidad-infantil-en-el-mundo/>

La OMS ha considerado en las últimas décadas a la obesidad como un problema de salud pública, por las implicaciones directas en la salud, pero también por todas las comorbilidades asociadas a ella, el costo económico y el impacto en la calidad de vida de las personas que la padecen. Se estima que de 1975 al día de hoy, las cifras de obesidad se han triplicado.

En Estados Unidos y Europa se observó un incremento en la prevalencia tanto de sobrepeso como de obesidad en todos los grupos de edad; en América Latina ocurrió la misma situación

tanto en hombres como en mujeres i para los TCA las cifras incrementaron principalmente en los países occidentales industrializados.

En el año 2005, México tenía un 30% de su población adulta obesa y se asociaban 50 mil muertes por año a la obesidad.



La obesidad, el problema que apura a México a buscar soluciones efectivas. Expansión política

Disponible en: <https://politica.expansion.mx/mexico/2018/10/12/la-obesidad-el-problema-que-apura-a-mexico-a-buscar-soluciones-efectivas>

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) el 9.7% de los menores de 5 años tenían obesidad (1.9% más que en 1988) y la mayor prevalencia de obesidad era entre los 50 y 59 años para las mujeres, y entre los 40 y 49 años de edad para los hombres. Con una prevalencia de obesidad abdominal en mujeres es de 82.8% y en hombres de 64.5%.

En dicha encuesta, se estimó que la tendencia de obesidad continuaría de manera ascendente por algunos años, sobretodo en adultos más jóvenes, incrementando tanto la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas, como de efectos negativos en el desarrollo emocional y social en los individuos.

De acuerdo con un estudio publicado en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) la obesidad se convirtió en un problema de salud mundial, aumentando en muchos países a la par del crecimiento del suministro de energía alimentaria.

El estudio, llevado a cabo por autores establecidos en Nueva Zelanda y Estados Unidos de América, analiza el aumento del suministro de energía alimentaria y la obesidad en 69 países

(24 de ingresos altos, 27 de ingresos medios y 18 de ingresos bajos) y llegó a la conclusión de que tanto el peso corporal como el suministro de energía alimentaria habían crecido en 56 (81%) de ellos entre 1971 y 2010. En 45 (65%) países, el crecimiento en calorías disponibles era más que suficiente para explicar el simultáneo aumento del peso corporal.

México pertenece a las naciones con mayor obesidad en adultos en el mundo, esto de acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) la cual está compuesta por 35 países alrededor del mundo, con representación de cada continente. Además de México, algunos países que la integran son Brasil, Chile, Turquía, Reino Unido, Australia, Grecia, Portugal y Sudáfrica.

Para el año 2015, según el reporte Obesity Update, más de la mitad de los adultos y casi 1 de cada 6 niños padecen sobrepeso u obesidad en países asociados a la OCDE. El 19.5% de los adultos de los países que pertenecen a la OCDE padece obesidad (un índice de masa corporal mayor a 30 kg/m²), y los países con mayor prevalencia son:

1. Estados Unidos, con 38.2%
2. México, con 32.4%
3. Nueva Zelanda, con 30.7%

Como se muestra en la siguiente gráfica:

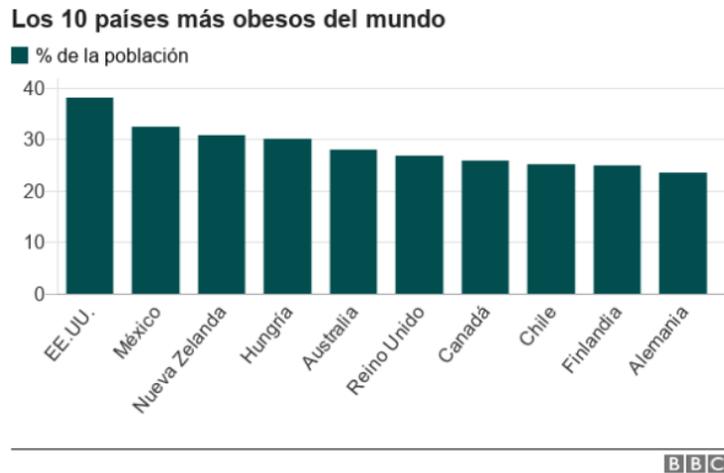


Imagen del artículo publicado en BBC News ¿Es realmente México el país más obeso del mundo?
Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-43664557>

Los países con menor nivel prevalencia de obesidad en adultos son Japón (3.7%) y Corea del Sur (5.3%). Se proyecta que la obesidad en México aumente a 39% y en Estados Unidos a 47% para 2030. Mujeres y hombres con menor nivel educativo tienen mayor riesgo de padecer obesidad en la mayoría de los países.

Los resultados de la ENSANUT 2016, muestra el incremento de obesidad para la población rural en comparación con la urbana, siendo niños y mujeres los principales grupos afectados.

En la actualidad, la obesidad es considerada un problema de salud pública de índole mundial, pero lo que resulta un foco de atención para el abordaje de los TCA es posiblemente el cambio en los parámetros para su clasificación.

La obesidad, al igual que los TCA considerados en el DSM-5, resta años de vida al individuo, incrementan los costos asistenciales y el número de incapacidades y pensiones, por lo que resulta un tema importante de incluir en las mesas de discusión del sector salud, para cambiar la actual culturización de la obesidad, ya que muchos de los pacientes con obesidad, al igual que en la AN y la BN, no se perciben como enfermos y su percepción corporal se encuentra alterada en la mayoría de los casos.

Al inicio del sexenio de Enrique Peña Nieto, los recursos destinados al tratamiento de la obesidad, ascendieron a 300 millones de pesos y para 2016, año en que se declaró la emergencia epidemiológica, se incrementó en 90% con la asignación de 586 millones de pesos. (Carreto, 2018)

Puede considerarse a las mujeres como grupo de población de riesgo, relacionado a grupos de edad, mientras que para el grupo de 15 a 19 años, 490 de cada 100 mil padecen anorexia y para el grupo de 16 a 20 disminuyen a 300 de cada 100 mil (Smink Cit. en Alcántara, 2018). La aparición de los TCA es mayor en mujeres que en varones, con un 90-95 por ciento.

Al comparar las estimaciones más recientes con las de 2012, las cifras se han duplicado para anorexia y bulimia (Smink, 2013); sin embargo, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres incrementó en México en un 500% de acuerdo a los resultados de la década de los 70s y los de la ENSANUT de medio camino 2016, no así para los hombres, cuyo incremento está muy alejado de estas cifras.

En México 7 de cada 10 adultos y 3 de cada 10 niños tienen obesidad, de acuerdo a datos de la ENSANUT 2016. Considerado a las mujeres obesas con una circunferencia de cintura mayor a 80 cm, además de los cohortes establecidos por índice de masa corporal (IMC).

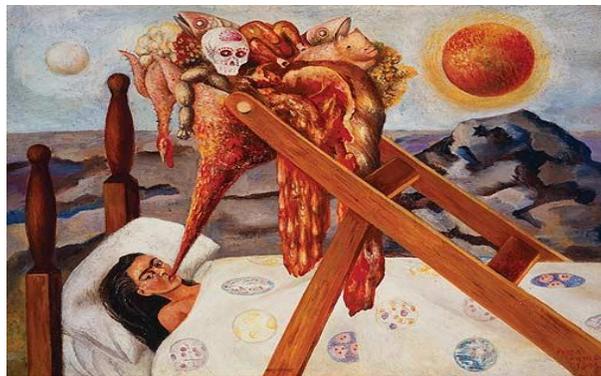
La obesidad, definida como un exceso de masa de tejido adiposo blanco como resultado de un desequilibrio energético, ha sido favorecida durante los últimos años. La epidemia mundial de obesidad se ha convertido en un importante problema de salud pública, que contribuye a un incremento en la mortalidad debido a su asociación con otras comorbilidades, como la Diabetes Mellitus y las enfermedades cardiovasculares. Las cuales son la primera causa de muerte a nivel nacional.

La OMS en el 2016 calculó que más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones tenían obesidad; 41 millones de niños menores de cinco años y más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) tenían sobrepeso u obesidad.

Hoy en día, en la pandemia de Covid-19, el Subsecretario de prevención y promoción a la salud ha reiterado en distintas ocasiones que la obesidad es un problema de salud pública, que afecta a 2/3 partes de la población en México y que hace vulnerable a quien la padece por tener un sistema inmunológico deprimido, apoyando los datos ya mencionados de la ENSANUT.

La OMS proyecta que de continuar con la tendencia de crecimiento actual, para el 2025 el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso aumentará a 70 millones, quienes serán adultos con obesidad y se asociarán a mayores comorbilidades desde edades tempranas, entre las cuales se deberán considerar los trastornos psicológicos. (Ortega, 2018)

Cifras de bulimia en México y el mundo _____



"Sin esperanza" Frida Kahlo, 1945.

Disponible en: https://www.researchgate.net/figure/Surrealistic-painting-titled-Without-Hope-where-Frida-ried-to-externalize-her-chronic_fig1_235730584

En el caso de la BN, su inicio suele darse entre los 18 y 25 años de edad, considerando el mayor riesgo entre los 24 y 40 años.

De acuerdo a lo reportado por la National Eating Disorders Association (NEDA), las tasas de bulimia aumentaron durante los 1980s e inicios de los 1990s, y desde entonces han permanecido igual o disminuyeron un poco (Smink, 2012).

Combinando información de varias fuentes, Stice y Cara Bohon (2012) encontraron que entre 1.1%-6% de mujeres y 0.1%-0.5% de los hombres van a desarrollar bulimia.

Otras fuentes, como Stice y Cara Bohon en 2012, encontraron que la incidencia de BN incrementaron en los 80s e inicios de los 90s, con 1.5 de las mujeres la habían presentado en algún momento de su vida, mientras que la BN sub-clínica se presentó entre el 2.4 y el 5.4% de las adolescentes.

Cifras de anorexia en México y el mundo _____

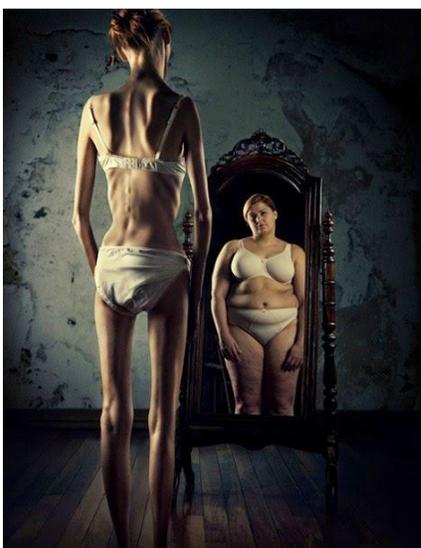


Imagen del artículo Películas de anorexia y bulimia – Pro - ana

Disponible en: <http://peliculasobrepesicologia.blogspot.com/2010/06/peliculas-de-anorexia-y-bulimia.html>

Un estudio en curso en Minnesota ha encontrado que la incidencia (nuevos casos) de anorexia ha aumentado durante los últimos 50 años solamente en mujeres de 15 a 24 años. La incidencia ha permanecido estable en otras edades y en hombres (Lucas, 1999).

Un análisis de muchos estudios de Europa y América del Norte demostró que las tasas de anorexia tuvieron un gran aumento hasta los 1970s, momento en que se estabilizaron.

En Estados Unidos de Norte América la AN supone la tercera enfermedad crónica más frecuente en mujeres, después de la obesidad y el asma. Y su letalidad es la más alta entre los trastornos psiquiátricos.

La prevalencia de AN en los adolescentes es del 0.3 al 2.2% y ocurre en adolescentes principalmente de 13 a 18 años de edad, sin diferencias significativas por sexo en esta etapa (Swanson Cit. en Portela, 2012).

Investigaciones previas



Investigación de mercados

Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Metodolog%C3%ADa_de_ciencias_sociales

A continuación presentaremos algunos estudios cuyo eje ha sido nuestro tema de tesis.

Respecto a los rasgos de personalidad de los pacientes con TCA, específicamente mujeres, se observa que las mujeres con AN son más femeninas, e incluso sumisas comparadas con las de BN, quienes perciben en ellas características tanto masculinas como femeninas. En las pacientes con BN se observa menor intención de independencia, menor impulsividad, menor dificultad para adaptarse al grupo social y mayor conformismo, en comparación con las pacientes con AN. En ambos casos existe una gran vulnerabilidad respecto a los rasgos de personalidad que influyen en la manera de asumir su rol de género (Suárez). **No encuentro a fuente**

En un estudio realizado por Pike y Rodin (1991) con 77 madres de clase media, con hijas que presentan actitudes y comportamientos relacionados con los desórdenes de la alimentación, se encuentra relación entre la dieta restrictiva de las madres y los desórdenes alimenticios tempranos de sus hijas, además de manera pasiva, las madres influyen a sus hijas con el modelo de comportamiento de sus desórdenes alimentarios. Tanto las madres como las hijas con desórdenes alimentarios reportaron tener poca cohesión familiar. Se encontró que las adolescentes se dan cuenta cuando existen factores dentro de su familia. Lo anterior puede

verse reflejado de manera explícita en películas como “Malos Hábitos” (2005), dirigida por Simón Bross, cuyo estreno fue en el marco del XXII Festival de Cine de Guadalajara, México.

Los datos de Favaro (Cit. en Wázcar y Cuauhtémoc, 1999), sugieren que las características de las madres son más importantes que las de los padres, tanto en el caso de los niños obesos como en los de la pérdida de peso; él encontró que las madres con sintomatología psiquiátrica seria y trastorno de la personalidad estaban asociadas con obesidad severa en los niños. Los niños que perdían menos peso eran más jóvenes y tenían una madre obesa con tendencias neuróticas.

En un estudio realizado por Pérez y Platas (1998), considerando la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), encontró que una percepción negativa de la relación materna se asocia a una conducta alimentaria compulsiva, siendo una percepción negativa de la madre un factor de riesgo para que se desencadene una conducta alimentaria anómala; mientras que las adolescentes con percepción positiva de la relación materna tienen una mejor alimentación. Los factores que resultaron independientes de la percepción de la relación materna fueron: preocupación por el peso y la comida y dietas hipocalóricas. Los factores que se relacionan más con la percepción negativa de la relación materna son: conducta alimentaria compulsiva, conducta alimentaria normal-anómala, dieta crónica y restrictiva e insatisfacción con la imagen corporal.

Bulik en 2006, detecta en una muestra de gemelo, que los TCA tienen una heredabilidad del 56%, lo que significa que hay genes que pueden favorecer su expresión clínica, sin embargo, puede modificarse con factores culturales y/o sociales.

En los factores ambientales se pueden mencionar los siguientes ejemplos: los individuos que gestaron durante la hambruna de la segunda guerra mundial, tuvieron mayor predisposición a la obesidad en la edad adulta que aquellos que se gestaron en otra época; ahí el llamado “gen ahorrador”.

En el caso del abuso sexual, si ocurre entre 3 y 5 años de edad, el volumen de su hipocampo en la adultez tiene una reducción del 20 por ciento de su volumen, situación que no ocurre cuando el abuso ocurre entre los 13 y 15 años de edad.

Un estudio trasversal de la Asociación Mundial de Psiquiatría realizado el 2007 en adultos de 13 países, encontró una asociación con significación estadística entre la obesidad los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, predominantemente en mujeres y directamente proporcional al IMC. (Quintero, 2016)

En una investigación realizada en México por investigadores de la Facultad de Psicología en 2008, se relacionaron las habilidades sociales con los TCA, encontrando que entre las mujeres adolescentes mexicanas existe una relación entre niveles bajos de habilidades sociales y el seguimiento de una dieta restringida, siendo estas dietas, un factor de riesgo de padecer un TCA, aunado a la manifestación del peso como resultado de la presión social en relación a la cultura de la delgadez, en pocas palabras, a menor capacidad de socialización, mayor riesgo de desarrollar un TCA en dicha población (León, 2008).

Un estudio realizado en España en el 2011, en el que se incluyeron hombres y mujeres adultos, tuvo como objetivo determinar los perfiles tanto clínico como sociodemográfico de los pacientes que acudieron a una clínica de TCA durante sus diez primeros meses de funcionamiento, dando como resultado lo siguiente: los pacientes cumplieron con sus citas individuales en más de un 80 por ciento, mientras que la asistencia a grupos osciló entre 55.26 y 72.41 por ciento. El 51 por ciento de los pacientes recibieron menos de 10 asistencias, el 25 por ciento entre 11 y 20 y ninguno necesitó más de 50 asistencias a la clínica. Con lo que se concluye que el apego de los pacientes al tratamiento individual fue considerablemente mayor que al tratamiento grupal. También se encontró en el estudio una prevalencia de consumo de sustancias mayor en pacientes con BN, relacionando el uso de tranquilizantes con la severidad de los atracones y el alcohol y la cocaína con la severidad de la purga (Varela, 2011).

El estudio de Ginebra, 2015 es importante porque proporciona más pruebas de que el gobierno tiene que implementar políticas que logren un suministro de comida más sano y, a su vez, reduzcan la obesidad, que es un factor de riesgo para muchos problemas de salud como la diabetes, los problemas del corazón, los infartos y algunos tipos de cáncer. Los 194 estados miembro de la OMS acordaron el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2013.

Martínez-González en 2014, estudió en universitarios españoles cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de TCA y los factores asociados. Dando como resultado una prevalencia del 19.5 por ciento, siendo mayor para las mujeres. Dieron por resultado distintos factores de riesgo de acuerdo al sexo, pero coinciden en el uso problemático de internet en ambos. En el caso de las mujeres con riesgo de TCA presentaban depresión, dolores menstruales y mala salud percibida con mayor frecuencia que las que no estaban en riesgo (Martínez, 2014).

Otra investigación, llevada a cabo en España en el año 2016, se exploró la relación entre la prevalencia de obesidad y la relación con el nivel educativo de la población adulta. A través de un estudio ecológico con datos de las encuestas nacionales del 2003 al 2011, en una población de personas mayores de edad y con datos de índice de masa corporal (IMC). Los resultados arrojaron que los hombres tienden a ser más obesos que las mujeres, más aún a partir de los 45 años; y que aquellos individuos con estudios primarios presentan un mayor índice de obesidad (Márquez, 2016).

Según el reporte de Obesity Update en 2017, reporta que en el 2015 la desigualdad educativa y socioeconómica influye en que exista más obesidad, debido a obstáculos en el mercado laboral (menor contratación, productividad y reingreso laboral) lo cual refuerza esas desigualdades. Atender la obesidad en el entorno laboral podría contribuir a romper con el ciclo de desigualdad social.

Los países tienen que prestar atención a cómo guían el sistema alimenticio. Esto significa trabajar con varios sectores, incluyendo la agricultura, la producción de alimentos, las industrias

de distribución y minoristas, la salud, la asistencia social y la educación», explicó el Dr. Francesco Branca, director del Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS.

En un estudio publicado en 2016 en el cual participaron 248 estudiantes universitarios, con una edad media de 23,43 años. El 10,1% presenta algún tipo de delgadez o bajo peso, y el 17,9% muestran sobrepeso. Se empleó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3), un cuestionario ad hoc de percepción de peso y se obtuvo el IMC. Los resultados registraron correlaciones significativas de signo positivo entre el IMC y obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal en mujeres, sujetos con sobrepeso y quienes consideran deben perder peso. Existen diferencias significativas entre los sujetos con sobrepeso y las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, bulimia, perfeccionismo y ascetismo. Los sujetos con deseo de perder peso presentan mayor obsesión por la delgadez, la bulimia, la insatisfacción corporal y la baja autoestima. Los investigadores concluyeron que a mayor IMC se relaciona con una mayor obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal, factores de riesgo de TCA, mostrando los sujetos mayor preocupación por el cuerpo, las dietas y miedo a engordar, además de descontento con la forma de su cuerpo. Estas características también son definitorias de sujetos con sobrepeso y quienes afirman su necesidad por perder peso.

Algunos estudios en el siglo XXI, han hecho asociaciones que involucran incluso cuestiones de género en el papel de la obesidad, relacionando a las mujeres de mayor ingreso económico con un menor peso corporal y a los hombres de mayor ingreso económico con un mayor peso corporal en relación a sus pares, lo anterior se reafirma con un estudio realizado en la Universidad de Otago en Nueva Zelanda que afirma que los hombres con obesidad ganan alrededor de 140 dólares a la semana que los hombres con peso normal, en contraste con las mujeres más pesadas, quienes ganan en promedio 60 dólares menos a la semana.

El exceso de peso representa una desventaja significativa para los ingresos y las oportunidades de trabajo de las mujeres, no así para los hombres. (Sarlio-Lähteenkorva, 2004).

Investigadores de la Universidad de Exeter, afirman que las mujeres con sobrepeso tienen más posibilidades de ganar menos que sus pares con peso adecuado. Por cada 6 kilos de más que

tiene una mujer, percibe alrededor de 1700 euros menos al año. Cabe señalar que esta situación no es cierta para todos los casos, hay mujeres obesas con salarios elevados y hombres con sobrepeso con ingresos mínimos, sin embargo es importante considerar que la variante del aspecto físico ya es un determinante en el mundo laboral. (Estudio publicado en la revista glamour del 29 marzo 2016).

Cabe señalar que no es una regla, ya que como se menciona previamente en los últimos años podemos ubicar a varias modelos "Plus Size" con ganancias millonarias, mostrando desde lencería hasta automóviles.



Ashley Graham. Modelo Plus size.

Disponible en: <https://www.popsugar.com/fashion/Ashley-Graham-Vanity-Fair-Oscar-Party-Outfit-2019-45843111>

Se ha señalado que algunas áreas de la cognición social son afectadas en las personas con TCA, atribución, reconocimiento de emociones y teoría de la mente, como lo muestra un estudio con 50 mujeres de entre 15 y 30 años de edad, en el que se observaron dificultades para atribuir estados mentales a otros, o reconocer enojo y tristeza en otras mujeres; pero no hubo diferencia entre las mujeres con AN y/o BN y las que no lo tenían en relación al funcionamiento social (González, 2018).

Se ha observado también que quienes padecen TCA presentan deficiencias o alteraciones que perpetúan el trastorno. Con frecuencia tienen alteraciones en procesos de atención, planeación y flexibilidad e pensamiento y toma de decisiones; además les cuesta trabajo socializar con otros, incluidos familia, amigos y/o terapeutas, por mencionar algunas (González, 2018).

De lo anterior podemos observar que los problemas para socializar son una constante de riesgo para el desarrollo de los TCA.

De lo anterior, podemos dar cuenta cómo la moda a través de la historia, ha influido en nuestra concepción del cuerpo, que para algunas personas es indisoluble con los TCA. En relación con esto se han producido en los últimos años fenómenos como la ortorexia, que refiere a una preocupación extrema por el consumo de únicamente alimentos saludables y correctos para la salud, la vigorexia, que es un exceso de ejercicio, algunas veces para compensar la ingesta de alimentos y en otras por una preocupación extrema por mejorar la imagen corporal; no olvidemos en los últimos años un trastorno llamado megarexia, contrario a la anorexia, en el que las personas con sobrepeso u obesidad se perciben como delgadas. En todos los casos la percepción corporal interfiere con los tratamientos que podrían beneficiar su estado de salud. Estos últimos se mencionan únicamente y no se ahonda en ellos ya que, al igual que la obesidad, no están considerados como enfermedades mentales, pero a diferencia de ella la investigación es escasa y aún no representan un problema de salud pública.

¿QUÉ ES LA MEGAREXIA?

Es un trastorno de la imagen corporal que se presenta en personas que muestran intolerancia y obsesión por cuestiones de que su condición física no es saludable, por el contrario, hay quienes llegan a serse delgados y a sentirse orgulloso, asociando la obesidad con el buen comer.

Estas personas consumen grandes cantidades de comida chatarra referida en forma de alimentos hipercalóricos, ricos en azúcares simples, grasas saturadas, fritos, abridores y aditivos alimentarios; tales como dulces, sodas, refrescos, frituras, papas, pizzas, fritos secos, comida rápida (hamburguesas, pizza, papas fritas, comida procesada, etc.), entre algunos de los platos propiamente en la dieta de los megarexicos.

70%
De los pacientes que llegan al IMSS, particularmente al área de Nutrición, presentan obesidad.

5
Personas al mes llegan a la Clínica número 13 presentando megarexia.

Una persona megarexica en un escenario social (fiesta, reuniones) es muy común que coma en exceso y muy, aunado a que llegan a darse atracones.

10% de obesos atendidos en el IMSS, sufren megarexia



Consideran que es un trastorno de percepción subjetiva que, quizá tenga que ver con alguna alteración orgánica, neurológica que estaría ligado a lo que son estas personalidades patológicas

Consideran que es un trastorno de la imagen corporal que se presenta a personas que presentan intolerancia y obsesión por cuestiones de que su condición física no es saludable, por el contrario, hay quienes llegan a serse delgados y a sentirse orgulloso, asociando la obesidad con el buen comer.

Tamayo Silva expuso que a esta clínica llegan al mes en promedio 5 personas con esta patología; sin embargo, de ellas solo en uno el tratamiento resulta exitoso. Esto a pesar de que puede considerarse a la megarexia como una enfermedad letal, al no ser un trastorno reconocido pues la mala alimentación lleva a complicaciones propiadas por el abuso de la salud.

“Es un trastorno alimenticio de nuevo descubrimiento. La megarexia consiste en los trastornos que tenemos de nuestra imagen en la megarexia, la persona que tiene un problema de obesidad y que tiene un sobrepeso se ve en condiciones perfectas e incluso se considera saludable, lo que

“No sabe, el (paciente) no tiene conciencia de que está obeso y que necesita un cambio de hábitos. Este desorden si es muy común en nutrición, generalmente el paciente se siente que tiene algo... y como no manifiesta ninguna alteración, él piensa que es un ‘gordito sano’ y entran en total negación”.

Verónica Tamayo Silva
Nutrióloga de la Clínica número 13 del IMSS

“Muchas veces son personas que inician este confusión de su imagen en la infancia-adolescencia, en donde algunas situaciones de dinámica familiar al momento de generar una definición de su personalidad (en la adolescencia) van generando este tipo de conductas”.

Juan Carlos García Ramos
Psicólogo clínico

El tratamiento de un trastorno alimenticio se debe hacer de forma integral, con la intervención de un psicólogo para que pueda resolver cuestiones ya que es el psicólogo que brinda el tratamiento que trabaja el trastorno de visión de sí mismo. El ser una atención que brinda el IMSS se debe dar el seguimiento de las citas con el médico, al no haber ningún tratamiento por parte del paciente (no acudir, o la falta de ir, ya que no se puede tratar a una persona si no tiene conciencia del problema. Cuando el paciente tiene conciencia se puede de las medidas la atención continúa hasta que termine el tratamiento.

Sobre la atención integral el psicólogo clínico, Juan Carlos García Ramos, adscrito al Hospital General número 1 del IMSS, indicó que quienes presentan estas fallas perceptivas suelen en una problemática personal y pocas veces las que suceden de la atención; pero no hay conciencia de que se trata de un trastorno y cuando se identifica, regularmente está ligado a otros rasgos de personalidad.

“Es un trastorno de percepción subjetiva que, quizá tenga que ver con alguna alteración orgánica, neurológica... ligado a lo que son estas personalidades patológicas. Quizá se pueda presentar en niños con alguna inquietud o algún trastorno de personalidad, sin embargo, con el seriedad desde la Psicología es necesario de estructurar las causas y los factores que influyen a una persona con conscientemente a percibir de una manera diferente que como lo es”, expresó.

Para el tratamiento integral se analizan causas, mencionando la historia familiar con el fin de entender el por qué la persona -sin darse cuenta- construye esta percepción de su imagen.

“Muchas veces son personas que inician esta confusión de su imagen en la infancia-adolescencia, en donde algunas situaciones de dinámica familiar al momento de generar una definición de su personalidad (en la adolescencia) van generando esta tipo de conductas. El punto es, cuando una persona se forma de ser a partir de una solución psíquica para evitar resolver alguna problemática del entorno familiar”, expresó.

Finalmente indicó que muchos de los pacientes suelen abandonar la atención cuando se les cambia el psicólogo lo que sucede con el trabajo multidisciplinario que requiere esta atención.

TREATAMIENTO
Debe ser de forma integral, con la intervención de un psicólogo para que pueda resolver cuestiones ya que es el psicólogo que brinda el tratamiento de estos trastornos.

Imagen del artículo de Megarexia. Diario Código de Querétaro Disponible en: http://codigogro.mx/wp-content/uploads/especial_139.jpg

Por último, es importante poner particular atención en la población infantil. Una revisión sistemática menciona que al parecer existe entre los preescolares con temperamento de reactividad negativa y baja autorregulación una asociación con la obesidad y la alimentación emocional (Messerli Cit. en Ortega, 2018).

Además las actitudes de los niños hacia la obesidad resultan interesantes, ya que diversos estudios han demostrado que los niños prefieren a sus pares con peso normal o delgados, o incluso de niños discapacitados a los que tienen sobrepeso u obesidad, ya que la asocian con características negativas como la pereza y por lo tanto desarrollan actitudes negativas contra figuras con obesidad. (Morales Cit. en Ortega, 2018)

Otro estudio cualitativo demostró una mayor focalización corporal en el abdomen por parte de los niños y en la estética corporal por parte de las niñas (López Cit. en Ortega, 2018), lo que habla de diferencias de género al mismo tiempo que pone de manifiesto que los varones no están exentos de este tema.

Capítulo. 2. Criterios diagnósticos de los Trastornos de la conducta alimentaria

En este capítulo se pretende retomar el discurso psiquiátrico, para el cual, los trastornos de la conducta alimentaria constituyen alteraciones severas en la ingesta de los alimentos, en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer en respuesta a un impulso psíquico (Méndez, 2008).

Desde el punto de vista psicológico los TCA generalmente se originan en relación a una problemática compleja de origen psicológico, manifestándose en alteraciones en la manera de comer y en conductas anormales relacionadas con el peso y la imagen corporal (Meler, 2013).

Lo anterior se reafirma con autores como Waller quien, en su momento, coloca a los TCA como trastornos de ansiedad y no como TCA; otros modelos teóricos fundamentan sus síntomas en la compulsión, impulsión o evitación. La ansiedad en el humano suele provocar una ritualización de comportamientos para proveerlo de seguridad.

Los TCA pueden definirse y explicarse desde varios modelos psicológicos, por ejemplo:

- El modelo psicodinámico los define como un problema del desarrollo de la identidad y los considera como una defensa contra la sexualidad adulta.
- El modelo conductual los concibe como una respuesta de evitación fóbica dirigida hacia el alimento y el cuerpo adulto.
- El modelo cognitivo los define como creencias irracionales y distorsiones cognitivas que desembocan en un TCA.

Lo anterior es sólo para ampliar el enfoque de los TCA, que dependiendo la corriente psicológica tendrá diversas aristas (Serrano, 2015), sin embargo, este capítulo describe los criterios diagnósticos de los TCA que se abordan en esta tesis, así como algunos conceptos que pueden resultar útiles para su comprensión desde el discurso psiquiátrico. Si hemos considerado a la cultura y otros aspectos psicosociales como determinantes de los TCA, consideramos interesante empatar el discurso psiquiátrico con la cultura, para de esta manera evidenciar que las enfermedades, en este caso los TCA, dependen de los "ojos de quien los

mira", a través del tiempo, de la geografía y de sus relaciones, entre otros aspectos con la madre.

Kraepelin, es considerado el padre de la clasificación de los Trastornos Mentales, quien en 1899 elaboró un sistema para construir grupos de pacientes con sintomatología similar que constituían un síndrome, siendo el antecedente más de 50 años antes del DSM-I y del más cercano al CIE-1 (1900) de la clasificación de enfermedades psiquiátricas.

La segunda versión del DSM, surge 15 años después generando mucha polémica en torno al tema de la esquizofrenia y para 1980 tuvo lugar su tercera versión, a cargo de Robert Spitzer.

El principal cambio del DSM-III fue que reemplazó el modelo psicoanalítico por el modelo descriptivo basado en la evidencia y en donde la neurosis pasa a trastorno de ansiedad. Contaba en total con 265 trastornos, digamos que con su metodología, el DSM III contribuyendo a la unificación de criterios y también, por qué no decirlo, al "etiquetado" de las personas con padecimientos psiquiátricos (García, 2015).

En 1980, el DSM-III y su revisión en 1987 clasifican los TCA dentro de los "trastornos de inicio en la infancia, la niñez o adolescencia" junto con otras alteraciones de la conducta alimentaria. Fue hasta 1994, con el DSM-IV cuando cambian a la sección de "trastornos de la conducta alimentaria", cambio que se produce principalmente al identificar un intento de controlar el peso y la figura corporal. Además se agregan los subtipos de AN y BN en un intento por aclarar algunas conductas propias de los mismos. (Serrano, 2015)

El DSM-IV nace con la intención dar mayor claridad al lenguaje y dar criterios más simples, para lo que se incluyeron investigaciones, análisis de datos y ensayos de campo con personas con trastornos psicológicos ya diagnosticados, sin modificaciones en el apartado de Trastornos de la conducta alimentaria. (Serrano, 2015)

La última versión, salió en 2014 con el cambio de nombre del apartado a "Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos", además de rescatar los diagnósticos más frecuentes en la infancia y la niñez, englobando la información en un solo apartado, considerando que no son exclusivos de esta etapa de la vida (Serrano, 2015); cabe señalar que

es la versión más criticada por psiquiatras y psicólogos, por lo que el National Institute of Mental Health (NIMH) anunció que dejaría su uso de debido a que carece de validez a nivel mundial.

En el DSM-5 se consideran dentro de los TCA los siguientes: pica, rumiación, trastorno de la evitación/restricción de alimentos, AN, BN, trastorno por atracones, otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado y no especificado en cuya definición considera a la conducta alimentaria y añade los problemas en la absorción de los alimentos, además de explicitar áreas de deterioro. En particular, los *trastornos de la evitación/restricción de alimentos y anorexia nerviosa* son los que mayores cambios presentan. Cabe señalar que ninguna evidencia biológica ha sido incluida como criterio diagnóstico en el DSM, ya que la amenorrea dejó de ser una de las consideraciones de la AN. Sin embargo la clasificación CIE-10 (OMS, 1992) considera los TCA dentro de los "Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos", junto con trastornos del sueño, sexuales y de abuso de sustancias, siendo una condición la afectación del eje hipotalámico-hipofisiario gonadal, además de considerar alteraciones hormonales como la hormona de crecimiento, cortisol, hormona tiroidea e insulina por mencionar algunas.

Quizá uno de los puntos más importantes es que se contempla el criterio cognitivo del "temor o miedo a la ganancia de peso" y que considera por primera vez el Trastorno de atracón. (Quintero, 2016)

La alimentación es una necesidad del ser vivo, tiene que comer para vivir. Pero el acto de comer tiene implicaciones sociales, determinadas también por circunstancias personales.

Debido al auge que han tenido los trastornos de la conducta alimentaria en este siglo, varios modelos psicológicos se han dedicado a explicar las causas.

Es posible que los síntomas alimentarios constituyan una defensa poco eficaz y patológica en personalidades frágiles, y que carecen de estrategias cognitivas eficaces para enfrentar el malestar que les provoca no cumplir con un ideal, o las expectativas sociales (Suárez).

Lo anterior sin duda, es un coctel de temas bio-psico-sociales que intentamos desglosar en el siguiente capítulo.

En el caso específico de los TCA, entre el DSM-IV y el DSM-5 se realizan especificaciones importantes que se irán desglosando en cada una de las categorías.

❖ Categorías

La nueva versión del DSM-5 (APA, 2013) elimina la concepción de los trastornos de la infancia y la adolescencia, quedando los trastornos de la ingestión de la conducta alimentaria de la infancia, integrados con AN, BN y trastorno de atracones.

Existe una concepción más amplia de los trastornos alimentarios que considera alteraciones en el comportamiento y en la absorción de alimentos, además de contemplar áreas de deterioro significativo ampliando su espectro a cualquier edad. La nueva definición integra una concepción más amplia de los trastornos alimentarios, que incluye la posibilidad de alteraciones no sólo en el comportamiento alimentario, sino en la absorción de los alimentos, contemplando áreas de deterioro significativo, ampliando el espectro del diagnóstico.

Las categorías que aquí se presentan, son las del punto de vista de psiquiatría, específicamente del DSM-5, y consideran las últimas modificaciones de dicha disciplina. Aunque no debemos olvidar, que encasillar al ser humano entorpecerá su tratamiento.

En el DSM-5 se realizaron varios cambios en el apartado de “trastornos del comportamiento alimentario”, comenzando por el nombre a “trastornos de la conducta alimentaria de la ingesta de alimentos”.

Algunos trastornos como la pica, la rumiación y el trastorno de restricción/evitación de la alimentación pasaron del apartado de “trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia” partiendo de la idea que pueden ocurrir en cualquier etapa del ciclo vital.

El trastorno por atracón tiene una identidad clínica independiente, y aunque la AN y la BN continúan en este apartado, cambian sus criterios diagnósticos.

Bulimia nerviosa

La bulimia Nerviosa es un trastorno que se ha incluido en todas las versiones del DSM y uno de los síntomas principales son los atracones y las conductas compensatorias. Por lo que se requiere tener claro que es un atracón y las actividades que son consideradas como conductas compensatorias. De acuerdo con el DSM-5 se entienden de la siguiente manera:

- a. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 1. Ingestión, en un periodo determinado, 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.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
- 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 comportamientos compensatorios inapropiados se producen, en 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.
- e. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Uno de los cambios que se observan en el DSM-5 es la frecuencia con que debe presentarse el atracón alimentario y las conductas compensatorias inapropiadas (criterio C), ya que se reduce la frecuencia con que deben ocurrir estos comportamientos para ser considerados patológicos (al menos una vez a la semana. Estudios al respecto señalan que las características clínicas de los pacientes que exhiben uno o dos atracones a la semana son similares (Behar, 2014).

Lo anterior se puede visualizar mejor en el siguiente cuadro:

Tabla 1. Diferencias entre los criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa entre las versiones IV-TR y 5 del DSM.

DMS-IV-TR	DSM-5
<p>A) Presencia de atracones recurrentes:</p> <p>B) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo</p> <p>C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, tienen lugar como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses</p> <p>D) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales</p> <p>E) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN</p> <p>Especificar el tipo:</p> <p>Purgativo: durante el periodo de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos, enemas en exceso.</p> <p>No purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocar el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p>	<p>A) Episodios recurrentes de atracones de comida. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingestión en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior al que la mayoría de las personas ingerirían en una población normal en un periodo similar en circunstancias parecidas - Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio <p>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.</p> <p>C) Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses</p> <p>D) La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal</p> <p>E) Esta alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de AN</p>

Anorexia

Quizá el TCA más estudiado hasta hoy y cuyo diagnóstico implica lo siguiente:

- 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. Pero significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- b. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- c. Alteración en la forma en la 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 peso corporal bajo actual.

Tipos:

Restictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.

En cuanto a la AN en el DMS V se debe especificar si en remisión parcial y la gravedad actual.

Otro cambio, muy relevante es que se quita el criterio de bajo peso, definido como «85% del peso esperable» en DSM-4-TR y se deja solo bajo peso como «un peso que es inferior al mínimo normal», si bien hay que especificar en el nivel de gravedad, que remite exclusivamente al peso, deberá probarse en el ámbito de la clínica y la investigación que es suficiente con hablar de bajo peso.

Es importante recordar que el primer criterio de peso fue un 25% por debajo del peso normal en la primera versión de los criterios de *anorexia nerviosa* en el DSM-3 (APA, 1980). Y ha

cambiado al 15% por debajo del peso normal en el DSM-4-TR, 1994, con la justificación de poder atender a las pacientes antes de que se ponga en riesgo su vida.

No obstante, estos cambios, podrían aumentar los casos y a nivel de epidemiología podría confundirse con un incremento considerable en la prevalencia de este trastorno, cuando realmente es una reubicación de las pacientes con *trastorno del comportamiento alimentario no especificado* que no alcanzaban el criterio de peso. Estudios recientes señalan que la prevalencia de *anorexia nerviosa* podría aumentar en un 50%, si se aplican estos criterios.²

El criterio B de miedo intenso a ganar peso se conserva, aclarando su sentido en el cuadro clínico al señalar que este interfiere en el aumento de peso.

El siguiente cuadro resume los principales cambios para facilitar su comprensión:

Tabla 2. Diferencias entre los criterios diagnósticos para Anorexia Nerviosa entre las versiones IV-TR y 5 del DSM.

DMS-IV-TR	DSM-5
<p>A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando edad y talla</p> <p>B) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal</p> <p>C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal</p> <p>En las mujeres post-puberales, presencia de amenorrea; de al menos 3 ciclos consecutivos</p>	<p>A) Restricción de la ingesta energética en relación a las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo (que se define como inferior al mínimo esperado)</p> <p>B) Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso relativamente bajo</p> <p>C) Alteración en la forma 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</p>

² Sería prudente verificar si aumenta la cifra por los nuevos criterios o por las pautas que marca la sociedad actual.

<p>Especificar el tipo:</p> <p>Restictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas.</p> <p>Compulsivo: durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.</p>	<p>Especificar tipo:</p> <p>Restictivo: durante los últimos tres meses no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas. La pérdida de peso se debe a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio físico intenso.</p> <p>Compulsivo: durante los últimos tres meses ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.</p>
--	--

Una de las características más conocidas de este padecimiento es la alteración en la percepción del peso (criterio C), que es considerarse gorda o con sobrepeso a pesar de estar emaciada, este criterio se conserva, al igual que la negación de la gravedad de su peso corporal. Lo cual es un gran acierto, porque es muy distinguible en este trastorno.

El criterio D, la presencia de amenorrea en mujeres post-puberales, durante al menos tres ciclos, es retirado en el DSM-5. Debe considerarse que si se ha modificado el criterio de peso corporal (criterio A) es muy probable que para algunas mujeres se continúe con la menarca, por lo que era lógico modificar este.

Además ya hace más de una década que viene hablándose de la necesidad de revisar este, debido a que es un criterio que dificultaba el diagnóstico, porque no puede ser aplicado a los varones, a las mujeres posmenopáusicas, ni a las que utilizan reemplazo hormonal.

Al igual que su versión anterior habrá que especificar los tipos de *anorexia nerviosa*, y aunque son prácticamente los mismos, observamos que el restrictivo continúa con su mismo nombre y el compulsivo/purgativo se cambia a tipo atracones/purgas, además se añade aquí un criterio de tiempo (que el individuo haya tenido 3 meses este tipo de conductas), que antes estaba señalado en la amenorrea.

Trastorno de la conducta alimentaria no especificada (TANES)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

La nueva versión del DSM-5 (APA, 2013) elimina la concepción de los trastornos de la infancia y la adolescencia, quedando los trastornos de la ingestión de la conducta alimentaria de la infancia, integrados con AN, BN y trastorno de atracones.

Existe una concepción más amplia de los trastornos alimentarios que considera alteraciones en el comportamiento y en la absorción de alimentos, además de contemplar áreas de deterioro significativo ampliando su espectro a cualquier edad.

La nueva definición integra una concepción más amplia de los trastornos alimentarios, que incluye la posibilidad de alteraciones no solo en el comportamiento alimentario, sino en la absorción de los alimentos, contemplando áreas de deterioro significativo, ampliando el espectro del diagnóstico a otras áreas.

Otro cambio se refiere a los antes llamados trastornos de la conducta alimentaria no especificados, ahora en el DSM-5 denominados otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado, donde se indica específicamente el criterio que falta para cumplir todo el cuadro clínico de uno de los trastornos alimentarios, y se incluyen ejemplos como anorexia nerviosa atípica, trastorno por purgas, etc. Además, se añade una categoría de otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado.

Esta nueva agrupación de los trastornos alimentarios genera interesantes preguntas, así como un amplio campo de investigación, por ejemplo: en cuanto a su pertinencia diagnóstica y prevalencia. Además de la vinculación a aspectos básicos como la imagen corporal, las influencias de los modelos estéticos corporales, temas tan implicados en el campo de la anorexia y bulimia nerviosas.

Esta nueva versión del DSM, agrega datos a referir por el clínico en todos los trastornos: tal es el caso de la remisión y para la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de atracones, además ha de señalarse el nivel de gravedad.

Rumiación

Diagnóstico designado como pica en mayores a 2 años en el DSM-5. En la que se incluye la ingestión de sustancias no nutritivas y sustancias no alimentarias, lo cual aclara que lo consumido no es un alimento y además es inapropiado para el desarrollo del individuo, como cabello, papel o gis por mencionar algunos, durante un periodo mínimo de un mes.

Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

Sustituye y amplía el diagnóstico del trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez del DSM-IV TR, pero observamos importantes cambios en la tabla de comparación.

En cuanto a la AN en el DSM-5 se debe especificar si en remisión parcial y la gravedad actual.

En cuanto al trastorno por atracón, en DSM-5 se denomina trastorno de atracones, se debe indicar si en remisión y la gravedad actual. Son pocos los cambios que se observan en sus criterios diagnósticos en el DSM-5, solo es la frecuencia del atracón alimentario y el lapso de tiempo de presencia de dicha conducta (criterio D). De acuerdo con ello, el atracón debe ocurrir al menos una vez a la semana durante tres meses. Cabe señalar que, el criterio de frecuencia con que debe presentarse el *atracción* para ser considerado como una conducta patológica en el DSM V, es igual para el *trastorno de atracones* y *bulimia nerviosa*.

Las investigaciones demuestran la utilidad clínica de la ocurrencia del *atracción* una vez a la semana, ya que permite tener cuadros patológicos menos severos, para intervenir o incidir a un nivel más temprano, lo que posibilita una recuperación en un menor tiempo (Vázquez Arévalo, 2015).

Trastorno por atracón

El DSM-5 incorporó nuevos diagnósticos como el trastorno por atracones, cuya amplia e incluyente definición estima un incremento del 6% de la población general en el número de derivaciones psiquiátricas a personas que comen en exceso. Ya que el DSM-5 modifica la frecuencia de los criterios diagnósticos respecto al DSM-IV.

En cuanto al trastorno por atracón, en DSM-5 se denomina trastorno de atracones, se debe indicar si en remisión y la gravedad actual. Son pocos los cambios que se observan en sus criterios diagnósticos en el DSM-5, solo es la frecuencia del atracón alimentario y el lapso de tiempo de presencia de dicha conducta (criterio D). De acuerdo con ello, el atracón debe ocurrir al menos una vez a la semana durante tres meses. Cabe señalar que, el criterio de frecuencia con que debe presentarse el *atración* para ser considerado como una conducta patológica en el DSM-5, es igual para el *trastorno de atracones* y *bulimia nerviosa*.

Las investigaciones demuestran la utilidad clínica de la ocurrencia del *atración* una vez a la semana, ya que permite tener cuadros patológicos menos severos, para intervenir o incidir a un nivel más temprano, lo que posibilita una recuperación en un menor tiempo.

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.

La principal diferencia para el trastorno de atracón en el DSM-5 la encontramos en que no aparecen comportamientos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso y la autoevaluación del paciente, no se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

Los criterios en el siguiente cuadro:

Tabla 3. Trastorno por atracones de acuerdo a la última versión del DSM.

DSM-5. Trastorno por atracones	
A)	Episodios recurrentes de atracones de comida. Caracterizado por lo siguiente: <ol style="list-style-type: none">1. Ingestión en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior al que la mayoría de las personas ingerirían en una población normal, en un periodo similar en circunstancias parecidas2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio
B)	Los episodios de atracones se asocian con tres o más de los siguientes: <ol style="list-style-type: none">1. Comer mucho más rápido de lo normal2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado
C)	Malestar intenso respecto a los atracones
D)	Los atracones se producen , en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses
E)	El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o en la anorexia nerviosa

Aquellos trastornos que no cumplían con todos los criterios para ser diagnosticados como AN o BN eran incluidos en el DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2000) en los trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

Con la nueva versión el DSM-5 se conserva esta categoría, pero ahora se llamarán *especificados* y se solicita al clínico que en este apartado se especifique –de ahí su nombre– por qué no se cumplen los criterios, es decir, que se aclare con relación a qué trastorno se está vinculando, para ello se dan una serie de ejemplos; *anorexia*

nerviosa atípica, *bulimia nerviosa* de frecuencia baja, etc. Se incluye al trastorno de atracones, el trastorno por purgas. Es importante aclarar que se dan algunos ejemplos para mostrar al clínico cómo puede referirse al trastorno, ya sea por la falta de un criterio, o porque no se cumple la frecuencia de la conducta problema, pero no estarían incluidos todos casos, por lo que se pueden incluir otras variantes. Como considerar el diagnóstico de pica únicamente para mayores a 2 años.

Las personas con *anorexia nerviosa* y *bulimia nerviosa* también pueden presentar regurgitación y posteriormente escupir los alimentos como un mecanismo para perder las calorías ingeridas. No obstante, hay que distinguirlo de este *trastorno*, que difiere sustancialmente en su evolución clínica, no hay temor a engordar, ni la autovaloración depende del peso corporal.

Su prevalencia, al igual que en la *pica* no es concluyente, debido en parte a que los datos referentes al *trastorno de rumiación* son desconocidos fuera de poblaciones muy específicas; aunque existen muy pocos datos epidemiológicos que se refieran a esta, ya que la falta de información sobre el *trastorno de rumiación* es parcialmente atribuible a la confidencialidad de los síntomas (Vázquez Arévalo, 2015).

Trastorno del comedor nocturno

Descrito por Albert J. Stunkard en 1955, presenta un patrón de ingesta de predominio vespertino/nocturno, que altera el ciclo normal de sueño. Su cuadro característico es el de un paciente que ingiere una importante cantidad de las calorías del día después de la última comida, con despertares durante la noche (insomnio) y anorexia matinal. No hay episodios de atracones; al despertar se ingieren alimentos de moderado contenido calórico (menos de 270 calorías), de composición alta en carbohidratos o carbohidratos más proteínas, y sin pérdida de control. Estos episodios representan un retraso del ritmo habitual de ingesta en un rango de 2 a 6 horas, el que interrumpe el ritmo de sueño, que está conservado. Es importante destacar que el paciente está completamente despierto, hay recuerdo del evento al día siguiente y no existe sonambulismo.

En forma similar al trastorno por atracones, este síndrome también se asocia a sobrepeso y obesidad, como también es más frecuente en pacientes que solicitan tratamiento para bajar de peso, llegando a un 10% de prevalencia. En la población general, la prevalencia es de un 1.5%. Su presencia influye también en la resistencia y los peores resultados a las tentativas de reducción de peso. No es exclusivo de los obesos, también está descrito en personas de peso normal, pero se ha determinado que la presencia de síndrome del comedor nocturno se asocia a mayores índices de masa corporal (Errandonea, 2012).

Quizá uno de los cambios más importantes entre el DSM-4 y 5, sea el cambio del capítulo específico denomina "Trastorno de la conducta alimentaria" a "Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos", agrupando los que tienen que ver con la alimentación y los relacionados con la ingestión de alimentos, que cumplen funciones nutricionales. Queda entonces el capítulo de "Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia" en el mismo capítulo.

Por su parte, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10; OMS 1992) los ubica en "Los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos", en la categoría de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

El siguiente cuadro resume de manera muy simple el cambio en la clasificación a través del tiempo, y desde el punto de vista de los principales manuales diagnósticos vigentes:

Tabla 4. Trastornos de la conducta alimentaria que se incluyen los principales manuales diagnósticos vigentes.

DSM IV TR (2000)	DSM V (2013)	CIE 10 (1992)
AN	Pica	AN
BN	Trastorno de rumiación	AN atípica
TCANE	Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos	BN
	AN	BN atípica
	BN	Hiperfagia asociada a otros psicológicos
	Trastorno de atracones	Vómitos asociados a otros trastornos psicológicos
	Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta alimentaria no especificado	Otros trastornos de la conducta alimentaria
	Otro trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos especificado	Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación

Obesidad

El DSM-IV contempla la obesidad dentro de los trastornos psicológicos que afectan la condición física, pero no se definen conductas o trastornos de la personalidad específicos del paciente con obesidad. Algunos estudios han relacionado las personalidades borderline, agresivo-pasivo o depresivo con la presencia de obesidad.

Si bien la obesidad es considerada como un problema de salud pública o una epidemia mundial, no está considerada como un trastorno de la conducta alimentaria y por ello no está incluida en el DSM en ninguna de sus versiones.

Pero como desde el punto de vista psicológico se ha demostrado, que comparte sintomatología con otros TCA, nos parece de vital importancia incluirla en nuestro tema de estudio. Es importante tener en cuenta que la clasificación de enfermedades siempre ha dependido de la percepción de la sociedad en distintas épocas y es probable que en años no tan lejanos, la obesidad y los "nuevos" trastornos de conducta" como los mencionados al inicio del capítulo sean considerados como tales en las ramas de la medicina. Mientras eso pasa, es importante conocerlos y no minimizarlos para poder

beneficiar a la población que los padece por lo que en el presente trabajo serán considerados como tal (aun cuando de manera “oficial” no lo sean).

Si bien no existe una psicopatología específica del paciente con obesidad, se sabe que la motivación, la resistencia al cambio, impulsividad, funciones ejecutivas, regulación emocional y tendencia adictiva podrían estar presentes en ellos incluso antes de la adiposidad. Aunado a que los trastornos depresivos operan de modo acumulativo en el riesgo de la adiposidad, aun cuando no esté tan clara su dirección causal. (Quintero, 2016)

Algunos de los factores psicológicos que explican el desarrollo de la obesidad, acorde a distintas teorías son los siguientes (Ortega, 2018):

- Teoría psicoanalítica:
 - Fijación o regresión a la fase oral de desarrollo
 - Sobre ingesta por estados disfóricos (estrés y ansiedad)
 - Disfunción de la relación madre-hijo

- Teoría Sistémica:
 - Circuito cerrado entre estructura familiar y obesidad
 - Rasgos familiares: hiper responsabilidad, sobre protección, rigidez, crítica continua, hostilidad

- Cognitivo conductual:
 - Factores diferenciadores de la conducta alimentaria como: peso, privación, restricción, dieta y estrés

Capítulo. 3. Abordaje psicosocial de los Trastornos de la conducta alimentaria

Los TCA tienen alteraciones en el desarrollo psicosocial, al mismo tiempo que el contexto psicosocial tiene implicaciones en la aparición y el desarrollo de los TCA. Por lo que en este capítulo estaremos abordando el contexto psicosocial de los TCA, pero de manera más a fondo habla del desarrollo psicosocial con base en la relación madre-hija de acuerdo a la teoría psicoanalítica, para posteriormente hacer un comparativo con otras teorías psicológicas como la del apego y la de individuación, para complementarla con la del desarrollo psicosexual. Así mismo, en nuestro país la obesidad es una epidemia desde edades tempranas por lo que se estarán presentando datos importantes reportados por niños en edad escolar. Por ello es importante analizar cómo influyen las etapas de desarrollo de los TCA, tanto en obesidad como en AN y BN, para los cuales, la edad en la que aparecen aún es poco mayor que para los casos de sobrepeso y obesidad.

Antes de considerar los aspectos psicosociales me parece importante mencionar algunos de los factores de riesgo, para después poder entrelazarlos en el contexto.

En 2015, Rohde et al. (Cit. en Serrano, 2015) encontraron seis factores de riesgo en mujeres de entre 13 y 21 años de edad, citados a continuación:

1. Presión de estar delgadas
2. Ideal de delgadez para ser atractivas
3. Insatisfacción corporal
4. Dieta
5. Efecto negativo de los comentarios
6. Índice de masa corporal (IMC)

Si vemos, todos están enmarcados en un contexto social, a excepción del IMC, pero cuya percepción también cobra importancia de acuerdo a la sociedad en la que vive el individuo.

Ciertamente también se habla de algunos factores biológicos y genéticos que predisponen la aparición de los TCA, pero que no son particularmente importantes en este trabajo.

Contexto psicosocial

➤ Cultura y sociedad

Hoy en día la obesidad es considerada un problema de salud pública, de la misma manera que lo son la Diabetes y las dislipidemias en nuestro país, y es igualmente importante considerar la relación entre ambas para poder planear intervenciones oportunas y reducir los riesgos y/o el deterioro del paciente.

Cordella (2006) se planteaba la pregunta: ¿Cómo comprender una patología que parece generarse desde la voluntad?, ¿cómo podemos reconocer los procesos de desarrollo que las dejan en riesgo, teniendo en cuenta la alta tasa de mortalidad y la mala calidad de vida?

Con esta pregunta Cordella proponía ampliar la mirada de la obesidad hacia la relación ingesta-vida emocional, inclusive antes de la Publicación del DSM-IV. Ella propuso el comer más allá de la alimentación con funciones mentales como: auto-regulación emocional, búsqueda del placer y participación en el ajuste emocional de las relaciones significativas.

Hoy se sabe que la valoración que hacen los padres del sobrepeso de sus hijos puede ser un factor de riesgo para desarrollar atracones y/o conductas restrictivas al inicio de la adolescencia, desarrollando sintomatología relacionada con los TCA. (Serrano, 2015)

Algunas de las conductas que se relacionan con los TCA, tanto por exceso, como por deficiencia, son preocupación por la comida, contar calorías, contenido de grasas, preocupación por el peso corporal y la silueta, las restricciones dietéticas y los atracones, uso y abuso de laxantes y sentimientos negativos de su apariencia, muchos de los cuales son considerados dentro de la "normalidad" en la cultura occidental posiblemente por la nueva ola de mercadotecnia y promoción a la salud y al estilo de vida saludable; sin embargo otros como uso de píldoras, ayunos prolongados, ejercicio extremo (vigorexia) o inducción del vómito, por

mencionar algunos, ya son considerados como prácticas extremas de control de peso (Cabello, 2018). No encuentro esta bibliografía

En el capítulo 2, se especificó el diagnóstico desde el discurso psiquiátrico, sin embargo, no podemos dejar de lado el aspecto social y económico que dependen de la clasificación de enfermedades; por ejemplo, en el 2013 el DSM reconoce el trastorno de atracón como el tercer trastorno de la conducta alimentaria, pero es muy probable que su relación comórbida con el sobrepeso y la obesidad haya tenido algo que ver en su inclusión.

La definición nosológica de los TCA ha cambiado, en parte porque no se ajustan a las clasificaciones tradicionales de AN o BN, pero también porque la sociedad determina otros patrones de comportamiento, por lo que se incluyen en los manuales médicos términos como síndromes parciales, subclínico, subumbrales o atípicos para determinar algunos TCA.

Por otra parte, la necesidad médica, o humana de querer dar nombre a todo, ha llevado a la clasificación de los TCA, sumando los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados o TCANE (en la última versión del DSM), pero ¿en qué estamos fallando como profesionales de la salud? Que en lugar de planear un mejor manejo de las enfermedades, sólo modificamos criterios y agrandamos la lista de trastornos sin dar una solución tangible.

En esta línea, podemos afirmar que la obesidad ha sido causada como causa y no como efecto, es decir es causa de enfermedades cardiovasculares, metabólicas, endócrinas, etc., pero no se ha analizado como efecto, como lo planteó Cordella. Si la obesidad, o en general los TCA, fuesen tratados como efecto tendría que incluirse la regulación de los procesos de ingesta, asociados tanto al hambre como a la saciedad de regulación hipotalámica como a circuitos de origen y función emocional.

Los sistemas de hambre-saciedad no son circuitos emocionales aunque requieren de estos para lograr funcionar. Por una parte el hambre es instintiva, pero hay otros activadores como la hipoglicemia, que también estimula el apetito. Sin embargo los circuitos emocionales se pueden delimitar tanto por las regiones cerebrales que utilizan como por las conductas que muestran. La modulación emocional es tarea de los procedimientos psíquicos. Entre algunas de las

funciones de los circuitos emocionales primarios se encuentra el aprendizaje, una de las cosas que explicaría la relación de la madre con la hija como factor de riesgo y/o desencadenante de los TCA, hacemos lo que aprendemos.

Desde el punto de vista fisiológico los circuitos emocionales primarios participan en la conducta del comer cuando la psique no canaliza bien la información emocional, no procesa sus contenidos y lo desvía a sensaciones de ansiedad que los individuos solucionan comiendo, situación que habla de la existencia de zonas psíquicas no desarrolladas.

La conducta alimentaria es algo de lo que ningún ser humano puede mantenerse ajeno, tiene una importante carga social, un componente fisiológico vital y otro cultural igualmente importante; es decir, desde que nacemos estamos ligados con la comida de manera biológica con la lactancia materna, de manera social, la lactancia materna es nuestro primer vínculo con el mundo y ese mismo acto tiene implicaciones culturales importantes, mismo que se hace evidente en la manera de ver la lactancia materna en la actualidad y como era vista hace un par de siglos.

La selección de funciones que estimulen o inhiban el comer, depende tanto de la historia familiar como de los eventos emocionales a que ese organismo haya estado sometido. Por esto, es necesario desarticular estos procesos para comprender la causa y producir cambios conductuales en la persona. Comer es una conducta de relación con otros, consigo mismo y con los alimentos; implica rituales que dan cuerpo a la cultura.

En pocas palabras las alteraciones conductuales relacionadas al acto de comer se explican de tres maneras: 1. Comer en lugar de elaborar psíquicamente la realidad, 2. Comer para obtener placer y 3. Comer como convivencia.

Para Brug (2008), los factores socioculturales del ambiente definen lo aceptable, deseado y apropiado al comer, según él, llegan a ser más importantes incluso que la disponibilidad y accesibilidad de los alimentos.

En un estudio realizado por White y Grilo (2005) encontraron que para las adolescentes caucásicas, la alimentación por atracción era predicha por la restricción alimentaria, la ansiedad y

la distorsión de la imagen corporal; mientras que para las mujeres latinas sólo la ansiedad era predictivo para atracón.

Muchos autores afirman que las actitudes hacia la figura corporal y la comida, están fuertemente influenciadas por la cultura, la valoración de la comida depende de la cultura. La comida cumple una función nutritiva y una función simbólica (Sanz, 2008).

El ideal del cuerpo es otro aspecto relevante que se relaciona con la conducta alimentaria a través de la cultura, que como vimos en capítulos anteriores, el cuerpo y su conceptualización dependen de la sociedad en la que se vive y por lo tanto la idea del cuerpo estará determinada por la realidad social del individuo.

Behar (2014), sostiene que la sociedad occidental le ha otorgado una sobrevaloración a la delgadez, lo que genera presión en las mujeres jóvenes que desean alcanzar el ideal de belleza, semejante al éxito, la inteligencia, la belleza o el atractivo sexual.

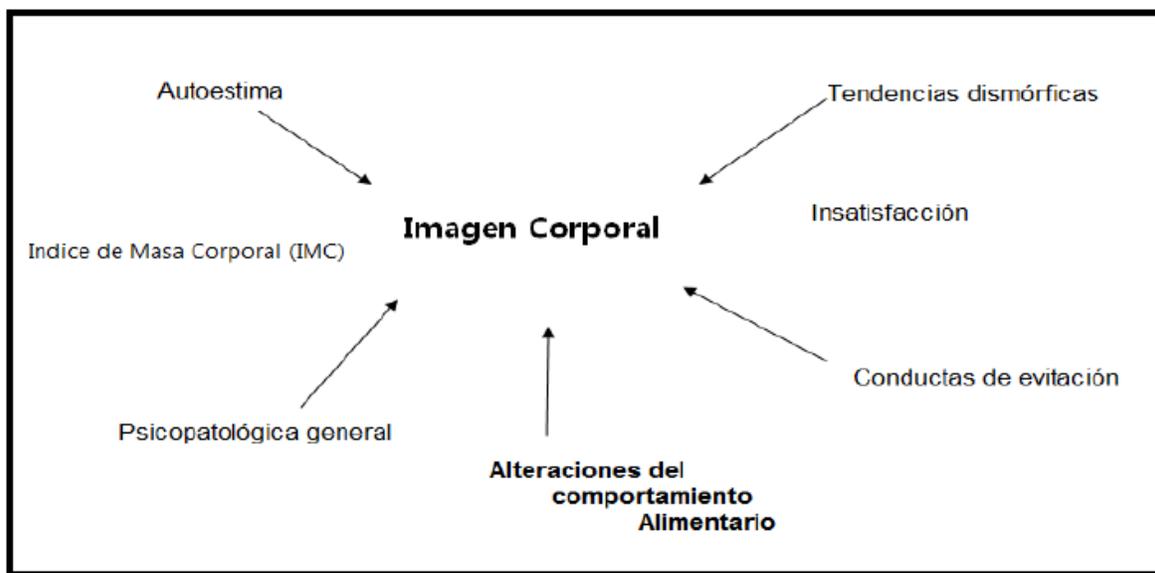
La construcción de la imagen corporal es un fenómeno social y está sujeta a cambios por la influencia socio-cultural; por ejemplo, la ganancia de peso de las niñas durante la adolescencia incrementa su insatisfacción corporal, relacionados a su vez con baja autoestima y síntomas de depresión (Portela, 2012).

Mucho hemos hablado de la imagen corporal y está evidenciada su importancia en el desarrollo de los TCA, pero antes de pasar al eje central de este trabajo, la relación con la madre, es relevante dejar claros algunos puntos al respecto de su importancia.

Para Rodríguez-Tomé (Cit. en Centeno, 2013) las imágenes del cuerpo se elaboran en el contexto de las relaciones cotidianas con los otros, la imagen corporal es siempre multidimensional e incluye numerosa facetas que frecuentemente van más allá de cuestiones morfológicas; tiene como principal componente la autoestima, la autoimagen y la relación del sujeto con personas significativas en su ambiente. La imagen corporal es siempre auto-evaluativa y está ligada al placer o al disgusto o displacer y está íntimamente ligada con la idea de belleza de la sociedad a la que pertenece el sujeto. (Centeno, 2013)

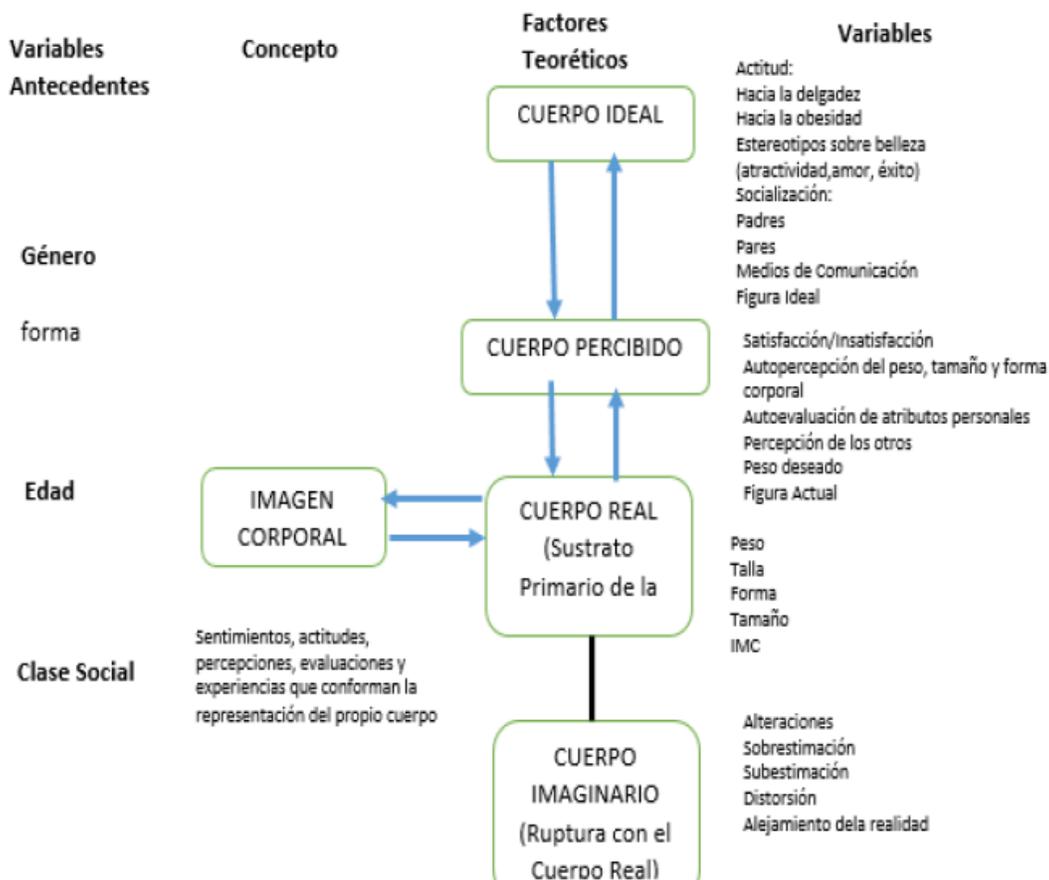
El cuerpo representa al individuo, es el símbolo del yo y la frontera entre el yo y el otro; y es también lo que uno ve aun cuando no lo vea el otro. El cuerpo es también un estímulo social y sexual. (Centeno, 2013)

El siguiente esquema muestra el modelo de Raich, donde se muestran los factores que influyen en la imagen corporal. (Raich Cit en Centeno, 2013)



Para Pérez Mitre, la imagen corporal es un factor formado por dos variables que son la distorsión de la imagen corporal (sobre-estimación/sub/estimación) y la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, las cuales son evaluativas y auto actitudinales, resultado de la interacción social, las variables individuales y psicosociales subjetivas como autopercepción y autoestima. (Centeno, 2013)

El siguiente esquema (Centeno, 2013) muestra la estructura del concepto de la imagen corporal:



Relación madre-hija



Mamá e hija

Disponible en: <https://www.pinterest.com.mx/pin/295056213067428950/>

Para López (2017), no puede hablarse de la madre en singular; la relación madre hija no es un hecho armónico, se establece una dimensión de amor y odio en la mujer que habita en cada una y circula de una a otra.

El eje de esta investigación es averiguar si la relación con la madre es un determinante en los TCA, pero ¿qué consecuencias psíquicas tiene para algunas mujeres la relación con su madre?

Para Freud, la percepción acerca de la nutrición, ésta deja una imagen mnémica que se asocia con la huella de la excitación producida por la necesidad. Lo psíquico tiene un punto de partida en la satisfacción de una necesidad, pero no se restringe a la misma.

Para Freud, la necesidad, el amor y la elección del objeto están articuladas, ejemplificando en la madre, es ella quien da la vida, proporciona el primer alimento y su pecho da amor y hambre; la madre satisface la necesidad y el amor (López, 2017).

Al alimentarse del pecho materno, el niño goza de una satisfacción sexual que después buscará de manera repetida en el chupeteo, mismo que está inscrito en las exteriorizaciones de la sexualidad infantil.

En los casos de Freud, la madre se asume como un hecho clínico y es éste lo que permite diferenciar a la madre como acontecimiento psíquico y no como acontecimiento natural o en su función social. Para Freud la madre no es una persona, es más bien una función que articula el deseo, el amor y la pulsión. Cabe mencionar que no hay función simbólica de la madre sin función del padre.

La madre despliega sentimientos que emanan de su propia sexualidad, expresa su ternura con besos y caricias, cuyo proceder es el amor puro y asexual, sin embargo tienen efecto en la zona genital del niño. La madre es la primera portadora de afectos transmitidos por el cuerpo y la palabra, porque no hay contacto físico con el niño sin palabra de amor. La madre es la primera seductora del niño, es el primer y más intenso objeto de amor (López, 2017).

En el caso de la niña, ve en su madre una competidora del amor de su padre. En el caso de la niña, aunque ame tiernamente a su madre, desea al mismo tiempo que no esté para ocupar su lugar en la relación con el padre.

La madre es determinante en la estructuración del sujeto y su proceder en relación con el hijo siempre producirá consecuencias.

“Una madre y una hija. Qué combinación terrible de emociones, confusión y destrucción. Todo es posible, y se hará en nombre del amor. La hija heredará las heridas de la madre. La infelicidad de la madre será la infelicidad de la hija. Como si el cordón umbilical jamás se hubiese cortado... Mamá, ¿es a infelicidad de la hija el triunfo de la madre? Mamá, ¿es mi dolor tu placer secreto?

Palabras de Eva dirigidas a su madre Charlot en el filme sueco “Höstsonaten” (Sonata de otoño), 1978. Escrita y dirigida por Ingmar Bergman.



Imagen de la página Etsy "Nuestro paseo" impresión de arte.

Disponible en: https://www.etsy.com/mx/listing/95024213/gift-for-mom-wall-art-decor-love-artwork?utm_source=Pinterest&utm_medium=PageTools&utm_campaign=Share

En el psicoanálisis se considera que la imperfección instaurada en la subjetividad de la mujer, se rectifica con el amor, sin embargo la hija espera un amor sin límite por parte de la madre, que al ser sin límite existe la imposibilidad de la madre de satisfacerlo; por lo que la hostilidad de la hija es inevitable en relación con su madre (López, 2017).

Para Melanie Klein (1952), la madre es concebida por el niño como el pecho que lo gratifica o le provoca frustración. El lazo placentero con el pecho se transforma en sentimientos hacia la madre como persona; se convierten en sentimientos de amor y destrucción hacia la misma. Está asociado a la necesidad de preservar el amor del otro.

La madre juega un papel fundamental en los primeros años del niño o de la niña, ya que con ella se establece una relación más íntima y directa. Las características de personalidad dependen en gran medida de esta relación, y por lo tanto, las características de personalidad relacionadas a los TCA como dependencia, inhibición social, dificultad para expresar emociones, falta de autonomía, baja autoestima, evitación de relaciones interpersonales, por mencionar algunas, dependerán en gran medida de cómo se establezca esta relación. (Serrano, 2015)

En el caso particular de la relación madre-hija, la niña experimenta una frustración oral que deviene en odio a la madre. Este odio por el padre, de quien fantasea recibir el pene que pertenece a la madre, la niña quiere quitarle a la madre lo que es suyo; para Klein el odio femenino es el resultado de una frustración que originalmente es de tipo oral y se explica como

un impulso de quitarle al otro lo que le pertenece, por lo que la niña se aleja de la madre y toma al padre como objeto de gratificación. Según Klein, desde el inconsciente de la niña, la madre tiene todo lo bueno, todo procede de su pecho, también contiene el pene del padre y los bebés. La niña sufre ansiedad en relación con el vientre de la madre y el pene del padre. (Klein, 2017). Desde la identificación con la madre, en la niña se originan celos y odio y se forma un superyó cruel, que viene de la imagen materna.

Por su parte, Winnicott (1989) considera a la madre como “la base de la fuerza de carácter y de la riqueza de la personalidad en el individuo” y asocia la salud mental del niño a la provisión de un ambiente facilitador. Para él, la lactancia materna es la primera forma de comunicación madre-hijo y es de suma importancia, lo introduce al campo de la cultura. Este autor establece tres funciones maternas: la primera de ellas, el “holding” en el que la madre es el sostén del niño dependiente, en la segunda función está la manipulación, es decir el cuidado del cuerpo y sus funciones, la cual favorece la personalización del bebé. La tercera función corresponde a la presentación objetal, sobre la cual, Winnicott establece la teoría del objeto transicional. Esta implica la existencia de un objeto llamado objeto transicional, mismo que origina una simbolización: de ausencia o presencia, de propiedad, etc. y favorece la unión y/o separación del niño con la madre. El objeto transicional, acompaña al niño en ausencia de la madre, por decirlo de alguna manera (Winnicott, 1989).

En ambos casos, la madre es la fundadora del desarrollo psíquico y de la salud mental y el sostén emocional, ambos fundamentales para el desarrollo de las relaciones sociales. La madre transmite elementos de carácter psíquico y afectivo que le permiten al niño relacionarse con el mundo.

El psicoanálisis orienta el análisis de la madre de acuerdo a su relación con la hija, enfocado hacia aspectos relacionados con la configuración del psiquismo, derivados de la manera de actuar de la madre, así como su presencia o ausencia.

"la madre, es la hospedera que da la vida, da al que vive el primer alimento [...] En el pecho de la mujer coinciden el amor y el hambre. La madre conjunta la satisfacción de la necesidad y el amor."

La interpretación de los sueños. S. Freud.

Quizá una de las diferencias más importantes entre Klein, Winnicott y Freud, no es de orden biológico, si no emocional y sexual, para Klein y Winnicott, con la impresión y el sostén respectivamente, establecen un registro; pero la huella mnémica de Freud, articula deseo, amor y sexualidad en un sentido mucho más profundo.

Para entender mejor lo anterior, podemos puntualizar algunos aspectos de la teoría del desarrollo Psicosexual.

➤ **Desarrollo psicosexual**

La teoría psicosexual propuesta por Sigmund Freud, es el concepto central de la teoría psicoanalítica, plantea que el ser humano está dotado de las pulsiones sexuales desde el nacimiento, de una libido que se desarrolla en cinco etapas: oral, anal, fálica, periodo de latencia y fase genital. De esta teoría Freud, afirmaba que si el niño padecía frustración sexual en algún punto del desarrollo, podría experimentar ansiedad, y prolongarla hasta la edad adulta como neurosis.

La etapa oral ocurre entre el nacimiento y los 18 meses de edad, la relación del niño con el mundo es a través de su boca. La boca funge como receptor de placer a través de chupar y comer.

Esta etapa es importante porque de acuerdo con Freud, corresponde a la etapa pre edípica, en donde hombre y mujeres se vinculan de igual manera con la madre, es decir, la madre como único objeto de amor (Araya, 2018), al mismo tiempo que se cubre la necesidad de ser alimentado a través del pecho, por lo que la estimulación oral es también la principal manera de crear vínculos con sus cuidadores, en primera estancia la madre como proveedora del alimento. En esta etapa el niño debe iniciar con la autosuficiencia para no desarrollar en la vida

adulta problemas de dependencia, agresividad o adicciones, como a la comida, lo que está directamente relacionado a los TCA. De acuerdo con Melanie Klein, el pecho bueno y el pecho malo, relacionado con la etapa oral determinan la existencia de dicha dependencia.

La etapa anal se produce de los 18 meses a los 3 años de edad, se centra en el control de esfínteres. Mismo que representa el primer logro del niño y se acerca un poco más a la autonomía personal, en esta etapa aparece la vergüenza. Otra de las características de las pacientes con TCA, particularmente de la AN, es que quieren ejercer el control de su vida (o de algo) a través de controlar su ingesta. El hecho de no comer les da esa sensación de control que no tienen en otras áreas de su vida, y que por supuesto causa daños importantes en su estado de salud.

Un reforzamiento adecuado en la etapa anal, formará un adulto competente, productivo y creativo.

En la tercera etapa, va de los 3 a los 6 años de edad, aparecen el complejo de Edipo en el niño y el de Electra en la niña se dan por el miedo a la castración y por la envidia del pene respectivamente. Esta etapa se centra en los genitales.

Entre los 6 años y hasta la pubertad, la energía sexual del niño entra en un estado de latencia, aparece el súper yo y suprime los deseos sexuales, para la realización de otras tareas, como las habilidades sociales.

Durante la pubertad, la etapa genital regresa los deseos sexuales en su forma más desarrollada, esta etapa abarca hasta la muerte. El deseo se centra en los genitales y en mantener relaciones sexuales con nuestro objeto de deseo. Esta etapa se diferencia de la genital, en que se establece el yo, se cambia la satisfacción impulsiva por la gratificación del deseo simbólico e intelectual por medio de amistad, relaciones de pareja, familiares y responsabilidades concernientes a la vida adulta.

Además de cumplir una función en la satisfacción de la necesidad, la madre se sitúa como un acontecimiento psíquico en el que se reglan el amor, el deseo y la pulsión. Desde las teorías psicoanalíticas es posible afirmar que no es posible hablar de la madre en singular, "la relación

madre-hija no es un hecho armónico, una dimensión de amor y odio se establece en la mujer que habita en cada una y circula de una a otra”, generando impases en algunas relaciones madre-hija, con consecuencias inconscientes, susceptible en su abordaje clínico. (López, 2017).

➤ **Proceso de individuación**

Margaret Schonberger Mahler, se dedicó al estudio de la pediatría y el psicoanálisis, curiosamente nació un 10 de mayo de 1897 y nunca tuvo una buena relación con su madre, quien era insensible a los sentimientos de otros debido a una neurosis.

Mahler centra su teoría en la adaptación y la relación de objeto.

Para Mahler el niño es moldeado desde la matriz dual madre-infante. El infante tiene una capacidad adaptativa mayor que la de su madre, pero es ella muy importante para satisfacer sus necesidades. La adaptación del recién nacido a su ambiente es de suma importancia, ya que es un paso de su vida intrauterina a un medio exterior saturado de exigencias, en las que tendrá que ajustarse a las costumbres, conductas y actitudes de la madre.

Mientras que para Freud, la relación objetal depende de los impulsos, para Mahler el desarrollo de la relación objetal se da a partir del narcisismo y cambia con la separación-individuación.

La conciencia de la separación es la base para una verdadera relación objetal, siendo la madre quien representa al mundo exterior para el bebé, y es con ella con quien establecerá una relación objetal, siendo la madre el primer objeto de amor.

La identidad es explicada por la autora como la conciencia más temprana de un sentimiento de ser, de entidad. No es un sentimiento de quién soy sino de qué soy y es la primera etapa del proceso de despliegue de la individualidad.

Existen tres fases en la teoría de Mahler: la fase autística, simbiótica, separación-individuación.

El narcisismo primario del que habla Freud, explica el autismo normal de Mahler, antecede para el niño la conciencia de no poder satisfacer sus propias necesidades, que la satisfacción de sus necesidades viene de afuera del sí-mismo.

En la fase simbiótica se refiere a un estado de fusión entre la madre y su hijo, la madre es un objeto parcial. Alrededor del segundo o tercer mes el niño comienza a experimentar un contacto-perceptual de "todo el cuerpo", el contacto visual madre-hijo, genera en el niño la sonrisa social, con lo que comienza la actividad perceptual social del ser humano, dando lugar a la relación con un objeto.

El inicio de la fase de separación-individuación ocurre entre los cuatro o cinco meses hasta los dos años y medio aproximadamente. En esta fase el bebé comienza a reconocer a su madre, explora a otras personas que no son la madre y se aleja o acerca a la misma. En el proceso de individuación, la madre es la que debe adaptarse al proceso y no el niño.

Esta fase está dividida en cuatro subfases, la primera de ellas es la subfase de diferenciación que va de los cinco a los nueve meses y en la que disminuye la dependencia corporal de la madre.

La segunda subfase va de los nueve a los catorce meses de edad; es el periodo en el que el niño se desenvuelve en el ambiente lejos de su madre, pero siempre regresa a ella. La locomoción vertical corresponde a la ejercitación propiamente dicha, y le permite al niño obtener pruebas de "realidad" del mundo a través de su cuerpo.

A fase que comprende de los catorce a los veinte o veinticuatro meses de edad es la fase de acercamiento, en ella el niño tiene la necesidad de compartir sus descubrimientos con la madre, la cual ya es percibida como separada de él. Se caracteriza por sentimientos de ambivalencia en el niño, por una parte quiere estar cerca de su madre y al mismo tiempo alejarse de ella. En esta fase debe existir una buena comunicación verbal, disponibilidad emocional y de juego por parte de la madre para que el hijo alcance una funcionalidad óptima del yo autónomo.

La última subfase se conoce como la consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia objetal emocional, al final de los dos años de edad se establece la separación del yo y del objeto, se percibe a la madre como persona separada, para el niño la madre pertenece al exterior y al mismo tiempo existe en su interior. En esta fase se logra un cierto grado de constancia objetal, misma que precede a la individualidad definida. El self está estructurado de tal manera que tiene un gran alcance al yo y existe una internacionalización de las exigencias

del medio, que son las antecesoras del súper-yo aquí comienza el logro cognitivo de la representación interna del objeto permanente del que habla Piaget.

Cuando la constancia objetal está avanzada, la madre se puede ausentar físicamente y ser sustituida por una imagen interna confiable. Una vez que aparecen las representaciones mentales del yo separadas de las de los objetos, se tiene la base para establecer la auto-identidad.

En todas las fases de la teoría de Mahler, es indispensable una buena estructura psicológica por parte de la madre para poder proveer al niño una satisfacción de sus necesidades de manera saludable (Galarza, 2006).

➤ Teoría del apego

El Dr. Bowlby, recalcó que los efectos inmediatos y a largo plazo que median la salud mental de niño, son la resultante de una experiencia de relación cálida, íntima y continua entre su madre y él, en la cual debe existir satisfacción y alegría (Moneta, 2014). Su teoría describe el efecto de las experiencias tempranas y la relación de la primera figura vincular en el desarrollo del niño, cuyos principios y conceptos se basan en ideas psicoanalíticas.

La teoría del apego, desarrollada por John Bowlby (1969-1980) postula la necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos. Las conductas del apego del infante como búsqueda de la proximidad, sonrisa, colgarse, etc., son correspondidas con las conductas de apego del adulto, tocar, sostener, calmar, etc.

La activación de las conductas de apego depende de la evaluación del niño de las señales de su entorno, las cuales dan como resultado una experiencia subjetiva de seguridad o inseguridad. La seguridad es el objetivo del apego, el cual es a su vez el regulador de la respuesta emocional.

El ser humano no nace con la capacidad de regular las reacciones emocionales, aprende a regularlas en presencia del cuidador, es él, generalmente la madre, quien le ayuda a

equilibrarse, esto ocurre a través de modelos internos activos y modelos internos de trabajo, por lo que el sistema de apego es un sistema regulador bio-social homeostático abierto.

Siguiendo la teoría de Bowlby, Mary Ainsworth (1969-1985) desarrollo una clasificación de los modelos internos activos, hablando de apego seguro, ansioso-evitativo y ansioso-resistente.

Donde las conductas de los infantes seguros están basadas en la experiencia de interacciones bien coordinadas, sensibles, en las cuales el cuidador es raramente sobreestimulante y es capaz de estabilizar la respuesta emocional del niño. Los niños con este tipo de apego, permanecen relativamente organizados en situaciones de estrés.

Las tempranas experiencias de acceso flexible a los sentimientos propios son consideradas como formativas en la teoría del apego. El sentimiento autónomo del self emerge por completo de las relaciones seguras entre los padres y el infante.

El apego seguro, le permite al niño adueñarse de su experiencia interna, comprenderse a sí mismo y a los otros como seres intencionales cuya conducta está organizada por estados mentales, pensamientos, sentimientos, creencias y deseos. Considerados también por una mayor capacidad de resistencia, autoconfianza, orientación social y empatía para el malestar, en general con relaciones más profundas que aquellos con otro tipo de apego.

Las representaciones simbólicas, o de segundo orden de los estados mentales, se desarrollan en el contexto de relaciones de apego. El concepto del niño de las emociones es alcanzado mediante la introspección. La ansiedad para el niño, es un ejemplo asociado a una mezcla de experiencias confusas de experiencias fisiológicas, conductas e imágenes visuales (Fonagy, 1999).

La mayor parte de las investigaciones sobre el apego, apoyan la idea de que un apego desorganizado puede ocasionar una pérdida de confianza ante la figura vincular e incluso presentar miedo a ella.

La formación del vínculo confiable y seguro depende de que el cuidador sea constante y atento, que pueda comunicarse con el bebé a los pocos meses y no sólo que cubra sus

necesidades físicas. La necesidad de atención permanente obedece a la necesidad biológica de comunicarse del bebé, para la cual tenemos una programación genética.

El apego es la primera relación del recién nacido con su madre/cuidador principal y no termina con el parto o la lactancia, es la base de las relaciones afectivas en la vida.

La edad crítica en el desarrollo del infante ocurre entre los 0 y años de edad, en la cual desarrolla su capacidad cerebral al máximo. En este periodo se desarrolla el vínculo con el cuidador primario, y por lo tanto, su confianza en él.

Los niños que no sienten esta confianza en el cuidador, no desarrollan un apego seguro, y por lo tanto, son más vulnerables a desarrollar problemas de conducta, adicciones, delincuencia, e incluso enfermedades físicas más comunes (Moneta, 2014).

Características que se han asociado a las mujeres con algún TCA.

Con lo anterior es posible observar la importancia de la relación con la madre, como cuidador primario, para el desarrollo de TCA. En el caso de esta tesis, la forma en cómo se aborda la relación madre-hija, es crucial para el desarrollo emocional de la hija.

Se sabe que la ansiedad está presente en muchos de los pacientes con TCA y sin duda un apego seguro disminuirá el riesgo o quizá la aparición de un TCA en alguna etapa de la vida.

Capítulo. 4. Evidencia clínica

Hasta aquí hemos visto algunas visiones del marco conceptual de los TCA y factores que influyen en su aparición. Ahora en este capítulo se presentarán casos de personas que presentando síntomas de un trastorno buscaron distintos enfoques para su intervención.

Es importante destacar que los casos que aquí se presentan, no tienen la finalidad de evaluar ningún proceso psicoterapéutico, su propósito es sólo enfatizar la presencia de la madre como parte fundamental de los TCA (Cit en López, 2017).

“Un noche, mientras el silencio envolvía al mundo, una mujer y su hija caminaban dormidas hasta que se reunieron en el jardín envuelto en un velo de niebla. Y la madre habló primero: ¡Al fin puedo decírtelo, mi enemiga! ¡A tí, que destrozaste mi juventud, y que has vivido edificando tu vida en las ruinas de la mía! ¡Tengo deseos de matarte!

Luego, la hija habló, en estos términos: ¡Oh mujer odiosa, egoísta y vieja! ¡Te interpones entre mi libérrimo ego y yo! ¡Quisieras que mi vida fuera un eco de tu propia vida marchita! ¡Desearía que estuvieras muerta!

En aquel instante cantó el gallo, y ambas mujeres despertaron. ¿Eres tú tesoro? – dijo la madre amablemente. Sí soy yo, madre querida – respondió la hija con la misma amabilidad.”

Las Sonámbulas, en el Loco. Khalil, G (1918).

Soy nutrióloga desde hace más de 10 años, y mi acercamiento con los TCA fue desde los primeros años de práctica profesional. A continuación se describen algunos de ellos que hacen evidente la presencia de una relación con la madre un tanto conflictiva. Cabe mencionar que los casos que aquí se presentan son algunos de los que han llegado a mi consultorio, mientras que los de la terapeuta son el resultado de una revisión bibliográfica.

Caso 1. Paciente de Nutrióloga

El primer caso fue trabajado en un hospital privado de la Ciudad de México, donde acudió un niño de 8 años que no quería comer, lo que había ocasionado que sus curvas de crecimiento no fueran acordes a su edad, es decir, el niño tenía bajo peso para la talla y bajo peso para la edad, lo que implicaba un estado de desnutrición crónica.

Por otra parte, la madre era también paciente y presentaba obesidad grado III.

Durante la entrevista se le preguntó al niño por qué no quería comer y solo respondió "porque no quiero estar gordo como mi mamá porque sufre mucho para bajar de peso".

Se consideró urgente canalizar al niño a terapia psicológica ya que se identificó que requería de un trabajo interdisciplinario. Para mejorar el estado de nutrición de su hijo y salvaguardar su estado de salud integral.

Caso 2. Paciente de Nutrióloga

Mujer de 17 años, estudiante de preparatoria, con obesidad grado III y síndrome de ovario poliquístico (SOP) acude a consulta nutricional porque quiere perder peso, lleva muchos años (no refiere cuantos) de su vida con dietas: de jugos, mesoterapia, etc., acude a consulta con su madre, quien oscila entre los 45-50 años de edad. La madre informa que tiene 2 hermanos y la paciente es la más apegada a ella.

Motivo de consulta: la madre la lleva a consulta de nutrición porque desea que su hija pierda peso, le preocupa su estado de salud.

El motivo de consulta de la paciente es perder peso, porque no está del todo cómoda con su cuerpo.

Durante la consulta la paciente refiere conductas de riesgo de TCA, como ayunos prolongados, falta de apetito durante el día y atracones al menos una vez a la semana.

La madre interrumpe en muchas ocasiones cuando se le cuestiona a la hija sobre su alimentación. La madre tiene sobrepeso, pero refiere haber sido delgada cuando joven.

Desde la entrevista de primera vez se observa a la madre con una preocupación extrema por el peso de su hija, refiere un par de veces que es por salud porque su papá (el de la paciente) tiene Diabetes Mellitus.

La madre refiere que la paciente "es floja para hacerse de comer", "si no le hago yo, no come", "ya tiene que aprender a hacer sus cosas", a estos comentarios la paciente responde sólo con lenguaje de gestos, que podrían significar muchas cosas, pero lo indiscutible es que está acostumbrada a ellos. La madre sugiere, la prescripción de fármacos para el tratamiento de la obesidad de su hija.

En consultas posteriores siempre acudían juntas, algunas ocasiones discutían antes de la consulta, dejando ver que su relación era conflictiva. En las discusiones la madre siempre decía "es la última palabra porque soy tu mamá"; mientras en otras la paciente se observaba dormida sobre el hombro de su madre, quien la despertaba con mucho cuidado.

Sólo en una ocasión la paciente acudió sola a la consulta, porque la madre tuvo algo de última hora. En esa consulta la paciente se mostró mucho más relajada, hablando de sus planes en relación a la universidad, aceptando más su cuerpo, aceptando las cosas que hace y las que no del plan de alimentación, comentando el tipo de ejercicio que le gusta y en términos generales mucho más abierta.

En este caso la madre refiere que su principal preocupación es la salud de su hija, sin embargo sus resultados de laboratorio (biometría hemática y química de 45 elementos) no presentaban ya ninguna irregularidad, aunque para el tratamiento del SOP, es muy benéfica la disminución del peso corporal y la grasa corporal total; aunque la obesidad es una enfermedad que incrementa riesgos a la salud, los comentarios de la madre van dirigidos a la pérdida de peso o a la imagen corporal de su hija, a la preocupación porque se irá a vivir a la playa en la

universidad y “ahí se usa ropa más pequeña por el calor”, refirió la madre. Si bien a la paciente le gustaría bajar de peso, se siente bien con la ropa que usa, que es ajustada, un poco escotada en ocasiones, vestidos cortos, etc., los que la madre considera en ocasiones, poco adecuada.

Caso 3. Paciente de Nutrióloga

Mujer de 24 años de edad, estudiante de medicina, con diagnóstico de Anorexia Nerviosa en remisión y en tratamiento por psiquiatría, además de trastorno ansioso depresivo, un intento de suicidio durante el internado de medicina. Si bien es muy delgada, no tiene diagnóstico de bajo peso de acuerdo al IMC, sin signos de AN (IMC no menor a 18.5 kg/m²), presencia de menstruación. Actualmente en terapia psicológica.

Acude a consulta nutricional, indica que sabe lo que debe comer, pero que aún desea bajar de peso. Explica que todos en su familia, su madre y su hermana son muy delgadas, y aunque sabe que es delgada, no está cómoda con su imagen corporal, por lo que desea mejorarla a través de ejercicio y alimentación. Al momento de indicarle que debía tener una alimentación más completa de la que refirió, se mostró un poco renuente. Al recordarle la segunda cita la pospuso y ya no volvió.

La paciente tuvo como motivo de consulta: aprender a comer y mejorar su imagen corporal, pero no fue consistente, ya que no quería comer, que lo que quería era perder más peso. Ella decía “soy médico y conozco perfectamente los riesgos que implica mi estado de nutrición”, pero aún pensaba que podía tener el control para evitar ese punto. Actualmente la AN carece de signos clínicos, pero el deseo de perder peso, el autoconcepto y las dietas restrictivas siguen presenten.

Aquí podemos ver de manera clara como coexiste un TCA y otro trastorno psiquiátrico, que en ambos casos pueden provocar la muerte de la paciente si no se atienden de manera integral.

Caso 4. Paciente de Nutrióloga

Mujer de 28 años, con diagnóstico de obesidad grado III; estudió administración de empresas. Vive con mamá, padre fallece cuando era pequeña.

De niña era muy delgada, pero comenzó a subir de peso cuando inició su vida laboral. Acude a consulta porque nunca había pesado tanto y se siente mal, por el dolor de rodillas y la fatiga crónica. Deseaba comer mejor y bajar de peso.

Refiere que la relación con su madre es complicada, a diferencia de su hermana menor, quien se llevaba mucho mejor con su madre, incluso ahora que no vive con ellas. Considera que siempre tuvo mayor afinidad con su padre, quien murió cuando ellas eran muy pequeñas. Refirió que su madre era delgada y que le insistía para bajar de peso. No hablaba mucho de la relación con su madre, pero en varias consultas menciona "discutí con mi mamá", o llega algo molesta por alguna situación en casa. Siempre acudía sola a consulta.

El tratamiento nutricional con ella tuvo resultados durante un año, ya que pasó de la obesidad al sobrepeso y adoptó estilos de vida saludables, lo que impactó favorablemente en su estado de salud de manera considerable. Importante mencionar que acudió a terapia psicológica y la relación con su madre mejoró considerablemente.

Su motivo de consulta es comer mejor y bajar de peso, es congruente con el seguimiento y su respuesta al tratamiento.

Caso 5. Paciente de Nutrióloga

Mujer de 24 años, estudia el doctorado en ciencias biomédicas, obesidad grado III, SOP diagnosticado a los 15 años. Acude a consulta nutricional porque desea bajar de peso para mejorar sus problemas de salud. Hija única, el padre muere hace 4 años a causa de un infarto.

Acude acompañada de su madre, con quien vive. Refiere que ha tenido variaciones importantes de peso desde los 8 años. Su peso mínimo en la vida adulta fue de 72 kg después de 6 meses de plan de alimentación (con otra nutrióloga) y su máximo hace unos meses cuando llegó a 87 kilos. Hace 1 mes comenzó con ejercicio y perdió 5 kilogramos sin realizar otros cambios adicionales.

La madre interviene durante toda la consulta, habla por la paciente cuando se le pregunta algo. La madre se queja de que no le da tiempo de hacer nada cuando está estudiando, cosa que ha hecho toda la vida, pero al mismo tiempo se preocupa de hacerle de comer y de plancharle su ropa. En las dos consultas fueron juntas y se quejaban mutuamente una de la otra, la paciente mostraba una actitud más pasiva. La madre culpaba a la paciente de su sobrepeso porque no sigue los planes de alimentación y es floja para preparar sus alimentos.

La madre es delgada y lleva mucho tiempo intentando que su hija baje de peso, la paciente parece molesta cada vez que su madre hace estos comentarios, sin embargo, sólo dice no es cierto y continúa con el tema de consulta.

Únicamente tuvieron 2 consultas, en las cuales no hubo apego al plan de alimentación, y se les aconsejó acudir a terapia psicológica.

El motivo de consulta es bajar de peso para mejorar su estado de salud, sin embargo la paciente busca dar la impresión que a ella no le importa tanto como a su mamá tener esa imagen corporal, ni las complicaciones ginecológicas y endócrinas que presenta.

El siguiente reporte de caso, es una extracción de una tesis de _____, resultado de una investigación documental, misma que refleja muchos de los aspectos que hemos tratado en este documento, ya que tiene un enfoque psicoanalítico y muestra la relación de los temas anteriores.

Caso 6. Paciente de nutrióloga

Eva es una paciente de 35 años de edad, con peso normal, probablemente un ligero sobrepeso si se considera el porcentaje de grasa corporal. Su motivo de consulta fue justo eso, bajar de peso para sentirse mejor con su cuerpo. Sin embargo, durante la segunda consulta ella mencionó que definitivamente su relación con los alimentos era algo que tenía mucho que ver con la relación con su madre. Mientras trabajo con ella en la parte de nutrición para que pueda identificar hambre, antojo, ansiedad, sed, etc., ella trabaja con la terapeuta la relación con su madre, pero no se pueden separar del todo los tratamientos. Eva menciona en la consulta de nutrición que está muy consciente de que el problema inició con su madre, y menciona "esté tan mal que cuando estaba embarazada de mi segundo hijo y bajé de peso con tantos vómitos diario que me decía igual está bien, porque ya estabas subiendo mucho de peso". La paciente está muy consciente de que la mala relación con su madre tiene un impacto negativo en su alimentación, ya que tanto a ella como a su hermana menor, les hace comentarios negativos cada vez que suben de peso, aun cuando ninguna de las dos ha tenido sobrepeso en ninguna etapa de la vida. Eva reconoce que cada vez que se disgusta con su madre le cuesta alimentarse bien, le dan ganas de comer "cosas que la hacen sentir bien" (como ella llama a los chocolates o a cosas dulces que le gustan) y como sabe que no puede o no debe, prefiere no comer porque no se le antoja la comida saludable. Eva es la primer pacientes que tengo, y a la que aún veo en consulta que ha racionalizado y externado este nivel de análisis entre su relación con su madre, la comida y su auto concepto.

Caso 7. Paciente de Psicoterapeuta (Hernández, 2007)

Alicia, es una paciente de 21 años de edad, con diagnóstico de anorexia y bulimia, ella llega a terapia después de varias intervenciones por afecciones intestinales, causadas por desnutrición y algunas otras por intento de suicidio, un par consumiendo pastillas y otra cortándose las venas; la analista reporta 3 años de terapia con ella.

En la primera entrevista Alicia llega acompañada de su madre, quien padece obesidad y tiene la voz fuerte; en contraste con la paciente, Alicia, en extremo delgada con el cabello debajo de los hombros y su ropa arrugada, voz suave y cara demacrada.

La madre de Alicia comenzó diciendo "he intentado todo y no sé qué más hacer", el problema empezó hace unos días, "yo le regalé un perrito porque la veía muy triste y no quería salir de su cuarto, pero el perrito se murió a los dos días, entonces empezó a decir que ella es la que debería morir", a partir de ese momento no ha querido comer y se la pasa dormida o llorando.

La madre estuvo gran parte de la consulta hablando sobre sí misma y culpando a sus hijos de lo que le ocurría.

La terapeuta le preguntó a Alicia ¿cómo te sientes?

Y ella respondió "yo bien, mi mamá es la que exagera siempre"

Alicia estuvo de acuerdo en ir a las sesiones y poder hablar de todo lo que le pasa, del por qué se sentía triste y por qué siente que la vida no vale nada.

Mientras la madre decía: "Doctora por favor ayúdeme, porque yo sola no puedo y si sigo así siento que no voy a poder vivir más. Yo de tanta angustia no paro de comer, míreme como estoy, me voy a morir."

En la primera sesión de Alicia sola dice: "yo considero que mi problema empezó cuando mi papá me abandonó, yo tenía 6 años, de ahí empezó el malhumor de mi mamá y el odio contra mi papá y contra todos los hombres, yo me tuve que dormir con ella para que no se sintiera sola". "Ví a mi mamá inmensa y aterradora; me asfixiaba con sus cuerpo y sus palabras".

El primer intento de suicidio fue justo la noche que la madre se había pasado quejándose del padre por su falta de solvencia y por su infidelidad, "yo quería ver que mi padre viera lo que nos había hecho y cuánto sufría mi mamá, pero también quería dejar de escuchar a mi mamá.

Cuando la terapeuta le pide a Alicia hablar de su padre, lo primero que dice es "es un hombre guapo, por qué crees que yo salí así, pero no te preocupes, yo ya acepté que viva con otra mujer y que tenga hijos".

Sobre su relación con él de pequeña señala: "siempre fui su consentida y él el mío, mi madre siempre se enojaba porque sólo quería estar con él, yo pienso que a mí me gustaría encontrarme un hombre como él, pero que no me engañara. Siempre me compraba lo que yo pedía, siento que sufrió cuando se tuvo que ir".

"Mi mamá era y es insoportable. Se dejó engordar y siempre con sus celos y sólo pidiéndole dinero, ahora nos utiliza a nosotros para pedirle dinero",

En siguientes entrevistas, Alicia comenta "¿sabes?, me gustaría morirme,irme para estar sola, ser yo misma, sin miedo a las reacciones de mi mamá, empezar a tomar decisiones y las riendas de mi vida.

En otra sesión, mencionó: "no me atrevo a disfrutar la vida como antes... siento que todo me da asco", refiriendo el estilo de vida de su madre cuando Alicia tenía 13 años, etapa en la que se le quitó el apetito.

Otra sesión dice que está muy enojada con ella misma y llora porque se siente muy gorda y por ese motivo comenzó a vomitar, tenía la sensación de enojo y el deseo de vomitar todo el tiempo.

Al preguntarle: ¿quién se da atracones? Ella respondió: yo... también mi mamá, siempre que algo no le parece bien, vomita. "me molesta que mi mamá esté gorda". "yo mido 1.68 m y peso 52 kg y me siento mal, ella está gordísima y no le interesa, sigue comiendo como marrana".

Caso 8. Paciente de Psicoterapeuta

Mujer de 17 años, de origen argentino, se muda con su familia a España a los 2 años de edad. Actualmente convive con sus padres y su hermana de 13 años. Desde hace un año se encuentra en relación de pareja con un chico 2 años menor que ella. En la primera consulta estaba en el bachillerato, en la actualidad se encuentra en el segundo año de Sociología.

Historia del problema: acude sola a consulta de psicología clínica y relata que padecía sobrepeso (IMC de 28.11 kg/m²), por lo que inició dieta restrictiva motivada por su familia con seguimiento de dietista privado a los 15 años; 5 meses después, abandona al especialista y continúa con una dieta restrictiva de manera que 2 años después presenta amenorrea, además de debilidad, cansancio, mareos, irritabilidad y dificultades de la concentración.

Dieciocho meses después, refiere haber sido consciente de su padecimiento, por lo que redujo las horas de ejercicio, haciendo una dieta menos restrictiva y utiliza refuerzos y castigos para mejorar sus conductas. Antes del verano, con el miedo a engordar, viene una recaída, por lo que acude al psicólogo del colegio, quien recomienda acudir al centro de salud, en ese momento tenía un peso de 62 kg y un IMC de 24.83 kg/m².

El apoyo de la familia ha sido escaso desde el inicio, la familia presenta relaciones conflictivas, particularmente con la madre, con el padre existe relación aparentemente cálida y con su hermana mantiene un vínculo muy estrecho. Presenta signos y síntomas de TCA: amenorrea de 2 años de evolución, estreñimiento, cansancio, fluctuaciones importantes de peso.

Pensamientos obsesivos en torno a la comida, la imagen corporal y el peso, baja autoestima y tendencia al perfeccionismo. Ansiedad, temor ante el aumento de peso, miedo ante algunos alimentos considerados "prohibidos", tristeza, apatía, irritabilidad.

Realiza comidas escasas 2 veces al día, atracones antes de dormir 3 o 4 veces por semana, sentimiento de pérdida de control y malestar físico.

En relación a la imagen corporal: sobrevaloración, distorsión de la imagen corporal

Discusión

El tema de la clasificación de enfermedades que tienen que ver con la psique, me parece abrumador desde dos posturas, en nuestro afán de clasificar, caemos en encasillar a las personas, si no caben en un aspecto de salud o en una sociedad o concepto preconcebido por nosotros, entiéndase nosotros como sociedad, como familia, como profesionistas o como individuos, terminamos viéndolos como otro de los muchos estereotipos. Eso por una parte, por la otra, si no es así, entonces ¿estamos cada día más enfermos? Si la clasificación de enfermedades crece, es que debemos estar más enfermos, ¿o permanecemos en el mismo estatus que hace años y sólo ha cambiado nuestra manera de ver la salud – enfermedad?

Como se menciona en el capítulo 3, y en algunas investigaciones aquí descritas, la modificación de los criterios ni siquiera nos permite hacer una estimación adecuada de la incidencia y/o prevalencia de los TCA, ya que si cambian los criterios podemos sub o sobre estimar dichas mediciones epidemiológicas.

Es muy probable que no hayamos avanzado mucho en el tratamiento de los TCA porque más allá de enfocarnos en el entendimiento nos hemos enfocado en la estigmatización de los mismos.

Ligar nuestra situación actual, la salud mental y nuestra experiencia de vida no es algo que hagamos con frecuencia. Me da la impresión de que la poca información que nos llega la ajustamos a estructuras que nos permiten deslindarnos de nuestra responsabilidad con nuestra propia salud; por ejemplo, se dice de las madres que todo es su culpa, y quizá lo sea, quizá no, pero qué hacer con esa información, es algo que nadie se ocupa de responder. Decir que la culpa es de las madres, es como decir “esto es lo que me tocó” y no quiero hacer nada para responsabilizarme de mi vida, de mi salud, de mí mismo.

Aterrizando lo anterior en nuestro tema de tesis: si mi relación con mi madre me predispone al desarrollo de un TCA, si “por su culpa soy una persona con obesidad”, ¿qué voy a hacer con

esa información?, ¿qué haré yo para prevenir y cuidar mi salud?, ¿cómo voy a construir un apego seguro?, ¿Cómo voy a sanarme?

No es cómo voy a cambiar a la sociedad, que mucho contribuye a nuestra imagen corporal y a nuestros rituales para alimentarnos. En la sociedad actual podemos hacer infinidad de críticas, al sistema, a los que lo conforman y a la manera en la que nos comportamos como especie; pero dentro de ese todo, también podemos elegir, podemos elegir no juzgar a una persona con TCA, no juzgar a una persona por su aspecto y más allá de eso, podemos decidir no darle importancia a esos juicios, podemos decidir dejar de culpar a la madre por lo que hizo bien o no, y decidir sanarnos hoy para construir un apego distinto con nuestros hijos, y dejar de decir, “a mí me educaron así”, “yo lo hago porque mis padres lo hicieron conmigo”... podemos utilizar la información, que cada día es más y más en nuestro beneficio y dejar de auto-compadecernos.

Por otro lado, ¿Qué tan cierto es que la promoción de conductas saludables promueve la salud? En estos casos se podría pensar que las madres y en ocasiones las pacientes promueven estilos de vida saludables, sin embargo, lo hacen a través de la priorización de la delgadez, de una idealización de un estereotipo delgado, crecen con la idea de que es saludable, y en muchas ocasiones pareciera que el fin justifica los medios.

Las madres en su labor de educar y “dar un ejemplo” son muchas veces el detonante para un TCA, la madre que ha “luchado” toda la vida contra la obesidad, pero al mismo tiempo convirtiéndola en el centro de su vida. La madre crítica y perfeccionista que logra estilos de vida saludables en la mayoría de los miembros de su familia, pero que en su hija no lo logra. El discurso de las madres no fue analizado en este trabajo, pero sería interesante indagar el cómo viven las madres este proceso, en qué las lleva a sentirse responsables de la imagen corporal de sus hijas, y en qué momento el TCA se convierte en el eje de la dinámica entre ambas.

Quizá la responsabilidad que nuestra sociedad le da a las madres, las de ser cuidadores, portadoras, educadoras y principales guías en la vida de sus hijos sea demasiado para algunas, sobre todo cuando se da por hecho que eso es algo que debe saberse hacer por el simple

hecho de ser mujer, o de ser madre. En los casos anteriores hay padres ausentes, ya sea por muerte, o porque simplemente se ha dejado la responsabilidad de la crianza a las madres, pero quizá la ausencia del padre pueda considerarse otro riesgo para el desarrollo de TCA. Quizá valdría la pena analizar los TCA desde una perspectiva de género y verificar su contribución al tratamiento y/o prevención de los TCA. Quitarle el deber ser a la mujer, y al hombre, aunque no sea nuestro objeto de estudio, sería un paso adelante para dejar la idealización de la delgadez y la de algunos estereotipos, que nada tienen que ver con nuestra realidad, ni física, ni social, ni emocional.

Los psicólogos como profesionales de la salud, de la salud mental, podemos elegir contribuir a que la sociedad esté preparada para hacer algo con esa información, podemos elegir ser y contribuir al ser de alguien más, y en la medida que entendamos que somos más que un cuerpo, nos será mucho más fácil.

No existen datos concluyentes que apoyen la eficacia de una intervención psicológica en TCA, y los que han demostrado mejores resultados requieren de integrar distintas técnicas psicológicas; por ello, el tema de discusión que me interesa, es el papel de la prevención, ya sabemos los factores de riesgo, ya abordamos algunas maneras de tratamiento, pero ¿Qué se hace con la población que sabemos está en riesgo? La idea de identificar un problema no es llenarnos de problemas, ni de preguntas, es llegar a una solución, o crear opciones para mejorar. Y ahí en el campo de la prevención falta todo por hacer (Serrano, 2015), ya que como dice Striegel-Moore (Cit. en Centeno, 2013) el objetivo de la prevención es evitar el sufrimiento.

Para Guglielmino (Cit. en Centeno, 2013) los TCA son trastornos progresivos psicológicos y emocionales que se ven reflejados en el cuerpo y la conducta.

Ahí justo es donde considero invaluable el papel del psicólogo (y del nutriólogo por supuesto) para atender a la población justo en el momento oportuno, en el momento en el que aún no esté tan dañado emocionalmente para tener un tratamiento difícil y con alto índice de recaídas.

Se sabe que las intervenciones más exitosas son aquellas que relacionadas con la psicoeducación, el desarrollo de actitudes críticas hacia los medios de comunicación, la disonancia cognitiva o aquellas centradas en eliminar los factores de riesgo (Serrano, 2015).

Un ejemplo de ello, es el proyecto cuerpo, creado por el Dr. Eric Stice, investigador en el Oregon Research Institute, el cual utiliza la inducción de disonancia para reducir los factores de riesgo de los trastornos alimentarios. Traído a México por Claudia Unikel, del Instituto Nacional de Psiquiatría "Juan Ramón de la Fuente".

Lo interesante de este proyecto es que está enfocado a la prevención de conductas de riesgo en universitarios (en tres campus de la Universidad Autónoma Metropolitana) y cuya finalidad es modificar la percepción y los ideales de quien ya sabemos que está en riesgo. Si no hay intervención, o en este caso prevención, ¿de qué sirve el conocimiento?

Por qué si somos el país con mayor índice de obesidad en mujeres y niños ¿no hacemos nada para atacar el problema? o ¿es en realidad que no queremos hacerlo porque implica una responsabilidad personal y la decisión de involucrarnos en el proceso?

Si hemos visto que la intervención en estos trastornos tiene bajo índice de remisión y un alto índice de recaídas, ¿porque no prevenirlo? ¿Porque no prevenirlo como el cáncer, o la diabetes o tantas otras enfermedades crónicas?

Otra de las corrientes que ha cobrado auge en la actualidad es la Nutrición consiente, *Health in all sizes* y otros enfoques que buscan romper con la estigmatización de la obesidad (que recordemos, ni siquiera se ha considerado en la medicina formal como un TCA), sin embargo es importante recordar que no se debe caer tampoco en la normalización de la misma, porque si bien es cierto que no todas las personas con obesidad son de tal o cual manera, tampoco lo es que la obesidad es una condición puramente física y sus implicaciones en la salud a nivel personal y global se han demostrado de sobra en la historia de la humanidad.

Mi propuesta es trabajar en la prevención, tanto a nivel personal como a nivel poblacional para que su tratamiento no sea un estigma. De esta manera podremos mejorar las estrategias de

prevención e intervenir de manera más profunda en el tratamiento de los pacientes. El tema de los TCA nos muestra una vez más que los extremos son malos.

En realidad no hay modelos psicoanalíticos, o al menos modelos exitosos, para la prevención de los TCA, únicamente hay tratamientos, mismos que resultan muy largos y no necesariamente exitosos, entre otras cosas por lo costosos que resultan, por lo que considero que es una excelente oportunidad para que los psicólogos clínicos seamos pioneros.

Conclusiones

Como pudimos comprobar, todos los autores mencionados, destacan la importancia de la madre en edades tempranas para el desarrollo del apego, y la estructura psíquica adecuada.

En el caso de las mujeres que desarrollan un TCA, podemos inferir a través de sus rasgos de personalidad y/o de su forma de apego, el tipo de relación con su madre; así como también podría prevenirse el desarrollo de TCA en ellas con una intervención a tiempo respecto al análisis de su relación madre-hija.

Es un hecho que las conductas o actitudes de las madres se relacionan con las alteraciones en la conducta alimentaria de los hijos, pero también de algunas características específicas como la insatisfacción corporal (Vázquez, 2013), que puede derivarse de un apego inseguro vinculado en su totalidad a la figura materna.

Las características psicológicas de la madre que se han relacionado con el desarrollo de TCA en sus hijas son: invasiva, intolerante e hipercrítica, cuyo comportamiento puede ser explicado con la teoría del apego y/o las características que enlista Freud en las mujeres histéricas. En general, todas son características de personas que no desarrollaron un apego seguro.

En la actualidad es muy común culpar a los padres y sobre todo a la madre de todo lo que pasa en nuestra vida adulta. Sin embargo esta revisión bibliográfica tuvo como finalidad relacionar el papel de la madre en la primera infancia y su impacto en el desarrollo de los principales factores de riesgo para el desarrollo de los TCA, por medio de teorías ampliamente sustentadas y aún vigentes como la teoría de Bowlby y el enfoque psicoanalista de Freud, de lo cual se puede verificar que la relación que la madre tenga con su hija, determinará tanto el tipo de apego como las fijaciones que determinen su desarrollo en las distintas etapas de la vida, agudizando o no, el riesgo de desarrollar un TCA.

Se observa de acuerdo a la bibliografía consultada que las características de las mujeres con TCA se ajustan a la personalidad de las niñas con apego inseguro, o con alguna fijación oral.

Tanto la AN como la BN y la obesidad, se relacionan con los aspectos antes mencionados, sin embargo que se desencadene uno u otro, dependerá de la estructura psíquica de cada individuo.

Por lo que intervenir en los primeros años de vida para fomentar un apego seguro podría disminuir la incidencia de los TCA, tanto de AN, como de obesidad, pasando por todos los TCANE antes mencionados para mejorar el estado de salud y nutrición de las generaciones futuras.

En la presentación de los casos y la información previa de esta tesis, demuestran que la relación conflictiva con la madre es un común denominador de los pacientes con TCA. Si bien la relación de la hija con la madre es de las más complejas, es lógico pensar que el impacto del resultado también lo es.

La relación madre hija está inmersa en como las mujeres nos relacionamos con nuestro cuerpo, y con nuestra alimentación. Son el primer vínculo de nuestra relación con la comida, con la alimentación, y esto nos marca por el resto de nuestra vida.

El primer caso de paciente de nutrióloga, se utiliza para ejemplificar mi acercamiento a los TCA, pero nos deja ver que no sólo en las mujeres es importante el vínculo con la madre y sus características individuales para favorecer o no la aparición de un TCA en sus hijos. En el caso del niño, la madre está y ha estado preocupada por su imagen corporal desde hace mucho tiempo, situación que la ha mantenido en dietas restrictivas desde que su hijo era muy pequeño, hubo problemas para el establecimiento de una lactancia materna adecuada; muestra rasgos de personalidad controladora, obsesiva, ansiosa y sobreprotectora.

En el segundo caso, podemos ver como la paciente no tiene problemas con su imagen corporal, sin embargo, su imagen sí es una situación importante para su madre. Es evidente la tensión entre ambas al tomar cualquier decisión, de tratamiento, de cambio de hábitos, de los gustos de la hija en relación a su manera de vestir. La relación amor odio que refiere la teoría psicoanalítica, o el propio Kafka (citado al inicio del capítulo 4) entre madre e hija, se ve reflejado en esta dupla.

El caso 3, nos deja ver que un TCA no implica necesariamente una falta de conocimiento de la enfermedad, pero quizá sí una falta de consciencia de enfermedad, como ocurre con la paciente médico. Ella sabe los riesgos, los criterios de inclusión, incluso ha vivido las consecuencias de la AN y aun así desea perpetuar dichas conductas, considerando que puede hacerlo porque es capaz de controlarlo. En este caso, como en muchos otros, la paciente tiene figuras cercanas que contribuyen a su idealización de la delgadez, como el hecho de que todos en casa sean delgados y cuiden su alimentación. Ciertamente no se puede dejar de lado la coexistencia de dos o más trastornos psiquiátricos, lo cual complica mucho más el tratamiento.

El caso 4, nos muestra que un TCA tratado de manera inter o al menos multidisciplinaria, tiene muchas más posibilidades de éxito, y que el ser humano tiene la capacidad de trabajar en sí mismo y recuperar la salud mental y física.

En el caso 5, también se observa el común denominador de una madre sobreprotectora, que le ofrece las soluciones a la hija, pero que la paciente no desea hacerlo.

En el caso 6, que ha sido mi favorito hasta hoy, porque me ha permitido ver con fascinación que no sólo hay que hacernos conscientes sino realizar el trabajo que viene después de eso también para poder corregir y mejorarnos día a día.

En todos los casos de obesidad las pacientes son autocomplacientes, que no quiere decir que podamos generalizarlo a todos los pacientes con obesidad; mientras que en el caso de la AN, las pacientes se exigen cosas que incluso no dependen de ellas. En el caso del último caso de nutrióloga, en donde la paciente está consciente de las implicaciones que tiene su mala relación con su madre en su alimentación, ni siquiera tiene parámetros para sobrepeso, mucho menos obesidad, pero digamos que es una paciente en riesgo de un TCA, por lo que me pareció interesante incluirla.

Todas las pacientes presentadas aquí tanto de nutrióloga como de terapeuta, no desarrollaron un apego seguro, por las madres o por las circunstancias de las madres.

Hemos visto pacientes que han logrado mejorar su estado de salud, que se han reconciliado con su imagen corporal, y otras que no. Pero lo que es una realidad es que las pacientes que

evolucionan favorablemente son aquellas que tienen un tratamiento conjunto médico, psicológico y nutricional, y al mejorar su relación con la madre, mejoran considerablemente sus hábitos de alimentación, reflejándolo en su imagen corporal.

Sería arbitrario decir que la situación actual de las pacientes es únicamente por la relación con sus madres, pero sí es un hecho que existe y que se debería incluir como parte del tratamiento de los TCA.

Mi interés por los Trastornos de la Conducta Alimentaria, es que la gente vea que aunque no esté clasificado por los psiquiatras como tal, la obesidad tiene muchos componentes que involucran la salud mental, quizá más que la AN o la BN, que hagamos conciencia de que un paciente que vive con obesidad no sólo debe tener un enfoque en el balance energético, no es una cuestión de que no sea disciplinado con el plan de alimentación o de un aspecto únicamente fisiológico; que entendamos que el cuerpo es, en todos los casos, un reflejo de nuestra mente, de lo que sentimos y cómo nos vemos a nosotros mismos.

Tanto en la teoría psicoanalítica, como en la sistémica y en la cognitivo conductual el papel de la madre en el desarrollo y en el tratamiento de los TCA es fundamental, en el psicoanálisis por la disfunción de la relación madre hijo que deberá trabajarse, o mejor aún, guiarse de manera adecuada; hasta en la cognitivo conductual ya que en factores como la dieta, la madre tiene un papel fundamental en la adquisición de hábitos de los hijos. (Ortega, 2018)

Lo anterior no es tarea fácil, y aunque estamos cada vez más conscientes de la relación que existe entre la infancia y nuestros hábitos alimenticios, no hemos logrado desmenuzar por completo nuestra relación con los alimentos.

La investigación y nuestra capacidad de escuchar, así como nuestra capacidad de ir más allá de lo evidente, son herramientas que nos pueden acercar al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y de un impacto significativo en la salud de nuestros pacientes.

Estoy convencida que los TCA están subestimados, considerados como problemas de salud que la gente tiene porque quiere, más allá de verlos de manera integral como enfermedades en las

que el paciente sufre y espero que a mayor conocimiento del tema, tengamos mayor comprensión de estos pacientes, para contribuir de manera significativa a su rehabilitación.

Referencias

Bibliografía

American Psychiatric Association (APA). (1996). DSM-IV. Barcelona: Masson.
American Psychiatric Association (APA). (2000). DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.

Araya R. (2018). Deconstrucción de la configuración de la sexualidad femenina en Freud: una propuesta de lectura de la pianista de Elfriede Jelinek. *Logos: Revista de Lingüística, Filosofía y Literatura*; 28(2): 293-307.

Behar R, Gramegna G, Arancibia M. Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. (2014). *Rev Chil Neuro.psiquiatr*; 52(2): 103-114.

Benítez, AM, Sánchez, S, Bermejo, ML, Franco, L, García-Herráiz, MA, & Cubero, J. (2019). Análisis del Riesgo de sufrir Trastornos Alimentarios en jóvenes universitarios de Extremadura (España). *Enfermería Global*, 18(54), 124-143. Epub 14 de octubre de 2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.313421>

Brug J. (2008). Determinants of healthy eating: motivation, abilities and environmental opportunities. *Fam Pract.*; 25(1):50-5.

Bynum C. (1987). *Holy Feast and Holy Fast: The religious significance of food to medieval women*. University of California Press.

Castillo, Leonor. *Teoría y Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos: Anorexia y Bulimia Nerviosa*. TESIUNAM, 2018.

Centeno P. (2013). Programa de realidad virtual enfocado a la prevención de los trastornos de conducta alimentaria en universitarias. Facultad de Psicología, UNAM.

Cordella P. (2008) ¿Incluir la obesidad en el Manual de Enfermedades Mentales (DSM-IV)? *Revista Chilena de Nutricion* 5(3):181-187.

Cruzat Mandich, Claudia V., Haemmerli Delucchi, Constance V., García Troncoso, Andrea L.. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria: Reflexionando en torno a las variables socioculturales. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 3(1), 54-61.

Cuadro E, Baile J. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Rev Mex de trastor aliment*; 6(2): 97-107.

Errandoneau, M.,I. (2012) Obesidad y trastornos de la alimentación. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 23(2):165-171.

Galarza Quito, V. (2006). El modelo de desarrollo emocional del niño según Margaret Mahler. Cuenca, Ecuador.

González Alcántara, K.E. (2018). Cognición social en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria. [Tesis]. UNAM; México.

Hernán Vélez, William Rojas, Jaime Borrero, Jorge Restrepo. (2006). Endocrinología. *Fundamentos de Medicina*. Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB). 448 pp: 391.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. México; 2012.

Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. (ENSANUT MC 2016). Informe final de resultados. México; 2016.

León Hernández, R., Gómez-Peresmitré, G., & Platas Acevedo, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental* 31;(6):447-452.

López Vélez, M, O. (2017). Relación madre-hija: una perspectiva psicoanalítica. ¿Qué consecuencias psíquicas tiene para algunas mujeres la relación con su madre? Universidad de Antioquia. Facultad de ciencias sociales y humanas. Departamento de psicoanálisis.

Lucas A, Crowson C, O'Fallon M, Melton J (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *Eating Disorders*. *International Journal of Eating Disorders*.

Meler Loran M, Sanchez Planell L. (2013). Comprender la anorexia y la bulimia y el trastorno por atracón. Amat.

Martínez de Bagattinni, C. (1996). Anorexia nerviosa y bulimia. Su relación con lo perverso. Revista Uruguaya de psicoanálisis. ISSN 1688-7247: 84-85.

Márquez Díaz, R, R. (2016) Obesidad; prevalencia y relación con el nivel educativo de España. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria. 36(3):181-188.

Martínez-González, L., Fernández Villa, T., Molina de la Torre, A., J., Ayán Pérez, C., Bueno Cavanillas, A., Capelo Álvarez, R., et al. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos. Nutrición Hospitalaria, 30(4), 927-934.

McLeod G. F. H., Fergusson D. M., Horwood L.,J., Carter F. A. (2016) Adiposity and pshychosocial outcomes at ages 30 and 35. Social Pshychiatry and Psychiatric Epidemiology 51;(2):309-318.

Méndez J. P., Vázquez-Velázquez V., García-García E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. Boletín Médico del Hospital Infantil de México 65;(6):579-592.

Moreno González M, Ortiz Viveros G. (2009). Trastorno Alimentario y su relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Rev Terapia Psicológica; 27(2): 181-190.

Ogden, J. (2005) Psicología de la alimentación. Comportamientos saludables y trastornos alimentarios. Ediciones Morata; Madrid.

Ortega E. (2018). Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. Rev Med Hered. 29: 111-115.

Pike, K. M., & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. Journal of Abnormal Psychology, 100(2), 198-204.

Portela M, da Costa Ribeiro H, Mora M, Raich R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp*; 27 (2): 391-401.

Prevención de trastornos de la conducta alimentaria. *Comunidad C+ibero*. Tercera época, núm 242. Agosto 26, 2019; p. 9:10.

Quintero J, Alcántara M, Banzo-Arguis C, Martínez de Velasco R, Barbudo E, Silveria B, Pérez-Templado J. (2016). Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud Mental*, 39 (3): 123-130.

Rava F, Silber T. (2004). Bulimia Nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Arch argent pediatr*; 102 (5): 353-363.

Ruíz Martínez A, Vázquez Arévalo R, Mancilla Díaz JM, Viladrich C, Halley Castillo M. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos alimentarios: una revisión. *Rev Mex de trastor aliment* 4(1): 45-57.

Salazar R. (2020). La obesidad y su tratamiento a lo largo del tiempo. *Rev Col Cirugía Plástica y Reconstructiva*. 26(1): 71-75.

Sánchez Gómez, V. (2018). Diferencias de género en la Autoimagen asociada a los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la ingesta de Alimentos en Adolescentes. Universidad Chapultepec. TESIUNAM. CDMX.

Sanz Porras, J. (2008). Aportaciones de la sociología al estudio de la nutrición humana; una perspectiva científica emergente en España. *Nutrición Hospitalaria*, 23(6), 531-535.

Sarlio-Lähteenkorva S, Silvertoinen K, Lahelma E. (2004). Relative Weight and Income at Different Levels of Socioeconomics Status. *Am J Public Health*. 94(3): 468-472.

Segura M, Villegas R, Placencia P, Julio S. (2016). La necesidad de una intervención psicológica integradora en los trastornos de la conducta alimentaria: a propósito de un caso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental* 2: 101:120.

Serrano A. (2015). Programa educativo en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: valoración de la eficiencia de un programa de intervención frente a un grupo control. Madrid.

Solano Castillo, L. (2018). Teoría y tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos: anorexia y bulimia nerviosa. [Tesis]. UNAM; México.

Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Curr Psychiatry Rep. Aug; 14 (4): 406-14.

Toro y Vilardell (1987). Anorexia Nervisosa. Editorial Roca. Málaga, España.

Toro J. (1996). El cuerpo como delito: Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad. Barcelona. Ariel.

Varela Casal, P., Maldonado, F., F. (2011) Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. España. Actas Españolas de Psiquiatría 39;(1):12-19.

Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Ocampo Tellez-Girón, M, Mancilla-Diaz, J. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 6(2):108-120.

Vázquez Velázquez, V. (2013). El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial. Psicología y Salud, ene-jul 23(1):15-24.

Winnicott, D.W. La lactancia natural como una forma de comunicación". En: Winnicott, D.W. (1989). Los bebés y sus madres. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Winnicott, D.W. (1989). Los bebés y sus madres. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Cibergrafía

Carreto Bianca (2018). La obesidad, el problema que apura a México a buscar soluciones efectivas. ADN Político. Revista expansión Política. Disponible en: <https://politica.expansion.mx/mexico/2018/10/12/la-obesidad-el-problema-que-apura-a-mexico-a-buscar-soluciones-efectivas>

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2004). Guía de Trastornos Alimenticios. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf

Diario Oficial de la Federación. Miércoles 14 de octubre del 2015. Secretaria de Salud. (2015). Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para el control del sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5411541&fecha=14/10/2015

Díaz Castrillón, F, & Cruzat Mandich, 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), 1-9. Recuperado en 11 de abril de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000100001&lng=es&tlng=es.

Fonagy, P. (1999). Tomado de aperturas psidicoanalíticas, revista no.003. Washington DC., 1999. Disponible en: URL: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias-trasgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>

García Alejandro (2015). El último hombre sano: breve historia del DSM. Jot Down. Contemporary Culture Mag. Disponible en: <https://www.jotdown.es/2015/02/el-ultimo-hombre-sano-breve-historia-del-dsm/>

Guía de Trastornos Alimenticios. (2004). Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 1ra edición. Consultado en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf

Hernández L. (2007). Un caso de anorexia: goce, amor y odio desde la perspectiva psicoanalítica. Revista electrónica de Psicología Iztacala; 10(3): 100-120. Consultado en: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol10num3/art8vol10n3.pdf>

Howard, J. (2018). Así ha cambiado el concepto de la mujer "ideal" a lo largo de la historia. Disponible en: URL: <https://cnnespanol.cnn.com/2018/03/08/mujer-ideal-modelo-historia-moda-cuerpo-flaca-gorda/>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). Atiende IMSS Trastornos Alimenticios con Tratamiento Médico, Psicológico y En Nutrición. Mayo 2018 Disponible en: URL: www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201805/114

Khalil, Gibrán (1918). Las Sonámbulas, en el Loco. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/439739/El-Loce-Khalil-Gibran>. Consultado, julio 2020.

Klein, M. (1957). Envidia y gratitud. Disponible en: URL: [psikolibro.blogspot.com > 2007/10 > obras-completas-de-melanie-klein](http://psikolibro.blogspot.com/2007/10/obras-completas-de-melanie-klein)

Moneta C.,M.E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. Revista Chilena Pediatría 85;(3):265-268. Disponible en: URL: http://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062014000300001&script=sci_arttext

Pérez Rodríguez, A. (2018). Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología. [Tesis]. Universidad Complutense de Madrid; Facultad de Psicología. Disponible en: URL: <http://eprints.ucm.es/46697/1/T39643.pdf>

OCDE. Obesity update 2017. Consultado en: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>

Estadísticas de los trastornos de la conducta alimentaria.
<https://www.nationaleatingdisorders.org/estad%C3%ADsticas-de-los-trastorno-de-la-conducta-alimentaria>

Página web del Instituto Pascual:
<http://expobeta.com/ue/institutotomaspascualsanz/reportajes/los-tca-en-a-adolescencia/index.html>

Página web de la OMS <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

National Eating Disorders. NEDA Feeding Hope. Estadísticas de los trastornos de la conducta alimentaria. Sitio web: <https://www.nationaleatingdisorders.org/estad%C3%ADsticas-de-los-trastorno-de-la-conducta-alimentaria>