



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ANOREXIA NERVIOSA Y
BULIMIA NERVIOSA

JARAMILLO TENEZACA JENNIFER PAULETTE
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ANOREXIA NERVIOSA Y
BULIMIA NERVIOSA**

**JARAMILLO TENEZACA JENNIFER PAULETTE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**MACHALA
2019**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA
NERVIOSA

JARAMILLO TENEZACA JENNIFER PAULETTE
PSICÓLOGA CLÍNICA

SERRANO POLO OSCAR RODOLFO

MACHALA, 23 DE AGOSTO DE 2019

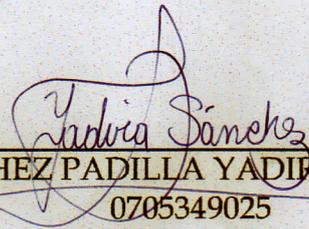
MACHALA
23 de agosto de 2019

Nota de aceptación:

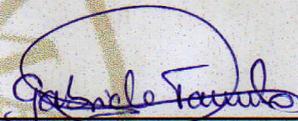
Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado Diagnóstico diferencial entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



SERRANO POLO OSCAR RODOLFO
0701356552
TUTOR - ESPECIALISTA 1



SANCHEZ PADILLA YADIRA LILIANA
0705349025
ESPECIALISTA 2



TAMBO ESPINOZA GABRIELA MERCEDES
0704484492
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: martes 27 de agosto de 2019 - 11:46

Urkund Analysis Result

Analysed Document: ensayo en urkund.docx (D54776951)
Submitted: 8/11/2019 10:16:00 PM
Submitted By: jpparamillot_est@utmachala.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, JARAMILLO TENEZACA JENNIFER PAULETTE, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Diagnóstico diferencial entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

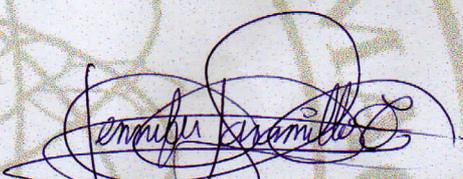
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 23 de agosto de 2019



JARAMILLO TENEZACA JENNIFER PAULETTE
0704436252

RESUMEN

Jennifer Paulette Jaramillo Tenezaca.

C.I 0704436252

Jpjaramillot_est@utmachala.edu.ec

Los trastornos de conducta alimentaria son enfermedades que afectan a las personas a nivel orgánico, psicológico y social. La anorexia nerviosa y bulimia nerviosa son unos de los diagnósticos más frecuentes de los TCA, están caracterizados por la restricción de alimentos, episodios de atracones y de conductas purgativas. En ellos se ve afectado principalmente su percepción de la imagen corporal, ansiedad, desregulación emocional, funcionamiento familiar, entre otros. Es posible llegar a un diagnóstico por medio de diferentes inventarios, test, cuestionarios como el Inventario de Trastornos de Conducta Alimenticia (Edi-3), Escala de Diagnóstico del Trastorno Alimentario (EDDS), Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck. La intervención para su tratamiento debe ser de manera inmediata, con un equipo especializado y multidisciplinario donde aborden la nutrición, complicaciones médicas, psiquiátricas y psicológicas. Como se puede constatar estos trastornos tienen similitudes en cuanto a sus conceptos, manifestaciones clínicas y es por eso que a través de una revisión bibliográfica actualizada se ha buscado resaltar las diferencias de estos dos trastornos AN y BN para tener en claro cuál sería el diagnóstico diferencial entre ellos.

Palabras claves: Trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa.

ABSTRACT

Eating disorders are diseases that affect people on an organic, psychological and social level. Anorexia nervosa and bulimia nervosa are one of the most common diagnoses of ACTs, characterized by food restriction, episodes of bulluses and purgative behaviors. In them is mainly affected their perception of body image, anxiety, emotional deregulation, family functioning, among others. It is possible to arrive at a diagnosis through different inventories, tests, questionnaires such as the Inventory of Eating Disorders (Edi-3), Food Disorder Diagnostic Scale (EDDS), Beck Anxiety and Depression Inventory. The intervention for its treatment should be immediately, with a specialized and multidisciplinary team where they address nutrition, medical, psychiatric and psychological complications. As you can see these disorders have similarities in terms of their concepts, clinical manifestations and that is why through an updated bibliographic review has sought to highlight the differences of these two AN and BN disorders to be clear what the differential diagnosis would be between them.

Keywords: Eating Behavior Disorders, Nervous Anorexia, Nervous Bulimia.

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN	2
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA	3
CONCLUSIONES	12
BIBLIOGRAFÍA	13

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria son alteraciones en la comida que conllevan a consecuencias a nivel global en la persona que los padece, generando desnutrición, problemas gastrointestinales y psicológicos. Existen factores que pueden generar, acentuar o mantener dichos trastornos, lo cuales pueden llegar a ser genéticos, sociales, baja autoestima, perfeccionismo, inestabilidad emocional, entre otros (Marín, Sommer, Abufhele, Cruz, & Donoso, 2016)

La Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa son parte de los principales TCA, caracterizados por la restricción alimentaria, episodios de atracones, comportamientos compensatorios y ejercicios excesivos. A través de los años han pasado por varios nombres y descripciones allegados hasta lo que es definido actualmente en los manuales de Diagnóstico.

La intervención para estos trastornos debe ser inmediata con un equipo multidisciplinario que aborde cada área de la persona que atienda a las complicaciones orgánicas, nutricionales, psicológicas y psiquiátricas. Respecto a los tratamientos psicológicos para personas con AN y BN son evaluados de manera única de cada caso.

En el presente trabajo se busca evidenciar las diferencias de AN y BN por medio de una revisión bibliográfica de diferentes revistas científicas para un correcto diagnóstico diferencial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) de acuerdo con Ortiz et al. (2017) son enfermedades con grandes riesgos para la vida de una persona y su nutrición. Están caracterizados por la restricción de la ingesta alimentaria, episodios de atracones, episodios compensatorios. Tienen una grave preocupación por su peso, imagen corporal y estilo de vida. Influyen en esta psicopatología varios factores de riesgo como la influencia de los medios de comunicación, baja autoestima, problemas familiares, conflictos personales y fracasos temporales, hereditarios, bullying, entre otros.

También Bermúdez, Machado, y García (2016) mencionan que los TCA están vinculados con trastornos de personalidad, trastornos ansiosos y depresión, por lo que su tratamiento debe ser multidisciplinario en el cual trate su desorden alimenticio con sus repercusiones orgánicas, un abordaje familiar y trabajar con la personalidad de la persona.

Disotuar, Hurtado, Morell, Murjani, y Jiménez, (2015) mencionan que los principales trastornos de la conducta alimenticia son la Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y TCA no especificados. A continuación nos centraremos en resaltar las diferencias de los trastornos de AN y BN.

La Anorexia Nerviosa (AN) según Lloyd y Steinglass, (2018) es la restricción persistente en la ingesta de calorías o simplemente la abstención de comer, lo cual conlleva a tener un peso corporal muy bajo de lo normal. Mientras que la Bulimia Nerviosa (BN) es definida por Pérez et al. (2015) como la ingesta excesiva de alimentos por un breve período, para luego recurrir a conductas purgativas como el consumo de laxantes, diuréticos, vómitos, dejar de comer por corto tiempo o ejercitándose excesivamente.

Hamdan et al. (2017) hacen referencia a que el DSMV subclasificó a estos Trastornos dejando a la Anorexia Nerviosa como de tipo restrictiva, donde limita de manera estricta a los alimentos con el fin de mantener un peso bajo; o de tipo compulsivo, en el cual además de su restricción alimenticia suele presentar atracones por lo que luego tiene

conductas compensatorias. En cambio, la Bulimia nerviosa esta diferenciada de acuerdo a la frecuencia de sus episodios compensatorios que pueden llegar a ser leves (1-3 ep/sem), moderados (4-7 ep/sem), graves (8-13 ep/sem) o extremos (14 o más ep/sem).

Apfeldorfer, (2004) describe que una persona con anorexia suele tardar en demostrar su problema ante la sociedad, ya que suele mostrarse dinámica y enérgica en su vida personal lo cual podría aclarar su delgadez y estar completamente justificada, aunque con el tiempo y por su insuficiencia nutricional terminará repercutiendo en su organismo y comenzará a notarse. Al contrario, la persona con bulimia cuida más de su apariencia y semblante, por lo general suele tener y mantener un peso más cercano al normal. Su problema tardará más en conocerse. Por dentro son personas con baja autoestima que dudan de sí mismas tratando de satisfacer a los demás en cuanto a su peso para no sentirse rechazada por ellos.

Con frecuencia suele ser difícil llegar a un diagnóstico para los TCA, como fue mencionado anteriormente los jóvenes tratan a toda costa esconder sus comportamientos alimenticios y aparentar tener una vida normal sin problemas. Gaete P., López C., y Matamala B. (2012) consideran que los profesionales de Salud como médicos, pediatras, ginecólogos, nutricionista, psicólogos, entre otros, deberían tener un alto conocimiento acerca de los trastornos alimenticios, debido a que suelen llegar primero a ellos por alteraciones secundarias como el sobre peso, bajo peso, irregularidades menstruales, etc. Es ahí cuando deben reconocer estos problemas e inmediatamente ser comunicado a un equipo especializado para que su tratamiento sea lo más rápido posible.

La anorexia nerviosa ha existido por muchos siglos y existen diversos casos descritos, solo que en su época no eran definidos como en la actualidad. Fernández (2015) menciona que en la edad Media, mujeres se sometían en grandes ayunos los cuales tenían un fin religioso para encontrar la pureza espiritual. Podemos encontrar varias Santas como Catalina de Siena, Rosa de Lima, Catalina de Asís, Teresa de Ávila, entre otras. Fueron llamadas las Santas Anorexia, sus manifestaciones físicas concuerdan con las del Trastornos pero su diferencia reside en su motivación, ya que lo hacían como un sacrificio espiritual, una rebelión contra la sociedad además el alimento era percibido como algo impuro y diferente al alimento espiritual.

Así mismo, Fernández (2015) describe que las primeras manifestaciones clínicas suceden en el siglo XIX, donde son descritos los primeros síntomas principales. Morton en su obra *A Treatise of Compsumptions*, menciona el caso de Miss Duke y lo denomina como “Consunción nervosa” pero lo atribuyo a su enfermedad de Tuberculosis. En 1764, Whytt definió el cuadro clínico de su paciente de catorce años como “atrofia nerviosa”.

Buil, García, y Pons, (2009) dan a conocer que años después, Gull y Lasègue realizaron en 1874 descripciones y observaciones clínicas acerca de sus pacientes las cuales era mujeres entre 16 y 25 años con una sintomatología en la que describían delgadez extrema, amenorrea, astenia, bradicardia, hiperactividad psicomotriz y estreñimiento, dando por primera vez el nombre de Anorexia Nerviosa. Su evaluación acerca del trastorno alimenticio es el más completo de su época.

Por otra parte, la Bulimia ha sido un término más reciente. Apfeldorfer, (2004) señala que varios autores como Laségue, Ferenczi, Freud vieron en ella un signo o manifestación de una neurosis. Fue a partir de los años veinte que la corriente psicoanalítica vio un vínculo entre el alcoholismo, bulimia y toxicomanías. Pierre Janet observo que también manifestaban una depresión en la persona.

Pool (2016) indica que la primera descripción realizada y plasmada fue en 1972 por Otto Dörr en su artículo “Sobre una forma particular de perversión oral en la mujer: hiperfagia y vómito secundario” donde ya se resalta la diferencia con la anorexia nerviosa.

Más tarde, Apfeldorfer, (2004) describe a la bulimia quedo reconocida en 1987 por la psiquiatría Internacional donde su diagnóstico oficial era solo para las personas que tenían un peso aparentemente normal pero vinculado con los diferentes comportamientos compensatorios.

Vásquez, López, Ocampo, y Mancilla, (2015) señalan que la primera aparición de los TCA fue en 1980 con la Anorexia Nerviosa en el DSM III. La Bulimia Nerviosa fue añadida en 1987 independientemente en el DSM-III-TR. En 1994, tuvieron un capítulo llamado Trastornos de la conducta alimentaria donde se dividen en 3 subtipos: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y TCA no especificados.

Psiquiatría, (2013) especifica que los criterios en el DSM 5 para Anorexia Nerviosa deben requerir tener un peso significativamente bajo en relación a su estatura, edad, salud física, sexo, su desarrollo, debido a la restricción de alimentos; temor a engordar o incrementar su peso actual; actitudes y comportamientos que interfieren con el aumento de peso; tienen una alteración en la percepción de su figura y forma por lo que no suelen reconocer la gravedad de su estado.

De igual modo Psiquiatría, (2013) expone que los criterios en el DSM 5 para Bulimia Nerviosa es que tenga episodios de atracones en los que ingiere una cantidad de alimentación superior a la que normalmente lleva y en la cual siente que no tiene un control acerca de su comida o la cantidad; recurre a comportamientos compensatorios provocando así vómitos, el uso de laxantes, medicación, diuréticos, ayunando o haciendo ejercicios de forma excesiva; estos comportamientos y episodios de atracón ocurren desde hace al menos tres meses.

En cuanto a la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), Moral de la Rubia, (2002) menciona que los TCA fueron incluidos por primera vez en 1978 con el CIE-9-CM en el apartado de Trastornos mentales. Más adelante, en 1992 con el CIE 10 fueron cambiados y asociados dentro de los Trastornos de comportamiento con disfunciones fisiológicas y factores somáticos. En una actualización del CIE 10 fueron descritos más concisos y parecidos a los criterios del DSM-IV.

En la nueva versión cita Organización & Salud, (2018) que los criterios en el CIE 11 para Anorexia Nerviosa es que el peso de la persona debe ser significativamente bajo con un índice de masa corporal menor a 18.5 kg/m² en adultos y menor al quinto percentil en niños y adolescentes; no se debe a ninguna otra afección médica, falta de alimentos ni otro trastorno mental; recurre a comportamientos ineducados para no subir de peso como ejercicios excesivos, vómitos inducidos, laxantes; su peso y figura son percibidos como normales o hasta excesivos.

Además Organización & Salud, (2018) refiere que los criterios en el CIE 11 para Bulimia nerviosa deben ser episodios de atracones que se den una o más veces a la semana por al menos un mes; durante un episodio la persona siente que es incapaz de dejar de comer, no tiene control acerca de lo que ingiere y tampoco sobre su cantidad; los atracones vienen acompañados de comportamientos compensatorios;

De acuerdo con Sánchez et al. (2015), los investigadores acerca de los TCA han llegado a la conclusión de que estos son los resultados de varios procesos en la persona, los cuales se asientan y perduran en el tiempo como resultados de una compleja interacción entre los diferentes factores tanto psicológicos, biológicos y socioculturales.

Berengüí, Castejón, y Torregrosa, (2016) enfatizan que en los últimos años la cultura moderna ha ido cambiando y evolucionando, ubicando estándares cada vez más rígidos, los cuales muestran a la delgadez extrema como sinónimo de aceptación, éxito y logro en la sociedad. Es ahí cuando surge esta preocupación por satisfacer, encajar y cuando no es logrado aparece la tensión por esa “silueta esbelta” llegando a tomar decisiones no acertadas que dañan a su cuerpo y mente.

Behar, Vargas, y Cabrera (2011) agregan que las personas anoréxicas y bulímicas poseen gran insatisfacción corporal y distorsión perceptiva, en sí las personas bulímicas son quien más altos niveles tienen en contraste a las personas anoréxicas, ya que ellas poseen más bien una alteración de la autoimagen donde basadas en sus aspiraciones imaginarias en relación a su peso y a su baja autoestima da como resultado a una imagen fantaseada.

Toda esta serie de conductas va llevando a la persona a un estado de ansiedad, como expresa Pineda, Gómez, Platas, y Velasco, (2017) es una preocupación extrema por su figura y peso, que se va desarrollando drásticamente hasta llevar a la restricción de alimentos. Esta ansiedad además de ser por su apariencia es también por su alimentación.

Rodríguez et al., (2017) afirman que las personas con TCA carecen de una regulación emocional pues tienen dificultades en su expresión, aceptación, conciencia y reconocimiento de su estado emocional. Así mismo menciona en su estudio, los pacientes con AN tienden a no comer, aislarse o tener autolesión cuando enfrentan emociones como tristeza, ansiedad o enojo, a diferencia de cuando están felices ya que suelen compensar haciendo ejercicios y comiendo saludable. Los pacientes bulímicos en cambio perciben a la comida como un consuelo y así distraer su dolor o su angustia emocional; mientras que cuando tienen emociones positivas se recompensan con comida rica y calórica volviendo a tener conductas compensatorias por la culpa, llevándolos así a un círculo vicioso donde está presente su malestar y dolor emocional.

Jáuregui, Santiago, & Estébanez, (2009) destacan que otro predisponente para los TCA son las alteraciones en la personalidad. En personas con AN se ha encontrado rasgos de rigidez, meticulosidad, obsesividad, dependencia, perfeccionismo, entre otros, aunque cabe recalcar que para la anorexia purgativa junto con la Bulimia existe mayor impulsividad, baja autoestima, inestabilidad emocional. Ya que en la Bulimia se halla mayor impulsividad pueden llegar a caer en conductas agresivas, intentos suicidas, cleptomanía, abuso de sustancias.

Todas estas actitudes y comportamientos respecto a la comida también se ven reflejados a un nivel biológico en la persona. Pool, (2016) indica que debido a las conductas compensatorias y a su restricción en la alimentación, llegan a producir graves alteraciones al organismo. Sainos-lópez, Sánchez-morales, Vázquez-cruz, y Gutiérrez-gabriel, (2015) agregan que en la persona con AN padece de amenorrea, osteoporosis y altos niveles de cortisol, siendo estos unos de los principales síntomas para su diagnóstico. En las personas con BN su deterioro es a nivel digestivo causando esofagitis, gastritis, caries dentales, entre otras.

Además de lo ya descrito Ibarzábal-ávila et al., (2015) mencionan que en personas con AN, padecen de pérdida de cabello, pelo lanugo, debilitamiento en las uñas, alteraciones en la tiroides, retraso gástrico, fallas en la atención y concentración, hipotensión, bradicardia, anemia, deshidratación. En cambio, Gabler, Olgún, & Rodríguez, (2017) agregan que en personas bulímicas existe la presencia de callosidades en la mano, el esmalte de sus dientes comienza un proceso de desmineralización debido los vómitos, lo cual también produce caries, erosiones dentales, lesiones en las partes blandas de la boca, se ve afectada la faringe y laringe, provocando dolor en la zona, tos seca, entre otros. El uso indebido de laxantes como método de purga trae serie problemas a nivel intestinal

Tal como menciona Sainos-lópez et al., (2015) el funcionamiento familiar resulta muy importante a la hora del proceso y resultado en el TCA. De igual manera recalca que su disfunción como en problemas conyugales, deficiente desempeño en su rol de padres, puede influir negativamente en la persona con el trastorno. Por tal razón los pacientes suelen describen que su familia no es unida, ni se adapta y tienen una comunicación inadecuada.

Beato, Ramírez, O´ferrall, y Rodríguez, (2016) declaran en un estudio que al igual que la falta de cuidados paternos como la sobreprotección de los mismos, llevan a un mal pronóstico. Donde la recuperación en el tratamiento con AN era baja y agravaba la situación clínica en BN.

Por esa razón, es muy importante la intervención familiar como lo recalca Sainos-lópez et al., (2015), ya que de este modo se puede llegar a reajustar aquellos patrones emocionales y conductuales que acentúan la patología. Dependiendo de su capacidad de cambio, la familia logrará enfrentar sus diferentes problemas y mejorar sus relaciones interpersonales.

Para establecer un buen diagnóstico y definir o evidenciar ciertos factores de riesgo que tienden a contraer pacientes de TCA, es necesaria la aplicación de diferentes Test, Cuestionarios, Autoinformes, entre otros.

Pineda et al., (2017) manifiestan que el Inventario de Ansiedad de Beck es un autorreporte que consta de 21 ítems, el cual mide los síntomas para el trastorno de ansiedad con cuatro opciones de respuesta que van de 0 a 3 puntos. Para su calificación oscilan entre ansiedad normal (0-7 puntos), leve (8-15 puntos), moderada (16-25 puntos) y grave (26 en adelante).

Segura, Villegas, Placencia, y Sanjuan, (2016) plantean que el Inventario Depresivo de Beck es un autoinforme que consta de 21 ítems los cuales tienen cuatro opciones de respuesta que van de 0 a 3 puntos. Está basado en los criterios de Depresión Mayor del DSM IV y a partir de 30 puntos indica que tiene Depresión grave.

Berengüí et al., (2016) refieren que el Inventario de Trastornos de Conducta Alimenticia (EDI-3) evalúa los rasgos y constructos psicológicos relevantes de TCA, consta de 91 ítems y está distribuido por 12 escalas que valora: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, déficits introceptivos, desajuste emocional, perfeccionismo, ascetismo, y miedo a la madurez. Tiene 6 opciones de respuesta que van de 0 a 4 puntos.

Dahlgren, Hage, Wonderlich, y Stedal, (2019) mencionan que la Escala de Diagnóstico del Trastorno Alimentario (EDDS) está basado en el DSM5 con los criterios para

anorexia nerviosa, bulimia, obesidad, síndrome de alimentación nocturna y trastorno de purga. Consta de 23 elementos los cuales tienen diferentes puntuaciones como de Likert, dicotómicas, de frecuencia y también de preguntas abiertas para el peso, género y altura, su puntaje general varía de 1 a 17 puntos.

De acuerdo con Gomez, (2010) se puede mejorar el pronóstico del paciente con un diagnóstico y tratamiento que tengan una intervención inmediata. El tratamiento para TCA debe ser ejecutado por un equipo multidisciplinario donde se aborden la complicaciones médicas, nutrición, psiquiátricas y psicológicas donde también se incluya a la familia. Es por eso que debe ser integral, al inicio lo primordial será tratar la malnutrición para luego seguir con la intervención conjunta del psiquiatra y psicólogo.

Ibarzábal-ávila et al., (2015) hacen referencia al tratamiento psicológico que se dará en el pacientes con TCA, el cual tendrá como objetivo primordial, modificar aquellas distorsiones cognitivas fortaleciendo el autoestima, capacidad de integración social, regulación afectiva y de impulsos. En el tratamiento, la familia juega un papel esencial al igual que la psicoeducación, donde ayudará a la familia para que sean un apoyo en la recuperación y el proceso de la enfermedad. Junto con la psicoterapia individual, fortalecerá al paciente para descubrir sus propios recursos hacia la recuperación.

Con base en Gaete, López, y Matamala, (2012), la intervención terapeuta predilecta para pacientes con anorexia nerviosa es la Terapia Basada en la Familia (TBF), la cual está dirigida a padres para ayudar a los jóvenes a modificar sus conductas de mantención de la enfermedad. Esta terapia considera a los padres fundamentales en el tratamiento, los mismos que ayudaran al joven a transferir el control de sus conductas relacionadas a su afección.

Mayorga, Pino, Gempeler, y Rodríguez, (2018) refieren que es un tratamiento ambulatorio donde no creen que la familia sea un problema, sino más bien una parte activa en el proceso de recuperación. Los padres son capacitados para mejorar el estado de nutrición en base a las necesidades nutricionales que requiera, restaurando el peso adecuado y la salud de su hijo, reduciendo las tasas y tiempos de hospitalización.

Galsworthy-francis & Allan, (2016) plantean que la Terapia Cognitivo Conductual brinda a los pacientes a identificar sus conductas, pensamientos y respuestas hacia los estímulos relacionados con alimentos, figura, los cuales conllevan a estados de

depresión, obsesiones, compulsiones, baja autoestima, ansiedad. Todas unas características significativas en los TCA.

Como lo hace notar Celis y Roca, (2011) la Terapia Cognitivo Conductual es la más eficaz en pacientes con Bulimia Nerviosa ya que reduce los atracones junto con sus conductas purgativas, cambiando su dieta nutricional, actitudes frente a su cuerpo y emociones. Tiene una duración de aproximadamente 5 meses constando con una aproximación de 15 a 20 sesiones.

Segura, Villegas, Placencia, Sanjuan, (2016) argumentan que actualmente se ha postulado para el abordaje de los TCA a la Perspectiva Integradora, planteando diferentes aspectos de la enfermedad como su origen y desarrollo. Se debe tener en cuenta que se utilizaran distintas herramientas y terapias psicológicas terapéuticas, ya que se evalúa desde cada caso específico.

Martínez, Escolar, Gonzalez, Medina, y Mercado, (2017) plantean diversas pautas para tratar de prevenir que se desarrollen más casos de TCA, inculcando desde pequeños el amor hacia sí mismos y su cuerpo. Sería preciso ayudar a los adolescentes y jóvenes a comprender su cuerpo, para mejorar la imagen corporal no es necesario hacer un cambio radical en la alimentación o en su conducta, generar pensamientos y sentimientos positivos acerca de su cuerpo y emociones, realizar actividades saludables, una imagen corporal negativa aunque cambie de peso, se seguirá sintiendo mal consigo misma, visión positiva del mundo y de sí mismo, aceptar que todos no son iguales, cada uno es único y diferente.

CONCLUSIONES

AN y BN son trastornos de la conducta alimentaria que han existido por muchos años en la humanidad, a través del tiempo sus conceptos se han ido afianzando y su significado ha ido variando, hay que tener en cuenta que antes se lo hacía con un fin religioso o para estar en contra de la sociedad, mientras que en la actualidad se lo toma como un sinónimo de belleza, aceptación y salud.

Las complicaciones de estas enfermedades tienen un gran impacto negativo en la vida de las personas, por consiguiente es necesaria la intervención de un equipo multidisciplinar para seguir el tratamiento.

Si bien es cierto, AN y BN tienen similitudes en sus alteraciones alimenticias pero a través del análisis en el presente trabajo se ha podido constatar que así mismo tienen grandes diferencias y un distinto diagnóstico en la vida de la persona.

La intervención del psicólogo una vez reguladas las funciones orgánicas del paciente, es fundamental para su recuperación y que existan menos posibilidades de recaídas. De tal manera, que las terapias que se realicen vayan acorde a cada persona.

BIBLIOGRAFÍA

- Apfeldorfer, G. (2004). *Anorexia, bulimia, obesidad*. (S. Veintuno, Ed.) (Mosaicos). México.
- Beato, L., Ramírez, C., O´ferrall, C., & Rodríguez, T. (2016). Influencia de la percepción de la crianza sobre la actitud hacia el cambio en los trastornos de la conducta alimentaria. *Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 56–63.
- Behar, R., Vargas, C., & Cabrera, E. (2011). Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo. *Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49(1), 26–36.
- Berengüí, R., Castejón, M. Á., & Torregrosa, M. S. (2016). Body dissatisfaction , risk behaviors eating disorders in university students. *Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.004>
- Bermúdez, P., Machado, K., & García, I. (2016). Trastorno del comportamiento alimentario de difícil tratamiento . Caso clínico Eating behavior disorders difficult to treat . A clinical case. *Archivos de Pediatría Del Uruguay*, 87(3), 240–244.
- Buil, C., García, A., & Pons, A. (2009). ALIMENTARIA : ANOREXIA Y BULIMIA. *Contracepción*, 267–279.
- Celis, A., & Roca, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 8(1), 21–33.
- Dahlgren, C. L., Hage, T. W., Wonderlich, J. A., & Stedal, K. (2019). General and Eating Disorder Specific Flexibility : Development and Validation of the Eating Disorder Flexibility Index (EDFLIX) Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 10(April), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00663>
- Disotuar, Y. D., Hurtado, M. M., Morell, B. R., Murjani, H. S., & Jiménez, A. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica : una patología en auge. *Nutrición Hospitalaria*, 32(5), 2091–2097. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.5.9662>
- Fernández, A. (2015). Historia de la anorexia nerviosa. *Ciencias de La Universidad Pablo de Olavide*.
- Gabler, G., Olguín, P., & Rodríguez, A. (2017). Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin Condes*, 28(6), 893–900. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.09.003>
- Gaete, M., López, C., & Matamala, M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Parte II. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 579–591. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70352-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70352-8)
- Gaete P., M., López C., C., & Matamala B., M. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes Parte I. epidemiología, clasificación y

- evaluación inicial. *Med. Clin. Condes*, 23(5), 566–578.
[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70351-6](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70351-6)
- Galsworthy-francis, L., & Allan, S. (2016). Terapia cognitivo-conductual para la anorexia nerviosa : una revisión sistemática. *Revista de Toxicomanías*, 76, 25–51.
- Gomez, I. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia y bulimia. Retrieved from <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia y bulimia.pdf>
- Hamdan, J., Mela, A., Pérez, M., & Bastidas, B. (2017). Trastornos de la alimentación: Anorexia nnerviosa y bulimia nerviosa. *Facultad de Salud*, 9(1), 9–19.
<https://doi.org/10.25054/rfs.v9i1.1827>
- Ibarzábal-ávila, M. E. A., Hernández-martínez, J. A., Luna-domínguez, D., Vélez-escalante, J. E., Delgadillo-díaz, M., Manassero-baeza, V., ... Ramos-ostos, M. H. (2015). Anorexia nervosa : revisión de las consideraciones generales. *Invest Med Sur Mex*, 22(3), 112–117.
- Jáuregui, I., Santiago, M., & Estébanez, S. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. Un estudio con el MCMI-II. *Atención Primaria*, 41(4), 201–206. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.06.002>
- Lloyd, E. C., & Steinglass, J. E. (2018). What can food-image tasks teach us about anorexia nervosa ? A systematic review. *Eating Disorders*, 6(31), 1–18.
<https://doi.org/10.1186/s40337-018-0217-z>
- Marín, V., Sommer, K., Abufhele, M., Cruz, M., & Donoso, P. (2016). Trastornos de la conducta alimentaria : importancia del diagnóstico. *Contacto Físico*, 6(15), 202–207.
- Mayorga, J., Pino, S., Gempeler, J., & Rodríguez, M. (2018). Observation and analysis “in vivo” of family meals of patients with eating disorders. *Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 9(1), 82–94.
<https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.1.441>
- Moral de la Rubia, J. (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *Salud Pública Y Nutrición*, 3(3).
- Organización, & Salud, mundial de la. (2018). *La Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*.
- Ortiz, L., Aguiar, C., Samudio, G., & Troche, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes : una patología en auge ? Eating Disorders in adolescents : A booming disease ? *Pediatría (Asunción)*, 4, 37–42.
<https://doi.org/10.18004/ped.2017.abril.37-42>
- Pérez, M. B., Nieto, A. C., Nieto, A. C., Palacio, L., & Majul, F. (2015). Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años en Barranquilla (Colombia) Bulimia and associated risk factors in school ado- lescents of 14 - 18 years of Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 31(1), 36–52. <https://doi.org/10.14482/sun.31.1.5751>

- Pineda, G., Gómez, G., Platas, S., & Velasco, V. (2017). Anxiety as a predictor of anorexia and bulimia risk : Comparison between universities of Baja California and Mexico City. *Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 49–55.
- Pool, M. (2016). Trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y Anorexia. *Letra En Psicoanálisis*, 2(2).
- Psiquiatría, A. A. de. (2013). *Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric.
- Rodríguez, M., Gempeler, J., Mayor, N., Patiño, C., Lozano, L., & Pérez, V. (2017). Emotion dysregulation and eating symptoms : Analysis of group sessions in patients with eating disorder. *Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 72–81.
- Sainos-lópez, D., Sánchez-morales, M., Vázquez-cruz, E., & Gutiérrez-gabriel, I. (2015). Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Atención Familiar*, 22(2), 54–57. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30049-9](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30049-9)
- Sánchez, V., Fornons, D., Aguilar, A., Vaqué, C., & Mila, R. (2015). Evolución de los conocimientos acerca de los trastornos del comportamiento alimentario, a través de una intervención educativa en estudiantes de enseñanza post-obligatoria. *Nutrición Clínica Y Dietética Hospitalaria*, 35(1), 32–41. <https://doi.org/10.12873/351socarras>
- Segura, M., Villegas, R., Placencia, P., & Sanjuan, J. (2016). La necesidad de una intervención psicológica integradora en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): A propósito de un caso. *Casos Clínicos En Salud Mental*, 101–120.
- Vásquez, R., López, X., Ocampo, M., & Mancilla, J. (2015). Eating disorders diagnostic : from the DSM-IV to DSM-5. *Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 108–120. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>