

ISSN: 2007-7149

REVISTA DE  
**PSICOLOGÍA**

DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

Vol. 4, No.7, enero - junio 2015



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

Dr. en D. Jorge Olvera García <i>Rector</i>	M. en E. Javier González Martínez <i>Secretario de Administración</i>
Dr. en Ed. Alfredo Barrera Baca <i>Secretario de Docencia</i>	Dr. en C. Pol. Manuel Hernández Luna <i>Secretario de Rectoría</i>
Dra. en Est Lat. Ángeles María del Rosario Pérez Bernal <i>Secretaria de Investigación y Estudios Avanzados</i>	Dr. en D. Hiram Raúl Piña Libien <i>Abogado General</i>
M. en D. José Benjamín Bernal Suárez <i>Secretario de Rectoría</i>	Lic. en Com. Juan Portilla Estrada <i>Director General de Comunicación Universitaria</i>
M. en E.P.D. Ivett Tinoco García <i>Secretaria de Difusión Cultural</i>	Lic. Jorge Bernáldez García <i>Secretario Técnico del Gabinete</i>
M. C. I. Ricardo Joya Cepeda <i>Secretario de Extensión y Vinculación</i>	Lic. en D. Yoab Osiris Ramírez Prado <i>Secretario Particular</i>
M. en A. Ed. Yolanda Ballesteros Senties <i>Secretaria de Cooperación Internacional</i>	

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA

Dr. Manuel Gutiérrez Romero <i>Director</i>	Mtro. Juan Carlos Fabela Arriaga <i>Coordinador del Centro de Estudios y Servicios Psicológicos Integrales</i>
Mtro. Saúl Urcid Velarde <i>Subdirector Académico</i>	Mtra. Irma Ortiz Valdez <i>Coordinadora de la Licenciatura en Psicología</i>
M. en Psic. María Teresa García Rodea <i>Subdirectora Administrativa</i>	Dr. Jaime R. Gutiérrez Becerril <i>Coordinador de la Licenciatura en Educación</i>
Mtro. Carlos Ramón Dacomba Sánchez <i>Coordinador de la Unidad de Planeación y Evaluación</i>	Mtra. Diana Franco Alejandre <i>Coordinadora de la Licenciatura en Trabajo Social</i>
Mtra. Gabriela Hernández Vergara <i>Coordinadora de Posgrado</i>	Mtro. Eduardo Gómez Gómez <i>Coordinador de la Licenciatura en Cultura Física y del Deporte</i>
Dra. Aida Mercado Maya <i>Coordinadora de Investigación</i>	Mtra. Angélica García Marbella <i>Jefa de Departamento de Tutoría Académica</i>
Mtra. Lucrecia Cardoso Reyes <i>Coordinadora de Difusión Cultural</i>	C. Jesús Nava García <i>Jefe del Departamento de Control Escolar</i>
Mtro. Alejandro Gutiérrez Cedeño <i>Coordinador de Extensión y Vinculación</i>	Dr. Alfredo Díaz y Serna <i>Cronista</i>



**REVISTA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**, vol. 4, no. 7, enero - junio 2015, es una publicación semestral editada, publicada y distribuida por la Universidad Autónoma del Estado de México a través de la Facultad de Ciencias de la Conducta, Av. Filiberto Gómez s/n, Col. Guadalupe, Toluca, Estado de México, C. P. 50010, tel. 01722 2720076, revista\_psicologia@uaemex.mx, Editor responsable: José Antonio Vírveda Heras. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2013-010914004500-102, ISSN: 1870-8706, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor, Licitud de Título y Contenido No. 15961, otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Impresa por Editorial CIGOME, S. A. de C. V., RFC: ECI 970507G65, vialidad Alfredo del Mazo, 1524, Col Exda. La Magdalena, tel. 722 2372758, CP 50010, Toluca, Estado de México. Este número se terminó de imprimir el 25 de noviembre del 2014 con un tiraje de 200 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Se permite la reproducción total o parcial de los contenidos citando la fuente.

**La REVISTA DE PSICOLOGÍA DE LA UAEM está incorporada al Catálogo del Sistema de Información LATINDEX-Catálogo**



CONTENIDO  
CONTENTS

Editorial	7
Trastornos de la alimentación	
Trastornos alimentarios: historia y criterios diagnósticos, diferencias y novedades del DSM-IV-TR al DSM-5 Eating disorders: history and diagnostic criteria, differences and developments from DSM-IV-TR to DSM-5 <i>Ximena Ruesga-Lozano, Teresa Chávez-Aguilar</i>	9
Aspectos descriptivos de los trastornos alimentarios Descriptive aspects of eating disorders <i>Ricardo Díaz-Castillo, Araceli Aizpuru-de la Portilla</i>	25
Anorexia y bulimia en América Latina y España: reporte cuantitativo de actitudes expresadas en un blog Anorexia and bulimia in Latin America and Spain: quantitative report of attitudes expressed in a blog <i>Rodolfo Sierra-Márquez</i>	43
Modelo terapéutico de la Clínica Ellen West Therapeutic model of Ellen West Clinic <i>Marcela Arzaluz-Zamora</i>	63
Tratamiento integral de la bulimia nerviosa: estudio de caso Integral treatment of bulimia nervosa: a case study <i>Araceli Aizpuru-de la Portilla</i>	81
Alexitimia como factor de riesgo para los trastornos alimentarios Alexithimia as a risk factor for eating disorders <i>Ricardo Díaz-Castillo</i>	97

Artículo especial

La construcción de estereotipos de género a través de las imágenes del xxii catálogo de ilustradores de publicaciones infantiles y juveniles en México 109

The construction of gender stereotypes trough images of the xxii catalog of ilustrators of publications for children and young readers in México

*Alejandro Ramírez-Nava, Carolina Serrano-Barquín, Patricia Zarza-Delgado, Héctor Paulino Serrano-Barquín*

## EDITORIAL

Este número está dedicado al tema: trastornos de la conducta alimentaria, enfermedad actual que representa un gran reto para los especialistas de la salud mental.

En alguna ocasión leí sobre el caso de Ellen West en una clase durante la Maestría en Psicología en la Universidad Iberoamericana. En el artículo se cuestionaba el motivo por el cual, a pesar de tener un excelente psicoanalista (L. Biswanger), ella muere a consecuencia de la enfermedad. Esto evidenció, desde mi punto de vista, que un sólo modelo no es suficiente para una problemática tan compleja y decidí, en mi práctica clínica, sumar aproximaciones más que restarlas. Y aunque pueda ser más complicado, mi propia formación inclusiva me ha dado un panorama que enriquece los modos de ver, entender y trabajar.

Me parece que en todos estos años se ha venido dando un cambio importante ya que, a pesar del aumento en la prevalencia, tanto en nuestro país como en otros, hemos avanzado en términos de prevención secundaria. También en el ámbito de legislación (por ejemplo, en 2011 se incluyó la anorexia nervosa como enfermedad sujeta a incapacidad, iniciativa dirigida por la Cámara de Senadores, gracias al trabajo conjunto de la Fundación Ellen West y la Comisión de Grupos Vulnerables. Asimismo, existe más información en los medios de comunicación, campañas en contra del retoque digital, el peso de las modelos, etc., y también se manejan algunos programas de prevención en escuelas privadas de la república mexicana. Sin embargo, algo que desafortunadamente sigue sucediendo es la enorme frecuencia con la que médicos generales e incluso los especialistas pasan por alto estas enfermedades. Recibir a una persona con anorexia o bulimia crónica de muchos años de evolución es un tema recurrente en cualquier centro de tratamiento. No estamos hablando aquí del paciente crónico que ha pasado por muchos tratamientos y no se ha recuperado, sabemos que muchos casos son refractarios y/o se tornan crónicos, más bien nos referimos al fenómeno de la falta de identificación de la enfermedad o la confusión con otros padecimientos que son consecuencia y no causa, como la desnutrición, la depresión o trastornos asociados como el bipolar, obsesivo compulsivo, entre otros.

Abordan este tema es muy complejo y polémico por naturaleza. Las personas que las padecen tienen características difíciles de entender como la negación, por ejemplo, su frecuente cronicidad y la dificultad en entenderla y tratarla. Incluso es difícil verla como lo constatamos cuando una familia acude a tratamiento con un hijo o hija extremadamente delgado y todos sus miembros esperan (o suponen) que esté



sana. La negación de la familia es un fenómeno muy estudiado, pero no deja de sorprender y consternar.

Es curioso analizar la falta de consenso que existe alrededor de este tema: incluso puede cuestionarse, si es una enfermedad o una adicción, o sólo un síntoma, o quizá una estructura en sí misma o parte de otra estructura; si es curable o incurable. Sabemos que en psicología existen diversas corrientes muy diferentes e incluso antagónicas, pero en el ámbito de la anorexia y la bulimia hay cierto tono de intolerancia que muestra, desde mi perspectiva, el reto que representa enfrentar, estudiar y entender estos desórdenes (suerte no muy diferente de la que ocupó a la histeria en su tiempo).

Este trabajo pretende dar un panorama actual de los trastornos de la alimentación y para eso se presentan artículos sobre estudios de modelos basados en evidencia, que permiten estudiar y entender aquellos fenómenos que pueden ser cuantificados. No quiero dejar de señalar que mi formación como psicoterapeuta psicoanalítica ha sido fundamental para entender más allá de lo cuantificable. La psicología es extraordinariamente rica en sus perspectivas y este es un esfuerzo por difundir el trabajo que hemos venido realizando por muchos años.

Se presentan trabajos con una secuencia que inicia con los antecedentes históricos de la anorexia y bulimia, así como los criterios y diagnósticos, haciendo una revisión de las diferencias entre el DSM-IV y el DSM-5 de reciente publicación; se incluye un reporte descriptivo de las estadísticas de los últimos diez años del centro de tratamiento Ellen West; Sierra aporta un estudio estadístico de los resultados de un cuestionario aplicado a mujeres a través de una página de internet de las llamadas PRO ANA y MIA; se presenta el modelo de tratamiento aplicado en un centro de tratamiento para pacientes con trastornos de la alimentación en la ciudad de México; un estudio de caso que nos permite hacer más tangible los modelos terapéuticos y finalmente, Díaz-Castillo aporta una investigación en donde estudia la alexitimia como factor de riesgo para el desarrollo de estas enfermedades.

Los próximos veinte años serán cruciales para el porvenir de la sociedad y sobre todo de las y los jóvenes de nuestro país y del mundo. Las enfermedades que podemos denominar como "actuales" están generando intenso sufrimiento y devastación entre ellos. La industria y los medios de comunicación, con sus implicaciones económicas y sociales en estos fenómenos, están siendo señalados y habrá mucho por definirse en términos de prevención primaria, así como de tratamiento.

Ojalá el conocimiento aporte elementos que permitan proteger a las futuras generaciones. La moneda está echada.

Este número se complementa con un artículo especial que pretende acentuar el carácter educativo de la ilustración, sobre todo en relación con la construcción de género.

Editora especial

Dra. Araceli Aizpuru-de la Portilla

Fundadora y Directora de la Clínica Ellen West

# TRASTORNOS ALIMENTARIOS: HISTORIA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS, DIFERENCIAS Y NOVEDADES DEL DSM-IV-TR AL DSM-5

## EATING DISORDERS: HISTORY AND DIAGNOSTIC CRITERIA, DIFFERENCES AND DEVELOPMENTS FROM DSM-IV-TR TO DSM-5

Ximena Ruesga-Lozano, Teresa Chávez-Aguilar

Universidad Anáhuac Norte, México

Correspondencia: ximerul@gmail.com

### RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo narrar la historia de los trastornos alimentarios desde los tiempos de las “santas anoréxicas” hasta la actualidad. En la narración se comparten las historias de las primeras mujeres con anorexia y el tabú que representaba la enfermedad, creyéndola incluso, una condición demoniaca. Asimismo, se cuentan algunas historias de las mujeres que presentaron esta enfermedad por una creencia divina y el bienestar espiritual, sin embargo, se profundiza un poco en esta creencia y se sugiere que dichas conductas no sólo implican la negación de la vida terrenal y una búsqueda espiritual, sino también la pérdida de cualquier rastro de feminidad. Por otro lado, el artículo hace referencia a la actualidad, a los criterios diagnósticos de la enfermedad, haciendo una comparación y análisis entre el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM), poniendo énfasis en las similitudes y diferencias entre la cuarta y la quinta y más reciente versión del mismo.

**Palabras clave:** trastornos alimentarios, historia, santas anoréxicas, DSM-IV, DSM 5.

### ABSTRACT

This work aims to tell the story of Eating Disorders since the time of the “Anorexic Saints Woman” until today. In telling the stories of the first women with anorexia are shared, and taboo representing the disease, even believing a demonic condition. Also some stories of women who had this disease for a divine belief and spiritual welfare are counted, however, delve deeper into this belief and suggests that such behavior not only involved the denial of mortality and a search spiritual, but also the loss of any trace

of femininity. Furthermore, the article refers to the present, the diagnostic criteria of the disease, making a comparison and analysis between the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), emphasizing the similarities and differences between the fourth and fifth and most recent version of the Manual.

**Key words:** eating disorders, history, holy anorexics, DSM -IV, DSM 5.

#### HISTORIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Los primeros antecedentes de la anorexia nerviosa han sido conocidos desde los orígenes de la civilización occidental, siendo en la religión cristiana, durante la Edad Media, donde se encuentran numerosas descripciones de mujeres jóvenes que ayunaban hasta el total rechazo del alimento. Estas conductas eran consideradas como un signo de elección divina o de posesión demoniaca que podían conducir respectivamente a la canonización o a la hoguera. Se hablaba de una enfermedad misteriosa que transformaba a la persona y se caracterizaba por una pérdida de peso a partir de una dieta de hambre autoimpuesta (Guillemot y Laxenaire, 1994; Rausch-Herscovici y Bay, 2000).

Una narración medieval refiere que Santa Catalina de Siena (Catalina Benincasa), hermana melliza e hija menor de veinticinco hermanos, murió con apenas 25 kilos de peso después de pasar varios años casi en ayuno total, en su deseo de entrega a Dios. De niña tuvo su primera visión: Jesús vestido de blanco, le sonreía, rodeado de varios santos aureolados de rayos luminosos. A partir de esta edad, Catalina comienza a renunciar a la comida y en la pubertad se niega obstinadamente a casarse como sus padres le ordenan. Se impone penitencias de todo tipo: ayunos, flagelaciones, etc. Desde los 16 años hasta su muerte, sólo come pan y hierbas crudas, bebe agua y pierde rápidamente la mitad de su peso (Caparrós y Sanfeliu, 2004).

En la historia de las santas católicas los casos de ayuno eran comunes. En el siglo X, la hija del rey de Portugal Santa Wilgefortis (del latín *virgo fortis*, “virgen fuerte”) o Liberata como es conocida en Francia, España y Portugal, se negó a comer hasta morir para evitar su matrimonio con el rey moro de Sicilia, hombre por el que sentía un profundo desprecio. Esta rebeldía, imperdonable en la Edad Media, hizo fracasar los planes matrimoniales de su padre, quien luego la hizo crucificar (López-Herrero, 1999). Se dice que Santa Wilgefortis ayunó y le rezó a Dios, rogándole que le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres. Al cabo de un tiempo de adoptar un régimen de plegarias, ascetismo y dieta de inanición, su rostro y su cuerpo comenzaron a cubrirse de vello. Luego fue adoptada en muchos países de Europa como santa patrona por aquellas mujeres que deseaban verse liberadas de la atención masculina (Rausch-Herscovici *et al.*, 2000). También está documentado como Sor Juana Inés de la Cruz y Santa Rosa de Lima, –patrona de Perú, América y Las Filipinas–, sometían su cuerpo al hambre y a la tortura como vehículo para

acercarse a Dios (Gamero-Esparza, 2002). Citamos un pasaje de la vida de Santa Rosa que consideramos de interés: Desde niña manifestó su inclinación al retiro y a la penitencia, ayunando continuamente; “se alimentaba con yerbas y raíces cocidas y para evitar las alabanzas que continuamente le prodigaban por su belleza, se frotaba el cutis con pimienta hasta corroerlo (...)” (Beccar Varela y Udaondo, 1910, citado en Almenara-Vargas, 2006:120). Tomando como modelo a Catalina de Siena, hizo voto de virginidad, y al poco tiempo, como una de las mayores bellezas era su espléndida cabellera, se la cortó de raíz (Almenara-Vargas, 2006).

Estas santas, entre otras, formaban parte de este grupo de mujeres religiosas que, aisladas del mundo o recluidas en monasterios por imposición o voluntad propia, entretejieron la insólita historia de la anorexia nerviosa, enfermedad que en la actualidad ha adquirido un carácter epidémico afectando a mujeres jóvenes y adultas más que a los hombres (Gamero-Esparza, 2002).

A partir de la historia de las “santas anoréxicas”, podemos comenzar a observar una vida regida por privaciones y comportamientos autodestructivos, en la que el rechazo del alimento no sólo implicaba la negación de la vida terrenal, sino también la pérdida de cualquier rastro de feminidad. Ayunos, flagelaciones, una imagen de mujer carente de formas sexuales y eróticas, además, de una búsqueda de privarse de todo aquello que del ser femenino pudiera despertar el deseo de un hombre; se presentan de manera constante en estas vivencias místicas. Si bien, todo ello era realizado en nombre del ideal divino de la época; no podemos dejar de apreciar, que allí, en medio de este entramado de sufrimiento y padecimiento, estas aspirantes a santas hallaron algún tipo de satisfacción que las impulsó a sacrificar su vida por la Iglesia, en las que el cuerpo se presentaba como testigo real de una experiencia que unificaba amor y goce.

En el pensamiento cristiano tomó forma la imagen de la mujer como instrumento del pecado. Eva, perversa y tentadora, y junto a ella, como contrapunto, la imagen de la Virgen, negando su sexualidad y resaltando su papel de madre. Para la doctrina cristiana el cuerpo es considerado de naturaleza débil y pecaminosa, exigiendo control y regulación estricta por parte de la mente (Sáenz, 2003).

La angustia cristiana por la carne y su corrupción conduce a una lucha franca del espíritu contra el cuerpo. El cuerpo debe ser purificado, y en esta operación de expurgación, el rechazo del alimento aparece como crucial porque él mismo nutre el cuerpo carnal (Recalcati, 2004).

En el periodo medieval, el ayuno se presentaba como forma de “purificación y sacrificio” a Dios, en donde estar “sin comer” era considerado un signo de santidad, y resistir a la tentación era valorado. Mientras los monjes ayunaban para purificarse frente a las tentaciones del mundo, la mujer lo hacía para liberarse de su propio cuerpo, considerado por el pensamiento cristiano como el verdadero origen del pecado. El ayuno religioso constituía un medio para obtener la gracia, el perdón,

la iluminación mística, pero, sobre todo, la identificación con Dios (Brusset, 1994; Sáenz, 2003).

Vemos cómo en esta época la oralidad estaba estrechamente vinculada con lo religioso y lo sagrado. Por medio de la comida sacrificial (ayuno), el sujeto se vinculaba con Dios Padre y con el grupo social de pertenencia. La “santa anoréxica” fue respetada por la sociedad, el ayuno se presentaba como un método que la mujer utilizaba para limpiar y purificar su alma, permitiéndole acceder a un estado de mayor espiritualidad. El ayuno constituía una experiencia individual, pero compartida en su dimensión simbólica con la comunidad. El carácter milagroso y santo de sus prácticas era atribuido por el entorno social que, fascinado, contemplaba el fenómeno junto con la autoridad religiosa, la que en ocasiones le otorgaba el carácter de santidad (Gamero-Esparza, 2002; Isoletta, 2009).

En la actualidad, la anorexia nerviosa no aspira a ninguna santidad, no obstante, en estas pacientes existe una profunda y férrea voluntad idealizada: prescindir del cuerpo, ignorar sus necesidades, gozar con su control y sus consecuencias autodestructivas. El ideal ya no es un dios religioso, sin embargo, hay una ofrenda del cuerpo a un dios particular, un dios que también proviene del imaginario colectivo: el ideal de perfección y de control, el ideal de la renuncia a la sexuación (Isoletta, 2009).

A partir de la historia de estas santas ayunadoras, podemos vislumbrar una posición particular frente a la pulsión y el deseo; en ellas hay un profundo rechazo no sólo del objeto alimentario, sino del cuerpo como fuente de placer y atracción libidinal. Como en las “santas anoréxicas”, en la anorexia nerviosa actual, el cuerpo se presenta asexuado, indiferente a la diferenciación sexual (Gamero-Esparza, 2002). Tomamos el ejemplo de Santa Wilgefortis, quien le pidió al Señor que la liberara de la mirada masculina, y de Santa Rosa de Lima, quien se despojó de toda belleza que podía despertar el deseo de un hombre, para preguntarnos si podemos pensar la anorexia nerviosa como una defensa frente a la angustia que experimenta la joven al verse confrontada con el deseo del otro, con el deseo del hombre, y si el rechazo del objeto alimentario se presenta como una maniobra para preservar su propio deseo (Ferrero, 2009). A través de estas experiencias religiosas, podemos observar cómo las “santas anoréxicas” ponían en riesgo su ser mediante la privación del tener. En la moral cristiana el valor del ser se impuso como proporcional a la renuncia al tener. La pobreza será invocada como principio ético fundamental para alcanzar una vida auténticamente religiosa. Esta es la posición de la santa: ascetismo del tener para ser, lo que produce una desposesión radical del sujeto ordenando su vida en la privación. Sólo podían comer hostias benditas, un alimento que no pertenece al registro del tener. La hostia, como fragmento del cuerpo de Cristo, es ausencia del tener, es puro don del ser (Recalcati, 2004).

A diferencia de la mística que consagra su ser en el culto a la trascendencia, la anoréxica lo hace en nombre de la imagen y de la estética. Retomaremos este

tema al hablar del discurso capitalista, el que sostiene la ilusión de que mediante la multiplicación del tener se puede alcanzar el ser (Recalcati, 2003), para ingresar en los siglos XIX y XX, momento en que el discurso religioso pierde hegemonía frente al discurso médico.

Fue en 1694 cuando apareció la primera descripción clínica de la anorexia nerviosa. Ésta se le atribuyó al médico inglés Richard Morton. En ese entonces, fue denominada “consunción nerviosa”, consumición física derivada de trastornos nerviosos (Raich, 1994). Cuadros similares al presentado por Morton, lo describieron el médico inglés Whyte en 1767 y el médico francés Nadeau en 1789. Sin embargo, la anorexia nerviosa cobró entidad clínica merced a los esfuerzos clasificatorios del Siglo XIX (Caparrós et al., 2004).

Con el médico francés Ernest Charles Lasègue, en 1873, la anorexia dejó de ser definitivamente asunto divino y demoniaco para entrar a la ciencia médica, aunque lo hizo desde el ámbito de la psique (Martín, 2000). Lasègue, en un artículo publicado durante ese año, con el título “L anorexia hystérique”; reconoció que la histeria es la causante de dicho trastorno, denominando a la enfermedad anorexia histérica. Para él, esta patología es una enfermedad mental: un cuadro clínico preciso, con una evolución bastante típica y un tratamiento propio. La definió como perversión insólita del apetito (Goldman, 2005). Describió el cuadro haciendo referencia a la progresiva restricción alimentaria, a fenómenos concomitantes como hiperactividad motriz, amenorrea y constipación. Al aludir a la familia, presta atención a los dos métodos que los padres agotan siempre como rogar y amenazar, y con perspicacia señala que el exceso de insistencia llama a un exceso de resistencia (Losinno, 2001).

Por esta misma época, 1873, el médico psiquiatra inglés sir William Gull, describe cuadros de anorexia en una conferencia celebrada en Oxford, y acuña el nombre de “anorexia nerviosa”, término que prevalece hasta nuestros días (Raich, 1994).

El caso de Ellen West, referido por Binswanger en 1945, es uno de los casos psiquiátricos descrito con más detalle y que más comentarios ha merecido. Se trataba de una anoréxica purgativa, con evolución a la bulimia y síntomas de gran aparatosidad que terminó suicidándose; fue diagnosticada como histeria por un primer analista, de simple melancolía por Kraepelin, esquizofrenia simple por Bleuler y Binswanger, una constitución psicopática de desarrollo progresivo por otro psiquiatra, y algo parecido a una psicosis endógena por Zutt (Chinchilla, 1994).

LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN EL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE TRASTORNOS MENTALES (DSM)

El *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*, conocido por sus siglas en inglés como DSM, (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), es realizado por la APA (*American Psychiatric Association*) y utilizado por millones de profesionales en el área de la salud mental.

En 1844, durante una reunión en Filadelfia, 13 directores de hospitales psiquiátricos fundaron la *AMSAII, Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane*, misma que con el tiempo, en 1921, se convirtió en la APA. Y para 1948 se estandarizó un sistema para clasificar las enfermedades mentales, por lo que en 1952 se publicó el primer DSM.

En fin, ha sido una larga trayectoria de todo el estudio de las enfermedades mentales, y tras estos años de esfuerzos y avance científico en la psicología y psiquiatría, hoy contamos con la última versión del Manual diagnóstico y estadístico, *DSM 5 (American Psychiatric Association [APA], 2013)*. Se publicó en inglés en junio de 2013, y como todavía no está disponible a la venta en su traducción al español, en este artículo les hablaremos sobre las diferencias del *DSM IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2004)* al *DSM 5 (APA, 2013)*, en el estudio y análisis de los diagnósticos del apartado de Trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Para comenzar el análisis y en consecuencia la comparación, primero se presentan textualmente los criterios diagnósticos del *DSM IV- TR (APA, 2004)* y posteriormente, los del *DSM 5 (APA, 2013)*.

#### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO AL *DSM IV-TR (APA, 2004)*

##### *Trastornos de la conducta alimentaria*

###### Anorexia nervosa

- A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo pérdida de peso que da lugar a un peso inferior a 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior a 85% del peso esperable).
- B) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Bulimia nervosa

- A) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- Ingesta de alimento en un corto tiempo (p. ej., en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y en las mismas circunstancias.
  - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- D) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

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

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

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificado se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específico. Son los siguientes:



1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: Se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

#### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO AL DSM 5 (APA, 2013)

##### *Trastornos de la nutrición y conducta alimentaria*

Dentro del apartado de TCA en el DSM 5 (APA, 2013), encontramos que el nombre cambia a trastornos de la nutrición y conducta alimentaria, de manera que se agregan los siguientes trastornos: pica, desorden de rumiación y desorden evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos. Sin embargo, nos remitiremos a estudiar únicamente los criterios de la anorexia nervosa, bulimia nervosa, trastorno por atracón y trastorno alimenticio no especificado.

##### Anorexia nervosa

- A) Restricción de la ingestión de energía, lo que conlleva a un peso significativamente menor en contexto de edad, sexo, trayectoria del desarrollo y salud física. Se define como peso significativamente bajo al peso menor al mínimo normal o para adolescentes y niños, menor al mínimo esperado.
- B) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o conductas persistentes que intervengan con la ganancia de peso, incluso estando en un peso significativamente bajo.
- C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, influencia indebida del peso o siluetas corporales en la autoevaluación, o persistente falta de reconocimiento de la seriedad de la actual baja de peso.

**Especificar tipo:**

**Tipo restrictivo:** el individuo no ha presentado episodios de atracón ni conductas purgativas (vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos o enemas) los últimos tres meses. La pérdida de peso se logra principalmente con dieta, ayuno y/o ejercicio excesivo.

**Tipo purgativo/atracón:** el individuo ha presentado durante los últimos tres meses episodios de atracón ni conductas purgativas (vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos o enemas).

**Especificar si:**

**En remisión parcial:** después del cumplimiento de los criterios para anorexia, el criterio A no se ha cumplido por un período de tiempo sostenido, pero ya sea el criterio B o el C, se cumplen.

**En remisión completa:** después del cumplimiento de los criterios para anorexia, ninguno de los criterios se han cumplido por un periodo sostenido.

**Especificar la gravedad actual:**

La gravedad desde el nivel mínimo se basa, para los adultos, en el índice actual de masa corporal (IMC) (véase más adelante) o, para los niños y adolescentes, en el IMC percentil. Los rangos más abajo se derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en los adultos; para niños y adolescentes, se deben utilizar los percentiles de IMC correspondientes.

El nivel de gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de incapacidad funcional y la necesidad de tener supervisión.

Leve: índice de masa corporal igual o mayor que  $17\text{kg}/\text{m}^2$

Moderada: índice de masa corporal de 16 a  $16.99\text{ kg}/\text{m}^2$

Severa: índice de masa corporal de 15 a  $15.99\text{ kg}/\text{m}^2$

Extrema: índice de masa corporal menor de  $15\text{ kg}/\text{m}^2$

**Bulimia nervosa**

A) Episodios recurrentes de atracones. Un atracón es caracterizado por los siguientes síntomas:

- Comer en un tiempo determinado y relativamente corto (ej. 2 horas) una cantidad de alimento mucho más grande de lo que otras personas comerían en ese mismo periodo y bajo las mismas circunstancias.
  - Episodios en donde se tiene la sensación de pérdida de control sobre lo que se come (sentir que no puede parar de comer o controlarse sobre qué y cuánto está comiendo).
- B) Conductas compensatorias recurrentes para evitar subir de peso como: provocarse vómito, uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos y/o actividad física excesiva.
- C) Los atracones y conductas compensatorias han ocurrido al menos durante tres meses.
- D) La autoevaluación y autoconcepto está completamente influenciado por la imagen corporal y el peso.
- E) La distorsión no aparece exclusivamente en episodios de anorexia nervosa.

Especificar si:

Remisión parcial: después de que se cumplan previamente los criterios completos para la bulimia nervosa, algunos, pero no todos, de los criterios se han reunido durante un periodo sostenido de tiempo.

Remisión total: después de que se cumplan previamente los criterios completos para la bulimia nervosa, ninguno de los criterios se ha cumplido durante un periodo sostenido de tiempo.

Especificar la severidad del trastorno:

El nivel mínimo de gravedad se basa en la frecuencia de conductas compensatorias inapropiadas (ver más abajo). El nivel de gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de incapacidad funcional.

- Leve: un promedio de 1 a 3 episodios de conductas compensatorias inadecuadas por semana.
- Moderado: un promedio de 4 a 7 episodios de conductas compensatorias inadecuadas por semana.
- Grave: un promedio de 8 a 13 episodios de conductas compensatorias inadecuadas por semana.
- Extremo: un promedio de 14 o más episodios de conductas compensatorias inadecuadas por semana.

### Trastorno por atracón

1. Episodios recurrentes de atracones de comida. Un episodio de atracones de comida se caracteriza por las dos condiciones siguientes:
  - Comer, en un periodo discreto (por ejemplo, dentro de 2 horas), una cantidad de alimento que es definitivamente más grande que lo que la gente come en un periodo similar de tiempo bajo circunstancias similares.
  - Una sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio (por ejemplo, la sensación de que uno no puede dejar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).
2. Los atracones se asocian a tres (o más ) de los siguientes:
  - Comer más rápido de lo normal.
  - Comer hasta sentirse incómodamente lleno.
  - Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente físicamente hambriento.
  - Comer solo debido a sentir vergüenza por las grandes cantidades que se están comiendo.
  - Sentirse disgustado con uno mismo, deprimido o muy culpable después.
3. Aflicción marcada con respecto a los atracones está presente.
4. Los atracones se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
5. El comer en exceso no está asociado con el uso recurrente de comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente durante el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: después de que se cumplen previamente todos los criterios para el trastorno por atracones, éstos se producen con una frecuencia media de menos de un episodio por semana para un periodo sostenido.

En remisión completa: después de que se cumplen completamente los criterios previos para el trastorno por atracón, ninguno de los criterios se ha cumplido por un periodo sostenido.

Especificar severidad actual:

El nivel mínimo de gravedad en la frecuencia de los episodios de atracón (ver abajo). El nivel de gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de incapacidad funcional.

- **Leve:** 1 a 3 episodios de atracones por semana.
- **Moderado:** 4 a 7 episodios de atracones por semana.
- **Grave:** 8 a 13 episodios de atracones por semana.
- **Extreme:** 14 o más episodios de atracones por semana.

#### Trastorno de la alimentación no especificado

En esta categoría se unifican y añaden los síntomas característicos de una alimentación y de trastorno de la alimentación que causa deterioro clínicamente significativo en partes sociales, profesionales u otras áreas importantes del funcionamiento predominante, sin embargo, no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos en la alimentación. Se incluyen los siguientes:

1. **Anorexia nerviosa atípica:** todos los criterios para la anorexia nerviosa se cumplen, a excepción de que a pesar de la pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro o por encima del rango normal.
2. **La bulimia nerviosa (de baja frecuencia y/o duración limitada):** todos los criterios para la bulimia nerviosa se cumplen, salvo que el trastorno por atracón e inapropiado ocurre, en promedio, menos de uno a la semana y/o por menos de tres meses.
3. **Trastorno por atracón (de baja frecuencia y/o duración limitada):** todos los criterios para el trastorno por atracón se cumplen, salvo que se produzca el trastorno por atracón, en promedio, menos de una semana y / o por menos de tres meses.
4. **Trastorno purgativo:** comportamiento de purga recurrente que influye en el peso o la forma (por ejemplo, vómitos autoinducidos, mal uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.

#### Trastorno de la nutrición o alimentación no especificado

Esta categoría se aplica a los síntomas característicos de una alimentación y de trastorno de la alimentación que provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, profesionales u otras áreas importantes del funcionamiento predominante, pero no cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos en la alimentación.

La categoría del trastorno de nutrición o alimentación no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar la razón de que los criterios no se cumplen para una alimentación específica y/o trastorno de la alimentación o ingesta específico, de manera que no cuenta con la información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

### *Análisis de las diferencias encontradas*

Como podemos ver, entre las novedades del DSM 5 (APA, 2013) en comparación con su versión pasada, DSMIV-TR (APA, 2004) encontramos diferencias desde el título del apartado hasta elementos específicos propios de los criterios diagnósticos. Es decir, en la nueva versión del manual, ya no es únicamente TCA, sino que se agregan los trastornos de la ingesta o nutrición como pica, rumiación y restrictivo, mismos que se encontraban en el apartado de trastornos de la niñez. Por lo que el nombre de la categoría o apartado cambia a “trastornos de la nutrición y alimentación”.

Observamos que dentro de los cambios más importantes se encuentra el criterio de la amenorrea para la anorexia nervosa, pues en la última versión éste desaparece, por lo que, en caso de que alguna mujer presente todos los síntomas de la anorexia sin padecer amenorrea, ya no se consideraría TANE, sino anorexia nervosa como tal.

Además, en el caso de la bulimia, cambia la frecuencia de atracones y conductas purgativas al hecho de que sean realizados al menos una vez por semana para poder considerarla dentro del diagnóstico. Continuando con este trastorno, se elimina el tipo de bulimia no purgativa y purgativa, de manera que queda fuera la bulimia no purgativa clasificándose como un TANE (trastorno de la alimentación no especificado).

Encontramos que el trastorno por atracón (TPA) se ha clasificado independientemente de los TANE y se considera al igual que la anorexia y la bulimia. Es importante tomar en cuenta que para hacer el diagnóstico de algún paciente debemos considerar el tiempo en el que ha dejado o comenzado a tener ciertos pensamientos y conductas específicas propias de un TCA, y este tiempo debe ser de tres meses a la fecha actual de evaluación. Además, en el DSM 5 (APA, 2013), se incluye el criterio de severidad en todos los trastornos, por lo que se debe explorar de manera más profunda la gravedad del padecimiento.

Algunos profesionales de la salud estarán de acuerdo con los cambios realizados y otros no. Respecto a los autores, consideramos que el hecho de que el DSM 5 (APA, 2013) tome en cuenta la edad, sexo, trayectoria evolutiva, severidad del trastorno y remisión del mismo, a diferencia de la edición pasada en donde los referentes para el diagnóstico eran únicamente el peso y la talla (junto con frecuencia en el caso de la bulimia), es un gran avance en el mundo de la salud mental, particularmente en el tema de los Trastornos de la Conducta Alimentaria; por lo que, finalmente, esta misma premisa abrirá grandes debates entre los especialistas en la materia.

No obstante, es necesario considerar que, debido a los cambios ocurridos, las investigaciones deberán traducirse en términos de los criterios actualizados y de esta forma todos los profesionales en la salud mental podamos entender el tema con un lenguaje universal.

Por último, habría que pensar sobre la repercusión de los cambios de los criterios sobre el tratamiento de estos trastornos. Es decir, estos cambios pueden ser tomados como una ventana de oportunidad para la prevención y tratamiento oportuno en este tipo de enfermedades complejas que requieren constante actualización.

Cabe mencionar que dentro de nuestra responsabilidad social, como profesionales o estudiantes de la salud mental, nos debemos comprometer al estudio de estos criterios para poder realizar diagnósticos claros y dar tratamientos eficientes. No perdamos de vista nuestro objetivo: el bienestar y la salud mental.

En el caso de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, todavía nos queda un largo camino por recorrer, ¡hay mucho por descubrir y avanzar! Los invitamos a reflexionar sobre la última edición del DSM y mantener una mente abierta para los posibles cambios que puedan surgir en el texto revisado; sin perder de vista que lo más importante es curar a las víctimas de estas enfermedades y prevenir la caída de personas en riesgo.

#### REFERENCIAS

1. Almenara-Vargas, C. (2006). *Análisis histórico crítico de la anorexia y bulimia nerviosa*. Tesis para obtener el título profesional de Psicólogo, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado el 25 de abril de 2014, de [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/almenara\\_vc/.../almenara\\_vc-th.4.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/almenara_vc/.../almenara_vc-th.4.pdf)
2. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
3. Asociación Americana de Psiquiatría (2004). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Versión IV (DSM-IV). Barcelona: Masson.
4. Brusset, B. (1994). El ayuno y la purificación. *Revista Actualidad Psicológica*, 216, pp. 25-26.
5. Caparrós, N. y Sanfeliu, I. (2004). *La anorexia, una locura del cuerpo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
6. Chinchilla, A. (1994). *Anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid: Ergon.
7. Ferrero, A. (2009). Reflexiones sobre la anorexia: una visión psicoanalítica. *Psicología em Estudo*, 14 (1), s/p.
8. Gamero-Esparza, C. (2002). La insoportable levedad del nunca comer. Primera parte: santas y brujas. *Vivat Academia*, 36, pp. 1-58. Recuperado el 25 de abril de 2014, de <http://www.ucm.es/info/vivataca/antiores/n36/DATOSS36.htm>
9. Goldman, B. (2005). *Anorexia y bulimia: Un nuevo padecer*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
10. Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura*. Barcelona: Masson.
11. Isoletta, S. (2009). Comentario al texto "Santa anorexia, la noche oscura del cuerpo". Recuperado el 25 abril de 2014, de <http://susanaisoletta.blogspot.com/2009/06/comentario-al-texto-santa-anorexia-la.html>

12. López-Herrero, L. (1999). Anorexia: comer nada. Una perspectiva psicoanalítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19 (72), pp. 599-608.
13. Losinno, H. (2001). Anorexia nerviosa: una perspectiva histórica. *Revista Actualidad Psicológica*, 288, pp. 7-8.
14. Martín, O. (2000). Aproximación histórica a la psicopatología de los trastornos de la conducta alimentaria, Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado el 25 de abril de 2014, de [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa34/conferencias34\\_ci\\_f.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa34/conferencias34_ci_f.htm)
15. Raich, R. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
16. Rauch-Herscovici, C. y Bay, L. (2000). *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.
17. Recalcati, M. (2004). *La última cena: anorexia y bulimia*. Buenos Aires: Ediciones del Cifrado.
18. Sáenz, M. (2003). Cuerpo y género. *Norte de Salud Mental*, 17, pp. 17-21.

**Envío a dictamen:** 4 de marzo de 2014

**Reenvío:** 20 de mayo de 2014; 15 de junio de 2014

**Aprobación:** 30 de agosto de 2014

Ximena Ruesga-Lozano

Licenciada en Psicología, con pre-especialidad en Psicología Clínica, por parte de la Universidad Anáhuac México Norte. Actualmente es psicología en la Clínica Ellen West. Correo: ximerul@gmail.com

Teresa Chávez-Aguilar

Licenciada en Psicología, con pre-especialidad en Psicología Clínica, por parte de la Universidad Anáhuac México Norte. Actualmente es psicología en la Clínica Ellen West. Correo: tere712@hotmail.com





# ASPECTOS DESCRIPTIVOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

## DESCRIPTIVE ASPECTS OF EATING DISORDERS

*Ricardo Díaz-Castillo\**, *Araceli Aizpuru-de la Portilla\*\**

\* Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, México

\*\* Universidad Iberoamericana, México

Correspondencia: [psi.diaz.castillo@gmail.com](mailto:psi.diaz.castillo@gmail.com)

### RESUMEN

Los trastornos alimentarios son alteraciones en el comportamiento alimentario originadas por un deseo patológico de conseguir una figura corporal delgada. Se ha identificado a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa como los principales trastornos. El objetivo del presente estudio fue presentar los aspectos generales teóricos de los trastornos alimentarios: una descripción estadística de las variables sociodemográficas, cualidades diagnósticas, práctica de conductas, signos clínicos y nutricionales, así como aspectos familiares. Los principales resultados señalan que, en los últimos años, ha incrementado el número de personas que solicitan tratamiento para dichos trastornos, que el mayor porcentaje de personas que solicitan tratamiento se encuentra entre la bulimia purgativa y la anorexia restrictiva, que las mujeres con menor promedio de edad fueron aquellas con trastorno no específico, seguidas de las mujeres con anorexia. Otro aspecto importante fueron los síntomas fisiológicos entre los que destacaron, con mayor frecuencia, las complicaciones gastrointestinales como constipación y diarrea, asimismo, que un porcentaje importante presentaba pérdida excesiva de cabello, hipotermia, piel reseca y taquicardias, síntomas claramente asociados a la presencia del trastorno.

**Palabras clave:** trastornos alimentarios, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, descripción estadística, aspectos generales.

### ABSTRACT

Eating Disorders are alterations in feeding behavior caused by a pathological desire to get a slim body figure. Anorexia nervosa and Bulimia nervosa have been identified

as major problems. The objective of this study was to present the theoretical Eating Disorders general aspects as well as a statistical description of the sociodemographic variables, diagnostic qualities, practice behaviors, and nutritional clinical signs as well as family issues. The main results show that in recent years has increased the number of people seeking treatment for these disorders; the highest percentage of people seeking treatment is among the Bulimia Anorexia Purgative and Restrictive than women with lower mean age were those with no specific condition, followed by women with anorexia. Another important aspect was the physiological symptoms among which were found most frequently gastrointestinal complications such as constipation and diarrhea, also, that a significant percentage had excessive hair loss, hypothermia, tachycardia and dry skin, symptoms clearly associated with presence of the disorder.

**Key words:** eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, statistical description, general aspects.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios (TA) son alteraciones en el comportamiento alimentario originadas por un deseo patológico de conseguir una figura corporal delgada. El *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR; Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2004) señala que los principales TA son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). La AN se caracteriza por el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso y alteración de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Es importante mencionar que existen dos tipos: AN restrictiva (la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso, sin la presencia de atracones ni de purgas) y AN compulsiva/purgativa (se recurre regularmente a atracones y/o purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida). Por su parte, la BN se caracteriza por la presencia de atracones acompañados de métodos compensatorios para evitar la ganancia de peso. El DSM-IV-TR (APA, 2004) define como atracón al consumo de una gran cantidad de comida dentro de un tiempo corto con sensación de pérdida de control. Al igual que en la AN, en la BN también existen dos subtipos del trastorno: BN purgativa (las personas se provocan el vómito y/o hacen mal uso de laxantes, diuréticos y enemas), y BN no purgativa (las personas ayunan o practican ejercicio intenso). Además de estos dos principales trastornos, también existen los llamados trastornos de alimentarios no específicos (TANE) en donde se ubican los trastornos que no cumplen con todos los criterios diagnósticos para un TA específico. Por ejemplo, mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para AN, pero la menstruación es regular o el peso se encuentra dentro de los límites normales. Asimismo, se incluye el Trastorno por Atracón (TPA), caracterizado por la presencia de atracones, pero sin presencia de conductas compensatorias (APA, 2004).

### *Epidemiología*

Se ha estimado que la prevalencia de la AN se encuentra entre 0.5-1%, mientras que para la BN entre 1-3% (APA, 2004). Particularmente en México, Mancilla y colaboradores (2004) señalaron que en 1995 la prevalencia de BN y TANE fue de 0.14 y 0.35% respectivamente, y para 2001 incrementó a 0.24 y 0.91% para los mismos trastornos, el estudio no encontró casos de AN. Recientemente se reportó (Benjet, Méndez, Borges y Medina-Mora, 2012) que la prevalencia de TA es de 0.5% para AN, 1.0% para BN y 1.4% para TPA. A pesar de la aparentemente baja incidencia de TA, existe un alto porcentaje de mujeres con sintomatología de estos trastornos. Al respecto, se han realizado diversas investigaciones (Álvarez *et al.*, 2003; Franco *et al.*, 2007; Franco *et al.*, 2010; Mancilla-Díaz *et al.*, 2007; Martínez, Álvarez, Góngora, Franco y Mancilla, 2009; Vázquez, López, Álvarez, Franco y Mancilla, 2004; Vázquez *et al.*, 2005) que han documentado que el porcentaje de mujeres estudiantes universitarias con sintomatología de TA está entre 10 y 22%, lo que representa el riesgo para el desarrollo del trastorno.

### *Factores de riesgo*

Los factores de riesgo son condiciones que intervienen en la salud de las personas, puesto que las vuelven vulnerables ante la enfermedad e incrementan la posibilidad de que ésta aparezca, facilitando las condiciones para ello (Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001; Mancilla-Díaz *et al.*, 2006). Los factores de riesgo asociados a los TA han sido clasificados en cuatro categorías (Gómez-Peresmitré, 2001); 1) imagen corporal (insatisfacción con la imagen corporal, alteración de la imagen corporal, motivación por la delgadez y preocupación por el peso y la comida), 2) biología del cuerpo (peso corporal, estatura, índice de masa corporal, género y madurez sexual precoz o tardía), 3) conducta alimentaria (dieta restrictiva, atracones, conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados, ayunos y saltarse comidas, disminuir o evitar el consumo de alimentos considerados energéticos) y 4) conductas compensatorias (ejercicio excesivo, uso de laxantes, diuréticos, enemas y consumo excesivo de agua y/o fibra).

### *Prevención*

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) señaló que la prevención se refiere a aquellas medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad como la reducción de factores de riesgo, además a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas.

En el caso de la prevención de los TA, Stice y Shaw (2004) han clasificado a los programas de prevención en tres generaciones. La primera de carácter psico-educativo, donde se brinda la información acerca de los TA y sus consecuencias, esperando que la información ayude a que los informados no se relacionen en este tipo de conductas. Estas intervenciones han sido dirigidas a la población adolescente, principalmente. La segunda generación se basa en un aspecto didáctico de carácter universal en donde se han incluido componentes dirigidos a resistir las presiones sociales que llevan a la obsesión por la delgadez. Finalmente, la tercera generación incluye a los programas de prevención selectiva, es decir, está dirigida a aquellas personas que están en alto riesgo de presentar el trastorno. En este tipo de prevención se implementan estrategias interactivas enfocadas a los factores de riesgo predictores de TA, como la insatisfacción corporal, el ejercicio excesivo o el seguimiento de dietas restrictivas.

En México se han desarrollado programas de prevención dirigidos, precisamente, a la reducción de factores de riesgo (Gómez-Peresmitré, León, Platas, Lechuga, Cruz y Hernández, 2013). En este sentido, Pineda, Gómez-Peresmitré y Méndez (2010) compararon dos programas de prevención: intervención basada en la disonancia cognitiva e intervención psicoeducativa. Los resultados indicaron que en ambas intervenciones consiguieron reducciones estadísticamente significativas en insatisfacción corporal; además se encontró que todas las adolescentes que recibieron prevención disonante registraron un nivel sin riesgo en la variable dieta restringida durante el periodo de seguimiento. Por su parte, Rodríguez y Gómez-Peresmitré (2007) también compararon dos intervenciones de prevención, en este caso, una basada en la formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva y, la otra, una estrategia psico-educativa. Los resultados indicaron diferencias entre las intervenciones, siendo la primera de ellas la que redujo significativamente la preocupación por el peso y la comida, así como la conducta alimentaria compulsiva, mientras que en la segunda mejoró la satisfacción con la imagen corporal, sin embargo, esta mejora no se logró hasta el seguimiento. Finalmente, Escoto, Camacho, Rodríguez y Mejía (2010) evaluaron un programa de prevención diseñado para modificar las alteraciones de la imagen corporal en una muestra de 15 mujeres adolescentes (rango = 15 a 18 años de edad), quienes fueron asignadas aleatoriamente a una de dos condiciones: programa cognitivo-conductual ( $n = 8$ ) y grupo control en lista de espera ( $n = 7$ ). Los resultados señalaron que el programa de intervención tuvo un efecto positivo en el grupo experimental sobre el malestar con la imagen corporal. Lo anterior destaca la importancia de la prevención en los TA, ya que estos programas han mostrado efectos positivos en la satisfacción con la imagen corporal, la cual es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de estos trastornos.

### Tratamiento

La asistencia terapéutica de los TA, de acuerdo con la *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006) (Cruzat, Díaz, Kirszman, Aspillaga y Behar, 2013) debe restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional a un nivel saludable para el paciente en el caso de la AN, tratar las complicaciones físicas, proporcionar educación sobre patrones alimentarios y nutricionales sanos, modificar/mejorar las disfunciones previas o adquiridas a consecuencia de los TA (pensamientos, actitudes, sentimientos, conductas inadecuadas, etc.), además de incrementar el peso, reducir/eliminar los atracones y purgas, depresión, entre otras variables clínicas de interés, tratar los trastornos asociados (comorbilidades), tanto psiquiátricos (incluyendo las alteraciones del estado de ánimo, la baja autoestima, la conducta, etc.) como físicos (diabetes mellitus, etc.), conseguir el apoyo familiar de la persona afectada y proporcionarle asesoramiento y terapia cuando sea necesario y, finalmente, prevenir las recaídas.

Para cubrir dichos objetivos destacan, principalmente, tres tipos de tratamientos: nutricional, psicológico y psiquiátrico. Dentro del tratamiento nutricional existen dos variantes, la renutrición y la orientación nutricional (ON), en cuanto a la renutrición algunos estudios (Arii *et al.*, 1996; Robb *et al.*, 2002) han señalado que hay limitada evidencia de que existan diferencias clínicas significativas entre el tratamiento con alimentación con sonda nasogástrica comparado con el mismo tratamiento más los tratamientos estándares en el aumento de peso en adultos con AN hospitalizados, así como tampoco hay suficiente evidencia de diferencias significativas entre la nutrición parenteral total comparada con el tratamiento estándar en la ganancia de peso (Pertschuk, Forster, Buzby y Mullen, 1981). Al respecto, el *National Collaborating Centre for Mental Health* (Centro Nacional de Colaboración para la Salud Mental) de Estado Unidos (2004) sugiere que la nutrición parenteral total no debería utilizarse en personas con AN, excepto en los casos de rechazo del paciente a la sonda nasogástrica y/o disfunción gastrointestinal y que ésta debe aplicarse mediante criterios médicos estrictos, hasta que el paciente pueda reiniciar la alimentación oral, por lo que resulta más recomendable el tratamiento tradicional de renutrición. Por su parte, en cuanto a la ON, la información es limitada, sin embargo, se ha señalado que ésta resulta más eficaz que la terapia cognitivo conductual en la proporción de personas que se recuperan y en el incremento de su peso corporal (Berkman *et al.*, 2006). La renutrición del paciente es de suma importancia para el tratamiento, ya que existe evidencia que demuestra que a medida que los pacientes recuperan peso, mediante la rehabilitación nutricional, mejoran en otros síntomas del TA produciéndose un incremento en la elección de alimentos y disminuyendo la frecuencia e intensidad de su obsesión por los mismos (Hsu, 1990).

En cuanto a las terapias psicológicas, se han considerado: terapia cognitivo conductual (TCC), terapia interpersonal (TIP), terapia familiar sistémica (TFS), terapia

psicodinámica (TPD) y terapia conductual (TC). En este sentido, se ha documentado que no hay suficiente evidencia de que un determinado tratamiento psicológico sea superior a otro en adultos con AN, al finalizar el tratamiento y en el seguimiento postratamiento (Bachar, Latzer, Kreitler y Berry, 1999; Crisp *et al.*, 1991; Channon, Hemsley y Perkins, 1989; Dare, Eisler, Russell, Treasure y Dodge, 2001; McIntosh, Jordan y Carter, 2005; Treasure *et al.*, 1995). En cuanto a la BN está establecido que la TCC es más eficaz que cualquier forma de tratamiento con que se ha comparado e incluso superior a los programas conductuales que omiten la modificación de las actitudes desadaptadas relacionadas con el peso y la figura (Fairburn *et al.*, 1991). Además, la TCC se ha mostrado significativamente superior, a corto plazo, a cualquier forma de tratamiento psicológico con que se ha comparado (Fairburn, *et al.*, 1991; Whittal, Agras y Gould, 1999; Wilson *et al.*, 1999), además, la TCC grupal es más económica y se obtienen iguales resultados que con la TCC individual (Chen *et al.*, 2003).

El único tipo de psicoterapia que se ha demostrado ser igualmente eficaz a largo plazo, es la TIP (Fairburn, Jones, Peveler, Hope y O'Connor, 1993; Fairburn *et al.*, 1995), a pesar de que a corto plazo la TIP se mostró igual de eficaz que la TCC en la disminución de los atracones, esta última fue superior en la disminución de las conductas purgativas, la restricción alimentaria y en las actitudes negativas hacia el peso y la figura (Fairburn *et al.*, 1991).

Respecto al trastorno por atracón (TPA), se conoce muy poco en relación con su tratamiento, sin embargo, se ha reportado (Gorin, Le y Stone, 2003; Hilbert y Tuschen-Caffier, 2004) que la TCC es más efectiva en reducir la frecuencia de los atracones, logrando incluso la abstinencia y manteniéndola durante cuatro meses después. Además, se ha demostrado que la incorporación de estrategias conductuales para perder peso, en las que se aconseja reducciones calóricas moderadas, incremento de la actividad física y disminución de la frecuencia de los atracones, mejora el malestar psicológico de los sujetos, alcanzando resultados que se mantienen en el seguimiento (Wilfley y Cohen, 1997). También se ha señalado que la combinación de la TCC con las estrategias conductuales para perder peso es el procedimiento terapéutico más eficaz, tanto para disminuir los atracones como para facilitar la ganancia de peso a corto plazo (Marcus, Wing y Fairburn, 1995; Yanovski y Sebring, 1994).

Finalmente, en cuanto al tratamiento farmacológico se ha señalado que en pacientes con AN existen diferencias significativas en el aumento de peso al finalizar el tratamiento multimodal con antidepresivos comparado con placebo (Attia, Haiman, Walsh y Flater, 1998; Biederman *et al.*, 1985; Halmi, Eckert, LaDu y Cohen, 1986; Lacey y Crisp, 1980). Mientras que Fassino y colaboradores (2002) señalan que no hay diferencias significativas entre pacientes que tomaron antidepresivos (como el citalopram) y un grupo control en el aumento de peso al finalizar el tratamiento ambulatorio y que los antidepresivos tricíclicos pueden asociarse con una mejora en los trastornos secundarios al TA. En cuanto a los antipsicóticos se ha señalado (Wilson, Grilo y Vitousek, 2007) que los pacientes con AN aumentaron de peso mientras estaban

en tratamiento con olanzapina, alcanzando en muchos casos un peso saludable, además, identificaron beneficios adicionales de la olanzapina, incluyendo la reducción en el pensamiento delirioide, mejoría en la propia imagen corporal, disminución de la agitación y ansiedad previa a las comidas, mejoría del sueño, de los síntomas depresivos, en la adherencia al tratamiento y de otros síntomas de los TA. En cuanto a la BN, se ha señalado que la dosis de fluoxetina (60 mg/día) administrada de 6 a 18 semanas ha logrado reducir los atracones y purgas, así como los síntomas psicológicos relacionados con el TA en un breve tiempo (Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group, 1992).

Los tres tipos de intervenciones (nutricional, psicológica y psiquiátrica) han logrado resultados positivos en las pacientes con TA. De acuerdo con la *Guía de trastornos alimenticios* (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2004), el manejo de los TA debe ser una tarea combinada que requiere la conformación de un equipo de profesionales de diversas disciplinas que trabajen conjuntamente. A su vez, señala que el equipo de tratamiento básico debe ofrecer atención médica y psicoterapéutica y, de acuerdo con el caso, proporcionar terapia familiar o grupal, consulta ginecológica, psiquiátrica, endocrinológica y nutrición con profesionales que conozcan los trastornos alimentarios, por lo que no basta una labor de equipo multidisciplinaria, más bien se requiere de un tratamiento interdisciplinario.

### *Mortalidad*

Un aspecto importante en los TA es el desenlace de éstos, en este sentido, se ha señalado (APA, 2004) que en la AN el porcentaje de personas que se recuperan por completo es moderado. En cuanto a la BN, indica que es muy poco lo que se sabe sobre el pronóstico a largo plazo de los pacientes. En este sentido, Halmi y colaboradores (1991) realizaron un estudio de seguimiento de cuatro años tras el inicio del trastorno y observaron: buena evolución en 44% de las participantes, deficiente evolución en 24%, evolución intermedia en 28%, y mortalidad precoz en 5%. Como se puede ver, un desenlace de los TA también puede ser la muerte. En este sentido, Sullivan (1995) señaló que en el caso de las mujeres con AN de entre 15 y 24 años de edad, la tasa de mortalidad es 12 veces mayor que una mujer sin este trastorno, además que la AN tiene la mayor tasa de mortalidad prematura de cualquier enfermedad mental, lo que también ha sido señalado por otros autores (Eating-Disorders Coalition for Research Policy & Action, 2007; Harris y Barraclough, 1998). En esta misma línea, Halmi y colaboradores (1991) encontraron una mortalidad de 6.6% a los diez años de seguimiento, mientras que Theander (1985) señaló 18% a los 30 años de seguimiento. Por su parte, Crow y colaboradores (2009) estudiaron 1885 personas con TA (AN: 177; bn: 906; TANE: 802) en un periodo de 25 años utilizando los registros computarizados vinculados con el Índice Nacional de Defunciones de los Estados Unidos. Los resultados



señalaron que las tasas brutas de mortalidad fueron de 4.0% para la AN, 3.9% para la BN, y 5.2% para el TANE. Asimismo, Papadopoulos, Ekblom, Brandt y Ekselius (2009) estudiaron a más de 6 000 individuos en los registros suecos con más de 30 años, los resultados señalaron que las personas con AN tuvieron un aumento de seis veces en la mortalidad en comparación con la población general.

## MÉTODO

### *Participantes*

Se trata de un estudio retrospectivo de corte transversal realizado a partir de la base de datos de la Clínica Ellen West, la cual almacena la información recabada durante los últimos 10 años de un total de 485 mujeres diagnosticadas con TA, de las cuales 31.0% con diagnóstico de AN con promedio de edad de 19.50 años ( $DE = 7.42$ ); 33.4% con BN con edad promedio de 20.79 años de edad ( $DE = 5.85$ ); 3.8% con TPA con promedio de edad de 22.25 años ( $DE = 6.34$ ); 27.9% con TANE con edad promedio de 18.63 años ( $DE = 5.17$ ); así como un porcentaje menor de mujeres con obesidad (1.7%) y depresión (2.1%), con promedio de edad de 25 años ( $DE = 11.97$ ) y 25.78 años ( $DE = 10.72$ ), respectivamente.

### *Instrumento*

La información fue recabada a través de entrevistas semiestructuradas que, además de buscar el diagnóstico de TA, permite identificar datos generales asociados a dichos trastornos. Cabe mencionar que las entrevistas fueron realizadas por el equipo de tratamiento de una manera integral, es decir, de tipo psicológica, psiquiátrica y nutricional.

### *Procedimiento*

La información fue obtenida a través de la evaluación diagnóstica que se realiza cuando las personas acuden a pedir atención. Es importante mencionar que dicha evaluación se realizó siguiendo una entrevista semiestructurada que considera diversos aspectos como sociodemográficos, psicológicos y nutricios.

## RESULTADOS

Se presenta la información sociodemográfica, así como la de algunos datos asociados al diagnóstico de las participantes, además de la frecuencia de algunas complicaciones médicas asociadas a los TA de 485 personas que han solicitado evaluación en un periodo de 10 años, del 2003 al 2013. En este sentido, se tiene información que señala que en los últimos años ha incrementado el porcentaje de personas que solicitan atención en la clínica, ya que más de una tercera parte de la población evaluada solicitó la atención en 2013 (17.5%) y 2014 (17.5%), mientras que en los primeros años la atención no fue tan demandada. Conforme han pasado los años, cada vez ha incrementado la demanda, por ejemplo, mientras que en 2003 solicitaron atención sólo 3.3%, para 2008 incrementó al doble (6.6) y, como se mencionó, en los últimos años estos valores han aumentado considerablemente hasta llegar a casi 30% de la población. Es decir, en años recientes ha incrementado el número de personas que solicitan atención, lo cual puede tener un par de explicaciones: que cada vez más personas buscan tratamiento de esta enfermedad o que la incidencia de enfermedad ha incrementado de manera considerable, por lo que el número de personas que solicitan tratamiento también ha incrementado e incluso una tercera opción podría ser la combinación de las dos primeras.

En primer lugar, es importante mencionar que la inmensa mayoría, 98.1% (N = 476) de la población son mujeres, es decir, por cada 100 mujeres con TA que solicitan apoyo, hay dos hombres que lo hacen. Esto se encuentra por arriba de las estadísticas teóricas que reportan una relación de 10 a 1 entre mujeres y hombres con TA. Respecto al diagnóstico de las personas que solicitaron apoyo, la mayoría de ellas presentaron BN (33.4%; 32.4% tipo purgativa y 1.0% no purgativa) y AN (31.0%; 17.4% tipo restrictiva y 13.6% purgativa), aunque también hubo un porcentaje considerable (27.9%) de trastornos no específicos, y porcentajes menores entre TPA (3.8%), obesidad (1.7%) y depresión (2.1%). En cuanto a las edades por trastorno, los promedios fueron de 19.50 años (DE = 7.42) para AN; 20.79 años (DE = 5.85) para BN; 22.25 años (DE = 6.34) para TPA; 18.63 años (DE = 5.17) para TANE; 25 años (DE = 11.97) para obesidad; y 25.78 años (DE = 10.72) para depresión. Es de resaltar que del total (485) de las personas evaluadas, la mayoría (66.8%) recibió tratamiento en internamiento en la clínica de la Fundación, 2.9% estuvo en tratamiento en la modalidad de hospital de día, 4.1% recibieron consulta externa, 12.3% recibió sólo consulta externa nutricional y 13.9% sólo fue evaluada y no recibió tratamiento.

En cuanto a los datos sociodemográficos, la nacionalidad de las participantes en su mayoría (96.6%) es mexicana, sin embargo, también se han atendido pacientes de origen estadounidense (0.8%), México-americanas (0.6%), además de otras nacionalidades (2.0%). En cuanto al nivel de estudios, la mayoría de las participantes estudiaron hasta el nivel medio superior (37.4%) y superior (36.5%), mientras que el resto estudiaron primaria (4.3%), secundaria (19.0) e incluso quienes estudiaron

algún posgrado (2.5%), además de una persona (0.3%) que no tenía estudios. Como se puede apreciar, la mayoría de la población tienen cierto nivel de estudios, inclusive, más de tres cuartas partes de la población (78.2%) aún se encontraban estudiando al momento de la evaluación; sin embargo, también hubo quienes ya trabajaban como profesionistas (8.5%), que eran amas de casa (5.6%), empleadas (4.1%), entre otros empleos (3.6%). Respecto al estado civil de las participantes, la mayoría (90%) eran solteras, 7% eran casadas, 2.7% divorciadas y una (0.3%) era viuda. Finalmente, en cuanto a la religión que profesaban, la mayoría (82.9%) eran católicas, también cristianas (4.3%), judías (2.0), protestantes (0.3%), mormonas (0.6%), y casi 10% dijeron no practicar ninguna religión.

Un aspecto importante dentro de los TA es la familia, en este sentido, se tiene registro que del total (485) de la población, la mayoría (60.3) vivían con sus papás en una familia nuclear, 20.0% vivía sólo con su mamá, 2.6% sólo con papá, 3.5% con algún hermano o hermana, 1.4% con otros familiares, 2.9% vivían solas, 2.7% con su familia propia (esposo e hijos), 1.2% sólo con sus hijos, además del 5.4% que vivían con otras personas como amigos, novio, etc. En cuanto al estado civil de los papás de las participantes, la mayoría (60.3) de ellos estaban casados, 33.3% divorciados, 4.2% viudos y 2.2% solteros. Entre las profesiones de los papás, destacan que la mayoría (44.4%) de los padres eran profesionistas, mientras que la mayoría (43.6%) de las madres eran amas de casa y 27.0% profesionistas, entre otros ocupaciones. Otro aspecto relevante dentro de la familia son los antecedentes psicológicos; al respecto, se tiene registro de que 46.2% de la población tienen historia de abusos de sustancias como alcohol y otras drogas, casi una de cada tres pacientes (29.9%) tiene historia de enfermedad psiquiátrica en la familia y, finalmente, 39.5% tiene historia específicamente de algún trastorno alimentario.

Por otro lado, respecto a síntomas fisiológicos asociados a los TA, 57.7% de la población presentó constipación intestinal, 37.5% diarrea, 67.8% enfermedades gastrointestinales, 28.2% garganta ulcerada, 29.7% inflamación de glándulas, 40.1% amenorrea, 66.8% dolor de cabeza, 65.2% pérdida excesiva de cabello, 43.3% taquicardias, 60.1% vértigos y mareos, 56.0% hipotermia y 65.5% piel reseca, entre otros síntomas con menor frecuencia como entumecimiento, dolor muscular, etcétera.

Finalmente, en cuanto a los datos nutricionales, 32.6% de la muestra declaró haber tenido obesidad cuando fue niña, asimismo, 26.4% declaró haber tenido obesidad cuando fue adolescente. En el momento de la evaluación, en promedio la población total (485) tenían un peso de 52.29 kg ( $DE = 15.45$ ) y una estatura de 1.59 m ( $DE = .07$ ), además, en promedio, la población tenía un Índice de Masa Corporal (IMC) de 20.65. Al analizar estos datos de forma general se puede inferir un estado antropométrico normal; sin embargo, esto se debe a que en la población total están incluidas mujeres con AN, BN, TPA y obesidad con sus particulares características de peso. Por lo tanto, se analizaron estas mediciones particularmente por TA y se encontró

que la mujeres con AN tienen en promedio un peso bajo de 40.78 kg (DE = 7.78), una estatura de 1.58 m (DE = .07) y un IMC de 16.18 (DE = 2.48), lo cual las ubica dentro de la categoría de infrapeso. En el caso de las mujeres con BN, en promedio pesaron 54.74 kg (DE = 7.36), midieron 1.60m (DE = .07) y tienen un IMC de 21.41 (DE = 3.73), es decir, casi 5 unidades por arriba que las mujeres con AN. Por otro lado, la mujeres con TANE pesaron en promedio 50.44kg (DE = 8.37), midieron 1.60 m (DE = .07) y tuvieron un IMC de 19.88 (DE = 2.80). En el caso de la mujeres con TPA, éstas pesaron 87.79 kg (DE = 20.61), midieron 1.60 m (DE = .05) y tuvieron un IMC de 34.41 (DE = 7.99). Mientras que las mujeres con obesidad pesaron 92.30 kg (DE = 19.78), midieron 1.61 m (DE = .07) y tuvieron un IMC de 35.60 (DE = 9.29). Y, finalmente, las mujeres con depresión pesaron 53.60 kg (DE = 15.05), midieron 1.56 m (DE = .06) y tuvieron un IMC de 21.99 (DE = 5.65). Estos resultados, analizados específicamente por trastorno, evidencian la diferencia que existe entre el peso y el IMC de las participantes, lo cual son características particulares de cada uno de los padecimientos.

## DISCUSIÓN

Respecto a los factores de riesgo, se encontró que los pacientes muestran insatisfacción con la imagen corporal. Esto confirma lo reportado por la mayoría de las investigaciones (Álvarez, Franco, Mancilla, Álvarez y López, 2000; Álvarez, López, Martínez, Díaz y Vázquez, 2000; Flores y Caballero, 1999; Gómez-Peresmitré, Pineda y Oviedo, 2009; Mancilla *et al.*, 1998; Mancilla *et al.*, 1999; Román, 1998; Salinas y Gómez-Peresmitré, 2009; Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez y Mancilla, 2002; Vázquez, Ocampo, López, Mancilla y Álvarez, 2002; Vázquez, López, Álvarez, Franco y Mancilla, 2004) que han señalado a la depresión, la ansiedad, la insatisfacción corporal y la influencia de los modelos socioculturales, como los factores asociados a los TA; sin embargo, la presente investigación confirma la presencia de dichos factores en nuestra clínica, lo cual amplía el conocimiento al respecto.

En relación con la prevención, se encontró que intervención terapéutica (individual, grupal, familiar) proporciona mejoras significativas, este resultado es contrario a lo publicado por Rodríguez y Gómez-Peresmitré (2007) quienes proponen la prevención psicoeducativa.

Finalmente, en lo relativo al tratamiento, la experiencia de la Clínica Ellen West indica que es indispensable el trabajo tanto inter como multidisciplinario, así como el seguimiento a corto, mediano y largo plazo, de cada uno de las pacientes, con el objeto de consolidar los cambios positivos e integrales necesarios.

## REFERENCIAS

1. Álvarez, D., Franco, K., Mancilla, J., Álvarez, G. y López, X. (2000). Factores predictores de la sintomatología de trastorno alimentario. *Revista de Psicología Contemporánea*, 7 (1), pp. 26-35.
2. Álvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., Escarria, A., Haro, M. y Mancilla, J. M. (2003). Sintomatología de trastorno alimentario: una comparación entre hombres y mujeres estudiantes. *Psicología y Salud*, 13 (2), pp. 245-256.
3. Álvarez, G., López, X., Martínez, A. Mancilla, J. y Vázquez, R. (2002). Valuación de la asociación entre la presencia sintomatología de trastorno alimentario y la depresión. *Revista de Psicología del Valle de México*, 1. pp. 3-11.
4. Arii, I., Yamashita, T., Kinoshita, M., Shimizu, H., Nakamura, M. y Nakajima, T. (1996). Treatment for inpatients with anorexia nervosa: comparison of liquid formula with regular meals for improvement from emaciation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 50 (2), pp. 55-59.
5. Asociación Americana de Psiquiatría (2004). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Versión IV (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
6. Attia, E., Haiman, C., Walsh, B. y Flater, S. (1998). Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa?. *American Journal of Psychiatry*, 155 (4), pp. 548-551.
7. Bachar, E., Latzer, Y., Kreitler, S. y Berry, E. (1999). Empirical comparison of two psychological therapies. Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8 (2), pp. 115-128.
8. Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., y Medina-Mora, M. E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 35, pp. 483-490.
9. Berkman, N., Bulik, C., Brownley, K., Lohr, K., Sedway, J. y Rooks, A. (2006). *Management of eating disorders*. Estados Unidos de América: Agency for Healthcare Research and Quality.
10. Biederman, J., Herzog, D., Rivinus, T., Harper, G., Ferber, R. y Rosenbaum, J. (1985). Amitriptyline in the treatment of anorexia nervosa: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 5 (1), pp. 10-16.
11. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2004). *Guía de Trastornos Alimenticios*. México: Secretaría de Salud.
12. Crisp, A., Norton, K., Gowers, S., Halek, C., Bowyer, C. y Yeldham, D. (1991). A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 159, pp. 325-233.
13. Crow, S., Peterson, C., Swanson, S., Raymond, N., Specker, S., Eckert, E. y Mitchell, J. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166, pp. 1342-1346.

14. Cruzat, C., Díaz, F., Kirszman, D., Aspillaga, C. y Behar, R. (2013). Cambio terapéutico en el tratamiento de los trastornos alimentarios: contenidos, factores facilitadores y obstaculizadores. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/ Mexican Journal of Eating Disorders*, 4 (2), pp. 102-115.
15. Channon, S., Hemsley, D. y Perkins, R. (1989). A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 27 (5), pp. 529-535.
16. Chen, E., Touyz, S., Beumont, P., Fairburn, C., Griffiths, R. y Butow, P. (2003). Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 33 (3), pp. 241-254.
17. Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J. y Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of outpatient treatments. *British Journal of Psychiatry*, 178, pp. 216-221.
18. Eating Disorders Coalition for Research Policy & Action (2007). *Eating Disorders Fact Sheet*. Estados Unidos de América: Eating Disorders Coalition for Research Policy & Action.
19. Escoto, C., Camacho, E., Rodríguez, G. y Mejía, J. (2010). Programa para modificar alteraciones de la imagen corporal en estudiantes de Bachillerato. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, pp. 112-118.
20. Fairburn, C., Jones, R., Peveler, R., Carr, S., Solomon, R. y O'Connor, M. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48 (5), pp. 463-469.
21. Fairburn, C., Jones, R., Peveler, R., Hope, R. y O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 50, pp. 419-428.
22. Fairburn, C., Norman, P., Welch, S., O'Connor, M., Doll, H. y Peveler, R. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, pp. 304-312.
23. Fassino, S., Leombruni, P., Daga, G., Brustolin, A., Migliaretti, G. y Cavallo, F. (2002). Efficacy of citalopram in anorexia nervosa: a pilot study. *European Neuropsychopharmacology*, 12 (5), pp. 453-459.
24. Flores, M. y Caballero, A. (1999). Factores de riesgo para anorexia nervosa. *Revista de la Facultad de Medicina*, 42 (6), pp. 241-243.
25. Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group (1992). Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa. A multicenter, placebo-controlled, double-blind trial. *Archives of General Psychiatry*, 49 (2), pp. 139-147.
26. Franco, K., Luis, P., Mancilla, J. M., Alvarez, G., Vázquez, R. y López, X. (2007). Sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en universitarios de cinco estados de la república mexicana. *Revista Mexicana de Psicología, número especial*, pp. 162-163.
27. Franco, K., Martínez, A., Díaz, F., López-Espinoza, A., Aguilera, V. y Valdés, E. (2010). Conductas de riesgo y sintomatología de trastornos del comportamiento

- alimentario en estudiantes universitarios del Sur de Jalisco, México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, pp. 102-111.
28. Gómez-Peresmitré, G. (2001). *Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria: teoría práctica y prevalencia en muestras mexicanas*, Paper presented at the 45 años de la Universidad Nacional Autónoma de México, México.
  29. Gómez-Peresmitré, G., Alvarado, H., Moreno, E., Saloma, G. y Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (3), pp. 313-324.
  30. Gómez-Peresmitré, G., Pineda, G. y Oviedo, L. (2009). Modelos estructurales: conducta bulímica en interrelación con sus factores de riesgo en muestras de hombres y mujeres universitarios. *Psicología y Salud*, 18 (1), pp. 45-55.
  31. Gómez-Peresmitré, G., León, R., Platas, S., Lechuga, M., Cruz, y Hernández, A. (2013). Realidad virtual y psicoeducación. Formatos de prevención Selectiva en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 4, pp. 23-30.
  32. Gorin, A., Le, G. y Stone, A. (2003). Effectiveness of spouse involvement in cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*, 33 (4), pp. 421-433.
  33. Halmi, K., Eckert, E., LaDu, T. y Cohen, J. (1986). Anorexia nervosa. Treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*, 43 (2), pp. 177-181.
  34. Halmi, K., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R. y Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48 (8), pp. 712-718.
  35. Harris, E. Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, pp. 11-53.
  36. Hilbert, A. y Tuschen-Caffier, B. (2004). Body image interventions in cognitivebehavioural therapy of binge-eating disorder: a component analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 42 (11), pp. 1325-1339.
  37. Hsu, L. (1990). *Eating disorders*. Nueva York: The Guilford Press.
  38. Lacey, J. y Crisp, A. (1980). Hunger, food intake and weight: the impact of clomipramine on a refeeding anorexia nervosa population. *Postgraduate Medical Journal*, 56 (1), pp. 79-85.
  39. Mancilla, J., Álvarez, G., López, X., Mercado, L., Manríquez, E. y Roman, M. (1998). *Revista Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), pp. 34-43.
  40. Mancilla-Díaz, J., Franco-Paredes, K., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., Alvarez-Rayón, G. L. y Téllez-Girón, M. T. (2007). A two-stage epidemiological study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. *European Eating Disorders Review*, 15, pp. 463-470.

41. Mancilla-Díaz, J., Gómez-Peresmitre, G., Álvarez, G., Franco, K., Vázquez, R. y López, X. (2006). *Trastornos del comportamiento alimentario en México*. México: Manual Moderno.
42. Mancilla, J., Mercado, L., Manríquez, E. Álvarez, G., López, X. y Roman, M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), pp. 37-46.
43. Mancilla-Díaz, J., Perezbolde, V. C., Franco, K., Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., y Ocampo, M. T. (2004). Prevalence of eating disorders in México. *International Journal of Eating Disorder*, 35(4), pp. 489-502.
44. Marcus, M., Wing, R. y Fairburn, C. (1995). Cognitive treatment of binge eating vs. Behavioral weight control in the treatment of binge eating disorder. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, pp. 509-523.
45. Martínez, S., Álvarez, G., Góngora, J., Franco, K. y Mancilla, J. M. (2009). Comparación entre adolescentes con riesgo de trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Mexicana de Psicología*, número especial, pp. 687-688.
46. McIntosh, V., Jordan, J. y Carter, F. (2005). Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 162 (4), pp. 741-747.
47. Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. España.
48. National Collaborating Centre for Mental Health (2004). *Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. United Kingdom: The British Psychological Society. The Royal College of Psychiatrists.
49. Organización Mundial de la Salud (1998). *Prevención primaria de los trastornos mentales, neurológicos y psicosociales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
50. Papadopoulos, F., Ekblom, A., Brandt, L., y Ekselius, L. (2009). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 194, pp. 10-17.
51. Pertschuk, M., Forster, J., Buzby, G. y Mullen, J. (1981). The treatment of anorexia nervosa with total parenteral nutrition. *Biological Psychiatry*, 16 (6), pp. 539-550.
52. Pineda, G., Gómez-Peresmitré, G. y Méndez, S. (2010). Disonancia cognoscitiva en la prevención de trastornos alimentarios. Significancia clínica y estadística. *Psicología y Salud*, 20 (1), pp. 103-109.
53. Robb, A., Silber, T., Orrell-Valente, J., Valadez-Meltzer, A., Ellis, N. y Dadson, M. (2002). Supplemental nocturnal nasogastric refeeding for better short-term outcome in hospitalized adolescent girls with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 159 (8), pp. 1347-1353.
54. Rodríguez, R. y Gómez-Peresmitré, G. (2007). Prevención de trastornos alimentarios mediante la formación de audiencias críticas y psicoeducación. *Psicología y Salud*, 17 (002), pp. 269-276.



55. Román, M. (1998). Evaluación de la imagen corporal como predictor del trastorno alimentario. *Revista Psicología Contemporánea*, 5 (2), pp. 22-29.
56. Salinas, J. y Gómez-Peresmitré, G. (2009). Modelos estructurales. Deporte de alto rendimiento y conductas alimentarias de alto riesgo. *Psicología y Salud*, 19 (2), pp. 271-280.
57. Stice, E. y Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 130 (2), pp. 206-227.
58. Sullivan, P. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152 (7), pp. 1073-1074.
59. Theander, S. (1985). Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *Journal of Psychiatric Research*, 19 (2), pp. 493-508.
60. Treasure, J., Todd, G., Brolly, M., Tiller, J., Nehmed, A. y Denman, F. (1995). A pilot study of a randomised trial of cognitive analytical therapy vs educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (4), pp. 363-367.
61. Vázquez, R., Fuentes E., Báez, M., Álvarez, G. y Mancilla, J. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. *Psicología y Salud*, 12 (1), pp. 73-82.
62. Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., Franco, K. y Mancilla, J. M. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, 12 (3), pp. 415-427.
63. Vázquez, R., Mancilla, J. M., Mateo, C., López, X., Alvarez, G. y Ruiz, A. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, pp. 53-63.
64. Vázquez, R., Ocampo, M., López, X., Mancilla, J. y Álvarez, G. (2002). La influencia de los modelos estéticos e insatisfacción corporal en estudiantes de danza con trastorno alimentario. *Psicología Conductual*, 10 (2), pp. 355-369.
65. Whittal, M., Agras, W. y Gould, R. (1999). Bulimia nervosa: A meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments. *Behavior Therapy*, 30, pp. 117-135.
66. Wilfley, D. y Cohen, L. (1997). Psychological treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, pp. 437-454.
67. Wilson, G., Grilo, C. y Vitousek, K. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62 (3), pp. 199-216.
68. Wilson, G., Loeb, K., Walsh, B., Labouvie, E., Petkova, E., Liu, X. y Wateraux, C. (1999). Psychological versus pharmacological treatments of bulimia nerviosa: Predictors and processes of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, pp. 451-459.
69. Yanovski, S. y Sebring, N. (1994). Recorded food intake of obese women with binge eating disorders before and after weight loss. *International Journal of Eating Disorders*, 15, pp. 135-150.

**Envío a dictamen:** 20 de marzo de 2014

**Reenvío:** 20 de mayo de 2014

**Aprobación:** 30 de agosto de 2014

Ricardo Díaz-Castillo

Licenciado en Psicología por el Centro Universitario Ecatepec de la Universidad Autónoma del Estado de México. Maestro en Ciencias de la Salud por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México. Fue profesor en la Facultad de Medicina de la Universidad antes citada y en la Universidad Mexicana de Innovación en negocios. Actualmente es profesor-investigador en la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec y Encargado del Área de Investigación y Estadística de la Clínica Ellen West. Correo: [psi.diaz.castillo@gmail.com](mailto:psi.diaz.castillo@gmail.com)

Araceli Aizpuru-de la Portilla

Licenciada en Psicología egresada de la Universidad Iberoamericana, especialista en Psicoterapia y Maestría por la misma Universidad. Obtuvo el Grado de Maestra en Trastornos de la Alimentación por la Universidad de Valencia, España. Obtuvo el grado de maestra y especialista en Psicoterapia Psicoanalítica por la Asociación Psicoanalítica Mexicana y postulante a PhD por Tavistock, Londres, Inglaterra. Es especialista en Adicciones por Hazelden Institute. Fue profesora-investigadora por más de 20 años en la Universidad Iberoamericana y co-editora de la *Revista Psicología Iberoamericana*. Actualmente y desde hace 15 años es la Directora de la Clínica Ellen West S.C y la creadora de la Fundación Mexicana Contra la Anorexia y la Bulimia Ellen West A.C. Correo: [direccion@ellenwest.org](mailto:direccion@ellenwest.org)



# ANOREXIA Y BULIMIA EN AMÉRICA LATINA Y ESPAÑA: REPORTE CUANTITATIVO DE ACTITUDES EXPRESADAS EN UN BLOG

## ANOREXIA AND BULIMIA IN LATIN AMERICA AND SPAIN: QUANTITATIVE REPORT OF ATTITUDES EXPRESSED IN A BLOG

*Rodolfo Sierra-Márquez*

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Correspondencia: [rodolfos@mentalese.com.mx](mailto:rodolfos@mentalese.com.mx)

### RESUMEN

En la literatura y publicaciones en el medio profesional existe moderada información cuantitativa respecto de las conductas, percepciones y creencias de las mujeres con anorexia y bulimia, desde su propia perspectiva. Menos aún, que se aglutine en un mismo documento información proveniente de diversos países. El objetivo de la presente publicación es difundir los resultados de una encuesta ubicada en un sitio de Internet, considerado pro, Ana (anorexia) y Mía (bulimia), que respondieron mujeres que declararon tener estos padecimientos. Los resultados perfilan diferencias por edades, desde los 12 hasta los 26 años, percepciones consistentes y también diferencias, entre las mujeres de los diversos países y, en particular, con las mujeres mexicanas, datos que nos mueven a reflexionar de una manera profunda. Lo que llama la atención es que, a pesar de las diferencias culturales, hay percepciones que rebasan este ámbito para darle sentido a su hábito anoréxico o bulímico. Consideramos que estos resultados pueden contribuir a enriquecer el cuerpo de conocimiento de la comunidad estudiosa, tanto nacional como internacional, de estos padecimientos.

**Palabras clave:** anorexia, bulimia, estadísticas, conductas, creencias.

### ABSTRACT

In literature and publications in professional circles, there is moderate quantitative information regarding the behaviors, perceptions and beliefs of women with anorexia and bulimia, from own perspective. Even less, which brings together in one document information from various countries. The aim of this publication is to disseminate the

results of a survey located on a website, of the considered pro Ana (anorexia) and Mía (bulimia), women respondents who reported these conditions. The results outlined differences by age, from 12 to 26 years, consistent perceptions, and differences among women of different countries, and in particular data that Mexican women make us reflect in a profound way. What is striking is that despite cultural differences, there are perceptions that exceed this level to make sense of their anorexic or bulimic habit. We believe that these results can contribute to enrich the body of knowledge of the scholar community, national and international, of these conditions.

**Key words:** anorexia, bulimia, statistics, behaviors, beliefs.

## INTRODUCCIÓN

La agrupación y manifestaciones que hacen Becerril, Zanatta, Ponce (2012, p. 67) de los trastornos alimentarios se resume en la siguiente cita: “los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se categorizan en tres formas: anorexia nervosa (AN) cuya principal característica es el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales; la bulimia nervosa (BN), se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta voraz, seguidos de la práctica de conductas compensatorias inapropiadas; y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANES) que comprenden una serie de síndromes atípicos, como el trastorno por atracón (TAC) o trastorno por ingesta compulsiva (TIC)”.

La explicación respecto del origen de estos padecimientos es diversa, tales como: factores ambientales, sociales, familiares, psicosociales, de personalidad, genéticas, etc. (Unikel, Bojorquez y Saucedo-Molina, S/F; Barriguete y Mancilla, 2011). Bajo otra perspectiva, nos dimos a la tarea de investigar y analizar la AN y la BN desde la Lingüística Cognitiva (LC), para entender cómo funcionan estos padecimientos, partiendo de la base de que la LC concibe el lenguaje como un fenómeno integrado dentro de las capacidades cognitivas humanas (Ibarretxe y Valenzuela, 2012). En particular, utilizamos la teoría de la metáfora conceptual, dado que Lakoff y Johnson (2004) sostienen que las metáforas responden a estructuras de conocimiento humano. Es decir, más que una característica del lenguaje, la metáfora es central para nuestro sistema conceptual, determinando incluso nuestra forma de pensar y actuar (Moser, 2000). Dado que, en investigaciones cualitativas (no publicadas) hechas por nosotros con mujeres anoréxicas y bulímicas, encontramos múltiples expresiones de gran riqueza metafórica, por ejemplo, el “vacío” o “estilo de vida” inscritas en su sistema de hábitos, buscamos en las diversas redes sociales en las que este tipo de mujeres participan información que diera consistencia a nuestros hallazgos. Concentramos nuestra atención en blogs donde describen sus historias y vivencias; asimismo, eliminamos todos aquellos que dan consejos para desarrollar estas prácticas.

Para explicar y dar sentido a algunos resultados aquí presentados (p. e. el vacío) utilizamos para el análisis la metáfora de la LC, atendiendo lo que señalan Parsons, Brown y Worley (2004), cuando sostienen que la metáfora es una herramienta para crear la realidad; una vez que se expresa llega a ser una realidad en sí misma, dirigiendo futuras construcciones de significado. Esto coincide con la premisa constructivista de que los seres humanos sólo pueden comprender lo nuevo a partir de lo conocido.

El trabajo que a continuación se presenta es el resultado de una exploración en internet, en diversos sitios pro Ana (anorexia) y Mía (Bulimia), con el objeto de comprender el lenguaje de mujeres con estos padecimientos. Encontramos un blog (<http://volandocomomariposa.metroblog.com>) denominado “volando como mariposa” creado por una mujer de Argentina (Adela). En dicho sitio, esta persona colocó un cuestionario con 24 preguntas, al parecer desarrollado por ella, con el objetivo de que las personas que accedieran a la página respondieran libremente. El cuestionario no es riguroso en su formato, todas las preguntas son abiertas, lo que confiere riqueza en las respuestas, aun cuando hay preguntas dicotómicas de respuesta sencilla. El tipo de preguntas reflejan actitudes, creencias y conductas propias de una mujer con estos padecimientos.

El valor de la información radica en que fue posible contar con datos estadísticos provenientes de las propias mujeres anoréxicas y bulímicas, según se declararon, de varios países de habla hispana. Las bases numéricas son limitadas para algunos países, pero con bases suficientes por grupos de edad. La información es transversal en edades desde 12 hasta 26 años, contestado por mujeres, exclusivamente, residentes en 13 países.

A primera vista, dudamos en hacer algún tipo de trabajo dada la fuente de información, sin embargo, al analizar el tipo de respuestas es que decidimos hacer este análisis con nuestros propios recursos. En adición, nuestro ánimo por profundizar en los datos se vio incrementado porque no existe, hasta donde sabemos, información de este tipo en el medio profesional.

Sabemos de antemano que algunos resultados son de tendencia y deben tomarse con reserva, pero hay otros que muestran consistencia sorprendente y que marcan diferencias por países. En varios temas incluimos algunas explicaciones que se derivan de investigaciones cualitativas (no publicadas) que hemos realizado con personas con estos padecimientos para explicar, desde la LC, sus significados. Finalmente, es oportuno mencionar que aquí presentamos las respuestas de ciertas preguntas que creemos dibujan las conductas y creencias más relevantes de la mujeres con trastorno alimentario.

## MÉTODO

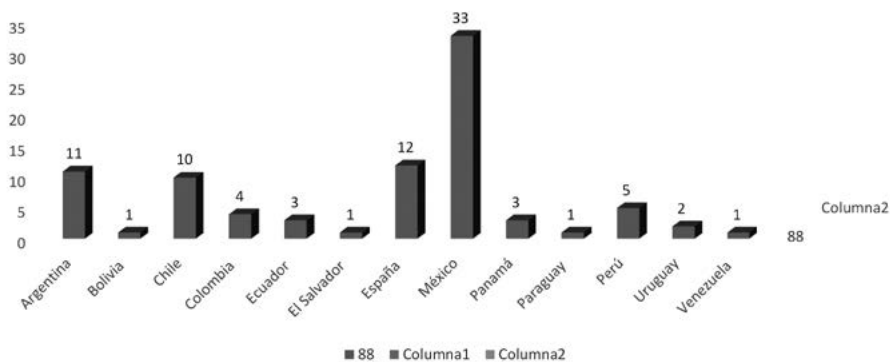
### Participantes

El cuestionario fue respondido en el sitio de internet por 140 mujeres que se declararon anoréxicas o bulímicas de 13 países de habla hispana (gráfica 1). Para los fines de procesamiento de la información se seleccionaron 88 casos que contestaron íntegramente el cuestionario. Esta selección tuvo por objeto manejar bases de análisis homogéneas para cada pregunta. Las edades de las 88 mujeres que respondieron fue entre 12 y 26 años, con una media de 17.9 años y desviación estándar de 3.2 años. Entre los 15 y 21 años se concentró 54% de las mujeres que respondieron (gráfica 2). Para el uso de las redes sociales como información para la investigación, consultar a Islas y Ricaurte (2013).

### Instrumento

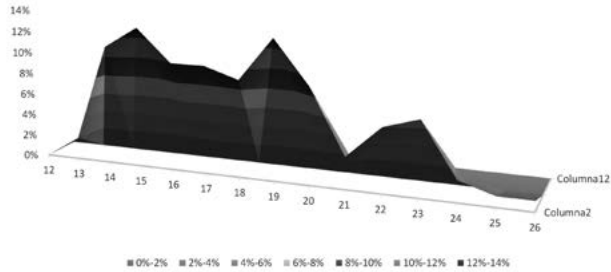
Las mujeres respondieron un cuestionario con 24 preguntas (apéndice A), diseñado por una mujer ubicada en Argentina, identificada con el nombre de Adela, y colocado en su blog (<http://volandocomariposa.metroblog.com>). Las personas participantes respondieron en forma anónima, pero utilizaron un alias y dieron su cuenta de correo electrónico. Adela otorgó su consentimiento para usar esta información con fines de ayuda a otras personas.

**Gráfica 1. Mujeres de países que contestaron la encuesta y su proporción**



Fuente: <http://volandocomariposa.metroblog.com>

**Gráfica 2. Edades de mujeres que contestaron la encuesta y su proporción**



Fuente: <http://volandocomariposa.metroblog.com>

### Procedimiento

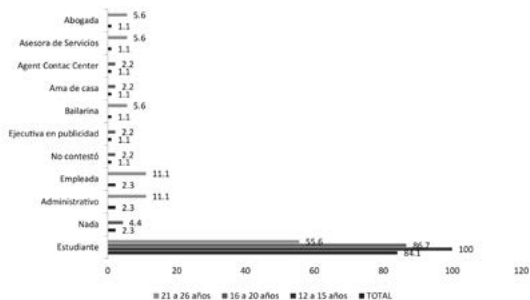
Se revisaron 140 cuestionarios originales de los cuales se seleccionaron 88 con respuestas completas. Estos fueron impresos para su codificación de respuestas debido a la falta de estructura en el diseño del cuestionario. Para la codificación de respuestas abiertas se utilizó el método de consistencia semántica.

Los datos se procesaron y analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 15.

### RESULTADOS

En la ocupación reportada, como era previsible, predominaron las estudiantes; sin embargo, a mayor edad, las ocupaciones tienden a ser diversas, sobre todo en las edades mayores (gráfica 3).

**Gráfica 3. Ocupación mencionada por grupos de edad y su proporción**

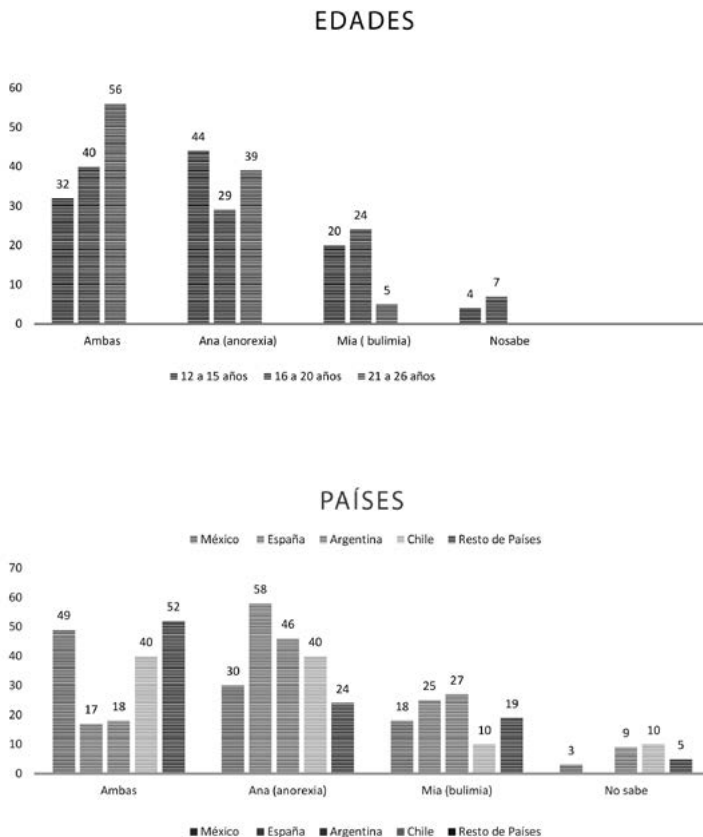


Fuente: <http://volandocomariposa.metroblog.com>



Por otro lado, ante la pregunta de cómo ellas se definen, si Ana (anoréxica) o Mía (bulímica), es revelador cómo se definen las participantes, dado que en el total de entrevistas predominan aquellas que realizan ambas prácticas (41%), en este caso, las mujeres de México destacan del resto de países en esta autodefinición (49%). Por rango de edades, se observa que predomina la conducta anoréxica entre 12 y 15 años, la conducta evoluciona hasta ambas prácticas en las edades mayores y la bulimia tiende a desaparecer como conducta exclusiva (gráfica 4). Es posible inferir que la mujer que practica conductas tanto anoréxicas como bulímicas en forma indistinta las utiliza como “recursos” para manejar situaciones determinadas, para el logro de su objetivo, tanto de corto como de largo alcance.

**Gráfica 4. Incidencia declarada en cada padecimiento**



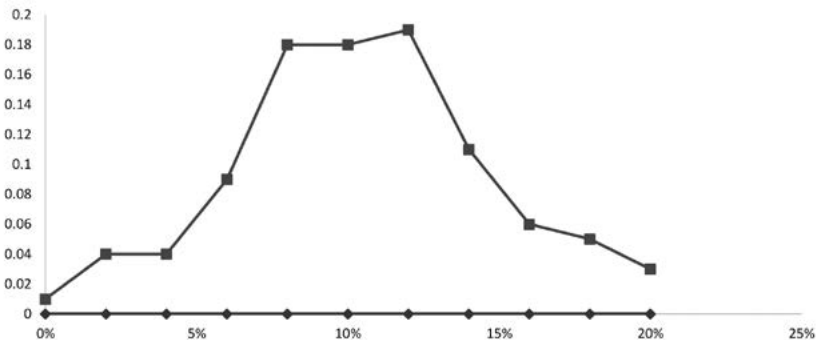
Fuente:

La edad de inicio en los padecimientos se calculó restando la edad declarada menos el tiempo mencionado que tenía de hacer estas prácticas. El resultado indica que predominan las edades de 13 a 15 años, sin embargo, se encontró un registro de inicio a los 9 años con anorexia (gráfica 5). Es de hacer notar que la curva sigue un comportamiento de tipo distribución normal. Parece que las edades de inicio mayores a 18 años responden a objetivos distintos, en comparación a las de 12 a 16 años e inclusive menores, dado que se asume una maduración cognitiva y experiencias diversas que rozan el ámbito de trabajo.

El grado de antigüedad o tiempo de llevar estas prácticas, en general, es de 3.3 años en promedio con una desviación de 2.8 años. La función que se observa es que a mayor edad, mayor promedio de años en el hábito. Las mujeres mexicanas están dentro del promedio general, no así, las mujeres argentinas y chilenas que reportan promedios por encima de la generalidad (gráfica 6).

Derivado de la estatura y peso declarados se pudo calcular un “peso ideal” con el fin de identificar el grado de sensibilidad entre el hábito y la percepción corporal. Se encontró al 71% por debajo del peso (53% un dígito y 18% dos dígitos), al 28% por arriba de este cálculo de peso ideal y únicamente al 1% igual al ideal (gráfica 7).

**Gráfica 5. Distribución de las edades de inicio en anorexia y bulimia**



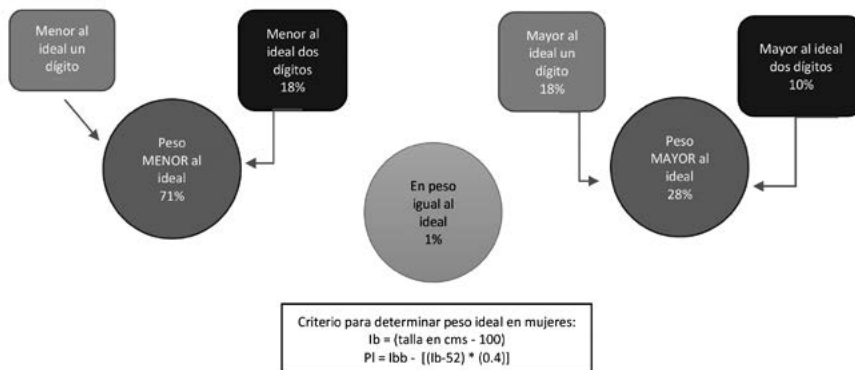
Fuente: <http://volandocomariposa.metroblog.com>

**Gráfica 6. Años con el hábito de anorexia y bulimia**

Años de anorexia/ bulimia	EDADES				PAÍSES				
	Total	a 12 15	a 16 20	a 21 26	México	España	Argen- tina	Chile	Resto de países
base	88	25	45	18	33	12	11	10	21
año 1	35.2%	68.0%	26.7%	11.1%	39.4%	33.3%	27.3%	40.0%	21.7%
años 2	15.9%	8.0%	22.2%	11.1%	12.1%	16.7%	9.1%	0.0%	36.5%
años 3	4.5%	4.0%	6.7%	0.0%	6.1%	0.0%	9.1%	10.0%	0.0%
años 4	13.6%	8.0%	20.0%	5.6%	18.2%	16.7%	0.0%	10.0%	14.5%
años 5	6.8%	4.0%	4.4%	16.7%	3.0%	16.7%	18.2%	0.0%	10.0%
años 6-12	15.9%	0.0	11.1%	50.0%	15.2%	0.0%	27.3%	30.0%	15.3%
No recuerda	8.0%	8.0%	8.9%	5.6%	6.1%	16.7%	9.1%	10.0%	2.0%
Media	3.3	1.6	3.0	6.2	3.0	2.6	4.4	4.1	3.7
Desv Std	2.8	1.2	2.2	3.5	2.4	1.7	3.4	3.6	1.7

Fuente: <http://volandocomariposa.metroblog.com>

**Gráfica 7. Proporción de mujeres en peso abajo, arriba o en el ideal**

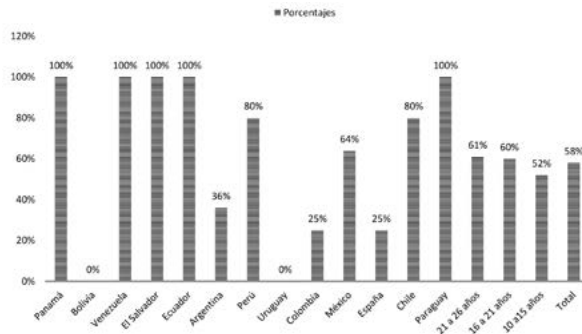


Fuente: <http://volandocomariposa.metroblog.com>

Lo anterior nos da la noción de que, a pesar de estar por debajo de un peso o talla, se sigue con el hábito anoréxico o bulímico. ¿Qué valor u objetivo genera esta conducta?, una distorsión del cuerpo o imitar prototipos de imagen corporal no parecen suficiente explicación. Si 71% de ellas han logrado cierta meta de bajar su peso ¿para qué continuar?

Además de estas conductas, 58% declaró que alguna vez se hizo cortes en su cuerpo. En general, lo han hecho todas las edades, pero con acento en las mayores de 15 años. El caso de México es preocupante a la luz de estos resultados, debido a que 64% lo menciona, casi dos de cada tres mujeres. Esta conducta también se observa con las que practican bulimia (22%), anorexia (37%) y ambos patrones (41%) (gráficas 8 y 9).

**Gráfica 8. Proporción de mujeres que se han hecho cortes alguna vez**

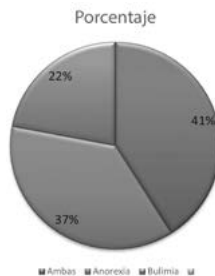


Fuente: <http://volandocomariposa.metroblog.com>

Ante la pregunta de si alguna vez han consumido alguna droga, amfetamina o pastillas para dormir, en general 45% responde afirmativamente. El grupo de edad entre 16 y 20 años tiene una tasa por arriba del promedio general, al igual que las mexicanas (gráfica 10).

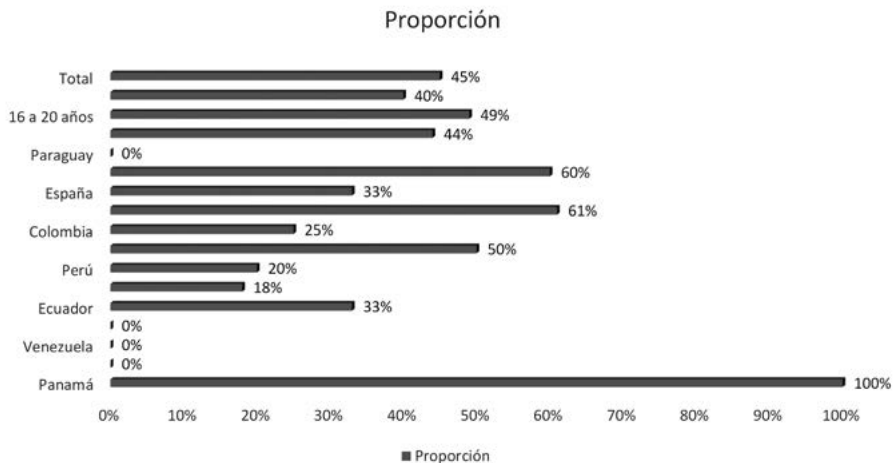
Respecto a su familia, la mayoría de estas mujeres convive con ellas en las edades entre 12 a 20 años, la proporción disminuye con las de mayor edad (56%). En las edades mayores se ubican proporciones superiores en convivencia mono parental o que viven solas. En México predomina vivir con la familia (76%) (gráfica 11).

**Gráfica 9. Proporción de mujeres que se han hecho cortes alguna vez**



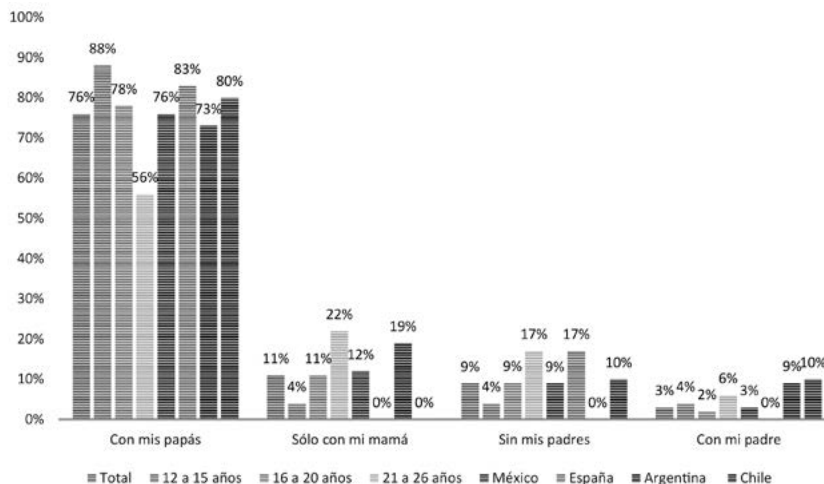
Fuente: <http://volandocomariposa.metroblog.com>

**Gráfica 10. Proporción de mujeres que han consumido alguna vez drogas, anfetaminas o pastillas para dormir**



Fuente: <http://volandocomomariposa.metroblog.com>

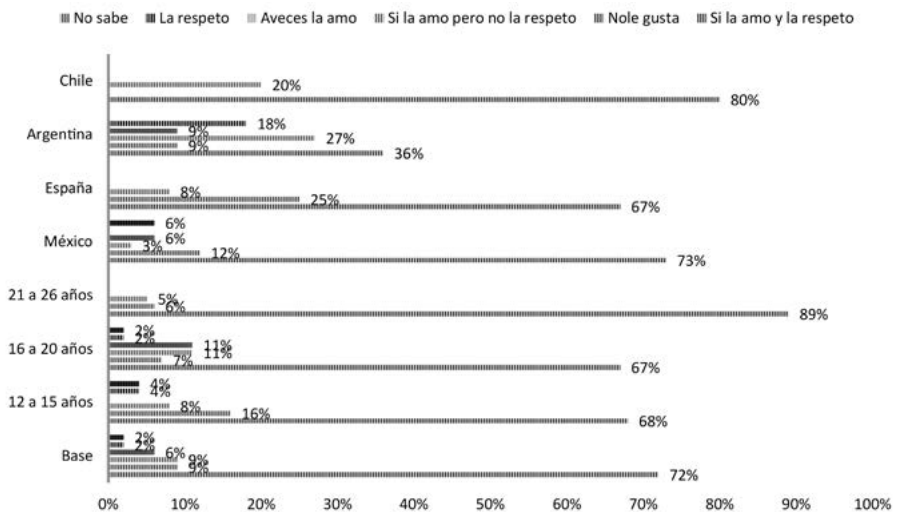
**Gráfica 11. Proporción de mujeres que viven con o sin familia**



Fuente: <http://volandocomomariposa.metroblog.com>

La afectividad y respeto por la familia predomina en todas las edades, y se acentúa con el grupo de 21 a 26 años (89%). Este último dato es relevante, en la medida que el aprecio por la familia implica una maduración y han logrado definir significados al núcleo. Por países, las mujeres mexicanas tienden al aprecio familiar, parecido a España o Chile; sin embargo, las argentinas discriminan y hacen diferencia entre amar y respetar (gráfica 12). Estos resultados ponen en perspectiva de que la anoréxica o bulímica responde a necesidades individuales relativas a carencias del “mí mismo”. El desagrado por la familia parece, desde un ángulo metafórico, el objeto contra el cual dirigir la culpa de lo que se “es y se hace”. Las edades mayores a 20 años desarticulan el argumento, su hábito parece independiente al afecto y respeto por la familia. También surgen otras preguntas: ¿cuántas de ellas sufrieron violencia intrafamiliar, abuso infantil, violación o maltrato? Explicar el origen de la anorexia o bulimia por estos eventos tampoco parece muy fiable, es como explicar las desviaciones de una curva normal.

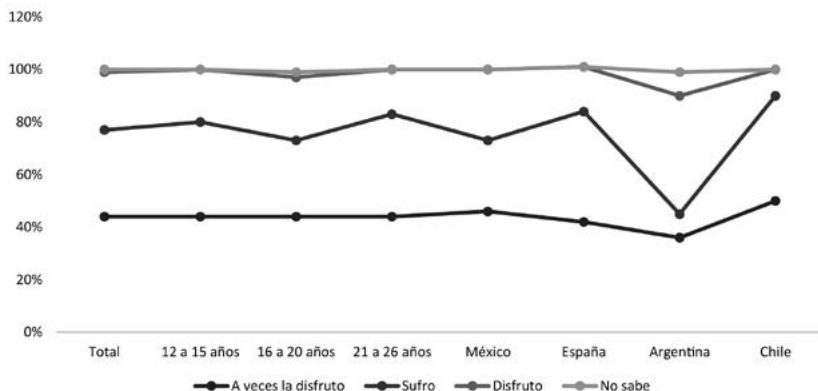
**Gráfica 12. Proporción de mujeres que califican afectivamente a la familia**



Fuente: <http://volandocomariposa.metroblog.com>

Ante la pregunta dicotómica de disfrutar o sufrir la anorexia o bulimia, 33% del total de entrevistas declara sufrir. Una de cada cinco (22%) disfruta su situación, y la mayoría es ambivalente. Esta ambivalencia es consistente en todos los grupos de edad (44%). En particular, la mujer argentina es la que más dice disfrutar estos hábitos (gráfica 13).

**Gráfica 13. Proporción de mujeres que dicen sufrir o disfrutar su hábito**



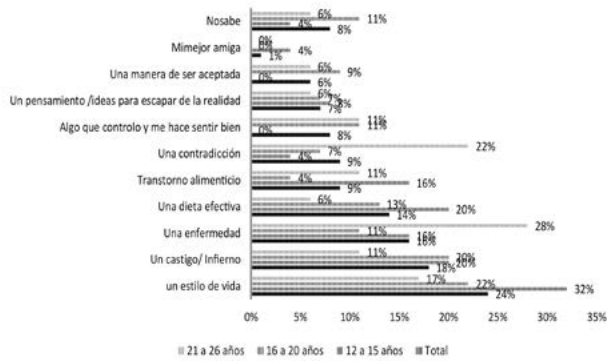
Estas mujeres, sobre todo las de menor edad, de 12 a 15 años, han encontrado en la anorexia y bulimia un estilo de vida (32%) y dieta efectiva (20%). Ambas formas de categorizar estos padecimientos disminuyen a medida que la edad avanza. El estilo de vida aquí mencionado refleja que han encontrado en estos hábitos un sentido a su existencia si atendemos la siguiente definición sociológica:

En sociología un estilo de vida es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo. Tener una «forma de vida específica» implica una opción consciente o inconsciente entre un sistema de comportamientos y de algunos otros sistemas de comportamientos (Chaney, 2003, p. 56).

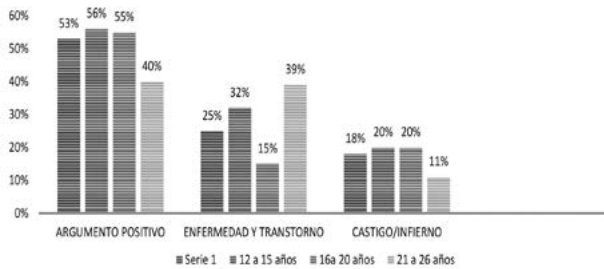
A medida que la edad es mayor, estos padecimientos se categorizan como “enfermedad, trastorno, castigo e infierno”; sin embargo, predominan las definiciones positivas (gráfica 14).

Por países, estas percepciones se matizan: para las mujeres mexicanas predomina el estilo de vida y la dieta efectiva. Las españolas parecen tener mayor conciencia dado que manejan conceptos tales como castigo/infierno, estilo de vida y enfermedad. La mujer argentina tiende a manifestarse como algo que controla o para escapar de la realidad, en cambio, para las chilenas predomina el concepto estilo de vida (gráfica 15).

**Gráfica 14. Proporción de mujeres en cómo categorizan su hábito-edades**



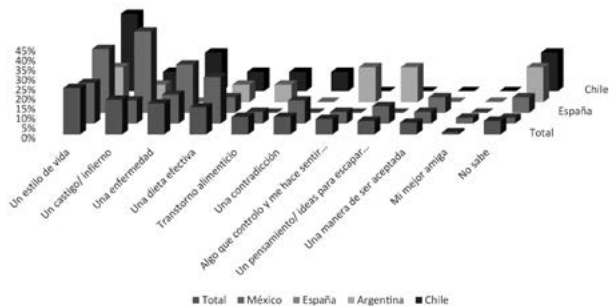
**QUÉ CREES QUE ES LA ANOREXIA O LA BULIMIA PARA TI - EDAD**



Fuente: <http://volandocomariposa.metroblog.com>

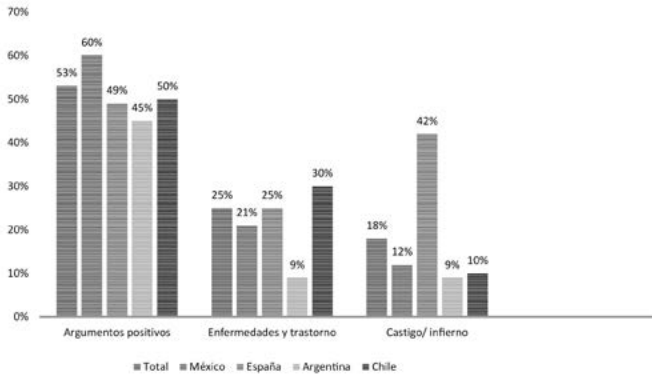
**Gráfica 15. Proporción de mujeres en cómo categorizan su hábito-país**

Qué crees que es la anorexia o la bulimia para ti - país principal



Fuente: <http://volandocomariposa.metroblog.com>





Fuente: <http://volandocomomariposa.metroblog.com>

Sin embargo, en la forma en cómo definen a los padecimientos, la inmensa mayoría declara sentir un vacío interno (gráfica 16). La potencia de esta metáfora cognitiva, compartida en todas las edades, perfila su ámbito y su “ser”. Esta metáfora que hemos estudiado cualitativamente desde la IC con pacientes es compleja, describe al cuerpo como un contenedor que no tiene sustancia pero, al mismo tiempo, indica que la persona está sumida en un contenedor que está vacío; tampoco hay sustancia para nutrirse o llenarse. Entonces hay que mirar al exterior, el “mí mismo” necesita abastecerse. No es casual que esta metáfora se mencione en todos los países y diferentes culturas, y que en los tratamientos surja en forma recurrente.

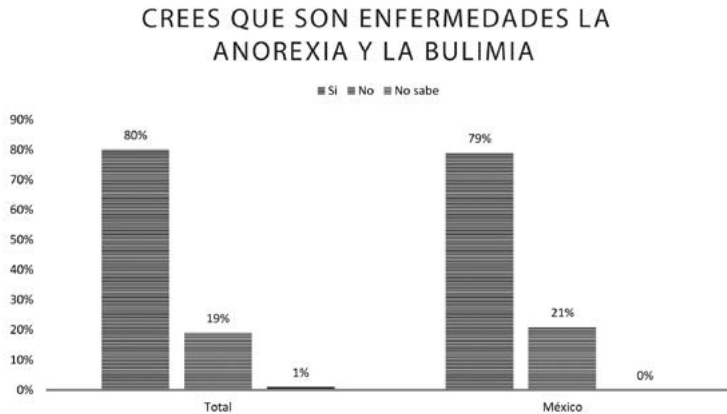
**Gráfica 16. Proporción de mujeres que mencionan su realización o vacío**



Fuente: <http://volandocomomariposa.metroblog.com>

La siguiente cadena de preguntas describe sus creencias y potenciales conductas respecto a sus padecimientos. En primera instancia, la mayoría (80%) responde afirmativamente ante la pregunta de si cree que ambos padecimientos son enfermedades (gráfica 17). ¿En realidad son enfermedades?, es poco probable.

**Gráfica 17. Proporción de mujeres que las consideran enfermedades**



Fuente: <http://volandocomariposa.metroblog.com>

Ante esta creencia, ellas también responden en forma afirmativa que es posible curarse (88%). Tal parece que hay cierto conocimiento de tratamientos para atender estos padecimientos (gráfica 18).

**Gráfica 18. Proporción de mujeres que dicen saber que es posible curarse**

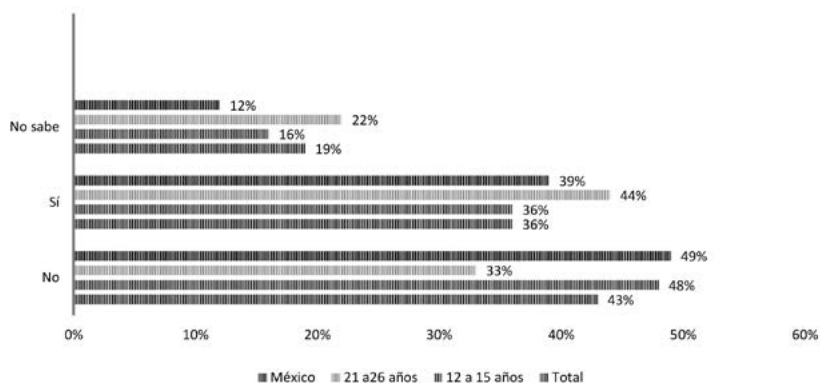


Fuente: <http://voianaocomariposa.metroblog.com>

Sin embargo, 43% de todas refieren que no le gustaría curarse y vivir sin importar las apariencias. Con las mujeres mexicanas, prácticamente la mitad tampoco desean curarse (gráfica 19). En cambio, con las mujeres de mayor edad sí se manifiesta el deseo de curarse para un 44%. En las edades de 12 a 20 años tal parece que estos padecimientos son una moneda de cambio: ¿para qué curarse?, ¿a cambio de qué? El argumento de una vida saludable o dejar de sufrir no parecen persuasivos. En la recaída después de tratamiento ¿en qué medida influiría esta percepción?

**Gráfica 19. Proporción de mujeres si/no desean curarse**

### SI ES ASÍ, TE GUSTARÍA CURARTE DE ELLA Y VIVIR SIN IMPORTAR LA APARENCIA



Fuente: <http://volandocomomariposa.metroblog.com>

#### CONCLUSIÓN

Los resultados nos permiten inferir que las mujeres anoréxicas y bulímicas tienen rasgos consistentes a pesar de las diferencias culturales. Las edades marcan diferencias específicas, sobre todo en el propósito último de vivir estas conductas.

Asimismo, nuestros resultados sientan las bases para profundizar con este tipo de instrumentos, desde ellas, en aspectos relevantes que conduzcan a una mejor comprensión de su sentir y su ser.

Tal como lo menciona Gustavo Figueroa (2012) citando a Heidegger:

Primero, la anoréxica se encuentra arrojada en su mundo portando consigo numerosas peculiaridades electroquímicas, así como habiendo nacido en una particular familia, en un periodo histórico determinado, en una clase social precisa: esta es su condición fáctica. Segundo, ella no tiene su vida anoréxica hecha de una vez para siempre, más bien ha de realizarla forzosamente a partir de sí misma: es su condición de proyecto; proyectarse es una manera de trascender, de llevar a cabo su vida desde sí misma hacia afuera, un modo irrepetible de abrir su interioridad y descubrir sus relaciones personales e interpersonales. Tercero, este proyecto ha de ejecutarlo necesariamente sumergida en las cosas, inmersa entre alimentos, comidas, enseres, amigos, desconocidos: es su estado de caída en el torbellino incesante de los demás entes intramundanos... al describir al ser humano en sus tres miembros de existencia, caída y facticidad, entregó las herramientas indispensables para aprehender a la anorexia nerviosa: no se tiene sino que se es anoréxica, se entiende, es un modo de llevar a cabo la vida, quizás trastocado, extravagante, desafortunado, pero, al fin, una manera de proyectarse y vivir humanamente (Binswanger, 1956; Heidegger, 1994).

En cuanto a nuestra investigación en particular, los resultados nos permiten validar algunas hipótesis que nos planteamos, en el sentido de que ciertas conductas y percepciones son efectos y recursos para avalar su hábito. Pero también nos ayuda a enfocar nuestros futuros esfuerzos de investigación en las lesiones del “mí mismo” en edades tempranas.

#### AGRADECIMIENTOS

Resulta importante no dejar pasar la ocasión de agradecer a “Adela” por permitirnos utilizar la información que ha recabado, información que, merece la pena subrayarlo, es de un valor inconmensurable. Del mismo modo agradecer la fuente de dicha información, a las participantes anónimas que respondieron el cuestionario. Por último, deseamos agradecer a la Dirección y el Área de investigación de la Clínica Ellen West por su invitación a este número especial y su apertura para publicar esta información.

## REFERENCIAS

1. Adela (2011). *Cuestionario de información*. Recuperado el 12 de enero de 2014, de <http://volandocomomariposa.metroblog.com>
2. Barriguete, A. y Mancilla, J.M. (2011). Relaciones peligrosas con la comida. ¿Cómo ves?. *Revista de Divulgación de la Ciencia de la UNAM*, 13 (148), pp 10-15.
3. Becerril, M., Zanatta, E. y Ponce, T. (2012). Estilos identitarios e imagen corporal en mujeres que presentan conductas alimentarias de riesgo. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, Nueva Época 2, (1), pp 67-76.
4. Binswanger, L. (1956). *Drei formen missglückten Daseins*. Tübingen: Niemayer.
5. Chaney, D. (2003). *Estilos de vida*. España: Talasa.
6. Figueroa, G. (2012). El análisis existencial de la anorexia nerviosa: de la ciencia psiquiátrica a su fundamentación. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/ Mexican Journal of Eating Disorders*, 3, pp. 45-53.
7. Heidegger, M. (1994). *Zolikoner Seminare. Protokolle-Zwiesgespräche-Briefe*. (2. Auflage), Frankfurt: Klostermann.
8. Ibarretxe, I., Valenzuela, J. (2012). Lingüística Cognitiva: origen, principios y tendencias. En Ibarretxe, I., Valenzuela, J. (eds.), *Lingüística Cognitiva* (pp. 1-16) Barcelona: Anthropos.
9. slas, O. y Ricuarte, P. (2013), Investigar las redes sociales, comunicación total en la sociedad de la ubicuidad. Recuperado el 21 de febrero del 2014, en [www.razonypalabra.org.mx/Libro\\_IRS/InvestigarRedesSociales.html](http://www.razonypalabra.org.mx/Libro_IRS/InvestigarRedesSociales.html)
10. Lakoff, G. y Johnson, M. (2004). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra.
11. Moser, K. (2000). Metaphor Analysis in Psychology. Method, Theory and Fields of Application, *Forum: Qualitative Social Research*. Recuperado el 25 de marzo de 2014, de <http://www.qualitative.research.net/fqs/fqs-e/2-00inhalt-e.htm>
12. Parsons, S., Brown, P. y Worley, V. (2004). A Metaphor Analysis of Preservice Teacher Reflective Writings about diversity. *Curriculum and Teaching Dialogue*, 6 (1), pp. 49-58.
13. Unikel, C., Bojorquez, I. y Saucedo-Molina, T. (2008). Trastornos alimentarios. Recuperado el 25 de marzo de 2014, de [http://www.escuelaeims.com/pdf/revision/TRASTORNOS\\_ALIMENTARIOS.pdf](http://www.escuelaeims.com/pdf/revision/TRASTORNOS_ALIMENTARIOS.pdf)

**Envío a dictamen:** 10 de marzo de 2014

**Reenvío:** 6 de mayo de 2014

**Aprobación:** 28 de agosto de 2014

Rodolfo Sierra-Márquez

Estudios de Actuaría, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Ciencias. Diplomado en mercadotecnia estratégica y desarrollo de nuevos productos, Michigan State University. Fundador y Director General de MENTALESE, S.C. Entre sus actividades se encuentran, la impartición de cursos, talleres, seminarios y módulos para Maestría en la Universidad Iberoamericana/León, Guanajuato. Correo: rodolfos@mentalese.com.mx

#### APÉNDICE A. CUESTIONARIO

##### *Cuestionario*

EDAD:

PAÍS:

OCUPACIÓN:

¿SOS ANA O SOS MÍA?:

¿HACE CUÁNTO TIEMPO?

¿CUÁNTO MEDIS Y PESAS?

¿ALGUNA PERSONA DE TU ENTORNO (PADRES, AMIGOS, FAMILIA) LO SABE?:

¿SOS FELIZ?

¿TE SENTIS COMPLETA Y REALIZADA CON TU VIDA, O SENTIS ALGÚN VACÍO INTERNO?

¿ALGUNA VEZ TE HICISTE CORTES EN TU CUERPO?

¿QUÉ CREES QUE ES LA ANOREXIA O LA BULIMIA PARA VOS?

¿TENES A ANA O MÍA COMO A TU DIOS?, ¿ES TODO PARA VOS?

¿CUÁLES SON TUS CREENCIAS/ NO CREENCIAS?

¿ALGUNA VEZ CONSUMISTE DROGAS, ANFETAMINAS O PASTILLAS PARA DORMIR?

¿TENES MUCHOS AMIGOS O NOVIO?

¿SABEN O SOSPECHAN ALGO DE ESTO?

¿LA VIDA ES HERMOSA O UN INFIERNO?

¿VIVIS CON O SIN TUS PADRES?

¿AMAS A TU FAMILIA Y LA RESPETAS?

¿DISFRUTAS O SUFRES SIENDO ANORÉXICA/BULÍMICA?

¿CREES QUE SON ENFERMEDADES LA ANOREXIA Y LA BULIMIA?

SI ES ASÍ, ¿TE GUSTARÍA CURARTE DE ELLA Y VIVIR SIN IMPORTAR LAS APARIENCIAS?

¿SABÍAS QUE SÍ SON ENFERMEDADES Y ES POSIBLE CURARSE?

¿CUÁLES SON TUS METAS O PROYECTOS?



# MODELO TERAPÉUTICO DE LA CLÍNICA ELLEN WEST

## THERAPEUTIC MODEL OF ELLEN WEST CLINIC

*Marcela Arzaluz-Zamora*

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Correspondencia: [nutricion@ellenwest.org](mailto:nutricion@ellenwest.org)

### RESUMEN

Los trastornos alimentarios son enfermedades mentales caracterizadas por graves alteraciones de la conducta alimentaria y la imagen corporal, incluyen a la anorexia y la bulimia. El desarrollo de estos padecimientos incorpora múltiples factores de riesgo y componentes genéticos. Existen diversos modelos de intervención de acuerdo con las pautas que establecen guías internacionales de tratamiento, los cuales incluyen hospital de día y hospitalización. El modelo Ellen West consiste en un tratamiento interdisciplinario que apegándose a guías internacionales se adapta a las necesidades de cada paciente incluyendo diversos talleres, terapia cognitivo-conductual, terapia familiar, terapia individual e intervención nutricional, focalizándose en la recuperación de los pacientes desde hace 15 años.

**Palabras clave:** trastornos alimentarios, modelos de intervención, tratamiento interdisciplinario, hospitalización, modelo Ellen West.

### ABSTRACT

Eating disorders are mental illnesses characterized by severe disturbances in eating behavior and body image, including anorexia and bulimia. The development of these conditions includes multiple risk factors and genetic components. There are various models of intervention according to the guidelines established international treatment guidelines which include inpatient and day hospital. The Ellen West model consists of an interdisciplinary treatment that adhere to international guidelines adapted to the needs of each patient including various workshops, cognitive behavioral therapy, family therapy, individual therapy and nutritional intervention focusing on the recovery of patients for 15 years.



**Key words:** eating disorders, intervention models, interdisciplinary treatment, hospitalization, Ellen West model.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves en la conducta alimentaria y la imagen corporal (DSM-IV-TR; Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2004; Bosque y Caballero, 2009). Comprenden tres patologías: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE) en el que se incluye el trastorno por atracón (Unikel *et al.*, 2006).

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por el rechazo a mantener el peso en los valores mínimos normales acompañándose por alteración de la percepción de la forma y peso corporal (García-Camba, 2002). Mientras que la bulimia nerviosa consiste en la aparición de episodios recurrentes de voracidad, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito autoprovocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Estas conductas se acompañan de una alteración de la forma y el peso corporales (García-Camba, 2002). Finalmente, el trastorno por atracón es un cuadro caracterizado por atracones de comida recurrentes sin la presencia de conductas compensatorias (García-Camba, 2002).

La anorexia nerviosa fue identificada por primera vez en 1689 por el inglés Richard Morton, quien describió dos casos de mujeres que presentaban amenorrea, hiperactividad e importante pérdida de peso (Ramírez, 2005; Silverman, 1985). En cuanto a la bulimia nerviosa, su descripción es más reciente, ocurrió ya entrado el siglo XIX por Russel, quien con toda claridad identificó lo que hoy conocemos como bulimia nerviosa (Bosque *et al.*, 2009).

## Factores de riesgo

Una variable es un factor de riesgo cuando cumple, por lo menos, los siguientes requisitos (Kraemer, 1997):

1. Precede al resultado que se está estudiando.
2. La mayoría de los factores investigados son correlatos o, si han precedido a la aparición del resultado que se está estudiando, correlatos retrospectivos (factores de riesgo variables).
3. La relación entre las variables y el resultado es cuantitativa.
4. Los factores de riesgo putativos se dan en varios campos: extrínsecos e intrínsecos. Estos factores pueden actuar como predisponentes, precipitantes o de mantenimiento.

5. Los factores de riesgo tienen relevancia causal se pueden manipular, de modo que el resultado final quedaría modificado. Sin embargo, la mayoría de los factores no pueden alterarse (por ejemplo, raza, género, año de nacimiento, etc.) y son, por lo tanto, definidos como marcadores fijos.

A continuación se presenta una tabla con los factores de riesgo que han sido asociados a los trastornos de la conducta alimentaria.

Factores de riesgo individuales	<p>Insatisfacción con la imagen corporal: junto con otros factores como internalización del ideal de delgadez, peso corporal elevado y práctica de dieta son predictores de riesgo de iniciar o empeorar la patología alimentaria (Striegel-Moore y Bulik, 2007).</p> <p>Experiencias traumáticas: durante la infancia pueden contribuir en el desarrollo de anorexia en la edad adulta; como problemas con la alimentación en los primeros seis meses de vida, enfermedad psicológica materna hasta los cinco años, separación de la madre con una duración de más de un mes antes de los cinco años de edad (Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007).</p> <p>Abuso sexual: se ha demostrado que el abuso de tipo físico y sexual son importantes factores de riesgo en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (Unikel, 2003).</p>
Factores de riesgo psicosociales	<p>Personalidad: a la anorexia nerviosa se le relaciona con el perfeccionismo, la rigidez, estilos de personalidad inhibidos, obsesivos y complacientes; por otro lado, a la bulimia nerviosa se le asocia con la impulsividad, inestabilidad emocional, narcisismo y perfeccionismo (Bosque <i>et al.</i>, 2009; Mazzeo y Bulik, 2008; Unikel, 2003).</p> <p>Autoestima baja: algunos autores han sugerido que la presencia de baja autoestima es un pre-requisito necesario para el desarrollo de la patología alimentaria (Unikel, 2003).</p> <p>Relación con los pares: los pares pueden ejercer presión junto con la familia y los medios masivos de comunicación, que conduzca hacia el deseo de ser delgado y presentar insatisfacción con la imagen corporal (Rodríguez, 2008; Unikel, 2003).</p>

Continúa...

Factores de riesgo socioculturales	<p>Medios de comunicación: el ideal de belleza femenino actual, caracterizado por la delgadez extrema, ha sido creado, insistentemente difundido y promovido por los medios masivos de comunicación, principalmente, televisión, revistas y publicidad (Spettigue <i>et al.</i>, 2004; Rodríguez, 2008).</p> <p>Factores familiares: madres con trastornos de la alimentación suelen usar los alimentos con fines no nutritivos como recompensar, consolar o castigar a sus hijos, lo cual puede tener una implicación en el desarrollo posterior de un trastorno alimentario en dichos niños (Mazzeo <i>et al.</i>, 2008).</p> <p>Se ha observado que las interacciones familiares de personas con TCA son intrusivas, hostiles y tendentes a negar necesidades emocionales; los pacientes suelen percibir que el ambiente familiar es crítico y conflictivo, que sus padres se preocupan poco por ellos y que se tienen pocas expectativas sobre ellos. En particular, los pacientes que padecen bulimia nerviosa describen a sus padres como intrusivos, celosos, creadores de un ambiente de competencia y en exceso invasores de la privacidad, acentuándose esta conducta en la madre (Polivy y Herman, 2002; Rodríguez, 2008).</p>
------------------------------------	---

### Aspectos genéticos

La importancia del papel que desempeñan los factores genéticos en el desarrollo de trastornos alimentarios es cada vez más claro. La transmisión familiar de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón ha sido establecida; sin embargo, cabe destacar que los patrones de heredabilidad familiar no siguen los patrones mendelianos tradicionales, ya que están influenciados por múltiples factores genéticos y ambientales. De modo que no existe un gen de la anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, lo más probable es que existan varios genes que codifican proteínas que influyen en rasgos que producen vulnerabilidad a estos trastornos. Los estudios recientes se han enfocado en identificar a los genes que juegan un papel en el desarrollo y vulnerabilidad para un trastorno de la conducta alimentaria, así como explicar cuáles son los mecanismos mediante los cuales actúan (Mazzeo *et al.*, 2008; Striegel-Moore *et al.*, 2007).

### *Relación gen-ambiente*

Se han descrito tres tipos de correlaciones de gen-ambiente. El primero se denomina modelo de la interacción Gen X-ambiente, primordialmente, sugiere que el genotipo de un individuo influya en su vulnerabilidad o respuesta a los factores de riesgos ambientales (Mazzeo *et al.*, 2008; Striegel-Moore *et al.*, 2007).

El segundo modelo sugiere que podrían descubrirse efectos genéticos que produzcan procesos de deterioro en la regulación del apetito y el peso de modo que las teorías socioculturales podrían representar correlaciones ilusivas (Striegel-Moore *et al.*, 2007).

El tercer modelo es el llamado mezclado, en donde se establece que los efectos genéticos en los TCA se observan en los síntomas centrales que han persistido a lo largo de la historia, como el mantenimiento de un bajo peso, atracones y vómito autoinducido; mientras que la cultura prevalente provee un contexto explicativo y completa la definición de los síndromes con síntomas mediados ambiental y contextualmente (Striegel-Moore *et al.*, 2007).

Se ha estimado la heredabilidad en la AN entre 48-76%, en BN entre 50-83% y de trastorno por atracón de 41%; se ha sugerido que la variabilidad depende de factores ambientales únicos (Bulik, 2005). Bajo el marco del modelo de "mezcla" se ha descubierto que los síntomas de vómito autoinducido y atracón están influenciados significativamente por factores genéticos con una heredabilidad estimada de 50 y 72% respectivamente, mientras que la excesiva preocupación por el peso se debe a efectos ambientales (Striegel-Moore *et al.*, 2007). Existen diferencias entre sexos en las contribuciones genéticas y ambientales a los síntomas individuales de TCA, existiendo diferencias en los patrones de heredabilidad de búsqueda de la delgadez e insatisfacción con la imagen corporal (Striegel-Moore *et al.*, 2007).

### *Pronóstico*

Considerando que la etiología de los TCA no es completamente conocida y las intervenciones tienen un éxito limitado en una proporción considerable de los pacientes, su resultado es de gran interés. Los estudios que evalúan el pronóstico de los desórdenes de alimentación indagan en parámetros de mortalidad, recuperación, mejora, cronicidad y la comorbilidad psiquiátrica durante el seguimiento (Steinhausen, 2008). Existen datos que sugieren que la tasa de mortalidad de AN es de 5%, la recuperación total se alcanza en poco menos de la mitad de los pacientes, 33% mejoran y 20% cursan con una enfermedad crónica. El resultado de síntomas por separado es ligeramente mejor, con la normalización del peso en aproximadamente 60%, restablecimiento de la menstruación en 57% y normalización de la conducta alimentaria en 47% (Steinhausen, 2008; Berkman *et al.*, 2007).

Ciertas características pueden mejorar el pronóstico de recuperación de la AN, como la edad de inicio temprana, intervalo breve antes de la hospitalización, menor número de hospitalizaciones; mientras que características como peso muy bajo, duración prolongada de la enfermedad, anormalidades premórbidas clínicas o del desarrollo, presencia de conductas purgativas y disfunción familiar son predictores de un mal pronóstico (Bosque *et al.*, 2008). Durante el seguimiento es común observar desórdenes psiquiátricos adicionales en una gran parte de las pacientes con anorexia (hasta en un 40%), como desórdenes neuróticos, ansiedad y fobias, trastornos afectivos, abuso de sustancias, trastorno obsesivo-compulsivo, y desórdenes de la personalidad incluyendo trastorno límite de la personalidad (Steinhausen, 2008).

En la BN los predictores de buen pronóstico son: edad temprana de presentación, motivación al tratamiento, presencia de red de apoyo (amistades), por otro lado, los predictores de mal pronóstico se refieren a la severidad del trastorno y de la frecuencia basal de vómitos, fluctuaciones de peso acentuadas, impulsividad, baja autoestima, presencia de comorbilidad psiquiátrica y conductas suicidas (Bosque *et al.*, 2008).

La tasa de mortalidad en pacientes con diagnóstico de bulimia nerviosa es de 0.7%, de los que sobreviven el 47.5% se recuperan, 26% mejoran y 26% desarrollan un padecimiento crónico. Del 0.6 al 14.1% de pacientes son BN viran a AN y 1.6% al 26% viran a TANE. El ajuste social mejora a medida que aumenta la recuperación o mejora el trastorno, tomando en cuenta que los pacientes con BN tienden a funcionar mejor en términos de ajuste social que en relaciones personales y sexuales (Steinhausen, 2008; Berkman *et al.*, 2007).

## MODELOS DE INTERVENCIÓN

Existen diferentes formas de abordar el trastorno en función de la gravedad y del momento de enfermedad en el que se encuentren determinados modelos.

Las guías desarrolladas en EE.UU. fueron las primeras en marcar pautas para el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (APA, 2000) y en 2004 se publica en Internet el informe completo en Reino Unido por el *Nacional Institute of Excellence* (NICE, 2004). Las guías prácticas para el tratamiento de pacientes con Trastornos Alimentarios (*Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*), según las directrices de la APA de 1993 y su revisión posterior en el 2000, hacen hincapié en la diferencia entre los tratamientos bien establecidos y los tratamientos probablemente eficaces y los tratamientos experimentales.

En el Reino Unido, las guías para el tratamiento de los TCA se han desarrollado según los análisis explícitos y estandarizados de los tratamientos basados en la evidencia (Treasure, 2004). Una revisión sistemática y meta análisis de los tratamientos

basados en la evidencia fueron compilados y sintetizados por un panel de expertos. El informe completo publicado en Internet a comienzos de 2004 (NICE, 2004).

El primer tratamiento que demostró eficacia clínica para los TCA fue el tratamiento cognitivo conductual para la BN de Fairburn (1981). Este protocolo de tratamiento potenció la búsqueda de tratamientos ambulatorios eficaces para la anorexia nerviosa. Recientemente se están aplicando estos tratamientos a un espectro de padecimientos más amplios, como el trastorno por atracón. Ahora bien, existen diversos modelos de intervención para implementar los tratamientos, hablaremos de dos de ellos, la hospitalización y el hospital de día.

### *Hospitalización*

En este apartado, se exponen los criterios de hospitalización a tener en cuenta, como criterios médico-biológicos, familiares y psicológicos establecidos por la *American Psychiatric Association* (APA, 2000).

#### Criterios médico-biológicos

Pérdida de peso alcanza más del 30% o  $IMC < 15$

Irregularidades electrolíticas

Alteraciones en los signos vitales: hipotensión postural, bradicardia, hipotermia

Infecciones en pacientes gravemente desnutridas o inanés

#### Criterios de atención médica urgente en pacientes con anorexia nerviosa y trastornos afines

*Pérdida de peso superior al 50%  
en pocos meses*

Alteraciones de la conciencia

Convulsiones

Deshidratación

Alteraciones del sodio

Frecuencia cardíaca  $< 40$

Dilatación gástrica aguda

*Arritmia grave o trastornos de la  
conducción*

Pancreatitis

Descenso del potasio ( $< 3mEq/l$ )

Síncopes

Alteraciones hepáticas o renales  
graves

Hematemesis grave

Otros trastornos del EEG

### Criterios de ingreso psiquiátrico urgente en pacientes con AN y trastornos afines

Alteraciones fisiológicas de riesgo	Glucosa < 60 mg/dl
Frecuencia cardíaca < 45	Desequilibrio electrolítico
Presión sanguínea <90/60 mmHg	Deshidratación
Potasio < 3,5 mEq/l	Alteraciones hepáticas, renales o cardiovasculares
Rectorragia	Índice de masa corporal < 14
Nula ingestión de alimentos, especialmente líquidos	Sintomatología depresiva con riesgo de autolisis
Conductas autolesivas importantes	

### *Criterios familiares que deben ser tomados en cuenta para la hospitalización*

- Conflicto familiar grave, es decir, si existe psicopatología familiar, conflictos familiares, o una desestructura familiar que perturbe o impida el tratamiento.
- Impide el tratamiento ambulatorio. Cuando no se puede llevar a cabo el tratamiento en régimen ambulatorio, o se ha probado en otras ocasiones y no ha dado resultado.
- Ningún sistema de apoyo: no existe sistema de apoyo, o éste es caótico o desestructurado.
- Aislamiento social exagerado.
- No puede trabajar o estudiar.

### Criterios psicológicos individuales

- Fracaso en tratamientos previos: ejemplo, hospital de día.
- No existe implicación en el tratamiento: nula conciencia de enfermedad, ni motivación para el cambio.
- Necesita ambiente totalmente estructurado para aumentar o recuperar el peso.
- Ideación y/o planificación suicida.
- Comorbilidad con otros trastornos que sea lo suficientemente grave como para requerir hospitalización.

Durante la hospitalización deben desarrollarse los siguientes puntos

Tratamiento de los trastornos biológicos: realimentación del paciente; tratamientos farmacológicos y tratamiento de la amenorrea.

Tratamiento psicológico: terapia conductual, terapia cognitiva, y terapia familiar.

### *Hospital de día*

El hospital de día para TCA como un servicio ambulatorio, apoyado en un dispositivo hospitalario, dentro de un ambiente terapéutico estable, que provee de un tratamiento más activo, intensivo y estructurado que un módulo ambulatorio normal (Turón, 1997). A continuación se exponen los criterios de hospitalización a tener en cuenta, tales como criterios médico-biológicos, familiares y psicológicos establecidos por la *American Psychiatric Association* (APA, 2000):

#### Criterios médico-biológicos

Pérdida de peso de un 25% o  $IMC < 17.5$ .

Irregularidades electrolíticas: alteraciones en los signos vitales o infecciones en pacientes gravemente desnutridas.

Alteraciones relevantes analíticas. Glucosa, anemia, hipoproteinemia, etcétera.

Alteración del sistema inmunitario.

#### *Criterios psicosociales o familiares*

No aislamiento social exagerado: mantiene algún contacto personal.

No puede trabajar o estudiar.

La situación familiar o social es conflictiva o impide el tratamiento ambulatorio o en hospital de día parcial.

#### *Criterios terapéuticos*

Fracaso en tratamientos ambulatorios o de HD parcial previos.

Post-alta de un ingreso hospitalario.

Implicación en el tratamiento: falta de motivación y/o poca conciencia de enfermedad.



Necesita la estructura del hospital de día (control externo parcial) para aumentar o recuperar el peso.

Necesita una estructura diaria para prevenir/evitar ejercicio compulsivo.

Necesita una estructura diaria para prevenir/evitar las purgas (laxantes y diuréticos).

Estrés ambiental

Estructura y apoyo limitado

Dificultad para aplicar las normas en casa y seguir las indicaciones terapéuticas.

Psicopatología secundaria:

No ideación suicida grave ni tentativas.

Comorbilidad con otros trastornos.

No trastorno psiquiátrico grave que requiera hospitalización (adicciones, psicosis).

Proximidad a centros de tratamiento.

## MODELO ELLEN WEST

### *Evaluación*

Se trata de un modelo interdisciplinario en donde se conjuntan diversas especialidades (psicología, psiquiatría, psicoanálisis y nutrición) trabajando en conjunto para la recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria.

El proceso de tratamiento inicia con una evaluación diagnóstica que consiste en una entrevista psicológica semiestructurada, pruebas psicométricas y una valoración nutricional. Se elabora un reporte integrado para establecer un diagnóstico.

Posteriormente, se elige el modelo de intervención con base en las guías de tratamiento internacionales, pero adaptando el tratamiento al paciente. Es importante saber cómo optimizar la secuencia de las intervenciones y combinarlas o el modo de hacerlo para lograr la máxima eficacia y eficiencia. Durante este proceso se toman en cuenta los siguientes aspectos: a) gravedad, b) cronicidad, c) comorbilidad, d) motivación, e) habilidades de afrontamiento, f) momento concreto de enfermedad, g) historial previo y h) circunstancias vitales actuales.

El Modelo Ellen West aborda, desde diversas perspectivas, la problemática que enfrentan los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. Por medio de talleres grupales, los pacientes adquieren herramientas para mejorar sus habilidades sociales, autoestima, modificar su pensamiento y conducta, contactarse con sus sensaciones corporales y comer sanamente, con el fin de cambiar positivamente los aspectos emocionales y físicos dañados que exacerbaban los síntomas y ocasionan las posibles recaídas.

El Modelo Ellen West hace uso del internamiento, pero de igual forma ofrece a sus pacientes tratamiento ambulatorio, equivalente al que internacionalmente se conoce como Hospital de Día. El modelo se ajusta a las necesidades de cada paciente, pues se tiene conciencia de que de esto depende el éxito del tratamiento, sin embargo, se respetan siempre los criterios de decisión basados en evidencia para proponer los diversos tratamientos.

Las características del modelo, flexible e incluyente, se originan al percatarnos que un modelo (cognitivo-conductual, psicoanálisis, terapia sistémica, etc.) no es suficiente para una problemática tan compleja como lo son los trastornos de la alimentación, es por ello que el Modelo Ellen West pretende sumar aproximaciones más que restarlas. Y aunque no ha resultado tarea fácil e incluso ha sido más complicado, la formación inclusiva ha dado un panorama que enriquece los modos de ver, entender y trabajar la problemática.

### *Tratamiento*

En el caso de la modalidad de internamiento se apuesta al tratamiento de los padecimientos biológicos urgentes, brindando un espacio de contención tanto individual como grupal que permita iniciar con el cambio en las conductas de purga y restricción. Se toma en consideración que existen pacientes con actividades que no les permiten acudir a un tratamiento de tiempo completo y que presentan una manifiesta conciencia de enfermedad y motivación al cambio, por lo que pueden ser candidatos adecuados a un tratamiento ambulatorio que consiste en terapias psicológicas, psiquiátricas y nutricionales, sin necesidad de permanecer tiempo completo en la institución, de esta manera se trata de conservar la productividad del paciente para no deteriorar su condición socio-laboral.

Cuando un paciente inicia el tratamiento se elabora una historia clínica psicológica, nutricional y psiquiátrica completa, y se obtienen laboratorios médicos de rutina. El tratamiento en el área psicológica se lleva a cabo con diversos talleres grupales y las siguientes temáticas:

### Codependencia

Enseñar a los pacientes que sus emociones no dependan de alguien más.  
Establecer relaciones interpersonales sanas.

### Relajación

Se entrena a los pacientes en estrategias de relajación para aprender a modular los momentos de ansiedad.

### Asertividad

El objetivo es que las personas comuniquen emociones de manera adecuada, poniendo límites y buscando una negociación.

### Terapia cognitivo conductual grupal

Tiene como objetivo modificar los pensamientos erróneos que originan las conductas, atender las ideas erróneas a través de la reestructuración cognitiva.

### Audiencias críticas

El objetivo es analizar y comprender cómo funciona la publicidad para fomentar un espíritu crítico hacia los mensajes de los medios de comunicación.

### Terapia dialéctico conductual

El objetivo es que las pacientes reconozcan sus emociones y sensaciones corporales para descubrir cuáles podrían resultar abrumadoras, al reconocerlas, podrán enfrentarlas a través de técnicas de relajación y formas creativas para poder relacionarse con ellas de manera que las puedan expresar y transformar para su beneficio.

### Comida y cuerpo

Tiene por objetivo que las pacientes identifiquen la relación directa entre su comportamiento alimentario, asociado a su cuerpo.

### Imagen corporal

El objetivo es reestructurar la imagen corporal, combatir las alteraciones en la percepción corporal y lograr la aceptación del propio cuerpo.

### Ejercicio físico controlado

El objetivo es “reaprender” la práctica del ejercicio físico, no desde un punto de vista obsesivo y perfeccionista, sino desde la salud y el bienestar que produce la actividad física.

Además de terapia individual de corte psicoanalítico, se incluye terapia conductual, terapia cognitiva y terapia familiar.

### Terapia conductual

Bachrach y cols. (1965) demuestran el éxito de los procedimientos operantes. Estos programas tratan de reforzar el comportamiento adaptado (ingesta alimenticia) y de extinguir el comportamiento desadaptado (conductas anómalas). Si se tiene en cuenta que una situación de hospitalización conlleva un cierto aislamiento social. Es precisamente ese estado de privación el que convierte en reforzadores potentes una serie de actividades que antes no funcionaban como tal. Reforzar la ingesta y el aumento de peso supone asociarlo a respuestas emocionales positivas y a la exposición progresiva y real a la ingesta y el aumento de peso. Todo programa de reforzamiento positivo desarrollado en un hospital se sitúa en un marco más amplio de reforzamiento negativo, determinado por la misma hospitalización que finalizarán con la obtención de una ingesta/peso normal.

### Terapia cognitiva

En un ingreso de internamiento, el clínico está consciente de que sólo se puede aspirar a iniciar esta labor. La tarea del facultativo será comenzar a sembrar dudas entre las “seguridades” (distorciones cognitivas), a suministrarle más información y datos que le permitan percibir sus incoherencias.

Desde el Servicio de Psiquiatría del Bellvitge, se plantea el siguiente esquema para el abordaje cognitivo durante la hospitalización (Alonso-Ortega, Fernández-Aranda, Turón-Gil, Vallejo-Ruiloba y Ramos, 1998).

- Disminuir la ansiedad del paciente hospitalizado ante la comida y un aumento de peso.
- Detectar las distorsiones cognitivas que iniciaron y mantuvieron la enfermedad y sustituirlos por pensamientos más realistas.
- Aumentar la autoestima del paciente.
- Disminuir las distorsiones de la ic.
- Preparar al paciente para el alta hospitalaria.

### Terapia familiar

Existe evidencia de que en pacientes con menos de 16 años la terapia familiar resulta eficaz. En concreto, la terapia familiar sistémica de Minuchin y cols. (1978), se trata de un procedimiento directivo e interpretativo cuya finalidad es sustituir las pautas disfuncionales de interacción por otras más higiénicas. Por encima de esta edad, encontramos estudios contradictorios, incluso algunos clínicos ayudan a la paciente a organizar su vida al margen de la familia (Ruiz, Vázquez, Mancilla, Viladrichi y Halley, 2013).

### Terapia nutricional

En el área de nutrición se ocupa de reestructurar los hábitos de alimentación, evitar las complicaciones de la realimentación, explicar las consecuencias fisiológicas que generan las conductas y establecer un peso sano en las pacientes. Se ofrecen talleres cuya función es abordar los principios fundamentales de la alimentación y de la nutrición, abarca temáticas diversas como función de macronutrientes, diseño de plan de alimentación, explicación de consecuencias a largo y corto plazo respecto a las conductas purgativas y restrictivas, identificación de grupos de alimentos, alimentación saludable y mitos más comunes de alimentación.

### CONCLUSIÓN

Los tratamientos en trastornos de la conducta alimentaria deben apegarse a las pautas marcadas en guías internacionales con sus adaptaciones al contexto sociocultural.

El Modelo Ellen West se sustenta en los modelos basados en evidencia, es decir, está fundamentado en diversas aportaciones terapéuticas que han mostrado buenos resultados, como la terapia familia (Stierlin & Weber, 1989) o la terapia cognitivo-conductual (Fairburn, 1981) sólo que el Modelo Ellen West no se ha casado con una corriente, al contrario, han buscado incluir más que excluir. De esta manera, desde

1998, ofrece tratamiento para personas con trastornos de la conducta alimentaria. Debido a la dificultad que estos pacientes representan, es necesario seguir trabajando en los modelos, así como en la investigación y publicación de los resultados para ofrecer a la comunidad científica elementos para el avance y la profundización de lo que ha resultado más eficaz.

Estas enfermedades significan un gran reto y Ellen West ha tratado alrededor de 1 500 pacientes en 15 años lo que representa un buen grupo para su estudio. Ofrece tratamientos personalizados dirigidos a la problemática de cada paciente con el fin de lograr una cura a estos problemas complejos.

#### REFERENCIAS

1. Alonso-Ortega, P., Fernández-Aranda, F., Turón-Gil, V., Vallejo-Ruiloba, J. y Ramos, M. (1998). *Trastornos de la alimentación en 191 casos de TOC y TCA: estudio comparativo de casos*.
2. American Psychiatric Association (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision), American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, pp. 1-39.
3. Asociación Americana de Psiquiatría (2004). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión IV (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
4. Bachrach, L., Katzman, D., Litt, I., Guido, D. y Marcus, R. (1991). Recovery from osteopenia in adolescent girls with anorexia nervosa. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 72, pp. 602-606.
5. Berkman, N., Lohr, K. y Bulik, C. (2007). Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature, *International Journal of Eating Disorders*, 40 (4), pp. 293-309.
6. Bosque, J. y Caballero, A. (2009). Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 66, pp. 398-409.
7. Bulik, C. (2005). Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 30 (5), pp. 335-339.
8. Fairburn, C. (1981). A cognitive behavioural approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, pp. 707-711.
9. García-Camba, E. (2002). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Madrid: Masson.
10. Hudson, J., Hiripi, E. Pope, H. y Kessler, R. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61 (3), pp. 348-58.
11. Kraemer, H. y Kazdin, A. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54 (4), pp. 337-343.

12. Mazzeo, S. y Bulik, C. (2008). Environmental and genetic risk factors for eating disorders: what the clinical needs to know. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, pp. 67-82.
13. Minuchin, S., Rosman, B. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
14. Nacional Institute of Excellence (2004). NICE Guideliness for Eating Disorders. Interventions in the treatmente and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related disorders. Recuperado el 2 de marzo de 2014, de [http:// nice.org.uk](http://nice.org.uk)
15. Polivy, J. y Herman, P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, pp. 187-213.
16. Ramírez L. (2005). *Anorexia nerviosa: una revisión bibliográfica (tesis)*. México: Facultad de Psicología UNAM.
17. Rodríguez, R. (2008). *Prevención primaria de trastornos alimentarios: formación de audiencias críticas y psicoeducación (tesis de doctorado)*. México: Facultad de Psicología UNAM.
18. Ruíz, A., Vázquez, R., Mancilla, J., Viladrichi, C. Halley, M. (2013). Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 4, pp. 45-57.
19. Silverman, J. (1985). Richard Morton, 1637-1698: Limner of anorexia nervosa: His life and times. *Journal of Psychiatric Research*, 19, pp. 83-88.
20. Spettigue, W. y Henderson, K. (2004). Eating Disorders and the Role of the Media. *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 13, pp. 16-19.
21. Stierlin, H. y Weber, G. (1997). *Qué hay detrás de la puerta de la familia: llaves sistemáticas para la apertura, comprensión y tratamiento clínico de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Gedisa.
22. Steinhausen, H. (2008). Oucome of eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, pp. 225-542.
23. Striegel-Moore, R. y Bulik, C. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), pp. 181-198.
24. Treasure, J. (2004). Una visión general de los enfoques de tratamiento de los trastornos alimentarios. *Psicología Conductual*, 12 (3), pp. 491-500.
25. Turón, V. (2003). Hospitales de día para los trastornos de la conducta alimentaria. En Rojo, L. y Cava, G. (eds.), *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
26. Unikel, C. (2003). *Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria (tesis de doctorado)*. México: Facultad de Psicología UNAM.
27. Unikel, C., Bojórquez, I., Villatoro, J., Fleiz, C. y Medina-Mora, M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58 (1), pp. 15-27.

**Envío a dictamen:** 13 de marzo de 2014

**Reenvío:** 30 de mayo de 2014

**Aprobación:** 22 de agosto de 2014

Marcela Arzaluz-Zamora

Licenciada en Nutrición por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Pasante en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Encargada del Área Nutrición en la Clínica Ellen West. Correo: [nutricion@ellenwest.org](mailto:nutricion@ellenwest.org)





# TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA BULIMIA NERVIOSA: ESTUDIO DE CASO

## INTEGRAL TREATMENT OF BULIMIA NERVOSA: A CASE STUDY

*Araceli Aizpuru-de la Portilla*

Universidad Iberoamericana, México

Correspondencia: [direccion@ellenwest.org](mailto:direccion@ellenwest.org)

### RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar el caso de una paciente que fue valorada, diagnosticada y atendida en la Clínica Ellen West. Se presenta el caso de una mujer de 35 años de edad con diagnóstico de bulimia nerviosa tipo purgativa con una cronicidad de 16 años. La paciente inició con el trastorno a los 17 años de edad, la conducta purgativa de inicio fue la del vómito, posteriormente aparecieron los atracones y, finalmente, se consolidó el ciclo restricción, atracón y purga. La paciente recibió un tratamiento integral que incluye la atención nutricional, psiquiátrica y psicológica en distintas modalidades, terapia individual, familiar y grupal. Después de 16 semanas de internamiento fue dada de alta con total remisión de los síntomas.

**Palabras clave:** estudio de caso, paciente crónica, bulimia nerviosa, tratamiento integral.

### ABSTRACT

The present study aimed to analyze the case of a patient who was assessed, diagnosed and treated at the Clinic Ellen West. The case of a 35 year old diagnosed with Bulimia Nervosa Purgative guy with a chronicity of 16 years is presented. The patient began with the disorder at 17 years of age, start purging vomiting was subsequently appeared binge cycle and finally restriction, bingeing and purging was consolidated. The patient received a comprehensive treatment that includes care, nutritional, psychiatric and psychological in different modalities, individual therapy, family and group. After 16 weeks of hospitalization was discharged with complete remission of symptoms.

**Key words:** case study, chronic patient, bulimia nervosa, integral treatment.

## INTRODUCCIÓN

La asistencia terapéutica de los trastornos alimentarios (TA), de acuerdo con la *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria* (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2006), debe de restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional a un nivel saludable, tratar las complicaciones físicas, modificar/mejorar las disfunciones previas o adquiridas a consecuencia de los TA (pensamientos, actitudes, sentimientos, conductas inadecuadas, etc.), tratar los trastornos asociados (comorbilidades), tanto psiquiátricos (incluyendo las alteraciones del estado de ánimo, la baja autoestima, la conducta, etc.) como físicos (diabetes mellitus, etc.), conseguir el apoyo familiar de la persona afectada y, finalmente, prevenir las recaídas.

Por su parte, la *Guía de trastornos alimenticios* publicada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (Secretaría de Salud de México, 2004) señala que el manejo de éstos debe ser una tarea combinada que requiere la conformación de un equipo de profesionales de diversas disciplinas que trabajen conjuntamente. A su vez, señala que el equipo de tratamiento básico debe ofrecer atención médica y psicoterapéutica y, de acuerdo con el caso, proporcionar terapia familiar o grupal, consulta ginecológica, psiquiátrica, endocrinológica y nutricia con profesionales que conozcan los TA, por lo que no basta una labor de equipo multidisciplinario, se requiere de un tratamiento interdisciplinario. En este sentido, en la Clínica Ellen West trabajamos bajo un tratamiento integral que involucra la intervención nutricional, psicológica y psiquiátrica, tanto para la evaluación y determinación del diagnóstico como para el tratamiento.

El presente estudio tuvo como objetivo analizar el caso de una paciente que ingresó a la Clínica Ellen West con diagnóstico de bulimia nerviosa de 16 años de evolución.

## ESTUDIO DE CASO

Se trata de una mujer de 35 años de edad, hija única, cuyo padre la abandonó y quien será identificada de este momento en adelante como Lupis. Se presenta de forma voluntaria para la evaluación y posible internamiento en la Clínica Ellen West. La evaluación se realizó de forma integral, abarcando el área psicológica, nutricional, médica y psiquiátrica.

### *Antecedentes*

Lupis declaró que su enfermedad se detonó durante su adolescencia (17 años), sin embargo, se formó desde su infancia, ya que desde pequeña presentó sobrepeso,

lo que le trajo problemas psicosociales, por ejemplo, se burlaban de ella, le hacían comentarios negativos e hirientes acerca de su peso y su figura, incluso entre los miembros de su familia. Durante la adolescencia, cuando comenzó el interés por los hombres como pareja, ellos la veían como “la mejor amiga gordita simpática”. De acuerdo con ella, esta situación reforzó una idea negativa sobre su imagen corporal. A los 17 años, Lupis vivió sola en el extranjero por un año y fue allí donde “descubrió” que si comía y vomitaba podía, por un lado, comer lo que le gustaba y, a la vez adelgazar, con lo que se estableció el ciclo atracón-purga.

Cuando regresó a México tuvo su primera pareja sentimental de larga duración, a la par de esta relación continuaba con las conductas de atracón y vómito, que mantuvo en secreto de su pareja y familia. Después de cinco años de relación y cuando había pensado en casarse con su pareja, Lupis se enteró que la había engañado teniendo relación con otras mujeres (infidelidad), por lo que decidió terminar la relación cayendo en depresión.

Se fue a vivir al extranjero donde conoce al que hoy es su marido con quien se casó a los 24 años. Mantuvo en secreto sus conductas, tanto de atracón como purgativas, hasta el 2012 (llegando a vomitar en unas bolsas de plástico) cuando finalmente le hace saber a su esposo, no por pedirle ayuda, sino con la intención de poder hacerlo en libertad. En esta época, Lupis se encontraba con una bulimia nervosa aguda con gran cantidad de atracones y purgas al día (15 vómitos, 4 atracones diarios en promedio) con trastornos en el estado de ánimo, agresiva, apática e indiferente, lo que le trajo varios problemas de pareja por lo que el esposo le informó a la mamá de Lupis toda la situación. La madre le ofrece enviarla a un centro de tratamiento y ella acepta con la principal motivación de recuperar su matrimonio.

El tratamiento lo realizó en México donde estuvo internada 45 días en una institución especializada en adicciones y donde su problema alimentario fue un caso aislado, por lo que Lupis cree que no fue adecuado, dice haber aprendido mucho de drogas pero poco de su enfermedad. Al salir regresa a Europa y se mantuvo un año sin atracarse ni vomitar, pero con restricción alimenticia severa; siguiendo a Nardone (2004) “las pacientes bulímicas tienen grandes dificultades para controlar sus reacciones, [...] el sistema perceptivo reactivo básico se caracteriza por una desenfrenada tendencia a los atracones provocada por un placer incontrolable de comer [...]”(p.123); posterior a ese año se vuelve a establecer el ciclo restricción-atracón-purga, agregando el vómito inducido después de consumir sólo agua, además, de utilizar alimentos como marcadores para saber cuándo parar como chocolates y gomitas de dulce. Lupis llegó a vomitar hasta 25 veces al día y tener de 2 a 4 atracones diarios. Con el tiempo, el vómito es considerado en las pacientes como un método para mantener el peso más allá de un método para perderlo, por eso la paciente crónica con TA, como es el caso de Lupis, presenta gran miedo y rechazo a dejar de vomitar, porque no dimensiona otra forma de mantener su peso que no sea vomitando todo aquello que considera puede engordarle.

### Evaluación psicométrica

Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40, por sus siglas en inglés). Tiene como objetivo medir síntomas y conductas características de anorexia. Incluye 40 reactivos con seis opciones de respuesta en escala tipo Likert, que se califican de 0 a 3 puntos. Fue creado y validado por Garner y Garfinkel (1979) y validado para México por Álvarez-Rayón *et al.* (2004), quienes propusieron un punto de corte de 28 para la predicción diagnóstica para AN o BN con sensibilidad y especificidad de 83 y 91%, respectivamente. La escala global está conformada por cinco factores: 1) restricción alimentaria, 2) bulimia, 3) motivación para adelgazar, 4) preocupación por la comida y 5) presión social percibida.

Inventario de trastornos alimentarios (EDI, por sus siglas en inglés), tiene como objetivo evaluar características cognitivo-conductuales asociadas a anorexia y bulimia. Está conformado por 64 reactivos con seis opciones de respuesta en escala tipo Likert, que se califican de 0 a 3. Fue construido y validado por Garner *et al.* (1983), en México Mancilla, Franco, Álvarez y Vázquez (2003) adaptaron y validaron la versión en español del EDI (Guimerá y Torrubia, 1987) y obtuvieron ocho factores que componen la escala global: 1) motivación para adelgazar, 2) bulimia, 3) insatisfacción corporal, 4) miedo a madurar, 5) ineficacia, 6) identificación interoceptiva, 7) desconfianza interpersonal y 8) perfeccionismo.

Cuestionario de imagen corporal (BSQ, por sus siglas en inglés). Tiene como objetivo evaluar la presencia de preocupación e insatisfacción con la imagen corporal. Está compuesto por 34 reactivos con seis opciones de respuesta en escala tipo Likert, que se califican de 1 a 6. Fue creado y validado por Cooper *et al.* (1987). En México por Vázquez-Arévalo *et al.* (2011) adaptaron la escala y obtuvieron un punto de corte de 110, con sensibilidad y especificidad de 84%, así como una estructura de dos factores: malestar corporal normativo y malestar corporal patológico.

Cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal (CIMEC). Tiene como objetivo evaluar las influencias culturales relevantes que contribuyen a promover y justificar el adelgazamiento, especialmente por razones estéticas y sociales. Incluye 40 reactivos con tres opciones de respuesta en escala tipo Likert, que se califican de 0 a 2. Fue creado y validado por Toro, Salameo y Martínez (1994) y adaptado para población mexicana por Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000), quienes reportaron una estructura de cuatro factores: 1) influencia de la publicidad, 2) malestar por la imagen corporal, 3) influencia de los modelos estéticos corporales y 4) influencia de las relaciones sociales. Asimismo, propusieron un punto de corte de 23 puntos.

Inventario de depresión de Beck (BDI). Tiene por objetivo evaluar la intensidad sintomática de la depresión. Se trata de un instrumento de 21 ítems que se contestan con una escala de tipo Likert. Fue creado por Beck *et al.* (1961), fue adaptada para una población mexicana por Jurado y colaboradores (1998). Las puntuaciones obtenidas en la prueba pueden agruparse en cuatro niveles de depresión: depresión mínima

(0 a 9 puntos), depresión leve (10 a 16 puntos), depresión moderada (17 a 29 puntos) y depresión severa (30 a 63 puntos).

Inventario de ansiedad de Beck (IAB). Tiene por objetivo valorar la severidad de los síntomas de ansiedad, y discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Está compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad relacionados con las manifestaciones físicas de la misma, según los criterios diagnósticos del DSM-IV. Fue creado por Beck, Epstein y Brown (1988), por su parte, Robles, Varela, Jurado y Páez (2001) lo validaron para población mexicana y propusieron que un resultado entre 0-5 puntos es normal, de 6-15 es ansiedad leve, de 16-30 es ansiedad moderada y de 31-63 es ansiedad severa.

### Evaluación nutricional

Peso: 52 kg

Estatura: 1.64 m

I.M.C: 19.3

Rango: peso saludable

Atracones: 10 por semana

Conductas purgativas, vómito autoinducido: 10-15 por semana

Recordatorio de 24 hrs.

Consumo sin atracón: 900 kcl al día

Consumo en un atracón: 3000 kcl aprox.

Otras conductas purgativas: negadas

Alimentos fóbicos: aguacate, plátanos, papas, mangos, cereales en general, pastas, pastel, galletas, chocolates, crema, aceite, mantequilla, empanizados, postres.

### Evaluación psiquiátrica

Antecedentes heredofamiliares (AHF): una prima con probable anorexia, abuela materna con hipertensión arterial e infarto agudo al miocardio, madre tuvo hepatitis C, padre con problemas de alcohol.

Antecedentes personales patológicos (APP): alérgica a la penicilina, asma en la infancia.

Intervención quirúrgica por condromalacia rotuliana hace cinco y siete años. Diagnóstico de infección por virus del papiloma humano, recibió tratamiento.

Antecedentes gineco-obstetricos (AGO): menarca 12<sup>a</sup>; ivsa: 18<sup>a</sup>; mac: no; G: 0 ha tenido dificultades para embarazarse, presenta dispareunia.

Problemas físicos: desgaste del esmalte dental por vómito, piel seca, pérdida de cabello, gastritis con determinados alimentos.

Padecimiento actual: Lupis es hija única, vive con la madre, pues los padres están separados y al papá prácticamente no lo ve y es una figura ausente. La relación con su madre es ambivalente, pues refiere que siempre presenta preocupación por el peso, está a dieta y preocupada por la alimentación. Niega sintomatología durante la infancia, sólo refiere que en la adolescencia “era gordita”.

Desde hace 12 años vive en Europa con su marido, ha tenido tratamiento psiquiátrico y psicológico, con mejoría parcial, estuvo tomando fluoxetina y clonazepam de manera irregular, así como irregular apego a la terapia psicológica. Desde hace siete años no tiene un trabajo fijo y en general recibe el apoyo por desempleo que otorgan es el país donde viven, ya que no trabaja en lo que estudió por la necesidad de contacto con los alimentos que la pone ansiosa (estudió gastronomía). Gradualmente se tornó más irritable y “agresiva” y discutía frecuentemente con su esposo debido a que éste tiene problemas con el alcohol, además de que se preocupaba por su salud; peleaban casi a diario y tenía atracones y vómitos cada que peleaba con él (vomitar la hacía sentir mejor), además de que presentaba conductas autolesivas. Durante el último año ha permanecido irritable y con insomnio intermitente. Debido a su situación actual decidió buscar ayuda en México, y acudió a Ellen West para valoración.

#### DIAGNÓSTICO

De acuerdo con el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR; Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2004) la paciente cumplió los criterios diagnóstico de bulimia nerviosa tipo purgativa.

#### TRATAMIENTO

En la Clínica Ellen West, el tratamiento de los TA es una tarea conjunta, multi, inter y transdisciplinaria que genera sinergia entre las diferentes alternativas terapéuticas consistente en que la paciente trabaje a través de todas las fases del programa integral (nutrición, psiquiatría y psicología: terapia de grupo, terapia individual, terapia familiar) con el objetivo de lograr entendimiento, control y confianza en sí misma, estableciendo un programa de vida para la recuperación, donde el equipo ayuda a la paciente durante su internamiento, favoreciéndole la capacidad de incrementar su responsabilidad y auto-cuidado. Es importante mencionar que las necesidades de tratamiento varían en cada paciente, pero los lineamientos son generales basados en evidencia (Behar y Arancibi, 2013; Cruzat, Díaz, Kirszman, Aspillaga y Behar, 2013).

## Objetivos

- Eliminar conductas purgativas.
- Establecer una alimentación apropiada para su edad.
- Lograr tener hábitos alimenticios saludables (cinco tiempos de comida) con actividad física apropiada.
- Tratamiento de síntomas asociados (depresión y ansiedad).
- Entendimiento de conductas impulsivas y manejo de herramientas.
- Comprensión de los mecanismos y dinámica familiar, inclusión de los miembros de la familia y tratamiento de los sistemas disfuncionales encontrados.
- Acompañamiento a sanitarios por dos semanas.
- Manejo de estrés después de cada alimento.

Para cubrir dichos objetivos destacan principalmente el tratamiento desde la perspectiva psicológica, nutricional y psiquiátrica, así como la vinculación, siguiendo la *Guía de trastornos alimenticios* (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2004), con un equipo de profesionales de diversas disciplinas con los que trabajamos conjuntamente para ofrecer atención médica y psicoterapéutica y, de acuerdo con el caso, terapia familiar o grupal, consulta ginecológica, endocrinológica y nutrición con profesionales que conozcan los trastornos alimentarios, por lo que no basta una labor de equipo multidisciplinaria, se requiere de un tratamiento interdisciplinario.

## *Tratamiento psicológico*

La literatura señala (Fairburn *et al.*, 1991) que la terapia cognitivo conductual (TCC) es más eficaz que cualquier forma de tratamiento con que se ha comparado e incluso superior a los programas conductuales que omiten la modificación de las actitudes desadaptadas relacionadas con el peso y la figura. Además, la misma TCC se ha mostrado significativamente superior, a corto plazo, a cualquier forma de tratamiento psicológico con que se ha comparado (Fairburn *et al.*, 1991; Whittal, Agras y Gould, 1999; Wilson *et al.*, 1999). Asimismo, se ha señalado (Chen *et al.*, 2003) que la TCC grupal es más económica y se obtienen iguales resultados que con la TCC individual. El único tipo de psicoterapia que se ha demostrado ser igualmente eficaz, a largo plazo, es la terapia interpersonal (TIP) (Fairburn, Jones, Peveler, Hope y O'Connor, 1993; Fairburn *et al.*, 1995) a pesar de que a corto plazo se mostró igual de eficaz que la TCC en la disminución de los atracones, esta última fue superior en la disminución de las conductas purgativas, la restricción alimentaria y en las actitudes negativas hacia el peso y la figura (Fairburn *et al.*, 1991).



Lupis recibió una combinación de tratamiento de TCC, TIP, terapia grupal (TG), terapia familiar (TF) y terapia dialéctico conductual (DBT, por sus siglas en inglés) así como terapia psicoeducativa (TPE) en el ámbito de nutrición y consecuencias de conductas purgativas y restricción alimenticia.

La TCC tiene como objetivos modificar pensamientos erróneos del pensamiento, atender las ideas erróneas a través de la reestructuración cognitiva con lo que se pretenden cumplir varios objetivos, como fortalecer los factores protectores, fomentar el autocuidado, generar estrategias de afrontamiento ante las adversidades, conectar a la paciente con sus propias emociones, elevar la autoestima, entender y aprender a poner límites claros, entender los aspectos de abuso físico, emocional y verbal que puedan haber tenido en su ambiente y conductas apropiadas (codependencia), así como, de forma general, fortalecer el yo.

Por su parte, la terapia a través del modelo DBT se basó en que las pacientes reconocieran sus emociones y sensaciones corporales para descubrir cuáles podrían resultar abrumadoras, de tal manera que al reconocerlas, las participantes la enfrentarían a través de técnicas de relajación y formas creativas para poderse relacionar con ellas de manera que las puedan expresar y transformar para su beneficio.

La TIP se centró en el tema de la ausencia de su padre, que nunca convivió con la paciente y la consecuente inexistencia de una condición de defensa de sí misma que le impidiera asumir no sólo el cuidado de su cuerpo (al cual dañó considerablemente en el transcurso de su enfermedad), así como el establecimiento de relaciones en las cuales ella estuviera protegida y no abusara de sí misma. Tanto su primera relación de noviazgo importante como su relación matrimonial concluyeron a raíz de la infidelidad del cual Lupis fue, en ambos casos, la víctima.

En la TF se identificó la dinámica, se analizaron las relaciones entre los miembros para atender los conflictos dentro de la familia que pudieron favorecer el desarrollo del trastorno, para que el sistema que representa la familia funcione de manera integral. Cada familia es diferente pero existen características similares de modo que Root, Fallon y Friederick (1986) describieron tres tipos comunes de familia con un miembro con bulimia: la familia perfecta, la familia sobreprotectora y la familia caótica.

Se trabajó sobre el perfeccionismo de la madre, así como su incapacidad para manifestar sus emociones afectivas y su dureza en la expresión del enojo.

La madre de Lupis fue a su vez hija de unos padres fríos teniendo tres hermanos varones que fueron los favoritos y habiendo recibido pocas manifestaciones de afecto. Se trabajaron sesiones semanales de 90 minutos durante las 16 semanas de internamiento.

Es importante mencionar que Wold (1985) señaló la importancia del modelo de familia en el desarrollo de los trastornos alimentarios, señalando que la preocupación por el peso y la figura es característica en las familias con estos trastornos. En este

sentido, la madre de Lupis presenta obsesión por la figura estando sometida de manera crónica a dietas con imagen corporal negativa crónica.

Lupis se reconcilió con su madre, sus dietas constantes, su frialdad, la falta de presencia paterna y señaló: “ella podrá hacer lo que quiera con su cuerpo, yo ya aprendí que no me compete cambiarlo y puedo comer de manera apropiada con el mismo peso después de tantos años de vomitar, no quiero seguir con la cabeza metida en el escusado”.

En este sentido, la concreción y la mecánica, tanto del divorcio como de la terminación de su estadía en Europa y el retorno a México para continuar aquí su vida, dónde vivir, trabajar etc., fueron temas fundamentales durante el abordaje familiar. Otro logro importante fue la posibilidad de que Lupis y su madre lograran acercarse emocional y físicamente, cosa, hasta el momento, impedida por una actitud distante de la madre que, en el curso del tratamiento, pudo mejorar su capacidad de expresar afecto.

#### *Tratamiento psiquiátrico*

Tras su ingreso destaca la aparición de prurito y erupción cutánea, sobre todo en los brazos y piernas que estaba relacionado con situaciones de estrés, aunque Lupis refería no sentirse ansiosa. Dichas lesiones no desaparecían con el uso de antihistamínico o esteroide, sólo el prurito, y aparecían durante algunas horas en el día y desaparecían. También presentaba contracturas en la región cervical y dorsal que ella atribuía a estrés. Además de continuar con irritabilidad e insomnio inicial que respondió parcialmente al uso de 6 mg de melatonina. Por lo que decidió iniciarse tratamiento con sertralina 50 mg de manera gradual y clonazepam 1 mg por las noches como tratamiento inicial para el manejo de la ansiedad.

Evolucionó hacia la mejoría, con disminución de la sensación de inquietud, mejoría del patrón del sueño y desaparición definitiva de las lesiones dermatológicas, disminución de la irritabilidad y mejoría en el estado de ánimo. Al final del tratamiento, Lupis podía separar de manera efectiva sus estados emocionales de la necesidad de vomitar o de relacionar las emociones con la comida.

Egresó con sertralina 50 mg cada 24 horas y clonazepam 2 mg por las noches.

#### *Tratamiento nutricional*

- Semana uno y dos: plan de 1200 kcl en cinco tiempos con una distribución de 50% Hc, 20% proteínas, 30% lípidos.
- Semana tres: 1400 kcl en cinco tiempos con una distribución de 50% Hc, 20% proteínas, 30% lípidos.

- Semana cuatro y cinco: 1550 kcl en cinco tiempos con una distribución de 50% Hc, 20% proteínas, 30% lípidos peso: 52-53 kg.
- Semana seis: 1700 kcl (GET) en cinco tiempos con una distribución de 50% Hc, 20% proteínas, 30% lípidos. La inclusión de alimentos fóbicos se hizo de manera paulatina llegando a incluir todos en la semana 6-8, incluyendo azúcar y cereal con grasa.
- Semana 7 a semana 16: 1700 kcl (GET) en cinco tiempos con una distribución de 50% Hc, 20% proteínas, 30% lípidos.
- Salida: ejercicio: cardiovascular 45 min cinco veces por semana; peso al salir: 55 kg; I.M.C: 20.4 kg/m<sup>2</sup>.

## RESULTADOS

Los resultados de la evaluación psicométrica señalan que, al inicio del tratamiento, Lupis rebasó el punto de corte (22 puntos) del EAT-40 con 62 puntos, además presentó alteraciones particularmente en el factor bulimia, obsesión por la delgadez, preocupación por la comida y presión social percibida (gráfica 1). Respecto al EDI, Lupis obtuvo 132 puntos de 192 posibles, además de que presentó alteración en cada uno de los factores que integran la escala, señalando la gravedad del trastorno (gráfica 2).

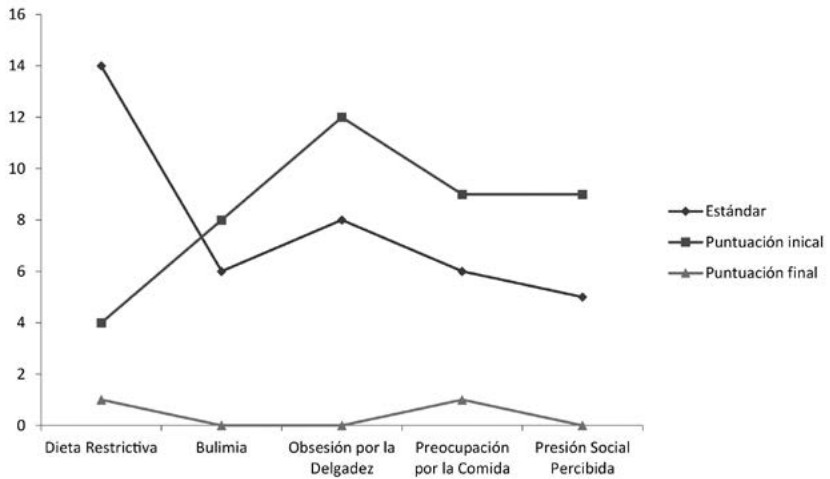
Respecto a dos de los principales factores de riesgo del TA, es decir, la insatisfacción corporal y la presión social hacia la influencias de los modelos estético corporales, los resultados de las pruebas que evaluación dichos factores (BSQ y CIMEC) señalan que Lupis rebasó el punto de corte (110 puntos) del BSQ con 169 puntos, es decir, presentaba elevada insatisfacción con su propio cuerpo (gráfica 3), mientras que en el CIMEC Lupis también rebasó el punto de corte (23 puntos) con 47 puntos, lo cual señala que presentaba elevado grado de influencia sobre el modelo estético de delgadez, a través de la publicidad y sus relaciones sociales, además de que esta influencia afecta al malestar con su propio cuerpo y las conductas orientadas a adelgazar (gráfica 4). Es importante mencionar que en cada una de las gráficas se pueden observar tanto las puntuaciones iniciales como finales en esta escala, así como la puntuación estándar en cada una de las escalas señaladas.

Conforme a los síntomas emocionales, los resultados de las escalas de depresión (BDI) y de ansiedad (BAI) indicaron que Lupis presentaba depresión extrema al obtener 52 puntos de 63 posibles. Mientras que en el caso de la ansiedad, Lupis presentaba ansiedad moderada al obtener 20 puntos de 63 posibles.

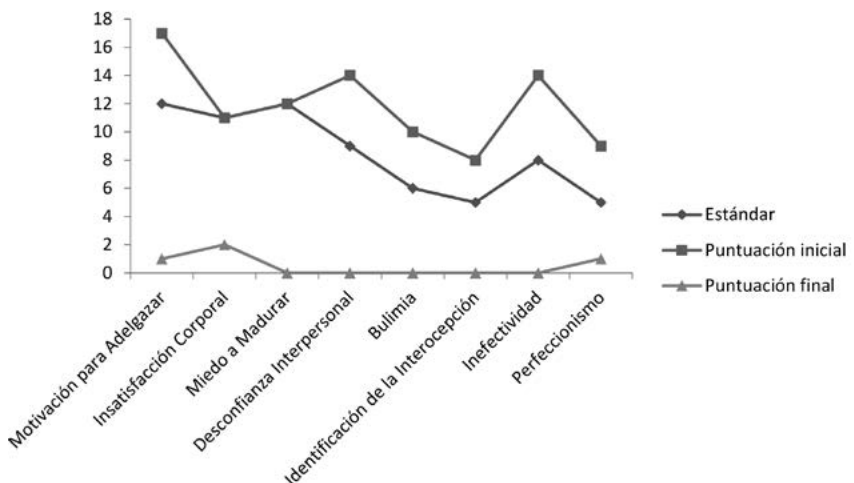
La evaluación psicométrica posterior al tratamiento muestra que Lupis ha reducido de manera considerable hasta niveles normales, los síntomas que presentó antes del inicio del tratamiento (gráficas 1, 2, 3, 4). Sin embargo, los resultados se observan en el contexto de la salida de la paciente del tratamiento de la fase de internamiento

(*inpatient treatment*) en donde después de 16 semanas de tener una alimentación adecuada sin conductas compensatorias, con tratamiento psicológico y psiquiátrico de generar una idealización del proceso por lo que el paciente no identifica ningún factor de riesgo. Por ello, se aplicarán algunos instrumentos después de 3-6-12 meses de la fecha de salida para detectar riesgos y prevenir recaídas.

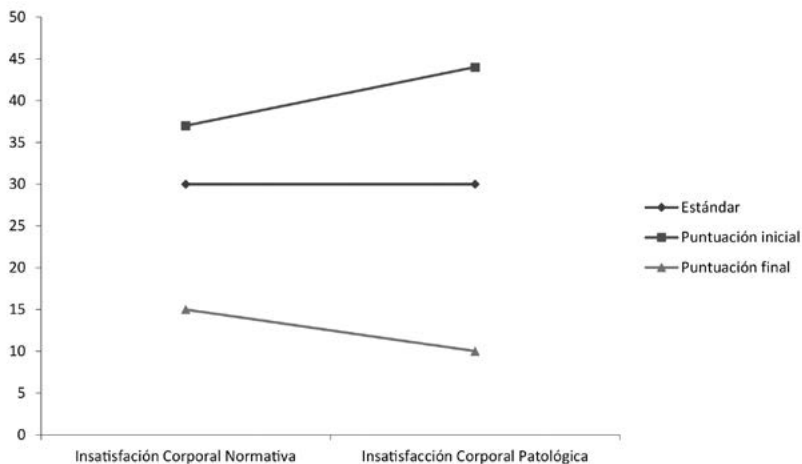
**Gráfica 1. Puntuaciones estándar, iniciales y finales en el test de actitudes alimentarias (EAT)**



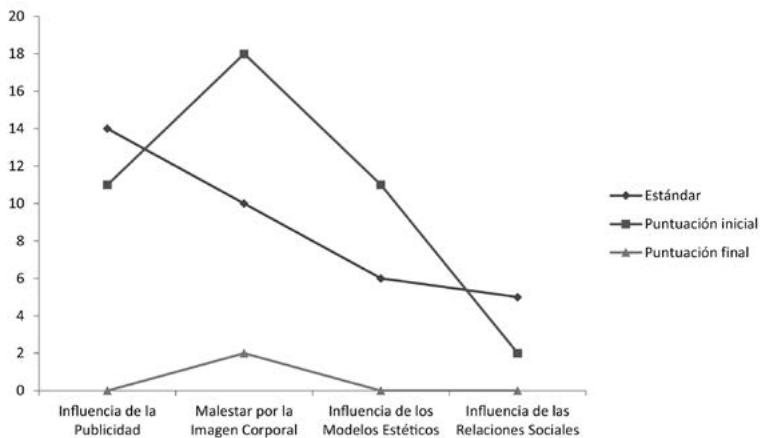
**Gráfica 2. Puntuaciones estándar, iniciales y finales en el inventario de trastornos alimentarios (EDI).**



**Gráfica 3. Puntuaciones estándar, iniciales y finales en el cuestionario de imagen corporal (BSQ).**



**Gráfica 4. Puntuaciones estándar, iniciales y finales en el cuestionario de Influencias sobre el modelo estético corporal (CIMEC).**



## CONCLUSIONES

El tratamiento de los trastornos de la alimentación es un tema de creciente interés que requiere reporte de casos que se publiquen para conocer y comparar las diferentes técnicas y aproximaciones que existen hasta el momento.

Aquí se presentó un caso de bulimia nerviosa tratado de manera integral y multidisciplinario en un centro de tratamiento en la ciudad de México donde recibió tratamiento en modalidad de internamiento (*Inpatient Treatment*) y se hizo una revisión de la literatura de las aplicaciones del modelo cognitivo conductual, el interpersonal y el familiar de manera conjunta con la inclusión de la aproximación nutricional y psiquiátrica correspondiente.

#### REFERENCIAS

1. Álvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J., Vázquez-Arévalo, R., Unikel-Santoncini, C., Caballero-Romo, A. y Mercado-Corona, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 9, pp. 243-248.
2. Asociación-Americana-de-Psiquiatría (2004). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión IV (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
3. Beck, A., Epstein, N. y Brown, G. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, pp. 893-897.
4. Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. y Earbaugh J. (1961). Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, pp. 561-571.
5. Behar, R. y Arancibi, M. (2013). Temor a la madurez en la anorexia nerviosa. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 4 (2), pp. 143-152.
6. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2004). *Guía de trastornos Alimenticios*. México: Secretaría de Salud.
7. Chen, E., Touyz, S., Beumont, P., Fairburn, C., Griffiths, R. y Butow, P. (2003). Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 33 (3), pp. 241-254.
8. Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z. y Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, pp. 485-495.
9. Cruzat, C., Díaz, F., Kirszman, D., Aspillaga, C. y Behar, R. (2013). Cambio terapéutico en el tratamiento de los trastornos alimentarios: contenidos, factores facilitadores y obstaculizadores. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 4 (2), pp. 102-115.
10. Fairburn, C., Jones, R., Peveler, R., Carr, S., Solomon, R. y O'Connor, M. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48 (5), pp. 463-469.
11. Fairburn, C., Jones, R., Peveler, R., Hope, R. y O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 50, pp. 419-428.

12. Fairburn, C., Norman, P., Welch, S., O'Connor, M., Doll, H. y Peveler, R. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, pp. 304-312.
13. Garner, D. y Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, pp. 273-279.
14. Garner, D., Olmsted, M. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, pp. 15-34.
15. Guimerá, E. y Torrubia, R. (1987). Adaptación española del Eating Disorder Inventory (EDI): en una muestra de pacientes anoréxicas. *Anales de Psiquiatría*, 3, pp. 185-190.
16. Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La Estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21, pp. 26-31.
17. Mancilla, J., Franco, K., Álvarez, G. y Vázquez, R. (2003). Evaluation of the psychometric properties of the mexican version of the Eating Disorders Inventory. *Revista Thomson Psicología*, 1, pp. 167-176.
18. Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. España.
19. National Collaborating Centre for Mental Health (2004). *Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. United Kingdom, The British Psychological Society. The Royal College of Psychiatrists.
20. Nardone, G. (2004). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. España: Paidós.
21. Robles, R., Varela, R., Jurado, S., y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (2), pp. 211-218.
22. Root, P., Fallon, P. y Friedrich, W. (1986). *Bulimia: a systems approach to treatment*. New York: W.W. Norton & Co.
23. Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, pp. 147-151.
24. Vázquez, R., Álvarez, G. y Mancilla, J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencias sobre los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC) en población mexicana. *Salud Mental*, 23, pp. 18-24.
25. Vázquez, R., Galán, J., Aguilar, X., Álvarez, G., Mancilla, J. M., Caballero, A. et al. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, pp. 42-52.
26. Whittal, M., Agras, W. y Gould, R. (1999). Bulimia nervosa: A meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments. *Behavior Therapy*, 30, pp. 117-135.

27. Wilson, G., Loeb, K., Walsh, B., Labouvie, E., Petkova, E., Liu, X. y Waternaux, C. (1999). Psychological versus pharmacological treatments of bulimia nerviosa: predictors and processes of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, pp. 451-459.
28. Wold, P. (1985). Family attitudes toward weight in bulimia and in affective disorder-a pilot study. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 10 (3), pp. 162-164.

**Envío a dictamen:** 19 de marzo de 2014

**Reenvío:** 23 de abril de 2014

**Aprobación:** 17 de agosto de 2014





# ALEXITIMIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

## ALEXITHYMIA AS A RISK FACTOR FOR EATING DISORDERS

*Ricardo Díaz-Castillo*

Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, México

Correspondencia: [psi.diaz.castillo@gmail.com](mailto:psi.diaz.castillo@gmail.com)

### RESUMEN

Los trastornos alimentarios (TA) son alteraciones en el comportamiento alimentario originadas por un deseo patológico de conseguir una figura corporal delgada. En cuanto a la etiología de estos trastornos, tiene un origen multifactorial, sin embargo, desde la experiencia profesional, nos hemos percatado que un factor que puede vulnerar a las personas para sufrir un TA es el manejo de las emociones, hablando explícitamente de alexitimia, definida como incapacidad de identificar y expresar emociones y sentimientos. Con el objetivo de conocer la relación que existe entre la alexitimia y sintomatología de TA y el porcentaje de predicción que la primera puede tener sobre la segunda fueron evaluadas 89 mujeres diagnosticadas con TA a través de la Escala de alexitimia de Toronto y el Inventario de trastornos alimentarios. Los resultados señalan que existe asociación significativa entre la dificultad para manejar las emociones y sentimientos con la sintomatología de TA, y que la alexitimia puede predecir, en un alto porcentaje, la presencia de ciertos síntomas alimentarios como obsesión por la delgadez (30%), insatisfacción corporal (37%), desconfianza interpersonal (67%) e ineffectividad (42%), entre otros síntomas. El presente estudio es pionero en la evaluación emocional en mujeres con TA en el contexto mexicano y ha demostrado la importancia que tiene el manejo emocional para el desarrollo de estos trastornos, lo cual favorecerá la intervención terapéutica.

**Palabras clave:** alexitimia, emociones, sentimientos, anorexia, bulimia.

### ABSTRACT

Eating Disorders (ED) are alterations in feeding behavior caused by a pathological desire to get a slim body figure. As the etiology of these disorders is multifactorial

in origin, however, from professional experience, we noticed that one factor that may violate people to suffer TA is the management of emotions, explicitly talking Alexithymia, defined as inability to identify and express emotions and feelings. In order to know the relationship between alexithymia and symptoms of TA and the percentage prediction that the former may have on the second were evaluated 89 women diagnosed with ED through Toronto Alexithymia Scale and Eating Disorders Inventory. The results indicate that there is significant association between difficulty manage emotions and feelings with the symptoms of ED, and that alexithymia can predict, in a high percentage, the presence of certain symptoms such as food obsession with thinness (30%), body dissatisfaction (37%), interpersonal distrust (67%) and ineffectiveness (42 %), among other symptoms. This study is a pioneer in the emotional evaluation in women with ED in the Mexican context and demonstrated the importance of emotion management for the development of these disorders, which favor the therapeutic intervention.

**Key words:** alexithymia, emotions, feelings, anorexia, bulimia.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios (TA) son alteraciones en el comportamiento alimentario originadas por un deseo patológico de conseguir una figura corporal delgada (DSM-IV, por sus siglas en inglés; *American Psychiatric Association [APA], 2004*), los principales TA son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), además de los trastornos no específicos (TANE). Respecto a la etiología de estos trastornos, se ha establecido que tiene un origen multifactorial, en este sentido, han sido diversos los estudios (Álvarez, Franco, Mancilla, Álvarez y López, 2000; Álvarez, López, Martínez, Díaz y Vázquez, 2000; Flores y Caballero, 1999; Gómez-Peresmitré, Pineda y Oviedo, 2009; Mancilla *et al.*, 1998; Mancilla *et al.*, 1999; Román, 1998; Salinas y Gómez-Peresmitré, 2009; Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez y Mancilla, 2002; Vázquez, Ocampo, López, Mancilla y Álvarez, 2002; Vázquez, López, Álvarez, Franco y Mancilla, 2004) que han señalado a la depresión, la ansiedad, la insatisfacción corporal y la influencia de los modelos socioculturales, como los factores que pudieran favorecer el desarrollo de los TA, sin embargo, es cierto que pertenecer a una sociedad occidentalizada expone a las personas a cualquiera de estos factores, es decir, cualquier persona puede estar influida por los modelos estéticos culturales, lo que posiblemente le genere insatisfacción corporal, acompañada tal vez por ansiedad, debida al deseo alcanzar dicho modelo y quizá hasta depresión por no lograrlo, sin embargo, no todas las personas sometidas a esta dinámica, enferman. Lo anterior hace suponer que existe "algo" en el fondo que vuelve vulnerables a las personas para que finalmente desarrollen TA.

Ahora bien, desde la experiencia profesional-terapéutica nos hemos percatado que un factor que puede vulnerar a las personas para sufrir un TA, es el manejo de la emociones, hablando explícitamente de alexitimia, definida como incapacidad

de identificar y expresar emociones y sentimientos, así como la dificultad para distinguirlos entre sí (Nemiah, Freyberger & Sifneos, 1976; Nemiah & Sifneos, 1970; Sifneos, 1973). Al respecto, algunos autores (Bourke, Taylor, Parker & Bagby, 1992; Jimerson, Wolfe, Franko, Covino & Sifneos, 1994) la han identificado como un rasgo de personalidad relacionado con el desarrollo de los TA, incluso, se ha señalado (Guilbaud *et al.*, 1999) que más de la mitad (56%) de un grupo de mujeres con AN presentó más alexitimia en comparación con mujeres con BN (32%) y un grupo control (12%). Por su parte, Bourke y colaboradores (1992) detectaron que la prevalencia de Alexitimia en mujeres con AN fue de 77.1% comparada con 6.7% en mujeres sin TA. Asimismo, Troop, Schmidt y Treasure (1995) indicaron que mujeres anoréxicas tipo restrictivas exhiben puntajes significativamente más elevados en la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20; Bagby, Parker & Taylor, 1994). Mientras que Jimerson y colaboradores (1994) señalaron que la severidad de la BN se asoció positivamente con altas cifras elevadas de alexitimia comparado con un grupo control. Estas mismas condiciones han sido reportadas en población española en quienes se encontró que la alexitimia es una condición que está presente en las mujeres que padecen estos trastornos (Espina *et al.*, 2001; Espina, Ortega, Ochoa de Alda & Alemán, 2001; 2002).

A pesar de los avances que han existido en la investigación de estos fenómenos, existe un vacío en el conocimiento de lo que acontece en la población latina, dentro de los pocos estudios realizados, específicamente en Chile (Behar, 2011), se reportó que 57.1% de las mujeres con AN, 41.7% con BN y 45.5% con TANE, obtuvieron puntajes altos en la TAS-20 (Bagby *et al.*, 1994) compatibles con la presencia de alexitimia, lo que la ubica como una condición que está muy presente en estos trastornos y quizá pueda ser uno de los factores predisponentes a los mismos. Este hallazgo ha sido importante, sin embargo, aún queda por dilucidar lo que sucede específicamente en la población mexicana, por lo cual, el objetivo del presente estudio es conocer la relación que existe entre la alexitimia y sintomatología de TA, además de analizar el porcentaje de predicción que puede la alexitimia tener sobre la propia sintomatología alimentaria.

## MÉTODO

### *Participantes*

La muestra fue no probabilística de tipo intencional y estuvo conformada por 89 mujeres diagnosticadas con un trastorno alimentario, las participantes tenían una edad promedio de 19.64 años (de = 5.92). De las 89 mujeres, 25 (28.1%) tuvieron diagnóstico de AN (edad promedio de 20.04 años; DE = 5.45); 17 (19.1%) de BN (edad promedio de 18.82; DE = 4.99); y, 47 TANE (edad promedio de 19.72; DE = 6.43).

### *Instrumentos*

Escala de alexitimia de Toronto (TAS-20, por sus siglas en inglés; Taylor, Ryan & Bagby, 1985) conformada por 20 ítems con seis opciones de respuesta. En México (Moral, 2008) se reportó una adecuada consistencia interna ( $\alpha = 0.82$ ), además de una estructura de tres factores: 1) dificultad para expresar sentimientos ( $\alpha = 0.80$ ); 2) dificultad para identificar sentimientos ( $\alpha = 0.79$ ); y 3) pensamiento externamente orientado ( $\alpha = 0.53$ ). Además, se ha propuesto un punto de corte de 60 puntos (Martínez-Sánchez; 1996).

Inventario de trastornos alimentarios (EDI, por sus siglas en inglés; Garner *et al.*, 1983), conformado por 64 reactivos con seis opciones de respuesta. En México Mancilla, Franco, Álvarez y Vázquez (2003) reportaron buena consistencia interna en una muestra con TA ( $\alpha = .92$ ), asimismo, señalaron que el EDI cuenta con una estructura ocho factores: 1) obsesión por la delgadez ( $\alpha = .85$ ); 2) insatisfacción corporal ( $\alpha = .81$ ); 3) miedo a madurar ( $\alpha = .80$ ); 4) desconfianza interpersonal ( $\alpha = .80$ ); 5) bulimia ( $\alpha = .86$ ); 6) identificación de la interocepción ( $\alpha = .80$ ); 7) inefectividad ( $\alpha = .67$ ); y 8) perfeccionismo ( $\alpha = .40$ ).

### *Procedimiento*

La evaluación se realizó dentro de las instalaciones de Fundación-Clinica Ellen West, en donde se realizó también toda la evaluación correspondiente para determinar los diagnósticos de TA que presentaron cada una de las participantes, cabe mencionar que dichos diagnósticos fueron realizados por el personal de la institución a través de la evaluación integral de una psicóloga, psiquiatra y nutrióloga. Las participantes fueron invitadas a contestar los instrumentos de forma voluntaria y personal, la aplicación se realizó en un tiempo aproximado de 15 minutos por participante y se les entregaron los cuestionarios en el siguiente orden: EDI y TAS-20.

### RESULTADOS

La muestra total ( $n = 89$ ) presentó un promedio de 71.45 ( $DE = 16.76$ ) en la TAS-20, tomando en cuenta que el punto de corte de dicha escala es  $\geq 60$ . El resultado obtenido es compatible con la presencia de alexitimia, además, se encontró que 75.3% de la muestra rebasó el punto de corte de la misma escala, indicando que al menos 7 de cada 10 mujeres con TA presentan dificultades para identificar y expresar sus emociones.

Posteriormente, fueron analizadas las diferencias en alexitimia entre los distintos TA, los resultados señalan que la mujeres con AN presentan significativamente mayor

alexitimia ( $F = 3.96$ ;  $p = .023$ ) en comparación con las mujeres con TANE, específicamente en la dificultad para identificar las emociones ( $F = 3.82$ ;  $p = .027$ ), no así con las mujeres con BN, con quienes no se encontraron diferencias significativas. Además, a pesar de la diferencia encontrada, cabe destacar que los tres grupos de mujeres presentaron puntuaciones promedio por arriba del punto de corte de la escala, lo cual señala que en los tres trastornos esta presente está condición (tabla 1).

**Tabla 1. Comparación de alexitimia entre mujeres con distinto trastorno alimentario**

	Mujeres con trastorno alimentario			F
	Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa	Trastorno alimentario no específico	
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	
Escala de alexitimia de Toronto (TAS- 20)	77.68 a (16.21)	74.65 ac (15.61)	66.98 bc (16.45)	3.96*
Dificultada para expresar sentimientos	21.24 (6.11)	19.29 (6.30)	17.83 (6.28)	2.46
Dificultad para identificar sentimientos	29.96 a (8.70)	28.65 ac (8.60)	23.96 bc (10.08)	3.82*
Pensamiento externamente orientado	26.48 (3.71)	26.71 (5.35)	25.19 (4.39)	1.10

M = media; DE = desviación estándar; \* =  $p < .05$

Con el objetivo de conocer la relación entre la alexitimia y la sintomatología alimentaria, se realizó el análisis de correlación por  $r$  de Pearson entre la TAS-20 con las 8 sub-escalas que integran el EDI y las cuales evalúan los síntomas de TA. En la tabla 2 se pueden apreciar los resultados del análisis los cuales señalaron que la alexitimia está significativamente asociada a distintos síntomas del trastorno alimentario como son la motivación por adelgazar ( $r = .55$ ;  $p = .001$ ), el miedo a madurar ( $r = .48$ ;  $p = .001$ ), la insatisfacción corporal ( $r = .58$ ;  $p = .001$ ), y los atracones de comida ( $r = .24$ ;  $p = .02$ ), entre otros síntomas evaluados.

**Tabla 2. Correlación entre alexitimia y sintomatología alimentaria en mujeres con trastorno alimentario**

	Escala de alexitimia de Toronto (TAS- 2)	Dificultad para expresar sentimientos	Dificultad para identificar sentimientos	Pensamiento externamente orientado
Obsesión por la delgadez	.55***	.41***	.56***	.25*
Insatisfacción corporal	.58***	.49***	.62***	.15
Miedo a madurar	.45***	.38***	.45***	.16
Desconfianza interpersonal	.72***	.82***	.66***	.12
Bulimia	.24*	.08	.29**	.17
Identificación de la interocepción	.68***	.57***	.77***	.07
Inefectividad	.60***	.50***	.66***	.11
Perfeccionismo	.36**	.27*	.42***	.04

\* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$ ; \*\*\* =  $p < .001$

Asimismo, fue analizada la relación entre alexitimia y la sintomatología, específicamente por trastorno alimentario, en este sentido, se encontró que en las mujeres con AN se encontraron mayores y más elevadas asociaciones entre las variables, seguidas de las mujeres con trastorno no específico (TANE) y finalmente las mujeres con BN (tablas 3, 4, y 5).

**Tabla 3. Correlación entre alexitimia y sintomatología alimentaria en mujeres con anorexia nerviosa**

	Escala de alexitimia de Toronto (TAS- 20)	Dificultad para expresar sentimientos	Dificultad para identificar sentimientos	Pensamiento externamente orientado
Obsesión por la delgadez	.59**	.61**	.51**	.41*
Insatisfacción corporal	.57**	.49*	.55**	.39*

Continúa...

Miedo a madurar	.43*	.31	.51**	.17
Desconfianza interpersonal	.71***	.76***	.67***	.30
Bulimia	.28	.27	.27	.15
Identificación de la interocepción	.62**	.56**	.69***	.16
Inefectividad	.53**	.41*	.60**	.16
Perfeccionismo	.35	.19	.39*	.26

\* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$ ; \*\*\* =  $p < .001$

**Tabla 4. Correlación entre alexitimia y sintomatología alimentaria en mujeres con bulimia nerviosa**

	Escala de alexitimia de Toronto (TAS- 20)	Dificultad para expresar sentimientos	Dificultad para identificar sentimientos	Pensamiento externamente orientado
Obsesión por la delgadez	.06	-.15	.14	.13
Insatisfacción corporal	.58*	.51*	.63**	.06
Miedo a madurar	.31	.17	.35	.16
Desconfianza interpersonal	.76***	.89***	.78***	-.09
Bulimia	.10	-.21	.24	.16
Identificación de la interocepción	.71**	.59*	.81***	.07
Inefectividad	.59*	.48	.77***	-.08
Perfeccionismo	.21	.28	.26	-.12

\* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$ ; \*\*\* =  $p < .001$



**Tabla 5. Correlación entre alexitimia y sintomatología alimentaria en mujeres con trastorno alimentario no específico**

	Escala de alexitimia de Toronto (TAS- 20)	Dificultad para expresar sentimientos	Dificultad para identificar sentimientos	Pensamiento externamente orientado
Obsesión por la delgadez	.61***	.44**	.64***	.18
Insatisfacción corporal	.55***	.44**	.62***	.03
Miedo a madurar	.40**	.42**	.36**	.09
Desconfianza interpersonal	.67***	.80**	.58***	.05
Bulimia	.36*	.22	.37*	.17
Identificación de la interocepción	.66***	.52***	.78***	-.04
Inefectividad	.63***	.55***	.65***	.10
Perfeccionismo	.39**	.28*	.46**	.01

\* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$ ; \*\*\* =  $p < .001$

Una vez obtenidos estos resultados se procedió a analizar la predicción que tiene la alexitimia sobre cada uno de los síntomas evaluados por el EDI. Los resultados indican que el modelo de alexitimia de tres factores (dificultad para expresar sentimientos, dificultad para identificar sentimientos y pensamiento externamente orientado) predice distintos síntomas de TA, tal es el caso de la desconfianza interpersonal a la cual el constructo de alexitimia la predice hasta en un 67% ( $R = .82$ ;  $R^2 = .68$ ;  $R^2$  ajustada = .67;  $F = 59.97$ ;  $p = .001$ ), lo mismo que con la identificación de la interocepción a la cual la alexitimia la predice hasta en un 59% ( $R = .78$ ;  $R^2 = .60$ ;  $R^2$  ajustada = .59;  $F = 42.83$ ;  $p = .001$ ), y con la inefectividad la cual puede ser pronosticada hasta en 42% ( $R = .61$ ;  $R^2 = .44$ ;  $R^2$  ajustada = .42;  $F = 21.93$ ;  $p = .001$ ), además de otros síntomas evaluados que fueron pronosticados en menor porcentaje (tabla 6).

**Tabla 6. Análisis de regresión múltiple entre alexitimia y sintomatología alimentaria.**

Sintomatología alimentaria	R <sup>2</sup> corregida			F	Alexitimia	B	β	t
	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>					
Obsesión por la delgadez	.57	.33	.31	13.85***	DES	-.06	-.01	.30
					DIS	.49	.56	4.14***
					PEO	.26	.13	1.45
Insatisfacción corporal	.62	.39	.37	17.90***	DES	.06	.06	.42
					DIS	.41	.58	4.52***
					PEO	-.01	-.01	.04
Miedo a madurar	.46	.21	.18	7.49***	DES	.08	.09	.60
					DIS	.21	.37	2.55**
					PEO	.06	.05	.50
Desconfianza interpersonal	.82	.68	.67	59.97***	DES	.55	.75	7.97***
					DIS	.06	.13	1.37
					PEO	-.11	-.10	1.61
Bulimia	.38	.14	.11	4.73**	DES	-.22	-.34	2.22*
					DIS	.22	.51	3.34***
					PEO	.13	.14	1.32
Identificación de la interocepción	.78	.60	.59	48.83***	DES	-.01	-.01	.01
					DIS	.27	.78	7.68***
					PEO	-.09	-.12	1.72
Inefectividad	.66	.44	.42	21.93***	DES	.02	.03	.24
					DIS	.28	.65	5.27***
					PEO	-.05	-.06	.66
Perfeccionismo	.43	.18	.15	6.27***	DES	-.04	-.09	.60
					DIS	.13	.50	3.34***
					PEO	-.03	-.05	.50

\* = p < .05; \*\* = p < .01; \*\*\* = p < .001

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Han sido varios los estudios (Bourke, Taylor, Parker & Bagby, 1992; Espina, Ortego, Ochoa de Alda & Alemán, 2001; Espina, Ortego, Ochoa de Alda & Alemán, 2002; Guilbaud *et al.*, 1999; Jimerson, Wolfe, Franko, Covino & Sifneos, 1994; Troop, Schmidt & Treasure, 1995) que han demostrado la presencia de alexitimia en mujeres con TA, sin embargo, a pesar de que el estudio entre estas variables ya tiene varios años, en la población latina ha sido de reciente interés, particularmente en Chile, Behar (2011) reportó que más de la mitad de una muestra de mujeres con TA alimentaria presentan alexitimia. El presente estudio es pionero en el conocimiento de la alexitimia y los TA en México, y ha demostrado que la alexitimia está presente en un alto porcentaje (74.5%) de las mujeres con TA, coincidiendo con los estudios antes mencionados. Además, este estudio no sólo ha reportado la presencia de este fenómeno en esta población, sino también la relación estadística con algunos síntomas de los TA evaluados con el inventario de trastornos alimentarios (EDI; Garner *et al.*, 1983; Mancilla *et al.*, 2003) y se encontró que la alexitimia está asociada considerablemente con la obsesión por la delgadez, la insatisfacción corporal, la desconfianza interpersonal, la identificación de la interocepción y la inefectividad. Asimismo, el presente estudio tuvo como objetivo analizar si la alexitimia era capaz de predecir sintomatología de TA, encontrando que efectivamente, predijo en altos porcentajes algunos síntomas del trastorno (desconfianza interpersonal 67%; identificación de la interocepción 59%; inefectividad 42%) y en menor porcentaje otros de ellos. Es importante mencionar que estos datos de asociación y predicción entre la alexitimia y los TA no han sido reportados por otros autores.

Los resultados de esta investigación son de suma importancia debido a que se conoce que la dificultad tanto para identificar como para expresar emociones puede vulnerar a las personas a ser influidas por los estándares de belleza marcados por la sociedad, a presentar insatisfacción corporal y, por lo tanto, caer en enfermedades como AN y BN, lo que permite pensar en intervenciones psicológicas encaminadas al manejo de emociones y con ellos tratar de prevenir los TA.

## REFERENCIAS

1. Álvarez, D., Franco, K., Mancilla, J., Álvarez, G. y López, X. (2000). Factores predictores de la sintomatología de trastorno alimentario. *Revista de Psicología Contemporánea*, 7 (1), pp. 26-35.
2. Álvarez, G., López, X., Martínez, A. Mancilla, J. y Vázquez, R. (2002). Valuación de la asociación entre la presencia sintomatología de trastorno alimentario y la depresión. *Revista de Psicología del Valle de México*, 1, pp. 3-11.

3. Asociación Americana de Psiquiatría (2004). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV edición texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
4. Bagby, R., Parker, J. y Taylor, G. (1994). The twenty-item Toronto alexithymia scale II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), pp. 33-40.
5. Behar, R. (2011). Expresión emocional en los trastornos de la conducta alimentaria: alexitimia y asertividad. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49 (4), pp. 338-46.
6. Bourke, M., Taylor, G., Parker, J. y Bagby, R. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161, pp. 240-243.
7. Espina, A., Ortego, M., Ochoa, I. y Alemán, A. (2001). Alexitimia en los trastornos alimentarios. *Análisis y modificación de conducta*, 28 (117), pp. 25-42.
8. Espina, A., Ortego, M., Ochoa, I. y Alemán, A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de psicología*, 17 (1), pp. 139-149.
9. Espina, A., Ortego, M., Ochoa, I., Alemán, A. Pereira, J. y Juaniz, M. (2001). Alexitimia y conductas alimentarias en estudiantes de 11 a 16 años. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del adolescente*, 1 (2), pp. 11- 22.
10. Flores, M. y Caballero, A. (1999). Factores de riesgo para anorexia nervosa. *Revista de la Facultad de Medicina*, 42 (6), pp. 241-243.
11. Garner, D., Olmsted, M. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, pp. 15-34.
12. Gómez-Peresmitré, G., Pineda, G. y Oviedo, L. (2009). Modelos estructurales: conducta bulímica en interrelación con sus factores de riesgo en muestras de hombres y mujeres universitarios. *Psicología y Salud*, 18 (1), pp. 45-55.
13. Guilbaud, O., Corcos, M., Chambry, J., Paterniti, S., Flament, M. y Jeammet, P. (1999). Vulnérabilité psychosomatique et troubles des conduites alimentaires. *Annales Médico-Psychologiques*, 157 (6), pp. 390-401.
14. Jimerson, D., Wolfe, B., Franko, D., Covino, N. y Sifneos, P. (1994). Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates. *Psychosomatics Medicine*, 56, pp. 90-93.
15. Mancilla, J., Álvarez, G., López, X., Mercado, L., Manríquez, E. y Roman, M. (1998) *Revista Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), pp. 34-43.
16. Mancilla, J., Franco, K., Álvarez, G. y Vázquez, R. (2003). Evaluation of the psychometric properties of the mexican version of the Eating Disorders Inventory. *Revista Thomson Psicología*, 1, pp. 167-176.
17. Mancilla, J., Mercado, L., Manríquez, E. Álvarez, G., López, X. y Roman, M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana Psicología*, 16 (1), pp. 37-46.
18. Moral, J. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11 (2), pp. 97-114.

19. Nemiah, J. y Sifneos, P. (1970). *Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders*, London, Hill OW.
20. Nemiah, J., Freyberger, H. y Sifneos, P. (1976), *Alexithymia: a view of the psychosomatic process*. London: Hill OW.
21. Román, M. (1998). Evaluación de la imagen corporal como predictor del trastorno alimentario. *Revista Psicología Contemporánea*, 5 (2), pp. 22-29.
22. Salinas, J. y Gómez-Peresmitré, G. (2009). Modelos estructurales. Deporte de alto rendimiento y conductas alimentarias de alto riesgo. *Psicología y Salud*, 19 (2), pp. 271-280.
23. Sifneos, P. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 22, pp. 255-262.
24. Troop, N., Schmidt, U. y Treasure, J. (1995). Feelings and fantasy in eating disorders: A factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale. *International Journal of Eating Disorders*, 18 (2), pp. 151-157.
25. Vázquez, R., Fuentes E., Báez, M., Álvarez, G. y Mancilla, J. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. *Psicología y Salud*, 12 (1), pp. 73-82.
26. Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., Franco, K. y Mancilla, J. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombre y mujeres mexicanos: algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, 12 (3), pp. 415-427.
27. Vázquez, R., Ocampo, M., López, X., Mancilla, J. y Álvarez, G. (2002). La influencia de los modelos estéticos e insatisfacción corporal en estudiantes de danza con trastorno alimentario. *Psicología Conductual*, 10 (2), pp. 355-369.

**Envío a dictamen:** 1 de abril de 2014

**Reenvío:** 25 de abril de 2014

**Aprobación:** 8 de agosto de 2014

LA CONSTRUCCIÓN DE ESTEREOTIPOS DE GÉNERO A TRAVÉS DE LAS IMÁGENES DEL  
XXII CATÁLOGO DE ILUSTRADORES DE PUBLICACIONES INFANTILES Y JUVENILES  
EN MÉXICO

THE CONSTRUCTION OF GENDER STEREOTYPES TROUGH IMAGES OF THE XXII  
CATALOG OF ILUSTRATORS OF PUBLICATIONES FOR CHILDREN AND YOUNG  
READERS IN MEXICO

*Alejandro Ramírez-Nava, Carolina Serrano-Barquín,  
Patricia Zarza-Delgado, Héctor Paulino Serrano-Barquín*  
Universidad Autónoma del Estado de México, México  
Correspondencia: nahualpix@yahoo.com

RESUMEN

La ilustración es un instrumento que tiene ciertas capacidades para generar mensajes y universos alternos en el imaginario colectivo de diferentes sectores socioculturales. Es necesaria una reflexión que se origine en el análisis de los ilustradores contemporáneos mexicanos, particularmente, en este artículo se revisan los trabajos de dos artistas que forman parte del XXII Catálogo de ilustradores de publicaciones infantiles y juveniles, publicado por el Conaculta. Asimismo, se pretende acentuar el carácter educativo de la ilustración, ya que abre posibilidades de interpretación que se instauran en la construcción de género, y, de esta forma, lo femenino es un elemento transitorio entre la imaginaria del artista que intencionado o no, forma parte de un círculo social establecido y que genera distintas identidades.

**Palabras clave:** construcción, ilustración, femenino, género, imaginario.

ABSTRACT

The illustration is an instrument that has certain capacities to generate messages and alternate universes in the collective imagination of different socio-cultural sectors. Reflection is required to originate in the analysis of Mexican contemporary illustrators, particularly in this article the work of two artists who are part of the XXII catalog illustrators of children's literature published by the Conaculta are reviewed. It also

seeks to emphasize the educational nature of illustration, as it opens possibilities of interpretation that are established in the construction of gender, and so, the feminine is a transitional element between the imagery the artist intended or not, is part of established a social circle that generates distinct identities.

**Key words:** construction, illustration, female, gender, imagery.

## INTRODUCCIÓN

Es menester recuperar la memoria de lo femenino desde la percepción de los artistas, quienes entretrejiendo en medio de la imaginaria, hegemonías, rebeldías, guerras, sumisiones, pasiones, enamoramientos y que a lo largo de la historia de la humanidad tanto las civilizaciones ancestrales como las actuales predominan en la manera de ver al mundo, por ello, es fácil determinar que en un futuro sigan vigentes las constantes femenino y belleza, sublimada entre lo poético y la alegoría, es decir, recurrencias de la forma de representar a la mujer a través de los tiempos, su constante evolución y transgresión, visionaria entre los creadores visuales, móviles en el mismo medio sociocultural y con necesidades variables de comunicación, que indican el simbolismo de violencia, de reclamo, de igualdad, así como la manera de expresar la forma de ser y estar en el universo.

En la definición de ilustración, existen varios conceptos que concuerdan con la siguiente: “es el complemento o el énfasis de un texto”, según la Biblioteca de Diseño Gráfico (1994, p. 7), por lo tanto, se puede inferir que la imagen ha sido parte primordial en las labores editoriales ya que en cierta medida la necesidad de comunicación con los sectores sociales incluye personas que no cuentan con altos niveles de educación, incluso analfabetas, por lo cual, las ilustraciones cumplen una función importante para aquellas que su comprensión textual es limitada o nula, obligando así a reforzar, por medio de representaciones visuales, las expresiones escritas.

La cultura de la ilustración en México tiene su origen en los códices que, al parecer, su función era la de registrar los avances y logros socioculturales, políticos, militares, comerciales, tecnológicos en las diferentes civilizaciones antiguas mexicanas, como registros que eran básicamente gráficos.

El mestizaje de la imagen, viene a reconfigurar el universo visual, los vínculos de comunicación, se adaptaron a esa necesidad de la imagen como el complemento ideal de la nueva lengua, originándose un registro vivo de las manifestaciones sociales en todos sus aspectos para establecer el nuevo orden del imaginario social. Lo cual implica: la revolución de los modos de expresión y de comunicación, el trastorno de las memorias, las transformaciones de la imaginación, el papel del individuo y de los grupos sociales en la generación de expresiones sincréticas, entre otras manifestaciones (Gruzinski, 2007), que permiten apreciar la evolución del lenguaje icónico.

La necesidad de comunicación escrita vino a reconfigurar totalmente la imaginaria de los productores visuales de ese entonces que, si bien es cierto, todo lo moderaban los nuevos poderes. Se conservaron manifestaciones arraigadas y que fueron el complemento perfecto para establecer una manera de comunicación más comprensible, tanto para los indígenas como para los españoles. De tal suerte que se reconfiguraron dos memorias, la visual y la verbal ante toda manifestación susceptible de registrar.

La imagen evoluciona y con ella la ilustración. En el ámbito religioso, los santos y representaciones sacras abandonan los altares y se tornan de dominio público, se vuelven objetos que narran historias, tal es el caso de los exvotos y amuletos, asimismo, otros tipos de ilustración como libros, etiquetas comerciales, rótulos, cualquier tipo de elemento vernáculo, cancioneros, misales, panfletos, entre otros, encuentran en la imagen su principal elemento que comunica y establece vínculos entre el imaginario del ilustrador con las necesidades del consumo de imágenes de una sociedad creciente que tiene hambre de evolucionar y revolucionar, de ser dueños de su propia identidad instaurada en el plano espacio-tiempo. Son los libros de texto en donde los editores recurren a los ilustradores de la época para poder complementar las lecturas y que pueda ser un apoyo para el lector neófito, en las letras. Se hace la referencia al acceso a la información visual importante, en donde canciones populares, leyendas o historias se enmarcaban con una imagen, que contenía el modo de vida de ese entonces.

El uso de la escritura modificó la manera de fijar el pasado. ¿Cómo entonces no interrogarse sobre el modo en que evolucionaron la organización de la memoria indígena y las transformaciones sufridas por su contenido, o en torno a las distancias tomadas en relación a las sociedades antiguas y con el grado de asimilación de las nuevas formas de vida? (Gruzinski, 2007). México se instaura en un universo donde el consumo de imágenes viene a formar parte de su forma de aprender y de estudiar porque hace referencia a la vida cotidiana por medio de la ilustración, la cual construye y destruye, se aleja la expresión de “occidentalismo” para dar paso a la expresión “global”, en donde se reconfigura toda imagen, lo político y lo social transmigran la palabra, la idea, la tradición al plano de una representación visual, adaptada por propios y extraños, actores y espectadores de las simulaciones humanas en torno al contexto actual.

La construcción de una cultura es propia de los individuos y grupos que la conforman. Del imaginario social que compete a la generalidad de los integrantes de una comunidad amplia deriva la imaginaria, a la cual tiene pertenencia un sector o grupo determinado de esa sociedad. De tal suerte que la imaginaria constituye todo el aparato que apropia procesos de producción visual, explora la técnica y la materia para determinar ciertos parámetros instituidos en el medio. Asimismo, la imaginaria se asimila, se adopta y adapta a toda manifestación globalizada, apropiando y enajenando aspectos que nutren y a su vez deforman la percepción individual y colectiva. Metafóricamente se tornan como identidades destituidas por



formas de representación violentas y vacías, redundando en lo real y los absurdos, en lo imaginario y lo superficial. En este sentido, cabe recordar (Gruzinski, 2007) que, sin perder de vista lo que hay de por medio en lo político y lo social que la rodea, la imaginería hace que un rasgo reinterpretado, un concepto o una práctica puedan afirmar una identidad amenazada, tanto como les es posible y, con el tiempo, provocar una lenta disolución o una reorganización global del conjunto de signos que la conforman.

Al hablar de ilustración contemporánea en el contexto mexicano, es obligado tener en cuenta al catálogo de ilustraciones infantiles y juveniles publicado por el Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (Conaculta) que año con año hace la convocatoria a los ilustradores nacionales para darle cuerpo a tal publicación. Se presenta en el marco de la Feria Internacional del Libro infantil y juvenil (FILIJ), donde se puede apreciar la evolución que ha tenido la ilustración en México.

La ilustración, en todo aspecto, se instaure como un medio educador y formador, todo un universo se confronta a la representación social de historias consideradas clásicas, un imaginario colectivo sólido ha sido parte esencial de construcciones sociales de género, donde los signos han sido segregados en diferentes contextos culturales y que son reinterpretados una y otra vez, son estructuras fundamentales de una construcción social, hombres y mujeres, mueven ese aparato "..., como esquemas inconscientes de percepción y de apreciación, las estructuras históricas del orden masculino;..." (Bourdieu, 2000) van conformando estereotipos de género.

El objeto principal del ilustrador es llevar a un plano de representación la visión de un imaginario que se construye a través de las diferentes manifestaciones sociales a las que se somete, siendo así, productor de imágenes. El imaginario absorbe e interpreta significados, símbolos, referentes y reconfigura imágenes que se dicen clásicas, en donde se reconocen elementos que van de la mano con la cultura masculina dominante, principalmente; es decir, difícilmente se dejan atrás los paradigmas que persisten.

Reconfiguraciones en las formalidades gráficas de diversos textos literarios, se dan en cierta medida por la búsqueda de una representación que viene de la mano con las necesidades de diferentes sectores que históricamente se han marginado y que traen consigo una imaginería que se aferra a nuevas formas de representar al ser humano, como un ser imparcial, equitativo, no violento.

...no es el sujeto poderoso quien funda la relación de dominación, más bien se trata de una situación propiciada por un orden social que le preexiste y que origina jerarquías simbólicas en donde a veces resulta difícil saber con certeza quién tiene el poder; pero lo que sí es claro es quién no lo tiene. Por eso en determinados momentos históricos las mujeres, los prisioneros, los jóvenes, los homosexuales, por mencionar algunos, han iniciado una lucha específica contra una

forma particular de poder, de imposición, de control que se ejerce sobre ellas y ellos (Zarza, 2009, p. 1353).

La dominación masculina ha implicado, entre otros aspectos, la violencia, la cual es parte de este mundo de fantasía, el dominio del hombre sobre la mujer, la mujer indefensa, la bella y el hombre valiente sublimado ante la belleza y sumisión femenina y, en contra parte, con mujeres oscuras y fatales, cazadores dominados y escritores perversos, una verdadera vastedad de elementos violentos y apacibles, violencias simbólicas que generan aspectos en la construcción social, puntualizando que el primer contacto con la ilustración es en la niñez. Existe una especie de adoctrinamiento o ideologización que recibimos por diversos medios —para el caso que nos ocupa, la ilustración para niños y jóvenes— que producen esquemas mentales que son el producto de la asimilación de las relaciones de poder que refleja la violencia simbólica (Zarza, Serrano y Serrano, 2013).

Las historias contemporáneas buscan cierta reflexión de entre sus palabras, si bien, no hay moralejas como en las fábulas, hay mensajes que atinadamente tienen que ver con los temas de actualidad: violencia de género, conciencia ambiental, los derechos de los niños, maltrato animal, repensar la adolescencia, entre otros. Así, se tornan en escenarios contemporáneos en donde los discursos de posmodernidad y de un caótico futuro van formando seres entre lo real y lo virtual, entre los *bits* y las células. ¿Es necesaria pues, la reconfiguración? Es la ilustración objeto de “educación” visual que se instaurará en el imaginario de quien se confronte ante la moraleja y sus reflexiones.

### *Análisis de ilustraciones*

El catálogo de ilustradores, publicado en 2012, arroja algunos ejemplos que resultan ser útiles para su análisis e interpretación, fundados en un esquema triádico semiótico, donde se identifican los *referentes* de lo femenino, el *significado* que viene a ser las posibilidades de interpretación formal y el *significante* que implica las variables insertas en el contexto sociocultural de la imagen. Se han elegido dos ilustraciones para su análisis, una de ellas, es de factura masculina y la otra femenina, para enfatizar las diferencias y similitudes en la ilustración mexicana contemporánea y establecer parámetros que se originan en la visión entre géneros y para poder aterrizar un discurso visual que determina su apropiación del entorno al que se enfrenta, arrojando a su vez toda clase de elementos que son indicadores de una imaginería que se inserta en el plano educativo y formativo. Cabe mencionar que la elección de estas ilustraciones fue por una significativa diferencia entre el tratamiento de las imágenes, que de primera instancia, puede observarse, las cuestiones formales y cromáticas que son parte de la sintaxis de estas imágenes.

**Figura 1**



Esteli Meza Urbietta, *Entonces decidí ir a terapia grupal* (2012)  
mixta, 25 x 40.5 cm

**Figura 2**



Luis Eduardo Torres Limón *Caminando  
con mi gigante* (2010),  
Digital, 40.5 x 30.4 cm

**Cuadro 1. Análisis de la figura 1: Esteli Meza Urbieto**

Referentes	Significado	Significante
<p>El personaje principal, una adolescente con vestido rojo, se desenvuelve en una escena donde intervienen otros tres seres con características de animales, en apariencia dos masculinos y uno femenino, dispuestos en una mesa con elementos propios de un juego de té; la escena se desenvuelve en un espacio abierto, en donde elementos orgánicos intervienen. En un segundo plano se nota un muro y la parte delantera de una bicicleta.</p>	<p>El título de la imagen determina que el grupo de personajes tiene una plática, con la acción de tomar té, en el contexto social mexicano, "el juego de la comida" tiene su connotación propia de lo femenino, en cuestiones de construcción de roles, juguetes dirigidos a la construcción del paradigma de la mujer, tomando como ejemplo la manera en que se comunica, casi siempre en grupo. El tratamiento de la imagen resulta ser limpio y luminoso, en donde las formas rompen suavemente espacio, aunado con el color contrastado pero equilibrado.</p>	<p>El comportamiento del personaje principal indica que está escuchando y viendo un acto lúdico, de captar un líquido que cae de una nube, tazas y macetas que son elementos arquetípicos del receptáculo divino, la matriz que sostiene la vida. La suavidad de los trazos en el espacio, denotan esa voluptuosidad que también tiene su origen arquetípico en las representaciones arcaicas de la fertilidad, incluyendo el sello que, indudablemente, aterriza en lo femenino a partir de su forma.</p>

Fuente: elaboración propia.

**Cuadro 2. Análisis de la figura 2: Luis Eduardo Torres Limón**

Referentes	Significado	Significante
<p>En la escena aparecen, en primer plano, dos personajes, uno de caracteres masculinos y el otro una mujer.</p> <p>Se desarrollan en un contexto urbano, en donde se incluyen edificios, autos y una caja de semáforo.</p> <p>El personaje de mayor tamaño tiene color gris, que hace mimetizarse con los colores grisáceos del resto de la escena. La mujer también contiene estos colores, sin embargo, el color de su piel resulta muy luminoso, elementos de globos de diálogo, onomatopeyas y otras expresiones gráficas salen de la boca del personaje de mayor tamaño.</p>	<p><i>Caminando con mi gigante</i>, es el título de la ilustración, que en un primer momento puede establecer ciertos parámetros de lectura, es decir, que la pauta de la imagen es que van a comenzar a caminar estos dos personajes después de un diálogo, y en referencia a la intención del gigante por tomar de la mano a la mujer.</p>	<p>La actitud entre los dos personajes resulta ser apacible y amistosa; sin embargo, elementos que convergen del gigante: 1. La analogía de la forma de la cabeza en un gran falo, 2. Las diferencias físicas corporales permiten inferir que se trata de un personaje masculino ya que en sus grandes manos, su seriedad y la intención paternal de tomar la mano en tono de protección, denotan virilidad.</p> <p>La mujer, como personaje secundario, mira hacia el espectador vacilando entre la decisión de tomarle la mano o no, al gigante.</p>

Fuente: elaboración propia.

El análisis de las imágenes, desde el punto semiótico, arroja elementos importantes haciendo referencia a lo femenino y cómo se instaura en planos de construcción social. En la figura 1 se obtienen los siguientes datos: se aprecia una transparencia en la composición, determinando las actividades de los personajes y su contexto. En la figura 2 se deja notar, en una primera impresión, que el tratamiento de la imagen es determinado por una fuerte carga de lo masculino y que, a pesar de que hay una figura de una mujer, sólo sirve para enfatizar el dominio de la masculinidad en esta imagen.

En el análisis de estas ilustraciones se consideraron ciertos referentes, significados y significantes, lo cual implica un todo, un sistema simbólico complejo de sustrato cultural y personal muy fuerte. Para ello, cabe recordar lo que Lévi-Strauss, en 1950, propone: "la cultura puede considerarse como un conjunto de sistemas simbólicos, en donde se sitúa en primer término el lenguaje, las reglas matrimoniales, las relaciones económicas,

el arte, la ciencia y la religión. Estos sistemas sirven para expresar determinados aspectos tanto de la realidad física como de la realidad social. El carácter incompleto de lo humano, de ser en falta, está en la base de su perenne inconformidad que hace de él un innovador, un transformador, un creador. No hay creación sino a partir de la falta. Asimismo, como refieren Laplanche y Pontalis, el simbolismo implica el reconocimiento de por lo menos dos significaciones, una de las cuales sustituye a la otra disfrazándola y expresándola a la vez, su relación puede calificarse de simbólica. La esencia del simbolismo es la relación constante entre el elemento manifiesto, y su o sus traducciones; esta constancia se encuentra no solamente en los sueños, sino en diversos campos de la expresión y en áreas culturales alejadas entre sí” (citados en Salmerón y otros, 2013). He aquí la importancia de vincular el imaginario, el simbolismo y la ilustración.

#### CONCLUSIONES

Los resultados del análisis se basan en especificaciones, propias de la construcción social, es decir, en ellas persisten esquemas que van desde una comparación inmediata en la sintaxis de las imágenes, es decir, en la figura 1, producto de una ilustradora en donde se denotan tonalidades claras y limpias, en comparación con la figura 2, la cual fue elaborada por un ilustrador masculino, en donde se dejan ver tonalidades más sombrías y sucias, que resultan ser un acercamiento propio de una binariedad que provoca dos imaginerías que perciben universos paralelos y que se incluyen en una realidad global que comulgan en los círculos sociales.

Lo anterior provoca dispersión de códigos, a lo que Salmerón y otros (2013) indican que se transita entre espacios imaginarios y vivencias, mismos que producen el sentido de lo real, de tal modo que se instaura una nueva conciencia sin dejar atrás lo que históricamente se ha configurado en el plano social –para el caso que nos ocupa–, el énfasis de lo femenino y lo masculino, fundados en el producto visual contemporáneo.

La ilustración resulta ser un reflejo de una sociedad que transita entre las configuraciones culturales y las experiencias que el productor visual ha aprehendido, ya que en Zarza, Serrano y Serrano (1999) se indica que la imagen es fundamental en la emisión de signos y que en cada forma, textura, color, vienen implícitos los estilos de vida y todo tipo de manifestación social, para determinar identidades de género que se asumen en cada texto configurado y son reforzadas por la representación visual.

Es cierto que las publicaciones son diversas en cuanto a sus destinatarios se refiere, ya sea al adolescente, al preadolescente o al infante, se desarrollan textos con toda la carga simbólica de identidad para hombre y mujer, intención que aterriza en las construcciones mediáticas y hegemónicas, que refuerzan identidades, estereotipos de género, entre otros, que persisten en la literatura y los valores de orden social.

El ilustrador contemporáneo debe tener en cuenta los aspectos de representación, en torno a instaurar escenarios simbólicos que traten de reestructurar al “deber ser” e instaurar al “quiero ser”, captar elementos sociales con carácter plural en relación con identidades y que también pueda servir de reflexión a estudios de literatura, donde parten las representaciones visuales y alegóricas que construyen estereotipos de género en las ilustraciones del México actual.

#### REFERENCIAS

1. Biblioteca del diseño gráfico (1994). *Ilustración*, tomo I. Barcelona: Blume.
2. Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
3. Catálogo de publicaciones ilustradores infantiles y juveniles (2012). *XXII Catálogo*. México: Conaculta. Recuperado el 26 de noviembre de 2013, en [www.filij.conaculta.gob.mx/catalogo2012/](http://www.filij.conaculta.gob.mx/catalogo2012/)
4. Gruzinski, S. (2007). *La colonización de lo imaginario. Sociedades indígenas y occidentalización en el México español. Siglos XVI-XVIII*. México: Fondo de Cultura Económica.
5. Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (ed.). (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. vol. 1. Buenos Aires: Paidós.
6. Salmerón Sánchez, F.; Serrano Barquín, C.; Rocha Reza, S. y Villegas López L. (2013). El deseo inconsciente en algunas expresiones de arte contemporánea. *Revista de Psicología, Nueva Época*, Toluca: UAEM.
7. Zarza, P. (2009). Universitarios y universitarias de México y el cuerpo simbólico como construcción de género. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Manizales*. Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y el Cinde.
8. Zarza, P.; Serrano, H.; y Serrano, C. (2013). Los diseños reflexivos ante los nuevos enfoques y retos: violencia simbólica. *Revista Digital Universitaria*. México: UNAM.

**Envío a dictamen:** 5 de diciembre de 2013

**Reenvío:** 24 de enero de 2014

**Aprobación:** 9 enero de 2014

Alejandro Ramírez-Nava

Licenciado en Artes Plásticas por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), profesor en la Facultad de Artes de la UAEM, ha publicado ilustraciones en diversas revistas de la UAEM. Actualmente estudia la Maestría en Diseño en la misma universidad. Correo: [nahualpix@yahoo.com](mailto:nahualpix@yahoo.com)

**Carolina Serrano-Barquín**

Odontóloga de profesión. Diplomada en: Docencia, Sexualidad, Educación abierta y a distancia, Pensamiento creativo, Aplicación de protocolos para mujeres violentadas. Maestra en Planeación y Evaluación de Educación Superior. Doctora en Ciencias Sociales. Docente en todos los niveles educativos, principalmente en áreas artísticas, de creatividad y educación. Directora de Educación a Distancia en la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM) y coordinadora de Educación Abierta y a Distancia de la Región Centro-Sur de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES). Diversas publicaciones, más de quince artículos en revistas indizadas, capítulos de libros y coautora de los libros: Creatividad sensorial, Cultura visual de género, Ideología sustentable, educación ambiental y ética en universitarios, entre otros. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Profesora-investigadora de la Facultad de Ciencias de la Conducta, UAEM. Correo: carolinasb@hotmail.com

**Patricia Zarza-Delgado**

Diseñadora industrial con Maestría en Diseño de Productos en la Universidad Politécnica de Cataluña en Barcelona, España. Con una segunda maestría en Ciencias del Diseño en la Universidad del Estado de Arizona en los EE. UU. doctora en Ciencias Sociales por El Colegio Mexiquense. Sus trabajos de investigación abordan temas relacionados con el diseño, la cultura de género y los bienes de consumo cultural. Ha publicado diversos artículos especializados en revistas nacionales e internacionales. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Profesora-investigadora en Facultad de Arquitectura y Diseño de la UAEM. Correo: mpzd@hotmail.com

**Héctor Paulino Serrano Barquín**

Maestro en Estudios de Arte por la Universidad Iberoamericana, es también Doctor en Historia del Arte. Ha dirigido dos museos y participado en ocho investigaciones. Cuenta con más de cuarenta publicaciones, principalmente sobre temas artísticos. Profesor-investigador de las facultades de Artes y de la de Arquitectura y Diseño de la UAEM, de esta última fue director. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores y líder del cuerpo académico Contexto Sociocultural del Diseño. Correo: hector\_sb2005@yahoo.com.ar



## CRITERIOS EDITORIALES

### **para la aceptación de colaboraciones**

La *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México* es una publicación semestral, arbitrada, de carácter académico, científico, editada por la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México, donde se incluyen temas relevantes de los procesos psicosociales de las Ciencias de la Conducta, que signifiquen un avance en esas disciplinas y que reflejen la práctica profesional, la docencia e investigación. La revista se dirige a los investigadores, profesionales, docentes, a los estudiantes en formación y a los ex alumnos. Su propósito es promover el pensamiento, la reflexión y la investigación. Los objetivos son comunicar los avances de la investigación para la actualización de los profesionales interesados y favorecer la vinculación de los investigadores, de éstos con los docentes y de todos con los estudiantes.

Se publican dos números al año, en junio y en diciembre, en formato electrónico e impreso.

### CRITERIOS DE CONTENIDO

1. Las colaboraciones que sean puestas a consideración para su publicación, serán resultado de investigación, ensayos científicos, estudios de caso, análisis teóricos y metodológicos. Se aceptan reseñas de investigación, de tesis y de libros.
2. Todas las colaboraciones deben ser originales e inéditas, y no haber sido publicadas con anterioridad o estar consideradas al mismo tiempo a dictamen para su publicación en otros medios. Se debe firmar una carta sobre este asunto, asegurando la originalidad e incluir los nombres de los autores, domicilio, afiliación, teléfono, correo y título del trabajo.
3. Los trabajos de investigación empírica deben conservar los datos crudos durante los tres años siguientes a la publicación.
4. Hay que incluir un resumen con cinco palabras clave, esto en español e inglés, con una extensión entre 100 y 150 palabras, que describa tema, objetivo, método, procedimiento, resultados y conclusiones. El título del trabajo debe estar en español e inglés.
5. Los autores deben conceder la Propiedad de los Derechos de Autor a la *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México* para que las colaboraciones puedan ser reproducidas, comunicadas, transmitidas y distribuidas en cualquier forma o medio para fines culturales, científicos o

de divulgación sin fines de lucro. Los autores deben firmar la Cesión de la Propiedad de los Derechos de Autor.

#### PROCESO DE REVISIÓN

6. Las colaboraciones serán sometidas a una revisión anónima por dos pares especialistas en los temas bajo la modalidad de doble ciego. Los dictaminadores no conocen los nombres de los autores de las colaboraciones ni éstos a los dictaminadores.
7. Las colaboraciones se envían por la dirección de la revista a dos dictaminadores, uno de los cuales será externo a la Facultad de Ciencias de la Conducta, que en un tiempo determinado darán su dictamen por escrito. El dictamen tiene como resultado tres opciones: aceptación, rechazo y aceptación con modificaciones.

En este último caso, los autores de las colaboraciones deben atender las modificaciones en un lapso de tiempo determinado, el cual se indicará. Los dictámenes son inapelables, sin embargo, las sugerencias y recomendaciones fundamentadas de los autores se enviarán a un miembro del Consejo Editorial para su estudio y consideración para otras colaboraciones posteriores. En el caso de discrepancias notables entre los dictaminadores, la colaboración se enviará a un tercero del Consejo Editorial. El resultado se comunicará al o a los autores en un tiempo razonable, que puede variar dependiendo del número de colaboraciones a dictaminar.

La redacción se reserva el derecho de hacer correcciones de estilo que considere necesarias para mejorar el trabajo.

8. El dictamen del Comité Editorial retroalimenta a los autores sobre la pertinencia y calidad de sus trabajos describiendo a los autores de manera didáctica los pasos a seguir para la elaboración adecuada del escrito.
9. Cada número de la revista se integrará con los trabajos que en el momento de cierre de edición cuenten con la aprobación del comité dictaminador. No obstante, con el fin de dar una mejor composición temática a cada número, la revista se reserva el derecho de publicar los artículos en un número posterior.

#### CRITERIOS DE FORMATO

10. La extensión mínima será de 12 cuartillas y máxima de 20, incluyendo tablas, figuras y referencias, tipografía Arial 12, interlineado 1.5. Las reseñas de libros deben tener una extensión entre 2 y 4 cuartillas.
11. Los cuadros, gráficas y figuras diversas se incorporarán como anexos debidamente numerados y rotulados al reverso. En el texto se indicará el lugar en el que deben colocarse.

12. El texto se entregará en archivo, en disco o por medio del correo electrónico (o postal), en procesador Word, sin formato, espaciados, sangrías o notas automáticas.

13. El texto debe seguir los lineamientos del Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association (APA), 2012. Las referencias en el texto anotan, entre paréntesis, el primer apellido del autor o autores, después de una coma sigue el año y la página de referencia (en citas textuales) por ejemplo: (Castañeda, 1994, p. 82), o Castañeda (1992, p. 82), cuando el nombre del autor es parte del texto "indagó que..." Cuando un trabajo tiene dos autores se citan los dos p. e. Lazarus y Folkman (1986).

Cuando el trabajo tiene más de dos autores hasta cinco se citan todos los autores la primera vez, luego en las citas subsecuentes sólo el apellido del primer autor seguido de *et al.* en cursiva. Ejemplo: Kisangau *et al.* (2007). Si el trabajo tiene más de seis autores se cita el primer autor seguido de *et al.* en todas las referencias.

Todas las referencias deberán ir al final del artículo ordenadas alfabética y numéricamente en la bibliografía como lista de referencia, anotando a doble espacio con sangría apellido (s), inicial del nombre (s), año de publicación entre paréntesis, título (en caso de libro en cursiva), la ciudad seguida de dos puntos y la editorial. Ejemplo: Dieterich, H. (2003). *Nueva guía para la investigación científica*. México: Planeta.

Un capítulo de un libro se refiere: González M., C. S. (2011). La supervisión en Terapia Breve Sistémica. En J. Montalvo R. y M. R. Espinosa S. (EDS.). *Supervisión y terapia sistémica: modelos, propuestas y guías prácticas* (pp. 131-150) Monterrey: Crece-Ser.

Si se trata de artículos de revistas y publicaciones periódicas, el nombre de la publicación en cursiva, el volumen, el número entre paréntesis y las páginas del texto. Diener, E., Suh, E., Lucas, R. y Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), pp. 276-302.

Para citas electrónicas hay que dar todos los datos de la ruta p. e. Clay, R. (junio, 2008) Science vs ideology. Psychologists fight back about the misuse of research. *Monitor of Psychology*, 39 (6). Recuperado de <http://www.apa.org/monitor/>

Si los autores tienen varias publicaciones en el mismo año, se les distinguirá por una letra minúscula después del año p. e. Valenciano, 2011a, 2011b.

Las siglas deben ser resueltas en todas sus palabras la primera vez que se usan p. e. CNEIP (Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología).

Se debe prestar atención a las referencias actualizadas y a los asuntos éticos. La revista acepta el código ético de la American Psychological Association (APA) ([www.apa.org/ethics/code/index.aspx](http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx)) para los colaboradores de la publicación: editores, revisores y autores. Los autores de los artículos deben cumplir con dicho código; dan su anuencia para que se pueda aplicar a sus colaboraciones un programa para detectar duplicidades de información.

Todos los autores de un mismo artículo se hacen responsables del contenido del artículo, al cual deben haber contribuido de forma importante; se comprometen a no reutilizar trabajos ya dados a conocer en otras publicaciones y deben dar crédito a las ideas de otros autores mencionadas en su texto.

#### DATOS

Anotar en hoja aparte los datos curriculares: nombre (s) y apellidos del autor (es), institución de procedencias, nivel de estudios (grado académico, disciplina, organismos e instituciones otorgantes); publicaciones relevantes, trabajos de investigación, premios, reconocimientos o distinciones en los últimos tres años, dirección, teléfono y/o fax y dirección de correo electrónico.

#### RESPONSABILIDAD

El contenido de los textos publicados por la revista es responsabilidad de los autores del texto, no constituye la opinión oficial de la revista. La revista se reserva el derecho de publicación y de devolución de los artículos entregados.

#### DIRECCIÓN

Los trabajos se remitirán a: Facultad de Ciencias de la Conducta, *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, Av. Filiberto Gómez s/n, col. Guadalupe, Toluca, México, C.P. 50010, Teléfonos: (01722) 272 0076, fax: (01722) 272 1518, correo electrónico: [revista\\_psicologia@uaemex.mx](mailto:revista_psicologia@uaemex.mx)

Nota: El nombre de la publicación periódica es *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, pero para efectos prácticos se puede abreviar como *Revista de Psicología/Revista de Psicología de la UAEM*.

## EDITORIAL POLICY

### **In order to accept collaborations**

*The Psychology Journal from Universidad Autónoma de Estado de México*, is a semestral publication, including an arbitrated, academical, scientific character edited by Facultad de Ciencias de la Conducta, about outstanding important topics of psychosocial processes of the behavioral sciences in every advance in the professions and disciplines mentioned, revealing the professional practice, teaching and research. The journal is dedicated to all researchers, professionals from these areas, teachers and training students, including graduated students. The purpose is to promote thinking, reflection and research. The objectives are to share the different research findings, to upgrade professionals interested and to favor the investigators links, as well as teachers and students. There are two issues published every year in June and December in electronic and printed version.

## CONTENT

1. The contributions considered to be published must be a result of research, scientific essays, case study, theoretical or methodological analysis. Research, thesis or book reviews will be accepted.
2. Every collaboration must be original and unpublished before and must not be submitted to any other printed media at the same time. A letter must be signed about the matter as a guarantee of originality including the name of the author, address, affiliation, telephone, e- mail and job credentials.
3. The empiric research study must keep the raw data during the next three years after its publication.
4. An abstract must be included with 5 key words, in Spanish and English, with an extension of 100 to 150 words describing the topic, introduction, the objective, method, results, discussion and conclusions, including the title.
5. The authors have to concede the author's copyright to the Psychology Journal from Universidad Autónoma del Estado de México so that their articles and materials are publicly reproduced, published, edited, fixed, communicated and transmitted by any form or medium; as well as distributing among the general public in the required numbers for their pubic communication, in each of their modalities, included its availability through electronic, optical means or any other technology with exclusively scientific, cultural, diffusion, nonprofit ends. To do so, the author(s) must send the format of copyright concession-letter properly filled and signed by the author(s).

#### REVIEWING PROCESS

6. All the articles will be submitted to an anonymous dictum process performed by two academic peers, under the modality of double blind. The prestigious academics are unknown and don't even know the author's name. The authors don't even know the examiners.
7. The collaborations are sent by the Journal director to two referees, one of them is extern to the Faculty, that in a period of time have to come out with a written resolution of the dictum process. There are three options: approved for publication with no changes; refused; approved for publication once minor corrections are applied in a specific period. Dictum results are unappealable even though the author's supporting suggestions and arguments will be sent to the Journal Editing Committee to be studied and considered for next publications. In case of remarkable disagreement among the examiners, the collaboration will be sent to a third referee from the Journal Editing Committee. They will inform each of the authors in a reasonable period of time, determined by the number of articles. The editorial direction of the Journal reserves the right to carry out any editorial amends or proofreading it deems necessary to improve the text.
8. The Editorial Committee judgement will let the authors know about the quality and relevance of their contributions, the Committee will give a didactic feedback to the authors in order to create and adequate their job.
9. Each Journal issue will be done with the contributions that at the closing editing time have the approval of the Dictaminating Committee. Not even, in order to give the best thematic composition possible to each issue, the Journal Editors have the right to publish some accepted articles in a subsequent issue.

#### FORMAT

10. The journal will only accept articles with an extension between 12 and 20 pages, including graphs, tables, footnotes and bibliography, letter size page, at a line spacing of 1.5, written in 12-point size Arial font. Book reports must have an extension between 2 and 4 pages.
11. Charts, graphs and figures must be added as appendix, properly numbered and rotulated on the back. It has to be indicated on the text the place where they shall be.

12. The text must be delivered as an electronic file in a CD or via electronic or postal mail, unformatted Microsoft Word, line spacing, headlines or automatic notes.

13. The text must follow the APA (2010) (American Psychological Association) style. The references in the text in parenthesis, the surname of the author(s), a comma, the publishing year and the reference page (in textual references) for example: Castañeda, 1994, p. 82 or Castañeda (1994, p. 82) when the name of the author is in the text "it was founded that..." When there are two authors them both have to be named p. e. Lazarus and Fokman (1986).

When the paper has more than two authors onto five, they are all named at the first time, then on the subsequent only the surname of the first author and *et al.* (italic) i.e.: Kisangau *et al.* (2007). If the article has more than 6 authors only the first author is named with *et al.*, in all the references.

Every reference must be added at the end of the article alphabetically and numerically in the *bibliography* as a reference list, writing down with single space and tabs surname(s), first letter of the name(s), and publishing year in parenthesis, title (if it's a book, italic) city, : and editorial house. i.e. Dietrich, H. (2003). *New guide for scientific research*. México: Planeta. When it's a chapter from a book: González M., C.S. (2011). La supervisión en la Terapia Breve Sistémica en J. Montalbo R. y M. R. Espinosa S. (eds) *Supervisión y terapia sistémica: modelos, propuestas y guías prácticas* (pp. 131-150). Monterrey: Crece-Ser.

If it's about journal articles or a periodical publication, the name of the publication must be in italic, the volume, number in parenthesis and the text pages. Diener, E., Suh, E., Lucas, R. y Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), pp. 276-302.

For electronic references, a complete link must be added i.e. Clay, R. (June, 2008) Science vs ideology. Psychologists fight back about the misuse of research. *Monitor of Psychology*, 39 (6). Retrieved from <http://www.apa.org/monitor/> If the authors have many publications in the same year, they will be distinguished by a case letter after the year i.e. Valenciano, 2011a, 2011b.

Acronyms must be extended the first time they appear in the text, in the bibliography, tables, charts and graphs. For instance, in the text the first time it must be written: Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP), then subsequently: CNEIP.

Recent references and ethical issues must be observed. The journal accepts the ethical code of the American Psychological Association (APA) ([www.apa.org/ethics/code/index.aspx](http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx)) for the collaborators of the publication: editors, reviewers and authors, who must comply with this code; also they must consent to the use of a software which will uncover information duplicities. Everyone of

the authors of a certain paper take responsibility for the content to which they have substantially contributed; they pledge not to reuse texts that have been already published; and to give credit to the authors of the ideas mentioned in their paper.

#### DATA

In a blank paper, write the curricular data as: name(s), author's surname, origin institution, study level (academic grade, discipline, organisms or institutions), relevant publications, research papers, awards and recognitions, distinctions from the last three years, address, telephone and fax and e mail.

#### Accountability

The text content published by the journal are responsibility of the text authors, not the official journal opinion.

The journal reserves the right to publish or not the articles as well as their devolution.

#### Address

The contributions will be sent to: Facultad de Ciencias de la Conducta  
*Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*  
Av. Filiberto Gómez s/n, col. Guadalupe, Toluca, México, C.P. 50010. Teléfonos: (01 722) 2 72 00 76, fax: (01 722) 2 72 15 18 Correo electrónico: revista\_psicologia@uaemex.mx

Note: the official publication name is *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, but for practical purposes it could be presented as *Revista de Psicología/Revista de Psicología de la UAEM*.



Artículos del número anterior, VOL 3, NO. 6, julio - diciembre 2014.

Norma gremial y familiar de trabajadoras sociales en torno a portadores de VIH  
Standard Union an Fam social Workers around HIV Carries  
Cruz García-Lirios, Javier Carreón-Guillén, Jorge Hernández-Valdés, María de  
Lourdes Morales-Flores y Bertha Leticia Rivera-Varela

Evaluación del atractivo corporal que consideran tener los adolescentes de acuerdo  
con el sexo y la complexión de sus cuerpos  
Evaluation of the Body Attractiveness in Teenagers considering to the Sex and  
Complexion of their own Bodies  
José Luis Valdez-Medina, Leyda Reyes-Colín, Yessica Paola Aguilar-Montes de Oca,  
Carlos Ernesto Sánchez-Méndez y Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes

Estudio exploratorio para obtener la confiabilidad del Inventario de Recursos  
Resilientes Familiares (IRREFAM)  
Exploratory Study to obtain the Reliability of the Family Resilient Resouces Inventory  
IRREFAM  
María Rosario Espinosa-Salcido, Aura Silva-Aragón y Héctor Ulises Zamora-Gayosso

Estado del arte de la Psicología Comunitaria  
State of the Art of Community Psychology  
Magdalena Varela-Macedo

Estilos identitarios y valores sociopersonales de adolescentes  
Identity Styles and sociopersonal Values of Adolescents  
Mariana Díaz-Ceballos, Elizabeth Zanatta-Colin y José Luis Gama-Vilchis

Miradas a un paisaje: la violencia de la transexualidad en Portugal  
Looks to a Landscape: the Experience of the transsexual in Portugal  
Aristeo Santos-López y Araceli Ortiz-del Río

La terapia de juego, una experiencia de dos culturas: México y Estados Unidos  
Play Therapy, an Experience of two Cultures: México and United States of America  
Adelaida Rojas-García, Carolina Serrano-Barquín, Sue Bratton y Anallely Verónica  
Garduño-García

## EQUIPO EDITORIAL

### EDITOR GENERAL

José Antonio Vírveda Heras

### ASISTENTES EDITORIALES

Mónica Rodríguez Villafuerte, Jorge Armando Balderas Escobar, Lilia Pérez Jiménez

### CONSEJO EDITORIAL

Javier M. Serrano García, Universidad Autónoma del Estado de México, México; Marta Calderero, Universidad de Granada, España; Mónica Díaz Peralta, Quidam Latinoamérica, México; José Antonio Flórez Lozano, Universidad de Oviedo, España; Telmo Marcon, Revista Espazo Pedagógico, Brasil; Rosa María Ramírez Martínez, Universidad Autónoma del Estado de México; Joan Riart Vendrell, Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña (COPC), España; Michael Schmid, Instituto de Servicios Sociales, Voralberg, Austria; Alfonso Tello Iturbe, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.

### DISEÑO

Jorge Armando Balderas Escobar

### RESPONSABLE DE REDES SOCIALES

Bethel Mejía Guerrero, Sandra Gutiérrez, Miguel Escartín

### COORDINACIÓN INSTITUCIONAL E INTERNACIONAL

Martha Patricia Bonilla Muñoz

### CORRECCIÓN DE ESTILO

Francisco Macías Arriaga, Alfonso Archundia Mercado

### TRADUCCIÓN

Mónica Rodríguez Villafuerte, Eunice Ortega Rico

### EDITORES ANTERIORES

Jaime Rodolfo Gutiérrez Becerril, Leonor González Villanueva, Francisco Argüello Zepeda  
Um rem dolorempore reiuscidel exerioreste lature, saeratenim et expeliqam quam aut voloreri odit a sequi a qui ut vel mo id quodite eseditae prate quidita delignate acitectem que voluptusci solestiosse cust qui num aceriti occus nosandel ium qui toritat.

Adit quidus et modit eroremos el eturepel ea quae nit exerit aut eicime sintus, assi coreium andic tecto cusant ipsam, senime as quo et plictotasse comniate nulparc hillaborum eruptatur? Ende nonest fugita nem si doluptas reicae same nihita sust





Gabriela Tolentino  
"Sillas Vacías" 80 x 60 cm Mixta/Papel

**TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA**

**UAEM**

Universidad Autónoma  
del Estado de México