

UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO
EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CON CLAVE DE INCORPORACION 8852-25

**“ESTUDIO DOCUMENTAL SOBRE PSICOTERAPIA COGNITIVO-
CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN MEXICO”**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
CELENE MARLEN RUIZ AVILA

DIRIGIDA POR:
JOSE RAMÓN COMAS VIÑAS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la **Universidad Americana de Acapulco**
por ser el instrumento que ayudo a hacer posible
el sueño acariciado de ser una profesionista útil
a mi sociedad.

A la **Facultad de Psicología**
por las facilidades, disposición y
su trato cálido.

A mis **maestros**
por los momentos de aprendizaje
compartidos y su enorme entusiasmo
para sembrar el conocimiento.

A la **Lic. Julieta Álvarez Carbajal**
por ser guía en la aventura de la
investigación, por su disposición
y presencia fundamental en la
culminación de la misma.

Al **Dr. José Ramón Comas Viñas**
por ser amigo, maestro y ejemplo de esfuerzo constante,
además de pieza fundamental en este trabajo.

DEDICATORIAS

A **Dios** por la oportunidad de existir
y hacer realidad todo lo planeado.
Gracias por aceptar mi invitación.

A mis **Padres Don Pepe y Mamy Reyna**
por su amor incondicional e infinito, por
ser pilar y ejemplo de valores, y por
todo su apoyo.

A mis **Hermanos Maricela, Ricardo y Diana**
por los momentos vividos, por que a su
lado me he dado la oportunidad de ser
sin temor.

A mi **Esposo José Luis** por la paciencia,
su inmenso amor y la tenacidad a través
de los años, por continuar escribiendo
en nuestras páginas.

A **Ada y Miriam** por que a su lado he comprendido
que uno también puede escoger a los hermanos,
hacer mejores las alegrías y menos dolorosas las
penas.

AGRADECIMIENTOS

DEDICATORIAS

INTRODUCCION

CAPITULO I. GENERALIDADES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

1.1 Anorexia nerviosa	7
1.2 Bulimia nerviosa	10
1.3 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	13
1.4 Trastornos de personalidad y trastornos de la alimentación	15
1.4.1 Trastorno limite de la personalidad	16
1.4.2 Trastorno narcicista de la personalidad	17
1.4.3 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad	18
1.5 Factores desencadenantes de un trastorno de la alimentación	19
1.5.1 Factores biológicos	19
1.5.2 Factores psicológicos	20
1.5.3 Factores sociales y culturales	21
1.5.4 Factores familiares	21
1.5.5 Factores precipitantes	22
1.5.6 Características individuales	22
1.6 El estrés como factor precipitante en la etiología de los trastornos alimentarios	23
1.6.1 Los aspectos biológicos	23
1.7. Estrés y trastornos de la conducta alimentaria	24
1.7.1 Modelos explicativos de la relación entre estrés y trastornos alimentarios	25
1.8. Factores de mantenimiento	27
1.8.1 Consecuencias psicológicas de la inanición	27
1.8.2 Interacción familiar	27
1.8.3 Interacción social	28
1.9 Detección de los trastornos alimentarios	28

1.10 Visiones teóricas que explican los trastornos alimentarios	31
1.10.1 Modelo psicoanalítico	31
1.10.2 Modelo conductual	32
1.10.3 Modelo sistémico	32
1.11 Tratamiento	32
1.11.1 Tratamiento médico	33
1.11.2 Tratamiento nutricional	33
1.11.3 Tratamiento psiquiátrico	34
1.11.4 Tratamiento psicológico	34

CAPITULO II. ADOLESCENCIA: DESCRIPCION GENERAL

2.1 Introducción	36
2.2 Aspectos biológicos a destacar durante la adolescencia	39
2.3 Aspectos psíquicos a destacar durante la adolescencia	48
2.4 Aspectos sociales a destacar durante la adolescencia	53
2.5 Psicopatología de la adolescencia	56
2.6 Trastornos de la personalidad y adolescencia	59
2.7 Psicoterapia en adolescentes	62

CAPITULO III. PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Introducción	64
3.1 Las metas generales de los tratamientos en los trastornos alimentarios	66
3.2 Objetivos específicos en el tratamiento de la anorexia nerviosa	67
3.3 Objetivos específicos en el tratamiento de la bulimia nerviosa	68
3.4 Terapia cognitivo-conductual: antecedentes	69

3.5 Principios fundamentales de la psicoterapia cognitivo-conductual	72
3.6 Fases de la intervención de la terapia cognitivo-conductual	73
3.7 Terapia cognitivo-conductual en la anorexia nerviosa	73
3.8 Terapia cognitivo-conductual en la bulimia nerviosa	74
CONCLUSIONES	77
PROPUESTA	79
BIBLIOGRAFIA	99

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, los trastornos de la alimentación, han tomado gran importancia en el campo de la psicología, la medicina y la psiquiatría, los cuales han cobrado una relevancia significativa durante los últimos años. La influencia masiva sobre dietas y el ejercicio excesivo indican que la delgadez se ha convertido para algunas mujeres, cada vez más jóvenes, y también para algunos hombres, en una especie de culto del que no pueden prescindir.

Actualmente, los jóvenes sacrifican horas enteras dedicadas al ejercicio físico para conseguir adelgazar. Se someten a privaciones con dietas difíciles de cumplir y terminan desarrollando una verdadera obsesión por estar delgadas o delgados, que en algunos casos, da lugar a una enfermedad por dependencia.

Como se describirá más adelante, los trastornos alimentarios engloban una serie de signos y síntomas tan diversos, que por sí mismos alteran de forma alarmante distintas áreas de la vida del sujeto. El tratamiento para los desórdenes alimentarios abarca un enfoque multidisciplinario, en donde las principales disciplinas que abordan a los pacientes que presentan dichos trastornos son: medicina, psiquiatría, psicología y nutrición.

Al respecto, lo que se ha podido investigar, es que los trastornos de la alimentación tienen una etiología multifactorial, donde participan factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y familiares; así como la personalidad y la presencia de factores predisponentes y precipitantes.

Algunos síntomas de las personas que sufren de anorexia son: depresión, insomnio, sueño fragmentado, pérdida de peso, estreñimiento,

reducción de la libido y amenorrea. Además, existen características cognitivas de la depresión como indecisión, pérdida de interés, baja autoestima (central en la psicopatología depresiva), poca concentración, aislamiento social y más adelante se convierte en una obsesión por el peso y por la apariencia. En referencia a esta obsesión, se dice que ésta es lo que la diferencia de la posible anorexia existente provocada por otra enfermedad. Otros factores individuales incluyen: la presencia premórbida, rasgos de perfeccionismo, imagen corporal ideal delgada, locus de control externo, abuso de sustancias, baja estima y susceptibilidad al estrés.

En lo que refiere al entorno familiar este puede afectar al individuo, sobre todo si la familia se caracteriza por la falta de compromiso, apoyo y comunicación directa entre los miembros; tensiones y conflictos que difícilmente se resuelven, pautas de interacción hostiles y manipuladoras, niveles importantes de agresión, y sentimientos negativos que no pueden ser expresados, ausencia de intimidad emocional, evaluaciones negativas y críticas de los padres en torno a la apariencia física de los hijos, poco énfasis en la afirmación y la autonomía, una familia que tienda a adherirse rígidamente a los síntomas para mantener la estabilidad y apartarse de conflictos no reconocidos pero peligrosos.

También influye en el desarrollo de los trastornos de la alimentación la sociedad que pone gran énfasis en la apariencia, particularmente en la figura corporal, de este modo los individuos internalizan un modelo social de la imagen corporal ideal. Actualmente, la imagen ideal implica ser delgado y los medios de comunicación juegan un rol poderoso en la comunicación de éstos estándares de belleza.

En las últimas décadas el aumento de la prevalencia de anorexia y bulimia nerviosa ha tenido un incremento significativo. Estudios epidemiológicos recientes, muestran que el trastorno es común tanto en países desarrollados como en países subdesarrollados, y más frecuente en mujeres jóvenes cuyas profesiones requieren estar delgadas, como modelos y bailarinas. Se pensaba antes que la prevalencia era mayor en clases socioeconómicas altas, sin embargo en la actualidad se encuentra una distribución pareja en todas las clases sociales¹. En relación con los factores precipitantes, existen evidencias que sugieren que el estrés juega un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Como se mencionaba anteriormente, el tratamiento para los desórdenes alimentarios abarca un enfoque multidisciplinario, en donde las principales disciplinas que abordan a los pacientes que presentan dichos trastornos son: médico, psiquiátrico, psicológico y nutricional.

Debido a que estos padecimientos son considerados de difícil manejo, en la mayoría de los casos se establecen tratamientos a largo plazo. Sin embargo, la demanda actual de asistencia terapéutica ha llevado a los interesados en el tema a estudiar la posibilidad de que la psicoterapia breve pueda ser una opción de tratamiento cada vez mas empleada en el tratamiento psicoterapéutico. Mucha es la demanda y pocos son los pacientes que pueden tener acceso a un tratamiento integral. Realmente no hay estadísticas que indiquen que sucede con todos estos pacientes que no pueden recibir la ayuda tradicional, pero lo que sí se sabe es que las personas que sufren de anorexia y bulimia, si no son atendidas a tiempo, los síntomas presentados pueden agravarse, surgiendo complicaciones que pueden incluso llevar al paciente

¹ Kaplan, Sadock, Sinopsis de psiquiatría, segunda edición, editorial panamericana. España: 2003, pág. 22

hasta la muerte. Los estudios señalan una tasa de mortalidad entre el 5% y el 18%².

La presencia de los factores de riesgo, entre ellas: la restricción dietética, el ejercicio extenuante, la obesidad, periodos de atracón, vómitos, uso de laxantes, la influencia sociocultural, constituyen una de las principales causas de estas diversas enfermedades de gravedad, por lo que se considera de suma importancia contribuir al tratamiento de dichos padecimientos. Por lo tanto, se propone un tratamiento de psicoterapia breve para el manejo sintomático de los trastornos alimentarios.

La psicoterapia breve constituye una modalidad terapéutica con respecto a la psicoterapia psicoanalítica. Su ventaja, como su nombre indica, es que es una propuesta de rápida acción, con determinado número de consultas. Sin embargo, a diferencia del tratamiento tradicional, que busca la mayor readaptación posible de una persona a partir de hacer consciente lo inconsciente, la terapia breve constituye un método de tratamiento para síntomas que requieren de un rápido alivio. La propuesta de tratamiento busca ejercer cierta eficacia sobre el control de la conducta impulsiva que en ocasiones acompaña a los trastornos de la alimentación.

Por otro lado, es importante impulsar y promover un tratamiento menos costoso a la que puedan acceder un grupo cada vez mayor de demandantes de este servicio. La propuesta de tratamiento esta dirigido a jóvenes entre 12 y 18 años edad, tomando en consideración que la adolescencia e inicio de la edad adulta, representa el punto crítico del desarrollo en el que con mayor frecuencia se presentan los trastornos de la alimentación. La propuesta de tratamiento incluye 12 sesiones de psicoterapia cognitivo-conductual. La propuesta de psicoterapia breve es pionera por su diseño; su eficacia todavía no se conoce, por lo que la evaluación rigurosa del proceso y sus resultados

² Kaplan, sadock. Cit, Op, pág. 29

serán fundamentales en futuras investigaciones para demostrar eficacia, efectividad y eficiencia.

Para concluir con la elaboración de este trabajo, se realizará en el capítulo uno, un análisis sobre las generalidades de los trastornos alimentarios, en el capítulo dos se aborda el tema de la adolescencia, tomando en consideración que es en aquella etapa e inicio de la edad adulta, donde se haya el punto crítico en el que con mayor frecuencia se presentan los trastornos de la alimentación. En el capítulo tercero se revisan los objetivos, características y alcances de la psicoterapia breve en el tratamiento de los trastornos alimenticios, y posteriormente, se establece una propuesta de psicoterapia breve como una alternativa de tratamiento, que ayude a tener un mejor control sobre los síntomas de los desórdenes de la alimentación.

CAPITULO UNO

GENERALIDADES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Los trastornos de la alimentación representan una gama de comportamientos que oscilan entre la anorexia nerviosa al comer compulsivo pasando por la bulimia. Cada uno de estos padecimientos se caracteriza por la manifestación de diversos síntomas. Algunos síntomas son compartidos, otros únicos de cada enfermedad.

La anorexia y la bulimia se caracterizan por presentar conflictos en la imagen corporal, en la alimentación, profundas dificultades emocionales y un conjunto de síntomas que pueden llevar a la persona que los padece aún hasta la muerte. Uno de los síntomas que más frecuentemente se observa en los trastornos de la alimentación es la impulsividad ya sea en el modo de comer o en el evitar ganar peso.

Ni el atracón ni la purga (consumir diuréticos o laxantes para quemar el contenido calórico consumado) son específicos de algún trastorno de la alimentación si no que ambos pueden formar parte de la anorexia o la bulimia, dichas conductas se caracterizan por una falta de control sobre la ingesta con marcada impulsividad para evitar ganar peso. Así mismo no siempre se encuentran juntas, hay pacientes que únicamente recurren al atracón y quienes usan purga.

1.1 Anorexia nerviosa

El DSM-IV-TR refiere que las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas de este trastorno, sufren de amenorrea.

Los criterios diagnósticos son:

A.- “Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (por ejemplo, pérdida de peso conducente a mantener el peso corporal 15% por debajo del mínimo requerido).

B.- Miedo intenso a subir de peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C.- Alteración en la manera en la que el propio peso o figura corporal son experimentados, influencia extrema del peso o la figura corporales en la auto evaluación o negación de la seriedad del actual peso corporal.

D.- En las mujeres postmenárgicas, amenorrea, es decir una ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos (una mujer es considerada como amenorréica sí sus períodos ocurren sólo tras la administración de hormonas)”¹.

¹ **Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales** (DSM IV-TR), editorial Masson, Barcelona: 2002, pp.659-660

A sí mismo se reconocen dos tipos de anorexia:

- Tipo restrictivo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni purgas.

- Tipo purgativo: Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas o ambos. La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracón también recurren a purgas provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de modo excesivo. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

El inicio de la anorexia nerviosa ocurre entre los 10 Y 30 años. *Los pacientes fuera de este rango de edad son atípicos.* “Después de los 13 Años, la frecuencia aumenta rápidamente y llega a ser máxima entre los 17 y 18 años de edad. Cerca del 85% de estos pacientes inician la enfermedad entre los 13 y 20 años”².

Antecedentes históricos de la anorexia nerviosa

La primera descripción clínica que tenemos sobre la anorexia nerviosa, aparece publicada en 1689 por Richard Morton en su "Treatise consumtuion", en él resume:

"julio de 1684: hoy he visitado en la calle de Santa María a la hija de Mr. Duke, una joven - 'ocho años que tras una serie de sufrimientos espirituales presenta una supresión de la menstruación. Decayó el apetito y la digestión.

² Kaplan, Sadock, Sinopsis de psiquiatría, segunda edición, editorial panamericana. España: 2003, pág. 56

Presenta debilidad muscular, palidez y signos de consunción general del cuerpo. A pesar de ello se entrega a sus estudios y lecturas día y noche. Ha intentado aliviar sus síntomas con aplicación de emplastos, amargos y preparados de hierro, pero pronto dejó de tomarlos, muriendo a los tres meses"³.

Como puede observarse es esta una perfecta y clara descripción de algunas de las principales características sintomáticas de la anorexia nerviosa. Un factor distintivo de esta época y el ahora, es que antes no se le daba a la imagen corporal la importancia que hoy en día se le da, por lo que el contenido detrás de la sintomatología tenía matices de negar el cuerpo como un reflejo de la negación de lo material para así lograr la purificación espiritual.

“Mas adelante en 1873 Laségue en Francia describe la enfermedad como anorexia histérica, y así cita la frase repetida por tantas pacientes: "puesto que no tengo molestias, debo hallarme bien". Es este un claro testimonio de no sentirse enfermas y por lo tanto se niegan a recibir ayuda médica. Un año después Gull en Oxford la llama con el nombre de anorexia nerviosa o histérica"⁴ La realidad es que el nombre "ANOREXIA" es desde entonces inapropiado para esta enfermedad, ya que no es característica de la anorexia nerviosa la falta de apetito, sino que la paciente lucha en contra del apetito que siente. Anorexia deriva del griego as (carencia) y orexis (apetito).

Huchard, en 1883, describe un caso de anorexia mental, distinguiéndolo de la anorexia de origen digestivo. En 1885, Dejerine publica casos de rechazo de alimentos de origen mental. “Ocho años después Freud da a conocer un caso de anorexia de origen nervioso curado por hipnosis. Ajuriaguerra, en 1939, escribió sobre el papel del hipotálamo. Bruch en 1962 estudia los trastornos perceptivos del propio cuerpo”⁵.

³ Martínez, Fornés, **la obsesión por adelgazar**, 3 edición, 1994, MMéxico: España Calpe, pág. 68.

⁴ Toro, J. **Anorexia nerviosa**, 5 edición, España: 2001, Editorial Martínez Roca, pág. 40

⁵ Martínez, Fornés, op. Cit. pp. 66

Como podemos observar en un periodo de más de 300 años, hemos recorrido una gran distancia de los primeros casos de anorexia hasta la aplicación de diversas teorías que nos proveen de un entendimiento del padecimiento. Sin embargo son pocas las consideraciones técnicas prácticas para el tratamiento de la anorexia nerviosa.

“En las últimas décadas el aumento de la prevalencia de anorexia nerviosa ha tenido un incremento significativo, estimándose que entre un 0.5% y el 1 % de chicas adolescentes la presentan. Su edad de inicio más común es a los 15 años, pero hasta un 5% de las pacientes anoréxicas inician hacia los 20. Es de 10 a 20 veces más frecuente en mujeres que en hombres. Se calcula que la prevalencia de mujeres jóvenes con algunos síntomas de anorexia nerviosa que no reúnen criterios diagnósticos, se acerca al 5%.

Estudios epidemiológicos recientes muestran que el trastorno es más común en países desarrollados, y más frecuente en mujeres jóvenes cuyas profesiones requieren estar delgadas, como modelos y bailarinas. Se pensaba antes que la prevalencia era mayor en clases socioeconómicas altas, sin embargo en la actualidad se encuentra una distribución pareja en todas las clases sociales”⁶.

1.2.- Bulimia nerviosa

De acuerdo al DSM-IV-TR la Bulimia nerviosa consiste en atracones seguidos por métodos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso.

⁶ Kaplan, Sadock, op. Cit. pp. 83

Las características diagnósticas son:

“A. Episodios de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1.- Comer en un discreto período de tiempo (por ejemplo 2hrs) una cantidad de comida que es significativamente más grande que lo que la mayoría de gente comería durante un período similar de tiempo y bajo circunstancias similares.

2.- Sensación de falta de control sobre el comer durante el episodio (por ejemplo, un sentimiento de que uno no puede parar de comer o controlarlo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación de vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por la figura y el peso corporal.

E. El disturbo no ocurre exclusivamente durante episodios de Anorexia nerviosa”⁷.

Así mismo se reconocen dos tipos de bulimia:

• Tipo purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito, usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

⁷ Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR), op. Cit, pp. 662-663

- Tipo no purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno, ejercicio intenso, pero no recurre a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas.

Antecedentes históricos de la bulimia nerviosa.

Son pocos los reportes clínicos que a lo largo de la historia se tienen de la Bulimia nerviosa, ya que hasta hace poco formaba parte o no se distinguía como hoy de la anorexia.

Sin embargo si recordamos la historia siglos atrás podemos remontarnos a los antiguos romanos, quienes acostumbraban a realizar festines interminables entre la clase pudiente culminando con el vómito como una alternativa para continuar disfrutando "del placer del comer". "Esta costumbre romana realmente no tiene nada que ver con la bulimia, pues era un acto social, para seguir comiendo y no por temor a engordar; no era compulsivo ni generaba sentimientos de culpa, al contrario era muy gratificante.

Hasta el año 1979 Russell utiliza el término Bulimia nerviosa para describir un grupo de pacientes que presentan una necesidad imperiosa de comer en exceso, vomitan y utilizan laxantes tras su ingesta y sufren un miedo intensísimo a engordar. A partir de este momento surgen diversos trabajos que intentan verificar la existencia de este subgrupo de los trastornos de la alimentación”⁸.

En la actualidad la bulimia nerviosa tiene una prevalencia del 1 al 3% de mujeres jóvenes. Es más frecuente en mujeres y su inicio es posterior a la anorexia, incluso es de frecuente inicio en la madurez. "Se han observado

⁸ Martínez, Fornés, , op. Cit, pp. 45

síntomas ocasionales de bulimia nerviosa, como episodios aislados de atracones o purga, hasta en un 40% de las mujeres universitarias. Aunque la bulimia nerviosa se suele presentar en mujeres con un peso normal, a veces han tenido historia de obesidad”⁹.

1.3.- Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

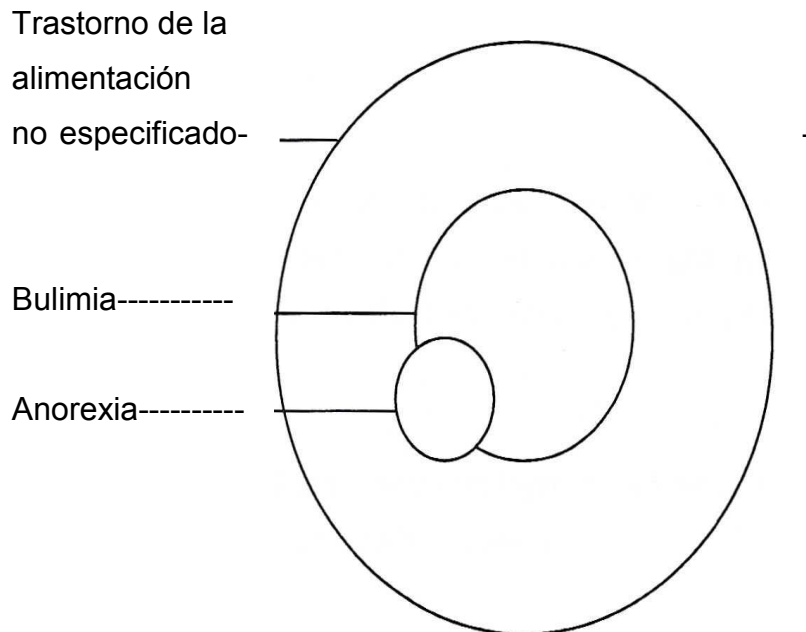
La práctica privada ha demostrado que realmente hay un grupo diverso de pacientes que están atravesando por alteraciones específicas en la alimentación, pero que no cubren los criterios solicitados ya sean por la anorexia o por la bulimia.

“Es por esto que el DSM-IV propone esta categoría para los trastornos de la conducta alimentaria que no cumple con los criterios para ningún trastorno de la alimentación específico, pero que requieren de un apoyo interdisciplinario profesional así como la anorexia y la bulimia.

Fairburn y Wilson (1993) esquematizan la proporción de los trastornos de la alimentación de mayor frecuencia de la siguiente manera”¹⁰:

⁹ Kaplan y Sadock, op. Cit, pp. 81

¹⁰ Wilson, Fairburn, **Bingue Eating**. New Cork: 2003, Guilford, pág. 68



Algunos ejemplos son:

1.- “Mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.

2.- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de normalidad.

3.- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

4.- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo: provocación del vómito después de haber comido dos galletas).

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

6.- Trastorno compulsivo: Se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta inapropiada típica de la bulimia nerviosa”¹¹.

1.4.- Trastornos de Personalidad y Trastornos de la alimentación

Cuando los trastornos de la alimentación coexisten con trastornos de personalidad el curso de los mismos se hace más complicado, por esta razón es importante la detección de coexistencia de anorexia o bulimia con estas alteraciones de la personalidad, con la finalidad de lograr un mejor tratamiento para dichos trastornos.

“Una tercera parte de pacientes con trastornos de la alimentación coexisten con un diagnóstico de trastorno de la personalidad, siendo el más frecuente el trastorno de la personalidad límite (Zerbe, 1995). Sin embargo un estudio más reciente refiere que el 57% de los pacientes con trastornos de la alimentación presentan un trastorno de personalidad.

Los trastornos de la personalidad que con mayor frecuencia acompañan a un trastorno de la alimentación son:

- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno narcisista de la personalidad
- Trastornos obsesivo - compulsivo de la personalidad”¹²

¹¹ Wilson, Fairburn, Ibidem.

¹² Karwautz, A; Troop N; Rabe, **Personality disorders and personality dimensions in anorexia nervosa**, Journal of personality disorders, pág. 17, 2003, Third Edition

1.4.1.- Trastorno Límite de la personalidad

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR refiere al trastorno límite de la personalidad como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

“Es más frecuente encontrar que el trastorno de personalidad límite coexiste con más frecuencia en mujeres con bulimia que en aquellas que tienen anorexia de tipo restrictiva. (Johnson, 1991).

Los criterios diagnósticos son:

Cinco ó más de las siguientes características:

1.- Esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginario.

Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de auto mutilación del criterio 5.

2.- Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

3.- Alteración de la identidad: auto imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.

4.- Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p.ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, atracones de comida).

5.- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

6.- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).

7.- Sentimientos crónicos de vacío.

8.- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9.- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves”¹³.

1.4.2 Trastorno Narcicista de la personalidad

De acuerdo al DSM IV-TR, el trastorno narcicista de la personalidad se caracteriza por la presencia de un patrón de grandiosidad, de admiración y falta de empatía.

Los criterios diagnósticos son:

Cinco más de las siguientes características:

1.- “Tiene un grandioso sentido de auto importancia (p.ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).

2.- Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.

3.- Cree que es especial y único y que sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.

4.- Exige admiración excesiva.

5.- Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que cumplan automáticamente sus expectativas.

¹³ Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, op. Cit.

6.- Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.

7.- Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.

8.- Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.

9.- Presenta comportamiento o actitudes arrogantes o soberbias”¹⁴

1.4.3 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

De acuerdo al DSM-IV-TR el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad se caracteriza por la presencia de un patrón de preocupación por el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que inicia al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Pacientes con trastornos de la alimentación que con mayor frecuencia presentan características correspondientes a este trastorno de personalidad son aquellas que suelen tener un comportamiento restrictivo.

Los criterios diagnósticos son:

Cuatro o más de las siguientes características:

1.- “Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.

¹⁴ Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, op. Cit.

2.- Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p.ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).

3.- Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).

4.- Excesiva terquedad, escurpulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).

5.- Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.

6.- Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.

7.- Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.

8.- Muestra rigidez y obstinación”¹⁵

1.5 Factores desencadenantes de un trastorno de la alimentación

1.5.1.- Factores biológicos

“Dentro de los factores biológicos encontramos el factor genético, que a pesar de que no se encuentran casos de anorexia nerviosa en las abuelas, madres o tías, probablemente por la reciente difusión de la anorexia y bulimia; si encontramos casos concordantes entre hermanas anoréxicas entre 3.1 % y 6.6%”¹⁶

¹⁵ Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, op. Cit.

¹⁶ Garner, D. Manual for the Eating Disorder Inventory (EDI). Odessa, FL; Psychological Assessment Medine, pág. 279, 2004

Sin embargo esta pequeña concordancia puede también ser explicada por compartir la misma dinámica familiar, por estar sometidas a la misma educación, o bien por una influencia inductora de la hermana ya enferma.

La realidad es que hasta hoy no se ha encontrado el Gen de la anorexia o el gen de la bulimia, pero lo que sí se sabe es que se heredan características propias del cuerpo, por ejemplo la cadera, el busto, y en ocasiones esta herencia puede traer conflictos con la imagen corporal de la adolescente ya que va en contra de la "moda del momento".

“La obesidad, distribución de la grasa corporal, metabolismo lento, hipotiroidismo, o bien haber padecido de alguna enfermedad médica, con incidencia importante sobre el peso, o padecer enfermedades crónicas por ejemplo la diabetes; en la cual la medición de la insulina puede ser usada como una conducta compensatoria a modo de purga, (Zerbe, 1995) pueden detonar la presencia de algún trastorno de la alimentación”¹⁷.

1.5.2 Factores psicológicos

Dentro de los factores psicológicos encontramos los trastornos afectivos y emocionales dentro de los cuales la depresión ocupa el primer lugar como desencadenante de un trastorno de la alimentación.

Las características de personalidad juegan un papel fundamental en la génesis de estos trastornos. “La personalidad límite, narcisista, dependiente y obsesivo - compulsivo son las que más predisponen la aparición de la sintomatología anoréxica o bulímica”¹⁸.

¹⁷ Zerbe, J. K. The body betrayed. A deeper understanding of women, eating disorders, and treatment. USA: Gurze books, 2002, pág. 285

¹⁸ Selvini, M, Cirillo, **Muchachas anoréxicas y bulímicas**, editorial paidós, 1990, pág. 75.

1.5.3 Factores sociales y culturales

Diera la impresión de que el peso fuera una moda. Si hacemos un recorrido histórico acerca de los modelos de belleza desde el siglo XVIII hasta fecha, encontramos un abismo de diferencia.

En la actualidad los modelos de belleza presentan en su gran mayoría un trastorno de la alimentación. La presión publicitaria y social por la figura femenina cada vez más delgada resulta irresistible para muchas adolescentes. El mensaje que se les envía es que sólo siendo delgadas serán atractivas, espirituales, famosas, queridas, competitivas, inteligentes, en fin, un número de características positivas. Para muchas jóvenes no existe autoestima sin delgadez.

1.5.4 Factores familiares

“Minuchin desarrolló su modelo de familia psicosomatogénica, es decir, las familias que alientan la expresión del conflicto a través del cuerpo. Estas familias se caracterizan por:

- Aglutinamiento: Forma extrema de proximidad e intensidad en las relaciones familiares. Gran resonancia emocional y escasa diferenciación interpersonal.
- Sobreprotección: Consecuencia de lo anterior. Acentuada necesidad de amparo recíproco entre los integrantes de la familia.
- Rigidez: dificultad de adaptación a los cambios.
- Ausencia de resolución de conflictos: Éstos se niegan o simplemente se postergan no se enfrentan”¹⁹.

¹⁹Selvini, M. Los juegos psicóticos de la familia. México, 1990, paidós, pág. 68

Es importante hacer referencia de que hay diferencias significativas entre las características de las familias restrictivas e impulsivas, la cual reside principalmente en el manejo de los límites. En la conducta del atracón – purga, los límites suelen ser laxos o incluso inexistentes, en cambio en la conducta restrictiva los límites son rígidos y poco flexibles.

Por otro lado, antecedentes en la familia de trastornos de la personalidad, en el estado de ánimo; adicciones o trastornos afectivos suelen existir con la anorexia y la bulimia.

“Así mismo es importante recordar que los síntomas de un individuo ayudan a conservar la homeostasis de la familia. Al respecto mientras más oculto, y mayor sea el conflicto, más grave será el síntoma”²⁰.

1.5.5 Factores precipitantes

Dentro de esta categoría encontramos aquellos sucesos inesperados que de modo cercano al desencadenamiento de la sintomatología pudieron haberse cruzado en el camino de la paciente. Algunos ejemplos son: pérdidas de seres queridos, cambios de escuela o casa, comentarios despectivos acerca de la figura corporal de la adolescente, rupturas amorosas, fracaso personal, contactos sexuales, incremento inesperado de peso, enfermedad física, crisis del desarrollo; en fin un sin número de acontecimientos que puedan estar ligados al inicio de la enfermedad.

1.5.6.- Características individuales

Edad, sexo y profesión son características individuales que pueden favorecer la existencia de un trastorno de la alimentación. Así se ha visto que las mujeres son diez veces más propensas que los hombres a desarrollar

²⁰ Bergman, S. Pescando barracudas. México paidós, 1995, 1995, pág. 158

anorexia o bulimia. La adolescencia es el periodo de vida más vulnerable para la aparición del mismo. Y dentro de esta población la incidencia es mucho mayor en aquellas mujeres que practican una profesión íntimamente relacionada con la imagen tales como modelos, actrices y figuras públicas.

1.6.- El estrés como factor precipitante en la etiología de los trastornos alimentarios

“En ese sentido, existe una línea de investigación directa cuyos resultados indican que los Acontecimientos Vitales estresantes (AA VV) se asocian con un amplio rango de trastornos somáticos y mentales, y entre ellos, con los trastornos alimenticios.

La investigación se ha enfocado en la medida de factores estresantes conocidos como “Acontecimientos Vitales” (AA VV), y la hipótesis de que los AA VV pueden traer cambios en el bienestar físico y mental en el individuo”²¹.

De acuerdo a Holmes y Masuda (1974), un acontecimiento vital (A V) puede ser definido como un suceso o circunstancia que sucede en la vida de un individuo que puede tener el potencial de alterar su estado de salud física o mental actual (Goodyer, 1990). La activación del sistema de respuesta al estrés incluye cambios en el estado fisiológico y emocional de una persona, así como que tiene un impacto en la función cognitiva y conductual.

1.6.1 Los aspectos biológicos

“Desde un punto de vista neurofisiológico, los componentes de la respuesta primaria al estrés incluyen la activación secuencial de tres ejes

²¹ Moreno, Cava, Anorexia nerviosa, Editorial Paidós, México DF: Junio de 2001, pp. 122

genéricos: el neurológico, el neuroendocrino y el endocrino”²². Cuando se activa la respuesta al estrés durante una situación estresante aguda, el eje neurológico responde inmediatamente. Este eje está compuesto por el sistema nervioso autonómico que incluye los sistemas nerviosos simpático y parasimpático.

La rama del simpático es la predominante durante la activación producida en respuesta al estrés, la rama del parasimpático predomina en estados de relajación. “El resultado de la función del simpático es un incremento en la frecuencia cardíaca, aumento de la tensión arterial, cambios en el metabolismo que libera glucosa y vasoconstricción de los vasos que irrigan estómago, riñón, piel y órganos reproductivos”²³ Esta fase aguda es normalmente corta y, la mayoría de las veces, termina en un resultado adaptativo. Sin embargo, “si los recursos del cuerpo que responden al estrés son inefectivos, o existe una gran frecuencia de fases agudas sin tiempo adecuado para recuperarse, puede suceder la maladaptación”²⁴.

1.7 Estrés y Trastornos de la conducta alimentaria

Los estudios acerca de la asociación entre acontecimientos vitales y ciertos trastornos alimentarios suelen ser abundantes. Los resultados tienden a concluir que los factores del entorno a menudo juegan un papel importante (como factores precipitantes) en el desarrollo de los trastornos en la conducta alimentaria (Brown, 1973). Por otra parte, “el estrés parece jugar un papel importante en el incremento de la vulnerabilidad al abuso o adicción a sustancias (si se toma en cuenta que el abuso de sustancias y adicciones en ocasiones actúan como factores de riesgo en los trastornos alimentarios”²⁵

²² Estrada, L. **El ciclo vital de la familia**. México: Paidós (1989), pág. 268

²³ Estrada, L. *Ibidem*, 276

²⁴ Roth, G, **Cuando la comida sustituye al amor**, primera edición, España, 1999, Urano, pág. 89.

²⁵ Moreno, Cava, **Anorexia nerviosa**, op. Cit. pp. 52

Moreno, Cava, *Ibidem*, pág. 60

Se experimentan una variedad de emociones durante los episodios anoréxicos o bulímicos, entre ellos, el estrés. “La ansiedad es una de las más experimentadas comúnmente. Otras son los sentimientos de depresión, insatisfacción, ira, apatía, abandono o hipocondriasis. A nivel conductual y cognitivo, la respuesta inmediata al estrés se manifiesta en un incremento de la habilidad de la persona para luchar contra la situación amenazante”²⁶

Esta lucha contra la situación amenazante conlleva muchas veces en realizar ejercicio de forma extenuante e incurrir en episodios de atracón. En este sentido, el factor de estrés actúa como factor precipitante. Dichos efectos se producen cuando la respuesta inicial al estrés no es efectiva y cuando la duración de la situación estresante se prolonga, provocando diferentes cambios cognitivos y conductuales.

El pensamiento se torna más rígido, concreto y menos productivo. Están presentes pensamientos irracionales, autos defensivos y rumiativos Conductualmente, los niveles de afrontamiento decrecen y puede predominar una actitud de pasividad/inercia. Esta percepción de temor y la habilidad de afrontar la situación amenazante adecuadamente juega un papel clave en determinar la activación, intensidad y duración del sistema de respuesta al estrés.

1.7.1 Modelos explicativos de la relación entre Estrés y Trastornos Alimentarios

Existen evidencias que sugieren que el estrés juega un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Se han propuesto varios modelos explicativos:

²⁶ Ibidem.

1.- “Modelo de estrés acumulado, mantiene que los individuos que experimentan un gran número de situaciones estresantes, relativamente normales y/o no normales, pueden tener incrementado el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. El estrés acumulado puede tener origen en áreas tales como la maduración puberal, disfunciones familiares, problemas con el entorno social, cambios académicos, etc.

2.- Modelo de estrés traumático, cuando situaciones estresantes severas juegan un papel directo en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Aquí se incluyen experiencias de abuso sexual, físico o psíquico, o el abandono.

3.- Modelo de estrés normativo, que propone que los individuos que padecen un trastorno alimentario y los que no lo padecen no se diferencian necesariamente en el número de factores estresantes que objetivamente padecen, son más bien las percepciones de estos individuos sobre estos acontecimientos las que constituyen los factores críticos que conducen a esa patología”²⁷.

De acuerdo con este modelo, el estrés psicosocial juega un papel tanto en el inicio de la anorexia como de la bulimia.

²⁷ Moreno, Cava, Anorexia nerviosa, op. Cit. pp. 63

1.8.- Factores de mantenimiento

1.8.1.- Consecuencias psicológicas de la inanición

Es bien sabido que la desnutrición determina una serie de modificaciones biológicas muy importantes para la homeostasis general del organismo y en general para su salud y propia existencia. Así mismo se han realizado estudios que demuestran que el déficit alimenticio entraña también consecuencias psicológicas relevantes.

“Joseph Toro (1987) cita un estudio realizado en 1950 por Keys, en el cual participaron 36 personas quienes fueron sometidas a una dieta de semi-inanición; al final del tiempo establecido, los participantes comenzaban a tardar un par de horas en realizar una comida que unos meses antes les hubiera llevado algunos minutos. Pasaban horas planeando que harían con la cuota de alimento que les era suministrado diariamente. La comida era su tema central de conversación. Más de la mitad de estos participantes comenzaron a leer libros de cocina y a coleccionar recetas culinarias. Algunos decidieron hacerse cocineros. Se produjo un incremento en el consumo de café y té. Intentaban tener sus estómagos llenos ingiriendo grandes cantidades de líquido. Aumentó el consumo de goma de mascar y cigarrillos”²⁸. En líneas generales comenzaron a realizar diversas conductas ahora relacionadas con la anorexia. Esto confirma que una parte importante de la sintomatología psicológica de la anorexia nerviosa esta determinada por el estado de desnutrición.

1.8.2.- Interacción familiar

“...Establecida la sintomatología anoréxica o bulímica, los patrones familiares tienden a modificarse, los padres suelen convertirse en padres

²⁸ Toro, J, anorexia nerviosa, op. Cit. pp. 149

depresivos, actuando como multiplicadores de los errores o anomalías de la paciente”²⁹. Así la familia suele y puede reforzar positivamente los comportamientos asociados al trastorno de la alimentación, debido a que este síntoma puede contribuir a motivar la homeostasis del sistema familiar, y estar brindando ganancias al mismo.

1.8.3.- Interacción social

Por lo general la pérdida de peso esta fuertemente reforzada por la sociedad, la cual influenciada con la tendencia marcada a la delgadez, funciona como un potente reforzador de las conductas restrictivas. Incluso comentarios despectivos suelen darse en el proceso de recuperación de la anorexia o bulimia a partir de la recuperación del peso.

1.9.- Detección de los Trastornos alimentarios

Fuera de la pérdida de peso significativa es fácil esconder los síntomas de la anorexia y bulimia. La realidad es que en general los síntomas asociados pueden ser poco evidentes para quienes rodean a una persona con un trastorno de la alimentación e incluso para la misma persona que lo padece.

Algunas conductas que si son reconocidas se puede sospechar de la presencia de un trastorno en la alimentación.

Las características en base a las conductas relacionadas al físico son:

1.- "Usar ropas muy holgadas, ocultando su condición física, la delgadez, su vestimenta es de colores oscuros, lo que las hace parecer más delgadas.

²⁹ Ibidem.

2.- Experimentar vértigos, desmayos, pérdidas de conocimiento y dificultad en la concentración.

3.- Realizar ejercicio excesivo.

4.- Presentar síntomas de inanición: piel fría, vello muy fino en todo el cuerpo (lanugo), caída de cabello, presión baja de forma anormal (hipotensión), latido del corazón bajo (bradicardia), estreñimiento con dolor abdominal, sensación de debilidad, problemas de sueño, amenorrea (Ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos. Las mujeres necesitan de entre un 18 a un 22% de grasa corporal para el funcionamiento menstrual normal).

5.- Pesarse varias veces al día, desnudas y en balanzas exactas.

6.- Tienen balanza propia y comparan con otras.

7.- Ayunar periódicamente, en ocasiones durante varios días.

8.- Contemplarse a sí mismas en toda circunstancia en que se halle frente a un espejo, vidrio o cualquier superficie que refleje su imagen.

9.- Analizar exhaustivamente las formas corporales³⁰.

No todas estas conductas son evidentes, ya que las adolescentes con anorexia nerviosa suelen realizarlas a escondidas, por ejemplo, el pesarse y el ayunar éste último lo esconden argumentando que ya comieron. Es importante que las complicaciones médicas sean revisadas y tratadas por un especialista.

Las características basadas en conductas relacionadas a los hábitos alimentarios son:

1.- "Realizar dietas muy severas: comen extremadamente poco, evitando ciertos alimentos por considerarlos "prohibidos". Para lograr evitar comer, inventan excusas tales como "No tengo hambre ahorita, comeré después", "Ya comí", "Decidí ser vegetariana", etc.

³⁰ Llewellyn, Abraham, Eating Disorders, 1988, Journal of personality disorders, pág. 11

2.- Desmenuzar los alimentos en porciones excesivamente pequeños, saboreándolos lentamente para, finalmente, ingerir una escasa cantidad en el mismo lapso de tiempo asignado a la comida.

3.- Preparar comida para otras personas con el objeto de "llenarse visualmente".

4.- Controlar permanentemente las calorías ingeridas (memorizan las calorías de cada alimento según tablas, escudriñan los envases, utilizan calculadora, llevan una agenda calórica).

5.- Abusar en el consumo de edulcorantes³¹.

Estas conductas son muy específicas ya que basan su vida alrededor de la comida.

Las características basadas en conductas sociales son:

1.- "Cambios de personalidad, volviéndose en personas más reservadas y desconfiadas. Protegen sus rituales de ingesta.

2.- Disminución del interés sexual.

3.- Búsqueda incesante por agradar a los demás.

4.- Evitar concurrir a reuniones donde pueda verse obligado a comer, recurriendo a todo tipo de excusas, a veces ridículas.

5.- Discurso monotemático; las conversaciones giran alrededor de ciertos temas recurrentes: las calorías, el peso, las dietas.

6.- Tienden a evitar reuniones sociales, pueden encerrarse en su cuarto y pedir que no se les moleste. Pueden ser competitivas y muy a menudo son

³¹ Crespo, Barnetche, B.A. (junio 1997). Tesis: Trastornos de la conducta alimentaria, pág. 78

obsesivas en cuanto al trabajo, lo cual les permite evitar reuniones sociales donde se ofrece comida”³².

Como se puede observar, este trastorno implica soledad y tristeza ya que se retraen casi por completo del contacto social. Estas conductas son muy importantes ya que por medio de éstas nos podemos dar cuenta de los rasgos que implica la anorexia nerviosa. Son rasgos fáciles de observar e identificar.

1.10.- Visiones teóricas que explican los trastornos alimentarios

1.10.1.- Modelo psicoanalítico

Desde una perspectiva psicoanalítica los trastornos de la alimentación son la expresión de un conflicto intrapsíquico, que tiene su base en la etapa oral durante el proceso de separación individuación.

Algunos psicoanalistas consideran que pacientes con trastornos de la alimentación por lo general son jóvenes incapaces de separarse psicológicamente de sus madres. El cuerpo pasa a ser percibido como si estuviera habitado por la introyección de una madre intrusiva y poco empática.

“La inanición puede tener el significado inconsciente de detener el crecimiento de este objeto interno intrusivo y, de ese modo, destruirlo. A menudo se ve implicado un proceso de identificación proyectiva en las interacciones entre el paciente y sus familiares”³³.

³² Ibidem.

³³ Kaplan y Sadock, Sinopsis de psiquiatría, op, Cit. , pág. 180

1.10.2.- Modelo cognitivo conductual

El modelo cognitivo conductual plantea que los trastornos de la alimentación surgen a partir de una serie de creencias irracionales que generan sentimientos y acciones no adecuadas que giran en torno a la alimentación e imagen corporal, estas mismas son a la vez reforzadas de modo positivo, lo que dificulta la posibilidad de romperlas con facilidad.

1.10.3.- Modelo sistémico

El enfoque sistémico parte de la hipótesis de que no es sólo la chica anoréxica o bulímica la que enferma, sino que la misma es portavoz de todo el sistema familiar, el cual requiere en su totalidad de ayuda. Como se ha visto a lo largo de este trabajo, existen una serie de características familiares las que promueven la aparición de la sintomatología anoréxica o bulímica.

1.11.- Tratamiento

Los trastornos de la alimentación tienen una etiología multifactorial y dada la complejidad de la sintomatología anoréxica y bulímica, aunada a la aún falta de comprensión y conocimiento sobre estos trastornos no se ha logrado establecer el tratamiento ideal para tratar estos padecimientos.

Lo que si es importante mencionar, es que independientemente de la orientación del tratamiento, el mismo debe ser multifactorial, abarcando tanto el área médica, psicológica, psiquiátrica y nutricional.

1.11.1.- Tratamiento médico

La diversa y compleja sintomatología de los trastornos de la alimentación conlleva un sinnúmero de complicaciones médicas que, pueden complicar el curso del trastorno de la alimentación y llevar a la persona que lo padece hasta la muerte.

Algunas de estas complicaciones pueden ser una deshidratación y trastornos electrolíticos, complicaciones cardiovasculares como arritmia, atrofia muscular cardíaca, e hipotensión arterial. “Pueden surgir complicaciones digestivas, retención de líquidos, infecciones oportunistas, debilidad muscular paralizante y la posibilidad de generar una dependencia a algunos medicamentos para bajar de peso tales como las anfetaminas”³⁴.

Por otra parte, de acuerdo a Kaplan y Sadock mencionan al respecto: “no deben administrarse hormonas con la finalidad de terminar con la amenorrea, ya que la misma es causa de la falta de alimentación, por lo que en el momento en que el organismo este en recuperación, también la menstruación se recupera”³⁵.

Debido a estos padecimientos secundarios es necesario que un médico de preferencia Internista, sea quien este a cargo de la responsabilidad del tratamiento médico de la paciente.

1.11.2.- Tratamiento nutricional

Debido a que surgen diversos mitos alrededor de la comida, y a que el organismo pierde la capacidad de digerir algunos alimentos es muy importante

³⁴ Toro, J. Anorexia nerviosa. Op. Cit. pág. 233

³⁵ Kaplan, Sadock, Sinopsis de psiquiatría, Op. Cit , pág. 46

la asesoría nutricional, ya que sobre la base de una alimentación balanceada y adecuada a las necesidades nutricionales requerida por cada paciente, radicará el inicio de una buena recuperación.

1.11.3.- Tratamiento psiquiátrico

La farmacoterapia es en muchos de los casos de vital importancia, principalmente cuando coexiste la anorexia o bulimia con trastornos afectivos como depresión o ansiedad, o bien con trastornos de la personalidad.

1.11.4.- Tratamiento psicológico

El apoyo psicológico puede darse de modo individual, grupal y familiar. Las principales escuelas que se han involucrado tanto en el estudio como en el tratamiento de los trastornos de la alimentación son: el psicoanálisis, el cognitivo conductual y el modelo sistémico. Las diferentes alternativas para el tratamiento psicológico son:

- Psicoterapia individual:

Es frecuente que el estado cognitivo y emocional de la paciente con anorexia o bulimia se encuentra alterado, es por esto que a partir de la psicoterapia individual se buscarán modificar las características anormales tales como: sentimientos depresivos, disfóricos, ideas negativas, la desadaptación social, etc, a través de la palabra.

- Psicoterapia grupal:

A partir del espejo, es decir, al verse una paciente reflejada en otra genera la sensación de que no está sola inmiscuida en este padecimiento, y el

ver qué alternativas emplean otras personas que atraviesan por lo mismo, esto ayuda enormemente en la recuperación de los trastornos de la alimentación.

Lo ideal para el manejo de estos grupos en México es que sean homogéneos y cerrados, es decir que las asistentes compartan características similares como: sexo, edad, padecimiento. Y que se determine la duración de este proceso con la finalidad de que las pacientes que inicien sean las que lo terminen.

Psicoterapia familiar:

Cuando la relación familiar, sea paciente - padres, paciente, cónyuge, se hace conflictiva, o bien es esta misma la que sabotea la recuperación del trastorno de alimentación, se sugiere la psicoterapia familiar, con la finalidad de disminuir la perturbación de las relaciones interpersonales.

CAPITULO SEGUNDO

ADOLESCENCIA: DESCRIPCION GENERAL

2.1. Introducción

Si bien es cierto que el desarrollo de los seres humanos implica la superación de ciertos conflictos a través de las diversas fases de nuestra vida, la adolescencia es considerada por diversos autores del tema como una de las etapas de mayor crisis. Durante la adolescencia la esfera biológica, psicológica, y social ponen en juego la integridad de la persona a partir de los diversos cambios y modificaciones que en cada una de dichas esferas surgen. Como se verá a continuación, la incidencia de los trastornos alimentarios surge durante el proceso de transición de la adolescencia a la etapa adulta, por lo que se considera de crucial importancia revisar algunos puntos esenciales.

De acuerdo con Erikson, “la adolescencia es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez”¹. Para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de mucha incertidumbre e inclusive de desesperación, por el hecho de representar una fase de conflicto y crisis. Para Schonfeld la adolescencia representa “una etapa de amistades íntimas, de desligamiento hacia los padres, y de sueños acerca del futuro”²

De acuerdo a las investigaciones recopiladas por Muuss (1994), se considera a la adolescencia desde los siguientes puntos de vista:

¹ Erikson, E. **Infancia y sociedad**, Buenos Aires, editorial Lumen, 1968, pág. 242

² Schonfeld, W.A. **Body image in Adolescents: A Psychiatric concept for the pediatrician**, 2005, pág. 133

a) “Sociológicamente: la adolescencia es el periodo de transición entre la niñez dependiente y la edad adulta.

b) Psicológicamente: es una situación marginal en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones.

c) Biológicamente: es el periodo que comprende desde aproximadamente 12 o 13 años hasta los primeros de la tercera década, con variaciones individuales y culturales. Tiende a iniciarse antes en las niñas que en los varones y a acortarse en las sociedades más primitivas. También puede considerarse como el lapso del desarrollo fisiológico durante el cuál maduran las funciones reproductoras, como periodo evolutivo corresponde a la temprana adolescencia o a la preadolescencia en occidente”³

Desde el punto de vista psicológico el criterio para fijar el fin de la adolescencia no responde a una edad cronológica determinada sino al grado de adaptación alcanzado.

Horrocks explica que las diferentes definiciones de la adolescencia se pueden clasificar en 6 puntos de referencia a partir de los cuáles se considera al crecimiento y el desarrollo del adolescente:

1).- “Durante este periodo, el joven aprende un rol personal que con más probabilidad se ajustará al concepto de sí mismo, así como a su concepto de los demás.

2).- La adolescencia es una época de búsqueda de estatus como individuo; y existe una tendencia a luchar contra aquellas relaciones en que el adolescente se sienta subordinado debido a su inferioridad en edad, en experiencias y habilidades.

3).- La adolescencia es una etapa en la que las relaciones de grupo adquieren la mayor importancia, el adolescente se encuentra ansioso por lograr

³ Muss. R. Teorías de la adolescencia, México, Paidós, 1991, pág. 47

un estatus entre los de su edad, así como el reconocimiento de ellos, desea conformar sus estándares y acciones a las de sus iguales.

4).- La adolescencia es el periodo en que se alcanza la madurez física, y surgen los intereses sexuales.

5).- La adolescencia es la etapa de desarrollo intelectual, así como de experiencia académica.

6).- La adolescencia es una etapa de desarrollo y evaluación de valores. Se da el desarrollo de ideales propios y la aceptación de su persona”⁴

La crisis de la adolescencia tiene que ver con los esfuerzos que debe hacer el yo en formación para lidiar con las tensiones que provoca el incremento de pulsiones libidinales, a la vez que va adquiriendo una identidad propia y la consolidación de estructuras psíquicas en un proceso de creciente diferenciación de la figura de los padres. Esto implica un periodo de la vida cuyo clima emocional transcurre en una ebullición de angustias, entusiasmos intensos y efímeros, de desesperanza, de preocupaciones éticas, estéticas, ideológico-políticas y filosóficas, de sensación de opresión por parte de los padres, de rabia impotente y odio contra el o externo, de experiencias eróticas y enamoramientos fulminantes, desesperación, fantasías suicidas, etc.

Horrocks (1990), describe que “en la adolescencia se espera que los jóvenes puedan alcanzar la madurez emocional y social, que cumplan con los requisitos de experiencia, capacidad y voluntad para escoger entre una diversidad de actividades y asuman adecuadamente el papel adulto que se defina en su cultura. En ello están comprendidos aspectos de crianza y emocionales que se interrelacionan e influyen directamente en la formación de la personalidad de los adolescentes”⁵. Por otra parte Littré (1975), se centra en los aspectos biológicos para definir la adolescencia, expresando que “es la

⁴ Horrocks, E. **Psicología de la adolescencia.**, primera edición, México, Trillas, 1996, pág. 77

⁵ Horrocks, E, *Ibidem*, pág. 87

edad que sucede a la infancia y que comienza con los primeros signos de la pubertad”⁶

Como se puede ver existen diferentes concepciones acerca de la adolescencia, ello resulta de los variados puntos de vista a partir de los cuáles se estudia al individuo que transcurre por esta etapa, pues se toma en cuenta, en ocasiones, solo un aspecto característico de esta fase. Por lo tanto, para fines del presente estudio, se tomarán en cuenta los cambios que atraviesa el adolescente, como lo son: el desarrollo biológico, el desarrollo social, y el desarrollo psicológico, ya que la actitud que tenga el joven hacia el proceso por el que cruza, dependerá en gran parte de cómo vive dichas modificaciones tanto en su cuerpo como en la estructura de su personalidad.

2.2 Aspectos biológicos a destacar durante la adolescencia

Los procesos de maduración dan lugar a una rápida aceleración del crecimiento físico, al cambio de las dimensiones del cuerpo, a modificaciones hormonales y a impulsos sexuales más fuertes, al desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, así como a nuevo crecimiento y diferenciación de las capacidades cognitivas.

Este desarrollo biológico y la necesidad en que se ve el joven de adaptarse a los mismos dan a la adolescencia algunas características universales y la separan de periodos anteriores del desarrollo.

Por otra parte, la cultura determina si el periodo de la adolescencia será largo o corto; si sus demandas sociales representan un cambio brusco o tan solo una transición gradual con respecto a etapas anteriores del desarrollo, y ciertamente el que se le reconozca explícitamente o no como una etapa a parte

⁶ Litré; varios autores. Enciclopedia de la sexualidad. Madrid: Fundamentos, 2001, pág. 76

del desarrollo en el transcurso de la vida. La secuencia normal de la maduración según González, Romero de Tavira, es como se presenta a continuación:

Fase	Hombres Características sexuales	Edad Promedio
"De la niñez a la preadolescencia"	Los testículos, y el pene no han crecido desde la infancia; no hay vello púbico, el aumento de la estatura es constante.	Niñez hasta los 11 años.
Primera fase de la adolescencia	Comienza a aumentar el tamaño de los testículos, crece el escroto cuya piel enrojece y se vuelve más áspera, crece el pene en longitud y circunferencia y no hay vello púbico.	12 a 13 años.
Fase mediana de la adolescencia	Vello pigmentado, áspero y recto, en la base del pene gradualmente más rizado	13 a 16 años

	<p>y abundante forma al principio un triángulo invertido y posteriormente se extiende hasta el ombligo; el vello axilar aparece después del púbico, el pene y los testículos siguen creciendo, el escroto aumenta de tamaño, se hace pigmentado y rugoso, hay una aceleración en el aumento de estatura, con un máximo incremento en la época en que aparece el vello púbico, la aceleración disminuye cuando el vello púbico ya ha crecido, también hay una maduración de la próstata y vesículas seminales, se presentan eyaculaciones espontáneas o inducidas, a pesar de que los espermatozoides son insuficientes en número</p>	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	y tienen inadecuada movilidad. La voz comienza a cambiar a medida que la laringe se dilata.	
Última fase de la adolescencia	Aparece y se difunde el vello facial y corporal, el vello púbico y axilar se hace más denso; la voz se vuelve más profunda, la eyaculación contiene un número adecuado de espermatozoides aptos para la fertilización, disminuye el ritmo del aumento de la estatura, se llega al 98% de la estatura madura a los 17 años 10 meses; aparecen entradas en la línea frontal del cabello.	16 a 18 años.
De la post adolescencia a la edad madura	Maduración, pleno desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias,	18 a 20 años.

	pueden continuar desarrollándose los músculos.	
--	------------------------------------------------	--

Fase	Mujeres características sexuales	Edad promedio
De la niñez a la adolescencia	No hay vello púbico; pecho plano; aumento de estatura constante. No hay estirones.	Niñez hasta los 10 años.
Primera fase de la adolescencia	Desarrollo de la cadera; pechos y pezones elevados en la fase de la "yema", no hay verdadero vello púbico.	10 a 11 años.
Fase media de la adolescencia	Vello púbico pigmentado, áspero y recto, sobre todo en torno de los labios, gradualmente se hace rizado y se extiende	14 a 16 años.

	<p>sobre el monte de Venus, se vuelve abundante y toma la forma de un triángulo invertido; aparece el vello axilar, y posteriormente el vello púbico, hay un marcado estirón en el crecimiento, con un máximo incremento en la altura, unos 18 meses antes de la menstruación, los labios se agrandan, la secreción vaginal se vuelve ácida; los pechos, la aureola y el pezón se elevan formando un “pecho primario”.</p>	
<p>Ultima fase de la adolescencia</p>	<p>Vello axilar en moderada cantidad, vello púbico plenamente desarrollado; pechos llenos con forma adulta; menstruación bien</p>	<p>14 a 16 años.</p>

	establecida, disminuye el ritmo de aumento de estatura que cesa a los 16 años 3 meses.” ⁷	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Durante la adolescencia se hace posible la conducta sexual adulta al llegar a la madurez biológica. La menstruación indica el inicio de la ovulación en niñas y la eyaculación atestigua el principio de la producción de espermatozoides en niños. Mientras que la mujer tal vez considere que su iniciación al mundo sexual adulto es un suceso negativo a causa de la molestia de la hemorragia periódica y el temor de sus padres a la posibilidad del embarazo, los hombres tienden a considerar la capacidad de eyacular como un suceso positivo, placentero e intrínsecamente sexual.

Si bien la mayoría de los muchachos tienen la capacidad de reproducirse hacia la mitad de la adolescencia, pocos están preparados emocionalmente para formar y conservar una paternidad. Pocos están listos incluso para las consecuencias psicológicas de una relación sexual con un coetáneo.

La sexualidad del adolescente repercute y se ve afectada en un proceso de retroalimentación, por las crisis normales de esta etapa que enmarca características y causas que van más allá de una "crisis social", aceptación de sí mismo y el crudo 'enfrentamiento consciente con la totalidad del cuerpo social reglamentario que exige un compromiso.

⁷ González, J; Romero, J & Tavira, F. **Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica en adolescentes**, segunda edición, editorial trillas, México, 1986, pág, 114

La expresión sexual del individuo, desde el nacimiento hasta la madurez se manifiesta inicialmente por los tactos, a las cuales Blos hace referencia como “actividades masturbatorias, reguladoras de tensión y portadoras de fantasías que acompañan en su contenido y patrón cambiantes las varias fases de desarrollo adolescente”⁸. Así mismo, el mayor logro de la masturbación adolescente reside en la elaboración del placer previo, facilitando la aproximación a la genitalidad. En su caso, la total ausencia de masturbación durante la adolescencia, indicará una incapacidad para manejar los impulsos sexuales de la pubertad, y la relación interpersonal o bidireccional, llegando hasta la erotización no sólo táctil sino visual olfativa y conceptual a través de la simbolización, asociación, abstracción y creación fantástica o material de fuentes de estímulo para responder sexualmente.

Para el adolescente, los cambios que sufre raras veces son humorísticos, con frecuencia son sorprendentes incluso perturbadores. Particularmente resulta desafortunado que esa aceleración del crecimiento sobrevenga en una época en que el adolescente se encuentra en el proceso de lograr un concepto satisfactorio de sí mismo, y cuando posiblemente se encuentra perturbado emocionalmente mientras se esfuerza por aprender nuevos papeles y se enfrenta a un nuevo estatus.

Sin embargo, a pesar de lo difícil que puede resultar esta aceleración del crecimiento para un adolescente cuyo desarrollo es normal, el problema se complica si el crecimiento representa una desviación acentuada de lo que les sucede al resto de sus compañeros de grupo. De acuerdo con Horrocks, “dicha desviación puede dar lugar a una pérdida de la autoestima, una conciencia desmedida de sí mismo, e incluso adaptaciones o esfuerzos malsanos en compensación”⁹

⁸ Blos, P. **Psicoanálisis de la adolescencia**, tercera edición, México: Joaquín Mortiz, pág. 61, 1992.

⁹ Horrocks, E.B. **Psicología de la adolescencia**, Op, Cit, pág. 324

La adolescencia es una etapa de cambios en los atributos mentales y emocionales. Probablemente, en ninguna otra etapa de la vida es tan fuerte la necesidad de aceptación. Puede ser una etapa de confusión e incertidumbre, mientras la adolescente lucha por romper las ataduras con los padres y establecer un estilo de vida más independiente. “Los adolescentes con frecuencia se preocupan por su imagen, y pueden llegar a evaluarse a sí mismos, basándose únicamente en las reacciones de sus coetáneos. Esto puede llevar a sentimientos de inferioridad y a una lucha constante por lograr una imagen superficial de perfección”¹⁰.

Durante la adolescencia, tienen lugar cambios considerables en el autoconcepto de los jóvenes. Las jóvenes se dan cuenta que el ser atractivas físicamente es muy importante, y esta búsqueda interminable de belleza física, generalmente las lleva a una imagen negativa de su propio cuerpo y trae consigo una baja autoestima.

De acuerdo con Schilder, “es característico de los seres humanos tener un concepto del yo físico y de su imagen corporal. La idea de una imagen evoluciona a partir de factores psicológicos internalizados, influencias culturales, conceptos del cuerpo ideal, y de la percepción personal que tenga cada individuo de su apariencia corporal y de su capacidad funcional. Cuando ocurren cambios físicos que requieren de una revisión radical en el propio concepto del yo físico; le resulta más difícil ajustarse a éstos, ya que es probable que no se encuentre preparado para reconocer su verdadero significado. También está el factor adicional de que los valores del adolescente pueden ser tales que sobrestime la importancia de las cosas físicas y que tenga pocos deseos de aceptar estos cambios”¹¹

¹⁰ Newell, R. **Teorías de la adolescencia**, cuarta edición, México, Paidós, pág, 56, 1998.

¹¹ Schilder, P. **The image and the Appearance of Human Body. Studies in the Constructive energies of the Psyche**, pág, 223, 2003, Psychological Medicine.

De acuerdo con Slotz y Slotz, afirman que “uno de los ajustes evolutivos primordiales que debe afrontar el adolescente es aceptar las modificaciones operadas en su organismo como expresión de los cambios de su propio yo”¹².

El adolescente debe adaptarse a los cambios físicos normales que acompañan la pubertad.

2.3 Aspectos psíquicos a destacar durante la adolescencia

Hurlock (1987) afirma que “para la mayoría de los jóvenes, los años que van desde los 12 en adelante son los más memorables de sus vidas en lo que concierne a crecimiento y desarrollo. Se debe admitir que durante la vida fetal el desarrollo fue todavía más veloz, pero el propio sujeto no fue el espectador fascinado, encantado y sorprendido que contempla los desarrollos o la ausencia de éstos como sucede en la adolescencia”¹³

La pubertad se inicia al comenzar los cambios del cuerpo infantil en el de un adulto y finaliza cuando la transformación se completa, la pubertad abarca la infancia y la adolescencia.

La complejidad de los fenómenos que ocurren durante la adolescencia están contruidos sobre antecedentes específicos que se dieron en la niñez. El niño preserva en forma permanente sus aspiraciones y anhelos; de la dependencia completa de los padres empieza la identificación no sólo con éstos, sino con cualquier otra persona importante a su alrededor. La vida de grupo poco a poco atrae más la atención del adolescente. Se forma una conciencia social que lo lleva más allá de los límites de la familia y en la pre-adolescencia se adquiere fuerza y competencia para manejar la realidad pues sé ha contado con el apoyo de las influencias educativas y experiencias.

¹² Slotz, H.R; & Slotz, L.M. **Somatic Development of Adolescent Boys**. New York, 1995, Macmillan Co, pág, 99

¹³ Hurlock, E.B. **Psicología de la adolescencia**. Tercera edición, México, editorial Paidós, pág, 44, 1994.

Aún para el niño cuyos primeros años de vida han sido normales, en la adolescencia pueden surgir reacciones de conflicto entre él y su ambiente. Es importante que en ocasiones pueda expresar abiertamente inclinaciones infantiles, por ejemplo en momentos de tensión, lo que sería una necesidad de protección de ese mundo en el que todavía no ha podido encontrar un lugar seguro. Las regresiones temporales le permiten gratificar necesidades no satisfechas y resolver conflictos de la infancia, así como utilizar antiguos nexos familiares como una protección en el momento de sentirse herido. Muchas veces los adultos no entienden esta actitud infantil del adolescente y lo castigan por temor a que no se esté desarrollando de una manera adecuada. Sería ideal que los padres estimulen sus impulsos por ser adulto pero al mismo tiempo calmen la ansiedad provocada por las demandas de la realidad.

Por otro lado, los padres pueden acostumbrarse e inclusive disfrutar de la dependencia del hijo ya que se asustan y ven con temor los primeros signos de una conducta adulta, se alarman por su creciente independencia, por tomarla como un signo de desprecio ante ellos, por lo que siguen alentando un comportamiento infantil y combaten los impulsos de autosuficiencia en los hijos. Más adelante, estos mismos padres sentirán descontento ante la conducta infantil del hijo y de manera brusca empezarán a reprochar lo que ellos mismos propiciaron, exigen un cambio inmediato que desconcierta por completo al adolescente.

La separación física del adolescente con respecto a sus padres, conlleva a un incremento en la separación emocional con los mismos. Los estados afectivos van a ser más conscientes para él.

Blos (1992), utiliza el término adolescencia para calificar “los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad; los cambios fisiológicos que se dan en la pubertad proceden independientemente del

crecimiento emocional, siendo las circunstancias ideales que exista correspondencia entre ellos. La adolescencia es un periodo de maduración en el cual cada individuo tiene que elaborar las exigencias de las experiencias de su vida total para llegar a un yo estable y a una organización del impulso, por lo tanto, cualquier estudio de la adolescencia debe de intentar aclarar esos procesos que llevan a nuevas formaciones psíquicas o una reestructuración psíquica.

Consecuentemente el desarrollo emocional debe tender en dirección a relaciones de objeto estables con ambos sexos, fuera de la familia, y hacia la formación de una identidad sexual irreversible”¹⁴El mismo autor nos da a conocer las diferentes fases de la adolescencia:

Periodo de latencia: Este periodo proporciona al niño, los instrumentos, en términos del desarrollo del yo, que le preparan para enfrentarse al incremento de los impulsos de la pubertad. La dependencia en el apoyo paterno para los sentimientos de valía y significación son reemplazados progresivamente durante el periodo de latencia por un sentido de autovaloración derivado de los logros y el de control que ganan la aprobación social y objetiva. Entre los logros que deben tenerse para poder llegar a la adolescencia están: “el desarrollo de la inteligencia a través de la diferenciación entre el proceso primario y secundario, el empleo del juicio, la generalización, la lógica, la comprensión social, la empatía, los sentimientos de altruismo etc..., la estatura física debe de permitir independencia y control del ambiente, las funciones del yo deben haber adquirido una mayor resistencia a la regresión y a la desintegración, y finalmente, el yo debe de ser capaz de defender su integridad con menos ayuda del mundo externo. El niño pasa de su hogar a la comunidad equipado con una confianza y con habilidades motoras, perceptivas y sociales básicas”¹⁵

¹⁴ Blos, P. Psicoanálisis de la adolescencia, Op, Cit, pág, 78

¹⁵ Blos, P. *Ibidem*

Preadolescencia: Durante esta etapa, a medida que el niño se preocupa de las relaciones con sus condiscípulos, surge una tendencia a separarse de las estrechas relaciones familiares, aunque los padres todavía son importantes. Sin embargo el niño empieza a hacer algunas evaluaciones objetivas acerca de sus padres, así como de otros aspectos de su ambiente. Al comenzar esta fase hay un aumento cuantitativo de los impulsos y que esta conlleva al resurgimiento de la pregenitalidad. En esta etapa termina el periodo de latencia, el adolescente es más inaccesible, más rebelde en la escuela y más difícil de controlar.

Adolescencia temprana: “En esta edad, los valores, las reglas, y las leyes morales han adquirido una independencia apreciable de la autoridad parental, se han hecho sintónicas al yo. También es característico de esta etapa las amistades idealizadas, en donde algunas características del otro son admiradas y amadas por que constituyen algo que el sujeto quisiera tener”¹⁶

Adolescencia: En el adolescente existe un hambre de objeto que lo lleva a identificaciones y uniones superficiales las cuales son constantemente cambiantes. La vida de fantasía y la creatividad están en la cúspide, expresiones artísticas y los ideales hacen posible la comunicación entre experiencias altamente personales que, como tales, se vuelven un vehículo para la participación social. “Es la labor del fin de la adolescencia llegar a un arreglo final que la persona joven subjetivamente siente como "mi modo de vida". La inquietante pregunta que tanto se hacen los adolescentes ¿Quién soy?, retrocede lentamente al olvido. Durante el final de la adolescencia emerge una claridad de propósitos, y un conocimiento del ser que se describe mejor con las palabras este soy yo”¹⁷

¹⁶ Ibidem, pág, 81

¹⁷ Ibidem, pág, 83

Adolescencia tardía: La fase final de la adolescencia se ha considerado siempre como una declinación natural en el torbellino de crecimiento. “El individuo gana en acción propositiva, integración social, predictibilidad, constancia de emociones y estabilidad de la auto estimación. La adolescencia tardía es primordialmente una fase de consolidación. Esto se refiere a la elaboración de:

1.- Un arreglo estable y altamente idiosincrásico de funciones e intereses del yo.

2.- Una extensión de la esfera libre de conflictos del yo.

3.- Una posición sexual irreversible, existiendo una constancia de identidad.

4.- La estabilidad de aparatos mentales que automáticamente salvaguarden la identidad del mecanismo psíquico”¹⁸

Post adolescencia: La transición de la adolescencia a la edad adulta está marcada por una fase intermedia, la postadolescencia, que puede ser reclamada con derecho por ambas, y desde luego puede ser vista desde cualquiera de estas dos etapas. En términos de desarrollo del yo y de organización de impulsos, la estructura psíquica ha adquirido al final de la adolescencia tardía una fijación que permite al adolescente volver al problema de armonizar las partes componentes de la personalidad. En esta etapa debe ocurrir la selección de la ocupación. La integración va de la mano con la actividad del rol social, el enamoramiento, el matrimonio, la paternidad y la maternidad.

Este logro es asegurado sólo si las necesidades instintivas y los intereses yoicos, con su naturaleza frecuentemente contradictoria y sus satisfacciones inestables, han logrado un balance armonioso dentro de ellos mismos.

¹⁸ Ibidem, pág, 84

Así mismo, emerge la personalidad moral con su énfasis en la dignidad personal o autoestima, más que en la independencia superyoica y la gratificación instintiva.

De acuerdo con López (1982), “el desarrollo de la personalidad por ningún concepto llega a detenerse con el fin de la adolescencia. Afirma que, para lograr la resolución de la adolescencia, habrán de lograr un modelo de adaptación que concilie sus pulsiones instintivas, sus necesidades afectivas, sus estructuras de conciencia que incluyan su Yo ideal, es decir, las expectativas que de ellos mismos tienen, su autoimagen, su amor propio, su narcisismo, las expectativas que sienten en ellos recaer para ser aceptados, etc., todo bajo el condicionamiento de la realidad externa. Para lograr un modelo adaptativo, el adolescente habrá de poner en juego, todo el poder de sus funciones yoicas y de éstas dependerán la calidad y las diferentes modalidades adaptativas que se observan en los adultos”¹⁹

Sintetizando, se puede decir que la búsqueda incesante de saber que la identidad adulta se va a construir es angustiante, y las fuerzas necesarias para superar estos duelos se obtienen de las figuras introyectadas que forman la base del yo y del superyó, de éste mundo interno del ser. Un buen mundo interno surge de una relación con los padres internalizados y de la capacidad creadora que ellos permiten.

2.4 Aspectos sociales a destacar durante la adolescencia

Como menciona Solórzano (1972), “en el adolescente existe una lucha entre el desprenderse y el seguir siendo, entre crecer y quedarse con el estatus establecido, entre depender e independizarse, entre enfrentar responsabilidad y pretender carecer de ellas. Estas contradicciones no son sino la manifestación de esa crisis que va en busca de una autodefinición que deslinde

¹⁹ López, M. La encrucijada del Adolescente, primera edición, México, Hispánicas, pág, 66, 1997.

la infancia del mandato para ir adquiriendo el dominio de sí mismo en él soy"²⁰Spranger (1946), caracteriza la nueva organización psíquica del adolescente en tres puntos:

- 1.- "El descubrimiento de la identidad.
- 2.- La formación paulatina de un plan de vida
- 3.- El ingreso dentro de las distintas esferas de la vida.

Este descubrimiento del sujeto con el mundo lo sitúa como aislado para siempre de todas las demás, cosas y personas; y esto es la vivencia de la gran soledad padecida. "Vive vulnerable de sus sentimientos y estados de ánimo, presentando en ocasiones un exceso de energía, seguido de una enorme pereza; una alegría turbulenta, cede el paso a una honda melancolía; la descarga insolente a la timidez; alterna el egoísmo y la abnegación; la fe en la autoridad y el radicalismo revolucionario, el impulso aventurero y la tranquila reflexión"²¹

El adolescente se mueve en una búsqueda por adquirir una identidad del yo y de incorporarse a una sociedad que lo demanda. En este ínter juego Erikson (1968), explica que "la identidad del yo es la capacidad del yo de integrar pasos afectivos hacia un futuro colectivo y tangible que posibilita la percepción de una realidad social organizada. Cuando habla de la identidad del yo se refiere a algo más que el mero hecho de existir; es la cualidad yoica de esta experiencia. A esto le llama también "identidad personal", es decir, que existe un sentido de la propia individualidad"²²

En el despertar de la adolescencia se va creando un sistema de normas propias, que van desde levantarse, comer, beber, seleccionar a los amigos,

²⁰ Solórzano, L **Adolescencia, desarrollo emocional. El adolescente y su circunstancia.** México: Asociación de Médicos del hospital infantil de México, 1972, A.C, pág. 77

²¹ Spranger, E. **Psicología de la Edad Juvenil,** Buenos Aires: revista de Occidente, pág, 44, Buenos Aires: Revista de Occidente, 2001.

²² Erikson, E. Identidad, Juventud y Crisis. México: Siglo XXI, pág, 221, 1968.

lidar con los problemas en el gasto y obtención del dinero, y la elección de la profesión. Un elemento esencial es la adquisición de ideales y de seres idealizables. En esta búsqueda por crear una jerarquía propia de valor para adquirir la identidad, se pueden tener varias desviaciones; hay quienes han vivido en un ambiente sin reglas, normas ni criterios para discutir los valores presentados por la macro sociedad, o hay quienes viviendo en la rigidez se adhieren a organizaciones totalitarias.

Erikson (1968) menciona que “la apropiación de una ideología es determinante en la cohesión de la identidad. Si la juventud sufre una “confusión de valores” producto de la falta de una ideología y un sistema de valores propio, se pueden generar graves daños a nivel sociocultural.

La búsqueda de un grupo de pares en los ídolos e ideales, es una manera propia del adolescente de encontrar fuentes de reflejo de su identidad, además que estas vinculaciones pueden ser vividas para él como una manera de haber superado sus vinculaciones infantiles y de sentir que ha logrado su independencia y que no está sometido a los padres”²³.

El problema surge cuando, por su mismo ser de novato, el adolescente se identifica en el fanatismo realizando actos crueles e injustos contra sí mismo o la comunidad. Se puede actuar rompiendo las reglas, como un momento pasajero en esta búsqueda, pero así como un acto puede ser el inicio de una carrera delictiva o de actitudes psicóticas, puede ser también una puerta de salida a las tensiones y represiones en las que se vivía recluido en la adolescencia.

2.5 Psicopatología de la adolescencia

²³ Erikson, E. Identidad, Juventud y Crisis, Op, Cit. Pág, 223

Como se ha visto, la adolescencia representa una etapa de vida en la cual la identidad personal de decir ¿Quién soy yo? debe consolidarse, y su logro exige entonces cambios rápidos y radicales en el mundo interno y externo del nuevo adolescente, lo que lo conlleva a un sinnúmero de pérdidas, provocando así que esta etapa por sí sola se convierta en dolorosa y crítica para quienes atraviesan esta fase del desarrollo. Aberasturi y Knobel (1988) consideran que el adolescente realiza tres conductas fundamentales:

1.- “El duelo por el cuerpo infantil perdido, base biológica de la adolescencia, que se impone al individuo que no pocas veces tiene que sentir sus cambios como algo externo frente a lo cual se encuentra como espectador impotente de lo que ocurre en su propio organismo.

2.- El duelo por el rol y la identidad infantiles, que lo obliga a una renuncia de la dependencia y a una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce.

3.- El duelo por los padres de la infancia a los que persistentemente trata de retener en su personalidad buscando el refugio y la protección que ellos significan, situación que se ve complicada por la propia actitud de los padres, que también tienen que aceptar su envejecimiento y el hecho de que sus hijos ya no son niños, y si son adultos o están en vías de serlo”²⁴

Pareciera que existe una contradicción entre si la adolescencia es normal o anormal, y puede ser que esta confusión esté mas bien determinada porque la normalidad del comportamiento de los seres humanos se da a partir de la base del funcionamiento del adulto, de aquí que las características propias de la adolescencia puedan ser catalogadas como un síndrome. Bleigerg (2004) refiere que “la crisis de la adolescencia no solo es "normal" sino también necesaria por lo que es de suma importancia diferenciar entre la

²⁴ Aberasturi, A. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México, Paidós, 2002, pág, 133

patología propia de la adolescencia de lo que ya es una adolescencia patológica”²⁵

Bleiberg (2004) delimita entre una "crisis normal" y una adolescencia ya patológica de la siguiente manera:

1.- “No es normal abusar o depender del alcohol o las drogas para regular la autoestima, evitar angustia o depresión y organizar el sentido de identidad y pertenencia al grupo de pares; en contraste la experimentación esporádica en el contexto de actividades con pares

2.- No es normal la promiscuidad sexual o la carencia de relaciones con pares, en contraste con la experimentación sexual con parejas y los sentimientos de timidez e inseguridad.

3.- No es normal el dejar de asistir a la escuela o perder interés en los estudios o en actividades extracurriculares; en contraste con fluctuaciones en el interés.

4.- No es normal el odiar a los padres o violar los valores y reglas básicas de la familia; en contraste con altercados menores sobre disciplina, vestuario o independencia.

5.- No es normal el ser abrumado por la angustia, el ser incapaz de experimentar placer o el ser sujeto a tormentas emocionales de rabia o depresión; en contraste con el sentirse angustiado, aburrido o irritable.

6.- No es normal el presentar conducta bizarra, pensamiento desorganizado o delirante, o intentar suicidarse”²⁶

Aberasturi y Knobel (1988) sintetizan las características propias de la adolescencia como “un síndrome que incluye la siguiente sintomatología:

1.- “Búsqueda de sí mismo y de la identidad

2.- Tendencia grupal.

²⁵ Bleiberg, E, (conferencista) (2004). **Trastornos en la adolescencia.** (conferencia organizada por el Centro de Estudios y formación integral de la mujer). México, 2004.

²⁶ Bleiberg, E. Ibidem.

- 3.- Necesidad de intelectualizar y fantasear
- 4.- Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso
- 5.- Desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario
- 6.- Evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta
- 7.- Actitud social reivindicatoria con tendencias antisociales de diversa intensidad
- 8.- Contraindicaciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida
- 9.- Una separación progresiva de los padres
- 10.- Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo”²⁷

Juárez (2002) en su escrito titulado “*La patología de la adolescencia: reflejo de la sociedad actual*”, lleva a su lector de un modo sutil a la reflexión de sí “el comportamiento del adolescente no es un grito de lo que nosotros los adultos ya no nos atrevemos a decir, de lo que pretendemos no mirar con la esperanza de negar, por lo que el adolescente es solo el espejo de la sociedad a la que pertenece.

Las preguntas ¿en qué creen y por qué enferman los adolescentes? Se nos revierten: ¿en qué creemos y como los enfermamos los adultos?”²⁸.

Ejemplo de esto es el suicidio que ha estado siempre presente en la historia de la humanidad pero no en balde existe una estrecha relación entre los suicidios de los adolescentes y las épocas de intensas crisis o de ciertos fenómenos sociales. “Nuestra actual sociedad, no es la excepción ya que el

²⁷ Aberasturi, A. Ibidem, pág. 135

²⁸ Juárez, M. La patología de la adolescencia: reflejo de la sociedad Actual, 2002, México: Lumen, pág, 41

incremento de la urbanización, la migración, y la disolución de redes familiares, ha llevado a esta población a las drogas, suicidio y muerte”²⁹.

Al respecto, Juárez afirma que “antes de que el nuevo sujeto haya nacido, el grupo habrá precatectizado el lugar que se supondrá ocupará con la esperanza de que él transmita idénticamente el modelo socio cultural. El sujeto, a su vez, busca y debe encontrar en ese discurso, referencias que le permitan proyectarse hacia un futuro, para que su alejamiento del primer soporte constituido por la pareja paterna no se traduzca en la pérdida de todo soporte identificador”³⁰

2.6 Trastornos de la personalidad y adolescencia

Diferenciar entre una personalidad normal y una anormal, ha sido una de grandes dilemas a los que la salud mental se ha enfrentado. Existen diversas teorías que tratan de explicar cada una, pero la realidad es que entre las mismas no se concluye nada.

Las investigaciones e intereses de los clínicos en cuanto a los trastornos de personalidad, han radicado en el estudio de los adultos, sin embargo Kernberg, Weiner y Bradenstein (2000) plantean que “es alta la incidencia de niños y adolescentes con trastornos de personalidad, y que los patrones de personalidad de los adultos tienen su inicio al final de la vida preescolar”³¹.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-TR indica que las categorías de trastornos de personalidad pueden ser aplicables a niños o adolescentes en los casos en los que los rasgos de personalidad desadaptativos particulares de la persona parezcan extenderse, a persistir y a

²⁹ Márquez, T. **El suicidio de los adolescentes**. México, 2002, Lumen, pág. 192

³⁰ Juárez, M. Ibidem, pág. 39

³¹ Kernberg, P; Weiner, S. **Trastornos de personalidad en niños y adolescentes**. México: manual moderno, pág. 49, 1998.

no limitarse a una etapa particular del desarrollo o a un episodio del eje I. Para diagnosticar un trastorno de personalidad en una persona menor de 18 años, las características deben haber estado presentes durante al menos 1 año.

La única excepción de trastorno de personalidad, que de acuerdo al DSM-IV-TR no puede ser diagnosticado antes de los 18 años es el trastorno antisocial de la personalidad. Entonces la categoría correspondiente en un menor de 18 años para dichas características es el trastorno disocial.

Comparar a niños con trastornos de personalidad con aquellos que no tienen puede resultar más productivo que comparar a adultos con niños. Para esto es importante distinguir a los patrones no adaptativos persistentes de aquellos que están limitados a un nivel de desarrollo en particular.

- Trastornos neuropsicológicos del desarrollo: Déficit en el funcionamiento cognitivo y yoico que incluye procesos neuropsicológicos y afecta la manera en la que el niño puede procesar, organizar y recordar información.

- Mecanismos de defensa: La manera característica en la que el niño afronta y se adapta al estrés interno y externo y que resulta, como tal, un elemento importante en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de personalidad”³².

“El mismo criterio puede aplicarse a la evaluación de trastornos de personalidad en niños, con la única modificación de que el inicio debe rastrearse por lo menos hasta los primeros años escolares, a fin de conservar la definición básica de trastornos de personalidad como patrones permanentes no adaptativos de pensamientos, sentimientos y comportamientos que resultan relativamente estables en el transcurso del tiempo”³³

³²Kernberg, P; Weiner. Ibidem, pág, 50

³³Kernberg, P; Weiner, Ibidem, pág, 52

El DSM-IV-TR define los trastornos de la personalidad como patrones de rasgos inflexibles y desadaptativos que provocan malestar subjetivo, deterioro social o laboral significativo, o ambas cosas. Estas características se alejan de las expectativas de la cultura del sujeto, tienen su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, son estables a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto. Los criterios diagnósticos generales planteados por el DSM-IV-TR para un trastorno de la personalidad son:

A.- “Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos o más de las siguientes áreas:

1. Cognición (p.ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
2. Afectividad (p.ej., la gama intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
3. Actividad interpersonal
4. Control de impulsos

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) ni una enfermedad médica (p.ej., traumatismo craneal)”³⁴

Para realizar el diagnóstico de algún trastorno de la personalidad en niños y adolescentes, será importante obtener información de diferentes fuentes además del paciente. Por lo común se requiere tener contacto con los adultos con los que el niño convive.

2.7 Psicoterapia en adolescentes

Las personas que creen estar atravesando por un momento difícil son aquellas que por lo general acuden a psicoterapia, pues bien en los adolescentes es frecuente que quienes perciban dicha necesidad sean sus padres o los maestros del colegio.

La fantasía que tanto los padres como los adolescentes tienen acerca de psicoterapia es la de encontrar una solución mágica a los diversos problemas que como individuos o familia están presenciado. Es ésta una de las muchas razones por las que una primera entrevista puede ser la única oportunidad que algunos adolescentes tienen para poder identificar y aceptar algún problema o dificultad.

El adolescente llega a una primera entrevista por diversas razones, que pueden ir desde darle gusto a alguien hasta la presencia de una verdadera motivación, con el deseo de aliviarse de dolores emocionales. Sin importar la razón por la que acude un adolescente a psicoterapia, a lo largo del primer encuentro con el terapeuta el mismo va a desplegar su funcionamiento interno haciendo presentes sus temores, fantasías y defensas. Por esta razón

³⁴ **Manual de los trastornos mentales DSM-IV-TR.** Op. Cit.

González, Aguirre y Tavira, (1998) refieren que la primera entrevista para una psicoterapia con adolescentes es un proceso que consiste en:

1.- “Observar: Debe observarse el aspecto físico general, lenguaje no verbal, expresiones faciales, modo de vestir, de caminar, sentarse y moverse.

2.- Conversar: Es importante darle tribuna libre al paciente a partir de la causa del motivo de consulta.

3.- Escuchar: Se debe estar atento tanto al contenido manifiesto como latente del discurso del adolescente. Los silencios bien entendidos pueden decir más que las palabras”³⁵.

³⁵ González, J; Aguirre, J; Tavira, F. Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica en adolescentes. México, Trillas, 1998, pág, 97

CAPITULO TERCERO

PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Introducción

En este capítulo se describen los objetivos, alcances y metas del tratamiento cognitivo-conductual para corregir los trastornos alimentarios. A fin de que esta revisión sea posible, es necesario tener conocimiento sobre las metas generales buscadas con los tratamientos para los trastornos alimentarios, así como de los objetivos específicos, tanto del tratamiento para la anorexia nerviosa como para la bulimia nerviosa. La terapia cognitivo-conductual es una opción que en muchos casos es importante aunque, como se verá más adelante, hay ciertos criterios que deben considerarse para aplicar esta opción.

En términos generales, la reversión de un trastorno alimentario, con el propósito de ayudar a la adolescente afectada a comer de manera normal, depende de diversos elementos. El primero es que la adolescente perciba que tiene un trastorno alimentario. El segundo es que la adolescente debe saber que si el trastorno continúa puede causar serios problemas a su estilo de vida y/o a su salud.

“La paciente debe decidir si el beneficio de corregir el trastorno es mayor a la continuación del mismo a nivel físico, psicológico y social. Al haber hecho estas consideraciones, debe mostrar que está lista para cambiar sus hábitos alimentarios actuales. Esto implica que deberá aceptar la ayuda ofrecida y que

entenderá que el cambio no ocurrirá si ella no está preparada para cambiar por si misma”¹.

Una vez que la paciente haya aceptado que padece un trastorno de la alimentación y decide buscar ayuda, Berstein (2000) menciona que: “debe elegir a la persona con posibilidad de ayudarla, sea el doctor de la familia, el psiquiatra, el nutriólogo, un especialista en trastornos alimentarios o un equipo multidisciplinario el cual incluye un nutriólogo, un psicólogo y un médico internista”². Con respecto a la valoración del paciente, la evaluación del tratamiento para pacientes con trastornos alimentarios “es esencial para la determinación del tratamiento apropiado”³.

Son múltiples las técnicas para tratar la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa: cada caso en particular requiere de una adaptación de dichas técnicas, considerando la complejidad de las situaciones y de los vínculos interpersonales. Por otro lado, “debe clasificarse correctamente a la paciente en cuanto al grado de afectación que presente, por ejemplo, en una anorexia nerviosa severa y descompensada en la que la paciente esté deshidratada, en shock, con arritmias cardíacas, prevalecen las medidas terapéuticas tendientes a conservar la vida; recuperando a la paciente de esta situación extrema”⁴.

Debido a que los trastornos alimentarios son de origen multifactorial, lo más recomendable es la aplicación de distintas disciplinas para abarcar todos los aspectos de esta problemática. “La mayoría de los profesionales idóneos se desempeñan en equipos interdisciplinarios con un común denominador: la recuperación de la paciente mediante la reeducación nutricional y el abordaje

¹ Abraham, S, Llewellyn & Jones, D. **Eating Disorders**, 2005, pág, 68, 2005.

² Berstein, A; Nietzel, M. **Introducción a la psicología clínica**, México, 2000, pág, 78, Paidós.

³ American Psychiatric Association (2000). Document Practice for the Treatment of Patients with Eating Disorders (Revision). The American Journal of Psychiatry. V:157, 1-39, 2000.

⁴ Rossetti, M.L, Argentina, 2000. <http://bulimarexia.com.ar/>

de aquellos conflictos psicológicos que desencadenaron las alteraciones en la conducta alimentaria”⁵.

De acuerdo con Rossetti (2000), afirma que “ciertas personas prefieren un tratamiento individual, mientras que otras encuentran mayor contención en un contexto grupal donde pueden compartir lo que les sucede no sólo con un profesional sino también con gente que se encuentra en condiciones similares”⁶.

3.1 Las Metas Generales de los Tratamientos en los Trastornos Alimentarios

De acuerdo con Abraham & Llewellyn (1998), mencionan que las principales metas de los tratamientos son:

1.- “Persuadir a la paciente a lograr un peso que se encuentre en un rango normal según las tablas médicas.

2.- Ayudar a la paciente a lograr una percepción de su conducta alimentaria y el porqué su conducta continúa.

3.- Desmentir a la paciente sobre los mitos y los hábitos de la alimentación.

4.- Persuadir a la paciente para que no siga con las conductas que afectan su salud.

5.- Ayudar a la paciente a sobrellevar cualquier problema en su vida que pueda agravar la conducta alimentaria o prevenir su recuperación; y

6.- Ayudar a la paciente a modificar su forma de vida (en su caso)”⁷.

⁵ Pike, K, Loeb, K. Cognitive-Behavioral Therapy For Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. American Psychological Association. Washington DC, pág. 263, 2004.

⁶ Rossetti, M.L. Ibidem.

⁷ Abraham, S, Llewellyn-Jones, D. Op. Cit, pág, 166, 2005.

Para lograr los cambios necesarios, la persona requiere de motivación, persistencia y un estímulo continuo. Al respecto, Frank J.D (1982) afirma que: “esto sólo se logrará cuando la paciente se dé cuenta de los factores físicos, psicológicos, sociales y familiares que la inducen a continuar su conducta. También requiere darse cuenta de que los factores predisponentes que dispararon el trastorno alimentaría no son necesariamente la razón por la que continúa sus conductas”⁸

3.2. Objetivos Específicos en el Tratamiento de la Anorexia Nerviosa

Los objetivos específicos son:

1.- “Ayudar a la paciente a aumentar su peso para que se encuentre en el rango normal según las tablas médicas.

2.- Corregir la opinión que tiene la paciente sobre la comida. Es importante que la paciente reciba de un nutriólogo sesiones educativas (preferentemente en un grupo) para que sus opiniones distorsionadas de la comida y de las dietas se corrijan.

3.- Ayudar a la paciente a sentir que tiene control sobre su manera de comer para que no persista con su implacable búsqueda de la extrema delgadez.

4.- Persuadir a la paciente para que adopte conductas alimentarias normales y que evite la privación de alimentos.

5.- Explicar a la paciente la causa por la que ha desarrollado cambios físicos como consecuencia de su inanición y ayudarla a corregirlos. Tratar las

⁸ Frank, J.D. Therapeutic components shared by all psychotherapies. The master lecture Series: Vol 1, 1997, pág. 32-36.

complicaciones físicas y dar motivación a la paciente para que coopere en la restauración de su salud.

6.- Tratar las condiciones psiquiátricas asociadas incluyendo autoestima, autocontrol y conductas. Ayudar a la paciente a enfrentar cualquier problema asociado que pueda estar presente o presentarse durante el tratamiento.

7. - Prevenir recaídas⁹.

3.3 Objetivos Específicos en el Tratamiento de la Bulimia Nerviosa

Los objetivos específicos son:

1.- “Ayudar a la paciente a adquirir nuevas actitudes hacia la comida, los hábitos alimentarios, el cuerpo, la figura y el peso;

2.- Ayudar a la paciente a reducir su preocupación acerca de la comida;

3.- Ayudar a la paciente a mantener un peso normal o un peso acordado arriba del rango del peso normal según las tablas médicas;

4.- Persuadir a la paciente a que coma tres veces al día con uno o dos bocadillos si lo desea;

5.- Ayudar a la paciente a evitar métodos inapropiados para la pérdida de peso como lo son: vómito autoinducido, abuso de laxantes y/o ejercicio compulsivo;

⁹ American Psychiatric Association (2000). Ibidem.

6.- Ayudar a la paciente a obtener un insight de sus cambios de humor y ayudarla a aprender a manejar estos cambios usando otros métodos que no sean atracones;

8.- Ayudar a la paciente a reconocer lo que precipita los atracones;

9.- Ayudarla a encontrar maneras para manejar sus problemas; y

10.- Ayudar a la paciente a mejorar su autoestima”¹⁰.

3.4 Terapia Cognitivo –Conductual

Antecedentes:

La terapia cognitivo conductual (TCC) fue desarrollada por el doctor Anthony Ryle en el Hospital de Guy, en Londres, en la década de los ochenta. El impulso para desarrollar una nueva terapia surgió de la experiencia de Ryle sobre las limitaciones y escasa conveniencia de aplicar la terapia psicoanalítica a los pacientes de la Seguridad Social. Su objetivo, por lo tanto, fue trasladar el modelo analítico a una terapia breve, de limitada duración, orientada y específica y que pudiera ser dispensada por todos los miembros del equipo interdisciplinario.

De acuerdo con Beck (1976), “los componentes cognitivos de la TCC están claramente influidos por los trabajos de Lazarus, Bandura y Kelly. Lazarus hizo una importante contribución al debate sobre la emoción/cognición a través de la incorporación de un concepto: la motivación que él concebía como un componente integral de estos procesos. Lazarus afirma que la secuencia temporal no es importante, pero sí la cognición, la emoción y la

¹⁰ Abraham, S, Llewellyn-Jones, D. Op. Cit, pág, 170

motivación como factores interdependientes, cuya integración armoniosa es esencial para el bienestar psicológico.

Los mecanismos de afrontamiento se conceptúan como una parte integral de la emoción, dependientes tanto de la cognición como de la motivación. De todo ello se infiere que existen varios modos para mejorar las estrategias de afrontamiento emocional. Entre ellas se incluyen la modificación de objetivos, la reestructuración cognitiva y la modificación de la respuesta emocional”¹¹

Por otro lado, Garner afirma que “las bases teóricas de este procedimiento terapéutico se basan en el modelo cognitivo-conductual desarrollado y aplicado con pacientes depresivos por Beck (1976), donde demostraron una gran efectividad. Sin embargo, este procedimiento fue descrito por primera vez en anorexia nerviosa de forma estructurada en la década de los ochenta”¹².

Este modelo entiende que la presión social por obtener un ideal de belleza y delgadez, y los correspondientes pensamientos y cogniciones irracionales respecto a la propia imagen, perfeccionismo y alimentación conducirían al paciente a unos hábitos alimentarios restrictivos y aun control excesivo de peso y de su conducta en general.

Un programa cognitivo-conductual, realizado individual o grupalmente, ha demostrado ampliamente su eficacia en la reducción de la sintomatología, en bulimia nerviosa, a mediano y largo plazo (Bulik y Cols). Tras la psicoterapia, el grado de recuperación oscilará, según los distintos autores,

¹¹ Beck, A. **Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. International**. Universities Press: New York, pág, 348, 1999, Psychology Medicine.

¹² Garner, D.M. Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. International Journal of Psychological Medicine, pág, 263-284, 2005.

entre un 45-80% de los casos. De acuerdo con Pike & Loeb, K., afirman que “en todo tratamiento psicológico ambulatorio para la anorexia nerviosa, basado en una orientación cognitivo-conductual deberán contemplarse las siguientes etapas:

1.- Sesiones probatorias (descritas anteriormente).

2.- Sesiones terapéuticas: a) Objetivación del peso y alimentación (auto registro); b) Pautas nutricionales y psicoeducativas sobre alimentación y peso; c) Pautas básicas a pacientes y familiares para conseguir una reducción de factores mantenedores del trastorno (por ejemplo control de peso, consumo de alimentos hipocalóricos, discusiones en el entorno familiar, conductas de evitación); d) Introducción del modelo cognitivo; e) Objetivación y reestructuración de pensamientos concernientes al peso-alimentación, figura y concepto personal; f) Resolución de problemas; g) prevención de recaídas y análisis de factores de riesgo; h) Sesiones de control”¹³.

Las teorías conductuales y las cognitivas han sido integradas para el tratamiento de la bulimia nerviosa y de la anorexia nerviosa. “Sin embargo, en el caso de la anorexia nerviosa los principios cognitivos - conductuales han sido delineados apenas en la última década de los 90's”¹⁴.

La terapia cognitiva-conductual en el tratamiento de la bulimia nerviosa fue formulada por Fairburn en los años ochenta. “Ésta ha facilitado el tratamiento y la conducción de diversas estrategias en el tratamiento de los trastornos alimentarios”¹⁵.

¹³ Pike, K & Loeb. Op. Cit, pág, 221

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Ibidem.

3.5 Principios fundamentales de la psicoterapia cognitivo- conductual

Las intervenciones cognitivas - conductuales tienen al menos dos principios fundamentales:

1.- “Las intervenciones terapéuticas tienen una visión común sobre los factores cognitivos que mantienen al trastorno alimentario.

2.- Todas las intervenciones cognitivas - conductuales van dirigidas hacia la conducta que mantiene al trastorno y las actitudes que tienen las pacientes hacia el peso y la figura corporal (Pike, K., Loeb, K., Vitousek, K., 1997).

La psicoterapia cognitivo-conductual busca:

1. Explorar los pensamientos y creencias de la paciente que mantienen los atracones y los métodos peligrosos de control de peso.

2. Establecer hábitos alimentarios sanos.

3. Establecer conductas alimentarias regulares en los cuales coma 3 veces al día con uno o dos bocadillos si lo desea.

4.- Ayudar a la paciente a aprender sobre la comida, los hábitos alimentarios, la figura y el peso y eliminar los mitos sobre la comida y los hábitos alimentarios; y,

5.- Ayudar a la paciente a incrementar su autoestima y disminuir la importancia de la apariencia física que sostiene la evaluación de sí misma”¹⁶.

Esta terapia es más efectiva en pacientes con bulimia nerviosa que en aquellas con anorexia nerviosa, en virtud de que las últimas tienden a mantener una serie de creencias rígidas sobre el peso y los hábitos alimentarios, igualan su autoestima con su figura corporal y peso, es decir, éstos son determinantes para la evaluación de si mismas. “Estos dos puntos

¹⁶ Abraham, S, Llewellyn-Jones, D. Op. Cit, pág, 175

ocupan la mayoría de sus pensamientos durante el día e influyen sus conductas alimentarias. Su rigidez de pensamiento hace que el cambio sea más difícil de lograr”¹⁷.

3.6.- Fases de la intervención de la terapia cognitivo - conductual

Inicialmente se basa en las conductas y en los componentes cognitivos en varias fases. “En la fase 1 el curso se les ayuda a entender sus creencias cognitivas y las actitudes que mantienen el trastorno alimentario. En la fase 2 las pacientes entienden los componentes cognitivos y los conductuales, gradual y progresivamente. Las intervenciones se enfocan en las construcciones desadaptativas de sus cogniciones y en el material histórico. La fase 3 se enfoca en la prevención de las recaídas. En la práctica clínica el tratamiento necesita ser modificado según las necesidades particulares de cada paciente”¹⁸.

3.7 Terapia Cognitivo-Conductual en la Anorexia nerviosa

La terapia cognitivo - conductual va dirigida a las creencias irracionales y a las conductas desadaptativas. “Esta terapia se basa en cambiar la identificación y las creencias disfuncionales que tiene la paciente para lo cual es necesario proveer a la paciente con alternativas de conductas adaptativas con el fin de que pueda cambiar gradualmente. Esta terapia, por lo general, se divide en dos fases: a) la primera se basa en pacientes ya sea hospitalizados o no hospitalizados enfocado a la restauración del peso, y b) una vez superada la primera fase, se inicia la segunda fase a largo plazo y se enfoca sobre los cambios de actitud y conducta relacionados a la evaluación del peso y la figura corporal, la normalización de patrones alimentarios y la prevención de las recaídas”¹⁹

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ Pike, K & Loeb. Op. Cit, pág, 156

¹⁹ Ibidem.

Se deben tomar en cuenta algunos puntos para poder aplicar esta terapia en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Primero, la anorexia nerviosa “se caracteriza por altos niveles de dieta restrictiva y gran concentración en la imagen corporal. Segundo, aproximadamente entre el 40% y 45% de pacientes anoréxicas presentan atracones y conductas compensatorias como la purga (anorexia nerviosa purgativa), por lo que se espera que los componentes de esta terapia puedan ser aplicados efectivamente al igual que en el tratamiento de la bulimia nerviosa”²⁰. Estos componentes ayudan también en el mejoramiento del estado emocional de las pacientes con anorexia nerviosa.

3.8 Terapia Cognitivo- Conductual en la Bulimia Nerviosa

La principal meta de esta terapia es apoyar a las adolescentes a tener control sobre sus conductas bulímicas y a establecer un patrón saludable sobre la comida. “Esto se logra en un ambiente natural en el cual las nuevas conductas se mantienen, concluyendo así que el tratamiento externo es preferible. Sin embargo, las complicaciones médicas, así como complicaciones propias del trastorno, tales como tendencias suicidas pueden dictaminar la hospitalización”²¹.

La terapia cognitiva - conductual se enfoca en los patrones de pensamiento y estados de sentimiento que conducen a episodios de atracones y purgas con énfasis en las actitudes relacionadas con el peso y la figura corporal. “Se les indica a las pacientes que monitoreen sus pensamientos, sentimientos y las circunstancias que rodean los episodios de atracón - purga para que dejen de hacer dietas y que empiecen a llevar a cabo una alimentación normal con objeto de cambiar sistemáticamente sus pensamientos que relacionan el peso con la autoestima. 1998).

²⁰ Ibidem, pág. 158

²¹ Mitchel, J. Anorexia. **Hazelden Eating Disorders Series**. Minnessota: Hazelden, 1993, Journal of Psychological Medicine, pág. 138.

La terapia cognitiva - conductual para el tratamiento de la bulimia nerviosa es comúnmente limitada a 20 sesiones individuales de entre 40 y 45 minutos cada una. La periodicidad de las sesiones se divide en tres fases. En la fase 1, se dan dos sesiones por semana; en la fase 2 se da una sesión por semana y en la fase 3 se da una sesión cada quince días”²².

De acuerdo con Pike & Loeb, “en la fase 1, el tratamiento empieza enfocándose en las conductas, normalizando los patrones alimentarios y eliminando los atracones y las purgas. En la fase 2 el terapeuta se enfoca en las cuestiones cognitivas, identificando y cambiando las creencias que mantienen al trastorno. La fase 3 se enfoca en la prevención de recaídas”²³.

Este tipo de terapia ha sido la más estudiada y de la que más eficacia se ha reportado. “Se ha documentado que con la implementación de este modelo existe un decremento significativo en cuanto a los atracones, vómitos y abuso de laxantes en las pacientes con bulimia nerviosa. Esta terapia ha mostrado tener mejores resultados que otras que no cuentan con un control de condiciones”²⁴.

De acuerdo con Pike y Loeb (1992), refieren que “en algunos estudios publicados se hace énfasis en que las terapias cognitivo-conductuales tienen un mayor control también en las funciones psicológicas en general. Algunos estudios han dado a conocer la eficacia de la terapia cognitiva - conductual donde muestran una reducción de entre el 73% y el 93% en los atracones y una reducción de entre el 77% y el 94% en las conductas compensatorias.”²⁵

En comparación con otras alternativas psicoterapéuticas, la terapia cognitivo - conductual “es más consistente en la reducción de los síntomas de

²² Walsh, B, Devlin, M. Eating disorders: progress and problems, 1998, Science; pág, 187-190.

²³ Pike & Loeb. Op. Cit. Pág, 176

²⁴ American Psychiatric Association (2000). Op. Cit.

²⁵ Pike & Loeb (1992). Op. Cit. Pág, 258

la bulimia nerviosa. Al finalizar el tratamiento, las actitudes inapropiadas alrededor de la comida, del peso y de la figura corporal presentan un cambio²⁶

²⁶ Ibidem, pág. 261

CONCLUSIONES

De acuerdo a la información documental obtenida en torno a los trastornos alimentarios, se puede concluir que la anorexia nerviosa es una patología de alta prevalencia en la edad adolescente, y la bulimia nerviosa suele tener una edad de inicio más tardía. Por otra parte, se concluye que la edad adolescente constituye un periodo de estrés e inseguridad importante debido a los cambios fisiológicos, psicológicos, conductuales y del entorno que se producen en esa etapa de la vida. Y por tal motivo, la edad adolescente constituye un factor de riesgo para contraer algún desorden alimentario. En relación con ello, hay que recordar que el estrés juega un papel precipitante en los trastornos alimentarios. En términos generales, el estrés del entorno provoca en el individuo reacciones desde el punto de vista neofisiológico, cognitivo y conductual, que en determinadas ocasiones (cuando las respuestas de afrontamiento resultan ineficaces para manejar la situación amenazante) puede dar lugar a enfermedades por desadaptación; y entre ellos, la aparición de trastornos alimentarios.

En este sentido, los datos disponibles derivados de la presente investigación documental, señalan que el comportamiento anoréxico (dietas, ejercicio prolongado) y bulímico (atracones, vómitos, purgas) se pueden considerar como un modo de hacer frente a sentimientos, recuerdos, sensaciones y cogniciones que están íntimamente relacionados con un evento “estresante”. La investigación documental señala, que el trastorno de la alimentación puede ser contemplado como una estrategia de supervivencia para escapar de las emociones negativas, ya que provoca una forma de “anestesia emocional”.

Se concluye que el desorden alimentario se entiende como una forma de descontrol de impulsos en un estado de disociación, y como una forma de hacer frente a una autoimagen negativa. En muchos casos esta imagen corporal negativa también se expresa a través de otros actos autodestructivos. El estrés precipitante de los trastornos alimentarios está muy relacionado con las áreas de relaciones con los padres y relaciones sociales.

En el estudio de factores de riesgo de los trastornos alimentarios, se concluye que es necesaria la selección de muestras comunitarias muy amplias que permitan generalizar los resultados, y contar con métodos eficaces que permita la detección del estrés previo al inicio de la patología alimentaria con completa fiabilidad.

En relación con las distintas modalidades de tratamiento, se concluye que la psicoterapia breve en tanto que ha mostrado cierta eficacia más no la absoluta en el tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosa (de acuerdo a la información documental obtenida). Sin olvidar, que con mucha probabilidad la cura (o el control sintomático) de dichos trastornos requiera de un tratamiento paralelo médico, nutricional y farmacológico. La comunicación entre los terapeutas es muy importante, para brindar al paciente una opción más completa para la superación de su enfermedad.

PROPUESTA

1.- Los trastornos de la alimentación han tomado gran importancia en el campo de la psicología, la medicina y la psiquiatría, como consecuencia del incremento significativo registrado durante los últimos años en México. La influencia masiva sobre dietas y el ejercicio excesivo indican que la delgadez se ha convertido para algunas mujeres, cada vez más jóvenes, y también para algunos hombres, en una especie de culto del que no pueden prescindir.

2.- Debido a que estos padecimientos son considerados de difícil manejo, en la mayoría de los casos se establecen tratamientos a largo plazo. Sin embargo, la demanda actual de asistencia terapéutica nos lleva en la posibilidad de establecer una opción de tratamiento que ofrezca ventajas a corto plazo, en el sentido de ofrecer una propuesta de rápida acción, con un tiempo determinado de corta duración, en el que su método de tratamiento consista en un control y alivio sintomático sobre la enfermedad del paciente (a diferencia de otro tipo de tratamientos que buscan un alivio sintomático a largo plazo), Y por esa razón, se propone que la psicoterapia breve constituye una modalidad terapéutica adecuada al ofrecer objetivos y metas precisas, y concisas, a corto plazo. Por otra parte, es probable que económicamente un paciente pueda cubrir los gastos que representa una psicoterapia de pocas sesiones, con respecto a otro tipo de psicoterapia de mayor duración (como el psicoanálisis, que exige varios años de tratamiento).

3.- Por otro lado, se propone a la psicoterapia breve en tanto que ha mostrado mayor eficacia más no la absoluta en el tratamiento de la anorexia y bulimia nerviosa (de acuerdo a la información documental obtenida).

4.- Por tal motivo de la presente investigación surge la siguiente propuesta de tratamiento, que a continuación de manera muy general se expone:

PSICOTERAPIA BREVE: UNA
PROPUESTA DE TRATAMIENTO
PARA PACIENTES CON
TRASTORNOS ALIMENTARIOS

CONSIDERACIONES PREVIAS A LA PSICOTERAPIA BREVE PARA LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

En primera instancia se debe tener una amplia valoración médica, nutricional, psiquiátrica y psicológica del estado de la paciente al momento de solicitar tratamiento.

Si la paciente está en peligro o riesgo de morir, o si su peso no es lo suficientemente estable como para poder tener conservadas sus funciones cognitivas, ningún tratamiento podrá entonces ser eficaz, por lo que en primera instancia deberá la paciente ingresar en un programa hospitalario encaminando a la recuperación de peso.

Esta propuesta va encaminada al logro del control de la impulsividad por lo cual las pacientes con una conducta restrictiva sobre su alimentación no son candidatas para este tratamiento, ya que como se ha analizado a lo largo de este trabajo la psicopatología subyacente entre la conducta impulsiva y restrictiva dista ampliamente desde su etiología característica y por lo tanto en su tratamiento.

Otro aspecto importante de valorar es la personalidad de la paciente, ya que si el trastorno de la alimentación coexiste con algún trastorno de la personalidad, difícilmente la psicoterapia breve podrá ser una opción, y en caso de que no exista otra posibilidad, hay que recordar que bajo esta modalidad no se busca una reestructuración de la personalidad, sino una reducción de síntomas, crisis, problemas de adaptación o lograr que la paciente tome conciencia de la gravedad del trastorno que presenta, con la finalidad de que se enganche en un tratamiento de mayor duración y profundidad.

Es aquí importante mencionar que hay una gran diferencia entre pacientes con trastornos de la alimentación cuya impulsividad está únicamente en función de la conducta atracón - purga, consideradas como "uni-impulsivas", de aquellas que aparte de la conducta bulímica tienen múltiples comportamientos impulsivos tales como usar drogas, robos, relaciones promiscuas, etc. Estas últimas pacientes son consideradas "multi-impulsivas", y son quienes generalmente tienen una estructura de personalidad límite; entonces el atracón purga más que ser una manifestación de un trastorno de la alimentación, hace referencia al resultado de un trastorno de la personalidad (Westen y Harden, 2001).

Si la anorexia o bulimia coexisten con un trastorno de personalidad, o bien con un trastorno del estado de ánimo o ambos, la psicofarmacoterapia será indispensable. Así mismo, no hay que olvidar que estos trastornos pueden ser un criterio de exclusión para el tratamiento breve encaminado a la recuperación de la sintomatología anoréxica o bulímica.

Constantes resistencias por parte de la paciente a colaborar con el terapeuta así como una inteligencia limitada con poca capacidad de insight, serán obstáculos importantes que deberán llevar al terapeuta a la revalorización de si la terapia psicodinámica breve es una opción para este caso.

Por esto, son las adolescentes y mujeres jóvenes cuyo síntoma primordial esté en función de la conducta de atracón o purga, las candidatas que mejor provecho y resultado podrán obtener con esta propuesta de tratamiento. Mann considera entre sus criterios de selección los siguientes aspectos:

- 1.- Fortaleza elevada del yo capaz de comprometerse y distanciarse.
- 2.- Excluye el trastorno depresivo mayor, la psicosis aguda y el trastorno límite de la personalidad.
- 3.- Terapeuta capaz de identificar un aspecto central rápidamente.

Con mayor énfasis en comparación con otras modalidades terapéuticas, en la terapia breve, Bellak (1983) considera que el terapeuta debe tener tanto control del proceso terapéutico como el conductor con su automóvil. El terapeuta debe ser capaz de acelerar, frenar y maniobrar la terapia en direcciones óptimas. Así mismo debe utilizar la atención selectiva o inatención para centrar aquellas áreas que considere apropiadas e importantes para lograr que el proceso sea de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje.

INSTRUMENTOS SUGERIDOS PARA LA EVALUACIÓN.

Algunos instrumentos psicológicos y psiquiátricos que pueden ser empleados para la valoración de pacientes, candidatas a esta propuesta de tratamiento son los siguientes:

Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación "EAT":

Objetivo: Identificar la presencia de síntomas y preocupaciones característicos de los trastornos de la alimentación. Creado y validado en población americana por Garner y Garfinkel en 1979. Adaptado y validado en población española por Castro, Toro, Salmero y Martínez en 1991, y en población Mexicana por Álvarez en el año 2000.

Inventario de los Trastornos de la alimentación "EDI-2"

Objetivo: Evaluar algunas características cognitivas y conductuales de la anorexia y bulimia. Creado en 1991 por David Garner en población Americana. Adaptado y validado en población española por Guimerá y Torrubia en 1997. No se tienen datos sobre su validación en población mexicana, sin embargo es uno de los instrumentos mas usados en la misma.

Test de Bulimia "BULIT"

Objetivo: Identificar la presencia de síntomas y preocupaciones característicos de la Bulimia Nerviosa. Creado y Validado en población americana por Smith y Telen en 1979, adaptado y validado en población española por Mora en 1992, y en población Mexicana por Álvarez en el 2000.

Los trastornos de personalidad pueden ser evaluados a partir de:

Entrevista Estructurada para el Eje II del DSM-IV-TR. Trastornos de personalidad SCID-II

Objetivo: A partir de los criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad de acuerdo al DSM-IV-TR, se realiza el diagnóstico de la presencia o no de los mismos. Se sugiere que el manejo de este instrumento se lleve a cabo por el psiquiatra participante en la evaluación. Los trastornos del estado de ánimo pueden ser evaluados a partir del:

Mini International Neuropsychiatric Interview. M.I.N.I DSM-IV-TR.

Únicamente el apartado correspondiente a dichos trastornos.

Objetivo: A partir de una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración se explora la existencia de un trastorno del estado de ánimo del Eje I

del DSM-IV-TR. Se sugiere que el manejo de este instrumento se lleve a cabo por el psiquiatra participante en la evaluación.

OBJETIVO Y FOCO

El tratamiento de los trastornos de la alimentación requiere de algo más que inducir a aumentar de peso, o luchar contra las conductas compensatorias. El trabajo sobre el peso y conductas alimenticias deben formar parte de un enfoque integrado.

La paciente y su familia deben tener conciencia de que, a pesar de la apariencia, éste no es un problema relativo al peso o al apetito; el problema esencial tiene que ver con falta de confianza y un sin fin de dudas internas. (Bruch, 1978) lo que Mann (1973) definiría como pobre autoestima y dificultad para lograr la independencia.

Es por esto que el objetivo de la psicoterapia breve para el tratamiento de anorexia y bulimia está encaminado a buscar un mejor control de los síntomas que involucran dichos padecimientos. Entonces, dicho control no podrá buscarse únicamente a partir de un trabajo conductual sobre los síntomas, sino en conjunto con una posible comprensión de lo que los produjo y los mantiene.

Sin embargo si la paciente aún carece de conciencia de enfermedad, o está en una fase contemplativa de curación, esta propuesta de tratamiento puede ser empleada como un filtro, es decir como una fase inicial de un tratamiento de mayor duración que promueva el enganche de la paciente en el modelo terapéutico que mejor se adapte a sus características y necesidades.

Es decir la labor del terapeuta será entonces lograr que quien padece de bulimia o anorexia tenga conciencia de la enfermedad moviendo a la paciente a una fase activa de curación bajo el modelo cognitivo conductual, pero de mayor duración.

Si la paciente tiene ya conciencia de enfermedad y esta en una fase activa de curación, de acuerdo a la terapia de tiempo limitado de Mann, el foco de la psicoterapia psicodinámica breve estará centrado en el síntoma de la impulsividad y autoimagen negativa de la paciente. De este modo, si se logra hacer consciente el móvil del atracón y/o purga, la paciente logrará tener un mejor control sobre el síntoma que a su vez la encaminarán en la recuperación del trastorno de la alimentación. Por otro lado la terapia cognitiva conductual centrará su atención directamente sobre la conducta compulsiva y compensatoria.

Resumiendo la literatura revisada para este trabajo, existen diversos factores de suma importancia que por algunos teóricos han sido asociados a los trastornos de la alimentación y que su manejo dentro de la terapia puede brindar grandes ventajas a la paciente; siempre y cuando no se olvide que el pobre control de impulsos es el resultado del conflicto intrapsíquico central de la terapia. Por esta razón se considera que los aspectos que pueden ser tomados en cuenta dentro de la terapia psicodinámica breve son:

- Baja autoestima
- Autoimagen deteriorada
- Self falso que depende de la opinión del mundo externo de la paciente
- Relaciones interpersonales deterioradas
- Falta de autonomía y dificultad para formar juicios propios
- Incapacidad para reconocer los sentimientos, sensaciones y necesidades
- Sentimientos de culpa

Por otro lado los siguientes aspectos también encontrados con frecuencia en estas pacientes podrán ser foco de atención de la terapia cognitivo conductual.

- Distorsión de la imagen corporal
- Alteración de las relaciones interpersonales
- Incapacidad para expresar afectos, principalmente los que tienen una connotación negativa
- Pensamientos automáticos que van en contra de sí mismos
- Pensamientos, sentimientos y actos regidos bajo la ley del todo o nada

NÚMERO DE SESIONES

De acuerdo a la literatura revisada de psicoterapia breve para la realización de este trabajo, no hay un indicador exacto del número de sesiones que deben llevarse a cabo para dicha modalidad de psicoterapia. En realidad, cada uno de los autores mencionados en el capítulo 3 de este trabajo plantea el número de sesiones para una propuesta de acuerdo a las necesidades técnicas o administrativas de su modelo.

Considerando que esta propuesta de tratamiento está fundamentada en la psicoterapia limitada, en el tiempo de Mann se proponen 12 sesiones de terapia cognitiva conductual. Es decir, un total de 12 sesiones de psicoterapia.

Mann (1973) refiere que la elección de un tratamiento de 12 sesiones fue en un inicio arbitrario, pero que con el paso del tiempo la experiencia demostró que dicho número de horas de terapia era el mínimo requerido para la solución de un conflicto intrapsíquico. Con un número concreto de sesiones se obliga al paciente a enfrentarse a cuestiones inconscientes que le permitirán entonces enfrentarse a la independencia y duelo.

Este es el tiempo mínimo sugerido basado en el hecho de que es ésta una propuesta breve, sin embargo debe existir siempre la flexibilidad del número de horas de tratamiento, siempre y cuando el foco y el objetivo del proceso no sea desviado.

Mann (1973) considera que mujeres y hombres jóvenes durante la adolescencia o poco después de ésta se ven plenamente favorecidos por 12 horas de terapia, ya que por lo general los síntomas que pueden presentarse a lo largo de esta etapa de vida, hacen mayor referencia a una crisis de elección de carrera, búsqueda de independencia, identidad, etc y los conflictos emocionales están íntimamente ligados al proceso de independencia e individuación.

La primera entrevista considerada de evaluación y diagnóstico, no forma parte de las 12 sesiones de tratamiento preestablecidas. También se sugiere una última entrevista independiente a las del proceso para realizar una nueva evaluación que permita establecer si se logro el objetivo de la psicoterapia. El total serían de 15 sesiones: 2 sesiones de evaluación y diagnóstico, 12 sesiones de tratamiento, y 1 sesión para evaluar si se lograron o no los cambios deseados.

La necesidad del trabajo interdisciplinario de otras áreas, tales como la psiquiátrica, médica, nutricional, familiar, u otras requeridas, serán independientes al número de sesiones planteadas bajo esta propuesta de tratamiento.

Como cualquier otra sesión de psicoterapia, la duración de cada una de ellas en la modalidad de terapia breve será de 50 minutos. La frecuencia de las mismas, serán de dos veces a la semana para el área cognitivo conductual. De esta forma el tratamiento si no es interrumpido tendrá una duración de 3 meses.

No debe perderse de vista que la participación activa por parte de la paciente es primordial, por lo que en caso de que la enfermedad sea aún egosintónica entonces difícilmente se podrán controlar los síntomas del trastorno, y entonces el objetivo inicial será hacer conciencia de enfermedad y gravedad.

A continuación, se mencionarán algunas consideraciones que podrán prolongar o bien facilitar una terapia breve:

- La edad de la paciente
- Gravedad del trastorno de la alimentación
- Duración del trastorno de la alimentación
- Participación activa por parte de la familia
- La coexistencia con trastornos de personalidad y/o del estado de ánimo.

Edad de la paciente

Si el trastorno de la alimentación se presenta en una edad temprana, la superación del mismo podrá ser más rápida y sencilla, que en aquellos casos donde la persona ha alcanzado una edad madura, y los síntomas son lejanos a una búsqueda de identidad.

Gravedad del trastorno de la alimentación

Mientras más severos y frecuentes sean los síntomas de la anorexia o bulimia, mas tiempo tardarán las intervenciones terapéuticas en tener un efecto curativo sobre el padecimiento. Westen y Harden (2001) refieren que aquellas pacientes que tienen historia de conducta restrictiva y conducta impulsiva a lo largo del curso del trastorno de la alimentación, tienen una personalidad más patológica que aquellas que han sido mantenidas en una u otra característica.

Duración del trastorno de la alimentación

Cuando los síntomas de anorexia o bulimia son de inicio reciente, la terapia tendrá un mejor y más rápido efecto sobre los mismos, que en aquellos casos donde las manifestaciones clínicas están tan arraigadas que forman parte ya del repertorio rutinario de la conducta de la persona que padece la enfermedad.

Participación activa por parte de la familia

Cuando la familia esta dispuesta a colaborar tanto directa como indirectamente dentro y fuera del proceso terapéutico la terapia tiene mayor éxito. Ya que cuando no se dan estas condiciones puede incluso la familia boicotear el proceso e incluso agravar la sintomatología del trastorno de la alimentación.

Coexistencia con trastornos de personalidad y/o del estado de ánimo

La coexistencia de los trastornos de la alimentación con trastornos de personalidad, dificulta en gran medida la posibilidad de que en un corto tiempo puedan darse cambios en cuanto a la sintomatología de la anorexia o bulimia. Así mismo lograr que la persona tenga conciencia acerca de su enfermedad se dificulta aún más.

ESTRUCTURA SUGERIDA PARA LAS SESIONES

En este apartado se realizará un cronograma que podrá servir de guía para lo que en cada sesión de psicoterapia se puede realizar. No pretende ser un manual semejante a una receta, ya que no debe perderse de vista que cada proceso deberá ser personalizado y de acuerdo a las necesidades de la paciente.

Lo importante es tener clara cual es la meta de esta propuesta de tratamiento, y el cómo alcanzarla podrá modificarse de acuerdo a las necesidades de cada paciente, es decir cada tratamiento debe ser como un traje cortado a la medida de la paciente. (Zeig, citado en Robles, 1991).

PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Algunas técnicas y estrategias de intervención para trabajar con las conductas desadaptativas de los trastornos de la alimentación son:

- **Educación acerca del trastorno de la alimentación:**

Es importante familiarizar a los pacientes con las consecuencias que pueden tener sus conductas. Se debe educar a las pacientes con respecto a:

- 1) el modelo cognoscitivo del trastorno de la alimentación
- 2) los efectos físicos y psicológicos de su conducta
- 3) se debe dar información acerca del rango del peso promedio para una persona de su estatura y edad.
- 4) describir las consecuencias físicas de los excesos de comida, vómito autoinducido, abuso de laxantes y pérdida excesiva de peso.

- **Auto monitoreo:**

La paciente es instruida para llevar un registro por escrito de todo lo que coma, ya sea una comida, refrigerio o atracón. Deberá registrar la hora del día, lo que consumió, en donde, si tuvo purga y los pensamientos y sentimientos asociados a cada situación.

- **Sensibilización a las señales:**

Esta técnica tiene que ver con lograr que la paciente se haga consciente de que ciertas conductas, suceden cuando existe una constelación de situaciones específicas. Es decir aprenderá a reconocer aquellos factores que la ponen en riesgo de recurrir ya sea a la conducta de atracón o de purga. En esta técnica la paciente deberá reconocer que los síntomas anoréxicos o bulímicos se desencadenan en ocasiones, como mecanismo de sobrevivencia para afrontar eventos dolorosos o estresantes.

- **Estrategias de autocontrol:**

El terapeuta a partir de esta técnica ayudará a la paciente a tener alternativas que le permitan tener un control sobre la conducta impulsiva del atracón. Una de las estrategia es planear el uso de conductas incompatibles a la del atracón, a partir de que la paciente realice una lista de actividades alternas que sean placenteras para ella como salir a dar un paseo, escuchar música, llamar a una amiga por teléfono, etc.

- **Auto vigilancia de pensamientos:**

Se le pide a la paciente que vigile y registre cualquier pensamiento y sentimiento problemático que este relacionado con la alimentación. Se le explicará que esta técnica la ayudará a tener una mejor comprensión de las circunstancias que rodean su problema de alimentación, los cuales podrán ser modificados si logra cambiar los pensamientos y sentimientos perturbadores que experimenta.

- **Reestructuración cognitiva de la conducta alimentaria:**

Las pacientes con trastornos de la alimentación suelen presentar una serie de pensamientos y actitudes erróneas acerca de la comida e imagen corporal. El primer paso de esta estrategia consiste en ayudar a la paciente a identificar los pensamientos problemáticos. Posteriormente se le pide a la paciente que valide dicho pensamiento a partir de argumentos lógicos y evalúe la evidencia de lo que piensa. Como resultado de un cambio en el pensamiento se logrará un cambio en la conducta.

- **Prevención de recaídas:**

Es importante que las pacientes en tratamiento para los trastornos de la alimentación comprendan que comer en exceso o no comer de modo ocasional es normal y no es un signo de pérdida de control. Una caída ocasional no es lo mismo que una recaída. Se le debe decir a la paciente que espere retrocesos, especialmente en momentos de estrés.

Se sugiere la siguiente estructura para cada una de las sesiones:

SESIÓN 1:

- Se establecerá el contrato terapéutico haciendo hincapié en que el tratamiento esta limitado a 12 sesiones de terapia, sin importar cual sea el resultado. Será importante trabajar con hora y día semanal fijo.

- Se le explicará a la paciente el modelo cognitivo conductual sobre los trastornos de la alimentación.

- Se establecerá una meta real y viable de éste proceso, estipulando las conductas que pueden ayudar a la paciente a lograr este objetivo.

- Se le pedirá un cuaderno y se le explicará la técnica del auto monitoreo.

- Tarea: La paciente realizará durante la semana su registro de auto monitoreo

SESIÓN 2:

- Se trabajara el modelo psicoeducativo de: Causas de los trastornos de la alimentación y su contexto cultural.

- Se revisará con la paciente su registro semanal del auto monitoreo.

- Se identificarán aquellos pensamientos y sentimientos distorsionados alrededor de las conductas de atracón y purga.

- Se empleará la técnica de reconstrucción cognitiva.

- Tarea: La paciente continuará con el registro del auto monitoreo, poniendo especial atención en aquellos pensamientos, sentimientos y actos alrededor de sus síntomas.

- Deberá evitar pesarse más de una vez a la semana (durante todo el tiempo).

SESIÓN 3:

- Se trabajara el modelo psicoeducativo de: Consecuencias de la inanición, uso de vómito, laxantes y diuréticos como medidas de control de peso, y las complicaciones médicas de los trastornos de la alimentación.

- Se revisará su registro semanal del auto monitoreo.

- Se identificarán aquellas situaciones de riesgo como las conductas de atracón y purga.

- Tarea: Continuará con las tareas anteriores y realizará una lista de actividades que le ayuden a suplir la conducta de atracón ante situaciones de riesgo.

SESIÓN 4:

- Se trabajará el modelo psicoeducativo de: restitución de patrones normales de comida, el establecimiento de un peso sano y la teoría de la regulación física del peso.

- Se revisará el registro semanal y se hará una evaluación concisa sobre aquellas conductas alternas que la paciente puede realizar en lugar de las del atracón.

- Se empleará la técnica de sensibilización a las señales.

- Tarea: Se continuara con el monitoreo y la sustitución de conductas de atracón y purga.

- La paciente intentará sustituir las conductas del atracón y purga por aquellas alternativas que le pueden permitir una mejor adaptación.

SESIÓN 5:

- Se revisará el registro semanal de la paciente y se evaluará si la paciente logró el objetivo de la sustitución del atracón o purga por otra conducta más adaptativa y como se siente al respecto.

- Se realizara una lista de aquellos alimentos que le generan mayor ansiedad a la paciente.

- Se aplicará la técnica de reconstrucción cognitiva y aproximaciones sucesivas.

- Tarea: Se continuara con el monitoreo y la sustitución de conductas de atracón y purga (hasta el final).

SESIÓN 6:

- Se revisaran los registros de la paciente.

- Se llevará a cabo una evaluación acerca del curso de la conducta del atracón y de la purga desde el inicio del tratamiento.

- En caso de ser necesario se buscaran nuevas estrategias para intentar sustituir la conducta del atracón.

- Si las estrategias anteriormente seleccionadas han ayudado al logro del objetivo, se hará un reforzamiento positivo para animar a la paciente a continuar con el programa.

SESIÓN 7:

- Se revisarán los registros de la paciente.
- Se detectarán los pensamientos distorsionados en función de su imagen corporal.
- Se aplicará la técnica de reestructuración cognitiva.

SESIÓN 8:

- Se hará un análisis sobre las relaciones interpersonales de la paciente para detectar aquellos pensamientos, sentimientos y acciones que le generan dificultad sobre las mismas.
- Se empleará la técnica de reconstrucción cognitiva.

SESIÓN 9:

- Se realizará una reevaluación de los pensamientos distorsionados en función de la conducta alimentaria, imagen corporal y relaciones interpersonales de la paciente.
- Los cambios observados serán reforzados.
- Se debatirán aquellas ideas que aún son problemáticas para la paciente con la finalidad de consolidar la reestructuración cognitiva.

SESIÓN 10:

- Se reforzarán los logros de la paciente a lo largo de este proceso, resaltando las ventajas que tienen en su vida diaria.
- Se promoverán en la paciente técnicas para la solución de problemas y conductas de asertividad que en general le permitan tener conductas más adaptativas.
- Se trabajará el modelo para la prevención de recaídas.

SESIÓN 11:

- Recapitulación de las 10 sesiones anteriores.
- Reforzar el modelo para la prevención de recaídas.
- Comenzar a manejar la terminación del tratamiento.

SESIÓN 12:

- Consolidar la reestructuración cognitiva
- Consolidar el modelo para la prevención de recaídas.
- Dar paso a la terminación del proceso.

Para terminar, en caso de que previo al tratamiento se hayan aplicado los instrumentos sugeridos en este trabajo para la evaluación de la paciente, se recomienda, hacer una reaplicación del cuestionario destinado a evaluar los síntomas relevantes al trastorno de la alimentación, con la finalidad de tener una mayor objetividad en si fue logrado o no el objetivo de este tratamiento.

Al término del tratamiento, independientemente de cual haya sido el resultado obtenido del mismo, se recomienda solo referir: si hay incapacidad de interés o falta de motivación por parte de la paciente para profundizar en diferentes aspectos de su vida, se sugiere una terapia de corte psicodinámico

de mayor duración. Si la paciente tiene poca motivación pero hay capacidad para lograr una reestructuración cognitiva que le permita implementar conductas más adaptativas al medio, se sugiere referir a una terapia de corte cognitivo conductual.

En caso de que a lo largo de esta propuesta se observe que la paciente no tiene la capacidad para lograr un cambio en su conducta de la alimentación, y la capacidad de motivación al cambio están seriamente limitadas, se sugiere que sea referida a una terapia conductual que le permita ya sea modificar su conducta o bien adquirir estrategias que le permitan aprender a vivir con su trastorno de la alimentación.

BIBLIOGRAFIA

1. - Abraham, S, Llewellyn & Jones, D. **Eating Disorders**, 2005
- 2.- Aberasturi, A; Knobel, M. **La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico**. México: Paidós, 2002.
- 3.- American Psychiatric Association (2000). Document **Practice for the Treatment of Patients with Eating Disorders (Revision)**. The American Journal of Psychiatry. V:157, 1-39.
- 4.- Bleiberg, E, (conferencista) (2004). **Trastornos en la adolescencia**. (Conferencia organizada por el Centro de Estudios y formación integral de la mujer). México.
- 5.- Bergman, S. (1987). **Pescando barracudas**. México: Paidós [1995]
- 6.- Beck, A. **Cognitive Therapy and the Emotional Disorders**. International Universities Press: New York, 1999.
- 7.- Blos, P. **Psicoanálisis de la adolescencia**, tercera edición, México: Joaquín Mortiz, pág, 61, 1992.
- 8.- Berstein, A; Nietzel, M. **Introducción a la psicología clínica**, Paidós, México, 2000.
- 9.- Crespo, Barnetche, B.A. (junio 1997). **Tesis: Trastornos de la conducta alimentaria**, pág. 78.
- 10.- Estrada, L. **El ciclo vital de la familia**. México: Paidós (1989).

- 11.- Erikson, E. (1959). **Infancia y sociedad**. Buenos aires: lumen-Hormé, 1968.
12. - Erikson, E. **Identidad, Juventud y Crisis**. México, 1968, México: Siglo XXI.
13. - Fairburn, C; Wilson, T. (1993). **Bingue Eating**. New York: Guilford.
14. - Frank, J.D. Therapeutic components shared by all psychotherapies. The master lecture Series: Vol 1, 1997, pág. 32-36
- 15.- González, J; Romero, J & Távira, F. **Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica en adolescentes**, segunda edición, editorial trillas, México, 1986.
- 16.- González, J; Aguirre, J; Távira, F. **Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica en adolescentes**. México, Trillas, 1998.
17. - Garner, D.M. Body image in anorexia nervosa: Meassurment, theory and clinical implications. International Journal of Psychological Medicine. 2004
18. - Garner, D. **Manual for the Eating Disorder Inventory (EDI)**. Odessa. FL; Psychological Assessment Medicine, 2005.
19. - Horrocks, E. **Psicología de la adolescencia**, primera edición, México, Trillas, 1996.
- 20.- Hurlock, E.B. **Psicología de la adolescencia**. Tercera edición, México, editorial Paidós, 1994.
21. - Johnson, C. **Psychodynamic treatment of anorexia nerviosa and bulimia**. USA: Guilford.

- 22.- Juárez, M. (2002). **La patología de la adolescencia: reflejo de la sociedad Actual**. México: Lumen.
- 23.- Kernberg, P; Weiner, S, Bardenstein, K. **Trastornos de personalidad en niños y adolescentes**. México: manual moderno, 1998.
- 24.- Kaplan, H; Sadock, B. (2001). **Sinopsis de psiquiatría**. España; panamericana.
- 25.- Karwautz, A; Troop N; Rabe, **Personality disorders and personality dimensions in anorexia nerviosa**, Journal of personality disorders, pág. 17, 2003.
- 26.- López, M. **La encrucijada del Adolescente**, primera edición, México, Hispánicas, 1997.
27. - Llewellyn, Abraham, **Eating Disorders**, 1988, Journal of personality disorders.
- 28.- Litré; varios autores. **Enciclopedia de la sexualidad**. Madrid: Fundamentos, 2001, pág. 76
- 29.- Moreno, Luís, **Anorexia nerviosa**, Ed. Ariel ciencias Médicas, Barcelona: 2002
- 30.- **Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)**, Ed. Masson, Barcelona: 2002
- 31.- Martínez- Fornés, S. **La obsesión por adelgazar**. México: Espasa Calpe.

- 32.- Márquez, T. **El suicidio de los adolescentes**. México, 2002, Lumen, pág, 192
- 33.- Mitchel, J. Anorexia. **Hazelden Eating Disorders Series**. Minnessota: Hazelden, pág. 138. Journal of Psychological Medicine, 1993.
- 34.- Muss. R. **Teorías de la adolescencia**, México, Paidós, 1991.
- 35.- Newell. R. **Teorías de la adolescencia**, cuarta edición, México, Paidós, 1998.
36. - Pike, K, Loeb, K. **Cognitive-Behavioral Therapy For Anorexia Nerviosa and Bulimia Nerviosa**. American Psychological Association. Washington DC, 2004.
- 37.- Roth, G. (1991). **Cuando la comida sustituye al amor**. España: Urano [1999]
38. - Rossetti, M.L, Argentina, 2000. <http://bulimarexia.com.ar/>
- 35.- Selvini, M; Cirillo, S; Sorrento, A. (1999). **Muchachas anoréxicas y bulímicas**. México: Paidós
39. - Selvini, P. C., Selvini, M. (1990). **Los juegos psicóticos de la familia**. México: Paidós.
40. - Schonfeld, W.A. **Body image in Adolescents: A Psychiatric concept for the pediatrician**, 2005.
41. - Schilder, P. **The image and the Apapereance of Human Body. Studies in the Constructive energies of the Psyche**. Psychological Medicine. 2003.

- 42.- Solórzano, L. **Adolescencia, desarrollo emocional. El adolescente y su circunstancia.** México: Asociación de Médicos del hospital infantil de México, A.C.
- 43.- Spranger, E. **Psicología de la Edad Juvenil**, 1946, Buenos Aires: Revista de Occidente, 2001.
44. - Slotz, H.R; & Slotz, L.M. **Somatic Development of Adolescent Boys.** New York, Macmillan, 1995.
- 45.- Toro, J. (1987). **Anorexia nerviosa.** España: Martinez Roca.
46. - **Therapeutic components shared by all psychotherapies.** The master lecture Series: Vol 1.
47. - Walsh, B, Devlin, M. **Eating disorders: progress and problems**, Science.
48. - Zerbe, J. K. **The body betrayed. A deeper understanding of women, eating disorders, and treatment.** USA: Gurze books, 2002, pág. 285.