



“Lo que la mente cree, la mente lo crea”:

De Anorexia Nerviosa y Terapia Cognitivo-Conductual

Trabajo Final de Grado
Monografía

María del Carmen Hernández Salgado

4.702.364-3

Tutor: Prof. Adj. Dr. Hugo Selma

Montevideo, Uruguay
Julio, 2016

Todo sucedió paulatinamente. Hasta llegar a eso. Sin que acabara de darse cuenta. Sin que pudiera enfrentarse a ello. Recuerda la mirada de la gente, el miedo que se reflejaba en sus ojos. Recuerda esa sensación de poder, que alejaba cada vez más los límites del ayuno (...) el insomnio que acompaña al hambre, ya imposible de reconocer. Hasta que el frío invadió su cuerpo, inimaginable. Un frío que le anunciaba que había llegado al final y que tenía que elegir entre vivir o morir.

(De Vigan, 2013, p.1-2)

ÍNDICE

• Resumen/Abstract.....	Pág. 5
• Abreviaciones.....	Pág. 6
• Introducción.....	Pág. 7
• Capítulo I – Anorexia Nerviosa: aspectos generales.....	Pág. 10
○ 1.1 Historia.....	Pág. 10
○ 1.2 ¿Qué es Anorexia Nerviosa?.....	Pág. 11
○ 1.3 Criterios diagnósticos.....	Pág. 13
○ 1.4 Epidemiología.....	Pág. 15
○ 1.5 Diagnóstico diferencial.....	Pág. 16
○ 1.6 Comorbilidad.....	Pág. 17
○ 1.7 Anorexia Nerviosa y género.....	Pág. 18
• Capítulo II – Etiología.....	Pág. 20
○ 2.1 Factores predisponentes.....	Pág. 21
▪ 2.1.1 Factores sociales.....	Pág. 21
▪ 2.1.1 Factores individuales.....	Pág. 23
▪ 2.1.3 Factores familiares.....	Pág. 24
▪ 2.1.4 Factores biológicos.....	Pág. 25
○ 2.2 Factores precipitantes.....	Pág. 25
○ 2.3 Factores perpetuantes.....	Pág. 27
• Capítulo III – Terapia Cognitivo-Conductual.....	Pág. 28
○ 3.1 Condicionamiento clásico.....	Pág. 29
○ 3.2 Conexionismo.....	Pág. 30
○ 3.3 Conductismo.....	Pág. 30
○ 3.4 Condicionamiento operante.....	Pág. 31
○ 3.5 Generaciones en el desarrollo de la TCC.....	Pág. 31
▪ 3.5.1 Primera generación.....	Pág. 31
▪ 3.5.2 Segunda generación.....	Pág. 32
• 3.5.2.1 Aprendizaje social (Bandura).....	Pág. 32
• 3.5.2.2 Terapias cognitivas.....	Pág. 33
▪ 3.5.3 Tercera generación.....	Pág. 34
○ 3.6 TCC y sus características.....	Pág. 35
• Capítulo IV – Modelos explicativos.....	Pág. 37

○ 4.1 Modelo de Garner & Bemis.....	Pág. 37
○ 4.2 Modelo de Slade.....	Pág. 38
○ 4.3 Modelo de Vitousek & Hollon.....	Pág. 39
○ 4.4 Modelo de Fairburn, Shafran & Cooper.....	Pág. 40
○ 4.5 Modelo de Waller, Kenerley & Ohanian	Pág. 41
○ 4.6 Anorexia Nerviosa e imagen corporal.....	Pág. 41
• Reflexiones finales.....	Pág. 44
• Referencias bibliográficas.....	Pág. 47

Resumen

La Anorexia Nerviosa es un trastorno que aqueja a un número cada vez mayor de individuos, siendo en la actualidad un trastorno frecuente. El aumento de casos se correlaciona con una cultura hipermoderna que endiosa la delgadez extrema, y que exige a las mujeres un ideal de belleza inalcanzable dentro de una vida sana.

El presente trabajo tiene por objetivo ahondar en las causas de dicho trastorno y en los factores que intervienen tanto en su génesis, como en su mantenimiento. Para ello, este trastorno será analizado desde las teorías presentes en la Terapia Cognitivo-Conductual, la cual tiene en cuenta no sólo las conductas observables, sino los pensamientos, emociones y creencias, así como también la forma en la que el individuo procesa la realidad que lo circunda. Se busca esclarecer la multicausalidad del trastorno, teniendo en cuenta factores familiares, individuales, sociales y biológicos, así como también la dinámica que se establece luego de que el trastorno ya está instalado y la recurrente distorsión de la imagen corporal en individuos con Anorexia Nerviosa.

Palabras clave: trastornos alimenticios, anorexia nerviosa, imagen corporal, terapia cognitivo-conductual, creencias irracionales.

Abstract

Anorexia Nervosa is a disorder which affects an increasing number of individuals, nowadays it is a common disorder. The increase number of cases is correlated with the hypermodern culture that idealizes the extreme thinness, and requires women unachievable ideal of beauty within a healthy lifestyle.

The aim of the current work is to dig into the causes of this disorder, and in the factors involved in its genesis as in its maintenance. To accomplish this, this condition will be analyzed from the theories existent in Cognitive-Behavioral Therapy, which takes into account not only observable behaviors, but the thoughts, emotions and beliefs, as well as the way in which the individual processes the reality which surround them. It is intended to clarify the multiple causes of the disorder, taking into account family, individual, social and biological factors, as well as the dynamics established after the disorder is already installed and recurrent distortion of body image in individuals with Anorexia Nervosa.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, body image, cognitive behavioral therapy, irrational beliefs.

Abreviaciones

AN = Anorexia Nerviosa

IMC = Índice de masa corporal

TC = Terapia de la Conducta

TCA = Trastorno de la conducta alimentaria

TCC = Terapia Cognitivo-Conductual

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se encuentra enmarcado dentro de la propuesta de Trabajo Final de Grado, propuesto por la Facultad de Psicología de la Udelar, bajo la tutoría del Profesor Adjunto Doctor Hugo Selma, y buscará profundizar en los temas Anorexia Nerviosa y Terapia Cognitivo-Conductual.

La Anorexia Nerviosa es un trastorno que aqueja a un número cada vez mayor de personas, dejando de ser, al día de hoy, exclusivo del género femenino (si bien afecta en mayor medida a mujeres que a hombres) y de una clase social media-alta (García-Gamba, 2001). Es un trastorno típico de la sociedad hipermoderna en la que vivimos, la cual exige sujetos esbeltos, con una delgadez tan extrema que, para conseguirla, se pone en riesgo la vida de quien quiera alcanzar ésta meta utópica, pues va en contra de las necesidades básicas de cualquier ser humano. Se caracteriza por la consecución de un peso corporal considerablemente menor al esperado en relación a la altura, el género y la edad, pero además, quienes padecen dicho trastorno presentan un gran rechazo a alcanzar un peso saludable (del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009). Tengamos en cuenta, que la anorexia es una de las enfermedades psiquiátricas más incapacitantes y letales (García-Gamba, 2001) y que hay un cierto consenso en que es una enfermedad con causas multidimensionales (Aguiranga, Fernández & Varo, 2000). Considero que cada sociedad enferma de acuerdo a sus características, o dicho de otra manera, que los trastornos que prevalecen en cada época histórica, son un reflejo de los valores, ideales y creencias que éstas persiguen; es por ello que en la actualidad la anorexia nerviosa es un fiel reflejo de los valores que se promulgan a nivel global. Rodríguez (citado por Salazar) menciona que a lo largo de la historia, el cuerpo fue sometido a diversos castigos, sin embargo, en la actualidad los sujetos se autocastigan e incluso se rechazan a sí mismos en el caso de no cumplir con los estándares de belleza que imparte la cultura (Salazar, 2008)

El objetivo principal que persigue el siguiente trabajo es el de recopilar material bibliográfico, junto con determinadas investigaciones sobre Anorexia Nerviosa, así como también sobre el Modelo Cognitivo-Conductual, el cual plantea líneas de pensamiento sobre este trastorno, desde su génesis y mantenimiento, hasta su tratamiento, siendo muy recomendado actualmente por su eficacia tal como lo plantea Saldaña (citado por Moreira, 2013). A su vez, fruto de esta recopilación, intentaré esbozar líneas de pensamiento y problematización sobre diferentes aspectos de este trastorno, articulando sus características y factores (tanto predisponentes, como precipitantes y perpetuantes), con las características del momento histórico en el que vivimos y con el marco teórico cognitivo-conductual. Dicho marco es una fusión del aporte de varias teorías, entre ellas las establecidas por conductistas y cognitivistas. Los primeros establecían su foco precisamente en las conductas observables y cómo desaprender aquellas que son desadaptativas para aprender un repertorio conductual que sea favorable al sujeto. Los cognitivistas, enriquecen ésta teoría con su enfoque cognitivo, el cual da

mayor importancia a procesos internos como ser pensamientos y emociones aprendidos a lo largo de la vida, los cuales, cuando son irracionales, mantienen algunas patologías. Fusionadas estas corrientes, se puede abordar cualquier trastorno, teniendo en cuenta el aprendizaje de determinadas conductas observables que generan o mantengan dicho trastorno, así como también los pensamientos y las emociones que lo sostienen y que muchas veces empeoran el diagnóstico. “La terapia cognitivo-conductual trata de producir cambios de las conductas, creencias, actitudes y emociones distorsionadas de los pacientes” (Calvo, 2001, p.191).

En relación a ambos ejes del presente trabajo me parece importante mencionar que el modelo cognitivo-conductual:

Trata de explicar la importancia de los pensamientos y conductas relacionados con la comida y la imagen, así como la carencia de algunas habilidades que pueden hacer que la persona con un TCA, poco a poco quede atrapada en un patrón psicológico que la hace resistirse al cambio en su conducta, éste como producto de sus procesos erróneos de pensamiento (Martínez, 2008, p.30).

La metodología utilizada fue principalmente la búsqueda bibliográfica mediante google-académico, tanto para artículos científicos, como para investigaciones y demás material electrónico, utilizando palabras clave como: “trastornos alimenticios”, “anorexia nerviosa”, “imagen corporal”, “obsesión corporal”, “distorsión de imagen corporal”, “creencias irracionales”, “terapia cognitivo-conductual”. Sumado a esto, la búsqueda bibliográfica se vio ampliada por material disponible en la biblioteca de Facultad de Psicología de la Universidad de la República, así como por Tesis realizadas por alumnas de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay, conseguidas mediante repositorio electrónico. A su vez, ésta producción se vio complementada por aportes realizados en entrevistas con psicólogos clínicos especializados en la temática, que por razones de tiempo y extensión del trabajo no serán sistematizadas, pero contribuyeron en cuanto al aporte de información, así como también en la posterior reflexión. Es importante destacar que, a modo de punto de partida, en cuanto a la definición y características de la Anorexia Nerviosa, se expondrá lo planteado tanto por DSM-V como por el DSM-IV, pues si bien el primero es más actual, el material recabado se basa en los criterios expuestos por el segundo (DSM-IV).

El trabajo se verá organizado por capítulos, con el fin de delimitar los temas y sub-temas sin perder una cierta linealidad y coherencia, dando como resultado una modalidad monográfica. Dicha modalidad fue seleccionada con el fin de sistematizar la información, la cual luego puede abrir líneas de pensamiento que fomenten la creación de proyectos de investigación.

Lo que me motivó a realizar un trabajo de estas características es la actualidad del trastorno y sus repercusiones, así como también el enfoque diferente que brinda el marco teórico desde el cual elegí abordarlo, el cual se nutre de diversos aportes, siendo los últimos aún incipientes en la clínica de

nuestro país. Con la siguiente producción busco sistematizar y enriquecer la información sobre la génesis y el mantenimiento la anorexia nerviosa, comprendidos desde un marco cognitivo-conductual.

Considero que la principal arma para la prevención es la información, pilar fundamental del tratamiento cognitivo-conductual, el cual le da mucha importancia a la psicoeducación, sobre todo en este trastorno puesto que generalmente se inicia sin conciencia de enfermedad por parte del paciente. Es esto precisamente lo que mueve mi deseo de realizar un trabajo con estas características, que sea completo, conciso y accesible. Que, a su vez, deje al lector la mayor claridad posible sobre este trastorno, ateniendo a los factores de riesgo, o a los cuales lo mantienen y empeoran.

CAPÍTULO I

Anorexia Nerviosa: aspectos generales

1.1 Historia

En la actualidad, la Anorexia Nerviosa (AN) es un trastorno frecuente, dando lugar a pensar en su posible carácter novedoso, sin embargo, la historia revela que el hambre autoinducida ha existido desde tiempos remotos, quizá no denominándose bajo el título AN, debido al contexto histórico-socio-cultural, que matizaba el trastorno con otras finalidades y valoraciones.

Muchos son los autores que han ido nutriendo con sus investigaciones hasta llegar a los manuales que hoy en día se utilizan para el diagnóstico, tal es el caso de Bell, quien se ha dedicado a realizar grandes revisiones documentales sobre la historia del fenómeno anoréxico. En 1985 realiza un estudio en el cual menciona la existencia, en el Medioevo, de personas a las que denomina “santas anoréxicas”, las cuales presentaban síntomas similares a los de la AN, como ser: amenorrea, estreñimiento, problemas de sueño, hiperactividad y perfeccionismo (da Silva, 2005). Éstas realizaban largos ayunos, llegando inclusive a altos grados de desnutrición, con la finalidad de trascender espiritualmente y auto-flagelarse. Un caso famoso, que data del siglo XIV, es el de Santa Catalina, quien además de ayunar se autoprovocaba el vómito, y luego de su muerte y santificación, ofició de ejemplo para muchos que intentaron replicar su conducta (del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009).

El doctor Richard Morton es quien aparece como el pionero en hacer una descripción detallada y médica de esta enfermedad, a la que llamó “*Nervous Consumptions*” (da Silva, 2005). Sus investigaciones transcurren en el siglo XVII, y fue allí donde observó estados de inanición a los cuales denominó “consunción nerviosa”, pues no se explicaban como consecuencia de alguna otra enfermedad. En el año 1873, Lasègue describe una entidad clínica (*Anorexia Hysterica*) en cuyas características se menciona un estado de inanición grave, presente en mujeres jóvenes, el cual a su vez divide en tres estadios, siendo el último el que presenta amenorrea; sin ningún padecimiento médico que lo ocasione. Al siguiente año, Gull publica un escrito sobre Anorexia Nerviosa, lo cual es interesante, pues es en la primer producción donde no sólo se sustenta la naturaleza “nerviosa” sino que además menciona que este trastorno también está presente en hombres (del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009).

Es recién en el siglo XX donde, con los aportes de Bruch sobre el concepto de imagen corporal (y su consecuente trastorno), éste trastorno se ve enriquecido. Dicho concepto, en la actualidad, es un elemento clave para un buen diagnóstico. Bruch describió la incapacidad de dichas personas para reconocer estados internos como ser emociones, e inclusive la propia sensación de hambre (del

Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009). Para ella los pacientes anoréxicos presentan una patología emocional común compuesta de tres factores: perturbación entre imagen corporal y su concepto de cuerpo, dificultad para reconocer señales para nutrirse, y sentimiento de ineficacia en todas las actividades de la vida (Aguinaga, Fernández, & Varo, 2000).

Posteriormente, y gracias a Minuchin, las teorías familiares se enriquecen, pues él describe cuatro características de las familias que poseen algún integrante anoréxico (como ser: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación de conflictos) lo cual añade aún más elementos para el diagnóstico y tratamiento de este trastorno (del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009). Es, finalmente en el año 1980, con la publicación del DSM-III por parte de la *American Psychiatric Association*, donde aparece por primera vez la Anorexia Nerviosa como entidad diagnóstica. A partir de este hito, es que se utilizan este y sus posteriores ediciones como principal guía para el diagnóstico de los trastornos alimenticios (da Silva, 2005).

1.2 ¿Qué es Anorexia Nerviosa?

La AN se ubica dentro de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Éstos últimos, hacen referencia a aquellas circunstancias que supongan una disfunción en el comportamiento alimentario; pero, un TCA va más allá de la presencia de un hábito inadecuado en cuanto a la alimentación, o un deseo excesivo por adelgazar, sino que además se refiere a una compleja patología que incluye aspectos como ser: desequilibrios emocionales, distorsiones perceptivas, trastornos de la personalidad, conductas autolíticas, pensamientos obsesivos, autovaloraciones negativas, entre otros (Moreno & Villar, 2001). Es por eso que son difíciles de tratar y perjudiciales para la salud, pues predisponen a los individuos a la desnutrición así como también a la obesidad, y conllevan una baja calidad de vida, comorbilidad psicosocial y mortalidad prematura (Portela, da Costa, Mora, & Raich, 2012).

La AN es una enfermedad grave, tanto desde el punto de vista físico como psíquico. Es considerada como un trastorno complejo, con frecuencia confuso (Garner, 1996) y según afirmaciones de Sullivan (citado por Cabral) posee el mayor nivel de mortalidad en comparación con cualquier otro trastorno psiquiátrico (Cabral, 2006). Posiblemente es de los trastornos más complejos, pues en él intervienen tanto factores psicológicos, como familiares, culturales, e inclusive biológicos, haciendo que éste trastorno sea heterogéneo y multideterminado. Puede estar provocado por una insatisfacción prolongada en el peso corporal y la silueta, así como también por constantes críticas provenientes del entorno, y posteriormente, se puede mantener por los efectos de la inanición, así como también por refuerzo psicosocial (Garner, 1996).

Etimológicamente hablando, significa “ausencia de apetito” (an=no; orexia=apetito). Esta denominación no sería del todo adecuada, puesto que la pérdida del apetito no se consigue hasta no alcanzar un grado de desnutrición severo y un ayuno prolongado. La disminución del apetito se

consigue gracias a las adaptaciones biológicas y psicobiológicas del organismo en ausencia de alimento, sumado al gran autocontrol que ejercen los pacientes debido al intenso temor a engordar (Cabral, 2006). Es de destacar que, en algunas ocasiones, pacientes con anorexia desconocen si tienen apetito o no, esto puede deberse a alteraciones neuroquímicas causadas por la malnutrición.

Según Palmer (citado por Cabral, 2006), el término “nerviosa” hace referencia a la compleja relación, existente en estos pacientes, entre la conducta de comer y la pérdida de peso; es decir, que la relación va más allá del simple hecho de privarse de alimentos, sino que se encuentra matizada por importantes asuntos personales, como ser determinados aspectos en las relaciones sociales, problemas familiares, formas de internalizar los valores culturales, entre otros. A su vez, es una forma de señalar que dicha pérdida de peso es ajena a una enfermedad orgánica, dicho de otro modo: la gran pérdida de peso no es consecuencia de otra enfermedad médica.

Se observa predominantemente en mujeres adolescentes (siendo extraño el comienzo de esta luego de los 40 años), y se caracteriza por el rechazo persistente de los alimentos, lo cual genera una intensa pérdida de peso. Es muy común la presencia de amenorrea (ausencia de menstruación) junto con la existencia de alteraciones psicopatológicas, dentro de las cuales se destacan la distorsión de la imagen corporal y el intenso miedo a engordar. Con esto aparecen alteraciones somáticas producto del estado de inanición y de la disfunción endócrina (Morales, 1997). El comienzo de este trastorno, generalmente, es insidioso (Cabral, 2006) y aún no se sabe con exactitud su etiología, aunque existe un consenso en considerar a la AN como un trastorno multifactorial.

Los afectados hacen enormes esfuerzos por perder peso, y muchos niegan sus hábitos de alimentación poco sanos y problemáticos. A su vez, esta enfermedad se caracteriza por su cronicidad (Staudt, Rojo, & Ojeda, 2006) y por los efectos secundarios a nivel orgánico que pueden causar la muerte (Martínez, 2008).

Los pacientes anoréxicos sienten una gran ansiedad a causa de su silueta, o de alguna parte de la misma, por no adecuarse al ideal que tienen internalizado. Esta ansiedad lleva a no aceptar el cuerpo de acuerdo a la edad, talla y sexo, y conduce a dicha persona a restringir excesivamente la ingesta de comida junto con un aumento del gasto energético mediante excesiva actividad física (Cabral, 2006). El paciente se auto impone una dieta rigurosamente restrictiva y modifica el ritmo de sus comidas, llevando a cabo un repertorio de conductas orientadas a adelgazar, entre las que se puede encontrar tanto el vómito, como el abuso de laxantes y/o diuréticos (García-Gamba, 2001).

El miedo al aumento de peso es tan intenso que es considerado, por muchos autores, como una fobia, la cual se describe como una angustia desproporcionada, irracional e incontrolable. Es precisamente este miedo el que determina la mayor parte de los pensamientos, emociones y comportamientos en la persona anoréxica; y es muy frecuente que dicho miedo aumente a medida que la persona baja de peso (Cabral, 2006).

La distorsión de la imagen corporal no es una alteración visual propiamente dicha pues el paciente percibe la realidad que lo rodea de igual forma que el resto, sin embargo, lo que percibe de su propio cuerpo dista mucho a lo que el entorno ve. El paciente promedio tiende a percibir las distorsiones de su cuerpo aproximadamente 30% mayor a su volumen real. La distorsión radica en la representación mental del cuerpo y es esto lo que provoca la disconformidad con su cuerpo. Según Raich (citada por Cabral, 2006) la insatisfacción corporal no es consecuencia de la percepción alterada, al contrario, la insatisfacción corporal causa la distorsión de la imagen corporal (Cabral, 2006). El concepto de imagen corporal, así como su distorsión serán ampliados más adelante.

1.3 Criterios diagnósticos

Para el DSM-IV la anorexia se caracteriza básicamente por el rechazo a mantener un peso corporal mínimo, y junto a esto, quienes la padecen presentan un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa en la percepción de su propio cuerpo. En dicho manual se exponen cuatro criterios básicos para el diagnóstico de la AN:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerado para la edad y la talla.

Si la AN nerviosa se inicia en la niñez o en primeras etapas de la adolescencia lo que se evalúa no es precisamente la pérdida de peso, si no la ubicación de la relación peso-talla en el percentil, es decir, puede no haber pérdida de peso, pero tampoco el aumento esperado para dicha etapa de crecimiento. En cuanto a los adultos, el DSM-IV plantea que el valor umbral sobre el cual considerar si estamos frente a un caso de peso mínimo o no, se halla calculando el 85% del peso considerado normal para la edad y talla. Adicionalmente, el CIE-10 plantea que un individuo, para considerarlo con bajo peso, debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a $17,5 \text{ kg/m}^2$. El IMC se calcula dividiendo el peso (en kilogramos), sobre, la altura (en metros) al cuadrado. A su vez, para determinar el peso mínimo normal en un individuo se debe tener en cuenta la constitución física y su historia de peso previa (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). Éste notable bajo peso no es debido a causas orgánicas, y es importante saber en qué medida las conductas del paciente han influido en tal descenso de peso (Fernández & Turón, 1998).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal. Este miedo, lejos de reducirse con la pérdida de peso, aumenta.

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

Dentro de este punto es amplio el espectro de casos que se pueden encontrar, desde individuos que se perciben obesos (aún teniendo un peso por debajo del mínimo normal), hasta individuos disconformes con las dimensiones de un área particular del cuerpo (como por ejemplo ver sus muslos demasiado grandes), e inclusive casos en donde si bien la persona no se percibe más grande, no es

consciente de la gravedad que conlleva el hecho de tener tan bajo peso. Por otra parte, el nivel de autoestima de estas personas depende en gran medida de su peso, es así que perciben como un gran logro personal y muestra de autocontrol, el hecho de perder peso (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos).

La amenorrea es considerada cuando la menstruación se produce únicamente con ayuda hormonal; ésta es indicadora de disfunción fisiológica, y generalmente, es consecuencia de la gran pérdida de peso, aunque en algunos casos la precede.

Además de estos criterios, el DSM-IV establece dos subtipos de AN:

- Tipo restrictivo: incluye cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso, sin recurrir a atracones ni purgas.
- Tipo compulsivo/purgativo: hace alusión a casos donde el individuo recurre regularmente a atracones y/o purgas, como ser, provocarse el vómito, o utilizar de forma abusiva diuréticos, laxantes o enemas. Existen dentro de este subtipo, individuos que no presentan atracones pero aún así recurren a purgas, incluso luego de una ingesta alimenticia mínima. Se plantea que este tipo de conductas debería ocurrir semanalmente, aunque no hay información más detallada por parte del DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

El DSM-V posee muchas similitudes con el su antecesor, que por un tema de extensión no serán ahondadas. Ambos manuales coinciden conceptualmente en el criterio A, aunque la última edición plantea como primer criterio la “restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo” (American Psychiatric Association, 2014, p.338) y profundiza en este último concepto, considerándolo como “el peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado” (American Psychiatric Association, 2014, p.338). Tanto el criterio B, como el C permanecen sin modificaciones. La gran diferencia en cuanto a los criterios diagnósticos se encuentra en la supresión del criterio D, presente en el DSM-IV. Para la última versión, ya no es criterio básico la presencia de amenorrea.

En cuanto a los subtipos de AN, el DSM-V no realiza significativas modificaciones a lo ya establecido, sin embargo, plantea que esta especificación se hace en base a las conductas del individuo en los últimos tres meses. También agrega que es importante especificar si la remisión es parcial (cuando luego de haber cumplido con los tres criterios, transcurrido un periodo de tiempo, se cumple con solo dos) o si la remisión es total (la cual se produce cuando ya no se cumple con ninguno de los tres criterios). El DSM-V añade la especificación de la gravedad del caso, en base al IMC, donde los límites se derivan de las categorías de la OMS, dando como resultado que: un IMC mayor a 17 kg/m² denota una gravedad leve, mientras que un IMC de entre 16-16,99 kg/m² una

moderada, un IMC de entre 15-15,99 kg/m² una nivel grave y el extremo de gravedad se ubicaría con un IMC menor a 15 kg/m² (American Psychiatric Association, 2014).

A modo de síntesis, podría decirse que la AN se define básicamente por la preocupación extrema por el peso y la forma corporal, así como también por prácticas reiterativas de control de peso (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011).

1.4 Epidemiología

La incidencia en aumento de este trastorno es evidente por múltiples causas, como ser el hecho de emplear criterios diagnósticos más claros, así como también por una mayor difusión social del tema, entre otras. Particularmente, en la actualidad, la incrementación de la incidencia parece estar estrechamente relacionada con el culto a la delgadez (Morales, 1997). Este trastorno ya no es patrimonio de una clase social específica.

Existe una gran cantidad de estudios en cuanto a la prevalencia de la AN, es por esto que las cifras no siempre son concordantes, sin embargo podría señalarse que la prevalencia vital de la AN entre mujeres sería del 0,5 al 3,7% (García-Gamba, 2001). Es un trastorno más frecuente en sociedades industriales, en donde la comida abunda y donde, además, el ser delgado es visto como un valor, muestra de atractivo y éxito personal. Esto no excluye al resto de los países, sin embargo no hay estudios detallados sobre la prevalencia de la AN en países menos desarrollados (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

La edad de comienzo es variable dependiendo de los autores que se tomen como referencia, sin embargo hay una especie de consenso en que la edad tope es 25 años, situándose la media entre los 17 y 18 años, siendo atípica antes de los 12 años y después de los 30 (Morales, 1997). Este trastorno se encuentra extendido en determinadas profesiones como por ejemplo gimnastas, atletas y modelos (Martínez, 2008).

En cuanto a la evolución del trastorno, muchas son las variables, desde un único episodio con remisión total, pasando por la cronicación, hasta llegar en casos, a la muerte (Staudt, Rojo, & Ojeda, 2006). Según una investigación realizada por Eddy y sus colaboradores en 2008 (citada por Moreira), durante siete años de seguimiento, casi tres cuartas partes de las mujeres con diagnóstico inicial de AN presentaron un cruzamiento de diagnóstico. De ellas, la mitad pasó de un subtipo a otro de anorexia, de forma bidireccional; y una tercera parte presentó cruzamiento hacia la bulimia nerviosa, éstas últimas anteriormente presentaban un diagnóstico de AN de tipo purgativo, pues es infrecuente que las pacientes restrictivas tengan un cruzamiento hacia la bulimia nerviosa (Moreira, 2013).

La mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas, tal como lo expresa el DSM-IV, es del 10%, y ésta se produce principalmente por inanición, seguido por suicidio (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

Según del Bosque-Garza & Caballero-Romo, los predictores de buen pronóstico son: la edad de inicio temprana, el intervalo breve antes de la hospitalización, y el menor número de hospitalizaciones. Mientras que los predictores de mal pronóstico son: un peso muy bajo, la duración prolongada de la enfermedad, anomalías premórbidas clínicas, presencia de conductas purgativas, y disfunción familiar (del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009).

1.5 Diagnóstico diferencial

Para realizar un buen diagnóstico es importante poder diferenciar la AN de otros trastornos con los que muchas veces comparten algún síntoma. Lo más común es que quienes padecen AN tengan períodos en donde su ánimo se asemeja al de la persona con depresión, así como también que se presenten determinadas obsesiones y compulsiones (como en los sujetos que padecen TOC), o que sientan temor a comer en público, lo cual es compartido por quienes sufren fobia social; pero esto, no quiere decir que quien sufre AN también padezca estos trastornos mencionados.

El DSM-IV plantea, en primera instancia, diferenciar la pérdida de peso presente en la AN con la existente en determinadas enfermedades médicas, pues en éstas últimas, las personas no tienen una imagen distorsionada de su cuerpo, ni un deseo de adelgazar aún más (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

En cuanto a los trastornos por ansiedad, si bien es atípico que un cuadro de AN transcurra sin altos grados de ansiedad, de la misma manera, es muy frecuente que el síndrome ansioso se presente con algún trastorno alimenticio, ya sea porque la presencia de ansiedad disminuye el apetito, llevando a una gran pérdida de peso si esta se cronifica, o porque el hecho de comer reduce la ansiedad, lo cual lleva al sujeto a comer en demasía cuando se siente ansioso (Fernández & Turón, 1998). Lo que lo diferencia de la AN es que en estos casos no hay un temor marcado a engordar, ni una distorsión de la imagen. Y a su vez, quienes sufren de un trastorno de ansiedad generalizado, éste afecta muchas áreas de su vida, no sólo lo vinculado con la alimentación.

Es importante mencionar que si bien muchos pacientes con AN tienen un intenso temor a comer en público, cuando estos temores sólo se limitan a la conducta alimentaria, no debe hablarse de fobia social, puesto que quienes la padecen, presentan intensos temores que abarcan más situaciones sociales además del hecho de comer en público (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

Los trastornos afectivos se encuentran muy emparentados con algunos síntomas de la AN, sobre todo la depresión. En ella, generalmente se produce una reducción de la ingesta alimentaria, los pacientes presentan adelgazamiento y una autoimagen negativa, sin embargo no se evidencia un temor fóbico al aumento de peso, ni tampoco hay un deseo de adelgazar, ni una distorsión de la imagen corporal. Generalmente, un paciente deprimido tiene disminuido su apetito, mientras que un paciente con AN niega la existencia de éste (Cabral, 2006). Otro elemento a tener en cuenta para

diferenciar ambas patologías es la presencia de hiperactividad en el anoréxico, ausente en el depresivo.

Es frecuente que pacientes con AN presenten determinadas obsesiones y compulsiones, lo cual no quiere decir que tengan un TOC, puesto que se diferencian de quienes padecen este trastorno porque sus obsesiones y compulsiones se limitan al área de la alimentación (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). Por ejemplo, presentan determinadas obsesiones frente a algunos alimentos, o tienen compulsión de realizar ejercicio físico de manera excesiva (Fernández & Turón, 1998).

En cuanto a la esquizofrenia, ésta supone una grave alteración del pensamiento y de la conducta. En quienes la padecen se pueden observar conductas extrañas frente a la comida, lo más frecuente es encontrar pacientes que rechazan parte o toda la alimentación por razones delirantes. La conducta de comer no se relaciona con el hecho de comer poco o mucho, sino con la ideación delirante del sujeto (Fernández & Turón, 1998); y es esto último, básicamente, lo que la diferencia de la AN, el hecho de no comer tal o cual alimento por ideas delirantes, no por el contenido calórico del alimento o por querer perder peso y estar disconforme con su imagen corporal.

Quizá la diferenciación más difícil es la que se debe establecer con el diagnóstico de la bulimia nerviosa, en ésta los sujetos presentan atracones, de forma recurrente, así como posteriores conductas compensatorias, con el fin de no ganar peso (como ser el vómito, o el uso abusivo de diuréticos y laxantes). Quienes sufren de bulimia nerviosa también están preocupados por su peso y disconformes con su silueta, sin embargo, a diferencia de los anoréxicos, son capaces de mantener un peso igual o por encima del normal mínimo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

1.6 Comorbilidad

Como consecuencia de los diversos factores de riesgo que componen el trastorno y que a su vez son compartidos por otras patologías y a causa de la frecuencia con que se cronifican los TCA, es esperable que se presenten otras enfermedades comórbiles. Es común observar, junto con los TCA trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, dependencia al alcohol u otras sustancias, trastornos de personalidad y enfermedades físicas (Garfinkel & Kaplan, 1996).

Según el DSM-IV, cuando la pérdida de peso es considerable, se evidencian síntomas del tipo del estado del ánimo deprimido, así como también irritabilidad, retraimiento social, insomnio y pérdida del interés sexual. A su vez, en dichos pacientes se evidencian características propias del TOC, como ser obsesiones y compulsiones, que en ocasiones van más allá de lo vinculado a la comida. También se encuentra, en muchos casos, una preocupación por comer en público, así como también una necesidad de control, perfeccionismo y poca espontaneidad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

Los individuos con AN de tipo purgativo tienen mayor probabilidad de presentar problemas en el control de impulsos, así como también problemas relacionados al abuso de sustancias, y presentan una mayor probabilidad de realizar intentos de suicidio (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

Según Harzog, quienes padecen AN tiene mayor incidencia de trastornos afectivos que la mayoría de la población (Moreira, 2013) Estudios realizados por dicho autor y sus colaboradores, hallaron que los trastornos del grupo C (ansiosos-temerosos) se distribuían de forma diferente dentro de los TCA, siendo en la AN donde se encontraban con más frecuencia (Díaz & Carrasco, 2001). Dentro de los trastornos del grupo B (dramáticos-emotivos), el trastorno límite es el más frecuente en las pacientes con AN de tipo purgativo (Díaz & Carrasco, 2001).

1.7 Anorexia Nerviosa y género

Popularmente se considera a la AN como un trastorno único de las mujeres, pues “ningún otro trastorno sufrido por ambos sexos está tan sesgado en su prevalencia como los trastornos de la alimentación, a excepción de la pedofilia, que tiene una ocurrencia de 10 hombres frente a una mujer” (Andersen, 1996, p.439). Es notable la amplia prevalencia de casos de AN en mujeres, frente a los que se constataron en hombres. Es por esto, que considero que es importante dar visibilidad a los integrantes del género masculino que sufren AN, lo cual me conduce a elaborar una pequeña reseña sobre la anorexia en hombres, sin ahondar en profundidad, puesto que en los capítulos siguientes se hablará casi en su totalidad del género femenino.

Casos de hombres con AN datan desde las primeras investigaciones realizadas por Morton. De hecho, cuando realizó por primera vez una descripción clínica de los trastornos alimenticios, en el siglo XVII, se basó en dos casos, de los cuales uno era un hombre joven, y lo más llamativo, es que éste se recuperó, en contraposición a la mujer joven que no lo logró (Andersen, 1996).

Con el correr de los años se abandonó el estudio de las descripciones de casos de hombres con trastornos alimenticios, posiblemente gracias a la influencia del psicoanálisis, que excluía a los hombres de esta patología (Andersen, 1996).

Los varones que presentan trastornos de la alimentación pueden estar infradiagnosticados, llegado muchas veces a ser diagnosticados en etapas avanzadas del trastorno, debido a que una conducta de alimentación anormal se atribuye a patrones culturales con más frecuencia en los hombres que en las mujeres. Un claro ejemplo se produce cuando un hombre come cantidades excesivas, sin ser visto como signos de trastorno, lo cual sí sucede en las mujeres. A su vez, aún habiendo reconocido sus síntomas de trastorno alimenticio, los hombres son más lentos en pedir ayuda, debido a concepciones populares sobre la exclusividad del género femenino en este trastorno (Andersen, 1996).

Los procesos culturales y de socialización influyen mucho (como se verá más adelante) a la hora de desarrollar un trastorno alimenticio, así como también en la gran diferencia de prevalencia entre

los géneros. Esto queda evidenciado en estudios realizados por Andersen que lo llevan a concluir que en “el número de chicas que se siente con sobrepeso supera en 3-4 veces al de las chicas con sobrepeso real” (Andersen, 1996, p.447). Esto dista mucho a lo ocuriente en varones, pues a la misma edad que ellas (12 años) mucho menos chicos están insatisfechos con su peso. Según Salmons (citado por Andersen) la insatisfacción de los chicos se encuentra relacionada con la parte superior de su cuerpo, mientras que en el caso de las chicas se centra en el peso, así como también en la forma de la parte inferior de su cuerpo. Debido a las exigencias sociales los hombres empiezan a percibirse más gordos y creen que debe iniciar una dieta cuando su peso es mayor al peso normal esperado para su altura y complexión física (Andersen, 1996).

Según Crispo, Figueroa, & Guelar, el porcentaje de varones con AN pasó de 5% a 10%, en sus últimos 5 años de investigación, lo cual deja al descubierto que no hay nada en la anatomía femenina que haga que las mujeres tengan el uso privativo de esta patología. Si bien tanto hombres como mujeres sufren las exigencias del medio, es poco frecuente que hombres con problemas de alimentación tengan por objetivo reducir talles de ropa, sino que, generalmente, comienzan buscando modificar alguna parte específica de su cuerpo. También es frecuente que algunos hombres se sientan bajo presión por mantener un peso fijo debido a su profesión, como es el caso de gimnastas y atletas (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011). Según Andersen los varones hacen dieta por cuatro razones, las cuales distan mucho de las existentes en mujeres. En primer lugar la realizan para mejorar resultados en sus deportes; en segundo lugar, para evitar que se repitan situaciones de burlas vividas en su infancia; en tercer lugar, para evitar una enfermedad temida, especialmente las que provienen de forma secundaria al sobrepeso que ya haya sufrido algún hombre de su entorno cercano; y por último, hay hombres que hacen dieta para mejorar una relación homosexual (Andersen, 1996).

Andersen plantea que si bien existen muchas diferencias entre factores biomédicos entre hombres y mujeres, no hay pruebas de que estas diferencias sean factores etiológicos, o que expliquen la diferencia de prevalencia entre sexos (Andersen, 1996). A continuación se intentará ahondar en la etiología de este trastorno.

CAPÍTULO II

Etiología

*“Uno deja de comer porque está muy lleno...
O muy vacío”
Anónimo*

Debido a que este trastorno se considera multifactorial, sin presencia de una causa única, considero importante dedicar un capítulo al intento de esclarecer determinados factores que influyen tanto en el inicio, como en el desarrollo y mantenimiento de la AN. Éstos por sí solos no son capaces de desarrollar el trastorno, el poder radica en su combinación, la cual es única en cada caso. “Más que pensarlos como factores distintivos que causan un trastorno del comer, es bueno verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo” (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011, p. 51). Con el término factor de riesgo, se comprenden las condiciones que afectan el estado de salud, que fomentan su desajuste y que aumentan la probabilidad de contraer una enfermedad o trastorno. Dichas condiciones pueden ser tanto estímulos, como conductas o características de la personalidad, así como también aspectos de la historia personal del sujeto (Martínez, 2008)

En 1980, Garner y Garfinkel son los pioneros en investigar los trastornos alimenticios en el Hospital de Toronto, y fueron ellos quienes establecieron una clasificación que ayuda a visualizar la complejidad del trastorno y los factores que en el inciden. Plantean que existen tres tipos de factores, predisponentes, precipitantes y perpetuantes (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011).

Predisponer, según la RAE significa “Preparar, disponer anticipadamente algo o el ánimo de alguien para un fin determinado” (Real Academia Española, 2014). Aplicado al tema tratado, al hacer referencia a factores predisponentes, estaríamos diciendo que hay elementos en el contexto sociocultural, así como también en las características del individuo o de la familia, que disponen de forma anticipada su ánimo de tal manera que se puede propiciar más fácilmente determinadas ideas como el culto a la delgadez (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011).

Precipitar, significa “provocar la aceleración de unos hechos” (Real Academia Española, 2014). En este caso, quiere decir, que en un campo preparado por los factores predisponentes, cualquier elemento estresante que surja, o por ejemplo, la decisión de comenzar con dietas para sentir que puede ejercer control “actúa de modo de semilla que cae en la tierra y empieza a desarrollarse” (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011, p.52).

Perpetuar es “dar a las cosas una larga duración” (Real Academia Española, 2014). Un claro ejemplo es el de una “bola de nieve” que a medida que cae se va agrandando sola, sin importar los motivos por los que haya comenzado (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011).

Lo que se intenta esclarecer es que una persona se vuelve más vulnerable para desarrollar AN cuando se dan determinadas combinaciones de factores, y que un evento estresante es un terreno fértil en el cual desarrollar el trastorno, pero que la perpetuación del mismo está relacionada con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno, y no necesariamente con los factores que lo desencadenaron (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011).

2.1 Factores predisponentes

La probabilidad de desarrollar un trastorno alimenticio está vinculada con la existencia de factores de riesgo existentes en diferentes ámbitos como ser: sociocultural, individual familiar y biológico.

2.1.1 Factores Socioculturales

En sociedades hipermodernas, la educación tiende a modelar nuestro cuerpo, para así ajustarlo a las exigencias del entorno, es por esto, que el cuerpo funciona como un mediador cultural. De esta forma el ideal de imagen corporal acarrea valores, creencias y cánones estéticos promovidos por cada sociedad.

Las últimas décadas del siglo XX, así como también el siglo actual, se caracterizan por un culto a la delgadez. Teorías socioculturales del trastorno de la imagen corporal plantean que el ideal de belleza actual es, muchas veces, biogenéticamente difícil de lograr, lo cual facilita la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal inculcado, llevando a la insatisfacción corporal (Behar, 2010).

En una encuesta realizada por la Clínica de Trastornos de la Alimentación del Hospital de Toronto, en 1994, se concluyó que el 90% de las mujeres está insatisfecha con su imagen corporal, un 75% está preocupada por su peso mientras que sólo un 25% está excedida de peso desde el punto de vista clínico. (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011). Según Vandereycken y Meerman (citados por Morales), la cultura de la delgadez reina en el mundo occidental y ejerce una gran presión sociocultural en dichos países (Morales, 1997). Este endiosamiento de la delgadez se ve masificado gracias a los medios de comunicación, quienes posibilitan la transmisión de valores y costumbres. Así mismo, estos medios llenan de glamour a la anorexia nerviosa, pues la asocian con estratos sociales altos, así como también con inteligencia, perfeccionismo y autodisciplina (Garner, 1996).

Un estudio realizado por Toro en 1988, dio como resultado que los anuncios orientados a la pérdida de peso, impactaron principal y significativamente en mujeres adolescentes y jóvenes (Morales, 1997). Según Garner, existen datos que confirman la existencia de un fuerte vínculo entre los TCA y la presión que ejerce la cultura, puesto que varios estudios concluyen en que son las mujeres jóvenes quienes asimilan el gran valor que imparte la cultura en cuanto a la delgadez, y son más vulnerables a desarrollar alguna sintomatología típica de los TCA (Garner, 1996). A su vez,

debemos tener en cuenta que en la actualidad los patrones nutricionales han cambiado. Desde los medios de comunicación, simultáneamente se transmite un discurso ambiguo, en donde, por un lado se promulga el ideal de delgadez extremo, pero, por el otro, se promocionan constantemente comidas rápidas y poco saludables; como consecuencia, lejos de adoptar una forma saludable de perder peso, en el caso de necesitarlo, se recurren a prácticas invasivas como por ejemplo el uso y abuso de laxantes y diuréticos, o la implementación de dietas sumamente restrictivas, lo cual favorece a la aparición de un TCA.

Toro, en 1996, es quien acuña los términos de la “cultura de la delgadez” y la “lipofilia” para describir las sociedades occidentales en la actualidad, en donde se exagera el valor de la delgadez y se condena la obesidad y a quienes se aparten de los modelos de belleza que se establecen, lo cual conlleva una cosificación del cuerpo femenino (García-Gamba, 2001).

Los trastornos de la alimentación son típicos de sociedades industrializadas del medio occidental, pues a principios de siglo, la delgadez no era considerada como atractivo, sin embargo, en la actualidad, se espera que la mujer admita como sinónimos la belleza y la delgadez, que “crea que el éxito es inversamente proporcional al peso” (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011, p.60).

“El principal factor sociocultural de los TCA es la dieta” (García-Gamba, 2001, p.20). Gracia-Gamba menciona la existencia de estudios que confirman que, la realización de dietas en forma estricta y continua, constituye el principal factor de riesgo. Sumado a esto, dicho autor plantea la gran importancia que tienen los estereotipos sexuales impuestos, dado que se asume que la belleza es un componente central de la femineidad y a su vez se espera de los jóvenes que tengan “una mayor orientación interpersonal, lo que las hace más vulnerables a opiniones y comportamientos de los otros” (García-Gamba, 2011, p.21). A esto, se le añade el enorme crecimiento de la industria relacionada al adelgazamiento, ya sea con la creación de cada vez más gimnasios, así como también con la proliferación de alimentos bajos en calorías, lo cual según García-Gamba lleva a crear “el concepto de que lo normal es estar a dieta, delgado” (García-Gamba, 2001, p.21).

En la actualidad la mujer se ve presionada para ser una “supermujer”, estas deben tener control sobre sí mismas, estar llenas de éxito profesional y ser perfeccionistas. Al no poder cumplir con determinadas expectativas, muchas mujeres se consuelan con el hecho de que, si no llegan al ideal impuesto por la sociedad, al menos tienen control sobre su peso; es decir, “el peso se convierte en el área sobre la cual si van a poder ejercer el dominio exigido” (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011, p.63). Estas mujeres, consideran que con la pérdida de peso y el logro de la figura deseada, vendrán por añadidura el éxito en otros ámbitos de su vida. “El perseguir la delgadez nunca llevó a la felicidad. De hecho, cuanto más grave es el trastorno de la alimentación, más difícil es lograr los objetivos personales de bienestar” (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011, p.65)

En nuestra cultura circulan muchos prejuicios que presionan a los individuos volviéndolos vulnerables, algunos de estos se relacionan con la obesidad, como el hecho de creer que quien es obeso es porque come más, así como también que quienes son obesos tienen más problemas psicológicos. Quizás el error de pensamiento más grande radica en creer que el no tener éxito en una dieta se debe a una falta de voluntad, pues esta creencia de no poner voluntad suficiente oficia de estimulante para caer en un círculo vicioso, en donde el individuo se propone cada vez más seguidas nuevas dietas con el fin de lograr el objetivo deseado (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011). La cultura occidental exagera los beneficios de la delgadez, sin darle relevancia a los efectos perjudiciales de las dietas, por lo cual es importante el reconocimiento de la sobrevaloración de la delgadez y las exigencias del medio sobre la mujer, puesto que esto:

Proporciona la base para incitar a aquellas personas que sufren un trastorno de alimentación a que comprendan que lo que ellas ha asumido como su deseo por controlar el peso, son en realidad unas normas y expectativas sociales distorsionadas (Garner, 1996, p.472).

Si bien son más frecuentes casos de AN en sociedades industrializadas, actualmente este trastorno se ha expandido globalmente gracias a los procesos migratorios, es por esto que se sugiere que la migración transnacional y la modelización pueden aumentar el riesgo de padecer algún trastorno alimenticio (Behar, 2010).

Si bien, gracias a lo expuesto, queda esclarecido el importante papel de la cultura y la sociedad en estos trastornos, existen otras variables que en su conjunto pueden llevar a un desorden alimenticio.

2.1.2 Factores individuales

Esta clase de trastornos afecta de tal manera la personalidad, que en muchas ocasiones es difícil separar los rasgos que aparecieron luego de instalado el trastorno.

En cuanto a los factores individuales, se destacan los problemas de autonomía, el déficit en la autoestima, el camino a la perfección y el miedo a madurar (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011), así como también las diferencias de género en torno a las actitudes corporales, y las críticas o burlas en la infancia, las cuales pueden influir en la imagen corporal de quien las recibe (Behar, 2010). Borrego menciona que quienes padecen AN son personas ambiciosas, autoexigentes y sobresalientes en sus estudios; pero que, emocionalmente, tienen dificultades para interpretar expresar sus emociones (Borrego, 2000)

En cuanto a los problemas de autonomía, son vulnerables quienes siempre están pendientes de lo que otros esperan de ellos, colocando su seguridad en el exterior, en el qué dirán. Generalmente, estas personas tienen problemas para funcionar de forma discriminada de su familia. Cuando una

personas con estas características desarrolla una AN, interpreta erróneamente el proceso de bajar de peso, viéndolo como un indicador de autocontrol (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011).

El grado de aceptación que el individuo tenga de sí mismo, es decir, la autoestima, es un factor de gran influencia. En la actualidad la autoestima de la mujer está muy vinculada a su aspecto físico, así como también a la aprobación de los demás. (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011). Según Rastam (citado por Garner) la preocupación en exceso por la imagen corporal es un aspecto previo al desarrollo de la AN (Garner, 1996)

La propensión al perfeccionismo es frecuente en individuos con AN, generándose por sentimientos de ineficacia presente en él, que lo llevan a querer ser perfecto. Así mismo, dicha búsqueda también se genera en el campo del peso y las conductas del comer. De forma paradójica, el perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad por el alto grado de exigencia que este conlleva. Junto con la persecución de la perfección se da la necesidad de control y autocontrol, quienes presentan algún trastorno alimenticio tienden a querer controlar todo en sus vidas, y hallan en el control del peso una compensación frente a otras situaciones que no pueden controlar (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011). Waller (citado por Behar) afirma que el perfeccionismo es un factor de riesgo si existe además algún grado de insatisfacción en general (Behar, 2010).

El miedo a madurar se plantea puesto que la generalidad de los casos de AN se producen en la adolescencia como resistencia a los cambios que impone el desarrollo y la madurez sexual. Dichos cambios conllevan un aumento de peso, y es precisamente la intolerancia a este crecimiento y demás cambios que puede contribuir a la vulnerabilidad de padecer AN. Según plantean Crispo, Figueroa, & Guelar, quienes padecen este trastorno, muchas veces están “estancadas en la niñez, presentando un temor a crecer y asumir las responsabilidades que eso implica (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011).

En cuanto a las diferencias de género en torno a las actitudes corporales, se destaca que las mujeres suelen modelarse a sí mismas basadas en el patrón imperante de belleza e intentan reducir su peso con mayor frecuencia, en comparación con los hombres (Behar, 2010).

2.1.3 Factores familiares

Gracias a la familia es que se produce el primer contacto del individuo con la sociedad y sus valores, ésta enseña desde temprano los patrones estéticos y comportamentales. Según Ricciardelli y McCabe (citados por Behar) la presión en cuanto a la pérdida de peso que ejerce la madre es el principal factor para predecir la insatisfacción corporal (Behar, 2010).

Si bien no se ha demostrado una relación de causalidad entre un modelo de familia y los TCA, gracias a estudios clínicos se hace evidente el visualizar fenómenos inherentes a la dinámica familiar que pueden propiciar la aparición de un TCA, así como también mantenerlo (del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009)

Un estudio realizado por Wisotsky en 2003, que involucró a 65 pacientes de entre 12 y 27 años, cuyo objetivo era examinar la relación entre los niveles de funcionamiento familiar y los TCA, obtuvo como resultado que la disfunción familiar es directamente proporcional a los trastornos de alimentación; es decir, mientras más disfunción familiar, mayor es la gravedad del trastorno (Moreira, 2013).

Según Rodríguez (citado por Moreira) las características de las familias que presentan un integrante anoréxico son: estilo comunicacional disfuncional, dificultades de liderazgo, formación de alianzas (tanto abiertas como encubiertas), espíritu de autosacrificio, fachada de unidad en la relación matrimonial, falta de permisividad en la expresión emocional, separación vivida como amenaza, e inserción del hijo en el conflicto parental (Moreira, 2013). Dichas familias poseen falta de flexibilidad para encarar situaciones nuevas, así como también se evidencia una ausencia de límites generacionales y expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos. Sus historias familiares incluyen depresión y alcoholismo (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011).

Estas familias presentan aglutinamiento, es decir una gran intensidad y proximidad, lo que lleva a que cualquier cambio afecte a toda la familia; a su vez, se caracterizan por la sobreprotección, que lleva a un retardo en el desarrollo autónomo de los hijos. Esto conduce a la falta de resolución de conflictos, y es frecuente que en estas familias los problemas queden sin resolver (Morales, 1997).

2.1.4 Factores biológicos

Posiblemente los estudios más interesantes vinculados a estos factores sean los que se realizaron en el ámbito genético, los cuales concluyen que los parientes de pacientes con AN tienen mayor prevalencia de padecerla al compararlos con familiares de sujetos sin esta patología. A su vez, estudios con gemelos monocigóticos con AN mostraron tasas de concordancia de 52 a 56%, mientras que dichas tasas para los gemelos dicigóticos han sido aproximadamente de entre 5 y 11% (del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009).

Según Borrego, existe un consenso en cuanto a la presencia de disfunción serotoninérgica en esta patología (Borrego, 2000).

2.2 Factores precipitantes

Como ya se mencionó, precipitar es acelerar, en este caso se verán los factores que hacen que una persona que presenta una combinación de factores perpetuantes, desencadene AN.

Según Garner y Grafinkel, estos factores incluyen tanto estresores, como actitudes anómalas hacia el peso y figura, así como también las dietas extremas y pérdida de peso (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011)

El DSM-IV plantea que el comienzo de la enfermedad se asocia con un acontecimiento estresante (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). Dicho acontecimiento puede ser una separación, una

pérdida familiar, así como también experiencias vividas como un fracaso personal. Calvo (citado por da Silva) plantea que con frecuencia los TCA surgen en un contexto de cambio, el cual exige mayor responsabilidad y madurez por parte de la persona (da Silva, 2015).

Crispo y sus colaboradores plantean que la dieta, además de ser el factor perpetuante por excelencia, es también un factor precipitante, puesto ésta genera cambios que afectan tanto al organismo como al ánimo (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011).

En los años 40 se realizó un experimento que comprobó que “la inanición aguda provocada por una dieta restrictiva genera cambios en la personalidad y comportamientos aberrantes con la comida, iguales a los que se observa en personas con anorexia nerviosa” (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011, p.69). Con este experimento queda en evidencia que aún en individuos sin problemas psicológicos, ni familiares, el hecho de estar bajo una estricta dieta genera diversos efectos muy similares a los que se observan en pacientes con AN. Lo primero en reportarse fue lo que muchos describieron como un “bajón de ánimo”, lo cual conllevaba una visión pesimista tanto de sí mismos como del futuro. A su vez, se detectó signos de intolerancia a la irritabilidad, cambios abruptos en el humor, comportamientos autodestructivos, pensamientos obsesivos y una gran apatía, lo cual llevó a la creación de nuevos hábitos, como por ejemplo preocuparse de forma obsesiva por determinados alimentos, o el hecho de dejar de realizar actividades que con anterioridad le resultaban placenteras (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011).

Lo antes mencionado es común de observar en pacientes con AN, en donde se abre un abanico de conductas que antes no se realizaban, así como también se generan cambios en el humor. Tanto en los participantes del experimento, como en pacientes anoréxicos, se observan dificultades en la concentración, comprensión y en el estado de alerta. La subalimentación impacta no sólo en el individuo sino en el área social, pues es común que estos pacientes se aislen (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011).

Junto con los cambios a nivel personal y emocional, las dietas estrictas traen consigo cambios a nivel físico como ser: cefaleas; hipersensibilidad a la luz; molestias gastrointestinales (como ser acidez, constipación, entre otras); problemas auditivos y visuales; adormecimiento de miembros; calambres; pérdida de cabello y desarrollo de lanugo (un vello finito en zonas donde antes no existía). A esta lista se le suman el enlentecimiento metabólico, la disminución de la tolerancia al frío por la pérdida de temperatura corporal, cambios cardiológicos, debilidad muscular, interrupción de la menstruación, deshidratación, entre otros (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011).

Crispo y colaboradores plantean que lo adictivo es la dieta en sí, y no la comida, puesto que es el hecho de la restricción alimentaria, que se genera por la práctica prolongada de la dieta, lo que genera obsesiones y compulsiones, así como también depresión y aislamiento; y es,

paradójicamente, de esta sintomatología de la que se pretende salir con nuevos esfuerzos de control con la comida (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011).

2.3. Factores perpetuantes

La combinación del exceso de dieta para regular la autoestima, los sentimientos de desamparo y la insatisfacción corporal son importantes. Sin embargo, una vez que el síndrome comienza a aparecer, los factores que mantienen el trastorno puede ser bastante diferentes (Grafinkel & Kaplan, 1996, p.385).

Para Garner y Grafinkel, los factores que perpetúan el trastorno, es decir que hacen posible que se mantenga en el tiempo, son las prácticas de atracones y purgas, junto con las secuelas fisiológicas y psicológicas (Crispo, Figueroa, & Guelar, 2011). Es decir, se instala una especie de círculo vicioso que hace que el trastorno se mantenga.

Junto con lo mencionado, la cultura sigue influyendo, puesto que la presión social por la imagen sigue presente luego de instalado el trastorno. El ideal de belleza sigue atormentando a quienes padecen AN aún estando en un estado grave. Los nuevos hábitos adquiridos ofician de mantenedores de la patología, y a su vez juegan un papel muy importante en la mantención del trastorno las alteraciones bioquímicas ocasionadas por la malnutrición, puesto que repercuten directamente en la regulación del apetito y los mecanismos de hambre-saciedad (da Silva, 2015).

Garner y Grafinkel (citados por da Silva) afirman que el mayor mantenedor de la patología es el propio estado de desnutrición (da Silva, 2015). A su vez, la familia, no sólo oficia como factor predisponente, sino que su dinámica juega un papel importante en la mantención del trastorno.

Es importante tener presente que la alteración de la imagen corporal contribuye a mantener el trastorno, pues en muchos casos se constata que a mayor pérdida de peso, mayor es la distorsión de la imagen, lo cual lleva a seguir embarcándose en dietas y hábitos poco saludables con el fin de lograr la imagen deseada.

En la era de las comunicaciones vía internet, no se puede dejar de mencionar la existencia, hoy en día, de sitios que promueven tanto la anorexia como la bulimia, estos podrían oficiar como factor predisponente, así como también ayudar a que la enfermedad perpetúe (factor perpetuante). En dichos sitios se comparten tips y estrategias tanto para perder peso, como para ocultar el trastorno ante familiares y médicos, así como también establecen competencias y comparten fotos de sus "logros". Todo esto forma una subcultura y hace que quienes padecen estos trastornos se sientan pertenecientes a un grupo, donde lejos de ver a la anorexia y bulimia como enfermedades, las ven como un modo de vida. Un estudio realizado por Wilson (citado por Behar), dio como resultado que el 35,5% de las pacientes con desórdenes alimenticios, habían visitado sitios web "pro-ana" y de ellas, el 95% aprendió nuevas estrategias para perder peso y purgarse (Behar, 2010).

CAPÍTULO III:

Terapia Cognitivo Conductual

El siguiente capítulo tiene como objetivo exponer de forma concisa las principales teorías y postulados que forman las bases de la terapia cognitivo conductual, así como también destacar a algunos autores influyentes y mencionar el estado actual de misma. Esto pretende esclarecer el marco teórico desde el cual se plantea abordar la génesis y mantenimiento de la Anorexia Nerviosa.

Es complejo definir de forma breve qué es, y que no es, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puesto que ella se nutre de diversos aportes y teorías a lo largo de la historia difíciles de unificar en una definición concreta, pero, lo que si se puede mencionar a modo introductorio, es que lo que unifica a las teorías existentes dentro de la TCC es su objetivo: la detección y el cambio de conductas (tanto visibles, como encubiertas). Las diferencias se visualizan en el campo de la intervención, puesto que hay formas de intervenir que van desde lo más estrictamente conductual, a lo más cognitivo constructivista (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

Según Plaud (mencionado por Díaz, Ruiz & Villalobos) la TCC es “la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos válidos empíricamente” (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012, p.32). Sus inicios se ven nutridos de los aportes de la Terapia de Conducta (TC) la cual se adhería a las teorías de aprendizaje, luego se evoluciona incluyendo teorías que van más allá de las que se establece a partir de los diversos condicionamientos. La TC aparece a mediados de los años 50, y tiene como idea central el hecho de que toda conducta es aprendida y es, gracias a estos principios de aprendizaje, plausible de ser modificada. Quienes se ampararon en esta teoría, solo se abocaron a las conductas observables, enmarcadas en un ambiente que las produce, y pregonaban la metodología experimental (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

En la actualidad la TCC es un “ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido” (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012, p.33). Para comprender la evolución desde la TC hasta la TCC es necesario hacer un recorrido histórico, mencionando los autores y teorías más influyentes.

La historia de la TCC está intrincada con la de la psicología, pues ésta como disciplina científica surgió como parte de una revolución encabezada por filósofos europeos, cuyo objetivo era hacer de la psicología una ciencia, usando como técnica la investigación de la mente. Con el paso del tiempo esta investigación mediante introspección resultó poco productiva, gestando un interés por investigaciones de carácter más objetivo, tomando como modelo a la física. Esta revolución se enmarca en el comienzo del siglo XX, y tuvo como consecuencia el nacimiento de tres nuevas escuelas en EEUU, entre las cuales se encontraba el conductismo, con influencias del positivismo

lógico del Círculo de Viena, el cual buscaba traducir el conocimiento en observaciones físicas. De dicha escuela es destacable el aporte de Watson, el cual se basó en el concepto de condicionamiento clásico (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

Según Díaz y sus colaboradoras, el conductismo brindó cuatro fundamentos teóricos que cimientan las bases de la TCC: las leyes del condicionamiento clásico, el conexionismo, el conductismo de Watson, y los aportes de Skinner con su análisis experimental de la conducta (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

3.1 Condicionamiento Clásico

Nace gracias a fisiólogos rusos de comienzo del siglo pasado quienes emplearon la metodología de su disciplina en cuestiones psicológicas, dándole importancia a las conductas, tanto voluntarias como involuntarias, las cuales las explicaban mediante reflejos. Se destaca el aporte de Pavlov (1849-1936) cuyo principal interés se centraba en el estudio de los reflejos y la conducta. El condicionamiento clásico es su gran aporte a la TC y posteriormente a la TCC (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012). Pavlov constató que ciertos estímulos (estímulo incondicionado) producían de forma natural determinada respuesta (respuesta incondicionada) en sus perros, posteriormente introdujo un estímulo que por sí sólo no producía una respuesta (estímulo neutro), y se lo presentó a sus perros junto con el estímulo incondicionado, de forma sistemática. Luego de varios intentos, Pavlov constató que presentándole a sus perros el estímulo neutro, sin el estímulo incondicionado, también obtendría la misma respuesta que al principio. Al proceso por el cual se asocian estos dos estímulos, Pavlov lo denominó condicionamiento, dando como resultado la transformación de un estímulo neutro, en uno evocador de respuesta el cual denominó estímulo condicionado, y a la respuesta que éste produce, respuesta condicionada (Chertok, 1990). Es importante mencionar que este tipo de condicionamiento concluye que en presencia de determinado estímulo se producirá una respuesta determinada, es por esto que dicho condicionamiento además de recibir el nombre de condicionamiento clásico, o Pavloviano, también se le denomina condicionamiento respondiente.

A raíz de estos aportes, se ha observado que un estímulo condicionado no es el único capaz de desencadenar dicha respuesta, sino que esta puede ser causada por un estímulo semejante, proceso que se conoce como generalización (Chertok, 1990). La generalización cobra importancia en la terapia, pues gracias a este proceso es que se puede aplicar lo trabajado en la terapia a situaciones similares en la vida del sujeto. El proceso inverso es el llamado discriminación, y es debido a ella que un sujeto puede responder de forma diferente a un estímulo parecido si uno de ellos se presenta de forma regular con el estímulo incondicionado y el otro no (Chertok, 1990). El proceso de condicionamiento clásico es considerado como un proceso de aprendizaje que se encuentra en un gran número de fenómenos (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

3.2 Conexionismo

Dentro de esta teoría se destaca Thorndike (1874-1949), puesto que su trabajo influenció a Skinner. Thorndike se orientó hacia el estudio de la adquisición de respuestas que no existían con anterioridad en el repertorio conductual del organismo. Su principal aporte es la ley del efecto, la cual plantea que las respuestas seguidas de satisfacción quedan asociadas a la situación, lo cual incrementa la probabilidad de ocurrencia frente a la misma situación. Sus trabajos, juntos con los de Pavlov, son considerados los pilares básicos en la construcción de la TC (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012)

3.3 Conductismo

Watson (1878-1958) es su máximo representante, y fue quien inició, en la segunda década del siglo XX, la revolución conductista. Watson rechazó el estudio del pensamiento, y aseguraba que la psicología debería ser una disciplina objetiva, con el objetivo de predecir y controlar conductas (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012)

Para el conductismo el objeto de estudio de la psicología es la conducta manifiesta, la cual se explica, según ellos, en términos de condicionamiento clásico. Sostienen que la metodología de la experimentación con animales es el método objetivo de investigación que debe utilizar la psicología (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

La publicación, en 1913, del trabajo de Watson "*Psychology as the behaviorist views it*" (La psicología tal como la ve el conductista), es considerada como el acto de fundación del conductismo y la instauración de la psicología como una rama de la ciencia que intenta controlar la conducta (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

Con posterioridad, los trabajos de Watson se vieron enriquecidos por aportes de neoconductistas, entre los que se destacan Hull (1884-1952), Mowrer (1907-1982) y Wolpe (1915-1997).

Wolpe, influenciado tanto por Pavlov como por Hull, desarrolla el principio teórico llamado inhibición recíproca, que básicamente, refiere al hecho de que cuando un estímulo condicionado se presenta junto a otro que inhibe la respuesta condicionada, el primero pierde la capacidad de producir dicha respuesta. Según Wolpe "si, en presencia de un estímulo evocador de la ansiedad, puede conseguirse una respuesta antagónica que suprima total o parcialmente la ansiedad, entonces se debilitará el vínculo entre dicho estímulo y la respuesta de angustia" (Wolpe citado por Chertok, 1990, p.62). La respuesta antagónica a la ansiedad utilizada por Wolpe fue la relajación muscular, utilizando una forma abreviada de la técnica propuesta por Jacobson (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

3.4 Condicionamiento operante

Skinner (1904-1990) es uno de los más influyentes en la TC. Rechazaba la psicología tradicional y colocaba a la conducta en un lugar central. Su interés radicó en el estudio de la relación entre los postulados de Pavlov y Thorndike, llegando a plantear la existencia de dos tipos de condicionamiento en función de la respuesta: condicionamiento respondiente y condicionamiento operante. El primer tipo se rige por las leyes del condicionamiento clásico ya mencionado, mientras que el condicionamiento operante, gran aporte de Skinner, se vio influenciado por la ley del efecto (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

El principio básico del condicionamiento operante establece que, la expresión de una conducta depende de las consecuencias, en otras palabras, el hecho de emitir o no una conducta depende de las consecuencias que ésta generó en el pasado (Chertok, 1990). Según este condicionamiento, cualquier consecuencia que consiga aumentar en frecuencia, intensidad o duración una respuesta, se denomina reforzador. Skinner desarrolló como metodología de estudio el análisis experimental de la conducta, centrando sus estudios en la relación comportamiento-estímulos ambientales (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

3.5 Generaciones en el desarrollo de la TCC

O'Donohue es quien entre 1998 y 2009 acuña el término generaciones para dividir de forma secuencial y explicar la evolución de la TC hasta llegar a la TCC (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

3.5.1 Primera generación

Dicha generación hace referencia a terapeutas de la conducta que abocaron su estudio a teorías de aprendizaje, cuya característica general es la aplicación de los principios de aprendizaje al ámbito clínico, en donde el terapeuta es visto como un investigador. Los principios del aprendizaje no son utilizados solamente para la aplicación de intervenciones, sino que a su vez, ofician de sustento para la creación de modelos de génesis y mantenimiento de determinados problemas. Para los autores que integran esta generación, los principios que explican el aprendizaje de conductas tanto normales como anormales son los mismos (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

Se destacan las apariciones de determinados exponentes en Sudáfrica, en Inglaterra y en EEUU. En Sudáfrica se destacan los aportes de Wolpe, quien empieza a usar principios del aprendizaje aplicados a la clínica. Se destaca la enunciación del principio de inhibición recíproca, mencionado anteriormente, así como también la Desensibilización sistemática. Esta última incluye aproximaciones graduales a los estímulos que provocan ansiedad, junto con respuestas fisiológicamente antagónicas (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

Por otra parte, el comienzo de la TC en Inglaterra se produce en los años 50, gracias a los aportes de Eysenck, centrando sus estudios en la implementación de técnicas de exposición, así como también de aproximaciones sucesivas. En dicho país los aportes más importantes se relacionan con el conductismo radical, sin embargo, son más flexibles, al igual que el neoconductismo.

En EEUU la aparición de la TC se produjo de forma más paulatina, destacándose, como se mencionó con anterioridad, los aportes de Skinner, sobre todo con la publicación de "*Science and human behavior*" (Ciencia y conducta humana), en 1953. Según dicho autor la conducta y el ambiente en el que ésta se produce debería ser el único interés de la psicología. Desarrollando para dicho fin el método que denominó análisis experimental de la conducta (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

Si bien todos los aportes mencionados dieron inicio a la TC, siendo sumamente importante para teorías posteriores, su gran crítica radica en la aislamiento de las conductas encubiertas, puesto que todos los estudios anteriormente mencionados se centran en conductas observables.

3.5.2 Segunda generación

Se inicia aproximadamente en los años 70, con la apertura de la TC hacia aspectos cognitivos y sociales. Se destacan los aportes de Lazarus, quien plantea la insuficiencia de los principios de aprendizaje, y señala que los conocimientos vinculados con emociones, memoria, entre otros, también deberían ser competencia de la TC (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012). En esta generación se destacan los aportes de Bandura con su aprendizaje social, y la aparición del enfoque cognitivo, el cual le da gran importancia a los procesos y estructuras mentales en el comportamiento humano (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

3.5.2.1 Aprendizaje social (Bandura)

El mayor aporte realizado por Bandura fue el de enunciar un tipo de aprendizaje que se produce mediante la observación. El término "social" hace referencia al contexto en que suele producirse dicho aprendizaje, así mismo se lo suele denominar aprendizaje vicario, porque se hace a partir de un modelo (Chertok, 1990).

Todo aprendizaje imitativo cuenta con tres elementos: un imitador, un modelo y un proceso comportamental de copia (Chertok, 1900). Tanto el imitador como el modelo deben presentar determinadas características para que dicho aprendizaje se vea facilitado, pero éstas exceden el cometido del presente trabajo.

Lo novedoso de este planteo es la introducción de las variables mediacionales, es decir procesos que dependen de la actividad del propio organismo y que se sitúan entre medio del estímulo y la respuesta. Para Bandura, los procesos intelectuales son tomados como variables esenciales. A su vez, estos aportes dejan en evidencia que no es indispensable el reforzamiento para aprender una

conducta, y que tampoco es necesario que esta se encuentre dentro del repertorio previo del sujeto (Chertok, 1990).

3.5.2.2 Terapias cognitivas

Si bien ya desde los estudios de Joseph Cautela, se tenían en cuenta las conductas encubiertas, estas se consideraban como sujetas a las mismas leyes de aprendizaje que las conductas visibles. En los años 70 varios autores comenzaron a otorgarle mayor importancia a los elementos cognitivos tanto en la adquisición, como en el mantenimiento y cambio de conductas. El enfoque cognitivista se desarrolla a partir de la obra de Mahoney, en 1974, "Cognition and behavior modification". Quienes avalan este enfoque plantean que el aprendizaje es mucho más que la asociación de estímulo-respuesta y en el ámbito terapéutico le otorgan mayor importancia a los procesos cognitivos, por ser, para ellos, el determinante principal del comportamiento (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

Si bien las terapias cognitivas tienen diferencias epistemológicas, comparten el énfasis en el método científico. Mahoney y Arnkoff en 1978, plantean una posible clasificación de dichas terapias:

I. Técnicas de reestructuración cognitiva: bajo este rótulo se agrupan las técnicas que se centran en la identificación y el cambio de cogniciones que son causal o que mantienen determinado problema. Estas técnicas analizan los pensamientos y creencias, con la posterior enseñanza de creencias más racionales y adaptativas. Aquí se destacan los aportes de Ellis y su Terapia Racional Emotiva (1962) y la Terapia Cognitiva de Beck (1979) (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

La Terapia Racional Emotiva, se centra en lo mencionado por Ellis como el "ABC de la perturbación emocional". Para dicho autor A sería un acontecimiento, B los pensamientos o creencias que tenemos sobre él y C la reacción emocional que experimenta el sujeto. Con este modelo, Ellis intenta explicar, que la reacción que tenemos frente a un hecho, no se relaciona con el hecho en sí, sino con los pensamientos o creencias que tenemos acerca del mismo (Chertok, 1990). Junto con este modelo, se sigue el gran aporte al enunciar que las ideas irracionales, son aquellas que no se ajustan a los hechos, o las que persiguen objetivos imposible de alcanzar. La terapia propuesta por Ellis, propone el debate de las creencias irracionales, para así poder cambiar dichas creencias por otras más adaptativas y favorables al sujeto.

La terapia cognitiva de Beck se basa en su modelo de la depresión, que si bien, excede a los cometidos de este trabajo, es importante destacar que en dicha terapia se le otorga gran valor a las ideas, creencias y pensamientos que tiene el paciente. Es así, que Beck, en su modelo de la depresión, enuncia varios componentes entre los cuales se encuentran los errores cognitivos. Estos son errores en el procesamiento de la información y hacen que se mantengan creencias en determinados conceptos que son erróneos, incluso en presencia de evidencia contraria a dicho

concepto. El tratamiento propuesto por Beck se centra en identificar dichos errores cognitivos y enseñarle al paciente a procesar la información de forma más realista (Becoña & Oblitas, 2004).

II. Técnicas para el manejo de situaciones: estas se proponen enseñar habilidades para que el sujeto pueda afrontar de forma adecuada las situaciones problema que se le presenten. Se destaca: el Entrenamiento en inoculación de estrés, propuesto por Meichenbaum, y las técnicas de manejo de la ansiedad de Suinn y Richardson. El principal aporte de Meichenbaum se relaciona con el uso del lenguaje, y es la utilización de éste como instigador de conductas a través del entrenamiento en autoinstrucciones (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

III. Técnicas de solución de problemas: su objetivo es la corrección de la forma en que la persona afronta los problemas, se propone la utilización de un método sistemático para la resolución de los mismos. Aquí se destaca: la Terapia de Solución de problemas de Problemas Sociales de D'Zurilla y Nezu; la Terapia de Solución de Problemas Interpersonales de Spivack y Shure; y la Ciencia Personal de Mahoney (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

Según Díaz y colaboradores, en los años 80 la TCC ya estaba consolidada como enfoque terapéutico, en la cual se encontraban cuatro enfoques de intervención surgidos de las dos generaciones antes mencionadas: el análisis conductual aplicado, el conductismo mediacional, la teoría del aprendizaje social y las terapias cognitivas (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

3.5.3 Tercera generación

Esta generación hace referencia al estado actual de la TCC. Díaz y sus colaboradores, plantean que en esta generación se encuentran las teorías contextuales, y por otro lado, terapias resultantes de nuevas derivaciones de modelos cognitivos influidos por teorías del aprendizaje (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

Surgen enfoques constructivistas, lo cuales tienen una concepción activa de la mente humana, buscando potenciar la actividad cognitiva y dejando la concepción pasiva de otras terapias cognitivas. Entre las terapias constructivistas se destacan: la Terapia Cognitivo-Estructural o Psicoterapia Estructural, de Guidano y Liotti; la Terapia de los Constructos Personales, de Neymeyer; y la Psicoterapia Constructiva, de Mahoney (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

En lo que respecta al enfoque contextual, este se caracteriza por un ambientalismo radical, y su intervención se centra en la manipulación del contexto. Dentro de este enfoque se destacan:

- 1) Psicoterapia Funcional Analítica: centrada en la interacción psicólogo-paciente y toma la situación terapéutica como una situación comportamental más.
- 2) Terapia de Aceptación y Compromiso: busca eliminar el control de los pensamientos y emociones sobre la conducta.

- 3) Terapia de Dialéctico-Conductual: intenta facilitar formas adaptativas de expresión emocional (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

Considero pertinente destacar los aportes realizados por Jeffrey Young, quien, junto a sus colaboradores, desarrolló la Terapia de Esquemas. Ésta es un modelo que integra técnicas extraídas de múltiples escuelas de terapia. Se destacan aportes provenientes de conceptos cognitivo conductuales, así como también derivados de la teoría del apego, de Gestalt, conceptos de relaciones objetales, teorías constructivistas y psicoanalíticas. Todo lo antes dicho favoreció el desarrollo de esta terapia, la cual amplía la TCC (Young, Klosko, & Weishaar, 2013).

Dicha terapia se desarrolló para tratar aspectos caracterológicos crónicos de los trastornos y es eficaz para muchos trastornos tanto del Eje I como del Eje II. La terapia de esquemas sigue el desarrollo de los esquemas desde la infancia hasta la actualidad, haciendo énfasis en las relaciones interpersonales (Young, Klosko, & Weishaar, 2013).

Un esquema es básicamente una estructura, es un patrón que el individuo construye sobre la realidad con el objetivo de explicarla. Es un “plan cognitivo abstracto que sirve para orientar la interpretación de la información y la resolución de problemas” (Young, Klosko, & Weishaar, 2013 p.35). Muchos de los esquemas se configuran en la infancia.

Para Young, determinados esquemas se hallan en el núcleo de los trastornos de personalidad, así como también de los problemas caracterológicos menos graves (Young, Klosko, & Weishaar, 2013).

Un concepto central de esta terapia es el de esquema precoz desadaptativo. Éste se caracteriza por su autoperpetuación, lo cual dificulta la posibilidad de ser cambiado. Así mismo al ser disfuncional, las consecuencias que conlleva su mantenimiento son negativas (Rodríguez, 2009).

Young y colaboradores sintetizan el concepto de esquema precoz desadaptativo enunciando que estos “son patrones emocionales y cognitivos contraproducentes que se inician al comienzo de nuestro desarrollo y se van repitiendo a lo largo de la vida” (Young, Klosko, & Weishaar, 2013, p. 36). Para ellos las conductas disfuncionales son respuestas a un esquema, es decir que ellas son provocadas por el esquema pero que no son parte del mismo.

3.6 TCC y sus características

Su objeto de estudio es la conducta, entendida en sentido amplio, integrando todos los niveles. Las técnicas y sus procedimientos cuentan con una base científica, aunque en la actualidad, también se utilizan procedimientos que nacen en la experiencia clínica.

La conducta es aprendida por experiencias del sujeto, sin dejar de lado los factores biológicos y sociales. La intervención tiene por objetivo cambiar conductas desadaptadas, y sustituirlas por conductas más favorables (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

Una de las críticas frecuentes hacia esta terapia es la vinculada a las causas, como plantea Chertok. Es decir, el papel que se le asigna a los factores etiológicos. Para dicha terapia, la patología se gesta en algún momento (no necesariamente en la infancia), pero, las circunstancias que establecieron el aprendizaje de una conducta desfavorable, suponen no solo las causas, sino también la interacción del individuo con su ambiente. Lo que se busca es un análisis experimental de dicho proceso de aprendizaje; desde ésta terapia se concibe al problema como resultado de un proceso de aprendizaje, no como un síntoma de otro conflicto, es por ello, que la intervención busca la desaprensión de esas conductas y la instalación de nuevas aptitudes. A su vez, los factores que desencadenan el problema, no siempre son los mismos que lo mantienen, por ende, el interés en dichos factores, o causas, se establece en la medida de que estos contribuyan o no al mantenimiento de la patología (Chertok, 1990)

Por otra parte, es de destacar que la TCC es activa, puesto que terapeuta y paciente trabajan en conjunto (Díaz, Ruiz & Villalobos, 2012).

CAPÍTULO IV:

Modelos explicativos

En base a lo expuesto en el capítulo anterior sobre los alcances de la TCC, es que desde dicho enfoque, diversos autores propusieron modelos que explican la causa y el mantenimiento de la AN. Muchos son los que, amparados en la TCC, expresan que los factores causantes de este trastorno convergen en una creencia central y determinante, del sujeto, mediante la cual éste cree que es esencial ser delgado. Es entorno a dicha idea que se despliega un cúmulo de conductas, entendiendo a éstas en un sentido amplio. Según Bowers (citado por Cabral) el perder peso es un factor que dichos sujetos manipulan con el fin de ejercer control sobre otros aspectos de sus vidas (Cabral, 2006).

A continuación se expondrán algunos de los modelos que intentan explicar tanto la génesis como el mantenimiento de la AN, desde la TCC.

4.1 Modelo de Garner & Bemis

Garner & Bemis establecen su modelo en 1982, enunciando que algunos sujetos presentan ideas, que son aprendidas e internalizadas, y que provocan vulnerabilidad a desarrollar TCA. Para dichos autores, estos sujetos son personas introvertidas, sensibles y retraídas socialmente (Cabral, 2006). Amparados en el modelo cognitivo-conductual, Garner y Bemis, sistematizaron las alteraciones que se dan en el pensamiento de quienes sufren AN, formulando un conjunto de distorsiones cognitivas entre las que se destacan:

- I. **Abstracción selectiva:** ésta consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, y conceptualizar una experiencia en base a dicho fragmento.
- II. **Sobregeneralización:** refiere al proceso mediante el cual se elaboran reglas, o conclusiones, ambas de forma general, partiendo de sucesos aislados, para luego aplicarlas a situaciones tanto relacionadas como inconexas.
- III. **Pensamiento polarizado (o dicotómico):** también llamado pensamiento absolutista, y se observa en la manera de clasificar cualquier experiencia según categorías opuestas, no admitiendo matices intermedios (Palacios, 2007).

Éste tipo de alteraciones, según García Alba (citado por Cabral), facilitan el inicio de una dieta restrictiva, así como también constituyen un fuerte factor de mantenimiento de la AN, puesto que son muy difíciles de combatir mediante la crítica racional. A su vez, dichas alteraciones mantienen la percepción general negativa de sí mismo por parte del sujeto con AN (Cabral, 2006).

Garner & Bemis enunciaron cuatro patrones disfuncionales de pensamiento presentes en pacientes anoréxicas: deseo anoréxico, temor a perder el control, temor a sufrir cambios en el cuerpo, y creencias acerca de la comida. El deseo anoréxico hace alusión a un anhelo de liberarse de la comida y de las preocupaciones vinculadas al peso. El temor a perder peso, es fuertemente influenciado por el pensamiento dicotómico, presente en éstos sujetos, y se vincula al intenso miedo a aumentar de peso (Cabral, 2006).

Para Garner & Bemis, las distorsiones cognitivas son versiones internalizadas de determinados mandatos culturales como por ejemplo, que las mujeres deben usar la dieta como vía para alcanzar metas más elevadas; o el hecho de que la mujer debe regular su conducta frente a la comida, puesto que, de forma contraria, perdería el control; así como también el mandamiento que expresa que las mujeres deben comer comida baja en calorías (Cabral, 2006).

4.2 Modelo de Slade

Para complementar estos aportes, Slade propuso un análisis funcional, en donde se evidencia la necesidad de control como factor fundamental tanto para el desarrollo como para el mantenimiento de la AN. Éste mecanismo se da por reforzamiento positivo, puesto que cada vez que el sujeto restringe su ingesta alimenticia experimenta sentimientos de logro (Palacios, 2007).

Para establecer su modelo Slade utiliza el análisis funcional de la conducta, estableciendo un ABC, basándose en el ya mencionado ABC creado por Ellis, en donde se tiene en cuenta antecedentes (A) de la conducta (B) y sus consecuencias (C). Slade subdividió los antecedentes en: factores predisponentes y factores precipitantes; mientras que para él, las consecuencias podrían ser tomadas como reforzadores positivos (premios), reforzadores negativos (evitación de determinado problema) o castigos (Slade, 1996).

La característica principal de éste modelo es que las condiciones antecedentes para la conducta anoréxica son una combinación de perfeccionismo e insatisfacción general, la cual da como resultado una necesidad de autocontrol en el ámbito corporal.

Para Slade, “si una persona predispuesta se embarca con éxito en una dieta como resultado de un estímulo desencadenante apropiado, se seguirán ciertas consecuencias” (Slade, 1996, p. 404). La primera consecuencia es la percepción de un refuerzo positivo por parte del individuo, debido a los sentimientos de éxito y control que experimenta, los cuales exceden a los de insatisfacción que antes sentía. Es por ello que el sujeto centrará su interés en realizar dieta y controlar el peso, realizando dietas cada vez más restrictivas. La segunda consecuencia, es que el individuo se aboca a un número limitado de preocupaciones (comida, peso), lo cual, en cierta forma, capacita a la persona para evitar otros problemas presentes en su vida. Lo antes dicho oficia de reforzador negativo.

En base a este modelo, se enuncia que tanto el hacer dieta, como el control del peso, poseen dos funciones en sujetos con AN, la función de reforzar positivamente, y la de reforzar de forma negativa. A su vez, según Slade, para un paciente crónico, se le añade la función de proporcionar una identidad, es decir el ser anoréxico (Slade, 1996).

Estas dos formas de reforzamiento se vinculan a dos formas de perfeccionismo presentes en pacientes con AN: perfeccionismo negativo y perfeccionismo positivo. Slade menciona que: “un alto perfeccionismo positivo hace a un individuo particularmente sensible a los efectos del refuerzo positivo, mientras que un alto perfeccionismo negativo hace a un individuo particularmente sensible a factores del refuerzo negativo” (Slade, 1996, p.408). Básicamente, el perfeccionismo positivo es “la motivación para realizar con éxito determinadas metas de cara a obtener consecuencias positivas” (Slade, 1996, p. 407). El perfeccionamiento negativo, según Slade, es “la motivación para lograr ciertas metas para evitar/escapar de las consecuencias negativas” (Slade, 1996, p.407). Los rasgos del perfeccionismo positivo presentes en individuos con AN engloban la necesidad de éxito, la búsqueda de la perfección y el deseo de delgadez; mientras que los rasgos del perfeccionismo negativo contienen la evitación del fracaso, la evitación de la imperfección y la evitación de la obesidad (Slade, 1996)

4.3 Modelo de Vitousek & Hollon

En 1990 estos autores, al igual que los mencionados con anterioridad, enuncian que la conducta de pacientes anoréxicos se mantiene por determinadas ideas sobrevaloradas respecto al peso y a la figura. Vitousek & Hollon, sostienen que éstas ideas son precedidas por el perfeccionismo y las dificultades en la regulación del afecto (Palacios, 2007). Éstos autores se han abocado a la función de la autoestima, el procesamiento de la información, así como también, las representaciones de uno mismo y la motivación. Para Vitousek la distorsión cognitiva central que presentan los individuos con AN se puede percibir como un esquema, el cual intrinca la visión que el individuo tiene de sí y las creencias impartidas por la cultura, sobrevalorado el ideal de la delgadez en la mujer. Como corolario de dicho esquema, según Shafran & de Silva, se genera la creencia que sostiene como solución, al hecho de sentirse poco valioso, la pérdida de peso (Cabral, 2006).

Para Vitousek & Hollon, tanto los pensamientos, creencias y comportamientos del sujeto con AN, son reforzados mediante cuatro vías (Cabral, 2006):

- i. Reforzamiento positivo: el cual se produce gracias a sentimientos de éxito, superioridad y control, que se generan luego de poder seguir una dieta restrictiva.
- ii. Reforzamiento negativo: puesto que evitan estar gordos/as.

- iii. La valía personal, para los individuos con AN, se define en función del peso; y es esto lo que predispone a tener determinado tipo de procesamiento de la información que contribuye a mantener ciertas ideas y comportamientos.
- iv. Los efectos de la inanición ayudan a mantener el desorden alimentario.

Según Shafran & de Silva (citado por Cabral), un gran reforzador es el que imparte la sociedad con su ideal de delgadez, así como también muchos individuos con AN se ven reforzados por la atención y preocupación que les brindan los integrantes de su familia (Cabral, 2006).

4.4 Modelo de Fairburn, Shafran & Cooper

En 2003, Fairburn (citado por Cabral), plantea que existe de forma preponderante y constante una serie de distorsiones cognitivas en los pacientes con AN, siendo la más común la baja autoestima, seguida por el perfeccionismo, siendo éste último especialmente prominente en la AN, frente a otros TCA. Fairburn junto con Cooper sostienen que el perfeccionismo, si bien está presente previa aparición de la AN, aumenta durante el trastorno (Cabral, 2006).

Estudios realizados por Fairburn, Shafran & Cooper demostraron que la evaluación negativa de sí mismo está presente con anterioridad al comienzo de la enfermedad, lo cual constituye un factor de riesgo. Para realizar una evaluación acerca de sí mismo, cualquier individuo utilizará la percepción de su desempeño en distintos ámbitos de su vida, sin embargo, las personas anoréxicas, según Fairburn, se autoevalúan únicamente en términos de su silueta y peso (Cabral, 2006).

En lo que respecta al modelo de estos autores, se señala que la patología del sujeto anoréxico reside en la necesidad de autocontrol. Según Duchesne (citado por Cabral), dichos individuos se perciben con poca capacidad de control, y es por esto que buscan en la restricción alimenticia la sensación de control y dominio. El modelo de Fairburn, Shafran & Cooper, postula que dicha necesidad de control suele convertirse en una búsqueda de éste focalizada en la comida y el cuerpo. A sí mismo, el modelo plantea que la restricción de la ingesta se mantiene de tres maneras (Cabral, 2006):

- I. Por reforzamiento positivo, el cual es proveniente del incremento de sentimientos de autocontrol y autovaloración.
- II. Por los efectos a nivel fisiológico de la inanición, los cuales fomentan una percepción errónea sobre el control ejercido sobre la comida. Dicha percepción da lugar a que el sujeto crea o sienta que ha fracasado en su control sobre la comida y es por esto que aparece nuevamente una restricción en la ingesta.
- III. Por el hecho, en la cultura occidental, de considerar el ejercicio de control sobre el peso como un índice de autocontrol.

Otro mecanismo que ayuda al mantenimiento de la AN es que los pacientes no son conscientes de estar padeciendo un problema. Según Fairburn, dichos sujetos ven su situación, más que como una enfermedad, como un logro o realización personal (Cabral, 2006).

En 1999 Fairburn, Shafran & Cooper, enuncian que el síntoma clave en la AN es la distorsión de la imagen corporal. Son ellos quienes, en 2003, presentan la teoría transdiagnóstica, la cual plantea que, el conjunto TCA presentan la misma psicopatología, y que los pacientes oscilan entre los diagnósticos. A su vez, dichos autores enuncian cuatro mecanismos de mantenimiento de los TCA: perfeccionismo clínico (superior en pacientes con AN); baja autoestima; irritabilidad, y dificultades interpersonales.

4.5 Modelo de Waller, Kenerley & Ohanian

En 2004, Waller, Kenerley & Ohanian explican las razones por las que una persona puede desarrollar AN. Para ellos, dicho trastorno se mantiene por un mecanismo de evitación primaria, puesto que el hecho de no comer prevendría la aparición de cogniciones generadoras de malestar (Palacios, 2007).

4.6 Anorexia e imagen corporal

“Belleza y fealdad. Un sendero con imprevisiones desde la niñez hasta la ancianidad.

Cada casa tiene un espejo y cada espejo nos pregunta ¿Quién es este cuerpo?”

(Yaryura, Neziroglu, Pérez, & Borda, 2003, p. 23)

Tanto la percepción distorsionada de la imagen corporal, como la insatisfacción frente al propio cuerpo, forman la base de los TCA (Magnato & Cruz, 2002). Y es por esto, que creo importante realizar un apartado que intente esclarecer las ideas centrales respecto al concepto de imagen corporal y su distorsión.

La imagen corporal es un concepto complejo, el cual despertó el interés de varios investigadores, siendo Paul Schilder, en el siglo XX, quien más se destacó por sus estudios. Mediante éstos, él introdujo la importancia de factores psicológicos en la constitución de la imagen corporal, los cuales hasta ese entonces no eran considerados, puesto que la imagen corporal era restringida a factores fisiológicos (da Silva, 2015).

Es Hilde Bruch quien, en 1962, fue la primera en considerar que la imagen corporal es un aspecto central en los TCA (Moreira, 2013). Según dicha autora (citada por Martínez) quien padece AN “no reconoce el proceso de su delgadez, tiene una visión distorsionada de los estímulos propioceptivos y un sentido de ineficacia personal” (Martínez, 2008, p.14).

Según Buendía & Rodríguez, la definición de imagen corporal ha sufrido varios cambios, partiendo desde quienes la definían como una mera “habilidad del cerebro para detectar el peso, limitar la forma y tamaño e incorporar éstos dentro de los esquemas mentales” (Mead, citado por Buendía & Rodríguez, 1996, p.414); a la cual se la complejiza teniendo en cuenta diversos factores como ser emociones, actitudes, entre otros.

En 1990, Thompson enuncia tres elementos que constituyen el constructo de imagen corporal (Buendía & Rodríguez, 1996):

- I. Componente perceptual: se refiere a la precisión con la que es percibido el tamaño del cuerpo. Su alteración produce una sobreestimación o subestimación del tamaño corporal.
- II. Componente conductual: está formado por las conductas que se desprenden del componente anterior, así como también los sentimientos asociados a la percepción.
- III. Componente afectivo: refiere a los sentimientos, cogniciones y valoraciones que se generan en base al cuerpo como objeto de percepción.

Garner & Grafinkel fueron los primeros (en 1981) en formular la existencia de un trastorno en la imagen corporal. Para ellos, la alteración de la imagen corporal radica en la distorsión previa de la talla, lo cual conduce a una sobre estimación del tamaño corporal, así como también una alteración cognitivo-afectiva que se asocia a la insatisfacción y preocupación por la silueta (Moreira, 2013).

Para Cash & Brown (citados por Salaberria, Rodríguez, & Cruz) las alteraciones en la imagen corporal se centran en dos aspectos: la alteración cognitiva-afectiva (los sentimientos y pensamientos negativos hacia el cuerpo), y las alteraciones perceptivas (inexactitud en la estimación del tamaño y forma corporal). Sin embargo, lo que aún no se esclarece es cuál es la relación entre ambos aspectos. Es complejo determinar si la distorsión de la imagen se genera por la insatisfacción con el cuerpo, o si la existencia de una insatisfacción con la imagen produce la distorsión de la misma (Salaberria, Rodríguez, & Cruz, 2007)

Cash & Pruzinsky (citados por da Silva) plantean que la vivencia de la imagen corporal es sumamente subjetiva y no siempre se corresponde con la realidad. Así como también que está en estrecha relación con los sentimientos de autoconciencia, puesto que es cómo percibimos nuestro cuerpo, y está determinada por el entorno social, dado que dicha autopercepción es mediatizada por las influencias de la cultura. Así mismo, la experiencia de imagen corporal no es estática, sino que varía a lo largo de nuestras vidas, e influye en el procesamiento de la información, de modo que, la forma en la que percibimos el entorno se relaciona con el modo en que pensamos sobre nosotros mismos. Para dichos autores es importante destacar que la imagen corporal influye sobre las conductas (da Silva, 2015).

En pacientes con AN las alteraciones de la imagen corporal son centrales por el fuerte vínculo que se establece entre autoestima y valoración de sí misma, con la apariencia corporal (Moreira, 2013).

Tanto Fairburn (en 1993), como Sepúlveda (en 2001) (ambos citados por Moreira) destacan la importancia de la intervención en la imagen corporal, en pacientes con AN (Moreira, 2013). Para Toro & Artigas (citados por da Silva) quienes padecen AN perciben la realidad con la misma precisión con la que lo hace cualquier otro sujeto, se evidencia una percepción distorsionada de su cuerpo. Dichos autores plantean que la distorsión es de aproximadamente un 30% de su volumen, la cual obedece no al cuerpo que ve, sino al que imagina tener, debido a que es una distorsión en la representación mental su cuerpo. Toro & Artigas plantean que quien padece AN tienen una alteración en su imagen corporal “tan vívida, tan clara, tan ansiógena, que se superpone y aún supera la percepción visual de su cuerpo” (Toro & Artigas, citados por da Silva, 2015, p.24).

Es importante la evaluación de la imagen corporal en pacientes con AN o en quienes presenten factores de riesgo para desarrollarla. Para ello se han desarrollado diversos métodos, entre ellos cuestionarios, escalas de siluetas, estimaciones corporales, entrevistas, entre otros.

Reflexiones finales

*“No somos perfectos
 Ni estamos solos
 Venciendo complejos
 Que te vendieron
 Hay que ser muy cruel
 Para hacer creer
 Que no hay que comer para ser mujer”*
 (Chenoa, “Dieciséis”)

El presente trabajo ha intentado esclarecer aspectos generales de la AN, atendiendo a su historia, diagnóstico, epidemiología, entre otros aspectos. Se intentó profundizar en los factores que predisponen, precipitan y perpetúan el trastorno, dejando en evidencia el carácter multifactorial de su etiología. Se buscó presentar de forma concisa algunos modelos cognitivo-conductuales que intentan explicar la génesis y mantenimiento del trastorno.

La AN se caracteriza, entre otras cosas, por un peso excesivamente bajo, el cual se consigue de forma autoinducida. Si bien es un trastorno cuyo número de afectados va en aumento, generando la creencia de que la inducción del hambre por parte del propio sujeto es actual, ésta data desde la antigüedad. Considero interesante poder pensar en un cierto paralelismo entre los fines por los cuales se producía el ayuno en el Medioevo (a cargo de las “santas anoréxicas”), y los motivos que llevan hoy en día a quienes padecen este trastorno a llegar a límites fatídicos. En ambos casos se persiguen fines inalcanzables, irracionales. Las “santas anoréxicas”, mediante el ayuno, buscaban la purificación y salvación; actualmente las anoréxicas buscan la perfección.

La masificación de los TCA se produce por varios factores, entre los cuales se encuentra el compuesto por los medios de comunicación y la forma en que, gracias a ellos, se propagan los ideales de la cultura hipermoderna. Actualmente, dichos medios envían mensajes ambiguos, puesto que por un lado, incitan a los sujetos a consumir alimentos “rápidos”, poco saludables, pero, por otro, promulgan los valores de la extrema delgadez como medio para el éxito y la realización personal. Considero importante abrir líneas de pensamiento en base a lo expuesto teniendo en cuenta que, dentro de los TCA se encuentra el tipo de anorexia nerviosa purgativa, así como también otro trastorno caracterizado por atracones y purgas (Bulimia). En relación a ambos trastornos, el papel de esta clase de mensajes parece crucial. Es decir, sujetos que presenten factores de riesgo para desarrollar algún TCA, siendo receptores de esta clase de mensajes, pueden desarrollar conductas de alimentación poco adaptativas, intentando seguir lo que promulgan los medios, el “comer comida chatarra” y no engordar. Si bien los medios de comunicación no son los únicos responsables de la

propagación de éste tipo de trastornos, facilitan la masificación de determinados ideales impartidos por la cultura, e instalan modelos a seguir, sobre todo por personas propensas a padecer TCA.

El presente trabajo intenta abrir líneas de problematización sobre la cantidad de factores que inciden en la génesis de los TCA, particularmente en la AN. Si bien a priori, personalmente, estaba al tanto de la existencia de varios factores que inciden en la formación y desarrollo del trastorno, el hecho de hacer un relevamiento bibliográfico sobre ellos, hizo que pudiera visualizar aún más la complejidad del trastorno, no sólo teniendo en cuenta dichos factores sino también su interrelación. Así mismo, dicho relevamiento, contribuyó a la visualización de que el hecho de realizar una dieta es un factor que precipita, pero que también perpetúa el trastorno, instalando una especie de “círculo vicioso” en donde la persona se embarca en dietas cada vez más restrictivas, y se autoimpone metas cada vez más exigentes y difíciles de lograr. Con la instalación de esta especie de “círculo vicioso” se podría pensar en una cierta similitud con algunas adicciones, la diferencia radica en que en éstas el sujeto tiene que aprender a vivir “sin” lo que le genera adicción, en cambio, quien padece de AN tiene que aprender a convivir “con” los alimentos, establecer una nueva relación con ellos.

Con la presente monografía, se intentó relacionar la TCC con la AN, mediante modelos que explican cómo se genera y mantiene la misma. Es gracias a dichos modelos que se hace posible apreciar la relevancia del reforzamiento. Éste se produce de varias formas dentro de quienes padecen AN. Por ejemplo, en pacientes crónicos, hay un reforzamiento intrínseco, es decir, proporcionado por el propio sujeto, puesto que se siente parte de un grupo, lo cual genera una identidad, el “ser anoréxico/a”. Al ser esto un reforzador, genera que la persona siga manteniendo esas conductas que lo hacen pertenecer a dicho grupo, y por tanto, siga manteniendo el trastorno. A su vez se produce un reforzador, también intrínseco, a causa de los sentimientos de control que experimenta la persona, creyendo que al tener control sobre su cuerpo, sobre lo que come, o no, también tiene control sobre otros aspectos de su vida.

Los reforzadores ayudan a mantener el trastorno, y creo que por ello es importante ahondar en la investigación relacionada a ellos, y analizarlos, para poder así construir una terapia efectiva.

Me parece interesante, en base a lo expuesto durante el trabajo, poder abrir líneas de pensamiento y problematización sobre determinados aspectos, principalmente en lo que respecta al impacto que tiene lo socio-cultural en lo micro-social, en la vida del sujeto. Investigar cómo, desde determinados discursos, tanto verbales como corporales, se trasladan los valores y creencias sociales. Problematizar sobre lo que transmiten los diversos medios de comunicación, así como también las conductas que se desarrollan en el ámbito familiar, puesto que éste es el primer contacto que tiene el sujeto con lo impartido por la sociedad.

Tomando los aportes de Bandura y su aprendizaje social, por imitación, abrir visibilidad a cómo las conductas de los demás pueden influir en un sujeto, que si a su vez presenta otros elementos considerados como factores de riesgo puede desarrollar una AN.

Muchos autores evidencian la estrecha relación entre la imagen corporal y la AN. La imagen corporal es un constructo complejo y dinámico, que se forma por percepciones conductas, emociones y cogniciones. Dicha relación es un tema tan vasto que posibilita otras instancias de estudio y profundización, como por ejemplo, una investigación que busque esclarecer cómo lo cultural, lo familiar, o lo biológico (factores predisponentes) puede influir en la imagen corporal que desarrolla el sujeto. Como posible investigación a futuro, considero interesante el hecho de poder ahondar en las creencias irracionales y en las distorsiones cognitivas más frecuentes en individuos con distorsión de la imagen corporal, así como también, investigar sobre la efectividad de la reestructuración cognitiva en distorsiones de la imagen corporal, y cómo mediante ello, enriquecer el tratamiento de la AN. Es decir, incluir como un posible objetivo terapéutico en casos de AN, lo que refiere a la imagen corporal y su distorsión.

Todo lo mencionado aquí, como en el transcurso del trabajo, puede contribuir a la clínica uruguaya, puesto que los modelos expuestos son incipientes en nuestro país. Así mismo, el hecho de esclarecer cómo se genera y mantiene un trastorno, facilita la creación de un tratamiento acorde al sujeto, teniendo en cuenta las variables individuales, familiares y biológicas del mismo. Es importante el poder indagar, en clínica, los modos irracionales de procesar la información, las distorsiones cognitivas, es decir, que dentro de los tratamientos se le otorgue importancia a ellos.

Considero de gran relevancia en el ámbito clínico tanto la prevención como el interés por identificar los factores de riesgo que predisponen al sujeto a padecer AN. Dado la multiplicidad de factores que inciden en la AN es importante un trabajo interdisciplinario no solo para el tratamiento, sino para la prevención, informando sobre la importancia de una alimentación saludable, pero dejando en claro que ella no es sinónimo de dieta restrictiva. Así como también, promulgando otros valores que derriben la creencia de que la delgadez extrema es un sinónimo de éxito y de valía personal.

En base a lo expuesto se puede problematizar sobre la complejidad de factores que influyen en este trastorno, así como también sobre los valores que promulga la cultura actual y las presiones que se ejercen sobre los sujetos para alcanzarlos, sin olvidar el papel de los medios de comunicación, que masifican lo impartido por la cultura. No hay que dejar de mencionar la industria que se genera en torno al culto a la delgadez, la cual mueve capitales económicos, un claro ejemplo es la industria de la moda. Quizá, si problematizamos sobre estas cuestiones, podríamos comprender mejor porqué a pesar de conocerse los riesgos y graves consecuencias de la AN, sigue siendo un trastorno tan vigente.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-V. Madrid: Médica Panamericana
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales-IV-TR. Barcelona: MASSON
- Aguinaga, Fernández, & Varo. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 279-292.
- Andersen, A. (1996). Contrastes y comparaciones entre hombres y mujeres con trastornos de alimentación: desafíos para la clínica y la investigación. En J. Buendía, *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales* (págs. 439-460). Madrid: Pirámide.
- Becoña, E., & Oblitas, L. (2004). Terapia Cognitivo-conductual: antecedentes técnicas. En L. Oblitas, *¿Cómo hacer psicoterapia exitosa? Los 22 enfoques más importantes en la práctica psicoterapéutica contemporánea y de vanguardia* Bogotá: Psicom Editores.
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Chile neuro-psiquiat*, 319-334.
- Behar, R., Manzo, R., & Casanova, D. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista Médica de Chile*, 312-319.
- Borda, Río, d., & Torres. (2003). Creencias irracionales en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 16-28.
- Borrego, O. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 44-50.
- Buendía, J., & Rodríguez, M. d. (1996). Anorexia nerviosa e imagen corporal. En J. Buendía, *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales* (págs. 411-437). Madrid: Pirámide.
- Cabral, M. S. (2006). Comprendiendo la Anorexia Nerviosa. Un camino hacia un mejor abordaje terapéutico. (Tesis de Grado). UCUDAL., Montevideo.
- Calvo, R. (2001). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la conducta alimentaria. En E. García-Gamba, *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (págs. 191-213). Barcelona: MASSON.
- Carraro, R. (2001). Modulación neuroquímica del comportamiento alimentario. En E. García-Gamba, *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. (págs. 31-44).

- Chertok, J. A. (1990). Conceptos básicos. En J. A. Chertok, *Terapia del comportamiento. Principios básicos de la psicología conductista*. (págs. 13-29). Montevideo: Ciencias.
- Chertok, J. A. (1990). Condicionamiento clásico. En J. A. Chertok, *Terapia del comportamiento. Principios básicos de la psicología conductista*. (págs. 51-65). Montevideo: Ciencias.
- Chertok, J. A. (1990). Condicionamiento Operante. En J. A. Chertok, *Terapia del comportamiento. Principios básicos de la psicología conductista*. (págs. 31-48). Montevideo: Ciencias.
- Chertok, J. A. (1990). El origen de las ideas irracionales. En J. A. Chertok, *Terapia del comportamiento. Principios básicos de la psicología conductista*. (págs. 93-105). Montevideo: Ciencias.
- Chertok, J. A. (1990). El problema de las causas en psicoterapia conductista. En J. A. Chertok, *Terapia del comportamiento. Principios básicos de la psicología conductista*. (págs. 107-114). Montevideo: Ciencias.
- Chertok, J. A. (1990). Modelo cognitivo de aprendizaje. En J. A. Chertok, *Terapia del comportamiento. Principios básicos de la psicología conductista*. (págs. 75-92). Montevideo: Ciencias.
- Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (2011). *Anorexia y bulimia. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa.
- da Silva, V. (2005). La imagen corporal y su vinculación con la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa desde un abordaje Cognitivo Conductual. (Tesis de Grado). UCUDAL, Montevideo
- De Vigan, D. (2013). *Días sin hambre*. Barcelona: Anagrama.
- del Bosque-Garza, J., & Caballero-Romo, A. (2009). Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 398-409.
- Díaz, M., & Carrasco, J. (2001). La personalidad y sus trastornos en la anorexia y en la bulimia nerviosas. En E. García-Gamba, *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (págs. 93-106). Barcelona: MASSON.
- Díaz, M., Ruiz, Á., & Villalobos, A. (2012). Historia de la Terapia Cognitivo Conductual. En M. Díaz, Á. Ruiz, & A. Villalobos, *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales* (págs. 29-97). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Fernández, F., & Turón, V. (1998). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: MASSON.
- García, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: MASSON.

- García-Gamba, E. (2001). Complicaciones médicas en los trastornos de la conducta alimentaria. En E. García-Gamba, *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (págs. 125-139). Barcelona: MASSON.
- García-Gamba, E. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. En E. García-Gamba, *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. (págs. 3-29). Barcelona: MASSON.
- Garfinkel, P., & Kaplan, A. (1996). Psicopatología y trastornos de alimentación. En J. Buendía, *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales* (págs. 371-400). Madrid: Pirámide.
- Garner, D. (1996). Factores culturales y educación en el tratamiento de los trastornos de alimentación. En J. Buendía, *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales* (págs. 461-476). Madrid: Pirámide.
- Godoy, A., & Cobos, M. P. (1990). Tratamiento de un caso con problemas alimenticios. En F. Méndez, & D. Maciá, *Modificación de la conducta con niños y adolescentes* (págs. 151-164). Madrid: Pirámide.
- López, P., Arana, F., Keegan, E., Lago, A., & Scappatura, M. L. (2005). *XII Jornadas de investigación y Primer encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Actualización y perspectivas en la relación perfeccionismo-imagen corporal*. Buenos Aires.
- Magnato, C., & Cruz, S. (2002). La insatisfacción corporal como variable explicativa de los trastornos alimenticios. *Revista de Psicología de la PUCP*, 198-223.
- Mardomingo, M. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia. En E. García-Gamba, *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (págs. 109-115).
- Martínez, V. (2008). Trastornos alimentarios y su comorbilidad con depresión en una muestra de estudiantes hermosillenses. Hermosillo, México: Universidad de Sonora. División de Ciencias Sociales.
- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (2001). ¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual? *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, (págs. 1-6)
- Morales, C. (1997). Estudio clínico y evolutivo de la anorexia nerviosa (Tesis Doctoral). Universidad de La Laguna, Tenerife.
- Moreira, R. (2013). Anorexia Nerviosa: su relación con la imagen corporal. Montevideo. (Tesis de Posgrado). UCUDAL, Montevideo
- Moreno, S., & Villar, S. (2001). Características clínicas y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. En V. Caballo, & M. Á. Simón, *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (págs. 261-289). Madrid: Pirámide.

- Palacios, X. (2007). Evolución de las Teorías Cognoscitivas y del Tratamiento Cognoscitivo de la Anorexia Nerviosa. *Terapia psicológica*, 73-85.
- Portela, M., da Costa, H., Mora, M., & Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 391-401.
- Rodríguez, E. (2009). La terapia centrada esquemas de Jeffrey Young. *Aances en psicología*, 59-74
- Salaberria, K., Rodríguez, S., & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 171-183.
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones*, 67-80.
- Sevillano, J. (2001). Evaluación y motivación en los trastornos de la conducta alimentaria. En E. Garcia-Gamba, *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (págs. 75-92). Barcelona: MASSON.
- Silva, J. (1990). Aprendizaje imitativo. En J. A. Chertok, *Terapia del comportamiento. Principios básicos de la psicología conductista*. (págs. 67-74). Montevideo: Ciencias.
- Slade, P. (1996). Modelo explicativo causal para la anorexia y bulimia nerviosa. En J. Buendía, *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales* (págs. 401-410). Madrid: Pirámide.
- Staudt, M., Rojo, N., & Ojeda, G. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 24-30.
- Vaile, J. I. (s.f.). ¿Qué es la imagen corporal? *Revista de Humanidades "Cuadernos del Marqués San Adrian"*, 1-16.
- Yaryura, J. A., Neziroglu, F., Pérez, R., & Borda, T. (2003). *Obsesiones Corporales*. Buenos Aires: Polemos.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2013). Terapia de esquemas: modelo conceptual. En J. Young, J. Klosko, & M. Weishaar, *Terapia de esquemas. Guía práctica*. (págs. 27-115). Bilbao: Desclée de Brouwer.