

# Indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria

Clinical indicators associated to the dysfunctions of the alimentary behavior

*Carlos Esteban Borrego Rosas<sup>1</sup>*

## RESUMEN

La presente investigación es una revisión bibliográfica de los Indicadores Clínicos Asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria en población femenina. Se puede afirmar que es ecuánime pensar en una combinación de fuerzas de orígenes o factores de riesgo diversos como: psicológicos, familiares y socio culturales, de cuya interacción resulta el desarrollo de un trastorno de conducta de la alimentación, con características específicas en cada caso como la anorexia o la bulimia.

**Palabras clave:** Factores de Riesgo, indicadores clínicos, trastornos de la conducta alimentaria.

## ABSTRACT

The investigation consisted on correlating the Clinical Indicators Associated to the Dysfunctions of the Alimentary Behavior in women. It can be said that it is right to think of a combination of forces of origins or diverse factors of risk: psychologicals, familiars, and socioculturals; from whose interaction, the development of a dysfunction of behavior of the feeding is the result, with that specific characteristic in each case as the anorexy or the bulimia.

**Key words:** Factors of Risk, clinical indicators, dysfunctions of the alimentary behavior.

---

<sup>1</sup> Psicólogo. Doctor en Psicología. Maestro en Educación, mención Psicología Educativa. Psicoterapeuta. Docente de la Universidad Privada Antenor Orrego.

## Un acercamiento al problema

Al revisar el marco teórico se puede constatar que la etiopatogénesis de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) es compleja, sus manifestaciones clínicas son la resultante de la destilación de múltiples factores de riesgo, los cuales tienen un impacto significativo en los indicadores clínicos de los trastornos alimenticios.

Las investigaciones con que contamos como antecedentes precisan que los trastornos de la alimentación son patologías y han incrementado su incidencia en los últimos años. Los resultados encuentran que las condiciones individuales que guardan relación con la personalidad, la familia y su influencia en el hábito alimenticio, predominantemente en las mujeres, y la presión sociocultural, son factores de riesgo suficientes para el desencadenamiento de problemas alimenticios.

El deseo de delgadez actual ya no supone en la mayoría de las personas el anhelo por destacar y ser valorado de modo particular, sino el ser suficientemente aceptado, o incluso el no sentirse rechazado (Moreno, 1999) (Figura 1).

Peláez (2003) encontró que la ausencia de hermanos, fallecimiento de alguno de los padres y familias monoparentales, había una mayor propensión a presentar un trastorno alimenticio.

La influencia de los factores socioculturales está siendo un factor determinante en la génesis y mantenimiento de dichos trastornos. La presión que ejercen los medios de comunicación y la sociedad hacia la delgadez como símbolo de belleza y éxito, contribuye a que conductas y actitudes alimentarias anómalas propias de estos trastornos, sean comunes en buena parte de la población.

Pérez (1998), en su investigación realizada tras el análisis multivariante de los factores independientemente asociados tanto al riesgo como a la prevalencia de TCA (diagnóstico por psiquiatra), identifica que ellos son: los antecedentes familiares de TCA, el consumo de revistas del corazón, los niveles elevados de neuroticismo, la pérdida de conciencia interoceptiva, el perfeccionismo, el escaso aporte energético de la dieta y el bajo aporte energético procedente de las grasas. Por tanto, los resultados de este estudio apoyan (con las limitaciones derivadas de su carácter transversal) la importancia de la dieta, las características de personalidad y los factores socioculturales en la aparición de TCA.

## Indicadores clínicos asociados a los TCA

El indicador clínico *Obsesión por la Delgadez* es demostrando la manifestación clínica de un intenso impulso de estar delgada o un fuerte temor a la gordura.



Figura 1. Rechazada.

En palabras de Garner, podemos encontrar a las mujeres emocionalmente lábiles y con rasgos inestables de la personalidad y baja autoestima; donde la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar, controlar su peso en una balanza, mirarse en el espejo, preguntarle a las personas cercanas sobre su aspecto físico, forman parte de sus conductas habituales.

En el plano psicológico, las distorsiones cognitivas son comunes. En la observación clínica se han identificado dos tipos de anomalías: en relación a la apreciación del tamaño y dimensiones del propio cuerpo. En unos casos se constatan auténticas distorsiones perceptivas, pues se comprueban errores significativos en la percepción de determinadas características corporales. Pero en otros casos, y a partir de una percepción más o menos objetiva, se producen evaluaciones distorsionadas que, según su contenido, darán lugar a reacciones de ansiedad, o incluso pueden contribuir a mitigarla.

Garfinkel y Garner recuerdan que esta distorsión cognitiva está asociada a la presencia de síntomas de anorexia nerviosa, a un locus de control más “externo”, a más puntuación en cuestionarios de depresión, a más ansiedad, a mayor anhedonia física.

Crispo *et al.* (1998) agregan que el cuerpo que está subalimentado causa el malestar anímico y emocional (intolerancia e irritabilidad, comportamientos autodestructivos).

vos y cambios abruptos del humor) y la falta de fuerzas en la persona. Por lo tanto, es inevitable que las consecuencias afecten tanto el organismo como el ánimo y la incorporación de nuevos hábitos, como el fumar o comerse las uñas. Esto implica que necesariamente debemos recuperar la estabilidad orgánica para que se sientan mejor anímica y emocionalmente.

Es importante recalcar que las mujeres hablan de un cuerpo ideal o espectacular no en base a un ideal de salud o bienestar, sino de moda imperante en ese determinado momento; es por eso que la valoración de sí mismas como personas, sólo es a partir de la aceptación que puede tener su cuerpo para los demás. Esto significa que no por lo que ellas crean que es lógico, sino por cómo cumple con los estereotipos sociales impuestos desde fuera.

Un segundo indicador analizado es la *Bulimia*, caracterizándose por tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables (Figura 2).

Las investigaciones han demostrado que hay casos de bulimia en los que no se cumplen todas las condiciones para un diagnóstico formal de trastornos de la conducta alimentaria; pero en la mayor parte de los casos, la bulimia severa va asociada con marcadas disfunciones psicológicas. Estas se pueden traducir en un patrón de comporta-



Figura 2. Bulímica.

miento que active temores sobre el incremento de peso y de los problemas con la imagen corporal, cargos de conciencia, al extremo que generan gran cantidad de preocupación y ansiedad. Las purgas actúan como reductores de la ansiedad y así son reforzados negativamente, por lo que les sirven para evitar sentimientos displacenteros.

Williamson, citado por Celada (2003), manifiesta que las repercusiones psicológicas, como la ansiedad, sería el factor central del trastorno; de otra parte, la psicopatología secundaria como la depresión, dificultades interpersonales (evitan el contacto prolongado e íntimo), impulsividad problemas obsesivos y de personalidad, serían los desencadenantes y mantenedores de la enfermedad. Con relación a la personalidad Johnson y Maddi, citados por Rausch y Bay (1993), especulan acerca de dos factores de personalidad que serían predisponentes para la bulimia, una inestabilidad afectiva, referida a estados de humor depresivos y altamente variables, conducta impulsiva, y baja tolerancia a la ansiedad y a la frustración, el otro factor es la baja autoestima.

El indicador clínico *Insatisfacción Corporal* abarca la insatisfacción de las mujeres con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más le preocupan (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.).

La insatisfacción corporal se considera uno de los aspectos de la “perturbación de la imagen corporal”. Puede considerarse también como uno de los principales factores responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el peso en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Resultados similares fueron encontrados por Visuales, Fernández, Jiménez, Turon, & Vallejo (2001) en donde la psicopatología alimentaria y la baja autoestima serán factores característicos en TCA; mientras que la realización de dietas y/o insatisfacción corporal, serán comunes. Asimismo, en población general que realiza asiduamente restricción alimentaria.

Esta perturbación despliega en las mujeres un sentimiento de insatisfacción consigo mismas y con su vida. Tienen la horrible impresión de que han perdido el control. Se sienten desamparadas, impotentes, incapaces, inferiores, culpables, indignas, perdidas e inútiles. Por ello, normalmente inician un régimen dietético, en resumidas cuentas, muy típico. Éste tiene el objetivo de perder algunos kilos que la persona cree que le sobran y están focalizadas en zonas específicas del cuerpo y varían de persona a persona. Aunque podría decirse que existe un “acuerdo” entre las zonas que despiertan una mayor insatisfacción corporal.

Sea la forma en que se presente la insatisfacción, las mujeres se sienten demasiado gordas y antiestéticas. Creen que su sobrepeso (objetivo o subjetivo) es inaceptable; por consiguiente, empieza un régimen para adelgazar y corregir su figura, pero que a la larga encuentra un buen caldo de cultivo en su inestable personalidad y desencadena un cuadro de trastorno alimenticio.

Martínez, Zusman, Hartley, Morote & Calderón (2003) encontraron resultados similares, cuyos datos sugieren que las jóvenes evaluadas mostraron cierto descontento, tanto con su peso como con su talla.

El análisis ahora se presenta en el cuarto indicador clínico: *Ineficacia* de los trastornos de la conducta alimentaria, encontrando que las mujeres responden con sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, auto-desprecio y falta de control sobre la propia vida, pobre autoestima o una autoevaluación negativa, intensos sentimientos de falta de adecuación, y como si no fuera suficiente incluyen sentimientos de vacío y soledad (Figura 3).

Bruch, citado por Garner (1998) y Rausch y Bay (1993), describió en un principio el “sentimiento abrumador de ineficacia” como la perturbación subyacente a los trastornos de la conducta alimentaria. Es decir, una predisposición fundamental a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo.

La ineficacia hace que las mujeres se perciban a sí mismas como habiendo perdido el control de su conducta, sus necesidades y sus impulsos; como no siendo las dueñas de sus propios cuerpos, como careciendo de un centro de gravedad, dice Rausch y Bay.

Espina, Ortego, Ochoa de Alda y Alemán (2002) confirman estudios anteriores al mostrar una mayor frecuencia de alexitimia, específicamente la dificultad para procesar cognitivamente las emociones, en los trastornos alimenticios y la necesidad de incidir terapéuticamente en ese nivel.

La vida de las mujeres con ineficacia se basa en una continua corrección y reproches, hay creencias negativas sobre sí mismas y su sistema de confianza en sí se basa en referencias externas y perfeccionistas. Dudan de sus criterios propios, excepto, en lo que respecta a la rigidez de sus alimentos, talla de ropa y peso corporal, evidentemente distorsionados.

La sensación de baja autoestima, que nace de juzgarse a sí misma desde las apariencias, desde lo que los demás consideran valioso, hará que el peso y la figura cobren esencial importancia.

Dentro del análisis también contamos con el quinto indicador clínico *Perfeccionismo*, el cual indica cómo las

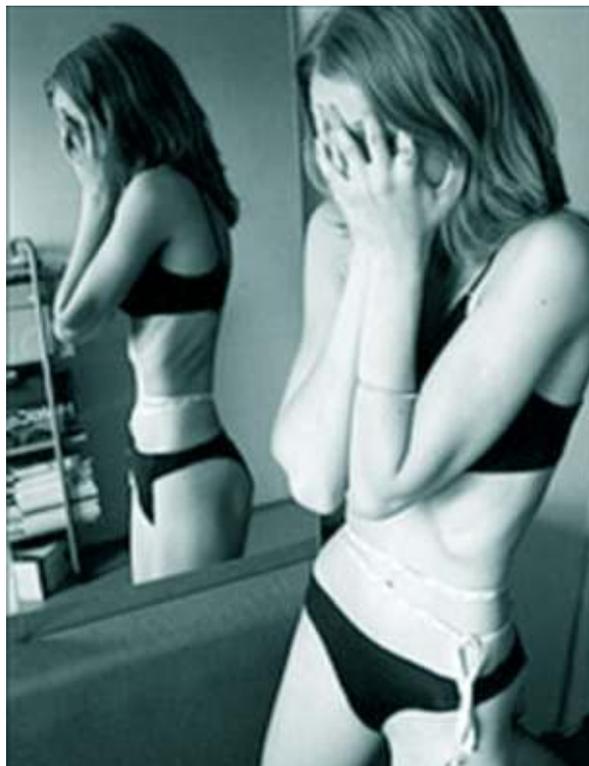


Figura 3. Vacío y angustia en la anoréxica.

mujeres miden el grado en que creen que sus resultados personales deberían ser mejores.

El perfeccionismo (exigencias personales exageradas) acentúa aún más su angustia. Las lleva a recuperar su vida, a tener un mejor control de sí mismas y de su existencia; pero muchas veces el camino es difícil, puesto que el sufrimiento y la sensación de ineficacia las hace muy exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno. Si no van a poder hacer a la perfección algo que se proponen, directamente no lo intentan.

Por esto, en dicha búsqueda de perfección también se desplaza al peso corporal donde el pensamiento está en tener un cuerpo ideal a cualquier costo, terminando por convencerse de que si logran transformar su silueta, también lograrán transformarse a sí mismas. De este modo, conseguirán la seguridad y la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se les presenten en la vida; sin embargo, paradójicamente, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo en sus recursos.

El perfeccionismo es una trampa, pues nunca se logra lo que se busca. Es en sí mismo inalcanzable.

Bruch, citado por Garner (1998), ha indicado que la lucha por alcanzar niveles de rendimiento perfeccionistas es característica de los pacientes con trastornos de la

conducta alimentaria y Slade ha añadido que el perfeccionismo es una condición crítica que facilita el escenario para el desarrollo de la anorexia y la bulimia. Crispo et al, manifiestan que el perfeccionismo es bastante común entre los jóvenes con trastornos del comer.

Los elementos del perfeccionismo evalúan en qué grado las mujeres creen que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y están convencidas de que los demás (padres y profesores por ejemplo) esperan de ellas unos resultados excepcionales. Al no darse los resultados esperados, manipulan su peso como compensación de sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones difíciles de manejar.

El sexto indicador clínico analizado es la *Desconfianza Interpersonal*, según el cual las características presentan un sentimiento general de alienación y desinterés por establecer relaciones íntimas, así como dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos.

Diversos autores consideran que la necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia es un rasgo psicológico importante en relación con la aparición y persistencia de algunos casos de trastornos de la conducta alimentaria. Esto implica que las mujeres en riesgo reducen o anulan completamente su interacción social. Esto supone una disminución significativa de posibles fuentes habituales de gratificación, lo que empeora su estabilidad emocional y facilita o incrementa el humor depresivo, el cual lleva al autoaislamiento.

Esta situación permite a las mujeres estar más propensas e incitadas a tener un régimen alimenticio inadecuado que les genere una pérdida de peso y así su desconfianza interpersonal las lleve a evitar situaciones consideradas como conflictivas o estresantes, que en el caso de mujeres adolescentes o jóvenes podría estar representado por los cambios en su desarrollo, ruptura familiar, estudios, relaciones de pareja, inicio de su vida sexual, las amistades, el principio de autonomía y otras situaciones que podrían desencadenar la ruptura de su homeostasis.

La desconfianza interpersonal repercute nocivamente en la familia, pues en algunos casos se genera malestar emocional, desazón, frecuentes culpabilizaciones y reproches que impiden marcar unos límites firmes y brindar ayuda eficaz. La alteración en las relaciones familiares es tal, que tanto las mujeres propensas a esta problemática como sus familias se sienten muy avergonzadas y no expresan sus sentimientos o pensamientos; por lo tanto, tardan mucho en pedir ayuda.

El impacto de la desconfianza interpersonal fue com-

probado por unos voluntarios a un experimento que mencionan Crispo *et al*: la subalimentación tiene impacto en otras áreas como lo social, ya que en el experimento personas extrovertidas y sociables, fueron paulatinamente cayendo en un estado de aislamiento y ensimismamiento. Se negaban a participar en actividades grupales y sentían incomodidad en la interacción con otros. Manifestaron también una disminución marcada en su interés amoroso y sexual.

El séptimo indicador clínico: *Conciencia Introceptiva* de los trastornos de la conducta alimentaria, señala que las mujeres propensas pasan por una confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales e inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales, relacionadas con el hambre y la saciedad.

Esta dificultad actúa como si los estímulos internos relacionados con el hambre, la saciedad, y otras sensaciones corpóreas no fueran percibidos o lo fueran de modo anómalo. Su falta de respuesta al frío, su aparente inagotable resistencia a la fatiga, e incluso, la ausencia de apetencias sexuales, son otros rasgos que refuerzan la conciencia introceptiva.

Dentro de esta serie de fenómenos, agregan Toro y Vilardell (1987), se ha incluido la aparente dificultad de las anoréxicas para abordar e informar correctamente acerca de sus estados físicos y emocionales; incluso, hablan de ser catalogadas como alexitímicas.

Por otro lado, los autores manifiestan que los procesos digestivos, desde la repleción o no repleción gástrica, hasta la evacuación y los movimientos intestinales, parecen ser objeto de atención por parte de la anoréxica, con una secuela de distorsiones perceptivas o conceptuales muy peculiar.

Estas distorsiones se manifiestan en una gran desconfianza que el organismo pueda realizar los procesos reguladores automáticos sin control consciente. Algunas mujeres llegan a considerar su cuerpo como si se tratara de un objeto extraño y desafiante que debiera ser sometido. Este control y esta hipervigilancia son más evidentes con relación al alimento.

La confusión y desconfianza con relación al funcionamiento del cuerpo y de los sentimientos, se ha descrito con frecuencia como un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de algunos casos de anorexia y bulimia. Selvini-Palazzoli acuñó el término "paranoia intrapsíquica" para definir la profunda desconfianza que los pacientes anoréxicos tienen en sus estados internos.

El octavo indicador clínico: *Miedo a la Madurez*, se

concibe como aquel donde los cambios físicos vienen acompañados, entre otras cosas, de un aumento natural del peso corporal, que es lo que finalmente le da al cuerpo una forma “más de mujer”. Para muchas jóvenes con trastornos de la alimentación, éste puede ser el factor precipitante de una intolerancia a esa realidad, una dificultad para aceptar un cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje de que ya se ha dejado la infancia (Figura 4).

Esto se puede analizar desde una perspectiva psicológica como el deseo que tienen las mujeres de volver a la seguridad de la infancia. Crisp en Garner (1998) arguyó que la psicopatología principal de los pacientes de anorexia o bulimia es el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez. Según esta opinión, el ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica, porque desemboca en una vuelta a la apariencia y estado hormonal prepuberales.

Se piensa que esta regresión le puede proporcionar alivio frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos familiares. Más aún, muchas dicen que se sienten más jóvenes cuando experimentan pérdidas de peso extremas y esto puede deberse a la inversión de los perfiles hormonales maduros que forman el sustrato biológico de las experiencias psicológicas.

El noveno indicador clínico, el *Ascetismo*, se identifica como la búsqueda de la virtud por medio de ciertos ideales espirituales, como la autodisciplina, el sacrificio, la superación y el control de las necesidades corporales.



Figura 4. Rechazo a crecer y distorsión perceptiva.

Los primeros escritos que trataron la anorexia se ocuparon con frecuencia del ascetismo, y se basaron en las concepciones que consideran que hacer dieta es una purificación, la delgadez es una virtud y el ayuno, un acto de penitencia.

Para analizar el ascetismo es necesario remontarnos, de alguna manera, a la metáfora de la prohibición de ingerir la manzana del árbol prohibido que parece constituirse, de alguna manera, en la antítesis del fenómeno de los trastornos alimenticios. En el relato bíblico, la mujer desafía la orden divina de un ser superior que amenaza con la expulsión del paraíso con la consiguiente desaparición de la felicidad original y el encuentro con la enfermedad, la desdicha y el sufrimiento; mientras que en los trastornos alimenticios las mujeres desafían una orden no menos superior procedente de su propio cuerpo, el instinto biológico que le requiere la alimentación, también bajo la amenaza de la enfermedad, el sufrimiento e incluso la muerte; pero el desafío iría más allá de su propio ser, llegando a la familia (a pesar que no se encontraron relaciones significativas), amigos y toda la sociedad que se oponen, con todas sus fuerzas, a que cumplan sus objetivos purificadores o patológicos que viene a ser lo mismo.

Esta situación resalta claramente la enorme importancia que tiene el acto de la alimentación como actividad relacional del ser humano; por lo tanto, podemos considerar la comida no sólo como fuente de nutrientes para el organismo, sino como una imponente fuente de carga simbólica.

Este hecho es así no sólo en nuestro ambiente sociocultural, sino que lo podemos considerar como un universal del individuo; todas las religiones tienen una serie de premisas, prohibiciones, etc. con relación a la alimentación.

En las últimas décadas, las motivaciones ascéticas para perder peso aparecen como menos destacadas en detrimento de otras, como la “obsesión por la delgadez” que pasa a ser el principal factor motivacional. Sin embargo, todavía hay actualmente grupos de pacientes cuya conducta parece estar dirigida, en gran parte, por la creencia en el carácter virtuoso de la restricción oral. La auto-restricción oral puede formar parte de una actitud más general de renuncia a las satisfacciones físicas. El terreno de la alimentación se convierte en cimientos para que cristalicen los conflictos de las personas, como consecuencia de la enorme carga simbólica que posee.

La *Impulsividad* de los trastornos de la conducta alimentaria es el décimo indicador clínico. Tal vez éste sea uno de los indicadores clínicos que guarda más relación con la personalidad del sujeto. Celada (2003) entiende el problema de personalidad asociado a los trastornos

alimenticios, como el conjunto de rasgos desajustados que les da un modo estable de percibir, relacionarse y pensar acerca del mundo. El desorden alimenticio no se relaciona directamente con un tipo de problema de la personalidad.

Las mujeres que presentan problemas alimenticios se caracterizan no sólo por el problema con la alimentación, sino por la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales (Figura 5).

La incapacidad de regular adecuadamente los propios impulsos se ha visto como un síntoma de pronóstico preocupante en los trastornos de la conducta alimentaria. Los elementos de la impulsividad coinciden con las características “borderline” de grupos de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria particularmente resistentes al tratamiento, también se encuentran trastornos límite, histriónicos.

Algunas mujeres pueden mostrarse como muy impulsivas, proclives al descontrol, incluso a la cleptomanía, lo que significaría profundizar la crisis tanto a nivel personal, familiar y socio cultural, comportándose como demandante, impacientes y estableciendo vínculos superficiales y erráticos. Muchas de sus conductas generan rechazo en las relaciones interpersonales.

Finalmente, el décimo primer indicador clínico, **Inseguridad Social**, demuestra que las mujeres propensas a esta problemática tienen la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad.

El sentimiento de ser diferente, de no poder ser comprendida por los demás, la reducción de los centros de interés previos, la ocultación de su problema, la evitación de situaciones donde la comida se plantee como obligación o como tentación, la automarginación relativa de quien sabe que los demás lo consideran enferma, la larvada susceptibilidad, especialmente referida a su problema central y de la que no puede desprenderse. Todos estos y muchos otros factores contribuyen al retraimiento social, o cuando menos, a la irregularidad y/o inestabilidad de los intercambios sociales.

Cuando el aislamiento relativo o absoluto se impone, determinado por su propio comportamiento, la mujer vive y sufre las consecuencias del mismo, sintiéndose rechazada o marginada, empeorando su autoimagen y deprimiéndose.

Se ha observado con frecuencia que algunos pacientes con trastornos de la conducta alimentaria experimen-



Figura 5. La autodestrucción.

tan falta de seguridad y de felicidad en sus relaciones sociales, y ello puede tener consecuencias para el tratamiento.

Es preciso luego de haber realizado el análisis, mencionar lo que Selvinni Palazzoli en Toro y Vilardell (1987) refiere que los trastornos de conducta alimentaria pueden mantenerse latentes o incubados dentro de algún tipo de personalidad y salir a flote después de un evento estresante en alguna o en todas las esferas de interacción familiar, social, laboral, etc. Dicho evento, al colocar a la persona en una situación de desequilibrio, dado que las estrategias de acción antes empleadas no colman las expectativas de resultado, podrían llevar a utilizar estrategias nuevas, adecuadas, o inadecuadas en ciertos casos.

Dentro de estas estrategias inadecuadas ingresarían los trastornos de conducta alimentaria que algunas personas utilizan como recurso en la búsqueda de aceptación social, dado que la delgadez es un canon de belleza valorado por la sociedad y a ello se suma el hecho de que dentro de los síntomas principales de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentra una autoevaluación exageradamente influida por el peso y la imagen corporal.

Así pues, aquellas personas que percibieran una disminución en su capacidad para relacionarse con los demás podrían recurrir a la búsqueda de una imagen corporal que sea valorada por los estándares sociales (la delgadez), como recurso para alcanzar la aceptación del grupo social al cual pertenecen, pudiendo llegar a desarrollar algún trastorno alimenticio.

En conclusión, podemos afirmar que es ecuaníme pensar en una combinatoria de fuerzas de orígenes o factores de riesgo diversos: psicológicos, familiares y socio culturales, de cuya interacción resulta el desarrollo de un trastorno de la alimentación que tendrá, por lo tanto, características específicas en cada caso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Borrego, Carlos (2008). Factores de Riesgo e Indicadores Clínicos Asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Alumnas de la Universidad "César Vallejo" de Trujillo, Tesis para optar el Grado de Doctor en Psicología. UNMSM. Lima.
- Celada, J. (2003). Rehabilitación en Anorexia y Bulimia Nerviosas: Pasos para La Recuperación de Pacientes y Familias. USA: Ediciones Eating and Adictive.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar D. (1998). Anorexia y Bulimia Lo Que Hay Que Saber: Un Mapa para Recorrer un Territorio Trastornado, España: Gedisa editorial.
- Espina, A., Ortego M., Ochoa de Alda, Iñigo de & Alemán, A. (2002). *Alexitimia en los trastornos alimentarios*, Análisis y Modificación de Conducta, 2002, 28 (117): 25-42. Recuperado el 7 de Octubre del 2005, de [http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/\[in=salut/bib.in\]](http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/[in=salut/bib.in])
- Garner, D. (1998). Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: TEA Ediciones.
- Martínez, P., Zusman, L., Hartley, J., Morote, R. & Calderón, A. (2003). Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitano. Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Vol. XXI, 2, 2003, 233-269.
- Moreno, M. (1999). *El impacto de los factores socioculturales en los trastornos alimentarios*, Información Psicológica, 1999, (70): 50-54. Recuperado el 7 de Octubre del 2005, de [http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/\[in=salut/bib.in\]](http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/[in=salut/bib.in])
- Peláez, M. A. (2003). Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada de la comunidad de Madrid. Memoria para optar al grado de doctor, Madrid, ISBN: 84-669-2381-0.
- Pérez, M. (1998). *Factores asociados a la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras*, Facultad de Medicina, Universidad de Navarra-España. Recuperado el 7 de Octubre del 2005, de [http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/\[in=salut/tesis.in\]](http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/[in=salut/tesis.in])
- Rausch, C. & Bay, L. (1993). Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía (2a. reimpresión). Argentina: Paidós.
- Tinahones, F. (2003). Anorexia y Bulimia: Una Experiencia Clínica. Madrid: Díaz de Santos.
- Toro, J. & Vilardel, E. (1987). Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Visuales, M., Fernández, E., Jiménez, S., Turon, J. & Vallejo, J. (2001). Baja autoestima, restricción alimentaria y variables psicopatológicas en anorexia y bulimia nerviosa. Un estudio de casos y controles, Psicología Conductual, 2001, 9 (2): 267-278. . Recuperado el 7 de Octubre del 2005, de [http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/\[in=salut/bib.in\]](http://pci204.cindoc.csic.es/cgi-bin/wwwi32.exe/[in=salut/bib.in])