

1. Introducción

Aún con toda la atención e interés recibido en el tema de la anorexia, existen aún misterios no resueltos, ¿Por qué tantas mujeres caen en esta enfermedad? Y ¿Por qué tan pocas se logran recuperar? Ya que aproximadamente solo del 48 al 20 % logran recuperarse y ¿Qué es eso tan poderoso que envuelve al trastorno que causa que estas mujeres arruinen sus vidas con el fin de quedar demacradas? (Levenkron, 2001).

El alimento es un elemento clave de algunas de las primeras y duraderas relaciones entre padres e hijos. A pesar de la importancia que tiene la comida para los seres humanos, los trastornos de la conducta alimentaria son una patología psicológica que van en contra de la naturaleza de la evolución (Nardone, 2004; Crawford, 1989). La conducta más valiosa del ser humano deja de ser totalmente instintiva para convertirse en una respuesta social, cultural y psicológica (Barber y cols., 1995).

La Anorexia Nerviosa es el trastorno o enfermedad mental con mayor letalidad de los tratados por la Psiquiatría (Beato, 2003).

En casi todo el mundo aproximadamente del 5 al 9 % de las pacientes anoréxicas mueren y el 30 % nunca se recuperan, son enfermas crónicas. Por eso el abordaje precoz de la enfermedad es la mejor esperanza contra la misma (Ortega, 2000).

Desde los años 70 se ha visto a este trastorno alcanzar porcentajes epidémicos. De acuerdo a la Sociedad americana de Psiquiatría una de 250 jóvenes tienen el trastorno de Anorexia nerviosa, 1 de cada 4 mujeres entre las

edades de 12 a los 32 años tienen un tipo de trastorno de la conducta alimentaria y 2 de cada 10 pacientes con Anorexia Nerviosa mueren a causa de esta enfermedad (APA, 2005).

Aunque los trastornos de la conducta alimentaria van en contra de la naturaleza y evolución del ser humano, la incidencia de estos, ha aumentado en las últimas décadas (Asociación Americana de Anorexia y Bulimia, AAAB. *American Anorexia Bulimia Association, AABA*, 2004). Por otro lado, algunos investigadores han encontrado que la incidencia de estos trastornos es en mujeres jóvenes (Killen, Taylor, Telch, Saylor, Maron & Robinson, 1986) y está alcanzando proporciones epidémicas en sociedades occidentales (Maloney, 1989). Cabe mencionar que el porcentaje promedio entre estudiantes de universidades y preparatorias que los padecen oscila entre el 4 y 13% (Holz y Tea, 1995). Cifra que va en aumento en algunos países occidentales (Kagan & Squires, 1984; Killen y cols, 1986; Pope, Hudson, Yurgelun, Todd & Hudson, 1984)

Es necesario señalar que la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón son trastornos alimenticios distintos que pueden manifestarse juntos o separados en una persona (Bemis, 1978; Garfinkel & Garner, 1982). La característica que estos comparten, es la preocupación por la comida y el miedo intenso a ganar peso (Gandour, 1984). Distintas complicaciones médicas pueden presentarse cuando se padece uno de estos trastornos (Shisslak, Crago, Neil & Swain, 1987). Además, el riesgo de que estos lleven a la muerte a quien los padece es alto. En cambio, el 66% de la población que padece bulimia continúa teniendo síntomas bulímicos aún cuando han recibido tratamiento (Mitchell, Davis, Goff & Pyle, 1986). Cabe mencionar que la

anorexia se presenta en mujeres adolescentes entre 12 y 20 años de edad (Bernis, 1978; Gandour, 1984; Jonson, 1982; Mitchell & Pyle, 1982) La incidencia de la bulimia se encuentra en un rango entre 1 y 20% de adolescentes mujeres que se encuentran en secundaria y preparatoria (Shisslak, Crago, Neil & Swain. 1987). Y de acuerdo con Elliot, entre el 50 % y 70% de las personas con sobre peso padecen el Trastorno por Atracón.

Se han propuesto diversos modelos explicativos para dar cuenta de la etiología, desarrollo y mantenimiento de la Anorexia nerviosa, sin embargo no se ha encontrado un causa específica. La mayoría de los autores concluyen que este trastorno, así como los demás trastornos alimentarios son multifactoriales.

Desafortunadamente, las consecuencias de los trastornos alimentarios son trágicas y la incidencia de estos va en aumento (Scott, 1988). La Asociación Nacional de Trastornos Alimenticios (ANTA) reporta que el 95% de los pacientes con trastorno de Anorexia Nerviosa y el 80% que padecen Bulimia Nerviosa, son mujeres. Razón por la que es necesario que se continúe investigando sobre los factores causales de los trastornos de la conducta alimentaria.

En conclusión, surge un gran interés por profundizar la relación que existe entre el Trastorno de Anorexia Nerviosa, Situaciones Estresantes y Estilos de Afrontamiento. Asimismo, se intenta fortalecer la investigación de este trastorno en nuestro país debido a que no ha sido lo suficientemente estudiado ya que no existen estadísticas ni estudios sobre su prevalencia.

2. Trastornos de la Conducta Alimentaria

El comer es una actividad determinada por nuestra biología y guiada por las necesidades de nuestro cuerpo. *Comer*, significa “abocar, masticar y deglutir el alimento” proviene del latín *comedere* “comer enteramente”; *Alimento*: “comida, materia comúnmente de origen vegetal o animal que un organismo toma y asimila para mantener su vida y crecimiento”.

La palabra alimento entra en la dinámica del efecto de la comida en el cuerpo y su dirección; cuando se convierte en verbo implica una dimensión relacional en donde vamos a descubrir cómo la comida alimenta el cuerpo, pero también nutre el alma, y aquí es donde se sucede una situación interactiva entre aquel que alimenta y aquel que es alimentado, por lo que el alimento toma la forma de un vehículo de nutrientes y nutre a su vez al contacto mismo. Es claro como la alimentación está al origen de la sobrevivencia biológica y psicológica de los individuos, siendo ésta aún mayor por motivos obvios cerca del nacimiento (Cohen, 1997)

Es claro que la **alimentación** es un tipo de **conducta** que es en todo momento un canal fundamental para la transmisión (transmisión de nutrientes al bebé, transmisión de cariño hacia el bebé y de intercambio afectivo con los padres y entre ellos mismos), que atañe a la transmisión de expectativas y de anhelos, pero también de temores y de vacíos (Barriguet & Soto, 1997).

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* los Trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimenticia. Dentro de esta categoría entran tres diferentes tipos, los cuales son, la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y los

trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados como lo es el Trastorno por Atracón

Las características esenciales de la Anorexia Nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y es una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.

La Bulimia Nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito provocado y el abuso de fármacos para evitar la ganancia de peso. Además, la auto evaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales.

El Trastorno por Atracón, considerado como un Trastorno inespecífico de la alimentación se caracteriza por atracones de comida recurrentes que se asocian a pruebas subjetivas y comportamentales de falta de control sobre la alimentación y de malestar clínicamente significativo, y que no se acompañan de las estrategias compensatorias típicas de la bulimia nerviosa.

Según Nardone (2004) Pocas formas de patología psicológica parecen tan perturbadoras como los trastornos alimenticios, ya que la manifestación de estos es un evento en contra de la naturaleza ya que la conducta alimenticia tiene por si misma gran importancia, puesto que representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo (Barber, 1995). Pero esa conducta es más valiosa si se sabe que este tipo de conducta en el ser humano puede dejar de ser totalmente instintiva para convertirse en una respuesta condicionada, por factores de orden biológico, psicológico y social (Crawford, 1989). Los trastornos de la conducta alimentaria son los únicos clasificados por el DSM-IV

que pueden llevar a la muerte o desequilibrios crónicos a la persona que los padece por sí solos.

Según la Asociación contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB) las conductas de estos trastornos pueden llegar a ser tan autodestructivas que hacen que su vida quede afectada de manera irreversible.

Los síntomas comunes de estos Trastornos Alimenticios son: pérdida anormal del peso, alteración del carácter, cambios de humor, negación de sensación de hambre, sed, cansancio, fatiga, dificultades de concentración y de memoria, sentimientos de descontrol y soledad, dificultad en reconocer las emociones, desinterés y aislamiento social, disminución del sueño, falta de autoestima, pérdida de interés sexual, negación total o parcial de la enfermedad, alteración o pérdida de la menstruación, problemas dentales, pérdida del cabello (Garner, 1993).

Perpiñá, Ibañez y Capafóns (1988) consideran que los trastornos alimenticios configuran un continuo en el que establecer una línea divisoria es a veces realmente complicado.

Bruch (1978) y Augestad, Saether y Gotestam (1999) señalan que en todos los Trastornos de la conducta alimentaria, la ingesta y el aspecto corporal son manipulados en un esfuerzo inútil por camuflar o resolver el estrés interno, y de ajustarse a las dificultades del ambiente.

Por otro lado, se considera que el conjunto de factores socio ambientales, la interiorización del rol sexual, la presión de la adolescencia y la adopción del mito de la “súper mujer”, explican el aumento de estos trastornos (Steiger, Goldstein, Mongrain & Feen, 1990)

De acuerdo con la fundación Ellen West (2005), muchas personas en nuestro país sufren de trastornos de la alimentación; su vida está controlada por la comida y el subir o bajar de peso se convierte en el foco de su existencia. Con frecuencia se sienten culpables, aisladas, deprimidas y avergonzadas.

Ya sea comiendo compulsivamente, "atascándose" de comida, purgándose o restringiéndose, todos ellos tienen algo en común: sufren de un desorden alimenticio que puede ser fatal si no se trata a tiempo. Con ayuda profesional se puede lograr la recuperación y la libertad.

La clave de la recuperación es comprender las causas de la conducta autodestructiva y adquirir habilidades para facilitar los cambios necesarios.

El trastorno de alimentación actúa como un mecanismo para enfrentar la tensión que le ha permitido a la persona lidiar con las vicisitudes de la vida, el dolor emocional, la baja autoestima, el estrés y los traumas; puede ser visto como un mecanismo de sobrevivencia. De la misma manera en que un alcohólico utiliza el alcohol para hacer frente a sus problemas, una persona con un trastorno de la conducta alimentaria puede estar usando el comer, purgarse o restringirse como una forma de "enfrentar" sus problemas. Algunas de las características que están asociadas a un desorden alimenticio incluyen: baja auto-estima, depresión, sensación de falta de control, poca valía, problemas de identidad, de comunicación e inhabilidad para hacerle frente a sus emociones. El tener un trastorno alimenticio puede ser la manera en que la persona expresa aquello que no sabe cómo expresar de manera saludable (Aizpuru, 2005).

Entre más pronto se busque la ayuda, mayor es la posibilidad de liberarse de la enfermedad. El riesgo de permitir una larga evolución a estos padecimientos es que pueden hacerse crónicos y, por lo mismo, se arraigan más a la personalidad de quien los sufre, originando graves complicaciones médicas que pueden llevar a la muerte.

Fobias, obsesión, peso, baja autoestima, fantasías de éxito y felicidad son palabras que describen el pensamiento de una persona con un trastorno de la alimentación (Aizpuru, 2005).

2.1. CAUSAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades multifactoriales, lo cual indica que son muchas las causas que pueden poner a una persona en riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación. Usualmente, se inician por una pérdida de peso que en general produce gran admiración y constante aprobación social. Esto les brinda a las personas una enorme gratificación y un deseo de continuar a dieta restrictiva para seguir bajando de peso. La sensación de control que las dietas restrictivas originan es un sentimiento gratificante. En la medida que se pierde más peso, la mente se focaliza más y más en la comida y el peso, lo que brinda una gran oportunidad de escapar de otros tipos de problemáticas.

Sin embargo, no todas las personas que inician una dieta restrictiva desarrollan un trastorno de la conducta alimentaria. La presión social por la delgadez afecta a todos, y combinado con una personalidad vulnerable, hace que una dieta normal evolucione a una dieta restrictiva crónica.

Los factores de vulnerabilidad pueden ser: tendencia al perfeccionismo, deseo de estar en control, baja autoestima, obesidad infantil, creer que el amor y la aprobación dependen de los logros y la apariencia, sensibilidad hacia los cambios propios de la vida, sensibilidad a la separación de la familia, miedo a las responsabilidades de la vida adulta, posible predisposición genética, dinámica familiar alterada y traumas.

Existen factores precipitantes que pueden disparar la enfermedad en una persona vulnerable incluyendo la crisis de la pubertad, pérdidas y estrés,

así como dietas restrictivas exitosas con el reforzamiento social por la pérdida de peso.

También existen factores que mantienen la enfermedad cuando ésta se ha establecido. Estos incluyen una falta de satisfacción con la pérdida de peso, distorsión de la imagen corporal que produce un miedo irracional de recuperar el peso perdido, así como la depresión y la ansiedad, resultados del estado de semi-desnutrición. Las personas con trastornos de la alimentación se acostumbran al "estilo de vida" anoréxico o bulímico y temen enfrentar los retos que involucran una vida sin el trastorno.

Es importante recordar que un trastorno de la alimentación no es sólo un problema sino también un intento de resolver el problema. Esto quiere decir que el trastorno tiene un propósito. Como muchos otros síntomas y conductas aparentemente mal adaptativas, un trastorno de la alimentación es un esfuerzo de enfrentar y de comunicar. La inanición puede ser, en parte, un intento de establecer un sentido de sí mismo, un esfuerzo de sentir la fuerza del propio poder y valor. Los atracones pueden ser un intento de confortarse o anesthesiarse. El purgarse puede servir como un alivio fisiológico y psicológico, como una manera de liberar dolor y ansiedad. Un trastorno de la alimentación expresa que la persona no ha encontrado otra manera de expresar los sentimientos; como la vergüenza, la duda, la rabia, el duelo, la inadecuación. La experiencia de no ser reconocido como un ser humano con el derecho de vivir su propia vida, se expresa la sensación de ser no conocido, no aceptado por lo que uno es.

No existe una causa simple para explicar los trastornos de la alimentación, y ciertamente no existe una solución simple para curarlos.

Muchas personas se han beneficiado con atención médica, psicoterapia, terapia de grupo y grupos de auto-ayuda en su proceso de recuperación. El cambio es frecuentemente lento y la recuperación generalmente incluye recaídas y retrocesos. Tanto la persona con el trastorno de la alimentación como su familia, pueden sentirse frustrados e impacientes por la lentitud del proceso (Aizpuru, 2005)

2.2. Signos y Síntomas de los Trastornos Alimenticios

Los trastornos de la conducta alimentaria se desarrollan en la persona a través de la presencia de diferentes signos y síntomas.

Los signos y síntomas conductuales de los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo a la fundación Ellen West 2005 (Tabla 1).

Tabla 1 Signos y síntomas conductuales de los trastornos de la conducta alimentaria

Signos y Síntomas Conductuales de los Trastornos de la Conducta Alimentaria		
Trastorno Anorexia Nerviosa	Trastorno Bulimia Nerviosa	Trastorno por Atracón
<p>Restricción severa de comida.</p> <p>Ayunos.</p> <p>Conductas rituales al comer como contar la comida, cortarla en pedazos muy pequeños, jugar con la comida en el plato o preparar alimentos para otros y rehusarse a comérselos.</p> <p>Preparar la comida muy asada, casi quemada.</p> <p>Ejercicio excesivo para perder peso.</p> <p>Miedo exagerado a subir de peso.</p> <p>Usar la ropa muy floja.</p> <p>Pueden usar laxantes o diuréticos para eliminar el alimento.</p> <p>Obsesión con la comida, calorías, grasa etc.</p> <p>Pretextos para no comer (por ejemplo comer más temprano, dolor de estómago).</p> <p>Comer una variedad muy limitada de alimentos.</p> <p>Sentirse llena o sentir náuseas cuando come cantidades muy moderadas.</p> <p>Negar tener hambre.</p> <p>Verse gorda a pesar de estar muy delgada.</p> <p>Pesarse frecuentemente.</p>	<p>Atracones.</p> <p>Comer a escondidas.</p> <p>Viajes al baño justo después de comer.</p> <p>Abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas.</p> <p>Evitar restaurantes.</p> <p>Evitar eventos sociales.</p>	<p>Hacer muchas dietas y romperlas constantemente.</p> <p>No poder parar de comer.</p> <p>Comer poco en público a pesar de su sobrepeso.</p> <p>Los fracasos sociales y profesionales lo atribuyen al peso.</p> <p>El peso es el foco de la vida.</p> <p>Comer muy rápido.</p> <p>Evitar situaciones sociales.</p> <p>Creer que hay alimentos "buenos" y "malos".</p> <p>Consumir gran cantidad de comida chatarra.</p> <p>Comer sin hambre.</p>

(Fundación Ellen West, 2005)

Signos y Síntomas Psicológicos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria		
Trastorno Anorexia Nerviosa	Trastorno Bulimia Nerviosa	Trastorno por Atracón
<p>Cambios de ánimo. Sentimientos de inadecuación sobre sus habilidades. Sentimiento de soledad. Aislamiento. Sentimiento de autoestima en función de lo que comen o no comen. Depresión.</p>	<p>Cambios en el estado de ánimo. Irritabilidad. Depresión. Miedo de perder el control. Autoestima determinada por el peso y por lo que se ha comido. Gran necesidad de la aprobación de los demás.</p>	<p>Creer que serán mejor personas cuando adelgacen. Irritabilidad. Depresión. Vergüenza. Negación de sentimientos "negativos" (coraje, miedo, enojo). Sentimiento de autovalor en función del peso. Culpar a otros por su sobrepeso. Negar comer compulsivamente. Creer que comen poco o igual que la gente delgada (en la etapa de negación).</p>

(Fundación Ellen West, 2005)

Signos y Síntomas Físicos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria		
Trastorno Anorexia Nerviosa	Trastorno Bulimia Nerviosa	Trastorno por Atracón
<p>Pérdida notable de peso. Fatiga. Hipotermia (frío constante). Debilidad muscular. Amenorrea. Estar delgado y querer bajar más de peso perdiendo el 15% o más de su peso ideal. Pérdida de cabello.</p>	<p>Fluctuaciones de peso. Dolores crónicos de garganta. Inflamación de glándulas parótidas. Agrietamiento de labios. Esmalte de dientes maltratado. Latidos cardiacos irregulares.</p>	<p>Fluctuaciones de peso. Dolores crónicos de garganta. Inflamación de glándulas parótidas. Agrietamiento de labios. Esmalte de dientes maltratado. Latidos cardiacos irregulares.</p>

(Fundación Ellen West, 2005)

3. Anorexia Nerviosa

3.1. La Anorexia Nerviosa a través de la Historia

La anorexia no es un fenómeno de la post- modernidad. La anorexia es una patología vieja que nos señala un modo de nominar síntomas muy viejos que debemos conocer para poder entender nuestro presente y saber como enfrentar una tragedia (Gomero, 2004)

Este trastorno se origina en la edad media, pero es ahora cuando se le ha estudiado, tipificado y definido (Fendrik, 1997). Se sabe que es producto de múltiples factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, así como presiones familiares, es posible la predisposición genética o biológica y el vivir en una sociedad en la cual hay una oferta excesiva de comida y obsesión por la delgadez. Es verdad que esta estética está de moda, pero es sólo un disparador que afecta negativamente a algunas jóvenes con problemas familiares y con desajustes de personalidad.

Las listas del vaticano incluyen mas de 100 casos de mujeres que han sido canonizados por lo que parece ser un comportamiento extremadamente virtuosos, desgastarse a sí mismas hasta la muerte y mientras tanto dando todo lo posible a los otros, o los más necesitados (Bell, 1989)

La anorexia ha acompañado a la humanidad desde hace siglos. Es importante mencionar que en la edad media la anorexia era practicada sin fines estéticos, Las mujeres se restringían del alimento con fines ascéticos o religiosos, ya que creían que era una manera de intensificar su espiritualidad y desprenderse de los lazos terrenales (Citado en Holtz, 1995).

Bell (citado por Toro, 1999) llevó a cabo un estudio en la Universidad de Rutgers, el cual se basó en las revisiones autobiográficas, cartas, testimonios y actas de canonización de más de 261 mujeres religiosas italianas del siglo XIII hasta el siglo XXI.

En el siglo XIII, de la muestra de Santas estudiadas, el 50% serían consideradas en la actualidad como pacientes anoréxicas.

Catalina de Siena, Santa Clara de Asís, Verónica Giuliani, María de Oignes, Benbenuta Bojan, Margarita de Yperen, Beatriz de Nazaret, Juliana de Lieja, Ida de Lovaina y Columba de Rieti son algunas mujeres que acreditaron poderes sobrenaturales además de “poder vivir” casi sin alimento.

Luidina de Shiedam, hija de un rey cuyas pretensiones de casarla con el rey Sarraceno de Sicilia ayunó y rezó a Dios suplicándole que toda belleza fuera eliminada de su cuerpo para que de tal manera los hombres dejaran sus pretensiones.

Rausch y Bay (2000) aseveran que aquellas mujeres que deseaban alejar las pretensiones masculinas de sus vidas adoptaron a Santa Wilgefortis (conocida también como Luidina de Shiedam) como su patrona.

La primera paciente anoréxica fue registrada por Morton en 1694 (Toro, 2003). Era una adolescente de origen Inglés de 18 años que desarrolló amenorrea, y que poco a poco perdió peso y sufrió de ataques sincopales y desmayos continuos empeorando cada vez más su salud hasta que al final perdió la vida (Tena & Holtz, 1995). Morton llamó a esa enfermedad “Consunción Nerviosa” y afirmó que casi siempre le precedía la tristeza, obsesión y ansiedad. Esto lo pudo confirmar con otra paciente de 16 años

quien perdió el apetito “ocasionado por estudiar demasiado” y por las “Pasiones de la Mente”, lo que la llevó a una Atrofia Universal, que la hacía empeorar cada día más. Pero fue Gull (1870) quien utilizó por primera vez la expresión Anorexia Nerviosa en una conferencia Pronunciada en Oxford. En la misma época, y de modo casi simultáneo, Lasegue en Paris produce la descripción de la enfermedad, calificándola de “inanición histérica” y considerándola una enfermedad psicógena (Álvarez, 1997). A finales del siglo XIX, en el año 1893, se describe un caso de anorexia tratado con hipnosis, un año más tarde se describe dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía.

El término *Anorexia Nerviosa* proviene del latín y quiere decir sin apetito, y el adjetivo Nerviosa expresa su origen psicológico. Al contrario de lo que se piensa no es cierto que los anoréxicos NO padecen de hambre, sino que la reprimen. Los pacientes con anorexia nerviosa rehúsan a mantener un peso corporal por encima de los valores mínimos aceptables para una determinada edad y talla. El miedo llega ser tal que los puede llevar a la inanición, naturalmente los sujetos no tienen conciencia de su enfermedad.

En el siglo XIX, la desacralización de la medicina y la introducción del pensamiento científico incitaron la penalización de la restricción alimenticia, lo que permitió que la enfermedad fuese reconocida como tal. La anorexia nerviosa empieza a tratarse desde un punto de vista endocrinológico, así en 1964 Morton describe una paciente caquéctica a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción pituitaria y durante los siguientes 30 años reinó la confusión entre insuficiencia pituitaria y Anorexia Nerviosa. A partir de los años 30, la Anorexia Nerviosa pasa a estudiarse principalmente desde el punto de

vista psicológico, quedando en el olvido las antiguas discusiones acerca del origen endocrino o psicológico del trastorno. Las explicaciones de esta época se encuentran muy influenciadas por los modelos psicoanalíticos que predominaban en ese momento y es hasta 1940 que este trastorno se considera como un síndrome (Sociedad Americana de Psiquiatría, 2005).

3.2. Criterios Diagnósticos de la Anorexia Nerviosa

González (2002) afirma que la anorexia está caracterizada por una notable pérdida de peso inducida, trastornos psicológicos y anormalidades fisiológicas secundarias.

Los Criterios para el Diagnóstico de la Anorexia Nerviosa, según el DSM-IV son cuatro:

- A. *Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperado).*

Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (por ejemplo, mientras que el sujeto crece en altura). Este criterio proporciona una guía para determinar cuándo el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior. Existe otra guía adicional algo más estricta, en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5 Kg. /m². (El índice de masa corporal indica el estado nutricional de la persona considerando dos factores elementales: Su peso actual y su altura) Para determinar el peso mínimo normal de un individuo, el clínico debe considerar también su constitución física y su historia de peso previa (Apéndice D).

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos.

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

Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas «obesas». El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo.

Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que esto pueda tener implicaciones clínicas graves.

D. En las mujeres pos- puberales, presencia de amenorrea (por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.)

La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede.

En las niñas prepuberales la Anorexia Nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquia. Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden presentar historias poco creíbles.

Subtipos

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones y/o purgas durante los episodios de Anorexia Nerviosa:

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 a purgas.

Tipo compulsivo/purgativo. Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones, purgas o ambos. La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. 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.

Para el CIE- 10 (1993) la característica principal de la Anorexia Nerviosa es la pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo.

O en su defecto, cuando el enfermo es pre- púber puede no experimentar la ganancia de peso y crecimientos propios de la edad. También, evitación de ciertos “alimentos engordantes” y la práctica de actividades compensatorias. Además, distorsión del auto percepción corporal.

Los síntomas y signos más característicos de la anorexia son:

CONDUCTUALES

- a) Restricción severa de comida.
- b) Ayunos.
- c) Conductas rituales al comer como contar la comida, cortarla en pedazos muy pequeños, jugar con la comida en el plato o preparar alimentos para otros y rehusarse a comérselos.
- d) Preparar la comida muy asada, casi quemada.
- e) Ejercicio excesivo para perder peso.
- f) Miedo exagerado a subir de peso.
- g) Usar la ropa muy floja.
- h) Pueden usar laxantes o diuréticos para eliminar el alimento.
- i) Obsesión con la comida, calorías, grasa etc.
- j) Pretextos para no comer (por ejemplo comer más temprano, dolor de estómago).
- k) Comer una variedad muy limitada de alimentos.
- l) Sentirse llena o sentir náuseas cuando come cantidades muy moderadas.
- m) Negar tener hambre.
- n) Verse gorda a pesar de estar muy delgada.
- o) Pesarse frecuentemente.

PSICOLÓGICOS

- a) Cambios de ánimo.
- b) Sentimientos de inadecuación sobre sus habilidades.
- c) Sentimiento de soledad.
- d) Aislamiento.
- e) Sentimiento de autoestima en función de lo que comen o no comen.

f) Depresión.

FÍSICOS

- a) Pérdida notable de peso.
- b) Fatiga.
- c) Hipotermia (frío constante).
- d) Debilidad muscular.
- e) Amenorrea.
- f) Estar delgado y querer bajar más de peso perdiendo el 15% o más de su peso ideal.
- g) Pérdida de cabello.

3.3. Ciclo y Etapas de la Anorexia

Se ha visto que entre un 5 y un 9% de las personas que sufren Anorexia Nervosa, morirán de complicaciones relacionadas a ella. Usualmente, las personas con Anorexia Nerviosa buscan la perfección; se ponen expectativas muy altas y sienten que siempre tienen que estar demostrando su competencia. Por lo regular ponen las necesidades de otros sobre las suyas. También suelen sentir que el único control que tienen sobre sus vidas está en la esfera del peso y la comida. Todos los días, el peso en la báscula determina si lograron o no su meta y se sienten poderosos y en control cuando pierden peso. El pensar en calorías y perder peso es una manera de bloquear sus sentimientos y emociones. Para ellos, es más fácil ponerse a dieta y dejar de comer, que enfrentarse a sus problemas directamente.

También se ha visto que estas personas tienen baja autoestima y sienten que no tienen derecho a comer, así como también niegan que tengan algún problema. Niegan el hambre y no aceptan ayuda ya que la idea de terapia es vista como una manera de forzarlos a comer. Cuando admiten tener un problema y quieren dejarlo, pueden ser tratadas de manera efectiva con una combinación de terapia médica, psicológica y nutricional.

La Anorexia Nerviosa usualmente inicia con una pérdida de peso por dieta o enfermedad, y los comentarios favorables provocan que la persona crea que es bueno estar delgado, y entre más delgado, mucho mejor. El cuerpo reacciona mal a las restricciones y la conducta errática empieza a dominar la vida de la persona.



Figura 1 Ciclo de la Anorexia Nerviosa (Fundación Ellen West, 2005).

Para poder entender el trastorno de a Anorexia Nerviosa, podemos dividir el progreso del trastorno en cuatro etapas de acuerdo a Levenkron (2001).

Primero es necesario entender dos aspectos de la Anorexia. Médicamente, la anorexia se caracteriza por pérdida de peso corporal, seguido por una baja de la temperatura corporal que así mismo provoca una baja en la presión sanguínea y un alentamiento del ritmo cardíaco, perdida del ciclo menstrual, adelgazamiento del cabellos, fatiga y otros síntomas de una mala nutrición.

En medida que la paciente continúa su perdida de peso, va desarrollando nuevos síntomas e intensificando otros. La última etapa de la Anorexia, la cual es letal es la insuficiencia hepática, la insuficiencia renal y por último la insuficiencia cardíaca.

Otra manera de describir el progreso del trastorno es mediante las acciones y el comportamiento que causan en la paciente la pérdida del peso. En la manera en la que va progresando el trastorno, la paciente consume cada vez menos calorías, intensifica el esfuerzo físico y como extra, abusa de laxantes y diuréticos combinado con un miedo irracional a los alimentos a base de proteínas e intentos por reemplazar carbohidratos y azúcares por endulzantes artificiales, lo que lleva a una severa mal nutrición, deficiencia de proteínas y un cuerpo sobre ejercitado.

Ninguna de las descripciones usadas para explicar la anorexia nerviosa son suficientes para poder capturar la esencia de esta ni para resolver la pregunta más importante, ¿Por que el comportamiento anoréxico es tan difícil de detener?

Las etapas de la Anorexia Nerviosa de Levenkron (2001) son un intento de responder esta pregunta

Etapa 1 *La etapa de la Realización*

Generalmente, la anorexia comienza con un deseo de perder peso, ser delgada y ser aceptada por la sociedad. Esta primera etapa del trastorno puede no mostrar comportamiento anormal.

La mayoría de las mujeres que comienzan una dieta no se encuentran emocionalmente predisuestas a desarrollar Anorexia Nerviosa.

La persona predispuesta a desarrollar el trastorno es perfeccionista, y la meta de perder peso se convierte en un esfuerzo sobre consumidor de hacer la dieta restrictiva de forma perfecta.

De esta manera continúa perdiendo peso, y al principio es premiada con comentarios de orgullo, admiración e incluso envidia por parte de las otras personas.

Ese sentido de autorrealización rápidamente refuerza la restricción de sus patrones alimenticios. Los ataques de hambre no se comparan con los fuertes sentimientos de virtud y éxito, lo cual es realmente interpretado como la prueba de un éxito obtenido.

Etapa 2 Etapa de la Seguridad-Compulsividad

La segunda etapa comienza con la meta de perder un kilo por semana, de pronto el “peso- meta” desaparece. Entre más delgada se convierte la paciente, mas gorda se siente. Ha cruzado la delgada línea hacia la psicopatología o la enfermedad mental. Comienza a preocuparse por las medidas de sus brazos, cintura, caderas, a medirse tallas más pequeñas de ropa y no puede pensar en otra cosa más que en eso.

Esta distorsión de su tamaño y medidas corporales es creada por ella para poder mantener su misión, la cual es la pérdida de peso. Por lo que puede convencerse a sí misma que es gorda, entonces podrá creer que es crucial estar luchando constantemente con su peso corporal. Lo cual se convertiría en una importante parte de su sentido de identidad.

De esta manera su interés en perder peso incrementará y en cada kilo perdido encontrará una nueva razón para perder otro más.

Su compulsión por perder peso se vuelve su foco, como si los demás problemas, sus relaciones, hubieran desaparecido y su único problema es

perder peso. Se convierte en una obsesión, algo en lo que siempre esta pensando.

Debido a que esto se ha convertido en una obsesión, ella deberá continuar buscando un refugio en la pérdida de peso para poder reducir su estrés y ansiedad de esta manera.

Se encuentra obligada a usar sus comportamientos dirigidos a la pérdida de peso una y otra vez para poder regular sus miedos obsesivos, sean reales, o no, los cuales le llegan a causar una ansiedad abrumadora.

Por lo que repite los patrones compulsivamente para poder reducir su estrés. Toda esta actividad mental le deja poco tiempo para poder dedicar a amigos y familia.

La paciente comienza un desapego emocional de los demás y se vuelca en sí misma en la batalla contra el hambre.

En la manera en la que va perdiendo peso no puede dejar de pensar más que en la comida, día y noche. El cerebro se adapta a lo que comienza a percibir como condiciones famélicas y se comienzan a desarrollar los trastornos del sueño. De esta manera también se comienzan a acumular diversas fobias, como lo son la fobia a la grasa, fobia al alimento, fobia a subir de peso, fobia al apetito y fobia a desarrollar un metabolismo lento.

Cuando la persona ha perdido suficientes calorías el cuerpo comienza a quemar menos calorías por lo tanto hay un alentamiento en el metabolismo para poder mantener a la persona con vida para poder durar hasta que el cuerpo vuelva a recibir alimento de nuevo. Cuando esto sucede, las calorías no son utilizadas para mantener la temperatura corporal (98.6 F), por lo que la

persona comienza a sentir frío todo el tiempo. El cuerpo tampoco utiliza su reserva de calorías para mantener la presión cardíaca en sus niveles normales, por lo que esto trae como consecuencia sensaciones de mareo y por consecuencia el corazón no mantiene el número de latidos por minuto normal, sino que se reducen y como consecuencia el corazón de la paciente se comienza a encoger.

Los niveles de proteína también sufren un decremento, y el blanco más afectado comúnmente es en el decremento de la producción de cabello.

El ciclo menstrual requiere calorías, proteínas y hierro para su pleno funcionamiento, así que este se tiene que ver discontinuado para poder preservar al cuerpo con vida y ésta como muchas otras funciones vitales comienzan a ser discontinuadas.

Desafortunadamente, todos estos cambios corporales son malinterpretados por la paciente con Anorexia Nerviosa ya que imagina que su cuerpo necesita cada vez menos calorías y esto es reforzado por la distorsión en su imagen corporal que al contrario de la evidencia, la hace verse cada vez más gorda.

Esta etapa en es realidad un intento de evitar la inseguridad y la conclusión de esta etapa en la paciente le afecta en la manera en que ha desarrollado obsesiones, compulsiones, distanciamiento de las demás personas y un estado mental deprimido.

Etapa 3 *La etapa de Asertividad*

La tercera etapa se comienza a desarrollar cuando la paciente comienza a ser criticada por su aspecto corporal por los demás. Por lo que el ambiente familiar comienza a demandar un aumento de peso.

Para poder entender mejor esto deseamos recordar que generalmente las pacientes con Anorexia Nerviosa tienen una historia de ser niñas agradables, buenas, protectora, conformistas, evasoras del conflicto, entre otras. Por lo que en algún momento durante esta etapa ella se da cuenta de que por primera vez en su vida ha logrado desafiar a los que la rodean, por primera vez en su vida no teme al conflicto. No teme por lo que los demás piensen acerca de ella y no siente obligación en satisfacer a los demás. Lo único que conoce es el confort que siente al defender su trastorno.

Inconscientemente siente una sensación de control aunque sea solamente en esa área de su vida, ya que se ha convertido en el área más importante. Y se da cuenta que ha encontrado algo que ha buscado toda su vida, que es la asertividad, aunque esta sea solamente usada en defensa de la Anorexia.

Esta etapa de asertividad nos puede dar una idea de la tenacidad que puede llegar a tener la paciente con Anorexia Nerviosa.

Su delgadez la ha llevado a ser una persona asertiva. Para poder mantener una, tiene que mantener a la otra.

Etapa 4 *La Etapa de la Seudo Identidad*

Tarde o temprano la pérdida de peso se vuelve obvia en los ojos de la familia y la comunidad a su alrededor y ellos se adaptan al aprender a aceptarla.

Ya sea que la respuesta que causa en los demás su trastorno sea enojo, preocupación, frustración entre otros, todos reaccionan de una u otra manera. Ahora ha logrado tener lo que ella cree como una identidad, una manera de vivir que la hace especial y que además la define.

Esta pseudo identidad llena el vacío que ella secretamente ha sentido durante su vida.

Esta etapa no se caracteriza por algún tipo de cambio en la conducta de la paciente, más que nada se refiere al nuevo sentido de control, el sentido que le da su notoriedad el cual ha marcado un sentido de convicción y se da cuenta de que se encuentra en el camino correcto.

Finalmente, ella siente que su personalidad causa un efecto y que es claramente definida por los demás.

3.4. Aspectos Cognoscitivos

Se ha observado en pacientes anoréxicas que continúan funcionando con las mismas convicciones morales y el estilo de pensamiento de la infancia temprana. Es decir, que continúan en la etapa de operaciones concretas o preconcretas (Bruch, 1978). Así como un deficiente desarrollo de su pensamiento diario y tiene una rígida reinterpretación de las relaciones humanas.

Las distorsiones cognitivas del razonamiento en los pacientes que padecen Anorexia Nerviosa tienen un papel importante en el desarrollo y el mantenimiento del trastorno (Butow, Beumont y Touyz, 1993).

Garner y Bermis (1982) sistematizan y clasifican dichas cogniciones al hablar de las irregularidades del pensamiento de la anoréxica.

1. **Abstracciones selectivas**, consisten en llegar a conclusiones a partir de la consideración exclusiva de aspectos parciales del tema. Por ejemplo, "solo puedo controlarme a través de la comida".
2. **Generalizaciones excesivas**, "cuando comía hidratos de carbono estaba gorda; por tanto debo evitarlos para no estarlo".
3. **Magnificación de consecuencias negativas**, "si aumento de peso, no lo soportaré".
4. **Pensamiento dicotómico** (todo o nada), "si no me controlo del todo, no me podré controlar en absoluto".

5. **Pensamiento supersticioso**, aceptando relaciones de causa-efecto entre acontecimientos no contingentes, "si como un dulce, se convertirá en seguida en grasa en el estómago".

De forma similar, Cash y Brown (1987) hablan de las distorsiones cognitivas relacionadas con el peso y la figura, denominándolas la "docena sucia".

- I. **La bella o la bestia**, en este tipo de pensamientos no hay intermedios, "o soy atractiva o soy fea", "o peso lo que quiero o soy gorda".
- II. **El ideal irreal**, se refiere al uso actual del ideal social como un estándar de apariencia aceptable. Por desgracia las personas que se asemejan más a tales estándares tampoco están satisfechas y sufren por ello.
- III. **La comparación injusta**, se realiza una comparación llena de prejuicios y sólo con aquellas personas que tienen las características que desean, "esta persona me hace sentir muy fea".
- IV. **La fealdad radiante**, consiste en empezar a criticar una parte del aspecto físico y continuar con otra y con otra hasta destruir cualquier aspecto de su figura.
- V. **La mente que lee mal**, es la distorsión que hace posible interpretar la conducta de los demás en función de algún fallo del aspecto corporal. "No tengo novio porque estoy gorda", "la gente no es simpática conmigo por mi peso".

- VI. **La belleza limitadora**, consiste en poner condiciones a las cosas a realizar que en realidad las hacen casi imposibles, “No puedo ir a la fiesta hasta que no pierda peso”.
- VII. **Sentirse fea**, es un error cognitivo que consiste en convertir un sentimiento personal en una verdad universal. El que una persona se sienta fea no quiere decir que lo sea, ni que los demás lo piensen.
- VIII. **La Lupa**, es la tendencia a sólo observar única y detalladamente las partes negativas de su cuerpo, “Mis caderas son tan anchas”.
- IX. **La mente ciega**, es lo opuesto a lo anterior, puesto que esta se refiere a desvalorizar las partes atractivas del cuerpo.
- X. **El juego de la culpa**, con base en ésta, las mujeres que padecen el trastorno interpretan su conducta en función de su insatisfacción corporal “Les caigo mal porque estoy gorda”
- XI. **Reflejo del malhumor**, se refiere a todo estado emocional negativo por cualquier evento se traspa a la apariencia del propio cuerpo
- XII. **La desgracia reveladora**, tendencia a situaciones catastróficas futuras a causa de la apariencia, “Nunca me amaran por mi apariencia”

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

Las alteraciones de la imagen corporal constituyen otra variable cognitiva a tener en cuenta y se encuentran implicadas en el hecho de que estas personas aun estando extremadamente delgadas, nieguen su delgadez así como niegan su enfermedad. De esta manera, a medida que el cuadro progresa va haciéndose cada vez mayor el miedo a engordar, buscando la delgadez como forma de vida, no dándose cuenta, o no sintiendo, que ellas ya no están delgadas sino desnutridas. En este estado aún se sienten gordas, lo que les lleva a restringir más su ingesta alimenticia, convirtiéndose en un círculo vicioso del que resulta difícil salir (Raich, 1994; Toro y Vilardell, 1987; Hsu, 1990a).

Slade (1985) tras realizar una revisión de diferentes estudios sobre imagen corporal, llega a la conclusión de que la sobreestimación del tamaño, sobre todo a lo ancho, es una característica de la Anorexia Nerviosa aunque esta tendencia no es exclusiva de dicho trastorno, sino que también está presente en otros grupos.

Taylor y Cooper (1992) relacionan el estado de ánimo con la imagen corporal, de tal manera que, según estos autores, si inducimos un estado de ánimo negativo a sujetos con preocupación por la figura corporal, tienden a sobreestimar su tamaño mostrando en dicho estado de ánimo una mayor tendencia a la insatisfacción en relación con su tamaño corporal.

A partir de los diferentes estudios sobre imagen corporal y trastornos de la alimentación se pueden extraer las siguientes conclusiones:

La tendencia a la sobreestimación del tamaño corporal no es debida a fallos perceptivos, sino que la insatisfacción corporal es la causa principal de la percepción alterada (Raich, 1994; Gardner y Bokenkamp, 1996); esta misma

tendencia conlleva una mayor gravedad del cuadro y peor pronóstico (Slade, 1985; Toro y Vilardell, 1987); la sobreestimación del tamaño corporal no es propia únicamente de los trastornos alimentarios, sino que también aparece en otros colectivos como en personas obesas y en adolescentes (Leon, 1983) mujeres de la población general (Caspers, Halmi, Goldberg, Eckert y Davis, 1979) y en accidentados con desfiguraciones físicas (Damlouji y Ferguson 1985), entre otros grupos. No obstante, lo que diferencia a estos grupos de las personas con trastornos alimentarios son las intensas reacciones emocionales y la evaluación negativa que hacen sobre su imagen corporal (Toro, 1990).

Por otro lado, los datos extraídos de observaciones clínicas y experimentales parecen apoyar la existencia de alteraciones interoceptivas en la anorexia nerviosa. No se sabe muy bien si es que no perciben determinados estímulos interoceptivos, principalmente aquellos relacionados con el hambre y la saciedad, o bien si es que los perciben de modo anómalo. Tampoco resulta claro si esto se debe a una característica previa al inicio del trastorno, o bien es una consecuencia del mismo. En cualquier caso, lo que sí parece cierto es que existen alteraciones interoceptivas en estos pacientes (Toro y Vilardell, 1987).

Más recientemente, Leon, Fulkerson, Perry y Early (1995) han propuesto que el escaso conocimiento de las sensaciones interoceptivas podría ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno alimentario.

3.5. Aspectos Conductuales

A los cambios cognitivos corresponden cambios conductuales (Toro, 1987). Los cambios comportamentales en los trastornos alimenticios dependen del tipo de patología. Así tenemos que en la Anorexia Nerviosa de tipo restrictivo la conducta está encaminada a la disminución de la ingesta y como actividad compensatoria tendera al incremento de gasto calórico (Raich, 1994). Rivero y Vivas (2001) señalan que existe una confusión con respecto al contenido del constructo control, haciendo más difícil esclarecer el rol que desempeña en la Anorexia.

Bruch (1978) afirma que las pacientes anoréxicas tienen la sensación de que no tienen el control sobre su vida o sus relaciones con los demás.

Casi siempre una persona anoréxica se aísla de las demás para poder desarrollar a plenitud sus patrones de conducta obsesivos sin ningún tipo de restricciones. Dejar de comer y ser, en la medida de lo posible, una persona funcional obsesionada con el bajar de peso hasta la muerte, no deja espacios muy grandes para otras cosas o para las amistades. Sin embargo, no se trata sólo de que la persona se ha apartado del intercambio social normal; su conducta significa que su desarrollo social se ha estancado en el punto donde estaba cuando le empezó a preocupar la enfermedad y la priva del tiempo que debe pasar experimentando con la interacción social, con las consecuencias que eso conlleva (Buckroyd, 1997).

3.6. Causas de la anorexia

A pesar de todos los estudios, las investigaciones, la tecnología y la experiencia, aún no estamos seguros del origen exacto de estos trastornos, tenemos ideas, indicios de las razones por las cuales alguien podría desarrollar un trastorno alimenticio, pero todavía no podemos decir que X implica Y.

Los actuales investigadores han rescatado algunas teorías preliminares de un amplio espectro de disciplinas y ciencias apoyándose en ellas para constituir hipótesis sobre las posibles causas de esta enfermedad y así no cometer errores en la apreciación correcta de las mismas. Algunas de las destacables cantidades de propuestas para la delimitación conceptual de la anorexia nacidas desde disciplinas como la psicología, con sus numerosas ramas, o la Psiquiatría- son: a) *Enfermedad psicósomática* (defendida por Deutsch, 1940; Blitzer, 1961; Sperling, en Wilson, 1983; Strauss, 1987); b) *trastorno del comportamiento alimentario* (creado por la American Psychiatric Association); c) *patología del peso o fobia al peso* (por Crisp, 1970; Kalucy, 1977; Hall, 1986) y d) *desregulación del balance narcisista* (Jeammet, 1991). Todos los anteriores sistemas tienen en común el diagnóstico de los problemas de pérdida, incomplitud y límites con respecto a sí mismo (la motivación que desencadena el trastorno) y a ciertas conductas (los procedimientos extremos a los que se recurre para la pérdida de peso como vómitos autoprovocados, laxantes, diuréticos que generan una dinámica de autocentramiento, rituales y aislamiento) y síntomas (la pérdida de peso, la alteración del juicio sobre la imagen corporal, la desnutrición) como responsables de la afectación corporal y del riesgo de muerte (Bleichmar, 2000).

Según Wolf (1992) las dietas encabezan la lista de los factores de riesgo de los trastornos alimenticios. No obstante, si las dietas o presiones culturales fueran la “causa”, ¿Por que entonces no todas las personas que siguen una dieta desarrollan un trastorno alimenticio? ó ¿Qué hace que una persona pueda llevar una dieta al grado de la Anorexia Nerviosa?

Hoy en día tenemos mayor conocimiento de los factores bioquímicos que pueden significar una predisposición para desarrollar un Trastorno Alimenticio o que contribuyen a que, una vez iniciado este se perpetúe. Se ha descubierto que matarse de hambre, purgarse y/o hacer ejercicio de forma compulsiva son todos actos que afectan los neurotransmisores químicos del cerebro, como las endorfinas y la serotonina. No obstante, el conocimiento de la parte que desempeña la química del cerebro en los trastornos alimenticios no ha desembocado en su erradicación por vía de los medicamentos.

Según Chernin (1996) el cuerpo encierra un significado cuando sondeamos debajo de la superficie de la obsesión por el peso se encuentra que una mujer obsesionada con su cuerpo también esta obsesionada con las limitaciones de su vida emocional. A través de la preocupación por su cuerpo está expresando una preocupación profunda por el estado de su alma.

Los estados más comunes según Costin (2002) de una persona con un Anorexia Nerviosa son los siguientes: poca autoestima. poca auto valía, necesidad de distracción, pensamiento dicotómico, sensación de vacío, búsqueda de la perfección, deseo de ser especial, necesidad de control, necesidad de poder, deseo de merecer respeto y admiración, dificultad para expresar sentimientos, necesidad de huir o tener un refugio seguro, falta de

capacidad para enfrentar las cosas, falta de confianza en sí misma o en los otros y temor a no dar el ancho.

Una persona con uno o varios de estos estados anímicos naturalmente busca consuelo, alivio o distracción de sus sentimientos. Cómo y por qué una persona específica opta por matarse de hambre como vía para enfrentar la situación, es todavía materia de especulaciones.

Al tratar de entender el significado de la conducta de una persona es muy útil pensar que esa conducta está en función de algo o que está cumpliendo un trabajo. Cuando se explora profundamente en la psique de las personas que padecen trastornos alimenticios como la anorexia es posible encontrar toda una serie de funciones de adaptación que operan como substitutos de funciones ausentes que debieron haber sido aportadas en la infancia, pero no lo fueron.

Así, de manera paradójica un trastorno alimenticio con todos los problemas que crea es un esfuerzo para enfrentarse, comunicar, defenderse e incluso un método de resolución.

El trastorno de la anorexia funciona para expresar, mitigar o, de alguna manera satisfacer las necesidades insatisfechas. El problema es que las conductas del trastorno alimenticio sólo son un vendaje temporal o una forma no exitosa de afrontar.

Buckroyd (1997) cree que la anorexia tiene una causa subyacente en la falta de fortalecimiento del yo de las personas afectadas. Estas mismas esconden tras su deseo de delgadez que logran, y no les colma ninguna satisfacción y el manejo del peso y la comida, conjurar angustias ocultas. Son

en cierta manera la forma en que se enfrentan con la vida, una especie de "tabla de salvación". Se cree que cuando la víctima se recupera por medio de un tratamiento eficaz y multidisciplinario, que ataque todos los frentes y que logre fortalecer el yo debilitado, la persona sale fortalecida, con una personalidad definida que no poseía antes de padecer el mal.

Levenkron (1992), Buckroyd (1997) y Pierre (1998) coinciden en que estas enfermedades yacen de forma latente en el trasfondo de la personalidad de la potencial afectada, y que éstas son disparadas a la superficie cuando diversas circunstancias adversas ponen en evidencia su incapacidad para enfrentar situaciones adversas, en donde las emociones y la fortaleza interior son necesarias para "sobrevivir". Como por ejemplo: la muerte de uno de sus padres, la enfermedad de uno de sus padres, un accidente, un fracaso emocional, la ruptura de una amistad íntima, violación o agresión sexual, burla o acoso de sus pares en el colegio o centro de estudio, entre otros.

Para aquellos que tienden a considerar que el trastorno es de índole psicósomática estos rasgos no son sino la expresión de un defecto constitucional en la capacidad de formular las fantasías -cuadro denominado alexitimia por Sifneos y Nemiah (1967), quienes lo describieron en pacientes que padeciendo enfermedades orgánicas presentan dificultades para expresar emociones-. Lo consideraron, en principio, un defecto de origen neurológico que ocasiona dificultades en la simbolización y una mayor tendencia a resolver las situaciones de tensión a través del cuerpo, causando la anorexia y la bulimia.

Algunos psicólogos cognitivos estudian la alteración mental de las pacientes anoréxicas. Por su parte, Button (1999) cree que estas pacientes han

desarrollado una visión de la realidad tan pobre que les es imposible enfrentarse adecuadamente a las complejidades de la vida adulta. Como todas las personas, las anoréxicas necesitan experimentar cierto control sobre la vida y que ésta sea, siquiera en parte, predecible. Perder peso significa que sentirse bien y seguras, mientras que engordar significa que son un fracaso y que son malas, no se tolera ninguna ambigüedad.

Según Apostólides (1999) el trastorno de la Anorexia Nerviosa se produce cuando una persona necesita encontrar la manera de funcionar en su mundo y no logra hacerlo de un modo saludable. En lugar de cambiar su forma de relacionarse con ella misma y con su entorno (su familia, sus amigos, su comunidad y su cultura) la persona se vuelca en la comida, ello le permite olvidar, le proporciona una ilusión de control, la protege de la vulnerabilidad. En lugar de escuchar las señales de su cuerpo, crea reglas; se obsesiona con cifras y rutinas en vez de confiar en la intuición y sentir y ser lo que es bueno para ella.

No existe un gen que sea la causa de los trastornos de la alimentación, y no hay una sola experiencia o presión cultural que obligue a nadie a aferrarse a la anorexia. Sin embargo, hablando en términos más generales, la biología y las experiencias de una persona -su naturaleza y su educación- se pueden combinar para hacer de la manipulación comida-cuerpo el estabilizador más efectivo.

Algunas personas no pueden reconocer lo que les ha sucedido porque no son conscientes de una serie de tensiones que los afectan. En algunas personas estos trastornos parecen disparados por el sentimiento de no reunir los requisitos para ser el tipo de persona que la gente espera de ellas. Por eso

es probable que utilicen los trastornos de la alimentación para hacer frente a los sentimientos que surgen de situaciones que no encuentran cómo resolver, esa incapacidad de ser, de enfrentar sus problemas, de dejar la dependencia de la opinión ajena y construir la propia pone "contra la espada y la pared" a la persona, en estos casos la enfermedad puede ser una especie de "tabla de salvación" para quien no puede determinarse, para quien tiene un cuerpo, una mente y un espíritu, sin un yo fuerte que lo comande. Esa ausencia de "control interno" es llenada cuando el afectado descubre un comportamiento obsesivo compulsivo en un trastorno de la alimentación, que le permite tener el control de algo, aunque ese algo tenga como meta final la muerte. Buscan ser los mejores en eso de suicidarse lentamente porque es lo único que les permite hacer algo por ellos mismos (Apostólides, 1999).

3.7. Evolución

De acuerdo a Phiper (1999) al principio es sólo una cuestión de delimitación de fronteras lo que separa a una persona anoréxica de las otras (Buckroyd, 1997). La potencial anoréxica hace una dieta más dura e insiste en volverse más delgada que cualquiera. Para lograrlo desarrolla cierta rigidez en los hábitos alimenticios y se convierte en una experta en la cantidad de calorías, grasas o carbohidratos que puedan tener los alimentos. Hace listas mentales de alimentos que no engordan y sólo come esos productos, preparados por ella misma (Levenkron, 1992).

Todo este proceso no necesariamente ocurre de un día para otro, aunque algunas situaciones de crisis como fracaso en una relación amorosa, enfermedad de un familiar, muerte de un ser querido, entre otras, pueden desencadenar el comportamiento obsesivo en muy poco tiempo, de una forma u otra la persona afectada se llegará a preocupar cada vez más de la comida, el peso, la figura y la talla. Ejercer control sobre la ingestión de comida y la talla y sobre casi todo aspecto de su vida, va unido a la posibilidad de ser generosas con las demás personas pero no consigo mismas. Las pacientes anoréxicas limitan en especial el tiempo que invierten en satisfacer las cosas que les gustan, es una forma de auto castigo (Buckroyd, 1997).

Niegan que tengan hambre, pero experimentan un poderoso deseo de comer. Su habilidad para derrotar ese deseo es lo que confiere a la persona anoréxica su sensación de dominio y control (Apostolides, 1999).

El trastorno generalmente empieza con pensamientos negativos que se vuelven comportamientos negativos y desencadenan síntomas de malestar

físico (Hargrave, 1996). Este círculo se torna muy rápido y entre más domine la mente de la afectada el síndrome irá empeorando. Muchas veces ocurre una situación que es el detonador que dispara la enfermedad (Pierre, 1998). Después de sentirse frustrado ante una situación difícil de afrontar, la persona comienza a desarrollar un esquema de pensamiento obsesivo que literalmente no lo deja en paz. Algunos escuchan voces, otros susurros, etc. pero siempre están hablando con su propia mente que les dice que está gorda, que no sirve para nada, etc. (Levenkron, 1992).

Además, en su libro "Hambre a la moda", escrito en 1999 Pipher escribe *"Las mujeres anoréxicas muestran algunos de los más clásicos síntomas de la depresión. Tienen pensamientos morbosos o auto flageladores. No existe nada que sea excitante o divertido. Los trastornos del sueño son algo común. La vida se convierte en una suerte de pesadilla diurna que la mujer experimenta cuando está entumecida por la fatiga y la obsesión por la comida"*

Lo que empieza como un modo de restricción se torna una forma de vida que afecta la existencia de la persona enferma y se vuelve tan prioritario que los demás aspectos quedan rezagados. Invierten muchísimo tiempo y energía en planificar y fantasear sobre los detalles de la vida cotidiana. La persona se separa de sus amigos y familia y vive inmersa en otro mundo (Buckroyd, 1997; Fendrick, 1996)

3.8. Factores Predisponentes

Características familiares

Entre los factores familiares se encuentran el hecho de que la familia sea rígida, sobre protectora, con límites confusos, con falta de privacidad e independencia, poca o nula resolución de conflictos y negación de los conflictos bajo la fachada de perfeccionismo y amor (Bruch, 1973; Minuchin, Rosean & Baker, 1978; Palazzoli, 1978; Tours, 1974). Lealtad al grupo, padres controladores y muy demandantes, en el que la familia no permite la expresión abierta de los deseos y conflictos además, alianzas secretas entre los miembros de la misma. (Kog, Vandereycken & Vertomen, 1985).

De igual importancia es el hecho de que la expresión de conflictos no era fomentada en estas familias, lo cual las revela como evitadoras del conflicto (Goldstein, 1981).

Hekier y Millar (1996), reportan como un mecanismo de defensa familiar la negación o protección del síntoma, ya que no ven lo evidente, no ven el cuerpo emaciado de la paciente.

Salvatore Minuchin, ha observado que las pacientes anoréxicas proceden de familias controladoras, sobreprotectoras, rígidas e incapaces de resolver los conflictos de forma efectiva. Se educan aprendiendo a subordinar sus necesidades a las de la familia convirtiéndose en seres siempre dependientes de sus padres y con la responsabilidad permanente de no hacer nada que perjudique a la familia. Como las anoréxicas renuncian a cualquier modo apropiado de influir en quienes las rodean, acaban haciendo lo único sobre lo que tienen poder: renunciar a comer (Pipher, 1999).

Restrepo (2001), considera que a pesar de la normalidad exterior aparente, las comunicaciones interpersonales dentro de esas familias tienen tendencia a ser insuficientes y a regirse por un modelo donde el padre trata de obtener éxito en su trabajo y la madre se vuelca en los hijos para realizarse, y en ese momento se vuelve demasiado severa. Los límites entre los miembros de la familia -sus propias individualidades- se han borrado y la vida y los problemas de los padres y los hijos están íntimamente relacionados. Son familias que hacen dramas de todo lo que les sucede en su cotidianidad, por pequeño que sea; además se cuidan mucho en sus relaciones con el entorno externo. En estas familias cualquier cosa que se salga de lo aceptado por ellos como correcta es una deslealtad muy grande. En cuanto a la comunicación son familias en donde nada se aclara, pueden suceder cosas incómodas o verse inmiscuidos por situaciones difíciles pero sus miembros no harán, ni dirán nada que ofenda o haga sentir mal a otro miembro de la familia. Es usual que en estos casos un miembro con inquietudes primero se enferme antes que lograr expresar su inquietud.

Marty y Cols (1992) creen que ciertas fallas en la constitución del aparato psíquico impedirían la tramitación del afecto por vía psíquica. El registro de las sensaciones corporales se hallaría alterado por condiciones que pueden variar entre: 1) un cuerpo excesivamente narcisizado por la madre con una imposibilidad de reconocimiento de los límites corporales propios y ajenos, base de frecuentes expresiones tales como: "me siento llena, atascada, invadida, ahogada"; 2) un cuerpo deficientemente libidinizado, no semantizado que se expresa a través de frases como "estoy vacía, no llegué al fondo, no conozco mi límite" (Bleichmar, 2000)

Al revisar la literatura sobre el tema, el papel otorgado a la madre resalta con tanta contundencia que pareciera que la especificidad femenina de estos trastornos tuviera como única responsable a la madre.

Bleichmar (2000) expone que existen varios prototipos de patrones de crianza materna que potencializan que sus hijas sean terreno fértil para un trastorno del comportamiento alimentario.

1. Madres extremadamente dadoras, perfeccionistas (Kestenberg, 1976) Son esas madres que se preocupan en exceso por su familia y están representando 24 horas al día un papel de mamá perfecta, sus propias necesidades son reprimidas o inhibidas por completo por lo que en el fondo tras su servicio hacia los otros, especialmente hacia su marido, siente una irritabilidad y resentimiento no expresado, ya que expresar sus sentimientos podría ser autoindulgente.
2. Madres dominantes, controladoras, intrusivas (Likierman, 1997); Beattie, 1988; Williams, 1996). Son aquellas que usan a sus hijas como barrera contenedora de su confusa mezcla de sentimientos y emociones no asimiladas o procesadas, las cuales oscilan entre infantilismo y sexualidad. Por supuesto esta desorientada madre es incapaz de controlar las emociones de su propia hija.
3. La madre de la madre. Casi todas las madres de pacientes anoréxicas relatan con cierta facilidad haber tenido malas relaciones con sus propias madres. Por ser estas demasiado autoritarias o demasiado sumisas y vulnerables, no han podido, en todo caso, tener contactos íntimos tiernos con ellas, y han

tenido que aprender, no sin haber sufrido. De este modo, han tenido tendencia, de acuerdo con su marido, a asegurar a sus hijos la posibilidad de un desarrollo autónomo que les ponga al abrigo de este sufrimiento que fue el suyo, aún lamentando no haber conseguido establecer una intimidad cálida, a la que habían aspirado de niñas" (Kestenberg y cols. 1976). Se produce entonces, una posición depresiva mal elaborada o dependencia profunda de la madre hacia su propia madre, causa profunda que interfiere en una madre para poder adoptar una posición maternal en relación a la hija (Jeammet, 1971).

Factores Socioculturales

La presión social por ser delgado, confusión en los roles sexuales, popularidad, control y éxito, estigma hacia la obesidad, obesidad como sinónimo de belleza (Boskind & White, 1976.) y popularidad, control y éxito, estigma hacia la obesidad, obesidad como sinónimo de fracaso, falta de control, falta de cultura, fealdad, soledad, bombardeo de los mensajes de la industria de las dietas a través de los medios de comunicación, el valor de la perfección y alta competencia, son factores etiológicos socioculturales de los trastornos alimenticios. (Fundación CBA, 2002, y White, 1992).

3.9. Factores Precipitantes

Al hablar de factores precipitantes nos estamos refiriendo al momento del inicio del trastorno generalmente se habla de factores externos que son los observables, sin embargo, existen también factores internos, que son todos aquellos que no se observan, pero que suceden y que afectan a las personas de manera diferente, tanto cuantitativa como cualitativamente, dependiendo de la interpretación de una situación dada, mas que de la situación misma (Toro y Villardel, 1987).

Separaciones y Pérdidas: algunos estudios de Butow (1978) afirman que existe una relación temporal entre la anorexia nerviosa y el fallecimiento de una persona significativa afectivamente, como las separaciones de los padres, alejamiento del paciente de su hogar, aburrimento por choque cultural, etc.

Contactos Sexuales: según Toro y Villardel (1987) en los estudios realizados por Butow (1978) han permitido concluir que la experimentación de las relaciones sexuales concretas o aproximaciones a las mismas, son precedentes inmediatos de la anorexia nerviosa.

Por otro lado Mallickrodt, McCreary y Robertson (1995) afirman que los desordenes alimenticios son multicausales, y creen además que el abuso sexual en la infancia es un factor etiológico.

Por ultimo Romana (2001) señalan características como ser joven, experimentar la menarca a temprana edad, alto control paterno, descuido materno y abuso sexual infantil, como factores asociados a la anorexia nerviosa.

Dietas: Bruch (1978) afirma que se ha observado que la práctica de dietas restrictivas ha sido el común denominador de los factores precipitantes de quienes padecen de anorexia.

Asimismo, Toro et al (2003) afirman que la ansiedad asociada con la alimentación juega un rol muy importante en el inicio y mantenimiento de estos trastornos.

3.10. Cambios Conductuales, Afectivos y Biológicos.

Cambios Conductuales

Los pensamientos de las pacientes anoréxicas suelen preceder a la acción. Así se manifiestan de acuerdo a Toro y cols. (1987) los distintos comportamientos que se mencionaran a continuación.

Comportamiento Ingestivo

Los primeros cambios son el inicio de una dieta restrictiva. Suele iniciarse limitando y/o suprimiendo los hidratos de carbono mediante la reducción o supresión de grasas y acaba en la limitación de la ingesta proteínica. Suelen utilizar varios recursos para seguir la dieta:

- a) Vómitos.
- b) Uso de laxantes: suelen padecer estreñimiento y para vencerlo utilizan laxantes ya que piensan que "a más retención, más peso". Su problema es la falta de información.
- c) La utilización de diuréticos: disminuyen así la retención líquida y, por tanto, de peso.

Las conductas que realizan son extravagantes, raras e incluso compulsivas. Aumenta todo lo relacionado con la alimentación y el peso: conversaciones, lecturas, entre otras. Se informa de todo lo relacionado con las mil y una dietas posibles, el uso de cremas, colecciona libros, recetas... Suele incluso preocuparse hasta de lo que se comen en su casa.

A partir de ahora realizará rituales con la comida como desmenuzarla, la reparte en el plato, la esconde en los bolsillos, la almacena en la boca para

escupirla después, toma alimentos del plato de los demás que luego abandona sin probar.

Hiperactividad

Es la práctica de la actividad física de manera obsesiva. Así camina varios kilómetros al día, estudia paseando o de pie, hace abdominales para realizar un mayor gasto calórico.

Se han hecho varios experimentos de Meyer y Cols (1956), Routtenberg y Kuznesou (1967), Eplings y Cols (1981 y 1983) en los que han visto que cuanto más ejercicio hagas, menos hambre tienes.

Todo ello supone la posibilidad de que la anoréxica incremente sus actividades físicas en dos mecanismos. El primero de ellos es el cognitivo - conductual en las que sus ideas acerca del cuerpo y el peso llevarían a un mayor gasto calórico a través de más movimiento. El segundo es el psicofisiológico en donde la disminución de la ingesta comportaría más actividad física.

La alteración del sueño se encuentra entre lo conductual y lo fisiológico. La anoréxica decide dormir menos porque así, al estar despierta, hace más gasto calórico.

Comportamiento Familiar

Es el primer sitio donde la anoréxica ataca, porque es el lugar en el que se realizan las comidas, ya que la alimentación cuenta con un importante componente emocional. Las madres son las que imponen su papel de "alimentadores" ya que la alimentación es igual a salud y no alimentarse es

enfermedad. En consecuencia, la disminución de la ingesta alimenticia por parte de la anoréxica, desencadena la ansiedad familiar.

Una vez en marcha la ansiedad, se producirá el consiguiente repertorio de intervenciones con finalidad correctiva. Cuando una palabra o un gesto consiguen resultados positivos en la ingesta, son considerados como comportamientos que resultan reforzados positiva o negativamente. Así aumenta el intervencionismo familiar, es decir, un conjunto de estímulos de distinto orden que forzosamente va a influir sobre el comportamiento de la anoréxica.

La interacción familiar incrementa y codetermina los comportamientos desadaptados y desadaptadores de la anoréxica. La familia no tiene por qué ser la causante de la anorexia, pero la familia afectada evoluciona y actúa de modo paralelo a como evoluciona y actúa la anoréxica.

Conducta Social y Sexual

El sentimiento de ser diferente, de no poder ser comprendida por los demás, la ocultación de su problema, la evitación de situaciones donde la comida se plantea como obligación o como tentación. Todos éstos y muchos otros factores contribuyen a la irregularidad y/o inestabilidad de los intercambios sociales.

También es una realidad la disminución del interés, de la práctica y del placer sexual por parte de las anoréxicas. El interés sexual de la anoréxica está disminuido o acumulado. Ellas suelen darse cuenta de que serían más atractivas si tuvieran más peso. A pesar de ello, desean perder más kilos. Las

cosas suceden como si su apariencia le permitiera evitar muchas de las expectativas asociadas a la madurez y el desarrollo físico.

Trastornos Afectivos

Existe una relación entre la anorexia nerviosa y los trastornos afectivos ya que las anoréxicas suelen manifestar síntomas depresivos: tristeza, llanto frecuente, insomnio... Todo ello relacionado con la pérdida de peso.

Cambios Biológicos

No siempre el problema de la pérdida de peso es el que lleva a los familiares de las anoréxicas a la consulta médica sino manifestaciones clínicas consecuencias de la anorexia nerviosa: estreñimiento, insomnio, aparición de intensa debilidad muscular, calambres, etc.

Exploración Física General

El deseo de pérdida de kilos a veces ha sido comentado y comienza con una dieta que va a sobrepasar.

Como consecuencia va a disminuir la masa del tejido adiposo y muscular, con pérdidas de un 25% del peso inicial. A los menores de 18 años se les debe añadir la interrupción de las ganancias de peso según las tablas de crecimiento por sexo y edad.

Las anoréxicas van a presentar un aspecto marchito y envejecido, con una faz triste que intentan aparentar desarrollando una actividad física normal o exagerada.

Físicamente, la piel aparece seca e incluso agrietada y tiene un aumento de la pigmentación de la piel. Las palmas de las manos y las plantas de los pies presentan una coloración amarillenta y fríos produciendo que las uñas se vuelvan más quebradizas y no es raro que se produzca una caída de cabello. Aún así se atenúan las proporciones femeninas normales características, manteniéndose el desarrollo mamario o encontrándose a lo sumo una cierta reducción de tamaño.

También se puede encontrar en la exploración de alteraciones dentarias, la descomposición del esmalte y la caries provocados por los repetidos episodios de vómitos.

Manifestaciones Cardiovasculares

Suelen producirse braquicardias e hipotensión. En el corazón se describe el adelgazamiento de la pared del ventrículo izquierdo, disminución del tamaño de las cavidades y disminución del trabajo cardíaco. Al igual que sucede en otros casos de malnutrición, hay una alteración en los mecanismos aeróbicos y se produciría una menor contracción cardíaca, que se consiguen con la normalización del estado nutricional (Toro y cols, 1987).

La mayoría de los estudios dinámicos cardiovasculares realizados en la anorexia nerviosa muestran una disminución del volumen sanguíneo y del volumen cardíaco proporcionales a la pérdida de peso.

Según las estadísticas, la mortalidad de las anoréxicas varía entre un 5 y un 9%, y en un cierto número de estos casos representan muertes súbitas y no esperadas atribuibles por algunos a arritmias secundarias, a alteraciones electrolíticas debido a vómitos o abuso de laxantes. Sin embargo, muchas de

estas muertes podían relacionarse mejor con cuadros de desgaste o lesión miocárdia y su riesgo de aparición aumentaría mucho cuando el peso de estas pacientes disminuye más del 35 al 40% inicial (Gandour, 1984, Harris, 1983; Herzog & Copeland, 1985).

Manifestaciones Gastrointestinales

Las pacientes anoréxicas presentan un vaciado gástrico retardado y una disminución del movimiento intestinal que produce sensación molesta de hinchazón y flatulencia que en muchos casos se acompañan de dolor abdominal y estreñimiento. Éste y la sensación de hinchazón son lo que suele inducir a la toma de laxantes. Incluso algunas pacientes se producen diarreas porque creen que les ayuda a perder peso y de esta manera facilitan su acostumbamiento.

Manifestaciones Hematológicas

La anemia es relativamente frecuente. En la mayoría de las pacientes, la anemia es normocrómica, pero en algunas es ferropénica (ingesta deficiente de hierro).

En algunas anorexias se han hecho descripciones de descensos en las concentraciones plasmáticas de ácido fólico, de disminución de los depósitos medulares de hierro y de la capacidad de su fijación en relación con grupos controles.

También la médula ósea aparece hipoclásica en ciertos casos, con un aumento exagerado de mucopolisacáridos, desaparición de grasas y aparición de un material gelatinoso.

Otros Cambios Biológicos

Uno de ellos es la elevación de las concentraciones séricas de carótenos, responsables de la pigmentación amarillenta que presentan algunas pacientes y no aparece en otras formas de malnutrición.

También pueden observarse cifras moderadamente bajas de HDL-colesterol. Sin embargo, en más de la mitad de las pacientes con Anorexia Nerviosa se observan hipercolesterolemias, con elevación de LDL-colesterol y con niveles normales de triglicéidos.

Trastornos Hipotalámicos y Endocrinos

En la Anorexia Nerviosa existe una distorsión de los mecanismos reguladores centrales que controlan el equilibrio físico y emocional, con la aparición de un trastorno psico-neuroendocrino-metabólico en el que la pérdida de peso y la desnutrición que la acompañan serían responsables de la manifestación reversible con la recuperación del estado nutricional (Breslow, Yates & Shisslak, 1986; Herzog & Copeland, 1985; Jacobs & Schneider, 1985; Mitchell, Pyle & Miner, 1982)

De acuerdo a Piazza, Piazza y Rollins (1980), las diferentes alteraciones neuroendocrinas y metabólicas que se pueden presentar en la Anorexia Nerviosa son:

Eje hipotalámico-hipófiso-gonadal

Una de las manifestaciones es la aparición de la amenorrea secundaria que sigue a la pérdida de peso que llevan a la conducta anoréxica.

Se ha comprobado que con estos cambios dietéticos se producen cambios hormonales que llegan a modificar el ciclo menstrual normal. Pero con

la recuperación del peso corporal dentro de los valores normales generalmente aparecen los ciclos menstruales de nuevo.

El ejercicio físico intenso se asocia a retrasos en la edad de aparición de la menstruación y a una mayor incidencia de trastorno menstrual.

Los ovarios de las pacientes son mucho más pequeños que los de las mujeres normales. Con la recuperación del peso, el tamaño ovárico se normaliza y su estructura llega a ser quística, sin cambios en el estroma, y de una forma semejante a lo que ocurre en el curso del desarrollo puberal normal.

Eje Hipotalámico-Hipófiso-Tiroideo

Algunos de los síntomas y signos de la anorexia nerviosa semejan muchas de las manifestaciones que acompañan al hipotiroidismo tales como: piel seca, estreñimiento, hipotermia y sensibilidad aumentada al frío.

Eje Hipotalámico-Hipófiso-Suprarenal

Se describen en la anorexia nerviosa cambios en los niveles de hormonas glucocorticoides y concretamente aumentos de variables de cortisol. La producción neta de cortisol está aumentada en estas pacientes y las concentraciones de cortisol libre en la orina también son altas.

Se cree que el hipercorticismismo que presentan estas enfermas sería la consecuencia de un aumento de secreción de CRF hipotalámico; la ausencia hipercorticismismo se explicaría por una reducción del número de receptores celulares al cortisol. Con la recuperación de peso desaparece la alteración, aún cuando la respuesta de CRF pueda persistir alterada durante meses e incluso años.

Hormona de Crecimiento

En la Anorexia Nerviosa las concentraciones de esta hormona son variables estando elevadas en el 50 % de los casos.

Aún cuando las cifras de esta hormona son altas, no aparecen los característicos efectos anabólicos y de estimulación de crecimiento. En la Anorexia Nerviosa el aumento de secreción de la hormona de crecimiento podría servir para obtener energía, al estimular la movilización de los depósitos de grasa y favorecer la liposis.

Existe una fuerte correlación directa positiva entre la elevación de esta hormona y la cantidad de ingesta calórica. No hay relación en cambio con el grado de pérdida de peso. Al iniciar la realimentación, en pocos días los valores basales de la hormona retornan a la normalidad.

Hormona Antidiurética

Muchas de las pacientes no pueden concentrar su orina cuando son sometidas a una situación de privación de agua. Casi la mitad de los pacientes anoréxicos presentan un cuadro que podría diagnosticarse de diabetes insípida parcial.

La hormona antidiurética es segregada al plasma, pero también al líquido cefalorraquídeo; por tanto atendiendo a algunas de las funciones descritas de esta hormona por el sistema nervioso central, que su secreción podría influenciar funciones conductuales o cognitivas que pudieran tener relación con las alteraciones que presentan estas pacientes.

Termorregulación

En los trastornos hipotalámicos se describen fallos en la adaptación del organismo a estados agudos de hipotermia o hipertermia. En general, en los

individuos que presentan pérdidas importantes de peso les aparecen también defectos en la regulación de la temperatura.

En la anorexia nerviosa ante un clima frío aparece una caída rápida de la temperatura corporal: sin presentarse escalofríos. En un ambiente caluroso la elevación de la temperatura corporal se produce de una forma más rápida que en sujetos normales, existiendo un significativo retraso en la aparición de la vasodilatación.

Estos defectos se asocian a la disfunción hipotalámica, pero también tiene que ver la pérdida de la grasa corporal, así como posibles alteraciones en la regulación vasomotora.

Metabolismo Hidrocarbonato

En la anorexia mental, la insulina y los niveles de glucosa se encuentran más bajos de lo normal además de presentar una intolerancia a la sobrecarga de glucosa.

De acuerdo a los resultados de los estudios de Bliss & Branch (1960) aproximadamente dos tercios de las pacientes anoréxicas agudas en tratamiento logran recuperarse o mejorar su estado de salud, mientras que un tercio desarrollan enfermedades crónicas o mueren. Se han encontrado resultados similares en los estudios de Garfinkel y Garner (1982) así como en los sondeos de Kennedy y Garfinkel (1985).

Las personas anoréxicas pueden perder hasta un 40 % de su peso corporal. Debido a esa inanición el cuerpo se hace vulnerable a muchas enfermedades, y hasta las infecciones suaves pueden constituir una amenaza

mortal. La diarrea y el estreñimiento son problemas crónicos derivados de la lucha infructuosa de los intestinos con una dieta inadecuada (Pipher, 1999)

La desaparición de la grasa protectora del cuerpo vuelve a las mujeres anoréxicas vulnerables a la hipotermia, lo cuál a su vez provoca edemas o retención de agua y la aparición de lanugo (vello muy fino en la cara). Las mujeres anoréxicas son físicamente débiles y aunque su frenética actividad se confunde a veces con un signo excelente de salud muchas veces sufren de fatiga. Sus sistemas físicos están fallando y el vértigo, el dolor de cabeza, el insomnio, la deshidratación, las alteraciones dentales, se vuelven cosas cotidianas. A menudo pierden la menstruación (amenorrea) se les cae el pelo o se les pone seco, quebradizo y pierde color, mientras que la piel se les enrojece o seca y se les vuelve áspera y descamada (Beato, 2003) El sistema simpático también se resiente y con él su efecto: prepararnos para situaciones urgentes o peligrosas (Nuland, 1997) En casos muy graves se dan arritmias cardíacas y bradicardias, osteoporosis, daños renales y hepáticos, hipertrofia parotídea -inflamación de la glándula parotídea-, infarto y finalmente la muerte producto de una disfunción orgánica (Becker, Grinspoon, Klibanski, Herzog, 1997; Foster, 1998).

La anorexia retarda o impide el crecimiento y detiene el desarrollo de la pubertad. Como sus hormonas continúan siendo las de una niña, no se produce la menstruación y no experimenta el despertar del interés sexual que originan los cambios hormonales de la pubertad. Existen algunos indicios de que a las ex anoréxicas les cuesta volver a ovular con normalidad y pueden tener problemas para quedar embarazadas de manera natural. Se sabe que la interrupción de la menstruación significa que los niveles de estrógenos están

bajos y por consiguiente el desarrollo de la densidad ósea se ve afectado permanentemente. Aunque la densidad ósea mejora cuando vuelven a subir los niveles de estrógenos, la ex anoréxica no recupera el desarrollo que ha perdido y por tanto corre el riesgo de tener osteoporosis en la madurez (Buckroyd, 1997).

En las mujeres con anorexia se pueden dar falta de deseo sexual (anestesia sexual, desinterés erótico), anorgasmia, vaginismo y falta de lubricación vaginal (Beato, 2003).

Otro peligro físico es que en el proceso médico de recuperación de un paciente con anorexia aguda se debe tener sumo cuidado con la re-nutrición del cuerpo. Una cantidad excesiva de comida al día puede causar que las pacientes sufran de reacciones extrañas del organismo -como secreción desmedida de sustancias para procesar la comida que terminen devorándose al paciente- o reventar el debilitado tracto digestivo o el estómago. Este último en víctimas agudas se ha reducido de forma considerable casi cometiendo autofagia (Foster, 1998).

3.11. Tratamientos

La asociación Americana de Psiquiatría (2005) estima que los índices de muerte en pacientes con Anorexia Nerviosa van del 5 al 9 % y define a la “Recuperación” como la eliminación de la obsesión por la delgadez debajo de los índices aceptables, y el proponerse metas realistas en cuanto a las cantidades de comida necesarias así como metas realistas en la apariencia de su cuerpo. De las cuales se van derivando avances graduales en el peso y los patrones de conducta alimentaria.

Como los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por lo complejo de su naturaleza de índole multicausal (biológica, psicológica y social) requieren, para que sea idónea su asistencia, del apoyo de un equipo multidisciplinario que evalúe a cada paciente y determine un tipo de tratamiento adecuado para su recuperación, basado en las características particulares de su caso (Pipher, 1999).

Los integrantes de estos equipos representan disciplinas como la medicina, psiquiatría, nutrición, endocrinología, ginecología, la psicología, el trabajo social y la enfermería, indispensables en los casos agudos de anorexia. Para casos menos graves, que no necesitan internación, se modifica la modalidad de tratamiento y un psicoterapeuta puede ayudar al paciente a superar la causa psíquica que origina el síndrome, mientras trabaja en conjunto con un nutricionista que ayuda a la persona a idear y llevar a cabo una forma adecuada de recuperar peso. El tratamiento psicoterapéutico y la terapia de familia complementa el tratamiento al determinar la causa psicológica subyacente que origina el síndrome e intenta contrarrestarla (Foster, 1998).

Un cambio muy positivo en el tratamiento de la Anorexia nerviosa se dio en 1989 con la introducción del Prozac, seguido por el Zoloft, Paxil, Efexor, Luvox, Celexa, Serzone y un gran número de novedosos medicamentos en pro de la recuperación de las pacientes en conjunto con la psicoterapia. (Levenkron, 2001)

En la actualidad la mayoría de los profesionales que trabajan en la recuperación de afectados por trastornos de la conducta alimentaria, emplean tratamientos para la recuperación de los pacientes que abarcan desde las diferentes terapias familiares, la farmacología y una combinación ecléctica de teorías, en las cuales prima el deseo de encontrar el mejor tratamiento posible para el paciente, hasta el analizar la influencia de la cultura y otros factores externos a la familia que influyen de manera determinante en la formación de los trastornos de la alimentación.

De acuerdo a Levenkron (1992), la recuperación total de la anorexia debe incluir la adquisición de un sentido de identidad que supla la sensación de vacío, así como la capacidad de soportar la pérdida de la identidad pseudo funcional. La Anorexia Nerviosa es tal vez el trastorno obsesivo más complejo y seductor que existe. Uno de los puntos más controvertidos del tratamiento de la Anorexia Nerviosa es el tema de abordar los síntomas de forma directa. Las posturas que se adoptan al respecto van desde el tratamiento puramente conductista, que aborda poco más que los síntomas, al tratamiento psicoanalítico general, en que el terapeuta no trata los síntomas en absoluto, y alberga la esperanza de que los síntomas desaparecerán en cuanto se resuelvan los conflictos que éstos ocultan. Ambos extremos del espectro

excluyen la personalidad del paciente y la influencia que ejercen los síntomas sobre dicha personalidad.

Por otro lado Toro (1987) sugiere que los programas por los que tienen que pasar inexorablemente las pacientes en el proceso de lograr su recuperación son: un programa con el cuál la paciente recupere el peso perdido y vuelva a sus hábitos alimentarios anteriores a la enfermedad. Las más graves incluso tiene que ser internadas y alimentadas poco a poco mientras recuperan un peso cercano al ideal para su edad y tamaño; un tratamiento intensivo con énfasis en psicoterapia para que la chica pueda reconocer su cuerpo y superar su dismorfia corporal; psicoterapia a un nivel profundo que le permita a la paciente recuperar su autoestima, vencer sus miedos y vacíos internos y construirse una personalidad firme con límites bien definidos en la que el cuerpo es solo una parte de ella pero no la única parte constitutiva de sí misma. Se le enseña a amarse a sí misma; una de cada cuatro pacientes requiere, además, tratamiento para las complicaciones añadidas como trastornos obsesivo-compulsivo y de personalidad, depresión, ansiedad, entre otros; se debe realizar una terapia de familia que permita integrar al paciente a su hogar sin encontrarse con las causas familiares que incidieron en el origen de su enfermedad. Además la familia, contrario a lo que se creía antes, es el mejor apoyo que se puede tener en la recuperación de un afectado por anorexia o cualquier otro trastorno alimentario.

El periodo de duración del tratamiento depende de la gravedad del trastorno del paciente. En la mayoría de los casos se necesita que la psicoterapia continúe por años para asegurarse que las posibilidades de una recaída sean mínimas. En pacientes agudos, además de la psicoterapia

durante varios años, se les debe internar durante varias semanas en una clínica hasta que hayan subido de peso lo suficiente para estar en condiciones de recibir y participar de la psicoterapia. Quizás por el alto porcentaje de recaídas, entre un 40 y un 45 %, Toro y Morande, creen que se necesita de un seguimiento de 10 años para garantizar, a pesar de las continuas mejoras que se le hacen a los tratamientos, una ausencia de recaídas.

En el año de 1995 se creó en España el Protocolo de Tratamiento de Trastornos del Comportamiento Alimentario. El Protocolo hace especial mención que deben ser equipos especializados los que se ocupen del tratamiento ya que todo este puede fracasar por una intervención mal encauzada de algún profesional sin formación en la materia (Rodríguez, 1999).

En casos donde la persona enferma sufre desde hace poco tiempo del trastorno alimentario, no presenta episodios voraces o crónicos autoprovocados y la familia coopera y participa de forma activa en la terapia familiar el tratamiento centrado en una terapia ambulatoria puede ser efectiva. No se puede cometer el error de considerar que los únicos casos de Anorexia o Bulimia son aquellos en los cuales la enfermedad está muy avanzada. La mejor esperanza para evitar que los trastornos del comportamiento alimentario se conviertan en una pandemia es la prevención temprana.

En los casos crónicos el primer paso consiste en lograr que el paciente recupere algo de peso, pues a una persona al borde de la inanición le resulta imposible mirarse por dentro y reconocer su valía. Como la persona puede estar deshidratada o ser incapaz de comer, la recuperación de peso debe hacerse a menudo en un hospital. Quienes tienen a su cargo a la paciente deben animarla y apoyarla para que lo consiga, porque la mujer anoréxica no

tendrá suficiente energía para afrontar la psicoterapia hasta que no haya recobrado en parte la salud.

Una vez que ha recuperado algo de peso puede comenzar el tratamiento psicológico o psiquiátrico. Sobre estos últimos comienza a existir entre los expertos un consenso general de las áreas a tratar: La conducta, Los hábitos de pensamiento y Sentimientos subyacentes (historia emocional).

Muchos programas de recuperación incluyen, además de la terapia conductual y cognoscitiva, todos los aspectos de la vida emocional, la expresión de los sentimientos y el desarrollo como persona del paciente. Los programas de aumento de peso deben ser lentos y por etapas, para permitir desarrollar, mientras se va avanzando, maneras alternativas de ser (Buckroyd, 1997).

Uno de los últimos desarrollos en Terapia Familiar son los Programas Psicoeducativos. La línea trazada por esta modalidad de terapia es la claridad conceptual, la posibilidad de su aplicación en Instituciones, la brevedad de los tratamientos, la sistematización y focalización en unos cuantos problemas bien definidos.

Este tipo de programas, contrario a muchas viejas terapias, considera positivo y necesaria la intervención de la familia en el proceso de recuperación del paciente. La familia entonces se entera de cuales son las causas de la enfermedad, qué la desencadena o dispara y cuál es el tratamiento específico que se está empleando en la recuperación de su pariente. De esta manera la familia puede participar de forma activa en el tratamiento y convertirse en parte de la solución erradicando la posibilidad de ser parte del problema.

El paso siguiente, según Pipher (1999), es la educación sobre técnicas de reducción de estrés, estilos de vida saludables y estrategias para luchar contra las adicciones. La planificación de un estilo de vida saludable implica aprender nuevas conductas y técnicas para la reducción de la tensión nerviosa.

4. Estrés

4.1. Definición de Estrés

Miller (1953) define al Estrés como “cualquier estimulación vigorosa, extrema o inusual que, representando una amenaza, cause algún cambio significativo en la conducta...” y Bazowitz, Persky, Korchin y Grinker (1955) lo definen como: “Los estímulos con mayor probabilidad de producir trastornos”

Lazarus (1966) sugirió que el estrés fuera tratado como un concepto organizador utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal.

Los estímulos generadores de estrés se consideran generalmente acontecimientos con los que tropieza la persona. White (1959) incluye en las definiciones de estímulos determinadas condiciones originadas en el interior del individuo.

Mc Grath (1970) conceptualiza al estrés como “un desequilibrio sustancial entre las demandas ambientales y la capacidad de respuesta del organismo”. Es decir que el fenómeno de estrés implica en todo caso una transacción del organismo con su entorno, que se caracteriza por una descompensación entre las demandas que el ambiente plantea y los recursos disponibles en ese momento para hacer frente a tales demandas (Buendía, J. 1993). Esta característica es de gran importancia ya que no se debe considerar “estresante” a toda demanda, sino sólo a aquellas que por su particular intensidad, novedad e indeseabilidad requieren una respuesta esforzada o afrontamiento (Compas, 1987).

Cohen (1977) habla de tres diferentes tipos de acontecimientos los cuales son: Cambios mayores (Cata ciclismos que afectan a un gran número de personas), Cambios menores que afectan sólo a una persona o a unas pocas y, en tercer lugar los ajetreos diarios.

Selye en 1980 define al estrés como “aquella respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda”. Para Selye la característica que convierte un estímulo en estresante es su capacidad de ser nocivo para los tejidos. Esta definición la amplió proponiendo que el estrés es cualquier demanda, sea la que sea, física, psicológica o emocional, buena o mala, provoca una respuesta biológica del organismo, idéntica y estereotipada.

Folkman y Lazarus (1984) toman en cuenta las características del individuo además de las condiciones ambientales, “El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar.

Huber (1986) explica que los hábitos alimenticios típicos que causan estrés a las pacientes con Anorexia Nerviosa son los siguientes: Cenas muy abundantes, comidas demasiado calientes, deglución apresurada, cocina monótona, comer con irregularidad, Olvidar comidas y dejar de comer. Por lo tanto, el ser humano, cuyas malas costumbres alimenticias no se manifiestan de inmediato, pueden perjudicarlo, comiendo en estado de estrés o poseyendo malos hábitos que provocan síntomas fisiológicos.

5. Afrontamiento

5.1. Definición de Afrontamiento

El afrontamiento es definido por Everly (1989), como “un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales”.

Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina o por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia. Las estrategias de afrontamiento pueden ser según Girdano y Everly (1986) adaptativas o inadaptativas, las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés acorto plazo pero sirven para erosionar la salud a largo plazo (Everly, 1979).

El afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos de cualquier individuo. Este ha sido definido por Lazarus y Launier (1978), como “los esfuerzos intrapsíquicos y orientados a la acción (cognitivos y afectivos), en aras de manejar demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos personales, al ser valorados como excesivos por el individuo en relación con los recursos de que dispone o cree disponer”. (Font, 1990).

Este concepto siguió perfeccionándose, por Lazarus y Folkman (1986), hasta su formulación desde una perspectiva eminentemente contextual y con un enfoque procesal en su análisis, así como con una connotación transaccional que implica una forma específica de interacción en la que hay efectos retroactivos de la conducta sobre las variables personales y situaciones, y, por tanto, una causa recíproca (Sánchez, 1988).

Desde esta perspectiva, en la actualidad, lo primordial en el análisis del afrontamiento es la descripción de lo que piensa y hace el individuo cuando realiza esfuerzos dirigidos a afrontar, y el vínculo con las emociones que experimenta el sujeto en un determinado contexto. (Lazarus 1993; cit. por A.E. López, 1999).

El afrontamiento ha sido tradicionalmente estudiado en su relación con el estrés y la enfermedad, considerada esta última como un evento estresante.

Lazarus y Folkman, (1986) plantean que afrontar no es equivalente a tener éxito, y piensan que tanto el afrontamiento como las defensas deben verse como algo que pueden funcionar bien o mal en determinadas personas, contextos u ocasiones.

En esta misma dirección, Kahn (1964), citado por los propios Lazarus y Folkman, ve el afrontamiento independientemente del éxito adaptativo y, por lo tanto, debe incluir tanto errores como éxitos. Es todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar, o incluso ignorar, aquello que no puede dominar.

Afrontamiento también ha sido conceptualizado como aspectos cognitivos, afectivos y conductuales para reconciliar las demandas externas y los recursos de la persona (Endler, 1988). Los estilos de afrontamiento son descritos como modos variables de enfrentar eventos estresantes y moderar las consecuencias físicas y psicológicas (Billings & Moos, 1981).

Cabe mencionar que los mecanismos de defensa son diferentes de las estrategias de afrontamiento. Los primeros son inconscientes y por tanto, no

son intencionales. En cambio, las estrategias de afrontamiento son conscientes e intencionales (Cramer, 2000).

5.2. Estilos de afrontamiento

El afrontamiento es más que la resolución de un problema y su desarrollo efectivo sirve también a otras funciones. Éstas, no se definen en términos de resultados, aunque cabe esperar que determinadas funciones tendrán determinados resultados.

Lazarus y Folkman (1984) hacen una diferenciación de dos tipos de afrontamiento:

Afrontamiento dirigido a la emoción: este estilo tiene más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Un considerable grupo está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Otro grupo más pequeño de estrategias cognitivas incluyen aquellas dirigidas para aumentar el grado de trastorno emocional; algunos individuos necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor y para encontrar consuelo necesitan experimentar primero un trastorno intenso para pasar luego al auto reproche o a cualquier otra forma de auto castigo.

Afrontamiento dirigido al problema: son más susceptibles a aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio. Generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base

a su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación. El afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias amplio; la resolución de problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, mientras que en el afrontamiento dirigido al problema también se incluyen las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto.

Frydenberg y Lewis (1996) describen dieciocho estrategias de afrontamiento. Estas estrategias pueden agruparse en tres estilos básicos de afrontamiento: Dirigido a la Resolución del Problema, Afrontamiento en Relación con los Demás y Afrontamiento Improductivo

Activos

- I. *Buscar apoyo social.* Estrategia que consiste en una inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo en su resolución.

Ej.: “Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él”.
- II. *Concentrarse en resolver el problema.* Es una estrategia dirigida a resolver el problema que lo estudia sistemáticamente y analiza los diferentes puntos de vista u opciones. Ejemplo: “Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades”.
- III. *Esforzarse y tener éxito.* Es la estrategia que describe compromiso, ambición y dedicación. Ejemplo “Trabajar intensamente”.
- IV. *Invertir en amigos íntimos.* Se refiere a la búsqueda de relaciones personales íntimas. Ejemplo: “Pasar más tiempo con el chico y chica con que suelo salir”.

- V. *Buscar pertenencia*. Indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás en general y, más concretamente, preocupación por lo que los otros piensan. Ejemplo: “Mejorar mi relación personal con los demás”.
- VI. *Acción social*. Se refiere al hecho de dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades. Ejemplo: “Unirme a gente que tiene el mismo problema”.
- VII. *Buscar apoyo espiritual*. Se trata de elementos que reflejan el empleo de la oración la creencia en la ayuda de un líder o de Dios. Ejemplo: “Deja que Dios se ocupe de mi problema.”.
- VIII. *Fijarse en lo positivo*. Es la estrategia que trata de buscar atentamente el aspecto positivo de la situación. Incluye el ver el lado bueno de las cosas y considerarse afortunado. Ejemplo “Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas”.
- IX. *Buscar ayuda profesional*. Esta estrategia consiste en buscar la opinión de profesionales, como maestros y otros consejeros. Ejemplo: “pedir consejo a una persona competente”.
- X. *Buscar diversiones relajantes*. Se caracteriza por elementos que describen actividades de ocio como leer o pintar. Ejemplo : “Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión”.

XI. Distracción física. Se trata de elementos que se refieren a hacer deporte, mantenerse en forma, etc. Ejemplo: "Mantenerme en forma y con buena salud".

Pasivos

XII. *Preocuparse*. Se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro en términos generales o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura. Ejemplo: "Preocuparme por lo que está pasando".

XIII. *Hacerse ilusiones*. Es la estrategia expresada por elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva. Ejemplo: "Esperar que ocurra lo mejor".

XIV. *La estrategia de Falta de afrontamiento*. Consiste en elementos que reflejan la incapacidad personal para tratar el problema y el desarrollo de los síntomas psicósomáticos. Ejemplo: "No tengo forma de afrontar la situación".

XV. *Reducción de la tensión*. Se caracteriza por elementos que reflejan un intento de sentirse mejor y reducir la tensión. Ejemplo "Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas".

XVI. *Ignorar el problema*. Es la estrategia de rechazar conscientemente la existencia del problema. Ejemplo: " Ignorar el problema".

XVII. *Autoinculparse*. Indica que ciertos sujetos se ven como responsables de los problemas y preocupaciones que tienen. Ejemplo: "Sentirme culpable".

XVIII. *Reservarlo para sí.* Es la estrategia expresada por elementos que reflejan que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas. Ejemplo "Guardar mis sentimientos para mí sólo".

5.3 Desarrollo y Selección de Estilos de Afrontamiento

Los seres humanos desarrollamos los recursos de afrontamiento definidos por Lazarus y Folkman (1984) para hacerle frente a las demandas y estos dependen de los procesos de socialización. Según Gottlieb (2001) estos recursos son el conjunto de elementos que se utilizan en algún momento para reducir el efecto perturbador de emociones y/o resolver situaciones que causan estrés. Están constituidos por facetas de la personalidad (Lazarus y Folkman, 1984), y la capacidad de adaptación (Baum y Singer, 1982), así como, la disposición y limitaciones de estos en ciertas situaciones.

Los recursos ambientales desempeñan un papel importante ya que el grado de amenaza, de estrés y de importancia de estos son factores claves en la efectividad del afrontamiento (Terry, 1991). El evento estresante es un predictor de la estrategia de afrontamiento que se utilizará (Lazarus, 1980).

La evaluación cognitiva de la situación es la más importante para la elección de los estilos de afrontamiento (Steed, 1998). Lo que determina la elección de un recurso es la interacción tanto de factores situacionales, personales y la disponibilidad de estos (Williams, 2002).

Se considera que la elección del tipo de estrategia esta influida por la cultura o proceso social. Aldwin (1994) y Mechanic (1974) consideran que depende de los recursos de afrontamiento y habilidades que proporcione la cultura será la eficacia y/o la elección del tipo de afrontamiento que se utilizará

Maguire (2002), considera que el género, la valoración del estresor, el estilo de apego entre otros, influyen o condicionan la selección del tipo de estrategia, así como algunos factores situacionales. Windover (2002) afirma

que las situaciones condicionan el tipo de estrategias de afrontamiento. Los resultados de sus estudios muestran que existe mayor estabilidad en el uso de estrategias dirigidas en la emoción que en las que se dirigen al problema. Además, muestran que la extroversión alta se relaciona con el uso de estrategias dirigidas al problema cuando la situación estresante es confortable.

6. Planteamiento del problema

En México existe muy poca información de la población con Trastornos Alimenticios. Se sabe que 9 de cada 10 personas padecen anorexia son mujeres y se presenta con mayor frecuencia entre los 12 y 25 años (Secretaría de Salud, 2005).

Es necesario un mayor conocimiento de este problema para poder prevenirlo tempranamente y que exista una mayor comprensión de este por parte de los profesionales. El presente estudio tiene como propósito investigar la relación que existe entre los diferentes estilos de afrontamiento y el Trastorno de Anorexia Nerviosa. Además definir las diferentes situaciones que le provocan estrés a la persona que la podrían llevar a hacer dieta de tipo restrictiva como una forma de reducir la tensión.

Algunos Investigadores han encontrado que la incidencia de estos trastornos es en mujeres jóvenes (Killen, Taylor, Telch, Saylor, Maron & Robinson, 1986) y está alcanzando proporciones epidémicas en sociedades occidentales (Maloney & Klykylo, 1983). Se considera importante mencionar que el porcentaje promedio entre estudiantes de universidades y preparatorias que los padecen oscila entre el 4 y 13% (Holz y Tea, 1995).

El crecimiento de la población con trastornos alimenticios, en especial el Trastorno de Anorexia Nerviosa, sugiere la importancia de identificar los factores causales y de mantenimiento. Además, el estudio sobre los tratamientos adecuados para enfrentarlos

Debido a las limitaciones que se encuentran en todas las teorías que hablan sobre trastornos alimenticios, es necesario continuar investigando

acerca del tema. Recientes investigaciones continúan estudiando factores biológicos, sociales y psicológicos de riesgo para el desarrollo de este trastorno.

Estas investigaciones han encontrado que el estrés ha sido asociado con la predisposición para presentar una alimentación desordenada. Lacey, Coker y Birchnell, 1986). Así mismo, Los resultados afirman que las mujeres que padecen estos trastornos reportan altos niveles de estrés (Soukup, Beiles, & Terrell, 1990 en Denisoff y Endler, 2003).

En la Actualidad, se ha encontrado que la eficacia del enfoque Cognitivo Conductual para el tratamiento de la Anorexia Nerviosa, es alto (Wilson y Fairburn, 1993). Por otro lado, las recientes investigaciones continúan indagando los factores biológicos, sociales y psicológicos de riesgo para el desarrollo de este trastorno. Se ha encontrado correlación entre estilos de afrontamiento al estrés y los trastornos alimenticios. Específicamente, las personas que padecen Anorexia utilizan estrategias orientadas a la emoción o pasivas (Denisoff & Endler, 2003; Janzen, Nelly & Saklofske; Koff y Sangani, 1997; Leon, Fulkerson, Perry & Early-Zald, 1995; y Troop, Holbrey, Trowler y Treasure, 1994).

Los efectos de los estresores psicológicos han recibido mucha atención en las últimas décadas. Los procesos de afrontamiento se han convertido en un tema de gran importancia debido a su relación con varios problemas de salud.

Así como se conoce que la preocupación por el peso corporal es un factor de alto riesgo para los trastornos alimenticios, es también importante comprender cuales son los factores que influyen el desarrollo y el mantenimiento de las excesivas preocupaciones sobre el peso.

Cabe mencionar que las investigaciones realizadas sobre afrontamiento muestran que éste es distinto de acuerdo a las situaciones o al estrés que provocan éstas. Así como, la duración y el tipo de control que se ejerce en éste último (Todd, Tennen, Carney, Affleck, & Armely, 2004).

Esto lleva a reflexionar si existe relación entre el trastorno de Anorexia Nerviosa, Eventos Estresantes y Estilo de Afrontamiento. Por lo tanto, la necesidad de analizar la existencia de un estilo de afrontamiento específico asociado a la sintomatología de Anorexia Nerviosa y si hay relación entre la sintomatología de Anorexia Nerviosa, estilos de afrontamiento y situaciones estresantes.

La siguiente investigación se basa en la idea que el trastorno de Anorexia Nerviosa se encuentra asociado con la reducción de la tensión, que le provoca los estímulos estresantes, como forma de afrontamiento al estrés. Por lo que nuestro objetivo es saber, ¿Qué estilo de afrontamiento se relaciona con la sintomatología del trastorno de Anorexia Nerviosa? y ¿El estilo de Afrontamiento asociado al trastorno de Anorexia Nerviosa esta relacionado con alguna situación estresante?

Esta investigación contribuye para: a) continuar analizando las posibles causas del trastorno de Anorexia Nerviosa así como factores desencadenantes; b) comprender las teorías explicativas que se han propuesto; c) continuar con la investigación de la teoría cognitivo-conductual y d) fomentar un mayor desarrollo de programas de prevención y tratamientos para la Anorexia Nerviosa; e) Desarrollar herramientas que ayuden a las pacientes identificar las situaciones de riesgo y por otro lado, proporcionarles habilidades en la resolución de problemas y manejo de estrés.

6. 2. Hipótesis

H1: La sintomatología del trastorno de Anorexia Nerviosa se relaciona con el estilo de afrontamiento al estrés de reducción de la tensión.

H2: El estilo de afrontamiento al estrés asociado con la sintomatología del trastorno de Anorexia Nerviosa se relaciona con las situaciones estresantes de relaciones interpersonales.

6.3. Objetivo Principal

El objetivo principal de este trabajo es analizar si las personas que presentan sintomatología del trastorno de Anorexia Nerviosa utilizan la restricción del alimento como una manera de reducir la tensión y por lo tanto, como un modo de afrontamiento al estrés. Además, si el estilo de afrontamiento relacionado con la sintomatología del trastorno de Anorexia Nerviosa es generado por algunas situaciones estresantes específicas.

6.4. Objetivos Específicos

A partir de este objetivo se desglosan los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar el tipo de estrategia de afrontamiento que utilizan las mujeres con sintomatología del trastorno de Anorexia Nerviosa.
2. Buscar la relación positiva entre la sintomatología de Anorexia Nerviosa y las estrategias de afrontamiento al estrés.
3. Investigar que situaciones estresantes desencadenan el estilo de afrontamiento asociado a la sintomatología de la Anorexia Nerviosa.