



**UNIVERSIDAD
VASCO DE QUIROGA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**" LA IMAGEN CORPORAL DISTORSIONADA EN LOS PACIENTES
CON UN TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN "**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
CARMEN PILAR RODRÍGUEZ PUEBLITA

ASESOR DE TESIS:
DRA. MA. DE LOURDES PADILLA NÚÑEZ

CLAVE: 16PSU0004J ACUERDO: RVOE 020SEP

002

ZAVALA



T285

MORELIA, MICH. JUNIO 2002.



UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES

EL MANEJO UNICORAL DISTORSIONADO EN LOS PACIENTES
CON UN TRASTORNO DE ALIMENTACION

TESINA

PRESENTADA POR
LICENCIADA EN ODONTOLOGIA

ELIZABETH MARCELA GONZALEZ

TRABAJO DE GRADUACION
PARA OBTENER EL TITULO DE

ODONTOLOGA

BOGOTÁ, 2010



INDICE

PRESENTACION

INDICE	1
RESUMEN	4
INTRODUCCION	5

CAPITULO I. PRINCIPIOS METODOLOGICOS	7
---	----------

CAPITULO II. LA IMAGEN CORPORAL	11
--	-----------

2.1. Evolución del concepto de Imagen corporal	11
--	----

2.2. Formación y adquisición de la Imagen corporal	12
--	----

2.2.1. Perspectiva psicodinámica	12
----------------------------------	----

2.2.2. Perspectiva de las relaciones objetales	13
--	----

2.2.3. Perspectiva del desarrollo del self	15
--	----

2.3. Satisfacción corporal	16
----------------------------	----

2.4. Imagen corporal subjetiva	18
--------------------------------	----

2.5. La Imagen corporal y los Trastornos de alimentación	19
--	----

CAPITULO III. LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION	22
---	-----------

3.1. Etiología psicológica de los Trastornos de alimentación	22
--	----

3.2. Multideterminación de los Trastornos de alimentación	26
---	----

3.2.1. Factores predisponentes	26
--------------------------------	----

3.2.2. Factores precipitantes	28
3.2.3. Factores perpetuadores	29
3.3. Anorexia	30
3.3.1. Antecedentes históricos de la Anorexia nerviosa	30
3.3.2. Tipos de Anorexia	33
3.3.3. Diagnóstico diferencial	34
3.3.4. Etiología orgánica	34
3.3.5. Sintomatología física y conductual	37
3.3.6. Factores psicológicos	39
3.3.7. Características de personalidad	44
3.3.8. Factores sociales	45
3.4. Bulimia	46
3.4.1. Antecedentes históricos de la Bulimia nerviosa	46
3.4.2. Criterios diagnósticos del DSM-IV sobre Bulimia	48
3.4.3. Tipos de Bulimia	48
3.5. Trastorno alimentario inespecífico	49
3.6. Descontrol de los impulsos dentro de los trastornos de alimentación	50
3.6.1. El robo y los trastornos de alimentación	51
3.6.2. Autoagresiones	52
3.6.3. El sexo como extremo	53

3.7. Prevalencia de los Trastornos de alimentación	54
3.7.1. Prevalencia de la Anorexia	54
3.7.2. Prevalencia de la Bulimia	54
3.8. Factores de riesgo en la adolescencia en los Trastornos de alimentación	55
3.9. Tratamiento de los trastornos de alimentación	57
3.9.1. Definiendo prioridades	58
3.9.2. Tratamiento ambulatorio	60
3.9.2.1. Grupos psicoterapéuticos para la resolución de problemas	61
3.9.3. Tratamiento en hospital de día y con internación	63
3.9.4. Hipnoterapia	66
CAPITULO IV. CONCLUSIONES	69
BIBLIOGRAFIA	71

RESUMEN

El presente trabajo, está basado en una revisión bibliográfica y documental acerca de la imagen corporal y su papel fundamental dentro de los trastornos de alimentación. La principal finalidad de este estudio, es descubrir, que tan estrecha es la relación entre la imagen corporal y los principales trastornos de alimentación como son: anorexia, bulimia y trastorno alimentario inespecífico, motivo por el cual, se realizó una investigación en donde se revisaron varios factores que pueden influir en la aparición de alguno de estos trastornos y como es que el paciente que los presenta no pudo consolidar un adecuado sentido de identidad, lo que trae como consecuencia que éste tenga una percepción distorsionada de sí mismo.

INTRODUCCION

Uno de los fenómenos sociales que más ha llamado la atención en los últimos años, se refiere al hecho de que las personas han mostrado un gran interés por adquirir una figura perfecta, sin importar el sacrificio ni esfuerzo necesario para lograrlo.

Influenciados por las tendencias de la moda y por la gran aprobación que las personas delgadas y con buena apariencia física tienen en la sociedad, luchan día con día por tener un cuerpo perfecto no teniendo en cuenta las consecuencias que esto pudiera tener sobre su salud, provocando el surgimiento de un trastorno de alimentación, definiendo éste como una alteración en la persona en su interacción con la comida que altera su pensamiento y su conducta. (Padilla,2001)

Existe una etiología diversa para que dicho tipo de trastornos tenga lugar. Sin embargo, se sabe que los trastornos de alimentación no se imponen a nadie desde el exterior, sino que son el resultado de factores biológicos, familiares y sociales.

Hoy en día, se sabe que la familia, en la mayoría de los casos, juega un papel determinante para que uno de sus miembros desarrolle un trastorno de este tipo. (Crispo y cols.1996). Aunado a esto, se ha encontrado que las personas que presentan algún trastorno alimenticio provienen de una familia con una dinámica específica y que poseen rasgos de personalidad determinados que dan lugar a que presenten conductas alimenticias patológicas.(Padilla,2001).

La alta incidencia y frecuencia de estos trastornos ha provocado la necesidad de realizar una serie de estudios e investigaciones con el único objetivo de determinar su etiología, desarrollar programas de intervención e implementar medidas preventivas buscando disminuir el riesgo de presentar un trastorno de alimentación.

Uno de los elementos comunes en dichos trastornos (Anorexia, bulimia y TANE -trastorno de alimentación no específico-), es que la persona que los presenta, muestra distorsiones en la percepción de su imagen corporal.

Francoise Dolto (1992), afirma que la imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales. Es aquello en lo cual se inscriben las experiencias relacionales de la necesidad y del deseo, valorizantes y/o desvalorizantes, es decir, narcicizantes y/o desnarcicizantes. La imagen del cuerpo es la huella estructural de la historia emocional de un ser humano.

“La imagen corporal es algo que se tiene o no se tiene, así como adecuada o distorsionada. Se piensa que uno de los factores centrales en el desarrollo de los desórdenes de alimentación son los déficits de identidad”. (Lara, 1996 (25), mencionado en Bustamante, 2001 (7)).

Al descubrir la importancia que tiene la imagen corporal en cada individuo y sobre todo en los pacientes que presentan algún trastorno de la alimentación, se decidió realizar un análisis del papel de la imagen corporal en el desarrollo de los trastornos de alimentación, a través de revisión bibliográfica, utilizando el método de investigación documental.

CAPITULO I. PRINCIPIOS METODOLOGICOS

1.1. Planteamiento del problema:

¿Existe alguna relación entre la imagen corporal distorsionada y los trastornos de alimentación?

1.2. Objetivos:

Los objetivos del presente trabajo son:

1.2.1. El objetivo general: Analizar la distorsión de la imagen corporal del paciente con un trastorno de alimentación.

1.2.2. Los objetivos particulares:

- 1) Hacer una revisión teórica y documental de los trastornos de alimentación.
- 2) Revisar el proceso de adquisición de la imagen corporal.
- 3) Establecer la importancia de la imagen corporal en el desarrollo de un trastorno de alimentación.
- 4) Establecer la influencia de los patrones disfuncionales familiares en la adquisición y formación de una imagen corporal distorsionada en pacientes con un trastorno de alimentación.

1.3. Hipótesis:

Las hipótesis del presente trabajo son:

1.3.1. Hipótesis general: Existe una relación entre los pacientes con trastornos de alimentación y la adquisición de una imagen corporal distorsionada.

Hipótesis nula: No existe una relación entre los pacientes con trastornos de alimentación y la adquisición de una imagen corporal distorsionada.

1.3.2. Hipótesis específicas:

- 1.-La imagen corporal se adquiere a partir de la interacción con la familia.
- 2.-La distorsión de la imagen corporal en pacientes con un trastorno de alimentación se adquiere a partir de los patrones distorsionados de la familia.

1.4. Importancia del estudio:

Resulta necesario abordar el tema de los trastornos de alimentación ya que, en la actualidad, una gran cantidad de personas padecen este tipo de trastornos. Algunas están concientes de su enfermedad, pero otras, ni siquiera se han percatado de su problema, el cual, no puede ser tomado a la ligera ya que incluso puede llevarlos a la muerte.

El papel de la imagen corporal distorsionada es fundamental en los trastornos de alimentación, ya que constituye una de las manifestaciones más importantes en dichos trastornos, debido a que la persona que los presenta, tiene una inadecuada percepción de su cuerpo, lo que provoca que la misma, tenga conductas alimenticias inadecuadas, con un solo objetivo: mejorar su apariencia física.

El aumento en la frecuencia de estos trastornos ha dado como resultado la necesidad de buscar explicaciones sobre sus causas, con la única finalidad de encontrar formas de prevención y modelos de intervención.

El presente trabajo surgió de la necesidad de conocer más a fondo el tema de la imagen corporal y su relación con los trastornos de alimentación. Además de descubrir, los factores que originan el no tener una percepción adecuada de sí mismo, con la finalidad de detectar de manera oportuna el trastorno y poder determinar el tratamiento más adecuado para cada persona.

El objetivo del presente estudio, se centra en dar al especialista en este tipo de trastornos, una herramienta más, para seguir encontrando nuevas alternativas de tratamiento y contribuir a ampliar sus conocimientos con respecto al tema.

1.5. Metodología de la investigación:

1.5.1. Tipo de investigación:

En el presente trabajo, se llevará a cabo una investigación documental basada en datos recabados de libros, revistas, tesis, tesinas, tanto nacionales como extranjeros.

1.5.2. Procedimientos y técnicas:

La técnica que se utilizará en este estudio, es de tipo documental bibliográfica, la cual esta contenida en escritos de diversos tipos.

Para la realización de este trabajo, se consultarán diversas fuentes de información, tales como:

- Biblioteca de la Universidad Iberoamericana.
- Biblioteca del Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Biblioteca de la U.N.A.M.
- Biblioteca de la Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- Internet.

Además de consultar dichas fuentes, posteriormente se realizará un proceso de selección de la información obtenida, ordenándola y clasificándola, de tal manera que logre obtener la información más adecuada para desarrollar el tema.

1.6. Limitaciones del estudio.-

Algunas de las limitaciones para realizar el presente estudio son:

1.6.1. Limitaciones teóricas:

Una de las principales limitaciones, es que existe poca información nacional acerca del problema que se plantea en el presente estudio, la mayoría de la información proviene de otros países: Argentina, España y Estados Unidos, por lo que dicha información puede no corresponder del todo al modelo de la familia mexicana.

Específicamente en la ciudad de Morelia, hay muy poca información bibliográfica y la que hay, es poco accesible por lo que se dificulta la obtención de la misma.

1.6.2. Limitaciones metodológicas:

Al realizar un tipo de trabajo como este, el cual se basará por completo en revisiones bibliográficas, no existe la posibilidad de comprobar empíricamente la hipótesis propuesta, lo que podría arrojar datos reveladores.

1.7. Definición de términos:

1.7.1. Imagen corporal: Schilder (1958) , afirma que, por "imagen del cuerpo" se entiende la representación que la persona forma mentalmente de su propio cuerpo.

Por otro lado, Dolto (1984) refiere que la imagen corporal, es la representación mental inconsciente que cada uno tiene de su propio cuerpo, la cual puede corresponder o no con su esquema corporal.

La imagen corporal se forma sobre la base de vivencias, experiencias e interacciones con el medio ambiente y con otros individuos. Dentro del concepto de imagen corporal se incluyen actividades y sentimientos que la persona tiene de su cuerpo.

1.7.2. Esquema corporal: El esquema corporal es el sustrato biológico del cuerpo, común a todos los seres humanos. Este esquema es consciente, preconscious e inconsciente, es evolutivo en tiempo y espacio. (Gómez, 1997)

1.7.3. Distorsión de la imagen corporal: Este término se refiere a la existencia de un desajuste entre el esquema corporal y la imagen corporal de la persona (Dolto, 1984), ya sea por sobreestimación o atenuación del peso y volumen corporal (Gardner, Martínez, Espinoza y Gallegos, 1988 en Gómez, 1997).

1.7.4. Trastornos de alimentación: Alteraciones graves de la conducta alimentaria. El DSM-IV incluye 3 diagnósticos específicos: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de alimentación inespecífico. En todos existe alteración de la percepción de la forma y el peso corporal como síntoma común.

CAPITULO II. LA IMAGEN CORPORAL

2.1. Evolución del concepto de imagen corporal.-

Siglos atrás, surgió la inquietud de estudiar la imagen corporal, concepto utilizado por vez primera en el área de la neurología, pasando posteriormente, al campo de la psiquiatría y la psicología. Específicamente en el siglo XVII Ambrosi Paré, comenzó a analizar varios fenómenos, con la finalidad de encontrar una explicación e interpretación al respecto.

Tiempo después, a finales del siglo XIX y principios del XX, Henry Head acuñó los términos de “esquema corporal” y de “modelo postural del cuerpo”; considerando más adecuado el segundo término ya que para este autor la representación que cada uno tiene de su cuerpo se basa en los cambios de postura.

En el año de 1923 Paul Schilder postula que la imagen corporal es una estructura mental, que a su vez, forma parte de todas las estructuras psicológicas, las cuales se fortalecerán y enriquecerán a lo largo de la maduración y el desarrollo de cada individuo.

En la actualidad, la imagen corporal es considerada como una estructura mental dinámica en constante evolución. *“El concepto de imagen corporal corresponde a una estructura intrapsíquica que representa al cuerpo en su sentido físico, pero que incluye, además a la persona en su sentido de identidad. Es una estructura dinámica, temporal, que incluye en su conformación el pasado en que se encuentre íntimamente ligado lo que permite la sensación de continuidad y cambio a lo largo del tiempo”.* (Bustamante,2001).(7)

2.2. Formación y adquisición de la imagen corporal.-

2.2.1. Perspectiva psicodinámica:

De acuerdo a la perspectiva psicodinámica, la imagen corporal depende de la cantidad de energía libidinal de la cual este investida lo que resulta de la autoerotización y la estimulación social. La imagen corporal se forma a partir de las sensaciones y experiencias placenteras las cuales se almacenarán en la memoria del niño.

La adquisición de una imagen corporal adecuada, se logra gracias a la vivencia del propio cuerpo en los primeros años de vida, el niño se conoce a sí mismo, a través de las experiencias táctiles y de amor que tendrá con sus objetos, especialmente con la madre. Gracias a la relación que se dé con éstos, el niño podrá conocer y amar su cuerpo, éstos dos sentimientos conformarán una historia emocional en base a la cual se irá estructurando su personalidad. (Bustamante, 2001)

Slade (1994) explica que la relación de imagen corporal con el narcisismo, es tal que no puede haber líbido, ni energía de los deseos del yo, al menos que haya un objeto al cual ambos esten vinculados, por lo tanto, la líbido narcisista tiene como objeto, la imagen del cuerpo. (Cofrades, 1998). Explicándolo de otra manera, el cuerpo deberá proyectarse hacia el mundo, y éste mundo, a su vez, deberá proyectarse hacia el propio cuerpo. De tal manera que la libido narcisista se adhiere a las distintas partes de la imagen del cuerpo, y así, en las diferentes y sucesivas etapas del desarrollo libidinal, el *modelo del cuerpo va cambiando continuamente.* (Slade, 1994)

El sentimiento de autoestima está fundamentado en el amor que tenemos hacia nosotros mismos, hacia nuestro esquema corporal que también es catectizado por la libido narcisista.

A esto Dolto (1992) agrega que la imagen corporal es una huella de la historia emocional y no-prolongación psíquica del esquema corporal, la imagen corporal se moldea como una elaboración de las emociones precoces con los padres de crianza.

2.2.2. Perspectiva de las relaciones objetales:

Volkan (1976 en Loewald, 1960) afirma que cuando el niño internaliza los aspectos del objeto (la madre), simultáneamente está internalizando la imagen que sus progenitores tienen de él. Las identificaciones yoicas no solo se construyen por la percepción y absorción de la forma de ser de la madre, sino también por la forma en que ésta percibe a su hijo, al acariciarlo, escucharlo y sentirlo. Esta relación tan íntima entre madre e hijo proporciona al niño, la autonomía, seguridad y confianza, elementos necesarios para alcanzar su propia individualidad.

En esta etapa son indispensables las relaciones interpersonales basadas en interacciones corporales intensas, de tal modo que la imagen corporal y el self del niño se estructuren de una manera adecuada.

Específicamente, hablando de la niña, es necesario que ésta se identifique e internalice el cuerpo femenino de su madre para que en un futuro llegue a tener una adecuada y firme identidad sexual. Para que lo anterior sea posible, se requiere que la madre tenga la capacidad de amar, disfrutar y aceptar su cuerpo, así como de saber disfrutar su sexualidad adulta en una relación de pareja plena. Si esto sucede, la madre

transmitirá a su hija este sentir, y le permitirá separarse y disfrutar de su cuerpo femenino con seguridad y autoaceptación, de modo tal, que en un futuro, pueda experimentar la satisfacción de gozar de una buena relación de pareja, al igual que lo hizo su madre. Una experiencia del cuerpo buena es poder sentir el propio cuerpo, en relación con la madre, como una fuente de relaciones predominantemente de placer.

De lo contrario, si la madre no está satisfecha consigo misma ni con su relación de pareja, dichos sentimientos serán comunicados y transmitidos a su hija, afectando con esto su adecuado proceso de separación-individuación, prolongándose la simbiosis, ya que la madre esperará encontrar en la niña aquello que le hace falta.

Esto traerá como consecuencia que la identidad de la niña(o), sus pensamientos y fantasías se confundan con los de su madre y con los de sus futuros objetos, trayendo como consecuencia una baja autoestima y un inadecuado sentido de identidad; experimentará su cuerpo como ajeno y vivirá sujeto a los deseos de los demás, lo que lo volverá aún más vulnerable. Cuando el proceso es alterado por una relación deficiente o mala con el objeto primario, se produce una patología, provocando en el bebé su incapacidad para percibirse diferente del objeto, sintiendo su cuerpo como una fuente de sensaciones displacenteras.

“Nuestra vida, comienza como una extensión del cuerpo de nuestra madre, y ella es la que nos imparte las primeras lecciones en lo que respecta a imagen corporal. En la infancia aprendemos que nuestro cuerpo tiene sus propias fronteras, diferentes a las de ella, lo cual nos ayuda a desarrollar un sentido de personalidad individual.”
(Ferguson, 1983). **(18)**

2.2.3. Perspectiva del desarrollo del self:

Según esta perspectiva, tanto el cuerpo, como las representaciones mentales que se tienen de éste, son la base para el desarrollo de un sentido del self.

Krueger (1990) afirma que el yo corporal o self corporal está integrado por la experiencia psíquica de la sensación, el funcionamiento y la imagen corporal.

Con relación al desarrollo de este self corporal, este autor distingue tres etapas:

A) Experiencia psíquica temprana del cuerpo: el cuerpo del bebé. Los afectos, así como el movimiento, son sentidos en un inicio por el espejeo del self object (Krueger 1989 en Lara 1996).

B) La conciencia temprana del cuerpo y luego una imagen corporal formando un estado de definición interna y que se distingue del mundo exterior.

C) La integración del self corporal como base y fundamento del self psicológico: Lo importante de esta etapa es que ambos selfs se unen para formar el sentido de identidad.

La imagen corporal es algo que se tiene o no se tiene, así como adecuada o distorsionada. Se piensa que uno de los factores centrales en el desarrollo de los desórdenes de alimentación son los déficits de identidad. (Lara, 1996). Se ha observado que la identidad está fundamentada en el desarrollo infantil temprano y que una parte esencial de éste es el desarrollo de la imagen corporal. Por lo tanto, aquellas personas, especialmente mujeres que no han logrado construir un self verdadero buscan agradar a los demás por medio de su apariencia física.

2.3. Satisfacción corporal.

Brounchon-Schweitzer concibe a la satisfacción corporal como el constructor cuantificable que abarca el campo más vasto del universo entendido como imagen corporal. Como sinónimo de satisfacción corporal se ha utilizado el término de catexia corporal. (Secord y Jourard, 1953). Secord y Jourard definieron la catexia corporal como “el grado de sentimientos de satisfacción o insatisfacción con relación a varias partes o procesos del cuerpo”(Secord y Jourard, 1953). Así mismo, la satisfacción corporal se asocia con diferentes aspectos del autoconcepto, la personalidad y la conducta. Además, dichos autores encontraron que existe una elevada relación entre satisfacción corporal y satisfacción en lo referente al autoconcepto.

Posteriormente, Rosen y Ross (1968) confirman la hipótesis anteriormente expuesta, observaron que los sentimientos hacia el cuerpo son conmesurables con sentimientos hacia el “self”.

Las investigaciones anteriormente mencionadas han contribuido a determinar el enfoque y la orientación de estudios posteriores, por medio de los cuales se ha tratado de demostrar como la satisfacción corporal es uno de los componentes principales de la autoestima.

Zion (1965 citado en Eschenburg, 1994) indica que la catexia corporal se encuentra “positivamente” relacionada con la autodescripción, la autoaceptación, el ideal del yo y la discrepancia en la autodescripción ideal.

Otros autores; Miller, Buss y Murphy (1981) distinguen tres aspectos del enfoque corporal:

- a) Conciencia corporal pública; que se refiere a la atención del individuo centrada en partes de su cuerpo que son visibles para los demás.
- b) Competencia corporal; que habla sobre la atención focalizada en el buen rendimiento físico del cuerpo.
- c) Conciencia corporal privada; que tiene que ver con los aspectos internos del propio cuerpo que no son visibles para los demás.

Miller, Buss y Murphy (1981) afirman que la satisfacción que una persona perciba sobre su cuerpo dependerá de la importancia que preste a cada uno de estos tres componentes de la imagen corporal.

Recientemente, los investigadores se han enfocado en un aspecto específico relacionado con la satisfacción corporal (catexia corporal); delgadez contra gordura y de cómo la satisfacción con la constitución (shape) del cuerpo, puede afectar la autoestima de la persona.

En los estudios realizados en los últimos años, se ha encontrado que aquellas mujeres que expresan una gran insatisfacción con su peso y la constitución de su cuerpo, son las que obtienen una menor puntuación en las escalas que miden autoestima, comparándolas con aquellas mujeres que expresan una mayor satisfacción.

Abell y Richards (1996) realizaron un estudio, en el que concluyeron, que actualmente, tanto hombres como mujeres demuestran una insatisfacción generalizada con su propio cuerpo. En el caso de las mujeres, éstas se preocupan por perder el mayor

peso posible, mientras que los hombres se preocupan por ganar más peso, con la única finalidad de alcanzar un cuerpo bien formado y dejar de ser “flacos”.

2.4. Imagen corporal subjetiva.

Gran parte de los atributos físicos que definen el aspecto de una persona, pueden ser modificados de acuerdo a la voluntad de la misma. Por ejemplo, haciendo diferentes combinaciones de colores y formas en la ropa, se puede lograr disimular la gordura o lograr un efecto de ensanchamiento en algunas partes del cuerpo. Además, nuestro rostro puede ser corregido por medio de la utilización de cosméticos y rejuvenecido mediante el uso de tratamientos utilizados para este fin.

La apariencia física ha sido manipulada a lo largo de este siglo, con fines exclusivamente estéticos. Actualmente resulta de suma importancia poseer una presentación atractiva para los demás.

Charles (1990) afirma que en la sociedad mexicana, el cuerpo, es concebido como un aditamento que se debe arreglar y componer para mejorarlo. La sociedad contemporánea busca alcanzar una armonía corporal externa sin otorgarle mucha importancia a la armonía interna.

La imagen corporal subjetiva, predice la satisfacción corporal de un individuo, es decir, los sujetos que se encuentran atractivos, son también los más satisfechos. Lo que cuenta aparentemente es sentirse internamente bien con el propio cuerpo, más que ser realmente bello o atractivo (Berscheid, Wlaster y Bohrnstedt, 1973 en Bustamante 2001).

Con relación a esto, Brounchon-Shweitzer (1992) recalca que en la actualidad, la mirada al cuerpo es de cualidad subjetiva. El sujeto no es reforzado solamente por lo que

le fue dado biológicamente o prescrito socialmente; el sujeto, es también actor y agente y puede modificar las influencias de las que es objeto, de este modo, la función de las imágenes corporales es globalmente adaptativa, y gracias a estas representaciones, el individuo puede defenderse de las realidades objetivas, o bien, puede modificar su cuerpo y sus conductas, así como las actitudes de las demás personas. (Eschenburg, 1994 en Bustamante,2001).

Cuando la imagen corporal resulta poco satisfactoria para el individuo, es necesario llegar a una reconciliación. Mcfarland y Baker-Baumann (1991) proponen que el vacío interno experimentado en en caso de una persona que presenta un trastorno de alimentación y que como resultado posee una imagen corporal distorsionada, nunca podrá ser curada a menos que logre alcanzar la autoaceptación la cual deberá incluir la capacidad de asumir las propias cualidades y defectos como ser humano, y, del mismo modo, deberá incluir la ruptura con los patrones sociales y culturales que sobrevalorizan la mentalidad de poder y control, así como la independencia, a costa de necesidades humanas básicas. (Eschenburg, 1994)

Ressler y Lee (1993) afirman que sólo un trabajo profundo con los propios conflictos emocionales garantizará una imagen corporal adecuada. Dichos autores hacen referencia a que la obsesión por el cuerpo así como el miedo a engordar son sólo “la punta del iceberg” de problemas emocionales más profundos y de mayor magnitud.

2.5. La imagen corporal y los trastornos de alimentación.

Cuando se habla de trastornos de alimentación, es necesario hablar de imagen corporal, ya que se ha comprobado su papel trascendental en la aparición de dichos trastornos.

Vives (1997) define a la imagen corporal como la representación mental que cada persona tiene de su cuerpo, lo que alude al ámbito sensorial. Sin embargo, agrega el autor, cuando se habla de imagen corporal, inminentemente se tiene que hablar de la identidad de la persona, la cual, encontrará su basamento en dicha imagen del cuerpo.

La imagen corporal se establece gracias a una relación anatomofisiológica de nuestro organismo con el medio que lo rodea, esto es, a través de mecanismos de retroalimentación y autorregulación que permite al individuo recibir información, acerca de la posición de su propio cuerpo y su ambiente exterior.

Sin embargo, esta imagen corporal va más allá de aquella relación, ya que, como afirma Vives (1997), toda esta información sensorial se encuentra tamizada por afectos; esto es, el individuo ama su cuerpo y tiene preferencia por algunas partes de él, esto se debe a la gran cantidad de líbido depositada en el propio organismo, ya que el conocimiento que de él tenemos dependerá de las manifestaciones del erotismo a través de sus diferentes fases; por lo que, dependiendo de la fase del desarrollo psicosexual que el niño está viviendo, se catectizarán ciertas zonas de este cuerpo y cobrarán mayor importancia para el individuo.

El ser humano tiene una representación de sí mismo; esta representación también es objeto de libidinización, además de catectizar al cuerpo, también se catectiza la representación que el individuo tiene de su cuerpo. El individuo también ama el esquema corporal que tiene de su propio cuerpo y cómo este esquema se ve, de igual manera, afectado por los afectos, es subjetivo e incluso puede llegar a distorsionarse; este es el fundamento de la autoestima.

Es necesario tener en cuenta, que el déficit de identidad es uno de los factores presentes en los trastornos de alimentación así como la íntima relación que guarda la imagen corporal y esta misma identidad. Lo que provoca en el individuo tener un deficiente sentido de identidad, es la manera en que su madre le transmite su inseguridad e insatisfacción con lo que es y con lo que tiene, de tal modo que el bebé carece de un objeto satisfactorio con el cual identificarse.

Lo que sucede con una persona con un Trastorno de alimentación es lo siguiente: Por un lado vive en un mundo caótico y angustiante sin herramientas emocionales que le permitan afrontarlo o controlarlo, por el otro lado, se le presenta el fantasma de un cuerpo que no le es grato. Insatisfecho con su realidad e insatisfecho con lo que él es, se le presenta la oportunidad de “mejorar su cuerpo”, de hacerlo más a su gusto (o lo que ella cree que es su deseo), pero más importante, se le presenta la oportunidad desesperada de poder controlar y tener algo por seguro; su peso.

El controlar su peso, crea la ilusión de posible bienestar emocional, el individuo considera que el moldear su cuerpo en base a estándares de belleza dictados por la sociedad, le proporcionará esa seguridad, identidad y satisfacción que solo conoció en su infancia temprana sin darse cuenta que este sentido de vacío que experimenta se deriva de conflictos más profundos que solo su peso. (Bustamante, 2001).

CAPITULO III. LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION.

3.1.ETIOLOGIA PSICOLOGICA DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION.

Existen varias teorías psicológicas que tratan de explicar las probables causas que pueden dar origen a un trastorno de la alimentación. Desde la perspectiva psicoanalítica se considera, que los trastornos de alimentación son un acting-out en el cuerpo proveniente de los conflictos infantiles que tuvieron lugar en los primeros 5 años de vida y se reactiva en la segunda década.

Desde el punto de vista del psicoanálisis, el desarrollo de la personalidad depende de la relación que establezca el individuo con su propio cuerpo. En el niño al no lograr una adecuada separación del objeto primario (la madre), se puede desencadenar una patología, ya que gran parte de las experiencias negativas que éste ha sufrido en su cuerpo, se mantienen atrapadas dentro del mismo, provocando en el una inadecuada autopercepción.

En el año de 1923, **Freud** afirmaba que el niño al nacer posee una libido narcisista ya que lo único que le importa en ese momento es su propio ser, a esta etapa de la vida del niño la denominó: narcisismo primario. Posteriormente se presenta una etapa autoerótica, en la cual la libido se concentra en determinadas partes del cuerpo que adquieren una significación erógena especial, los órganos genitales parecen constituir ya una fuente de placer aunque solamente en sentido autoerótico. En un principio, esta libido autoerótica es oral. Al paso del tiempo, los órganos genitales del niño, toman un nuevo significado convirtiéndose en la zona libidinal predominante del cuerpo. En esta etapa, el niño comienza a percibir y a entender el mundo exterior de una manera más clara, con lo cual se produce una plena comprensión de su propio cuerpo, en relación con el mundo exterior. Dicha comprensión y reconstitución corporal marcan el inicio de

un nuevo estadio: El narcisismo secundario. A partir de ese momento, comienza la evolución de las fronteras yoicas que en un futuro consolidarán el self; el sentido de identidad.

De acuerdo a la perspectiva de las relaciones objetales, lo que provoca una inadecuada autopercepción corporal en el niño es una relación deficiente con el objeto primario, de tal manera que el bebé no puede percibirse diferente del objeto al grado de llegar a sentir su propio cuerpo como fuente de sensaciones displacenteras, como si estuviera habitado por un objeto malo.

Mahler avala la primera fase de la teoría del desarrollo que ella elaboró con la teoría del narcisismo primario de Freud, la autora define esta fase como anobjetal, ya que el niño no cuenta con la capacidad para percibir al objeto externo satisfactor, ya que éste, sencillamente no existe para él. En la segunda fase (entre el primero y el cuarto mes de edad) el niño comienza a sentirse partícipe de una díada simbiótica compuesta por él y su madre. En esta fase los estímulos son clasificados como placenteros y displacenteros, éstos últimos son proyectados afuera de la unidad madre-hijo con el único objeto de mantener intacta la díada simbiótica. Dichos estímulos, después de ser percibidos y clasificados dejan huella en el infante y permiten la maduración de un paso importante: la demarcación de un "yo corporal". Desde la perspectiva "mahleriana" el paciente, al no haber podido introyectar los aspectos nutricios de la imago materna, presenta el síntoma utilizando su cuerpo, intentando resolver el fracaso en el desarrollo de la fase de separación-individuación.

"El logro más importante en la fase simbiótica es la catexis de la madre. Al concluir este proceso, el niño ha logrado catectizar a su madre y por lo tanto, ésta se transforma en un objeto, aunque parcial. Cuando termina la fase simbiótica el bebé ha podido establecer una relación objetal con su madre". (Bleichmar, 1989). (2)

En el año de 1936 **Winnicott** publica su primer trabajo en el cual el objetivo principal se centró en analizar la relación existente entre los trastornos de alimentación y los conflictos emocionales. Según el autor el mundo interior del infante se construye a partir de dos objetos esenciales de la fantasía oral: conservar y eliminar. Posteriormente desarrolló el concepto de sostenimiento o holding por medio del cual describe la relación que tiene la conducta emocional de la madre con el adecuado desarrollo psíquico del niño. Para Winnicott el niño al nacer es un ser desintegrado e indefenso que percibe los estímulos externos de manera desorganizada. El papel de la madre es fundamental y consiste en dar al niño la protección y los cuidados necesarios con la finalidad de que éste logre integrar tanto los estímulos como la representación de sí mismo y de los demás y adquirir un yo sano. La madre debe funcionar como el yo auxiliar del niño hasta lograr que éste integre sus sensaciones corporales, sus impulsos, sus instintos, sus nascentes capacidades motrices y perceptuales de modo que obtenga una imagen unificada de sí y del mundo externo.

Si la madre no cuenta con la capacidad necesaria para proteger al frágil yo del recién nacido, éste se sentirá vulnerable y tendrá la falsa creencia de que todas sus percepciones y actividades motrices son provocados desde un mundo amenazante en vez de sentirlos como ensayos de autonomía. Al no encontrar en su madre la protección que le hace falta el mismo se protege creando una especie de cáscara en donde esconde su verdadero self lo que da lugar a que muestre ante los demás un self falso ya que su verdadero self está sometido ante el gesto de la madre. La condición de sumisión constituye la primera fase del self falso y es el resultado de la incapacidad materna para saber satisfacer las necesidades de su hijo.

“El sostenimiento realizado por la madre es el factor que decide el paso del estado de no integración, que caracteriza al recién nacido, al de posterior integración. Este vínculo físico y emocional entre la madre y el bebé, sentará las bases para el desarrollo saludable de las capacidades innatas del individuo”.(Bleichmar, 1989) (2)

Otro elemento importante de la teoría de Winnicott se refiere a la importancia del objeto transicional en el camino a la maduración del niño, ya que por medio de la manipulación de dicho objeto, el niño puede establecer sus límites corporales. En la búsqueda hacia su independencia el objeto transicional sirve como mediador entre el mundo interior y el exterior. El objeto transicional es el representante de la madre y para que funcione adecuadamente es necesario que ésta sea introyectada como un objeto bueno.

“Una vez que la manipulación del objeto transicional permitió al niño instaurar en su interior un objeto bueno suficientemente indemne, sigue un paso importante: es menester alejarse del objeto transicional.” (Bleichmar, 1989).(2)

Relacionando la teoría del objeto transicional desarrollada por Winnicott con los trastornos de alimentación, específicamente con la obesidad, se puede afirmar que para los pacientes obesos, la comida puede actuar como objeto transicional. Dichos pacientes comen en exceso como manera de defenderse ante los sentimientos de separación provocados por la ausencia de la madre.

Desde la perspectiva del desarrollo del self, tanto la anorexia como la bulimia son consideradas patologías del self que tienen como origen perturbaciones en las relaciones padres/hijo. El paciente presenta estas conductas como manera de llenar ese déficit que existe en el adecuado desarrollo de su personalidad. Desde dicha perspectiva, la anorexia es vista como el resultado de fallas en la identificación, en la empatía especular e idealizada.

De acuerdo con la psicología del self propuesta por Kohut (1959) en el paciente que presenta trastornos de alimentación, existe una falta de cohesión en su self, lo cual

probablemente es provocado por la falta de empatía existente con los objetos del self (sus padres), los cuales al no lograr una adecuada relación con su hijo provocan la falta de cohesión del self del niño ya que seguramente ellos presenten la misma falla y por eso no son capaces de transmitir al niño los elementos necesarios para una adecuada consolidación del self. Es necesario que los padres provean al niño objetos catectizados narcicísticamente, al establecerse una relación suficientemente estable con dichos objetos, es necesaria la desilusión gradual respecto a la disponibilidad de dichas figuras de modo que sus internalizaciones sean internalizadas por el niño y formen parte del self autónomo del sujeto.

Kohut en 1984 afirma: *“Lo que influye sobre el carácter del self del niño, no es tanto lo que los padres hacen sino lo que son”.*(24)

3.2. MULTIDETERMINACION DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION.

Se considera que hay un origen multicausal, es decir, que se han de dar un conjunto de factores para que se pueda presentar el trastorno. (Raich,1996).

3.2.1.*Factores predisponentes:

Al hablar de factores predisponentes, se habla de una serie de elementos como el contexto sociocultural en que el individuo se encuentra inmerso; las características individuales de la persona, así como los de su familia. Todos estos aspectos pueden contribuir a que prospere más fácilmente la idea de dedicarse al culto de la figura o al control del peso corporal.

Para Raich(1996) así como para Crispo et al (1996), los aspectos socioculturales como la presión social a la esbeltez y la estigmatización de la obesidad, serían las

causantes de una verdadera insatisfacción corporal, la cual llevaría, a su vez, a la primera adopción de medida para cambiar la silueta.

Como factores predisponentes, se encuentran también las causas emocionales y afectivas, con lo que se quiere demostrar que las personas que llegan a tener estos trastornos son aquellas que tienen una respuesta emocional más lábil que otras. (Raich,1996). Muy relacionadas con estas causas se encuentran las características de personalidad; en éstos parámetros, las personas con estos trastornos, serían descritas como más inestables emocionalmente, más condicionables ante el castigo, ante la supresión de reforzadores y la presentación de estímulos nuevos.(Bustamante,2001).

Hablando de personalidad en el trabajo con pacientes con un trastorno de alimentación; Lofrano (1996) considera este concepto desde tres diferentes perspectivas:

1.- Rasgos de personalidad: Los anoréxicos son más ansiosos e introvertidos y obsesivos que los estándares normales; además, este autor agrega que presentan descontrol de las emociones, evitación e inconformidad social.

Otras características que encontramos en estos trastornos y que representan graves problemas psicológicos (Raich,1996) son los sentimientos de depresión, una visión del túnel de una situación que viven, una insatisfacción con su apariencia física así como por su forma de ser y de relacionarse con los demás, un sentimiento de soledad, además de como un sentimiento de estar condenado a mantener estos comportamientos.

Con respecto a los pacientes con bulimia, se han observado, dos rasgos de personalidad predisponentes, la baja autoestima y la inestabilidad afectiva, además, baja tolerancia a la frustración y a la ansiedad (Lofrano,1996).

2.- Desórdenes de personalidad: Estos desórdenes predisponen a la persona a desarrollar un trastorno de este tipo.

Tomando como referencia el DSM-IV (1994), se puede advertir una relación entre el desorden borderline y la clínica de las anoréxicas de tipo bulímico, así como en los pacientes bulímicos; además, existe una relación entre el desorden compulsivo y la clínica de los pacientes anoréxicos de tipo restrictivo. (Lofrano, 1996). como un todo integrado. De tal manera, que su funcionamiento dependerá de otros y no será capaz de realizar ciertas funciones por sí mismo. Para el anoréxico, el poder pertenece a otros de tal modo que pretende ejercer su propio poder por medio de su cuerpo a través del control sobre la comida. En el caso del paciente bulimico, éste logra tener el control a través de una dieta estricta y en el caso del obeso, éste trata de controlar sus emociones a través de una ingesta exagerada.

3.2.2.*Factores precipitantes:

Se pueden mencionar como factores precipitantes de este tipo de trastornos, los acontecimientos vitales potencialmente estresantes como por ejemplo: la muerte de un familiar próximo, contraer matrimonio, el divorcio de los padres, perder o empezar un trabajo, o el nacimiento de un hijo. (Raich,1996). Al presentarse alguna de estas circunstancias, puede suceder que el sujeto no cuente con la capacidad de respuesta requerida, provocándose en él, un nivel de tensión difícil de manejar que puede llegar a producir un trastorno alimenticio. Además de estos acontecimientos, se cree que el estrés cotidiano puede ser tan alterador como las situaciones mencionadas anteriormente. Por lo general, los pacientes con un trastorno de alimentación, muestran dificultades en la resolución de problemas.(Raich, 1996).

3.2.3.*Factores perpetuadores:

Se pueden mencionar los factores cognitivos, específicamente, en el caso de la anorexia se afirma que una vez que se ha llegado a la decisión de que sólo a través de un régimen, se puede adelgazar, esta conducta queda reforzada por un procedimiento conocido como reforzamiento negativo, o sea, de evitación, a través de la aversión a la comida. La conducta de evitación, puede ser perpetuada por conjuntos cognitivos que pueden operar de manera autónoma. (Bustamante,2001).

El afecto negativo es otro factor perpetuante, porque a través de esta obsesión por el peso, o por medio de la comida, la persona se distrae de otras preocupaciones a las que no se siente capaz de solucionar.

Las conductas purgativas son otro tipo de factores, (Bustamante,2001) el conocimiento de que después de comer en exceso podrán deshacerse de los efectos engordantes de la sobreingesta, le proporciona a la persona la seguridad para llevar a cabo este tipo de comportamiento.

Finalmente, se pueden mencionar las actitudes que tienen tanto la familia como los amigos del paciente anoréxico, que muchas veces, con la finalidad de que la persona abandone estas conductas tienden a premiar este tipo de comportamientos desadaptativos sin saber que están actuando de manera errónea. (Crispo et al,1996).

3.3. ANOREXIA:

3.3.1. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ANOREXIA NERVOSA.-

Existen reportes históricos de mujeres que ayunan y mueren tras su evidente estado de inanición, dichos reportes son considerados por algunos teóricos, como las primeras muestras de anorexia nervosa. (Padilla,2001).

Por ejemplo en la Edad Media tardía, las mujeres, siguiendo un modelo de ascetismo, comían muy poco porque creían que esto las ayudaba a desprenderse de sus lazos terrenales y a intensificar su espiritualidad. Restringir su consumo de alimentos, era solo una forma más de autosacrificio entre muchas otras, como por ejemplo: dormir sobre piedras, el alejamiento de la sociedad, el automortificarse, etc. (Bell, 1985; Bynum, 1987).

Muchas mujeres del postmedievo, que se hicieron famosas por sobrevivir sin comer, pasaban largos años en cama, por lo general “sufriendo” de una parálisis histérica. Dichas mujeres, sin embargo, tienen más parecido con las mujeres histéricas de la actualidad, quienes dejan de comer, por el valor que simbólicamente le dan a la comida (Bruch,1973). En contraste con las mujeres de aquella época, las pacientes anoréxicas modernas, tratan de negar o disimular su estado demacrado y fragilidad, manteniéndose muy activas, durante el mayor tiempo posible.

Posteriormente, en el año de 1864 Richard Morton, presentó el primer informe asociado con la anorexia nerviosa, a la cual él llamó “consumición nerviosa” y estableció que este desorden ahora llamado anorexia nerviosa, casi siempre tiene como antecedentes la tristeza y la ansiedad.

Numerosos teóricos, incluyendo a los miembros de la American Psychiatric Association (1987), pasan por alto los informes de Morton y consideran que Charles Lasegue en 1873 y William Gull en 1874 (mencionados en Haberman 1989), son realmente los primeros que dieron reportes médicos completos sobre anorexia nervosa. Quizá, la razón de esto, es que por primera vez en sus reportes se observa el aspecto más importante por el cual la anorexia nervosa se distingue del ayuno de las mujeres que vivieron en épocas anteriores a 1850. Es decir, por primera vez, se mencionaba el criterio central de diagnóstico que diferencía la anorexia, de otro tipo de adelgazamiento psicogénico: el miedo anormal a ser obesas a pesar de estar emaciadas. (Garfinkel, Garner, Kaplan y Darby, 1983, Toro y Vilardell ,1987).

El miedo anormal a volverse obeso, aparece claramente en 1875, en el estudio de Worthington y en 1890 en el de Charcot (Haberman, 1989). Charcot describe un caso, en el que él trató a una joven anoréxica en un estado muy demacrado. Un día, mientras la revisaba, encontró que ella tenía un lazo muy apretado alrededor de la cintura, la paciente le confesó, que ese lazo, era la medida que su cintura nunca debía exceder “prefiero morir de hambre antes que volverme tan obesa como mi madre”. Desde aquel momento, Charcot comprendió la fuerza motivante y el síntoma constitutivo de la anorexia nervosa. (Padilla, 2001).

A partir de esas fechas, aparecieron numerosos reportes en los que se asociaba la anorexia con los síntomas de bulimia.

Finalmente, en el año de 1980 se establecieron los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa con la edición del DSM-III y posteriormente en la edición revisada del DSM-III en el año de 1987.

Dichos criterios son los siguientes:

- A. Rechazo contundente a mantener el peso corporal, por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la estatura. Por ejemplo, pérdida de peso hasta un 15% por debajo del peso teórico, o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el período de crecimiento resultando un peso corporal del 15% por debajo del peso teórico.
- B. Miedo intenso a subir de peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta; por ejemplo, la persona que se queja de que "se encuentra obesa" aún estando emaciada o cree que alguna parte de su cuerpo resulta "desproporcionada", incluso estando por debajo del peso normal.
- D. En la mujeres, una ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Hay que distinguir entre la anorexia nervosa, de aquella anorexia, generalmente temporal, que se da conjuntamente con algunas enfermedades como la indigestión, gastritis, úlceras gastroduodenales, cáncer de estómago, tuberculosis y enfermedades febriles; así como distinguirla de la posible anorexia que se puede desarrollar a raíz de psicopatología severa, como en algunos casos de esquizofrenia, en donde hay una falta de apetito pero no miedo mórbido a engordar. (Padilla,2001).

Los criterios diagnósticos del DSM-IV (1994) para la anorexia nervosa son:

- A. Rechazo contundente a mantener el peso por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la estatura.
- B. Miedo intenso a subir de peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración en la manera en la que el propio peso o figura corporal son experimentados, influencia extrema del peso o la figura corporales en la autoevaluación o negación de la seriedad del actual peso corporal bajo.
- D. En las mujeres postmenárgicas amenorrea, es decir, una ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Una mujer es considerada como amenorreica, si sus períodos ocurren sólo tras la administración de hormonas, como por ejemplo, estrógenos).

3.3.2. TIPOS DE ANOREXIA.

***Tipo restrictivo:** durante el episodio actual de anorexia nerviosa, la persona no se ha envuelto regularmente en “atracones” de comida, ni en conductas de purga (por ejemplo, vómito autoinducido o uso inadecuado de laxantes, diuréticos o enemas).

***Tipo “atracción de comida-purga”:** durante el episodio actual de anorexia nerviosa, la persona se ha involucrado regularmente en atracarse de comida, o en conductas de purgas (por ejemplo, vómito autoinducido o uso inadecuado de laxantes, diuréticos o enemas).

Así, finalmente en el DSM-IV se aclaran las diferencias entre la persona con anorexia y lo que Boskind-Lodhal llamaba "bulimarexia".

3.3.3. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Se debe prestar atención a las diferencias con los siguientes trastornos:

- Trastornos endócrinos y metabólicos, como panhipopituitarismo, enfermedad de Addison, hipertiroidismo y diabetes sacarina.
- Trastornos gastrointestinales, como enfermedad de Crohn y esprue Celíaco.
- Infecciones crónicas y cánceres como tuberculosis y linfoma.
- Trastornos del sistema nervioso central, como tumores hipotalámicos.
- Trastornos depresivos y cierto tipo de trastornos somáticos.
- Esquizofrenia.
- Bulimia nervosa.

3.3.4. ETIOLOGIA ORGANICA.

Pasqualini (1973) al hablar de la etiología de la anorexia afirma que la investigación de sus causas y mecanismos ha dado lugar a diversas hipótesis bien fundadas y por otro lado a interpretaciones carentes de todo fundamento.

Actualmente y aunque subsisten algunas incógnitas, es posible considerar aclaradas las circunstancias que preceden a su iniciación, con el siguiente encadenamiento patogénico:

1.La causa inicial en la mayoría de los casos es psicogénica y sus modalidades particulares han sido agrupadas en dos categorías:

- a) Un grupo en el cual la enfermedad se establece como consecuencia a una reacción fóbica frente al exceso de peso, real o imaginario, que conduce a la privación voluntaria de la alimentación.
- b) Un grupo calificado como histérico, que se conoce por los estigmas de la personalidad histérica y en el cual, la pérdida de apetito tiene la misma categoría que la de la movilidad de un miembro o de la visión.

La frecuencia relativa de esta dos modalidades es difícil de establecer y varía según el origen de las estadísticas. Con menor frecuencia, la circunstancia que precede a la enfermedad es un estrés no psicogénico de cualquier otra naturaleza.

2. La reacción psicogénica de asiento cortical o dondequiera que se origine, influye sobre los centros hipotalámicos del apetito, con lo que queda abolida la sensación de hambre.

3. Las mismas influencias neurogénicas, alcanzan los núcleos hipotalámicos donde se producen los factores hipofisiotróficos de las gonadotropinas, primero de la B, y subsiguientemente de la A, con la cual queda abolida la producción cíclica de gonadotropinas A y B, seguida de su desaparición, con lo que se establece la amenorrea. Los datos de anatomía patológica del hipotálamo en esta afección, son prácticamente nulos, en relación con la reducidísima frecuencia de autopsias completas realizadas.

4. La anorexia conduce a la hipofagia, con la disminución del aporte calórico, que origina la desnutrición, la desaparición del tejido adiposo y la subsiguiente acentuación del catabolismo proteico. La reducción del aporte energético, es la única alteración metabólica, conservándose normal la capacidad de la utilización de glucosa.

5. La desnutrición crónica por sí misma, puede incidir sobre la función gonadotrópica de la hipófisis, determinando la insuficiencia gonadotrópica secundaria que

se agrega a la inicial y que contribuye a la disminución absoluta de las gonadotropinas A y B. En cambio, existen evidencias de que se conserva la producción de tirotrópina. La somatropina se mantiene y hasta puede hallarse aumentada, como consecuencia de la estimulación de la hipoglucemia. La reserva de corticotropina está disminuída, lo mismo que a través de otros índices de la función adrenocortical. No hay datos precisos en cuanto a la hormona antidiurética, pero atendiendo a la relativa deshidratación que sufren éstas pacientes, unida a la disminución del volumen circulatorio, es posible que está aumentada.

Schoeder (1992) dice que no se conoce la causa de la anorexia nerviosa. Aunque en múltiples anormalidades endocrinológicas, la mayoría de los autores piensan que son secundarias a la desnutrición, y no a trastornos primarios.

Se han tratado de dar explicaciones genéticas, y de encontrar factores innatos que predispongan al individuo a ser anoréxico. Algunas condiciones "precursoras" de la anorexia podrían ser: alto peso al nacer, excelente nutrición durante la niñez y pubertad temprana. De cualquier manera, todavía no hay estudios que lo comprueben.

Cuando la anorexia se instala en el individuo, se empieza a desarrollar una enfermedad con una dinámica fisiológica interna, independiente del factor psicológico que la originó.

Por último, Donoso (1990) encontró que: *"la anorexia nervosa se dá como un cambio conductal sin causa aparente, siguiéndole un período de formación del síndrome y más tarde oscilaciones físicas transitorias. Los eventos desencadenantes son la aparición de los cambios puberales y la consiguiente sexualización corporal, así como también la presencia de situaciones altamente estresantes y la imposibilidad para hacer frente a dichas situaciones".(15)*

3.3.5. SINTOMATOLOGIA FISICA Y CONDUCTUAL.

Clínicamente, los pacientes con anorexia nervosa, pueden presentar emaciación grave y quejarse de intolerancia al frío y estreñimiento. Casi siempre hay amenorrea. En casos graves, puede haber bradicardia, hipotensión e hipotermia. La exploración muestra pérdida de la grasa corporal, piel seca y escamosa, y aumento de pelo corporal tipo lanugo. También pueden estar crecidas las parótidas y haber edema.

Los datos de laboratorio son variables, pero quizá incluya anemia, leucopenia, anormalidades electrolíticas y aumento en la creatina sérica. Con frecuencia están aumentando los valores séricos del colesterol. Las anormalidades endócrinas incluyen valores disminuídos de hormona luteinizante y folículo estimulante, y deterioro de la respuesta de LH a la hormona liberadora de hormona luteinizante. (Schoeder,1992).

Las investigaciones indican que ocurren anormalidades fisiológicas, como irregularidades del sistema endócrino, y problemas en los mecanismos de alimentación y digestión. Muy comunmente este tipo de pacientes presentan deficiencias de neurotransmisión, lo que ocasiona problemas depresivos. En dichos casos es necesaria la medicación ya que ésta viene a corregir un déficit a nivel cerebral que permite que el paciente funcione de manera adecuada.

Una anoréxica presenta el siguiente cuadro: Disminución de los niveles de estrógeno, aumento en el nivel de la hormona de crecimiento, disminución de los niveles de neurotransmisores como norepinefrina, serotonina y dopamina, anormalidades en el metabolismo de carbohidratos, anormalidades en la regulación de la temperatura y vaciado gástrico lento.

Cada uno de estos problemas son graves, y desaparecen en el momento que el paciente recupera su peso normal, aunque quedan unas lesiones irreparables como osteoporosis, anormalidades menstruales y reproductivas.

Se ha demostrado que la glándula pituitaria no deja de funcionar, pero si que presenta cambios adaptativos. La falta de energía produce respuestas hipotalámicas de adaptación, que permiten al organismo sobrevivir, aún en estado de semi-inanición. La más obvia de estas adaptaciones es el control de la secreción de gonadotropinas pituitarias, lo que produce la interrupción de los ciclos anormales de ovulación y causa amenorrea, infertilidad y reducción de la libido. Estas adaptaciones reducen las posibilidades de embarazo y permiten conservar las reservas de hierro y proteínas que de otra forma se perderían con la menstruación. (Lucas, citado por Donoso,1990).

Los signos físicos son los siguientes: amenorrea, piel seca, hirsutismo, cabello seco, frágil y delgado, depósitos de grasa depletados, utilización de músculo, alopecia, degradación de uñas, hipotensión, deshidratación, edema, bradicardia, acrocianosis, hipotermia, bradipnea, estreñimiento, y problemas de sueño.

En cuanto a la sintomatología conductual, el DSM-III-R señala que algunas de las personas con este trastorno, no pueden mantener un control continuado sobre su restricción voluntaria de ingerir alimentos, y pasan por episodios de bulimia (voracidad), a menudo acompañada de vómito. Muchas de estas personas sufren también de bulimia nervosa.

Son comunes la aparición de otras conductas peculiares relacionadas con la comida. Por ejemplo, las personas con anorexia nervosa a menudo preparan comidas muy elaboradas para los demás, aunque tienden a limitar las suyas con dietas con bajo

contenido calórico. Además, la comida puede ser almacenada, ocultada, desmenuzada o arrojada a la basura.

3.3.6. FACTORES PSICOLOGICOS.

La familia del anoréxico:

Resulta necesario considerar cual es el papel que desempeña la familia en el desarrollo de un trastorno de alimentación. Lamentablemente, los factores socioculturales, conjugan una historia familiar de conflicto, dando como resultado una elevada probabilidad de presentación de desórdenes de alimentación (u otro tipo e desórdenes).

Holtz (1992) enumera las siguientes características de la familia de un miembro que padece de anorexia nervosa: rígida, sobreprotectora constreñida, con límites confusos, intrusivos, falta de relaciones objetales y empatía, falta de privacidad e independencia, poca o nula resolución de conflicto. Desviación y negación del conflicto, bajo una fachada de perfección, autosacrificio y amor, triangulación, el paciente se encuentra envuelto en el conflicto parental, lealtad al grupo, “la familia antes que nada”, ponen una gran importancia en mantener el “statu quo”, demandantes y controladores. Ni los deseos ni los conflictos se expresan abiertamente, fóbica, alianzas secretas entre los miembros de la familia.

Existe en la familia una marcada tendencia a controlar los impulsos, concentrándose en vivir de acuerdo con las expectativas de los demás; no solo de los padres y parientes, sino también vecinos y toda la sociedad.

La no-individuación, conlleva a una “voluntad de unión” donde los miembros deben mantenerse unidos a toda costa. Los temores de separación y pérdida se

transforman en preocupación, centrada en el bienestar físico de los demás. La agresividad se encausa por canales indirectos. La autonegación es una manera de ganar prestigio y liderazgo dentro de la familia. (Padilla,2001).

Sandor Lorand (1943) menciona varias características de importancia etológica en esta enfermedad:

1. El paciente con anorexia nervosa se ha sentido un hijo no deseado, debido a la frustración que ha recibido de los padres, especialmente de la madre.
2. Desarrolla un super-ego extremadamente rígido, como resultado del aspecto invertido de la agresión infantil resultante de su sentimiento de "no-pertenencia".
3. El sentimiento de ser un hijo no deseado y el superego severo hacen la identificación muy difícil, y el resultado es una estructura débil del ego.
4. La pubertad en estos pacientes está caracterizada por el revivir vivida y dolorosamente las relaciones infantiles con el padre y la madre, haciendo la adaptación tan difícil y carencial, como fue en la niñez temprana porque el ego está todavía inmaduro.
5. Muy comúnmente se encuentra depresión en estos casos, así como los síntomas de conversión histérica, la estructura de carácter muestra preponderantemente tendencias infantiles e histéricas. La depresión es el síntoma más difícil de tratar, es la causa de deseos de muerte del paciente. (Sandor Lorand, 1943).

Joel Yager (1982) concluye que la típica familia anoréxica pertenece a la clase media alta y es exageradamente orientada a la productividad y al trabajo. Según Yager, y otros autores, el matrimonio de los padres del paciente anoréxico es emocionalmente insípido y los sentimientos entre ellos, especialmente los sexuales, se encuentran apagados lo que provoca que ambos aspiren a encontrar la felicidad fuera de la relación conyugal. Los padres canalizan sus cargas y sentimientos erróneos y sobrecargan a los hijos, la madre los sobreprotege, y no se separa de ellos. Ya que los padres se quedaron atrás en el encuentro

de sí mismos, y temen ahora la madurez psicológica de sus hijos en crecimiento. En esta situación permanente, se inclina un hijo vulnerable, generalmente la hija, más a la balanza y a la censura de sus padres que a las necesidades de su propio cuerpo. Nunca aprendió a definirse como sí misma y a practicar un autocontrol sobre su cuerpo. Yager opina que es un hueco en el yo de las anorécticas, el cual es cubierto provisionalmente con la aprobación de los padres. En una fase crítica de la adolescencia, se desata finalmente la enfermedad mediante la ocurrencia de acontecimientos desagradables, o con el comienzo de una dieta aprobada por los padres.

Salvador Minuchin (1981) afirma que el padecimiento se presenta casi siempre en la pubertad y, por lo tanto, las pacientes viven todavía con sus padres, hay para él dos explicaciones claras, ellas se definen contra su destino de ser mujer y además con su enfermedad cumplen con el "contrato familiar", de ser ellas las responsables de la infelicidad en el hogar.

Afirma también, que cuando se observa a la familia junta, resalta la falta de sentido en las interacciones familiares, aún cuando se haya dado cuenta tantas veces de lo inefectivo de éstas. Nunca pueden llegar a una solución, ni conclusión y vulven a caer en el mismo modelo de interacción sin salida.

El análisis del patrón transaccional entre los padres del paciente y éste, revelan que este se logra a través de la sutil desatención de las indicaciones y señales que envía el niño acerca de sus necesidades, y superimponiendo un cuidado adecuado que garantiza según la concepción de la madre, un desarrollo normal. Esta privación de la secuencia natural de sentir incomodidad, enviar señal, recibir respuesta apropiada, sentir satisfacción, provoca un fracaso en el aprendizaje esencial temprano, resultando en una alteración en los estados de alerta de las funciones corporales incluyendo las nutricionales, y en un defectuoso concepto corporal. Si las respuestas a las indicaciones iniciadas por el niño,

son continuamente inapropiadas o contradictorias, él fallará en desarrollar un sentido de pertenencia de su propio cuerpo. En lugar de esto, sentirá que él, no tiene control de sus funciones, con frecuencia le faltará, la conciencia de estar viviendo su propia vida, y estará convencido de la ineffectividad de todos sus esfuerzos. Toda la vida de él o la paciente ha estado constituida por una desigualdad de poderes. La amable sumisión del niño, esconde el hecho de que los padres le robaron el derecho de conducir su propia vida. (Padilla,2001).

Según Rolf Degen (1982) gracias a los trabajos realizados por Salvador Minuchin y Mara Selvini Palazzoli, se han delineado cuatro constelaciones interactivas características de las familias anoréxicas, éstas son:

- 1) Involucramiento.
- 2) Sobreprotección.
- 3) Rigidez.
- 4) Falta de resolución de conflictos.

*Características de la madre: Generalmente las madres de este tipo de pacientes son mujeres de carrera que creen haber sacrificado sus aspiraciones profesionales a causa de la familia. Aparentan ser concienzudas en su concepto de maternidad. Su necesidad de tener una concepción de una vida perfecta, domina la vida familiar y es superimpuesta a los pacientes, incluyendo un control completo sobre sus funciones corporales.

La fuerte necesidad de estas madres de ejercer un control absoluto sobre las necesidades y funciones de sus hijas, es expresada de una forma sutil, indirecta, pero presionante de sobre-solicitud, autosacrificio, generosidad excesiva y preocupación por el bienestar del paciente. La ambivalencia disfrazada emerge después de una manera violenta y en formas de conducta y actitudes impredecibles, alternando entre períodos de

atención constante al paciente, seguidos de una ausencia total o entre indulgencia total y coerción abrupta. (Padilla,2001).

Hablando de la estructura del ego, hay evidencia de una diferenciación temprana incompleta entre madre e hija, un defecto del ego recíproco. Como resultado, la madre experimenta inconscientemente a su hija, sus atributos físicos e intelectuales como parte de sí misma, para ser usados como extensiones narcicistas de su propio ego, como adquisiciones placenteras o dolorosas pérdidas, dependiendo del éxito o fracaso de la hija. A su vez, la hija experimenta sus propios atributos y logros como posesión de la madre y los usa para gratificar a la madre o para destruirlos en venganza contra ella. En opinión de Pilot (1970) este aspecto de la enfermedad puede entenderse como una neurosis mutua, en la cual la simbiosis original madre-hija no fue meramente un factor predisponente sino el comienzo de un proceso que estaba continuamente activo de manera latente o clínicamente manifiesto "hasta que la muerte nos separe". En esta compleja interacción recíproca, las tendencias sexuales agresivas, autodestructivas y restitutivas fueron todas movilizadas. Por un lado, la paciente trata de liberarse del control materno, y por el otro, busca reestablecer la unidad original madre-hija, enfermando.

Los defectos en la estructura del ego de la madre, afectan a todos sus hijos, pero como regla solamente una hija desarrolla Anorexia Nervosa. Según Pilot, la selección del hijo destinado a enfermar parece estar basada en la destreza con la cual algunos atributos unidos de ese hijo, llenaban ciertas necesidades narcicistas especiales de la madre.

*Características del padre: Generalmente se describe al padre de la paciente anoréxica como exitoso económicamente y socialmente reconocido, a pesar de sentirse los "segundos mejores" dentro de la familia, después de la madre.

Los padres de este tipo de pacientes son descritos como muy reservados, tranquilos y como la figura pasiva de la constelación familiar. Son considerados más distantes que la madre, tienden a pasar poco tiempo en casa y cuando están pasan el tiempo haciendo otras cosas en lugar de estar con sus hijos.

3.3.7. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD.

Donoso (1990) destaca que las personas anoréxicas presentan una inteligencia término medio y superior al término medio, autoexigencia y perfeccionismo obsesivo. Existe un alejamiento de lo sensual, y las necesidades más primarias, desarrollo psicosocial y sexual retrasados; presentan pasividad, sumisión y completa obediencia ante las figuras de autoridad, retraimiento, introversión, timidez, ansiedad, cautela en las relaciones interpersonales y dependencia intensa a la familia.

El conjunto de estas características responde plenamente al modo de interacción familiar y a las actitudes y valores de los padres de estos pacientes.

Al surgir el síndrome, el comportamiento global resulta significativamente alterado, lo que se transforma en una conducta que Bruch (citado por Donoso, 1990) señala que bordea lo psicótico. Es entonces, cuando los pacientes son caracterizados como sensitivos, dependientes, introvertidos, ansiosos, obstinados, manipuladores y perfeccionistas. Se observa un comportamiento obsesivo-compulsivo; depresión (períodos de llanto, disturbios en el sueño), marcado desinterés sexual y aislamiento.

Por otra parte debe tenerse en cuenta que se han indicado como comunes a estados de desnutrición: la irritabilidad, labilidad emocional, depresión, aislamiento y desinterés sexual.

Un problema grave, es la regresión que presentan los pacientes, en el cual la persona no quiere crecer, la paciente tiene miedo a ser adulta y actúa como niña, existe un gran temor a separarse de los padres y el ayuno representa la forma de “detener” el desarrollo físico y además manipular la atención de los padres.

Otro síntoma que se encuentra presente con mucha frecuencia y que es llamativo es la depresión, lo cual indica que su presencia da un pronóstico menos favorable; el mecanismo principal involucrado es estas depresiones parece ser el enojo contra uno de los padres, y con mayor frecuencia hacia la madre.

La alteración en la imagen corporal es una característica clínica de importancia central en la anorexia nervosa, ya que de éste síntoma, dependen en gran parte el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. La anoréxica es identificada por su apariencia de esqueleto, por la negación de su anormalidad y por el esfuerzo de mantener esta apariencia. Los pacientes declaran “que son demasiado gordos”, aún cuando su apariencia es totalmente contraria; o bien han alcanzado su peso ideal y buscan mantenerlo a cualquier precio. El aumento de algunos kilos durante el tratamiento es vivido como “un paso hacia la obesidad”.

3.3.8. FACTORES SOCIALES.

Holtz (1992) propone el siguiente cuadro de factores socioculturales: presión social para ser delgada, confusión de roles sexuales, alta presión para sobresalir, énfasis para la delgadez como modelo de belleza, popularidad, control y éxito, estigma hacia la obesidad, obesidad vista como fracaso, falta de control, falta de cultura, fealdad y soledad; bombardeo de mensajes de la industria de las dietas, a través de medios e comunicación, alta competencia.

3.4. BULIMIA.-

3.4.1. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA BULIMIA NERVIOSA

Desde las bacanales romanas se practicaba lo que hoy conocemos como bulimia: *“Antiguamente, los romanos preparaban grandes banquetes, en los cuales los invitados, engullían grandes cantidades de comida, para luego estilumar la garganta con plumas o ingerir eméticos con el único fin de vomitar, vaciar sus estómagos y reiniciar su glotonería”*.(Fisher,1976 (19)).

En el Talmud (400-500 a.C.) el término “bool-mut” se utiliza para describir un síndrome en el cual, una persona esta tan agobiada por el hambre, que tanto su juicio en relación con el alimento, como su nivel de consciencia respecto de acontecimientos externos, se encuentran disminuídos. Este síndrome era considerado como peligro mortal. (Vander Eycken, 1985).

Blinder, J. y Cadenhead, K. (1986) hacen una notable reseña sobre la historia de la bulimia, donde señalan que “ en los diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX, la bulimia fue descrita como una curiosidad médica o un síntoma de otras enfermedades”. Mencionan que James en 1743, empleó el término “boulimus” en asociación con “caninus appetitus” y “fames canina” para describir la forma en la que la persona vomitaba como un perro, para aliviar el estómago, luego de ingerir demasiada comida, y que en 1825 Hooper utilizó los términos “bulimia emética”, “bulimia canina” y “cynorexia” para designar un apetito voraz seguido de vómito.

Los primeros reportes sobre conducta bulímica ya como tal, datan del siglo XIX, aunque generalmente la asocian con la anorexia nervosa.

Haberman (1989) menciona en su estudio algunos reportes tempranos de bulimia asociada con la anorexia. Entre los que menciona, se encuentran; Soller en 1891, quien señala que probablemente las anoréxicas se provocaban el vómito, a fin de contrarrestar la obligación de comer. Bouveret quien publicó en 1893 sus observaciones sobre el vómito autoinducido en siete de sus pacientes; Girou quien en 1905 dió un informe detallado sobre una paciente anoréxica, que por más de un año se provocó el vómito después de cada comida para evitar el ganar peso; Janet, en 1908 describió, que el vomitar dentro de la anorexia es más común de lo que se cree y reportó dos casos de pacientes que mostraban esa conducta, y Schottky, en 1932 describió a un paciente que, en vez de provocarse el vómito, usaba una manguera para vaciar su estómago.

Con respecto al uso de laxantes, numerosos reportes del siglo XIX se referían al consumo de vinagre, por parte de las anoréxicas, así como por adolescentes normales por creer que este actuaba como laxante. (Haberman,1989). El abuso de laxantes o de medicina para la tiroides, con el propósito de controlar peso, fue reportado por primera vez por Nogués en 1913, en forma esporádica, desde los años 30 en adelante.

En 1939 Berkman descubrió que las pacientes con anorexia nervosa se autoinducían vómito asociado con la sensación de saciedad. Waller y Kaufman (1940) describieron dos historiales clínicos de mujeres que primero se sobrealimentaban con dulces, y luego, como reacción a esta conducta, pasaban hambre, debido a fantasías que vinculaban al embarazo con la sobrealimentación.

Sin embargo, la bulimia nervosa no es considerada como síndrome hasta 1940. El trabajo de Ludwing Binswager en 1944 es quizá el reporte más temprano y detallado sobre la conducta anoréxica que después se convierte en predominantemente bulímica.

3.4.2. CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM-IV SOBRE BULIMIA NERVIOSA.

- A) Episodios reiterados de accesos compulsivos de ingestión de alimentos (rápido consumo de grandes cantidades de comida en un período de tiempo discontinuo).
- B) Sensación de falta de control sobre la conducta de falta de alimentación durante los accesos compulsivos de ingestión de comida.
- C) La persona recurre con regularidad a los vómitos autoinducidos, al empleo de laxantes o diuréticos, la dieta o ayuno estricto, o la realización de ejercicios vigorosos para evitar el aumento de peso.
- D) Promedio mínimo de dos episodios semanales de atacar la comida compulsivamente durante por lo menos tres meses.
- E) Preocupación excesiva y persistente por la forma del cuerpo y el peso.

3.4.3. TIPOS DE BULIMIA.

Tipos específicos: Existen también dos tipos de bulimia nerviosa:

- a) Purgativo: la persona se embarca regularmente en vómitos autoinducidos o en el uso excesivo de laxantes o diuréticos.
- b) No purgativo: la persona utiliza otros comportamientos compensatorios inadecuados, tales como ayunar o el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos.

3.5. TRASTORNO ALIMENTARIO INESPECIFICO.

Esta categoría es para los trastornos de comer que no concuerdan con los criterios para ninguno de los desórdenes de comer específicos (Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa), pero pueden ser igualmente graves. Es posible que:

- 1) Se encuentren todos los criterios para una AN, salvo que el individuo tiene menstruaciones regulares.
- 2) Se encuentren todos los criterios para una AN, salvo que a pesar de su pérdida significativa de peso, el peso esperado para el individuo se encuentre en un rango normal.
- 3) Se encuentren todos los criterios para una BN, salvo que los atracones ocurren con una frecuencia inferior a dos veces por semana o desde hace menos de tres meses.
- 4) Un individuo de peso se embarque regularmente en comportamientos compensatorios inadecuados después de comer pequeñas cantidades de comida (por ejemplo, vómito autoinducido después de la ingesta de dos galletas).
- 5) Un individuo reiteradamente mastique y escupa, pero no trague grandes cantidades de comida.
- 6) Exista un desorden compulsivo (comedor compulsivo): episodios recurrentes de atracones en ausencia de los comportamientos compensatorios inadecuados, característicos de la BN.

3.6. DESCONTROL DE LOS IMPULSOS DENTRO DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION.

La mayor parte de los pacientes que presentan un trastorno de alimentación, tienen como antecedente, el haber sufrido en la infancia, algún tipo de abuso, lo que trae como consecuencia que se presente este tipo de trastornos, así como otros tipos de psicopatología. En lo que respecta a los trastornos de alimentación, la gravedad de los antecedentes traumáticos, parece relacionada con una mayor sintomatología bulímica (Waller,1993; Wonderlich et al,1990) y una mayor comorbilidad, especialmente, respecto de los trastornos del estado de ánimo, los rasgos de personalidad fronteriza y los problemas de impulsividad.

Gran parte de la comorbilidad en los pacientes con trastornos alimentarios (que anteriormente han sufrido un trauma) puede considerarse expresión de una perturbación en el autocontrol. El paciente no logra controlar la fuerte urgencia (impulsiva) de realizar determinados actos no deseables, como por ejemplo: robar, automutilarse, abusar del alcohol y de las drogas y ser sexualmente promiscuos. A partir de estos comportamientos, Lacey y Evans (1986) han propuesto la expresión "bulimia multiimpulsiva" para referirse a aquellos pacientes que no solamente se dan atracones, vomitan y se purgan sino que además presentan otras conductas inadecuadas.

"El trauma es un factor poderoso en la génesis de las adicciones y las compulsiones. Las adicciones sirven a menudo como una solución que se adapta mal a los traumas. La adicción puede tomar la forma de excitación sexual y de placer intensos como un antídoto al dolor o de esfuerzo para adormecer la ansiedad, o de escape de la realidad".

(Carnes, 1997). (9)

La combinación de los trastornos de alimentación con cualquier otro tipo de perturbación mental puede dar como resultado un trastorno de personalidad fronteriza, cuyas características principales son: una gran inestabilidad del talante, la conducta e inestabilidad en las relaciones interpersonales. Dichos pacientes, debido a su impulsividad corren un mayor riesgo de sufrir nuevas experiencias traumáticas dentro y fuera del medio familiar. (Vanderlinken y Vandereycken, 1999).

3.6.1. El robo y los trastornos alimentarios:

A partir de la analogía con la compulsión o el control deficiente de los impulsos, los primeros investigadores de la bulimia ya habían establecido un nexo entre el comer compulsivo y el robo. Poco después del reconocimiento nosográfico oficial de la bulimia en el DSM-III, varios informes mencionaban el robo como un aspecto de la impulsividad de dichos pacientes. (Vanderlinken y Vandereycken, 1999).

Recientemente, se han realizado estudios, dentro de los cuales, llama la atención, la frecuente vinculación de la cleptomanía con los trastornos de alimentación. Es más probable que se presenten conductas de robo cuando el trastorno de alimentación incluye componentes “de tipo bulímico” tales como: atracones, vómitos y/o abuso de laxantes.

Tanto Krahn et al (1991) como Fitchter et al (1994) llegaron a la conclusión de que el robo se relaciona con otros problemas psicopatológicos. Por lo general, la conducta de robo parece expresar alguna forma de pérdida de control o de impulsividad.

Krahn et al (1991) sugirieron que: “una mejor estrategia para determinar la gravedad del síndrome bulímico, sería, evaluar la presencia o ausencia de ciertos síntomas asociados, como el robo y otros problemas de control de impulsos”.

Según Lacey (1993), el reconocimiento de la conducta impulsiva “permitiría desarrollar formas de tratamiento que tomen en cuenta la naturaleza intercambiable de los síntomas, pues la psicopatología de base solo podrá ser abordada concentrándose en todos los síntomas”.

3.6.2. Autoagresiones:

Tanto el paciente anoréxico, que se deja morir de hambre, como el bulímico, que se purga y se provoca el vómito, son individuos que dañan deliberadamente su cuerpo. Según Walsh y Rosen (1988) los trastornos de alimentación, serían, entonces, parte del espectro de las conductas de automutilación.

Suyemoto y McDonald (1995) concluyen que las autolesiones son: “el resultado de un proceso de aprendizaje, reflejo de un sistema familiar disfuncional, una manera de reemplazar o evitar el suicidio, un intento de hacer frente a conflictos sexuales y a la maduración, un modo de expresar emociones o de controlar las necesidades afectivas, un medio de poner fin a la despersonalización o una tentativa de establecer límites psicológicos entre uno mismo y los demás”.

Algunas de las funciones que desempeñan las autolesiones en un paciente con trastornos de alimentación son que:

- Las utilizan como descarga de sensaciones negativas o afectos (casi como una purga).
- Sirven para llamar la atención de los otros (significativos).
- A partir de ellas se da lugar a una intensa estimulación física con la finalidad de escapar de un estado disociativo, especialmente de la despersonalización.
- Otra de las posibilidades de las autolesiones se refiere a que el paciente cree que éstas son una especie de castigo que él merece.

-Por medio de las autolesiones se puede reflejar una marcada tendencia a la autodestrucción, conectada con una autoimagen negativa.

Finalmente, se ha llegado a la conclusión de que en un mismo paciente, diversas formas de autolesiones pueden cumplir una misma función, pero también puede ocurrir lo opuesto: una misma automutilación repetitiva, quizá tenga diferentes significados.(Vanderlinden y Vandereycken ,1999).

3.6.3. El sexo como extremo.

Como ya se mencionó anteriormente, una de las áreas en las cuales los pacientes con trastornos de alimentación, muestran dificultades, es el área sexual. Ya sea por su falta de control de impulsos en cuanto al sexo se refiere o ya sea por la necesidad de llenar un vacío, un vacío de amor en sus vidas, que los lleva a actuar impulsivamente con el único objetivo de sentirse amados, aunque sea solo por un momento, lo que da como resultado que este tipo de pacientes se conviertan o sean considerados promiscuos. O puede suceder lo contrario, que exista en ellos una repugnancia al deseo sexual, generalmente provocado por un trauma sexual, combinado con las conductas de exceso y privación modeladas por sus padres en la infancia, lo que da como resultado: la anorexia sexual. El principal temor del anoréxico es el de mezclar sexualidad con intimidad. Los anoréxicos tienen miedo de ejercer su sexualidad, ya que, al hacerlo, evidenciarían los vacíos y lo nocivos que son.

3.7. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION.

3.7.1. Prevalencia de la anorexia.

Se ha encontrado que a pesar de que la anorexia no respeta límites tales como edad, sexo o raza, se presenta principalmente entre mujeres jóvenes de clase media alta. (Jablow,1992 mencionado en Saenz,2000). Generalmente este trastorno se presenta en la adolescencia o adultez temprana, pero puede surgir a partir de los 11 años y hasta después de los 60 (Kiple,1993). La edad promedio para que se desencadene es de 17 años de edad (American Psychiatric Association,1994). Este padecimiento es considerado muy grave ya que tiene un índice de mortalidad de entre el 5 y el 18% (Jablow,1992 mencionado en Saenz,2000).

3.7.2. Prevalencia de la bulimia.

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association,1994) la bulimia ocurre en un 1 a 3% entre mujeres y en hombres en una décima parte de lo que en las mujeres. Dicho trastorno, generalmente se desencadena durante la adolescencia tardía o la adultez joven (American Psychiatric Association,1994), sin embargo, hay casos en los que se desencadena hasta pasados los cuarenta años de edad (Abraham y Llwellyn-Jones, 1987 mencionado en Saenz, 2000). La conducta de atascarse generalmente comienza después de un episodio de dieta. En la mayoría de estos casos, el desorden alimentario continúa durante varios años y puede ser crónico o intermitente. (American Psychiatric Association, 1994).

Recientemente, la Dra. Lourdes Padilla realizó un estudio estadístico , en la ciudad de Morelia, Michoacán, a cerca de la prevalencia de los diferentes trastornos alimentarios, centrándose en el tipo de familias de las que provienen este tipo de pacientes.

Dicho estudio, arrojó, los siguientes resultados:

A) Cohesión familiar:

-Con respecto a las familias de las pacientes anoréxicas, 50% manifestaron tener familias separadas, 25% familias sin compromiso o sin involucramiento afectivo y el 25% restante, familias amalgamadas.

-Con respecto a las familias de pacientes bulímicas, el 100% manifestó tener familias sin compromiso o sin involucramiento afectivo.

-En referencia a los pacientes con síntomas inespecíficos de TA, el 84% manifestaron tener familias sin compromiso, el 8% familias separadas y el 8% restante, familias amalgamadas.

B) Adaptación familiar:

-Los pacientes con síntomas de anorexia, manifestaron provenir de: 25% familias caóticas, 25% familias flexibles, 25% familias estructuradas y 25% familias rígidas.

-El 100% de los pacientes con síntomas de bulimia, manifestaron provenir de familias rígidas.

-Los pacientes con síntomas inespecíficos de TA, manifestaron provenir de: 58.3% familias rígidas, 25% familias caóticas y 16.7% familias estructuradas. (Padilla,2001)

3.8. FACTORES DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA EN LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION.

Como ya se ha mencionado anteriormente, en la adolescencia, es cuando más frecuentemente, se presentan los trastornos de alimentación.

Vandereycken y Meerman (1984) comentan que los adolescentes en riesgo presentan las siguientes características:

- 1) Una preocupación muy grande por la comida, el peso y el tamaño corporal.
- 2) Conflictos con la autonomía.
- 3) Problemas con sus relaciones interpersonales.
- 4) Experiencias de estrés y fracaso, y,
- 5) Tendencias hacia el perfeccionismo.

De igual modo, Leon, Fulkerson, Perry y Cudeck (1993) realizaron una investigación para determinar los factores de riesgo en adolescentes. Los resultados de dicho estudio, indican la gran influencia de estados emocionales negativos y la inhabilidad para identificar y nombrar las sensaciones y emociones que uno esta sintiendo como los mejores predictores de riesgo en las mujeres adolescentes.

Por otro lado, Taylor et al (1998) agruparon los factores de riesgo durante la adolescencia en biológicos, psicológicos, conductuales, socio-ambientales y culturales. Dentro de los primeros, mencionan el peso corporal y proceso de desarrollo pubertal. Los riesgos a nivel psicológico incluyen insatisfacción corporal y una baja autoestima. Las conductas de hacer dietas constantes y después atascarse. Los principales factores socio-ambientales son la presión ejercida por el grupo de pares para hacer dietas y/o estar delgadas, y las actitudes negativas de los padres hacia el control de peso. Del mismo modo, los estándares culturales que idealizan la delgadez, también influyen en el desarrollo de los trastornos alimentarios entre adolescentes. (Saenz,2000).

Los adolescentes tienden a presentar conductas alimentarias, caracterizadas, por saltarse comidas, comer entre comidas, ingerir alimentos chatarra, hacer dietas, entre otras. Es por eso que durante la adolescencia no se pueden tomar dichas conductas como señales de un trastorno alimentario, sino más bien hay que tomar en cuenta la frecuencia

de los episodios de comer problemáticos, el grado de preocupación por el peso y la comida y la presencia de problemas médicos y psicopatología. (Adams y Shafer,1988).

3.9. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION.

Existen diferentes tratamientos en cuanto a trastornos de alimentación se refiere. El tratamiento, depende de cada paciente, de su psicopatología y de la etapa de la enfermedad en la que se encuentre.

Hay tratamientos, en los que sólo se utilizan medicamentos (antidepresivos, ansiolíticos,etc.), en los que los resultados, no son siempre satisfactorios.

Minuchin (1974) afirma, que no existe un solo tratamiento en la anorexia. El acercamiento terapeutico, depende, de la estructura genética, el grado de fijación y regresión de las defensas, el grado de patología familiar, y la capacidad del yo del paciente para responder al tratamiento.

Desde el punto de vista psicoanalítico, el tratamiento de estos pacientes, implica la investigación de su organización narcicista, en su estructura sadomasoquista. Según este enfoque, resulta necesario realizar una elaboración activa de la trasferencia negativa e interpretar las defensas patológicas, la trasferencia, generalmente vuelve al analista, una madre que provoca desconfianza y sentimientos ambivalentes. El proceso de separación-individuación, se repite en la transferencia. Se logra una mejor integración de los objetos y se pueden reparar. Algunas de las barreras más fuertes para lograr la alianza terapéutica, son: la negación, la proyección, la escisión y la omnipotencia. Una vez que la alianza se ha logrado, el paciente, como un niño pequeño, simbiótico, busca en el tratamiento un nuevo objeto. El paciente, empieza a aceptar sus partes buenas y malas, lo que le permite

llegar a tener un sentido de identidad. A través de la internalización y la identificación, se van formando nuevas estructuras psíquicas que implican objetos totales. Tan pronto como el sistema anoréxico es organizado, sale la depresión de la fase premórbida y actúan en contra del objeto volviéndose sujetos.

*Normas generales para el tratamiento de trastornos alimentarios:

Vanderlinden y Vandereycken (1999) proponen siete pautas básicas que consideran esenciales para lograr un cambio terapéutico:

- 1) La terapia debe basarse en una evaluación biopsicológica.
- 2) La terapia debe interrumpir las influencias perpetuantes.
- 3) La terapia debe otorgar máxima responsabilidad al paciente.
- 4) La terapia debe mejorar la autoestima y la experiencia del propio cuerpo.
- 5) La terapia debe incluir el contexto familiar.
- 6) La terapia debe estar bien estructurada pero ser transparente.
- 7) La terapia debe tener tiempos límites y evaluaciones regulares.

3.9.1. Definiendo prioridades.

La prioridad en el tratamiento de los trastornos de alimentación es reestablecer hábitos correctos de alimentación en la persona que los presenta, para lo cual es indispensable un proceso de renutrición. Antes que iniciar cualquier proceso terapéutico, es necesario que la persona sea examinada por un médico, a partir de dicha evaluación, podrán definirse los pasos a seguir en cuanto a medicación y alimentación adecuadas para la paciente.

Resulta de suma importancia, determinar si se cuenta con la motivación suficiente por parte de la persona para lograr su recuperación, ya que se avanza mucho, si la

paciente colabora en el proceso de recuperación. Habitualmente, es difícil que esto ocurra ya que como hemos visto anteriormente, la mala alimentación produce distorsiones en: la percepción, la voluntad, la expectativa de mejorar, y la autoestima.

Queda claro entonces, que una de las primeras cosas que es importante detectar es con que fuerzas a favor contamos y con que resistencias.

Para fortalecer el proceso de recuperación, resulta indispensable la colaboración de los padres, los cuales deben actuar firmemente a la hora de hacer que su hija cumpla con la dieta de alimentación propuesta por el nutricionista. Y este es el punto en donde se pondrá el máximo de energías al comienzo. Cuanto más resistente sea la actitud de la paciente, más constante deberá ser el seguimiento por parte de los padres.

*Estrategias utilizadas al comenzar el proceso de normalización alimentaria:

1.- Pedir ayuda: Es un punto muy difícil para estas jóvenes que por lo general son muy omnipotentes y exigentes consigo mismas, o por el contrario, pueden ser impulsivas e impacientes. Cualquiera de estas estrategias implica partir de la base de "sola no se puede" ya que es necesario contar con la ayuda de otros para salir del territorio trastornado.

2.- Distracción: En ocasiones, la paciente puede tener el impulso de recurrir a un atracón buscando una actividad alternativa lo suficientemente poderosa para distraerse en ese momento.

3.- Postergación: Uno puede decidir que posterga, por ejemplo: por media hora el atracón, de tal manera, que la paciente logre recuperar el control de su propio cuerpo.

3.9.2. Tratamiento ambulatorio:

1era etapa: Consta de sesiones individuales, de preferencia 2 veces por semana, tratando de erigir un patrón alimentario saludable y devolver el control del paciente sobre la conducta atracón-purga. Para lograr estos objetivos, se utilizan estrategias terapéuticas cognitivo-conductuales. El paciente tiene que encontrar la función de su trastorno alimentario, utilizando un diario personal, lo cual ofrece al terapeuta la posibilidad de obtener información sobre la vida cotidiana del paciente. En este tipo de tratamiento es necesaria la participación y el apoyo de los padres o de la pareja. Esta etapa del tratamiento, tiene un límite de tiempo, si la evolución es favorable es necesario ingresar a una terapia grupal y si se requiere alternarla con una terapia familiar o de pareja. Pero, si sucede lo contrario, si la etapa inicial no produjo los resultados esperados, se puede proponer la internación en una unidad especializada en trastornos alimentarios.

2ª etapa: El objetivo fundamental de la terapia grupal, es lograr cambios reales en la vida del paciente, que favorezcan su autonomía y un grado suficiente de autoestima para que la bulimia se torne superflua. A través de los elementos conductuales, cognitivos e interaccionales, la terapia grupal, tiende a alcanzar metas bien definidas dentro de un período determinado; debe estar integrada por un grupo de 6 a 8 pacientes y requiere de la participación de ambas partes. Después de tres meses, cada paciente debe evaluar su progreso y juzgar los costos y beneficios de seguir adelante con la terapia grupal, utilizando un sistema de evaluación del objetivo alcanzado. Al comienzo y después de cada evaluación, el paciente debe especificar objetivos concretos del tratamiento en cada uno de los tres niveles de su problema: conducta alimentaria, autopercepción e interacciones. Además deberá llevar un diario personal, como lo hacía en la etapa anterior para valorar sus avances.

Otro de los objetivos que se persigue en esta etapa del tratamiento es el de promover y alentar su independencia, aunque este tema de la separación-individuación, puede provocar tensión y ambivalencia y se corre el riesgo de que el paciente recaiga temporalmente. Esta etapa del tratamiento tiene una duración de seis meses a un año, en promedio.

3era etapa: Esta es la etapa del seguimiento, y tiene una duración de hasta un año, su objetivo es consolidar los cambios logrados y continuar con ellos. Son sesiones individuales cada vez más espaciados.

3.9.2.1. Grupos psicoterapéuticos para la resolución de problemas:

1) La indicación de psicoterapia en grupo:

Salvo excepciones, que requieren continuar con otros formatos, a estas pacientes, en reunión con sus padres, se les propone incorporarse por un período promedio de unos nueve meses a un grupo psicoterapéutico donde se trabajan los objetivos particulares de cada participante. Además, es indispensable que la paciente continúe con el monitoreo periódico de su programa de alimentación para continuar con el proceso de reeducación alimentaria que es clave para garantizar la finalización de su trastorno del comer. (Crispo et al, 1996).

2) Funcionamiento y objetivos de los grupos:

El grupo es el elemento natural para los jóvenes de esta edad y por lo mismo facilita procesos que de otro modo serían más difíciles de lograr. Reconociendo cada uno

su limitación, y teniendo la capacidad de pedir ayuda, permite lograr la asociación para lograr la recuperación.

*Características:

- Son grupos integrados por adolescentes de edades similares pero con diversos tipos de problemas.
- De preferencia son grupos mixtos
- Se reúnen semanalmente, con coordinación profesional, por una hora y media.

A medida de que avanzan en el logro de sus objetivos, puede variar la frecuencia y el formato.

3) El grupo como "red" alternativa y multiplicadora:

Un objetivo clave para el grupo es que resulte una red alternativa de apoyo al tratamiento, tanto para los pacientes como para sus padres, quienes también trabajan en grupo los temas relacionados con los cambios y problemas típicos de los jóvenes de esta edad. El mayor beneficio, además del cambio individual, es que los lazos creados en la relación terapéutica no necesitan ser sostenidos por los profesionales sino que se ven enriquecidos y multiplicados a partir de esa nueva red que se teje entre los pacientes y desde ellos hacia fuera, hacia sus amigos, o entre los padres de los pacientes que también se apoyan mucho durante el tratamiento. (Crispo et al, 1996).

4) Temas que suelen abordarse durante el proceso terapéutico:

Estos temas están relacionados con los factores desencadenantes de un trastorno del comer y también tienen que ver con las características individuales de las personas más vulnerables a desarrollar un trastorno del comer, tales como: tendencia al autocontrol y el perfeccionismo, déficit de autoestima y dificultades en la autonomía.

3.9.3. Tratamiento en hospital de día y con internación:

Existen dos criterios para el internamiento:

Un alto riesgo de suicidio y un estado físico alarmante.

En la fase aguda, muchas veces es necesario el internamiento. Se alimenta al paciente, vía intravenosa, para no forzar al paciente a comer por la boca o a usar una sonda nasogástrica.

Lo más importante en una emergencia, es sacar al paciente de la posibilidad de muerte por su estado de salud.

Durante la hospitalización, el tipo de psicoterapia puede variar desde terapia conductual, de apoyo, familiar, etc.

Indicaciones para el tratamiento con internación:

- Condición física crítica.
- Riesgo de comportamiento autodestructivo.
- Cuadro clínico complejo: Cronicidad de 5 o más años, comorbilidad (multiimpulsividad).
- Situación familiar intolerable.

- Aislamiento social extremo.
- Error en el tratamiento del paciente externo.

Componentes del tratamiento multidimensional con internación:

-Contrato individual de comportamiento.-En el cual, el paciente, se comprometerá tratando de evitar conductas autodestructivas, de manera que no ponga en riesgo su salud física ni psicológica. Además, no podrá consumir drogas ni alcohol y sólo puede utilizar la medicación psicotrópica con el consentimiento del terapeuta. El paciente no puede consultar a otro terapeuta salvo que así se haya acordado.

- Psicoterapia de grupo intensiva.
- Arte y terapia ocupacional.
- Terapia de experiencia corporal
- Participación de la familia: Grupo de orientación paterno, terapia familiar/marital.

Existen varios métodos terapéuticos que el profesional puede emplear para romper el círculo vicioso de la bulimia: tienen que ver con el estado de ánimo, la conducta alimentaria o ambos. Un subgrupo de pacientes con bulimia nerviosa parece responder positivamente a los antidepresivos, en lo que respecta tanto a la mejoría del estado de ánimo como a la disminución de la frecuencia de los atracones.

El terapeuta solo puede esperar de los tratamientos con antidepresivos resultados a corto plazo. La prescripción de estos medicamentos, debe acompañarse, de medidas psicoterapéuticas y es necesario tomar algunas precauciones.

En los trastornos alimentarios, los psicotr3picos siempre deben combinarse con alguna clase de psicoterapia. Al medicar a este tipo de pacientes, el profesional debe tener en cuenta los siguientes problemas principales:

- 1.-Cumplimiento: El paciente, en su estado de inestabilidad emocional, puede olvidarse de tomar el remedio.
- 2.-Impulsividad: Debido a sus vaivenes an3micos y sus problemas para controlar impulsos, en un momento de decepci3n, los pacientes pueden tirar todas las pastillas, o por el contrario, toman una sobredosis.
- 3.-V3mitos y purgas: El terapeuta debe tener en cuenta que el v3mito puede impedir o entorpecer los efectos de la medicaci3n.
- 4.-Adicci3n y disociaci3n: Generalmente las personas se vuelven dependientes a los tranquilizantes. El abuso de los psicotr3picos ser3 m3s factible si se combina con s3ntomas graves de ansiedad. Los psicotr3picos tambi3n pueden provocar o empeorar experiencias disociativas, especialmente despersonalizaci3n y amnesia.(Vanderlinden y Vandereycken,1999).

La medicaci3n como ayuda para la recuperaci3n:

¿C3mo actúa la medicaci3n psiqui3trica?.

Cuando est3 bien indicada, la medicaci3n psiqui3trica viene a corregir un d3ficit a nivel cerebral que no nos permite funcionar adecuadamente.

En los pacientes con alg3n trastorno alimentario, ese d3ficit suele estar en el nivel de los neurotransmisores, los cuales se encargan de conducir los impulsos nerviosos a trav3s de cadenas neuronales que se relacionan íntimamente unas con otras. La medicaci3n que suele emplearse con mayor frecuencia en estos casos, esta basada en el

uso de antidepresivos y ansiolíticos, dependiendo del cuadro del que se trate. Generalmente, estas medicaciones, sobre todo los antidepresivos, demoran un tiempo variable en demostrar plenamente sus efectos y por lo tanto, requieren de paciencia y constancia hasta ver resultados.

Se ha comprobado que la medicación tiene más beneficios en los casos de bulimia nerviosa u otros trastornos del comer, que en los casos de anorexia nerviosa en los que no se recomienda su utilización salvo cuando el componente depresivo es muy persistente.

3.9.4. Hipnoterapia.-

La hipnosis puede ser muy beneficiosa en el tratamiento de los trastornos alimentarios. Uno de los objetivos fundamentales de la hipnosis es brindar al paciente una conducta alternativa de superación para los síntomas alimentarios, especialmente, en aquellas situaciones que podrían desencadenar una conducta bulímica.

Otro uso que se le puede dar a la hipnosis, se refiere al hecho de que por medio de esta, se pueden modificar las imágenes, los mensajes y sugerencias negativas que comúnmente están presentes en pacientes con antecedentes traumáticos provenientes de la infancia.

Es frecuente, que este tipo de pacientes, parecen atascados en un estado de autohipnosis, concentrados en pensamientos y sentimientos negativos. Tan pronto como el paciente haya recuperado algo de autocontrol sobre su conducta alimentaria y otras reacciones de tipo impulsivo, se puede emplear hipnosis para explorar la dinámica subyacente de los síntomas bulímicos. Debe hacerse énfasis en que las técnicas hipnoexplorativas deben usarse solo después de una evaluación cuidadosa de los peligros latentes de la exploración del trauma.

En el tratamiento es absolutamente prioritario recuperar el autocontrol del paciente sobre su conducta alimentaria como también sobre otras conductas de tipo impulsivo. La autohipnosis se le enseña para que aprenda a relajarse y experimentar algo de seguridad y autocontrol en su vida. (Vanderlinden y Vandereycken, 1999).

Existe otra técnica de hipnosis utilizada en este tipo de trastornos que consiste en que el paciente escriba de que manera puede sentirse más relajado. Se le puede inducir en el trance hipnótico en el momento en que esta realizando una actividad de su agrado. El ejercicio básico en el que el terapeuta va dirigiendo la fantasía y dando las instrucciones, puede grabarse en un cassette y se les solicita a los pacientes que practiquen con el en su casa, todos los días, como manera de entrenarse en autohipnosis.

Como regla general, en nuestro plan de tratamiento, le adjudicamos al paciente, total responsabilidad por todo lo referente a la comida, la conducta alimentaria y el peso, con la finalidad de recuperar poco a poco el autocontrol. Se pueden combinar, sin ningún problema, las técnicas de la terapia cognitiva y conductual con una propuesta hipnoterapéutica.

Investigaciones recientes, dan cuenta, de la eficacia de adoptar el enfoque hipnoconductual para el tratamiento de los trastornos alimentarios, ya que puede proporcionar ventajas importantes en lo relativo a las experiencias disociativas y los historiales de traumas.

Algunas de las principales ventajas son:

-La hipnosis puede ayudar al paciente a encontrar la fuerza mental y seguridad emocional necesarias para abordar su pasado traumático.

-Las técnicas de hipnosis facilitan, la exploración, asimilación e integración de las experiencias disociativas y traumáticas.

-La hipnosis puede inducir o mejorar un proceso que lleve a desarrollar una autoimagen más positiva y una apreciación equilibrada de las situaciones de la vida cotidiana.

-Además, con el uso de las técnicas de hipnosis, los pacientes pueden comunicarse con partes de su vida psicológica que han sido disociadas de una manera tal que no contribuyan a su adaptación social.

CAPITULO IV. CONCLUSIONES

Después de realizar una extensa revisión bibliográfica con el objetivo principal de analizar cual es el papel que juega la distorsión de la imagen corporal en la aparición de los trastornos de alimentación (Anorexia, bulimia y trastorno de alimentación inespecífico), hemos descubierto, que el poseer una imagen corporal distorsionada es una de las características distintivas de las personas que presentan este tipo de trastornos.

El tema a tratar en este estudio, es de gran actualidad, por lo tanto, consideramos que se le debe otorgar una mayor importancia y difusión. Además de merecer una mayor atención, tanto por parte de los profesionales, como por parte de la sociedad en general.

Otro factor importante, en la aparición de los trastornos de alimentación es, la gran aceptación que tienen en la sociedad, las personas delgadas y con buena apariencia física, lo que ocasiona que para cualquier persona vulnerable y con baja autoestima, su aspecto físico se convierta en su prioridad, dejando de lado la salud y restando importancia a otros valores fundamentales.

La principal finalidad que se persiguió en la realización de este trabajo, se centró, en informar y explicar de una manera sencilla cuales son las principales características de una persona que presenta un trastorno de alimentación, y los antecedentes de su vida que pudieron ocasionar la aparición del mismo, así como los signos y síntomas que deben tenerse en cuenta para detectar dichos trastornos, ya sea por parte de un familiar, un amigo e inclusive un profesional.

Por desgracia, existe una gran desinformación con respecto a este tema, acompañada, de la falsa creencia, de que este tipo de trastornos solo se presentan en ciertos medios, como por ejemplo: el medio artístico (modelaje), el medio deportivo, etc.

Lo que provoca que gran parte de la sociedad y específicamente las familias que puedan llegar a tener un miembro con un trastorno de alimentación, ni siquiera lo noten, o no tengan la capacidad para llegar a comprender la magnitud del problema en el que se encuentra dicha persona, el cual puede llegar a ser tan grave hasta el grado de provocarle la muerte.

Varios autores conciden en que un elemento fundamental en la adquisición de una imagen corporal distorsionada es la manera en que la madre del individuo que lo presenta, se relaciona con él desde su nacimiento y los mensajes que ésta misma le transmitió a partir del concepto que ella tiene de sí misma. Por lo general las madres de este tipo de pacientes son personas que se sienten insatisfechas consigo mismas y con su entorno además de ser incapaces de disfrutar de su relación de pareja, por lo tanto, no cuentan con la capacidad de proporcionarle a su hijo el soporte necesario para que éste logre estructurar un adecuado sentido de identidad.

Anteriormente no era frecuente encontrar pacientes con este tipo de trastornos, especialmente en ciudades pequeñas como la nuestra ya que no se contaba con mucha información al respecto y no se tenía conocimiento de su gravedad, pero en la actualidad, cada vez es más común que se presenten este tipo de trastornos por diversas causas, por lo que es necesario que sean detectados a tiempo y tratados de inmediato, para lo cual se sugiere un tratamiento individual, grupal y familiar, todo esto acompañado de supervisión médica.

BIBLIOGRAFIA

1.-ABELL,S. y RICHARDS,M.

The relationship between body shape satisfaction and self esteem: an investigations of gender and class differences.

Journal of youth adolescence, 1996.

2.-BLEICHMAR M. Norberto y LEIBERMAN DE BLEICHMAR Celia

El psicoanálisis después de Freud

Edit. Paidós, Psicología profunda.

México, 1999.

3.-BLINDER,B. y CADENHEAD,K

Bulimia: Una reseña histórica. En Feinstein S. y Sorosky A. (compiladores),

Edit. Nueva visión, Buenos Aires, 1988.

4.-BROUNCHON-SCHWEITZER,M.

Psicología del cuerpo.

Edit. Herder; España, 1992.

5.-BRUCH, H.

Eating disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the person whithin

New York,1973. Raven Press.

6.-BUCKROYD, Julia

Anorexia y bulimia

Edit. Martínez Roca

México, 1998

7.-BUSTAMANTE, Brenda

Tesina: Transmisión transgeneracional de la imagen corporal distorsionada: en pacientes con un trastorno de alimentación.

México, D.F.; 2001.

8.-BUSTAMANTE RUISANCHEZ, et al.

Tesis: La imagen de la mujer en los medios de comunicación reforzadora de la bulimia y la anorexia nerviosa.

México, D.F., 1996.

9.-CARNES, Patrick

Anorexia sexual

Edit. Vergara, 1997.

10.-CHARLES,M. (1990)

Modelos y supermodelos

FEM, 28-30

11-CRISPO et al

Anorexia y bulimia: lo que hay que saber

Edit. Gedisa, México, 1996.

12.-COFRADES, Aluy.

Imagen corporal en practicantes de fisicoculturismo.

UIA; México,1996.

13.- DSM-III-R (MASSON).

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
Barcelona, 1988.

14.-DSM-IV (MASSON)

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
Washington, 1994.

15.-DONOSO, M.

Tesina Algunas características de personalidad en pacientes del sexo femenino con Anorexia nerviosa.

Universidad Iberoamericana, México, D.F. 1990.

16-DOLTO, Françoise.

La imagen inconsciente del cuerpo

Edit. Paidós, 1994.

17.-ESCHENBURG,S.

Imagen corporal: validez y confiabilidad de una escala de satisfacción corporal en jóvenes universitarios.

UIA, México, 1994.

18.-FERGUSON,Christy.

Images of the body:Victorian England

Le Moyne College, 1983.

19.-FISHER,M.

The art of eating

Edit. Vintage ,New York, 1976.

20.-GOMEZ A.

Influencia de los estereotipos de belleza occidentales en la imagen corporal de niños en una primera en México. UIA; México, 1997.

21.-GOMEZ,G.

Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, Bulimia y Anorexia Nerviosa.

Revista mexicana de Psicología, México, D.F.,1993.

22.-GLUCKSMAN, M. (1989)

Obesity: A Psychoanalytic Challenge in Psychoanalysis and eating disorders.

Págs: 151-171

23.-HOLTZ,Victoria.

Tesis: Factores psicobiosociales de los desórdenes de alimentación: Estudios piloto en una preparatoria.

Univ. Iberoamericana, México, D.F.,1992

24.-KOHUT,H.

How does the analysis cure?

Universidad de Chicago Press.

Edit. Paidós, Buenos Aires, 1984

25.-LARA S.

El papel de la imagen corporal en el desarrollo de la bulimia nerviosa.

UIA, México,1996.

26.-LOPEZ, B. (1990)

Bulimia: un modelo adictivo

En: Vertex, revista argentina de Psiquiatría.

No.2, págs:42 a 49.

27.-LOFRANO,V.

Personalidad y trastornos alimentarios

Punto límite, Argentina,1996.

28.-MC FARLAND, B. Y BAKER-BAUMANN, M.

Shame and body image

Health Communication, Corp.

U.S.A., 1991.

29.-PADILLA, Ma. de Lourdes

Tesis: "Los trastornos de alimentación y su vínculo con la dinámica familiar"

Morelia, Mich; 2001.

30.-RIZZUTO, A.M. (1988)

Transference, language and affect in the treatment of bulimarexia.

En: International journal of Psychoanalysis

Págs. 369-387.

31.-SAENZ, Alessandra.

Tesina: Anorexia y bulimia: un programa de prevención dirigido a mujeres adolescentes.
México, D.F., 2000.

32.-SELVINI PALAZZOLI, M (1981)

Self starvation: Introducción de la anorexia nerviosa por la teoría de los objetos.
New Jersey: Jason Aronson Cap.12 págs: 84-95

33.-SECORD, P. Y JOURARD,S.

The appraisal of body cathexis: body catexis and the self.
Journal of consulting Psychology, 1953.

34.-SCHILDER,P.

Imagen y apariencia del cuerpo humano.
Buenos Aires, Argentina, 1985.

35.-SCHWARTZ, H.(1988)

Bulimia: tratamiento psicoanalítico y teoría
Madison,Conn: International University Press
"Introducción" págs: 1-29

36.-SLADE,P. (1994)

What is body image?
Behavior research and therapy. Págs. 497-502

37.-SOURS, J.A. (1980)

Starving to death in a sea of objects
Págs.357-378

38.-VANDERLINDEN, Johan y VANDEREYCKEN, Walter

Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios

Edit. Granica, 1985.

39.-VIVES, J.(1997)

El proceso psicoanalítico

Edit. Plaza y Valdés, México.

40.-WILSON, P.; HOGAN, C.C. (1987)

Fear of being fat: The treatment of anorexia nervosa and bulimia.

New Jersey: Jason Aronson.

