

ENSAYO CIENTÍFICO

Anorexia nerviosa: un abordaje psicológico para su tratamiento ¹

ANOREXIA NERVOSA: A METHODOICAL APPROACH TO TREATMENT

Gustavo Alonso Rivera Ortega ²

Fecha de recepción: 9 de agosto de 2022 | Fecha de aprobación: 7 de noviembre de 2022

Resumen

La enorme prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria establece un precedente preocupante. Razonablemente, mantener una apariencia apelativa a los estándares de belleza puede ocasionar deterioro en el bienestar psicológico; no obstante, existe una diversidad de razones por las cuales acontecen estos padecimientos. Resulta conveniente estudiar la ansiedad alrededor de la imagen corporal y las prácticas ejecutadas para asemejarse a este irreal físico, las cuales desembocan en un padecimiento clínico, por ejemplo, la anorexia nerviosa. Dado este precedente, el presente escrito realiza una meticulosa investigación documental que plantea un protocolo de intervención de 12 sesiones, útil en el abordaje clínico de futuros usuarios con anorexia nerviosa.

Palabras clave:

Trastorno de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, protocolo de intervención, tratamiento, psicoterapia.

Abstract

The enormous prevalence of eating disorders sets a worrying precedent. Notably, having an appealing outward appearance to beauty standards could lead to psychological deterioration, nevertheless, this perturbation may be caused by different factors. It is convenient to study the anxiety that exists around the body image and the practices carried out to resemble this unreal physique, which lead to a clinical condition. Given this precedent, this essay

¹ El presente artículo se realizó en el marco del curso impartido por el doctor Marco Antonio Gálvez Aravena, titulado “Psicopatología del adulto”, durante el primer curso lectivo de 2022 en la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología.

² Gustavo Alonso Rivera Ortega es estudiante bachiller en la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología. Número ORCID 0000-0002-6162-3688. Correo electrónico: griverao885@ulacit.ed.cr y teléfono de contacto: (+506)8681-0255.

performs a meticulous documentary research, that serves to propound an intervention protocol, useful in the clinical practice.

Keywords:

Eating disorders, Anorexia Nervosa, intervention protocol, treatment, psychotherapy.

Introducción

“El cuerpo se ha convertido en un objeto que se debe transformar para cumplir con ciertos estándares de belleza, que a nivel social e ideológico han sido preestablecidos como saludables, estéticamente agradables y como una forma de evitar ser excluidos y excluidas” (Alpízar y Trujillo, 2018, p. 19). La evolución de la moda y el encanto parece movilizar, poderosamente, hacia el consumismo de estrategias o métodos estéticos, con tal de conseguir una mejorada apariencia física. Sin embargo, muchos estándares de belleza se basan en metas irreales e inalcanzables que pueden ser perjudiciales para la salud del individuo. De acuerdo con estudios recientes, los adolescentes y adultos jóvenes guardan una preocupación por ser bellos y conseguir aprobación social (González, 2018). En este sentido, es conveniente estudiar la enorme prevalencia de la inquietud sobre el aspecto corporal y los intentos llevados a cabo por las personas para lograr un físico ideal, de conformidad con la literatura reciente sobre el trastorno.

Sobre esta base, el aspecto físico parece ser sinónimo de valía y aprobación social. La belleza se convierte en un mecanismo socializador importante, el cual lleva a determinados individuos a emplear prácticas perjudiciales para su salud, con el fin de aproximarse a este irreal arquetipo corporal. La perturbación marcada e inusual de la conducta alimentaria para llegar a este objetivo es anormal o, en otras palabras, el resultado de un trastorno. Este comportamiento está tipificado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) en la categoría “Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos”, la cual engloba ocho enfermedades relativas a esta naturaleza. De tal forma que mantener una apariencia apelativa a los estándares de belleza puede propiciar el deterioro del bienestar psicológico.

De conformidad con lo anterior, los trastornos alimenticios podrían deber su génesis a complejas interacciones ambientales y genéticas. Sírvasse de ejemplo el caso clínico documentado por Carbenate (2019), en el que una femenina de 14 años muestra una notable disminución de peso a raíz de las dietas autoimpuestas desde hace un año y una marcada ansiedad por engordar. Este caso se trata de una Anorexia Nerviosa, posiblemente originada por el divorcio de sus padres, en conjunto con los comentarios hirientes de su novio al llamarla “gorda”, los innegables cambios neurobiológicos por la pubertad y otros factores psicológicos influyentes. Es complejo establecer con certeza la causa directa que origina este trastorno, sin embargo, conviene presumir que el carácter y el temperamento juegan un papel determinante.

Bajo estas disposiciones, se requiere de un claro entendimiento del trastorno alimenticio por anorexia nerviosa y sus manifestaciones sintomatológicas para el aviso temprano de señales de alerta y el planteamiento de un tratamiento adecuado. Con respecto a esto, el diagnóstico y la intervención temprana de cualquier padecimiento significa mejores pronósticos para el usuario, lo cual podría asegurar una total recuperación. Así pues, el reconocimiento de indicios por parte de los psicólogos clínicos, cuerpos médicos y personas cercanas al paciente implica una gran ventaja a la hora de intervenir su caso. De este modo, se logra que las conductas desadaptativas no penetren más en la cotidianidad. Por esta razón, es preciso señalar la información importante que engloba este tema, así como la elaboración de un protocolo de abordaje que satisfaga las necesidades del individuo.

Metodología

La investigación sigue una metodología de investigación cualitativa del tipo descriptivo, que consiste en la “recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación” (Hernández et al., 2014, p. 7). La razón de esta escogencia se justifica por las facilidades de la metodología, ya que permite la revisión literaria de los estudios recientes, una acción indagatoria dinámica entre los datos- interpretación y la vinculación de la teoría con el resultado producido. Se empleará el enfoque metodológico de investigación documental, utilizando datos fiables y fuentes de información terciaria vigentes. De esta manera, se adicionan insumos importantes en la comprensión del trastorno, su tratamiento y las recomendaciones al psicólogo clínico. Asimismo, se utilizará el método de análisis cualitativo del discurso, efectuando un análisis temático (Hernández et al., 2014), con el fin de integrarlo en la creación de un protocolo de intervención. Se recopilieron treinta y siete estudios, la mayoría de los cuales contaba con una vigencia de menos de diez años y con varias metodologías, tanto cuantitativas como cualitativas, para la fundamentación teórica y revisión literaria del presente escrito.

Marco de referencia

Definición del trastorno

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno psiquiátrico caracterizado por el rechazo a mantener un peso mínimo normal, empleando restricciones en la ingesta calórica, ejercicio excesivo y miedo intenso a ganar peso (Ibarzabal, 2015). Krauss y Halgin (2014) exponen que estos individuos limitan su consumo nutritivo por el temor asociado a ganar peso y, en ocasiones, aunque su masa corporal es seriamente baja, su juicio se distorsiona y creen que están obesos. Parte importante de la cognición y conducta alimentaria

es alterada para adelgazar de forma abrupta, lo cual implica un potencial daño del funcionamiento fisiológico interno. En concordancia con esto, Díez (2022) formula que, en ocasiones, los pacientes son hospitalizados para la estabilización de complicaciones médicas, como desnutrición o deshidratación.

La comprensión intelectual de la AN contempla dominios conductuales y nutricionales de la vida del individuo. De hecho, este trastorno se instaura sutilmente en el comportamiento y, conforme pasa el tiempo, se solidifica e incrementa su frecuencia (Soto, s.f.). Para ilustrar mejor estas conductas, los pacientes tienden a restringir su ingesta de comida y propenden a realizar ejercicios exhaustivos para generar grandes gastos calóricos (Ibarzabal, 2015). Por otro lado, manifiestan un enorme temor a la obesidad, o mejor dicho, a engordar; en muchas ocasiones, su juicio es distorsionado (Muñoz y Argente, 2019, p. 296), lo cual les impide ver la gravedad de su desnutrición.

En términos generales, se ha comprobado que la AN presenta una incidencia diez veces mayor entre profesionales de gimnasia, ballet y modelos (Soto, s.f.). Ello muestra que los altos estándares de belleza y perfección del cuerpo son factores predisponentes. De hecho, Ibarzabal et al. (2015) sustentan que “los falsos ideales de belleza, el alto nivel de perfeccionismo y una baja autoestima pueden causar alteraciones de la imagen corporal” (p. 114). Asimismo, esta enfermedad parece ser más frecuente entre los individuos pertenecientes a las clases socioeconómicas altas; aparece raras veces en comunidades de personas negras, quizá por factores biológicos (Soto, s.f.). Además, la preocupación y la necesidad de exhibir un cuerpo delgado podría desencadenar una serie de síntomas trastornados, que luego originan una disparidad.

3.2 Manifestaciones sintomatológicas y clasificación

Entre los criterios diagnósticos tipificados por la Asociación Americana en Psiquiatría (2014), se encuentran los siguientes síntomas: (1) peso corporal significativamente bajo debido a la restricción de la ingesta energética. (2) Presencia de un miedo intenso a engordar, que llega a crear comportamientos compensatorios para no aumentar peso. Por último, (3) alteración de la autopercepción del cuerpo, que resulta en la falta de reconocimiento sobre la gravedad del peso corporal.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (2022) expone especificaciones más robustas. Establece que (1) el umbral utilizado para medir la gravedad del trastorno es el índice de masa corporal (IMC). En ocasiones, (2) se observa una rápida pérdida de peso, siempre y cuando no sea causada por otra afección médica. Además, (3) se dan patrones de comportamiento para evitar el aumento de peso, como alimentación restringida, vómito autoinducido o abuso de laxantes.

Analizando lo expuesto anteriormente, ambos manuales diagnósticos coinciden con la mayoría de la sintomatología exhibida. Tanto el DSM-5 como el CIE-11 establecen que estas personas practican una restricción en la ingesta de alimentos y, consecuentemente, mantienen un peso corporal significativamente

menor al esperado para su edad, altura y etapa de desarrollo. Por su parte, el CIE-11 agrega que esta conducta no se debe a otra afección médica ni tampoco a la falta de disponibilidad de comida en su entorno. Asimismo, los dos manuales concuerdan con otras pautas evaluativas. Por ejemplo, mencionan la presencia de conductas compensatorias para no aumentar de peso, motivadas intrínsecamente por un miedo intenso a engordar. Con respecto a la clasificación, el CIE-11 y el DSM-5 poseen categorías similares, puesto que ambos catalogan el trastorno por subtipo y nivel de gravedad.

El DSM-5 enfatiza en las diversas distorsiones de percepción que sufre el paciente, pero no profundiza en su estado de desnutrición y la seriedad del caso. A su vez, el CIE-11 establece que la pérdida de peso del 20 % en seis meses desplaza los criterios diagnósticos y resulta conveniente evaluar el trastorno. Otra diferencia reside en el hecho de que el DSM-5 especifica si el paciente se encuentra en “remisión parcial” (ya no hay una restricción calórica, pero existe el miedo a engordar y distorsiones en la autopercepción) o “remisión total” (cuando no se cumple ningún criterio de los anteriores por un tiempo prolongado). El CIE-11, en cambio, lo llama “anorexia nerviosa en recuperación con peso corporal normal”, cuando los clientes adultos tienen un IMC superior a 18,5 kg/m² y cese de las conductas compensatorias.

Tabla 1

Subtipos de Anorexia Nerviosa tipificados en el DSM-5 y Criterios de Gravedad del Trastorno.

Anorexia Nerviosa
<i>Especificar si [subtipo]:</i>
(F50.01) Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido 36 episodios recurrentes de atracones o purgas, es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas. Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno o el ejercicio excesivo.
(F50.02) Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas, es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas.
<i>Especificar si [gravedad]:</i>
La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes se derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizan los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.
Leve: IMC ≥ 17 kg/m ²
Moderado: IMC 16 – 16,99 kg/m ²
Grave: IMC 15 – 15,99 kg/m ²
Extremo: IMC < 15 kg/m ²

Nota: La AN posee dos patrones de comportamiento estipulados por el DSM-5. Asimismo, especifica la gravedad del trastorno con referencia al índice de masa corporal del individuo.

Comorbilidades asociadas

Es muy común encontrar enfermedades paralelas en pacientes diagnosticados con AN. Soto (s.f.) menciona que entre el 50 % y 75 % de los casos coexisten condiciones como la depresión o distimia. También se llegan a reportar casos de trastorno obsesivo-compulsivo, tal como Ibarzábal et al (2015 mencionaba, posiblemente por los altos niveles de perfeccionismo. Por su parte, Godoy et al. (2019) encontraron altos niveles de ansiedad en una población de adolescentes diagnosticados con este padecimiento, aspecto que coincide con Voicu et al. (2020), quienes evidencian la existencia de una gran preocupación por la imagen corporal.

Asimismo, muchas de estas personas presentan una personalidad premórbida. Dicho de otra manera, exhiben una estructura comportamental que podría ocasionar una alteración mental severa o una mayor vulnerabilidad. De conformidad con esto, González y Concepción (2017, p. 14) refieren que estos sujetos poseen una personalidad dependiente, dominados por nociones de inferioridad y timidez. También, los mismos autores rescatan que el trastorno de personalidad evitativo y el trastorno de la personalidad límite son muy comunes en esta población. Además, la conducta suicida se encuentra ligada a la AN, sobre todo en las mujeres jóvenes y las personas en las que la enfermedad está en una fase muy avanzada (Bouthelier, 2018).

Diagnósticos duales asociados

Para un mayor entendimiento, un diagnóstico dual se da en el transcurso de un padecimiento psiquiátrico; la persona incurre en conductas de consumo de drogas, o viceversa. Es muy común observar que muchos pacientes con trastornos psiquiátricos “presentan mayor propensión a hacerse dependientes de sustancias” (Cano y Nanni, 2017, p. 13). Esta situación no es excluyente para los TCA.

Cruz et al. (2013) determinan que no es posible conocer con exactitud los patrones de consumo de los individuos con TCA. No obstante, se puede determinar que los adolescentes con mayores riesgos de desarrollar AN han probado drogas sintéticas al menos una vez (cannabis, heroína o cocaína). Resulta importante rescatar que la cocaína es una droga rápidamente metabolizada, por lo cual podría disminuir el apetito una vez consumida (National Institute on Drug Abuse, 2016). La heroína tiene un efecto similar al de la cocaína en el organismo: logra eliminar la sensación de hambre temporalmente (ITA Especialistas en Salud Mental, 2022). Se puede asumir que, debido a los efectos fisiológicos de las drogas metabolizantes, los individuos con AN emplearían dichas sustancias para suprimir la necesidad de comer.

Repercusiones del trastorno sobre la salud y el bienestar

Muñoz y Argente (2019) mencionan que la AN afecta todos los sistemas del organismo, pero estas consecuencias dependen ampliamente del subtipo del trastorno (llámese restrictivo o purgativo). En términos generales, estos individuos lucen muy delgados, aparentan una edad menor a la que realmente tienen, su piel adquiere un tono naranja o amarillento, seguramente por el frecuente consumo de alimentos ricos en carotenos, como verduras rojas y naranjas (Ibarzabal et al, 2015). De igual forma, el crecimiento y los procesos hormonales, como la menstruación, pasan a un segundo plano. Muchos individuos sufren intolerancia al frío, disminución de la frecuencia cardíaca y respiratoria, y estreñimiento (Soto, s.f.).

Asimismo, las complicaciones cardiovasculares son muy frecuentes en pacientes con AN. Soto (s.f.) determina que es la principal causa de muerte, especialmente para aquellos individuos que emplean métodos purgativos, como inducción al vómito o consumo de diuréticos. También establece que se suele observar bradicardia, definida como cualquier ritmo cardíaco con una frecuencia inferior a 60l pm (Pardo et al., 2011), y también la hipotensión ortostática, entendida como un descenso excesivo de la presión arterial cuando un individuo se pone de pie (Thompson y Shea, 2020). Por su parte, es usual la acrocianosis, una coloración azulada persistente e indolora en ambas manos que es provocada por espasmos de los vasos sanguíneos de pequeño calibre de la piel (Teo, 2021).

En esta misma línea, algunas alteraciones gástricas e intestinales podrían ocurrir en el paciente. La dilatación gástrica, condición en la que el estómago se vuelve progresivamente hipotónico con riesgo a una perforación gástrica (Navarro et al., 2017); la hemorragia esofágica, un sangrado en los tubos digestivos del esófago (Ansari, 2021), y la esofagitis, la inflamación del esófago, son padecimientos poco comunes. A pesar de esto, los pacientes con AN subtipo purgativo poseen mayor riesgo de sufrir estas complicaciones. En relación con el subtipo purgativo, el vómito inducido, en muchos casos, provoca una hipertrofia parotídea bilateral benigna e indolora, además de la erosión del esmalte dental (Soto, s.f.). Asimismo, se da con mucha frecuencia la aparición de caries bucales (Soto, s.f.).

Desde la perspectiva física, la malnutrición puede causar varias enfermedades. Entre ellas, la más destacable es la disminución de la estructura muscular y ósea, fundamental para el movimiento corporal. Asimismo, puede ocasionar la susceptibilidad ante infecciones (Soto, s.f.) y anormalidades en la secreción de hormonas importantes para el crecimiento (Muñoz y Argente, 2019). Al mismo tiempo, puede ocurrir una neuropatía periférica, definida como un daño a los nervios fuera del cerebro y la médula espinal, lo cual causa debilidad, entumecimiento y dolor en manos y pies (Mayo Clinic, 2022).

Por último, Soto (s.f.) cita algunas otras enfermedades menos frecuentes. En primer lugar, se encuentran las cefaleas, o dolores de cabeza recurrentes e incapacitantes (Organización Mundial de la Salud, 2016). También puede presentarse la diplopía, o visión doble que altera las percepciones visuales (Rodríguez, 2021). De igual manera, se agregan las alteraciones del movimiento, los déficits de vitamina B12 y tiamina, las convulsiones, los cambios del ritmo de vigilia-sueño y entre otros.

Caso clínico documentado por trastorno de Anorexia Nerviosa

El presente caso fue tomado textualmente del trabajo realizado por Granja et al. (2017), quienes documentan un paciente de sexo masculino, con veintisiete años de edad, soltero, estudiante de maestría en finanzas y economía, procedente de una familia católica practicante. La madre del paciente falleció a causa de cáncer de mama cuatro años atrás, cuando el paciente tenía veintitrés años. El paciente consultó a su entidad prestadora de servicios salud, en donde fue atendido por el servicio de psiquiatría. Luego de esta evaluación, el paciente fue remitido a tratamiento al Programa Equilibrio, con una impresión diagnóstica de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y TCA. En la referencia, se describió un cuadro clínico de aproximadamente ocho meses de evolución, el cual consistía en pérdida de peso (aproximadamente 25 kg en los últimos seis meses), secundaria a comportamientos restrictivos y voluntarios de la ingesta por temor a la “gula” (por comer rápido) y a ser “egoísta” (por comer frente a personas con necesidades apremiantes y no ofrecer de su comida para satisfacer dichas necesidades).

En el Programa Equilibrio se realizó una evaluación multidisciplinaria por parte de especialistas en psiquiatría, psicología y nutriología. El motivo de consulta del paciente fue “tengo TOC”. Durante la evaluación, el paciente mostró una tendencia a minimizar los síntomas presentados, aun así, manifestó temor constante de ofender a Dios. Además, reportó dudas constantes sobre el bien y el mal de sus acciones, y la tendencia inflexible de remediar la culpa con restricciones en la ingesta alimentaria y rituales alrededor de las oraciones religiosas.

Como antecedentes familiares, el paciente reveló que su hermana mayor presentó AN de tipo restrictivo durante la adolescencia. Su hermano menor tendía al sobrepeso, y a su madre la describió como una mujer “nerviosa”, sin un diagnóstico formal de enfermedad mental, pero interferida por su estilo de pensamiento y una ansiedad predominante nerviosa, con un estilo cognitivo con tendencia al sesgo negativo. El paciente refirió que su madre nunca consultó a profesionales en salud mental.

Cuando el paciente tenía veintitrés años, murió su madre. El deceso coincidió con el inicio de sus estudios de maestría en el extranjero. El paciente viajó en medio del duelo y se refugió en sus labores académicas, evitando encuentros y eventos de carácter social. Los síntomas obsesivos se exacerbaron. Señaló que se quedaba de último en la oficina para asegurarse de que todos los puestos de trabajo estuvieran apagados y todo debidamente cerrado. El paciente inició rituales de lavado de manos, de organización y reorganización, de lavado y limpieza de objetos domésticos y, por estar ritualizando, empezó a dormir cada vez menos. Algunas noches no dormía y cada vez comía menos, por la marcada interferencia de los síntomas obsesivos-compulsivos. Cuando intentaba comer en la calle, le llegaba la idea obsesiva de la injusticia, al ver gente sufriendo de hambre. Por ello, empezó a regalar la comida y a gastar parte de su sueldo en alimentar a personas en situación de calle. Cuando viajó, pesaba 65 kg; posteriormente, llegó a pesar 40 kg. Esta notoria pérdida de peso preocupó a la empresa contratante, la cual decidió llamar a la familia y recomendar su regreso a Colombia. No obstante, subestimando las alertas, el paciente aplazó su regreso hasta terminar la pasantía de seis meses.

Con veinticuatro años de edad, el paciente regresó a su ciudad natal y se exacerbaron las manifestaciones de la sintomatología obsesiva con contenidos morales, para lo cual recibió tratamiento psicológico enfocado en la modulación de sus rasgos perfeccionistas. Adicionalmente, recibió tratamiento psicofarmacológico por parte de un psiquiatra, que consistía en un inhibidor selectivo de recaptura de serotonina: fluvoxamina, en dosis de 100 mg, vía oral, por la noche. Sin embargo, el paciente no toleró este medicamento, por una sensación de embotamiento y enlentecimiento cognitivo, razón por la cual lo suspendió voluntariamente.

A la luz del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), el paciente cumplía todos los criterios para establecer un diagnóstico de TOC y de AN. Con respecto al criterio B de AN, si bien el paciente negó preocupación por el peso, sus actos lo llevaron a la desnutrición e impidieron su ganancia de peso corporal. Además, durante las observaciones directas, se manifestaron comportamientos restrictivos asociados a la culpa, con el ascetismo como un mecanismo para alcanzar los ideales religiosos. Durante la evaluación y el proceso de renutrición, fue evidente el deseo de ganar peso, pero en relación con la masa muscular y no con el porcentaje de grasa corporal. Para el paciente, el bajo peso no implicaba peligro; desconocía el riesgo que significaba el estado de desnutrición para su salud. Con base en todo lo anterior, se formuló un diagnóstico de TOC severo y AN restrictiva.

Considerando el nivel de desnutrición y la interferencia de los síntomas en el funcionamiento global del paciente, se inició un tratamiento ambulatorio intensivo: cinco horas de lunes a viernes, con asistencia en almuerzos y refrigerios terapéuticos. El paciente recibió distintas modalidades terapéuticas grupales (TCC, terapia conductual-dialéctica, terapia expresiva, terapia artística, metas terapéuticas y revisión de registros de alimentación), además de psicoterapia individual de tipo cognitivo-conductual para el TOC y la AN, con base en la técnica de exposición y prevención de respuesta (EXP-PR). Además, se le brindó tratamiento farmacológico con fluoxetina, cuya dosis se consolidó hasta recibir 80 mg/día. Las guías de tratamiento disponibles para TOC recomiendan el uso, en primera instancia, de un inhibidor de recaptura de serotonina (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina o citalopram), en lugar de la clomipramina, debido al perfil de efectos secundarios. Lo anterior es una variable importante por considerar en este caso por el mal estado nutricional del paciente.

Al inicio del tratamiento, el paciente se mostró defensivo, con tendencia a subestimar sus síntomas anoréxicos, pero con deseo de cambio. Durante el proceso presentó cambios en el nivel nutricional, comportamental y cognitivo. Redujo significativamente los rituales y obsesiones que interferían con su funcionamiento global y con su ingesta de alimentos en particular. El paciente logró desarrollar estrategias de tolerancia al malestar por la ansiedad. Consiguió realizar reestructuraciones cognitivas en torno al contenido de sus ideas, así como elevar el nivel de crítica frente a estos pensamientos y, con ello, disminuir su frecuencia. En el nivel comportamental, el paciente redujo los rituales casi en su totalidad, y las oraciones realizadas pasaron a ser dirigidas por su guía espiritual, lo cual favoreció el ejercicio sano de su espiritualidad. No obstante, en la actualidad, aún persiste en el paciente cierta dificultad para llegar puntual a sus compromisos, porque dedica un par de minutos de más a sus oraciones matutinas.

A su vez, en el plano nutricional, se logró una ingesta adecuada de alimentos, lo que permitió una ganancia de 12,6 kg: se pasó de un peso de 50 kg, con IMC de 17,1 kg/m², a un peso de 62,6 kg, con IMC = 22,3 kg/m². Asimismo, se consiguió el mantenimiento de rutinas de ejercicio y alimentación saludables. Finalmente, el paciente recuperó un funcionamiento acorde a su edad y expectativas. También pudo retomar sus estudios en el exterior y un funcionamiento social y familiar adecuado.

Tratamientos psicoterapéuticos empleados para la anorexia nerviosa

Con el propósito de brindar bases sólidas en el tratamiento de la AN, a continuación, se resumen algunos abordajes empleados por cada rama de la corriente psicológica para la rehabilitación de los individuos que padecen este trastorno.

Psicoanálisis

El psicoanálisis explica, desde sus propios planteamientos, los factores causales de la AN. Siguiendo a Casanueva (1996), la AN se origina por “deficiencias yoicas estructurales, vinculadas al esfuerzo fallido por lograr la separación y la individuación” (p. 40). Este concepto fue considerado anteriormente por Espina (2005), quien determinó que los patrones de convivencia familiar son un factor determinante. Almenara (2003) menciona una idea similar: interpreta el sistema familiar como posible causante, además, defiende que la AN se relaciona con la melancolía y es considerada una regresión sexual, ya que se debe a la incapacidad de enfrentarse a la madurez genital.

En relación con los supuestos anteriores, las estructuras familiares son determinantes en la configuración de AN. A grandes rasgos, los pacientes con AN provienen de un perfil familiar muy específico. Varios estudios catalogaron estos datos y determinaron que, en primer lugar, son factores de riesgo padres sobreprotectores, rígidos y evasivos de conflictos (Minuchin, 1974; Losada y Lioy, 2018). De la misma manera, los miembros de familias resistentes al cambio, con menor expresividad y cohesión tienen mayores posibilidades de desarrollar un TCA (Dancyger et al., 2006; Losada y Lioy, 2018). Por último, se ha destacado que las estructuras caóticas con disciplina inconsistente, roles indefinidos y autoridad laxa suponen un riesgo (Tachi, 1999; Losada y Lioy, 2018).

Regresando a las raíces freudianas, todas las conductas mal adaptativas, vistas desde la óptica psicoanalítica, representan una represión. Por consiguiente, el objetivo para un paciente con AN es que este “se recupere y tome conciencia de sus conflictos, para poder expresarlos de una forma adecuada, sin dañarse” (Casablanca, 1996, p. 41). Por otro lado, el abordaje psicoanalista reconoce la ayuda de otras disciplinas (Chandler, 2005), como una valoración nutricional para apoyar al paciente en su tratamiento

y mejoría. No obstante, rechaza cualquier receta farmacológica, puesto que esta enfermedad es solo un síntoma de un trastorno emocional más grande (Lander, 2007). De conformidad con esto, su enfoque no se centra específicamente en los patrones alimenticios, sino en la liberación de culpas y la soledad, en conjunto con el proceso de individualización (o el matricidio interior) (Lander, 2007).

Conductismo

Desde la corriente conductista, las técnicas cognitivo-conductuales resultan ser de mucha utilidad. Esto se debe a que los patrones irregulares que tienen las personas anoréxicas son, en parte, de génesis psicológicas y es importante considerar las implicaciones emocionales de este trastorno. La terapia cognitivo-conductual (TCC) aborda tanto el área comportamental como los aspectos afectivos del paciente (Puerta y Padilla, 2011). Entonces, se entiende que su objetivo es “buscar ayudar a los pacientes a superar las dificultades mediante la identificación y alteración del pensamiento disfuncional, la conducta y las respuestas/conductas emocionales” (Galsworthy y Allan, 2016, p. 26). De hecho, se considera la primera opción psicoterapéutica para abordar esta problemática (Dalle Grave et al., 2016; Casanova et al., 2018).

En adición a esto, la TCC ha demostrado ser una herramienta efectiva para el abordaje de la depresión, ansiedad y obsesiones/compulsiones que se presentan paralelamente con la sintomatología del paciente (Galsworthy y Allan, 2016). Ahora bien, existen ciertas limitantes en la aplicación de estas técnicas (principalmente en pacientes que presentan estados psicóticos, depresión grave, alto riesgo de suicidio y abuso de sustancias); puesto que la terapia cognitivo conductual clásica no tiene la misma respuesta en estas personas (Casanova et al, 2018, p. 90). La TCC es una forma de abordaje confiable, siempre y cuando las necesidades del cliente puedan ser satisfechas con este.

Humanismo

El humanismo psicológico determina que los ideales del Yo juegan un papel fundamental en el origen de este trastorno. Según los planteamientos de esta rama, el Yo Ideal se define como la imagen del tipo de persona que uno quiere ser (Carver y Sheier, 2014, p. 266), mientras que el Yo Real se entiende como la persona que realmente somos (Carver y Sheier, 2014). Influenciadas por los estándares de belleza sociales y la aprobación del cuerpo perfecto, algunas personas “manifiestan ideales con relación a su imagen corporal y para el cumplimiento de sus expectativas caen en comportamientos que terminan atentando contra su salud física y psicológica” (Castillo y García, 2019, p. 58). Desde esta perspectiva, el conflicto reside entre los ideales establecidos y la realidad de estos esquemas perjudiciales.

Por otro lado, con respecto a la forma de abordaje, Castillo y García (2019, p. 60) mencionan que bajo las óptica del Humanismo, los pacientes con AN presentan un Self Real inconforme que está permeado

por el Self Ideal. Dado esto, en el proceso psicoterapéutico es fundamental encontrar la raíz de estos ideales que han dado paso a conductas alimenticias disfuncionales y de dónde han surgido (Castillo y García, 2019, p. 60). Posteriormente, conociendo mejor el origen del trastorno, se puede formular un tratamiento íntegro, brindándoles afecto, paciencia, empatía, interés por su mejora, un entorno de seguridad y confianza al paciente dentro de la terapia (Castillo y García, 2019, p. 60)

Protocolo de Intervención

En esta sección se desarrolla el protocolo de intervención para atender un trastorno de anorexia nerviosa. El número de sesiones puede variar según las necesidades del paciente, sin excluir la posibilidad de extenderse en su procedimiento. Cabe rescatar que lo expuesto no es la regla, sino una guía para el tratamiento, por lo cual es necesario discriminar su aplicación y no administrarla de forma universal. Este protocolo está dirigido únicamente para profesionales psicoterapeutas; no se recomienda su aplicación sin contar con la formación necesaria. El plan se le puede brindar a pacientes ambulatorios.

Tabla 2
Resumen de la sesión terapéutico número 1.

Objetivo	Técnica psicoterapéutica	Tiempo	Materiales
Recopilar la información personal del cliente para la anamnesis, el expediente clínico y las impresiones diagnósticas.	Entrevista no estructurada.	50 minutos.	Expediente clínico.

(Elaboración propia, 2022).

Como se trata de la primera sesión con el cliente, el psicoterapeuta tiene la labor de aplicar una entrevista (no estructurada) para conocer el motivo de consulta, la sintomatología y otra información importante para el desarrollo de la intervención. Con una inferencia fundada por trastornos de AN, el psicoterapeuta profundizará sobre los patrones de consumo de alimentos, rutina de ejercicio y, de ser posible, conductas purgativas. Si el cliente se muestra indispuesto a revelar información, se le solicitará el permiso para entrevistar a una persona cercana a su círculo interpersonal.

Asimismo, en caso de que el cliente presenta una conducta absolutamente negativa para comer, posee sintomatología depresiva con riesgo de autolisis o historial de autolesiones importantes, se requiere el internamiento psiquiátrico. Además, si presenta alteraciones de conciencia, convulsiones, deshidratación, complicaciones hepáticas o renales severas, pancreatitis, hematemesis, rectorragias o dilatación gástrica aguda debe ser ingresado a una unidad hospitalaria.

Tabla 3
Resumen de la sesión terapéutica número 2.

Objetivo	Técnica psicoterapéutica	Tiempo	Materiales
Informar sobre el trastorno junto con las posibles repercusiones.	Psicoeducación.	50 minutos.	Materiales informativos sobre la AN.

(Elaboración propia, 2022).

Con el propósito de que el paciente tome consciencia de su problema y emprenda acciones, el psicoterapeuta le informará sobre lo que constituye su trastorno y las posibles dificultades a futuro. Se le preguntará si anteriormente había escuchado de la AN y qué es lo que comprende por el término. Además, se le informará sobre las posibles causas como la influencia de las redes sociales y el atractivo físico, entre otros. Se debe tomar en cuenta que, muy probablemente, la receptividad de la persona sea nula y niegue que padece AN. No obstante, el psicoterapeuta debe hacer consciente este conflicto interior al paciente para motivar al cambio.

Tabla 4
Resumen de la sesión terapéutica número 3.

Objetivo	Técnica psicoterapéutica	Tiempo	Materiales
Formular una dieta que normalice el peso corporal del cliente.	Consejo nutricional (interdisciplinar) y psicoeducación.	50 minutos.	Hoja nutricional y dieta del paciente.

(Elaboración propia, 2022).

Para normalizar el peso corporal, se contará con un nutricionista o nutriólogo que formule una dieta adecuada para la persona. Es importante evitar el síndrome de realimentación, aspecto que debe ponderar el profesional a cargo. La dieta se hará con el cliente presente y, de ser posible, se detallarán en gran medida las calorías consumidas y las horas del día para ingerir los alimentos. Si el cliente siente angustia o malestar al pensar que esta nueva alimentación lo hará engordar, se le educará sobre los procesos de deglución de alimentos y por qué esa dieta es sana, minimizando estas condiciones adversas. Siempre se debe alentar a la ingesta natural de alimentos; no obstante, en caso de que el cliente rehuya y no exista colaboración, un profesional en el área tomará la decisión de emplear la alimentación artificial.

Tabla 5
Resumen de la sesión terapéutica número 4.

Objetivo	Técnica psicoterapéutica	Tiempo	Materiales
Controlar la ansiedad producida por el hecho de ganar peso.	Reestructuración cognitiva.	50 minutos.	N/A.

(Elaboración propia, 2022).

Se le da seguimiento a la dieta anteriormente formulada. Es importante observar cómo esta nueva alimentación hace sentir al cliente. Se debe abordar cualquier malestar emocional con la reestructuración cognitiva, puesto que esta permite identificar las ideas irracionales, como ganar peso con una dieta balanceada, y desarrollar una respuesta más adaptativa. El cliente mencionará sus preocupaciones de aumentar peso y el psicoterapeuta mostrará comprensión y entendimiento. Este, a través del diálogo, explorará la viabilidad de los pensamientos, confrontando las ideas irracionales. Ahora bien, si el cliente no muestra ningún progreso en su tratamiento, se debe referir a una unidad hospitalaria para su internamiento.

Tabla 6
Resumen de la sesión terapéutica número 5.

Objetivo	Técnica psicoterapéutica	Tiempo	Materiales
Solucionar las distorsiones cognitivas que podría presentar el cliente sobre su imagen corporal.	Reestructuración cognitiva y el Modelo ABC de Albert Ellis.	50 minutos.	Espejo de cuerpo completo.

(Elaboración propia, 2022).

Mediante el seguimiento de la TREC y el modelo ABC de Ellis, el psicoterapeuta profundizará en la incongruencia de la autopercepción del cliente y su apariencia real. El paciente se mirará al espejo y describirá lo que ve, sin referirse a sí mismo, solamente lo que se refleja. Por ejemplo:

P: Veo una persona gorda y triste...

T: ¿Por qué está triste esta persona que ves en el espejo?

P: Porque está gorda y no baja de peso.

T: ¿Qué aspectos la hacen ver gorda? ¿Para ti qué es la gordura?

Se cuestionarán las ideas irracionales sobre su físico utilizando el modelo ABC. El cliente debe recuperar una autopercepción más real de su apariencia. Antes de terminar la sesión, se le asignará que enliste una serie de situaciones en las que la familia, amigos o personas cercanas se han referido de manera despectiva sobre su cuerpo, puesto que será utilizado en la siguiente sesión.

Tabla 7
Resumen de la sesión terapéutica número 6.

Objetivo	Técnica psicoterapéutica	Tiempo	Materiales
Construir mayor tolerancia hacia los comentarios negativos sobre la apariencia física.	Excitación del diálogo interior.	50 minutos.	Yo-Auxiliares, escenario (cuarto suficientemente amplio) y cualquier otro material necesario para el juego de roles.

(Elaboración propia, 2022).

El cliente vendrá a la sesión con situaciones en las que su familia u otras personas se hayan referido negativamente sobre su cuerpo. Se actuarán estas escenas para desarrollar en el cliente respuestas más adaptativas y flexibles a estos comentarios. Los Yo-Auxiliares o el director interpretarán los roles de la familia u otras personas para ayudar al cliente a encontrar respuestas adecuadas a estos comentarios. En los últimos minutos de la sesión, el cliente y el psicoterapeuta compartirán *insights* de lo ocurrido en el juego de roles.

Tabla 8
Resumen de la sesión terapéutica número 7.

Objetivo	Técnica psicoterapéutica	Tiempo	Materiales
Involucrar a la familia cercana del cliente en el plan de intervención.	Psicoeducación y terapia familiar	50 minutos.	Cuarto suficientemente amplio y mayor cantidad de sillas.

(Elaboración propia, 2022).

Con el permiso del cliente, se invitará a los familiares cercanos (padres, hermanos, cónyuge, entre otros) a la sesión. El motivo principal es involucrarlos en la intervención, con el fin de que el cliente tenga redes de apoyo que le acompañen durante todo el proceso y se reduzcan las probabilidades de abandono al tratamiento. El psicoterapeuta le dará al cliente un espacio para que le comente a sus familiares la razón por la que han sido convocados. Si el cliente no desea tomar la palabra, el psicoterapeuta les comentará la razón a los familiares. Una vez hecho esto, explicará qué es la AN, sus implicaciones médicas, el tratamiento y el pronóstico del cliente, resolviendo sobre la marcha cualquier duda que pueda surgir. Posteriormente, el cliente mencionará los aspectos en los que requiere ayuda de su familia, como alimentación, apoyo emocional, etc., con el propósito de que sus allegados comprendan cómo le pueden colaborar. En caso de que ocurra una discusión o disputa, el psicoterapeuta intervendrá para reestablecer el orden.

Tabla 9
Resumen de la terapéutica número 8.

Objetivo	Técnica psicoterapéutica	Tiempo	Materiales
Resolver los problemas de apego que el cliente posee sobre las figuras paternas.	Silla vacía.	50 minutos.	Sillas provisionales.

(Elaboración propia, 2022).

Se le pedirá al paciente que se siente al frente de una silla vacía. El psicoterapeuta conducirá unas técnicas de respiración para que el paciente se relaje y pierda tensión. Luego, se le solicitará que imagine que uno de sus padres (mamá o papá) se encuentra sentado enfrente de ellos para hablar sobre su problema con la alimentación. Algunos de los temas que se desean tratar son la dependencia emocional a la aprobación de los padres, el sobrecontrol de estos sobre el cliente, su rol influyente en el desarrollo del trastorno y otros temas que el paciente proporcione. El objetivo consiste en que el cliente asimile que su familia, en ocasiones, crea heridas emocionales y, por tanto, se deben trazar límites.

Tabla 10
Resumen de la sesión terapéutica número 9.

Objetivo	Técnica psicoterapéutica	Tiempo	Materiales
Establecer mayor autoestima y autovalía en el cliente.	Programación neurolingüística y reflejo.	50 minutos.	Espejo de cuerpo completo.

(Elaboración propia, 2022).

El psicoterapeuta ajustará el desequilibrio psicológico originado por la incongruencia entre el *Self* real y el *Self* ideal. Para lograr esto, investigará cómo el cliente se percibe a sí mismo y los ideales que ha formado, particularmente, alrededor de su apariencia física. El paciente se mirará parado frente a un espejo y dirá en voz alta afirmaciones positivas sobre sí mismo, por ejemplo: “soy valiente, soy audaz, soy determinado, ...”. El terapeuta reiterará, de forma diferente, lo que dijo el paciente agregando interpretaciones. Por ejemplo:

P: Veo una persona que da todo su esfuerzo por hacer las cosas bien, pero a pesar de eso fracasa. Se siente frustrada de no lograr los resultados que desea y ya no puede manejar la situación.

T: Es entendible que te sientas de esa manera al tener una madre tan exigente como la tuya. A los ojos de ella, lo que tu hacías no era suficiente y, por esa razón, crees que tus esfuerzos no valen.

Una vez hecho esto, el cliente debe saber que sí tiene la capacidad de autorrealizarse y cumplir todos sus deseos.

Tabla 11
Resumen de la sesión terapéutica número 10.

Objetivo	Técnica psicoterapéutica	Tiempo	Materiales
Formular una nueva dieta que el paciente logre mantener a largo plazo.	Consejo nutricional (interdisciplinar) y psicoeducación.	50 minutos.	Hoja nutricional y dieta del paciente.

(Elaboración propia, 2022).

El paciente recibirá un nuevo esquema alimenticio expedido por un consejero nutricional, en el que se ha aumentado la ingestión calórica para mantener estos hábitos de consumo a largo plazo. En caso de existir alguna inquietud o angustia con respecto al consumo de calorías, el psicoterapeuta lo abordará desde la psicoeducación, explicándole al paciente la importancia de una dieta saludable. Si el cliente no muestra ningún progreso en su tratamiento, se debe referir a una unidad hospitalaria para su internamiento. Se esperaría que el cliente haya ganado, en promedio, un mínimo de 0,5 kilogramos semanales desde el inicio de la dieta.

Tabla 12
Resumen de la sesión terapéutica número 11.

Objetivo	Técnica psicoterapéutica	Tiempo	Materiales
Minimizar las obsesiones que giran en torno a la nutrición.	Jerarquía de estímulos y desensibilización sistemática.	50 minutos.	Hojas de papel, lápices y lapiceros.

(Elaboración propia, 2022).

Con el fin de que el cliente pierda el hábito de contar las calorías y que disminuya el temor a consumir alimentos altos en carbohidratos, escribirá una lista de diez alimentos que desearía comer sin repercusiones, desde el más saludable hasta el menos saludable. La instrucción debe darse tal cual, puesto que podría alterar los resultados. Una vez escrita la lista, se le indicará al cliente que debe consumir un alimento de la lista semanalmente e ir escalando hasta el último en la lista. Con esto, se le pretende demostrar que consumir una comida poco saludable un día a la semana no generará graves consecuencias. Si surgen ideas irracionales al respecto, se empleará la reestructuración cognitiva para abordarlos y reducirlos.

Tabla 13
Resumen de la sesión terapéutica número 12.

Objetivo	Técnica psicoterapéutica	Tiempo	Materiales
Incentivar la participación regular en rutinas de alimentación sanas durante el día.	Economía de fichas.	50 minutos.	Papeleta de economía de fichas.

(Elaboración propia, 2022).

El cliente participará en una economía de fichas que premia el consumo de tres comidas al día, patrones de ejercicio saludables y no excesivos, así como acciones que impulsen el amor propio. Por otro lado, tal dinámica castigará saltarse comidas, conductas purgativas y demás acciones que no colaboren a un patrón de alimentación saludable. Esto se dará como un plan de seguimiento, hasta que el psicoterapeuta determine que el trastorno se encuentra en remisión total y verifique un peso corporal normal.

Discusión

La anorexia nerviosa es una afección cognitiva que provoca grandes damnificaciones sobre el estado de salud general. Se ha comprendido este padecimiento como un desorden en el patrón alimenticio con el propósito de enmagrecerse, aun cuando la persona se encuentra en un peso por debajo de lo esperado para su altura y edad. Así pues, el paciente presenta distorsiones en la percepción de su propio cuerpo, debido a que no asimila el estado de desnutrición que adquiere. Incluso llega a emplear conductas purgativas para perturbar la absorción de nutrientes y desarrolla una fobia a engordar; pensar en el hecho de ganar peso provoca ansiedad y desasosiego emocional.

Ahora bien, con respecto a su clasificación, la gravedad del trastorno y el peligro que representa para la salud se evalúa en relación con el índice de masa corporal (IMC) del individuo. Se registran casos leves ($IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$), moderados ($IMC 16\text{--}16,99 \text{ kg/m}^2$), graves ($IMC 15\text{--}15,99 \text{ kg/m}^2$) y extremos ($IMC < 15 \text{ kg/m}^2$). La obtención de este índice debe ser realizada por un profesional en salud, sea un médico o nutricionista calificado.

Otro punto relevante es su división sintomatológica: la de tipo atracones/purgas y la de patrón restrictivo. El primero consiste en el recurso a conductas purgativas, como vómito inducido, consumo de laxantes o diuréticos, y ejercicio exhaustivo. En cambio, el segundo corresponde a la reducción desmesurada de alimentos ingeridos. Cada una de estas clasificaciones tiene peculiares características comportamentales en el paciente.

De igual forma, el padecimiento por AN ocasiona graves problemas en la salud y bienestar del individuo. De hecho, la razón principal por la que los pacientes con AN fallecen es por deficiencias cardíacas.

También son comunes las alteraciones de las vías gástricas y el deterioro del esmalte dental en los individuos con patrón atracones/purgas.

Ahora bien, el protocolo de intervención planteado contiene un total de doce sesiones, las cuales podrían ampliarse por las necesidades del cliente. La propuesta considera la normalización del peso corporal, el involucramiento de grupos de apoyo en la terapia, la formulación de dietas específicas para los pacientes, la disminución de la ansiedad, el aumento del autoestima y demás aspectos importantes. Se puede emplear en pacientes ambulatorios, internados de día o en internamiento completo.

Conclusión

En definitiva, la AN es un trastorno psicológico difícil de tratar si no se tiene un claro entendimiento de su naturaleza. Los contenidos anteriormente proveídos satisfacen cualquier ignorancia circunscrita al trastorno, con la esperanza de abatir los prejuicios y estigmas comunes. Gracias a la investigación documental, fue posible crear un protocolo de intervención, que funciona como guía para el profesional en psicología en la identificación y abordaje de un paciente con esta sintomatología. A manera de recomendación, el psicoterapeuta no debe limitar su intervención únicamente al bienestar psicológico, sino observar el bienestar del paciente como un todo.

Para conseguir lo anterior, la intervención debe considerar la participación de un nutricionista o nutriólogo que ayude a la estabilización del peso corporal, así como la participación de un dentista, en los casos con patrones purgativos inducidos por el vómito que deterioran el esmalte dental. También es pertinente la evaluación de un médico general para descartar posibles problemas cardíacos o cualquier otro padecimiento importante, así como la participación de otros profesionales de interés.

En lo que concierne a las limitaciones del protocolo, no se recomienda una aplicación rígida e inflexible, puesto que las necesidades de cada cliente serán diferentes y cambiantes. El orden de contenidos abordados en la práctica clínica debe satisfacer las necesidades inmediatas de la persona, por lo cual el protocolo ha de ser modificado de acuerdo con tales indicaciones. En efecto, este no representa una guía universal para el tratamiento.

Por último, el marco teórico expone diversos estudios relevantes relacionados con el trastorno. Estas fuentes de información son fundamentales para el profesional en constante actualización; por ello, se recomienda su lectura. La AN es una enfermedad seria que afecta, en gran medida, la vida cotidiana del individuo que la padece. Por tanto, la ayuda profesional es necesaria en cualquier caso.

Referencias Bibliográficas

- Alpízar, H. y Trujillo, G. (2018) *Vivir como un maniquí: Una perspectiva crítica de la mercantilización del cuerpo de las modelos*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Costa Rica]. Universidad de Costa Rica.
- Álvarez, A. (2018). *Etiología de la anorexia nerviosa*. [Trabajo de Fin de Grado de Psicología, Universidad de La Laguna]. Universidad de La Laguna.
- Ansari, P. (2021). *Hemorragia digestiva*. <https://www.msdmanuals.com/es-cr/hogar/trastornos-gastrointestinales/hemorragia-digestiva/hemorragia-digestiva>.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bouthelier, C. (2018). *Caso Clínico: Proceso De Atención De Enfermería De Una Paciente*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Zaragoza]. Universidad Zaragoza.
- Cano, F. y Nannu, R. (2017). *El Diagnóstico Dual Y Su Manejo*. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4327/6.pdf>.
- Carmenate, I. (2020). Anorexia Nerviosa. Presentación de Caso. *Revista Multimed*, 24(1), 169-180. <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1541/1773>
- Carver, C. y Sheier, M. (2014). *Teorías de la Personalidad*. Editorial Pearson Educación.
- Casanova, I., Cabañas, V. y Montes, I. (2018). Tratamiento de un caso de trastorno de la conducta alimentaria desde la perspectiva de aceptación y compromiso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 6(1), 85-117. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6642694>
- Casanueva, M. (1996). El psicoanálisis como tratamiento de los trastornos de alimentación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16(57), 39-46. <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15464/15324>
- Castillo, B. y García, G. (2019). *Anorexia Nerviosa: entre el Yo Ideal y la Fijación Adictiva*. [Anteproyecto presentado para optar al título de Psicólogo, Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium]. Repositorio Universitario Unicatólica.

- Chandler, E. (2005). El abordaje psicoterapéutico de la anorexia nerviosa: técnica y artesanía. *Revista de Psicología UCA*, 1(1), 97-120. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/6166>
- Cruz, M., Pascual, A., Etxebarria, I. y Echeburúa, E. (2013). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(3), 724-733. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16728244011.pdf>
- Díez, A. (2020), *Anorexia nerviosa*. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/anorexia-nerviosa>
- Espina, A. (2005). La figura del padre en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Familiar*, 31(1), 35-48. http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/69-Figura%20padre%20transtornos%20alimentarios.pdf
- Galsworthy, L. y Allan, S. (2016). Terapia cognitivo-conductual para la anorexia nerviosa: una revisión sistemática. *Revista de toxicomanías*, 1(76), 25-51. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5501767>
- Godoy, L., Albrecht, W. y Mesquita, M. (2019). Comorbilidades psiquiátricas de la anorexia y bulimia nerviosa en pediatría. *Revista del Nacional (Itauguá)*, 11(1), 17-26. <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v11n1/2072-8174-hn-11-01-17.pdf>
- González, M. (2017). *Anorexia Y Bulimia: Personalidad Y Trastornos De La Conducta Alimentaria*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de La Laguna]. Universidad de La Laguna.
- González, Y. (2018). *La Violencia Estética en el Cuerpo Femenino como Expresión de la Identidad de las Mujeres: Un Estudio desde las Representaciones Sociales construidas por un Grupo de Mujeres Madres del Cantón de Palmares, durante el Año 2017-2018* [Tesis de licenciatura, Universidad de Costa Rica]. Universidad de Costa Rica.
- Granja, A., Pérez, V., Gempeler, J., Rodríguez, M. y Ribero, O. (2017). Anorexia nerviosa secundaria a un trastorno obsesivo-compulsivo con síntomas de escrupulosidad predominante en un hombre adulto. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 185-192. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232017000200185

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw Hill.
- Ibarzabal, E., Hernández, J., Luna, D., Vélez, E., Delgadillo, M., Manassero, V., Bernal, E., González, L., Ortiz, A., Moguel, A., Córdova, A. y Ramos, M. (2015). Anorexia nervosa: revisión de las consideraciones generales. *Revista de Investigación Médica Sur México*, 22(3), 112-117. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2015/ms153a.pdf>
- ITA Especialista en salud mental. (2022). *Heroína. Efectos a corto y a largo plazo*. <https://itasaludmental.com/blog/link/79>.
- Krauss, S. y Halgin, R. (2014). *Abnormal Psychology Clinical Perspectives on Psychological Disorders*. McGraw Hill Education.
- Lander, R. (2007). Anorexia y bulimia: un enfoque psicoanalítico. *Revista Trópicos*, 1(1), 35-44. <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/2007-v15-n1-tropicos-3.pdf>
- Losada, A. y Lioy, B. (2018). Etiología y Prevención de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa. *Revista para América Latina*, (30), 26-43. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2018000100003
- Mayo Clinic. (2022). *Neuropatía periférica*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/peripheral-neuropathy/symptoms-causes/syc-20352061#:~:text=La%20neuropat%C3%A9rica%2C%20una%20consecuencia,la%20orina%20y%20la%20circulaci%C3%B3n>.
- Muñoz, T. y Argente, J. (2019). Trastornos del comportamiento alimentario. *Protocolo diagnóstico y terapéutico en Pediatría*, (1), 295-306. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_trastornos.pdf
- National Institute on Drug Abuse. (2016). *¿Cuáles son los efectos a corto plazo del uso de la cocaína?* <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion/cuales-son-los-efectos-corto-plazo-del-uso-de-la-cocaina#:~:text=La%20coca%C3%ADna%20tambi%C3%A9n%20puede%20disminuir,les%20produce%20el%20efecto%20contrario>.

- Navarro, M., Romero, E., Torregrosa, N., Maestre, M., Sánchez, A., Martínez, Á., Abellán, L. y Vázquez, J. (2017). *Dilatación Gástrica Aguda Simulando Un Tumor Gástrico*. <https://www.el-sevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-congresos-xxi-reunionnacional-cirugia-49-sesion-cirugia-esofagogastrica-3446-comunicacion-dilataciongastrica-aguda-simulando-un-39179-pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Cefaleas*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders#:~:text=Las%20cefaleas%20\(caracterizadas%20por%20dolores,y%20la%20cefalea%20en%20brotes](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders#:~:text=Las%20cefaleas%20(caracterizadas%20por%20dolores,y%20la%20cefalea%20en%20brotes).
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. <https://icd.who.int/es>.
- Pardo, M., Fernández, S. y Inmaculada, G. (2011). Valoración y manejo de las Bradicardias en urgencias de Atención Primaria. *Cadernos de atención primaria*, 18, 107-110. https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18_2_abcede_1.pdf
- Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista Duazary*, 8(2), 251-257. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Rodríguez, I. (2021). *La importancia del diagnóstico precoz en la visión doble*. <https://www.barraquer.com/noticias/diagnostico-precoz-vision-doble>.
- Soto, A. (s.f.) *Fisiopatología y diagnóstico de la anorexia nerviosa y la bulimia*. <https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/11331/CC77%20art%2019.pdf?sequence=1>.
- Teo, K. (2021). *Introducción a la arteriopatía periférica funcional*. <https://www.msdmanuals.com/es-cr/hogar/trastornos-del-coraz%C3%B3n-y-los-vasos-sangu%C3%ADneos/arteriopat%C3%ADa-perif%C3%A9rica/introducci%C3%B3n-a-la-arteriopat%C3%ADa-perif%C3%A9rica-funcional>.
- Thompson, A. y Shea, M. (2020). *Hipotensión ortostática*. <https://www.msdmanuals.com/es-cr/professional/trastornos-cardiovasculares/s%C3%ADntomas-de-las-enfermedades-cardiovasculares/hipotensi%C3%B3n-ortost%C3%A1tica#:~:text=La%20hipotensi%C3%B3n%20ortost%C3%A1tica%2>.

Voicu, A., Abellanas, L., Tosaus P., Ruíz V., Sacristán, P. (2020). Trastornos Alimentarios y de la Ingesta de los Alimentos. Nuevas definiciones.