



Facultad de Humanidades

Escuela de Ciencias Psicológicas

Maestría en Enfoques psicoterapéuticos

**La terapia cognitiva conductual en el abordaje del trastorno de la bulimia
nerviosa en adolescentes**

(Artículo Científico)

Marta Eugenia Castillo Vásquez

Campus Central, noviembre 2020

**La terapia cognitiva conductual en el abordaje del trastorno de la bulimia
nerviosa en adolescentes**

(Artículo Científico)

Marta Eugenia Castillo Vásquez

M.A. Vilma Eugenia Solorzano de García (asesora)

M.A. Diana Patricia Ruíz Galindo (revisora)

Campus Central, noviembre 2020

Autoridades Universidad Panamericana

Rector M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretario General EMBA Adolfo Noguera

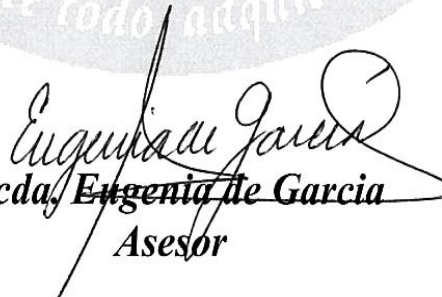
Autoridades Facultad Humanidades

Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vicedecano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, agosto, año 2020.

En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: “La terapia cognitiva conductual en el abordaje del trastorno de la bulimia nerviosa en adolescentes”. Presentada por el (la) estudiante: Marta Eugenia Castillo Vásquez previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Eugenia de Garcia
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA
DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, octubre 2020

*En virtud de que el artículo científico con el tema: **“La terapia cognitiva conductual en el abordaje del trastorno de la bulimia nerviosa en adolescentes”**.*

Presentado por la estudiante: Marta Eugenia Castillo Vásquez, previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



M.A. Diana Patricia Galindo Ruiz

Revisora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sapientia ante todo, adquiere sapientia"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA
DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, noviembre 2020. -----

En virtud que el presente Artículo Científico con el tema: **"La terapia cognitiva conductual en el abordaje del trastorno de la bulimia nerviosa en adolescentes"**, presentado por el (la) estudiante: **Marta Eugenia Castillo Vásquez**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar al grado académico de Maestría en Enfoques psicoterapéuticos, para que el (la) **estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.**

M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



☎ 1779

🌐 upana.edu.gt

📍 Diagonal 34, 31-43 Zona 16

Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
1. Método	1
2. Objetivos	2
3. Desarrollo	3
3.1 Adolescencia	3
3.1.1 Etapas del desarrollo humano en la adolescencia	3
3.1.1.1 Desarrollo físico	3
3.1.1.2 Desarrollo cognitivo	5
3.1.1.3 Desarrollo psicosocial	8
3.1.2 Factores de riesgo relacionados con el trastorno de la bulimia nerviosa	12
3.2 Bulimia nerviosa	17
3.2.1 Diagnóstico de la bulimia nerviosa	18
3.2.2 Criterios diagnósticos	18
3.2.3 Características diagnósticas	19
3.2.4 Sintomatología	21
3.2.5 Psicopatologías asociadas	23
3.2.6 Complicaciones medicas	24
3.3 Terapia Cognitiva	25
3.3.1 Concepto teóricos fundamentales	25
3.3.2 Técnicas de aplicación de la terapia cognitiva	28
3.3.3 Propuesta de tratamiento para el abordaje del trastorno de la bulimia nerviosa en adolescentes	31
4. Discusión de resultados	37

Conclusiones	39
Referencias	41
Lista de tablas	
Tabla No. 1 Etapas del desarrollo psicosocial	11

Resumen

La presente investigación contiene información sobre la terapia cognitiva en el abordaje del trastorno de la bulimia nerviosa en adolescentes. Así mismo, se presenta la estructura de las investigaciones realizadas sobre las etapas del desarrollo humano en la adolescencia en las etapas física, cognoscitiva y psicosocial. Se exponen los factores de riesgo relacionados con esta patología, los cuales interaccionan entre sí y aunque estos procesos los experimentan la población en general, solo un grupo de jóvenes pueden desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria como la bulimia nerviosa.

Luego, se proporciona información sobre la bulimia nerviosa, trastorno de la conducta alimentaria que ha alcanzado una incidencia alarmante por la gravedad de otra patología asociada y la resistencia al tratamiento. Los criterios y características diagnósticas son descritos según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (2014).

Además, se complementa esta investigación con la recopilación obtenida respecto a todas las alteraciones que constituyen las pautas diagnósticas estrictas para la bulimia nerviosa en la Clasificación internacional de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10 (2010). Se adjunta información sobre la sintomatología conductual, cognitiva y fisiológica, psicopatologías asociadas y complicaciones médica, con el propósito de contar con los elementos necesarios para realizar una evaluación objetiva e integral.

Por último, se presenta la propuesta para el abordaje de esta patología desde la terapia cognitivo conductual y de un equipo multidisciplinario por la complejidad del trastorno y por las consecuencias de este. Buscando que el adolescente retome sus actividades con las habilidades necesarias para el afrontamiento de las diversas situaciones que se le presenten a lo largo de la vida.

Introducción

En la actualidad, algunos autores refieren que la población juvenil y el género femenino han alcanzado una incidencia alarmante cuando ésta se asocia a otras patologías y por la resistencia al tratamiento; constituyéndose en la tercera enfermedad crónica en la mayoría de las sociedades occidentales y desarrolladas. Pues, durante esta etapa del desarrollo es donde ocurren grandes cambios físicos, cognitivos y psicosociales.

Así mismo, la cultura de la perfección relacionada con el peso, exaltada por los medios de comunicación quienes continúan teniendo un papel preponderante en la influencia negativa hacia las jóvenes que presentan factores personales y familiares predisponentes; siendo esta población susceptible para replicar conductas distorsionadas que le ocasionan conflictos con su autoconcepto, valía personal, sexualidad e insatisfacción con su imagen corporal.

De acuerdo con lo anterior, surge la interrogante que le da título a esta investigación “La Terapia Cognitivo Conductual en el abordaje de la bulimia nerviosa en adolescentes” y, como resultado de ésta; se realiza una propuesta de abordaje a través de la Terapia Cognitiva Conductual la cual ha demostrado eficacia en la intervención de dicha condición y de un equipo multidisciplinario para realizar un abordaje integral.

Esta realidad no excluye a la población juvenil guatemalteca, pues ésta surge del número de inmigraciones de nacionalidades donde el culto al cuerpo es evidente; los cuales se ven impactados con este estereotipo de la mujer; evidenciándose en un inicio temprano de este trastorno, así como del incremento de las cirugías estéticas que ponen en riesgo la salud y vida de esta parte de la sociedad. Por consiguiente, es importante que este tema deba mostrar mayor interés en los profesionales de la Psicología clínica, así como por las entidades gubernamentales correspondientes de este país; promoviendo y creando espacios de información que alerten a esta población que continúa siendo foco de vulnerabilidad para este tipo de patología.

1. Método

El método utilizado para la elaboración de este artículo científico literario que contiene un estudio del arte, el cual resume, organiza y compendia la construcción teórica de la investigación que lleva por título “La terapia cognitivo conductual en el abordaje del trastorno de bulimia nerviosa en adolescentes “.

Durante la selección, revisión y análisis del trabajo de investigación se pensó en la utilidad de la actualización de los datos existentes sobre este modelo el cual corresponde a uno de los módulos estudiados durante la Maestría de Enfoques Psicoterapéuticos de la Universidad Panamericana.

Así mismo, la estrategia de la búsqueda bibliográfica fue seleccionar artículos, libros y revistas científicas a través de navegadores académicos los cuales cumplen con los datos confiables y científicos relacionados a la temática investigada, como Redalyc, Google académico, así como de la biblioteca de la Universidad Panamericana y sus herramientas como E-libro y Ebsco-host relacionando la temática al tema investigado. Desglosando el tema principal en partes para una mejor comprensión del artículo a desarrollar.

Además, se organizó la información encontrada y los tipos de fuentes documentales a través de fichas bibliográfica las cuales comprenden el nombre del documento, autor, referencia bibliográfica y conceptos abordados, entre otros. Para la selección del material se tomaron en cuenta los navegadores referidos, libros de editoriales de amplia trayectoria, Herder, Mc Graw Hill, Manual Moderno, Gedisa, Psicológica Pirámide, Desclée de Brouwer, Amat editorial y Salvat; con el propósito de brindar una visión general pero científica de esta temática tan importante que en la actualidad afecta a la población adolescente.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

- Establecer una propuesta de tratamiento de la terapia cognitiva conductual en el abordaje del trastorno de la bulimia nerviosa en adolescentes.

2.2. Objetivos específicos

- Determinar los factores de riesgo relacionados con el trastorno de la bulimia nerviosa en adolescentes.
- Evaluar las herramientas efectivas para el abordaje del trastorno de la bulimia nerviosa en adolescentes.

3. Desarrollo

3.1 Adolescencia

De acuerdo con Papalia, Feldman y Martorell (2017), la adolescencia se describe como: “una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales, y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos” (p.354). Durante la adolescencia, el joven atraviesa por un período de poda sináptica, la cual se caracteriza por la inestabilidad y dos fases de reconectividad; la primera, en la cual se entrega a la vida un cerebro nuevo con capacidad para aprender a enfrentar cualquier desafío que se le presente y la segunda fase de sensibilidad, que le permitirá al adolescente adquirir las habilidades metacognitivas y sociales complejas que significan su equipaje para la vida.

Así mismo, en este período el grupo de pares es crucial para el adolescente, pues necesita sentirse aceptado por él, y en especial por el sexo opuesto; proyectando en su cuerpo los problemas e inseguridades de esta etapa, que lo lleven a buscar situaciones de riesgo que distorsionen su realidad trasladando sus conflictos internos a la corporalidad en búsqueda de soluciones inadecuadas como estrategia para obtener la aprobación de los demás y de sí mismo. Para comprender de mejor manera al adolescente es importante abordar las etapas del desarrollo propias de la adolescencia.

3.1.1 Etapas del desarrollo humano en la adolescencia

3.1.1.1 Desarrollo físico

Según Papalia, Feldman y Martorell (2017), refieren que la adolescencia es una etapa de cambios de profundas transformaciones físicas a consecuencia de las dos etapas de la pubertad; la primera está relacionada a la activación de las glándulas suprarrenales, localizadas sobre los riñones que secretan niveles de andrógenos y la maduración de los órganos sexuales.

Así mismo, la segunda etapa de la pubertad se evidencia cuando empiezan a crecer los senos, el vello púbico y axilar debido al incremento en la producción de estrógenos en los ovarios de las niñas, así como el crecimiento de los genitales; y en los varones, los testículos incrementan la producción de andrógenos, principalmente la testosterona, la cual estimula el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal.

En consecuencia, la mayoría de los adolescentes empiezan a centrar su atención en los aspectos físicos como; su imagen corporal, el peso, el ejercicio y su dieta alimenticia o, todo lo contrario, descuidan su aspecto físico y su alimentación; de igual manera esto puede poner en riesgo la salud física y mental de éstos sino se logra encontrar un equilibrio en dichas conductas. No obstante, en esa búsqueda de aceptación de sí mismo, puede que encuentre consuelo en el comer y proporcione con ello una satisfacción momentánea que llene ese vacío y luego, nuevamente experimente la frustración por no lograr sus objetivos idealistas y de perfección.

Generalmente, a esta edad en la cual la publicidad de la industria alimentaria motiva e induce a lo nuevo, invitando a disfrutar plenamente de la experiencia oral, que promueve la ingesta de comida poco saludable. Debido a esto, pretender imponer o fomentar hábitos alimenticios equilibrados en esta etapa de la adolescencia puede no ser tan fácil; sobre todo en esta fase, en la que atraviesan problemas con el autoconcepto que provocan baja autoestima.

También es importante señalar, que a esta edad es cuando el adolescente ha adquirido conocimientos nutricionales a través de la escuela y el modelado de hábitos de sus padres; lo cual le lleva a establecer la diferencia y a generar conflictos entre esos hábitos alimenticios y sus propias ideas con relación a la comida; poniendo en riesgo una nutrición balanceada necesaria para su desarrollo integral.

Así mismo, los adolescentes en base a su propia valoración crean una imagen de sí mismos influenciada por los parámetros de una sociedad que evalúa la figura obesa como símbolo de descuido y la delgadez como un símbolo de cuidado personal; estos estereotipos generan conflictos internos que no permiten una evaluación objetiva; en el sentido de que ambos extremos pueden

conducir a riesgos en el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria. Además, es importante recordar que en esta etapa en que el joven es vulnerable a las comparaciones con sus iguales pueden generarle inseguridades y crear distorsiones cognitivas y visuales con relación a su imagen corporal.

De la misma manera, que los cambios que se producen de la pubertad a la adolescencia muestran sus aristas; es bueno agregar que, el aspecto físico puede madurar de forma tardía en unos y en otros anticipada. Al mismo tiempo, que el adolescente observa estos cambios físicos también se inicia un desarrollo cognoscitivo que le permite trascender de un pensamiento concreto en la pubertad a desarrollar un pensamiento formal en la adolescencia.

3.1.1.2 Desarrollo cognoscitivo

Según Papalia, Feldman y Martorell (2017), refieren que, así como el cuerpo madura y se transforma durante la adolescencia, también lo hacen los modelos de pensamiento el cual marca el inicio del pensamiento de las operaciones formales, denominado por Piaget, como el nivel más alto del desarrollo cognoscitivo; cuando se perfecciona esta capacidad de pensamiento abstracto proporciona a los adolescentes formas flexibles de manipular la información, pensar en términos de posibilidades y razonar en términos hipotéticos-deductivo que lo capacita para solucionar sus conflictos.

Sin embargo, Marina (2014), refiere que la neurociencia ha descubierto que el cerebro evoluciona aún después de la infancia, período en el cual se presentan oportunidades en la construcción de un cerebro nuevo que madura con las circunstancias que le rodean. Por ello, se logra visualizar la etapa de la adolescencia como una época ideal para el aprendizaje adecuado a la realidad, mediante la cual los jóvenes puedan crear un futuro lleno de posibilidades.

No obstante, aparentemente existen dos creencias que obstaculizan la comprensión y la elaboración de ese futuro lleno de posibilidades; en primer lugar, que las conductas de la

adolescencia están causadas por un exceso de presión de las hormonas sexuales y aunque es obvio que no se puede negar el incremento de éstas durante la pubertad, y que intensifican el interés y la actividad sexual no necesariamente influyen en todas las características propias de la adolescencia, entre ellas: la impulsividad, las alteraciones de humor, las conductas de riesgos y búsqueda de identidad; sin embargo, esta afirmación no ha sido corroborada con hechos, porque también aumentan otras hormonas, como el cortisol.

De esa cuenta, Marina (2014), agrega que lo que parece comprobable es que los cambios significativos en los adolescentes se deben principalmente a cambios neuronales, por lo que la atención excesiva a los factores hormonales ha provocado interpretaciones erróneas. Y, la segunda creencia, se relaciona con la idea de que solamente en los primeros años de vida del niño se produce una explosión sináptica que indica un aprendizaje masivo, situación que ocasiona que la mayoría de los padres impongan a los niños un sin número de actividades con ese propósito. Sin embargo, la neurociencia enseña que el cerebro continúa desarrollándose, en la región prefrontal después de la infancia.

En este sentido, hay que recordar que en esta etapa el cerebro del adolescente no ha alcanzado a madurar algunas funciones ejecutivas específicas para elegir acciones responsables, esto revela las dificultades que enfrenta el joven para seleccionar información importante o inhibir conductas recurrentes; como: los atracones de comida, los vómitos provocados, así como validar publicidad excesiva sobre aspectos corporales y sexo; entre otros.

Así mismo, la misma autora comparte algunos de los avances intelectuales que son importantes de mencionar durante este período; por ejemplo el que los jóvenes piensan introspectivamente sobre sus pensamientos y sus emociones desarrollando el pensamiento formal como ya indicó en su oportunidad Piaget; así como, el hipocampo crea nuevas dendritas y sinapsis que amplían la capacidad de la memoria a corto plazo y el cuerpo calloso que conecta los hemisferios derecho e izquierdo, los cuales se utilizan para ejecutar las tareas complejas. De igual manera, el control atencional y la inhibición de la respuesta también se optimizan durante la adolescencia.

Sin embargo, esta habilidad de aprender y de fortalecer lo aprendido también es en dos vías tanto para lo beneficioso como para lo perjudicial debido a la plasticidad del cerebro adolescente pero también al rápido desarrollo de las regiones de los lóbulos frontales y el hipocampo ambos estrechamente asociados con la adquisición y la duración de las adicciones.

Por lo anterior, el cerebro adolescente continuamente está en riesgo, precisamente por su capacidad de aprender, suena paradójico; pero es la edad en que cada sujeto puede hacerse cargo de cómo formara su propio cerebro; es decir, el paso del control externo al control interno del aprendizaje. Así mismo, se puede enfocar el control interno con la manera en que el adolescente maneja su entorno con la comida.

Además, con el desarrollo de las neurociencias las investigaciones sobre el comportamiento químico del cerebro en este tipo de trastornos de la conducta alimentaria. Según Celma y Abella (2012) afirma que:

La mayor parte de los estudios recientes sobre trastornos de la alimentación como la bulimia y la anorexia nerviosas se han centrado en el efecto de los sistemas de neurotransmisores serotoninérgicos, dopaminérgicos y opiáceos en la regulación del balance energético a nivel del sistema nervioso central. Por ejemplo, la señalización serotoninérgica suprime la ingesta de alimentos, mientras que la dopaminérgica está asociada con una mayor susceptibilidad a obesidad y vulnerabilidad a ser obeso (p. 92)

En consecuencia, es importante investigar todas las facetas del ser humano pues con ello se logra tener una perspectiva más clara de cómo el sujeto por ser integral no puede visualizarse, ni comprenderse de manera separada sino integrado, físico, cognitivo y psicosocial.

3.1.1.3 Desarrollo psicosocial

De acuerdo con Papalia, Feldman y Martorell (2017), refieren que esta es la principal tarea en la adolescencia, según la teoría de Erickson, es una etapa en la que se confronta la identidad frente a la confusión de identidad, recorrido que se realiza hacia la adultez; alcanzando una concepción integrada y coherente del yo, con metas, valores y creencias con las que pueda establecer un compromiso firme.

Sin embargo, el esfuerzo del adolescente por entenderse así mismo es parte de ese desarrollo sano, vital y necesario para alcanzar los logros de las etapas anteriores; como la autonomía, la confianza, la iniciativa y la laboriosidad, herramientas que sentaran las bases para los retos que afrontará en la adultez. Ahora bien, esto no significa que el adolescente resuelva por completo la crisis de identidad pues continuaran surgiendo retos en su vida.

Al mismo tiempo, puede observarse en el adolescente manifestaciones de una conducta explosiva o refleje su dolorosa timidez, también puede hacer evidente su empatía sobre problemas sociales lo que demuestra su baja tolerancia a esas diferencias; las cuales son consideradas defensas contra la confusión de identidad incluyendo la impulsividad sexual y la madurez implícita; el experimentar estas nuevas sensaciones pueden detonar miedos, preocupaciones, intranquilidad y ansiedades hacia el contexto social que le rodea.

Hay que tomar en cuenta, la ambivalencia del concepto de sexualidad que en el pasado se consideraba un tema prohibido; evolucionando en la actualidad con conductas sexuales anticipadas desprovistas de la maduración psicológica necesaria que lleva a consecuencias negativas; como embarazos tempranos, enfermedades de transmisión sexual, entre otros. Así mismo, el temor de cometer actos impuros por preceptos religiosos que practique puede generar en el joven culpa y vergüenza; además, el miedo a las comparaciones en los futuros rendimientos sexuales; pueden ocasionar confusión entre lo que quiere o le conviene hacer; sin duda, un alto precio que debe pagar el adolescente para conquistar su identidad sexual.

En consecuencia, durante la crisis de identidad el joven se ve influenciado no solo por sus compañeros o amigos sino especialmente por su contexto social; de normas que le dictan sobre cómo debería ser su apariencia física, y estética corporal. Preceptos que el joven puede utilizar como garantía de aprobación social. Sin embargo, esta decisión puede traer consecuencias negativas y hasta la muerte si continúa reforzando estos ideales de perfección.

Por otra parte, cuando el adolescente concede especial atención a sus iguales, esos lazos de amistad resultan cruciales y pueden reforzar o debilitar al sujeto, haciéndolo vacilar por la importancia que éste le concede a sus opiniones y conductas positivas o negativas. El grupo puede devolver al sujeto un lugar y una imagen social que lo ayuden o no; pero esa aprobación puede ser el motivo que impulse al adolescente a buscar nuevos interlocutores y nuevas confirmaciones fuera del contexto paternal. Sentir que tiene un valor para éstos le sustenta y fortalece el deseo de nuevas experiencias; situaciones que en la mayoría de éstas implican conflictos familiares.

Por otro lado, hay que recordar que durante esta etapa la familia simboliza la ruptura con la infancia y presenta una amenaza a la homeostasis del sistema familiar. Dicho esto, la adolescencia no debe verse como una lucha generacional, sino debe ser enfocada como una oportunidad de crecimiento familiar. Por eso, es importante fomentar la comunicación en ambas vías y crear acuerdos sobre nuevos criterios normativos que fortalezcan una mayor autonomía en el adolescente.

Sin embargo, esa preocupación constante por sus conflictos familiares y su lucha por sostener su propia identidad, así como mantener un lugar en sus relaciones interpersonales; además, de tener que responder a las exigencias de la sociedad, pueden ser los detonantes que conduzcan al adolescente a desarrollar cualquier tipo de adicción. En atención a esto es importante señalar, que para los jóvenes resulta complejo el encuentro con las exigencias y las expectativas del ámbito social; mensajes confusos respecto al valor de la mujer y del hombre; así como, las constantes invitaciones a centrarse sobre la imagen que, en esta etapa, es el foco de la vulnerabilidad.

Por el contrario, la sociedad y el consumismo actual exaltan la satisfacción alimentaria, produciendo una especie de anestesia alrededor de la comida; comer por comer. Así, las constantes

transmisiones televisivas sobre la buena cocina y las competencias culinarias que promocionan la idea de la irrenunciable y plena satisfacción al placer de comer. Son mensajes que pueden lograr que las familias pierdan ese valor relacional con la comida corriendo el riesgo de que todos experimenten una profunda insatisfacción.

En consecuencia, los adultos tienen una gran responsabilidad para evaluar sus propias intervenciones sobre el valor de la estética, o que defiendan el valor de la ética, confirmando su justo valor. Así mismo, Maestroleo y Pace (2017), refieren que: “Los juicios basados en criterios puramente estéticos pueden mortificar al sujeto y producir una herida en la imagen de los propios jóvenes” (p. 94)

A continuación, se presentan la tabla que contiene las etapas del desarrollo psicosocial de Erick Erickson, a través de las cuales se describe la relación de las necesidades emocionales con el entorno social; en cada etapa el sujeto sufre un conflicto o crisis para superarla debe enfrentarla; y, así alcanzar su identidad.

Tabla No.1
Etapas del desarrollo psicosocial

Edad	Etapas o crisis psicosocial	Acontecimientos significativos e influencia social
0-1 año	Confianza básica contra desconfianza	Adquiere un sentido sobre si el mundo es un lugar seguro y bueno. Virtud: la esperanza.
1-3 años	Autonomía contra vergüenza y culpa	Adquiere un equilibrio de independencia sobre la vergüenza y culpa. Virtud: la voluntad.
3-6 años	Iniciativa contra culpa	Adquiere iniciativa al ensayar nuevas actividades y no lo abruma la culpa. Virtud: deliberación.
6-12 años	Diligencia contra inferioridad	Adquiere habilidades culturales o enfrentará sentimientos de incompetencia. Virtud: habilidad.
12-20 años	Identidad contra confusión de roles	¿Quién soy? Los adolescentes deben definir su sentido del Yo, o experimentara confusión sobre sus roles. Virtud: fidelidad.
20-40 años	Intimidad contra aislamiento	La persona tratará de comprometerse con los demás; sino lo consigue, puede sufrir aislamiento o ensimismamiento. Virtud: amor.
40-65 años	Generatividad –estancamiento	Ser productivo y adquiere un nivel de vida estable; esposa e hijos y normas; sino experimenta un empobrecimiento personal. Virtud: interés por los demás.
Adulto mayor	Integridad del yo-deseesperanza	Acepta su vida, admite la muerte o bien se desespera por no poder volver a vivir la vida. Virtud: sabiduría.

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de Papalia, Feldman y Martorell (2017)

Por lo anterior, es notable resaltar que un trastorno de la conducta alimentaria puede afectar a cualquiera, pero el género femenino continúa siendo el más vulnerable; derivado de los cambios biopsicosociales propios de la pubertad y la adolescencia, así como la forma en que los medios de

comunicación continúan utilizan la imagen de ésta. Por ello, es importante mencionar algunos factores que también ponen en riesgo la salud integral de esta población.

3.1.2 Factores de riesgo relacionados con el trastorno de la bulimia nerviosa

En el proceso físico, cognitivo y psicosocial desencadenado durante la pubertad y la adolescencia comporta invariablemente inseguridades, demandas y dudas que inquietan, miedos y desilusiones que contribuyen a una mezcla que puede ser explosiva. Pueden de hecho, desencadenarse una serie de mecanismos que solicitan recursos psíquicos nuevos pero que el adolescente aún no aprende.

En consecuencia, es importante identificar cuáles son los factores de riesgo que el adolescente enfrenta durante esta etapa. Según Loran y Sánchez (2013), refieren que el proceso que desencadena un trastorno de la conducta alimentaria consta de factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales al interactuar entre sí pueden detonar una patología como esta.

Existen diferentes factores que pueden predisponer la aparición de un trastorno de la alimentación, pero no indica que su desarrollo sea inevitable, otros que pueden desencadenarse por situaciones o conductas no resueltas que precipitan el principio del trastorno de la conducta alimentaria y por último los factores que favorecen que esta patología se vuelva crónica.

- Género

En primer lugar, la mujer continúa siendo el factor de riesgo fundamental, tanto por lo biológico como por los factores psicosociales ya que durante la pubertad puede mostrar signos de obesidad o sobre peso; en consecuencia, puede experimentar rechazo a su imagen corporal, impulsando a la joven a recurrir a planes estrictos de alimentación, que pueden ser el inicio al desarrollo del trastorno.

- Personalidad

Al principio, se pueden observar en la bulimia nerviosa rasgos de personalidad con tendencia a reaccionar emocionalmente en forma negativas frente a situaciones de insatisfacción o de falta de gratificación, también alteraciones de humor, impulsividad, desinhibición; ambivalencia, estos rasgos no muestran la rigidez necesaria para soportar las limitaciones dietéticas; las cuales propician la aparición de conductas bulímicas.

En relación con lo anterior, se han encontrado diversas alteraciones en los sistemas de neurotransmisores que regulan estas conductas, la afectividad, la impulsividad; entre esas alteraciones actúan como factores predisponentes neuroendocrinos de este trastorno alimentario en la bulimia nerviosa, el descenso de la función serotoninérgica relacionada con la regulación del apetito, humor, y del control de los impulsos. Así mismo, el descenso de la actividad dopaminérgica en la bulimia nerviosa está relacionada con la adicción a la comida. En la actualidad, se continúa investigando las funciones cerebrales del control del apetito para entender mejor la vulnerabilidad biológica a éstos.

- Familias con estructuras caóticas

En segundo lugar, se ha logrado establecer que, en familias con adolescentes bulímicos existen estructuras caóticas, poca planificación, sin hábitos alimenticios, pocas muestras de afecto, dificultad para estructurar normas y límites; la comunicación es deficiente se dejan los conflictos inconclusos. Por ello, no se puede asegurar si es un factor causal o consecuencia de los patrones familiares caóticos que se presentan del trastorno que nos ocupa.

También, hay que resaltar a la mayoría de familias que ejercen una gran presión sobre la imagen corporal del adolescente, donde la delgadez es un valor positivo y rechazan el sobrepeso; profiriendo críticas o burlas sobre su aspecto físico, apariencia, entre otros; mismas que se imponen los progenitores sobre si mismos; mensajes ambivalentes que reflejan insatisfacción corporal potenciando de esa manera ese modelo estético que compara la delgadez a la felicidad, el éxito, valía y seguridad personal.

- Genético

De acuerdo con Loran y Sánchez (2013), refieren que algunos investigadores confirman que hay factores genéticos que contribuyen al desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, cuando se interrelacionan con otros factores. Por ello, los adolescentes con familiares que sufren un trastorno de este tipo tienen un riesgo cuatro veces mayor a la población en general; siendo el de menor riesgo para la bulimia.

- Factores socioculturales

Así mismo, entre los aspectos socioculturales destacan los valores estéticos que dominan la cultura occidental, donde rechazan a las personas obesas y sobrestiman a las delgadas. Así, los valores como el éxito, belleza, y felicidad son asociados con la mujer delgada; situación que puede dar como resultado en una excesiva preocupación e insatisfacción a la imagen corporal y al peso.

Por otro lado, es de resaltar el impacto de los constantes anuncios relacionados con productos para bajar de peso, dietas, gimnasios, fajas reductoras, el uso de ropa ceñida; en fin, la sociedad le exige a la mujer independencia y éxito social; además estar delgada y ser una mujer capaz de combinar cualidades de control y de libertad sexual a tan corta edad. Así mismo, hay que recordar que en la actualidad la comunicación en redes sociales es una puerta para alentar otras prácticas peligrosas como los ayunos prolongados, uso de medicamentos de libre adquisición que sirven para controlar la tiroides y el azúcar; estrategias para evadir controles en el consumo de alcohol y otras drogas; poniendo en riesgo su salud integral.

Por último, estos factores socioculturales tienen un papel fundamental en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, y aunque estos influyen en toda la población en general; solo un pequeño grupo de jóvenes desarrollan la enfermedad. Sin embargo, no son suficientes para provocar el principio de un trastorno, ya que se requiere de la presencia del resto de los factores.

- Imagen corporal

En la adolescencia, la valoración de la apariencia es fundamental; por ello, es normal que a partir de los 12-15 años la joven muestre insatisfacción corporal. Aunque, una conducta exagerada puede llevar al inicio de un trastorno cuando la joven somete su cuerpo a dietas restrictivas. Así, el origen del peso puede adquirirse durante la pubertad o por estados emocionales negativos como: pérdidas sentimentales, conflictos familiares, que provocan un incremento en la ingesta.

Según Loran y Sánchez (2013), refieren que el cerebro es un órgano vulnerable que en una situación extrema relacionada con la nutrición deficiente y restrictiva pueden propiciar el inicio de conductas obsesivas; entre las cuales se pueden mencionar: el ejercicio físico y los ayunos prolongados, excesiva preocupación de la imagen corporal, alteraciones del humor, así como síntomas depresivos. Esto se debe a que el cerebro es dependiente de la glucosa como fuente de energía porque utiliza más o menos el 20% de la ingesta calórica. Derivado de lo anterior, éstos actúan como desencadenantes del trastorno de la conducta alimentaria como la bulimia nerviosa.

En consecuencia, tanto los cambios familiares, escolares como enfermedades que provocan pérdida excesiva de peso; así como eventos vitales estresantes; especialmente el abuso sexual por las connotaciones negativas que repercuten a nivel de una experiencia corporal también es considerado como los factores desencadenantes de la bulimia nerviosa y de otras patologías.

- Alteraciones psicológicas, neurológicas, endocrinas y hormonales

Así mismo, los factores predisponentes individuales y familiares no resueltos, la permanencia de conductas socioculturales negativas y la desnutrición son las situaciones que provocan las alteraciones psicológicas. Por otro lado, el mantenimiento de conductas rígidas en relación con las dietas, los atracones y los vómitos inducidos son los que ocasionan alteraciones neurológicas, endocrinológicas y hormonales, que sostienen un funcionamiento cerebral que altera el control del hambre, la saciedad, los cambios emocionales y el rendimiento intelectual. Por lo anterior, el joven pone en duda sus ideas sobre la alimentación y su imagen corporal, lo que puede obstaculizar el cambio de dichas conductas patológicas.

Otras situaciones que favorecen el mantenimiento del trastorno, es el aislamiento social, los mensajes críticos con relación a la patología y la búsqueda de ayuda médica. Así mismo, el entorno familiar conflictivo que favorece los aspectos negativos no resueltos; las peleas entre padres e hijos para que modifique su conducta, que en la mayoría de los casos pueden ocasionar vergüenza y culpa entre éstos; circunstancias que pueden hacer reaccionar al adolescente con irritabilidad e inestabilidad emocional. Sin embargo, esta patología adquiere un papel protagónico y de motivación familiar que los mantiene unidos y que actúa como mantenedor de esta conducta alimentaria.

- Autoestima y control emocional

Ahora bien, estas conductas no solo están relacionadas con el control del peso y la alimentación sino también con áreas personales profundas, como la autoestima pues no logra verse con su ideal de perfección y con el control interno porque constantemente tiene reacciones emocionales. De tal manera, que cuando el joven inicia una dieta cree que es fácil y que la pérdida de peso es cuestión de fuerza de voluntad; y, cuando no alcanza su objetivo experimenta culpa, impotencia y desvalorización de sí mismo, estos sentimientos de insatisfacción y baja valía también son un factor predisponente en el desarrollo del trastorno.

- Circulo vicioso

Así mismo, en el caso del trastorno de la bulimia nerviosa se establece un círculo vicioso hacia la ingesta compulsiva seguida de la conducta purgativa o vómito; estos potencian la baja autoestima y aumenta la preocupación sobre el peso; lo que a su vez facilita la restricción como mecanismo de control. Así, cuando aparece la sensación de hambre el sujeto pierde el control; hace su aparición la ansiedad, perdiendo éste el objetivo de mantener la dieta restrictiva y nuevamente los episodios de sobreingesta, manteniéndose así el círculo vicioso. En consecuencia, si la bulimia nerviosa no se aborda adecuadamente puede convertirse en una enfermedad crónica.

3.2 Bulimia Nerviosa

De acuerdo con Núñez y Ortiz (2010), la palabra bulimia se define de la siguiente manera: “Hambre insaciable de comida. Puede tener causas fisiológicas o ser principalmente un trastorno psicológico o ambos” (p.61) La bulimia nerviosa, es un trastorno de la conducta alimentaria asociado a otros trastornos como el de atracones y la anorexia nerviosa. Estas patologías, según Serra (2015), han alcanzado una incidencia alarmante por la gravedad de otra patología asociada y la resistencia al tratamiento; constituyéndose en la actualidad la tercera enfermedad crónica entre el género femenino adolescente y juvenil en la mayoría de las sociedades occidentales y desarrolladas.

Aproximadamente en los años setenta, se logra tener una visión integradora sobre esta patología, tomando en consideración factores psicológicos, biológicos y sociales, que en conjunto deben de confluir para el inicio de esta enfermedad. El autor arriba mencionado, señala que la bulimia nerviosa, es un desorden alimenticio que se caracteriza cuando el sujeto muestra una preocupación excesiva y distorsionada de su peso, figura e imagen de sí misma. Principalmente puede manifestar episodios secretos, excesivos y recurrentes de ingesta de alimentos, atracones; luego de conductas compensatorias como; vómitos, abusos de purgas, laxantes, diuréticos o la imposición de dietas restrictivas; así como de ejercicio excesivo.

Así mismo, para lograr objetivos óptimos en los pacientes con este trastorno de la conducta alimentaria, bulimia nerviosa; es necesario realizar un diagnóstico certero y apropiado para combatir esta temida y aprobada enfermedad en la sociedad.

3.2.1 Diagnóstico de la bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa también llamada “síndrome bulímico”, tiene características tales como alimentación anormal, con períodos de ingesta excesiva, luego de conductas compensatorias para suprimir las calorías adquiridas. Seguidamente, el sujeto puede experimentar irritabilidad, tristeza y autocompasión o vergüenza; derivado de ingestas de comida desproporcionada o restrictiva iniciando nuevamente en un círculo vicioso.

De acuerdo con Jarne y Talarn (2015), refieren algunas diferencias encontradas en los estudios epidemiológicos en los criterios diagnósticos utilizados y los inconvenientes para definir el episodio de “ingesta voraz”. Derivado de lo anterior, algunos investigadores son del criterio de que los episodios deben estar bien delimitados; tomando en cuenta la cantidad de comida y el tiempo invertido. Mientras los otros, opinan que los sentimientos asociados a la falta de control deben prevalecer ante el diagnóstico sobre la cantidad de comida ingerida. Sin embargo, para la mayoría de éstos también deben delimitarse la recurrencia de las grandes ingestas como de las conductas purgativas; situación que consideran no se ha respetado.

3.2.2 Criterios diagnósticos

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (2014), los criterios de diagnóstico para esta patología son los siguientes:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
 - C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
 - D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
 - E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (p.345)

3.2.3 Características diagnósticas

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (2014), refiere las características principales de la bulimia nerviosa:

Hay tres características principales de la bulimia nerviosa; los episodios recurrentes de atracones (Criterio A), los comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso (Criterio B), y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal (Criterio D). Para realizar el diagnóstico, los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados deben producirse, de promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses. (Criterio C). Un “episodio de atracón” se define como la ingestión, en un período determinado de tiempo,

de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en circunstancias parecidas (Criterio A 1). El contexto en el cual se produce la ingesta puede condicionar la valoración del clínico acerca de si ésta es excesiva (p. 345-346)

A continuación, la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10 (2010), presenta todas las alteraciones que constituyen pautas diagnósticas estrictas para la bulimia nerviosa, tal y como se indican:

- a) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- c) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase de transitoria amenorrea (p.96)

De acuerdo con lo anterior, estas son las herramientas de diagnóstico, el instrumento principal y avalado por especialistas útiles para identificar los trastornos de la conducta alimentaria, como la bulimia nerviosa.

3.2.4 Sintomatología

Según Caballo y Simón (2013), presentan algunas de los síntomas característicos de la bulimia nerviosa; entre ellos se pueden mencionar los síntomas conductuales, cognitivos y fisiológicos:

- Síntomas conductuales

A continuación se describen las conductas alimentarias así; atracones de comida a escondidas, al menos dos veces a la semana; dieta restrictiva, provisión de comida, ingesta de comida de otros, sin preocupación y negando la evidencia, también el consumo de bebidas en grandes cantidades como café, leche, y de cola “light”; así como, uso excesivo de chicles sin azúcar y de cigarrillos para disminuir la ansiedad de comer, consumo impulsivo de alimentos congelados, desechos de la basura o comida de animales de compañía y rechazo de comidas sociales.

Así mismo, es importante agregar los síntomas de las conductas destinadas a compensar atracones y pérdida de peso; tales como vómitos autoprovocados, rechazo de tragar la comida escupiéndola; también, el uso masivo de diuréticos, anorexígenos, laxantes y a veces enemas salinos. Además, dentro de estas conductas se puede mencionar el aumento de ejercicio físico para incrementar el gasto energético. También están relacionadas los síntomas conductuales a los estudios y el trabajo; como aumento aparente de las horas de actividades útiles y de estudio. Así como, descenso en el rendimiento y ausentismo escolar y laboral.

Por otro lado, estos síntomas conductuales se manifiestan cuando el paciente disminuye las horas de sueño y presenta dificultad para levantarse al día siguiente; mostrando irritabilidad y alteraciones de humor, se aísla del contexto familiar, saliendo de casa por tiempo ilimitado, mantiene en desorden su dormitorio, ropa e higiene, miente para evitar confrontaciones y sustrae objetos inútiles, dinero y comida.

Sin embargo, su vida social es intensa e indiscriminada con intervalos de aislamiento, sostiene relaciones sentimentales intensas, inestables o las evita. Por otro lado, en sus relaciones sexuales de pareja puede fluctuar de ninguna hasta cierta promiscuidad; también entre sus amigos puede comportarse agresivo ocasionando problemas; por lo que regularmente cambia de amistades. Al mismo tiempo, dentro de estos síntomas conductuales en la bulimia nerviosa es importante señalar el acceso al consumo de sustancias tóxicas como el alcohol y drogas en exceso en situaciones sociales en detrimento de su bienestar físico.

- Síntomas cognitivos

Para continuar, se presentan los síntomas cognitivos de la bulimia nerviosa; los cuales se caracterizan por temor a subir de peso y deseo compulsivo de perderlo, distorsión de la imagen corporal, negación total o parcial de la enfermedad, sensación persistente de apetito voraz y ansias de más comida. Además, sueños recurrentes de atracones, falta de concentración y dificultad en el aprendizaje, pensamiento dicotómico de todo o nada, miedo de sus reacciones impulsivas y pérdida del control, sensación de ansiedad difusa y envolvente, pensamientos y sentimientos depresivos, sensación constante de culpa y facilidad para responsabilizar a otros.

También se puede agregar dentro de estos síntomas cognitivos, baja autoestima personal, física y a veces moral, persistente vacío existencial, sentimientos de inutilidad y aislamiento social, fijación de metas por encima de sus habilidades. Además, conflictos de sensaciones, emociones y sentimientos, alteraciones del humor y del estado de ánimo; así como, intensa lucha entre aspectos positivos y negativos de su personalidad.

- Síntomas fisiológicos

Seguidamente, se presentan los síntomas fisiológicos de la bulimia nerviosa; hipopotasemia, hiponatremia, hipoclorémica, alcalosis metabólica, deposiciones fecales, pérdida del esmalte dental, incremento de la saliva, especialmente de la glándula parótida, en la mano puede observarse callos o cicatrices y en la mujer puede haber retrasos menstruales “amenorrea”. Así mismo, es

necesario resaltar que además de este bagaje de síntomas conductuales, cognitivos y fisiológicos, se deben agregar las psicopatologías asociadas, que éstos padecen entre uno o varios trastornos.

3.2.5 Psicopatologías asociadas

De acuerdo con Jarne y Talam (2015), indican que los sujetos que padecen un trastorno de la conducta alimentaria como bulimia nerviosa, en su mayoría presentan la depresión como trastorno principal. Sin embargo, también se suma a este con puntajes altos las escalas de ansiedad.

- Trastorno depresivo

Derivado de lo anterior, los estudios psicopatológicos y familiares, así como los marcadores biológicos revelan la relación entre la bulimia y los trastornos afectivos; aunque continua la discusión si se trata de una depresión primaria, o si la bulimia es la manifestación de un trastorno afectivo subyacente o si se trata de una depresión secundaria y sus consecuencias sintomáticas.

- Trastorno de ansiedad

Así mismo, es de considerar que cuando el sujeto bulímico está en crisis; los períodos agudos de atracones y vómitos siempre están acompañados de un estado emocional ansioso; antes de perder el control y en el inicio del atracón, éste puede presentar sentimientos de excitación, tensión y un ansia de comer irresistible. Por ello, las pacientes piensan que es la ansiedad la emoción que las descontrola y las lleva al atracón. En consecuencia, en la mayoría de los casos de bulimia nerviosa se presentan algunas complicaciones médicas que es necesario conocer para tener una visión clara sobre lo que esta enfermedad puede ocasionar en las adolescentes.

3.2.6 Complicaciones médicas

A continuación, Jarne y Talam (2015), refieren que la presente sintomatología es inespecífica y que no permite la identificación del trastorno por lo síntomas; pero en la mayoría de los pacientes pueden manifestar apatía, fatiga, irritabilidad y alteraciones del sueño perjudiciales en el rendimiento escolar o laboral, así como el descuido personal. En los primeros estadios es posible que exista una pequeña distensión abdominal con estreñimiento, hipertrofia de las glándulas parótidas, aunque se desconoce si la causa sea el abuso de carbohidratos y de alteraciones electrolíticas (glándulas salivales cuya función es lubricar la cavidad oral ayudando a mantener en buen estado la cavidad bucodental) y pérdida del esmalte dental.

Derivado de las conductas recurrentes en los vómitos autoinducidos se hacen evidentes erosiones en encima de las manos, evidencia importante en la detección de la bulimia nerviosa. Además, edemas en algunas extremidades (hinchazón por retención de líquido en algunas partes del cuerpo). También existe una complicación cardiovascular llamada hipopotasemia, derivado de las conductas purgativas que llevan a la pérdida de potasio a través de las deposiciones fecales y de los vómitos inducidos. Las pacientes bulímicas pueden presentar alteraciones endocrinas, amenorrea o irregularidad menstrual; así como, tasas bajas de estradiol y de progesterona.

Con respecto al área psicológica, se considera apropiado intervenir este tipo de psicopatologías complejas desde un enfoque profesional como la terapia cognitiva, la cual cuenta con la experiencia en el ámbito clínico y académico desde sus inicios. Así mismo, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), refieren que esta terapia sustenta un marco conceptual coherente para diferentes trastornos; y técnicas de intervención para el abordaje de las alteraciones emocionales, conductuales y cognitivas que presente el paciente.

Además, es una de las orientaciones psicoterapéuticas que mayor número de investigaciones ha generado; psicoterapia que cuenta con todos los elementos necesarios para obtener resultados en forma efectiva, proporcionando al paciente las habilidades sociales que le permitan al joven retomar el ámbito de su vida social; entre otros.

3.3 Terapia cognitiva

Es importante señalar, que luego de considerar el diagnóstico para el trastorno de la conducta alimentaria, bulimia nerviosa en la adolescencia puede tomarse en consideración la intervención desde la terapia cognitiva con el propósito de que el sujeto alcance cambios estructurales de pensamientos y una visión real de su imagen corporal.

3.3.1 Conceptos teóricos fundamentales

La génesis de la terapia cognitiva se puede establecer durante los años 60, con el aporte de Aaron Beck sobre la depresión, este nuevo enfoque está afianzado en observaciones de la práctica clínica y académica lo cual, se evidencia a través de un marco conceptual congruente en la atención a los pacientes que presentan sintomatología relacionada con problemas emocionales; así como el proceso terapéutico a través de un conjunto de técnicas de intervención, siendo este el que cuenta con mayor número de investigaciones sobre su efectividad y viabilidad.

Así mismo, Beck, Rush, Shaw y Emery (2010), agregan que el aporte de Ellis a través de la Terapia Racional Emotiva Conductual fue relevante ya que tomó en cuenta todos los componentes; además de su revolucionario aporte sobre la actitud del terapeuta; la cual debe ser activa y directiva principalmente. Además, propuso el diálogo socrático útil para debatir los pensamientos distorsionados, los cuales son considerados como determinantes de los síntomas del sujeto.

Derivado de lo anterior, Beck, Rush, Shaw y Emery (2010), conceptualizan la terapia cognitiva como;

Un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.) Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo

que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores (p.13)

Cabe señalar, que el objetivo primordial de esta terapia es identificar las distorsiones cognitivas del sujeto y también los conflictos externos relacionados con su malestar. Para alcanzar este objetivo, el terapeuta cognitivo interviene activamente, explorando las experiencias psicológicas del paciente; mediante las cuales, se pretende eliminar las creencias y disminuir los síntomas disfuncionales; así como, que éste aprenda las habilidades que serán de utilidad para corregir dichas distorsiones cognitivas, constituyendo éstas en herramientas habituales, actitudes y maneras de funcionar más adaptativas y racionales.

De acuerdo con Ruiz, Diaz y Villalobos (2012), refieren que esta teoría cuenta con la integración de variables cognitivas, conductuales, emocionales y otros aspectos del contexto social. Para ello, la psicoterapia cognitiva puso énfasis a la comprobación, validación, la investigación de sus teorías, así como la práctica clínica; herramientas útiles para la intervención de cualquier trastorno psicológico; así como, los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia y la bulimia nerviosa.

En conclusión, la terapia cognitiva prioriza los pensamientos que causan trastornos psicológicos en los jóvenes, tomando en cuenta, que en el trastorno de la bulimia nerviosa las distorsiones cognitivas que prevalecen en los adolescentes están relacionadas con la preocupación excesiva de su peso, figura e imagen corporal. Así mismo, dentro de estos esquemas cognitivos negativos podría existir una correlación con el sentimiento de búsqueda de aprobación de los modelos de autoridad, de sus pares y de su contexto social, además de la búsqueda de identidad que son factores por superar durante esta etapa del desarrollo.

Por otro lado, es relevante agregar que Caballo y Simón (2013), consideran que los trastornos de la conducta alimentaria, como la bulimia nerviosa y la anorexia deben abordarse desde un enfoque multidisciplinario debido a la complejidad de dichas patologías; por tal motivo, se deben realizar

análisis y evaluaciones de las fases médicas y psicológicas propias de las mismas; interviniendo en cada fase de manera apropiada por el personal idóneo en el área que le corresponde; formando un frente en común, con el propósito de proporcionar las herramientas y habilidades necesaria para que el adolescente pueda continuar desarrollándose con una visión más real y clara de la vida.

A continuación, se presentan las evaluaciones que según Caballo y Simón (2013), han sido analizadas como importantes dentro de las investigaciones realizadas por los expertos. Entre ellas se menciona; la entrevista clínica, la cual consiste en la elaboración de la historia clínica del paciente, información trascendente que se puede utilizar en el procedimiento; para luego, sacar conclusiones sobre el origen y mantenimiento del trastorno. Así, datos a recopilar como; historia del trastorno, cuando y como apareció, peso actual, ingesta y proporción actual de los alimentos.

Así mismo, que metodología ha utilizado para perder peso, existencia de atracones, historial del ciclo menstrual, de actividades, de relaciones interpersonales y familiares o consecuencias adversas y aislamiento social. También, presencia de patologías médicas, psicológicas o psiquiátricas anteriores a éste.

Además, solicitud de datos sobre aspectos conductuales y actitudinales como; rituales alimenticios dentro y fuera de casa, restricción de alimentos, actitud hacia la propia enfermedad (negando la existencia de ésta). así como, se evaluarán las áreas psicológicas como; nivel de consciencia de la patología, pensamiento dicotómico, distorsión de la imagen corporal, obsesiones, ansiedad, angustia y alteraciones del estado de ánimo.

Es importante resaltar la utilidad de los cuestionarios y escalas en esta patología. De acuerdo con Caballo y Simón (2013), presentan los instrumentos de autoinforme más utilizados en la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria; Inventario de bulimia, de Edimburgo; se utiliza para recopilar información sobre conductas y sentimientos relacionados a la alimentación y prácticas purgativas. También, el Inventario de trastornos de la alimentación, el cual evalúa la valoración cognitiva y nivel de insatisfacción personal, así como el Cuestionario sobre la silueta corporal, este

informa el nivel de insatisfacción sobre la imagen corporal y, por último, la prueba de actitudes sobre el cuerpo que mide el nivel de satisfacción corporal.

Se puede agregar, que durante esta exploración física se emplean medidas antropométricas, mediante las cuales se obtiene una tabla general del estado de nutrición del paciente; el peso, la talla, y el índice de masa corporal. Entre los constantes vitales; temperatura, tensión arterial y frecuencia cardiaca. Otros aspectos para evaluar en pacientes bulímicos; piel reseca y en color naranja, vello muy fino, alopecia, uñas quebradizas, edemas, hematomas y alteraciones musculares.

De igual manera, el adolescente debe realizar los siguientes exámenes físicos entre ellos; hemograma, anomalías hidroelectrolíticas, alteraciones bioquímicas, electrocardiograma, alteraciones endocrinológicas, inmunológicas. También, exámenes sobre las alteraciones del aparato genital interno y las alteraciones óseas y otros que su médico tratante le indique.

Derivado de lo anterior, Ruiz, Diaz y Villalobos (2012), presentan el legado de técnicas cognitivas, las cuales han tenido excelentes resultados ya que con éstas se pretende disminuir los síntomas emocionales, modificar sus pensamientos y conductas que le provocan malestar psicológico; esto le permitirá al adolescente adquirir estrategias, habilidades y una filosofía de vida realista y saludable.

A continuación, se presentan las técnicas de la Terapia Cognitiva utilizadas por los profesionales de la salud mental en el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria, bulimia nerviosa y de las patologías asociadas:

3.3.2 Técnicas de aplicación de la terapia cognitiva

De acuerdo con Ruiz, Diaz y Villalobos (2012), existen diversidad de técnicas cognitivas de uso apropiado para la intervención de las principales alteraciones conductuales, cognitivos y emocionales del trastorno de la conducta alimentaria, bulimia nerviosa; y de cualquier otro

trastorno psicológico asociado. Psicoterapia que cuenta con todos los elementos necesarios para obtener resultados a corto, mediano y largo plazo.

- Técnicas conductuales

A través de estas técnicas el terapeuta cognitivo busca como objetivo principal conseguir la modificación de los pensamientos negativos que influyen en las emociones, en las motivaciones y en las conductas del adolescente; estas herramientas permiten que éste pueda realizar experimentos para comprobar la autenticidad de sus creencias y de esa manera pueda identificar aquello que en algún momento creyó que no era capaz de hacer.

De acuerdo con Ruiz, Diaz y Villalobos (2012), estas técnicas son programación de actividades, su objetivo es crear conjuntamente un itinerario de actividades diarias con metas realistas para que el adolescente obtenga pruebas de que tiene la capacidad de realizarlas y puede estructurar su tiempo. Así, role playing, sirven para ensayar conductas a realizar y también para que compruebe sus pensamientos automáticos que no necesariamente son una realidad, sino que existen alternativas diferentes para elegir. También, técnicas de afrontamiento, su objetivo primordial la modificación de pensamientos disfuncionales.

Entre otras, la terapia cognitiva cuenta con las técnicas de control de estímulos, se utilizan para mejorar la calidad del sueño, dificultad que se presenta con los trastornos de la depresión y la ansiedad; también, relajación, exposición graduada, control de la respiración y entrenamiento asertivo.

- Técnicas emotivas

Estas herramientas son aplicadas por el psicoterapeuta con el propósito de entrenar a través de un modelado; especialmente cuando éste experimente un desbordamiento de la emoción y sienta la necesidad de controlarse. La técnica de inducción de autocompasión es aplicable en aquellas personas que les cuesta expresar sus sentimientos y llorar, inducción de cólera; sirve para expresar experiencias negativas que provocan enfado; distracción externa (t.v., leer un libro); se puede

aplicar para aliviar sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad concentrándose con todos sus sentidos y mantener la distracción hasta que disminuya el malestar.

Dentro de este grupo, se encuentran otras técnicas como; hablar de los sentimientos; se aplica para disminuir el sentimiento de tristeza, evitar hablar de lo mismo para que no se mantenga el sentimiento por más tiempo y la técnica de análisis de responsabilidad; disminuye los sentimientos de culpa, provocados por la creencia de que éste es responsable de la conducta de otros.

- Técnicas cognitivas

Estas técnicas son aplicables para favorecer el diálogo socrático a través del cual el adolescente puede identificar y modificar esos pensamientos distorsionados que no le permiten visualizar la realidad; para este fin, mediante el autorregistro y el descubrimiento guiado a través de éstas se logran detectar y cuestionar esas creencias que están obstaculizando su desarrollo integral. Entre ellas se pueden mencionar; técnicas de reatribución, de conceptualización alternativa y las técnicas basada en la imaginación se aplica para detectar, detener y modificar imágenes desagradables.

Así mismo, se pueden agregar las siguientes; repetición continuada, esencial para reducir síntomas emocionales recurrentes; proyección temporal, con ésta se pretende lograr objetividad modificando el tiempo del acontecimiento negativo; imaginar metáforas, contribuye a visualizar alternativas de una situación, parada de imágenes catastróficas, imaginación inducida, repetición de metas; aplicables para facilitar la ejecución de tareas a través de la repetición de estas.

También, la imaginación positiva, ayuda a crear fantasías e imágenes positivas y reducir el tiempo de aquellas que son negativas; imaginación como estrategia de coping, entrenamiento para afrontar diferentes situaciones a través de la imaginación, de menor intensidad hasta lograr alcanzar un nivel amenazante; visualizando diferentes finales.

Así como las tareas en casa; forma parte integral de esta terapia es componente básico para el éxito de esta, pues a través de ella se logra recopilar los datos sobre cómo afronta sus problemas en casa y sus pensamientos automáticos; de esa cuenta, se podrán utilizar para rebatir o comprobar la

validez de éstos; dicha información será de utilidad para estructurar las siguientes sesiones de trabajo. Pues, el objetivo último es que el adolescente pueda adquirir la capacidad de guiar su conducta, organizar su tiempo y sus actividades.

Luego de conocer las técnicas cognitivas, es evidente que contiene una serie de instrumentos que pueden ser aplicados por el profesional de la salud para abordar el tratamiento de la conducta alimentaria conocido como bulimia nerviosa ya que contiene las herramientas necesarias para cubrir las áreas emocionales, conductuales y cognitivas del paciente, áreas que están estrechamente asociadas a los síntomas que presenta el adolescente con este diagnóstico.

3.3.3 Propuesta de tratamiento para el abordaje del trastorno de bulimia nerviosa en adolescentes

Con base en la investigación se plantea un abordaje desde la perspectiva psicológica con relación a un existente cuadro clínico del trastorno de la conducta alimentaria, la bulimia nerviosa. Es importante aclarar que cada persona puede experimentar síntomas extremos y en otros más tolerables; por ello, se debe elaborar un plan de tratamiento acorde al nivel de malestar que el paciente presente; tomando como base la sintomatología y los factores de riesgos; así como, las patologías asociadas, las condiciones médicas y psiquiátricas.

Derivado de lo anterior, es conveniente realizar una serie de pasos que orienten al psicoterapeuta a estructurar un plan de tratamiento, con la recomendación de que este debe evaluar, analizar y reestructurar las veces que sea necesario dicho proceso con el fin de que el paciente reciba las herramientas necesarias para lograr un resultado favorable. así:

- Fase de pretratamiento

Se inicia con la fase de psicoeducación, espacio que no es únicamente para informar al paciente sino crear una alianza terapéutica entre terapeuta y paciente; a través de una comunicación sencilla, asertiva y de aceptación incondicional. Dicha información debe relacionarse con las características

de la bulimia nerviosa, los mitos, las creencias e ideas erróneas sobre la conducta alimentaria, los riesgos físicos y psicológicos que esto conlleva; así como explicar a través de diapositivas las consecuencias adversas del abuso de los laxantes, purgas u otras sustancias ilícitas.

Por otro lado, es conveniente que la paciente reciba atención médica especializada que evalúe su estado físico y nutricional; así como, psiquiátrico por los daños ocasionados debido al trastorno alimenticio bulimia nerviosa y que conlleve un tratamiento paralelo con medicación; información cruzada que debe mantenerse durante el proceso terapéutico.

Además, durante las primeras sesiones es conveniente integrar a los responsables del adolescente y presentar el plan de tratamiento que se llevarán a cabo con éste, con el propósito de que tanto familiares como paciente se comprometan y colaboren en el mismo, haciendo énfasis en las dificultades que pueden presentarse al inicio de este proceso; con estas indicaciones se pretende motivar al paciente, disminuir su temor, ansiedad y estrés de las primeras sesiones y así promover la solidaridad y apoyo de los familiares.

- Fase de tratamiento

En esta fase, se propone iniciar con la reestructuración cognitiva es una técnica que es aplicada exitosamente para identificar pensamientos distorsionados relacionados con la imagen corporal, peso y alimentación a través del diálogo socrático; se pretende con ello, que el adolescente se cuestione dichas distorsiones. Por ello, es importante entrenarlo para que aprenda a identificar esos pensamientos a través del autorregistro diario sobre situaciones que le disparen ansiedad y le detonen síntomas depresivos y con esos datos pueda validar el grado de interpretación que le da a los mismos y buscar alternativas más realistas.

Durante este proceso, se podrán ver mejoras graduales en el cambio de creencias, así como en los estudios, autoestima y en otras áreas importantes del paciente. Así mismo, entrenamiento en habilidades sociales es una estrategia de intervención cognitiva conductual, aplicable para mejorar las relaciones interpersonales, potencializa la comunicación no verbal, solución de problemas y superar la timidez; todas ellas aportan herramientas para mejorar la actuación social del paciente.

Contribuye a iniciar y mantener conversaciones asertivas, enfrentar situaciones de estrés no necesariamente relacionadas con el trastorno de la bulimia nerviosa.

La falta de estas habilidades está asociada a infinidad de conflictos emocionales y de adaptación; para ello, se realiza una autoobservación y registro semanal de la propia conducta del paciente con el propósito de que haga consciencia de su funcionamiento y se sienta motivado al cambio.

Es importante señalar, que este entrenamiento en habilidades está relacionado con las conductas aprendidas a través de las técnicas, las cuales practica e integra el paciente a su vida; entre ellas: ejercicios de relajación, para reducir la ansiedad, reestructuración cognitiva, y el entrenamiento de solución de problemas. Este entrenamiento tiene técnicas específicas según sus componentes básicos, las cuales el psicoterapeuta debe seleccionar según las características del paciente.

También, en el entrenamiento en relajación, existen diversidad de técnicas las cuales son recomendables para disminuir el estrés y la ansiedad; especialmente en este tipo de patología, entre ellas están; las técnicas activas como la relajación progresiva o pasiva y control de la respiración. Sin embargo, el psicoterapeuta deberá elegir la más idónea según la sintomatología que presente el sujeto tomando como base la dificultad en el aprendizaje de éste. Así como, su criterio personal para la aplicación de esta técnica antes o después de las fases propuestas anteriormente.

Por otro lado, la técnica de exposición a la visión del cuerpo en el espejo, pertenece a la técnicas cognitivas de la exposición guiada; permite que la paciente conozca su cuerpo y aprenda a visualizarlo en forma real; exponiendo su cuerpo en el espejo parte por parte o a través de una fotografía; pudiendo expresar con libertad lo que siente y piensa; se anotara de 0 a 10 cuanta molestia le provoca y luego se continuará ensayando el debate de distorsiones cognitivas al respecto, buscando alternativas reales de la misma; no se pasará al siguiente nivel si éste no se supera.

Como consecuencia de lo anterior, se trabajarán ejercicios de relajación según el nivel de ansiedad que manifieste el paciente en esta actividad. Este tipo de técnicas permiten que el paciente poco a

poco vaya aceptando su cuerpo y pueda exponerse más adelante en otras situaciones, en casa y en lugares públicos. Para la aplicación de esta técnica es conveniente que el psicoterapeuta evalúe y revise el material existente para determinar si el paciente se encuentra en condiciones para el abordaje de este tipo de entrenamiento.

Sin embargo, dentro de la literatura revisada se evidencia que el área más complicada de trabajar en las personas con un trastorno de la conducta alimentaria tanto anorexia como bulimia nerviosa es la aceptación de la imagen corporal; para ello, también se recomienda la aplicación de la técnica del ajuste de la silueta, de igual manera se estructuran las sesiones paso a paso; se utilizará un rollo de papel y lápiz; primero dibujando ella misma algunas partes de su cuerpo y luego el terapeuta la silueta completa así la paciente tiene la oportunidad de observar realmente las dimensiones de éste; con el fin, de que el sujeto consiga estimar cada una de las partes de su figura y logre mayor satisfacción personal.

Se presenta además la técnica de resolución de problemas; la cual es muy útil ya que la mayoría de las veces las personas con este trastorno tienden a resolver sus conflictos a través de la comida, buscando reducir su malestar emocional y no la situación que les genera el problema. Para ello, Ruiz, Diaz y Villalobos refieren que a través de las auto instrucciones el sujeto puede llegar a identificar la verborrea interna que no le permite abordar adecuadamente sus conflictos; con esta herramienta el paciente logrará detenerse, pensar y planificar antes de actuar.

Luego, con la técnica del autorregistro deberá anotar cual es el problema; luego continuar registrando posibles soluciones; buscando en éstas los pros y los contras (positivo/negativo); y así optar por alternativas más adecuadas a favor de sí mismo; y por último poner en marcha la decisión elegida. Si no se alcanza los objetivos al principio, no importa, empezar de nuevo con el proceso.

Sin embargo, con esta técnica se pretende que el adolescente aprenda las estrategias específicas no solamente para solucionar sus problemas; sino que también le sirva para establecer estructuras relacionadas con los alimentos, ejercicio y la administración de medicamentos entre ellos: horarios, actividades y selección de alimentos; todo ello coordinado a través de la información cruzada que

se debe mantener con los otros profesionales de la salud. El desarrollo de estas habilidades disminuirá su ansiedad ante posibles conflictos, favorecerá la autorregulación de las conductas, potenciará su confianza en sí misma y consolidará el cambio y compromiso.

No obstante, el psicoterapeuta decidirá en qué momentos durante este proceso, integrará a los familiares encargados del adolescente con el propósito de que éstos se involucren activamente en éste, por la supervisión que se lleva a cabo por parte de éstos, así como para evaluar la dinámica familiar y poder abordarla efectivamente en beneficio de ambas partes.

- Post tratamiento

Dada la complejidad de este trastorno, es conveniente que la paciente participe en terapia de grupos con el propósito de fomentar su apertura al contexto social e interactuar con sus pares; así como, conocer otras historias de vida para que logre concientizar su estado actual y le motive a cambiar. En Guatemala, únicamente existe un grupo cerrado llamado Comedores Compulsivos Anónimos, su programa está basado en los 12 pasos de alcohólicos anónimos; reciben a personas de diferentes edades y que deseen dejar de comer compulsivamente, anoréxicos y bulímicos; sin ningún costo se reúnen dos veces por semana.

Dentro de este programa, utilizan una herramienta de recuperación de nueve pasos, el cual consta de; un plan de comidas, reuniones, teléfono, escritura, literatura del libro Solo por hoy, plan de acción, anonimato, servicio y apadrinamiento. Únicamente pueden ingresar a este grupo personas que tengan un padrino y no se proporciona ninguna información adicional que la que se encuentra en alguna red social.

Al finalizar la fase de tratamiento, es conveniente que el terapeuta, evalúe y analice el progreso del paciente; principalmente en el área psicológica, pero también en el área psiquiátrica y nutricional y verificar los logros obtenidos de los objetivos iniciales de este proceso; con base en ello, debe tomar la decisión de la temporalidad para iniciar con las sesiones de mantenimiento. Así mismo, informar al paciente de los cambios y dejar establecido una comunicación abierta en caso de una

emergencia. También durante estas sesiones se evaluarán las habilidades adquiridas y con ello, evitar las recaídas que podrían poner en peligro la evolución del paciente.

Al final de esta investigación, es importante resaltar y señalar que esta propuesta contiene datos científicos y confiables que respaldan esta propuesta terapéutica que pretende orientar a cada psicoterapeuta de la responsabilidad de elaborar un plan terapéutico específico para cada paciente y que este contribuya al bienestar integral para poder reintegrarse a la sociedad con habilidades y herramientas funcionales de afrontamiento.

4. Discusión de resultados

El presente artículo expone que la bulimia nerviosa ha alcanzado una incidencia alarmante por la gravedad de otra patología asociada y la resistencia al tratamiento, constituyéndose en la actualidad la tercera enfermedad crónica entre el género femenino adolescente y juvenil en la mayoría de las sociedades del mundo. Es decir, esta población continúa siendo el foco de vulnerabilidad para este tipo de patologías.

Por otro lado, entre los hallazgos encontrados la neurociencia señala el descubrimiento de que el cerebro continúa evolucionando aun después de la infancia, que madura a través de las circunstancias que le rodean lo que reafirma la influencia del contexto social; así como, la creencia de que las conductas de los adolescentes están causadas por la excesiva presión de las cargas hormonales, sino que también hay que tomar en cuenta los cambios neuronales.

En consecuencia, se logra determinar que los factores de riesgo biopsicosociales influyen directamente en las conductas patológicas del adolescente con este síndrome. Así como, biológico; cuando en esta etapa el cerebro del adolescente todavía se encuentra en una fase de maduración física y psicológica, aunado a una alimentación restrictiva y sin nutrientes que incapacita al sujeto a que pueda elegir acciones responsables.

Así como, que los factores predisponentes individuales y familiares no resueltos, la permanencia de conductas socioculturales negativos y la desnutrición son las situaciones que provocan las alteraciones psicológicas; así como el mantenimiento de conductas rígidas en relación con las dietas, atracones y vómitos autoinducidos los cuales originan alteraciones neurológicas, endocrinológicas y hormonales; ya que éstos sostienen el funcionamiento cerebral.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (2014), expone que del Trastorno de la conducta alimentaria la bulimia nerviosa y algunos hallazgos de estudios epidemiológicos relacionados con los inconvenientes para definir el episodio de “ingesta voraz” se relaciona con investigadores que le dan mayor importancia a la cantidad de comida y el tiempo

invertido y otros opinan que los sentimientos asociados a la pérdida de control deben prevalecer ante el diagnóstico por lo que el delimitar la recurrencia de las sobreingestas como de las conductas purgativas, es un aspecto importante que debe seguir tomando en cuenta.

Por lo anterior, se concluye que por ser este tipo de patologías especialmente complejas y que a la fecha no se han logrado unificar dichos criterios; es conveniente continuar buscando acuerdos para establecer un criterio en común en beneficio de los pacientes con esta condición.

Derivado de lo anterior, se determinó que la Terapia Cognitiva Conductual es una de las terapias que abordan este tipo de trastornos demostrando una efectividad a lo largo del tratamiento en individuos que presentan esta patología. Dicho abordaje cuenta con herramientas efectivas que se van desarrollando a lo largo de toda la evolución del paciente logrando con estas establecer una conducta más adaptativa con el autoconcepto y la valía personal.

Esta investigación resulta ser un tema apasionado y complejo en donde hay mucho que investigar para continuar con esta labor de ayudar con más eficacia a las personas que lo necesitan ya que Guatemala, únicamente proporciona estudios basados sobre la desnutrición de su población infantil y juvenil y no refleja ninguna estadística sobre esta patología; ni existen propuestas para abordarlo a nivel nacional.

Conclusiones

Se determina cómo los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales influyen directamente en el trastorno de la bulimia nerviosa en adolescentes; debido a los cambios y profundas transformaciones de esta etapa del desarrollo. No obstante, el género femenino continúa siendo el foco de vulnerabilidad para esta patología y de otras patologías asociadas, así como de la cronicidad de esta.

Derivado de los aportes encontrados a través de la neurociencia, se concluye que debido a la inestabilidad emocional a nivel hormonal y neuronal por la que atraviesa el adolescente, así como los mensajes ambivalentes de una sociedad exigente y decadente; aunado a conflictos familiares y personales no resueltos, entre otros; la joven proyecta sus inseguridades en su imagen, autoconcepto, sexualidad y autoestima desencadenando conductas alimentarias distorsionadas como la bulimia nerviosa, por lo que no puede lograr un desarrollo integral que le permita responder a los retos de la vida. Por ello, es fundamental que estos pacientes reciban atención multidisciplinaria (psicológica, médica, nutricional y psiquiátrica).

De acuerdo con los resultados de la investigación se proponen las herramientas efectivas para el abordaje del trastorno de la bulimia nerviosa en adolescentes a través de la terapia cognitiva conductual pues ésta cuenta con aportes académicos y clínicos; así como, un sin número de investigaciones sobre su efectividad y viabilidad. También, proporciona un conjunto de técnicas especializadas de intervención terapéutica para abordar esta patología y otras patologías asociadas a ésta.

Luego de investigar sobre grupos de terapia para adolescentes con trastorno de bulimia nerviosa se logró determinar que, en Guatemala, no existen dichos grupos; únicamente un grupo cerrado de Comedores Compulsivos que agrupa a personas de diferentes edades en el cual ingresan solo aquellas que cuenten con un padrino.

En conclusión, se considera indispensable que se aborde este tema con responsabilidad y prontitud en Guatemala y que el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación promuevan campañas a nivel nacional; de información sobre la enfermedad, y concientización sobre los riesgos y consecuencias de la bulimia nerviosa.

Referencias

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* Arlington, V.A.: Médica Panamericana 5ª. Ed.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, Ed. Desclée De Brouwer.
- Caballo, V. y Simón, M. (2013) *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente Trastornos generales*. Ed. Pirámide, Madrid, España.
- Celma J. y Abella F. (2012). *Neurología de la impulsividad*. Ed. Universidad de Lérida, Catalán, España.
- CIE-10 (1992). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*, Madrid. Ed. Médica Panamericana.
- Jarne A. y Talam A. (2015). *Manual de Psicopatología Clínica*. Ed. Herder <http://www.herdereditorial.com>
- Loran M. y Sánchez L. (2013). *Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón*. Ed. Amat, Barcelona
- Maestroleo A. y Pace P. (2017) *¿Come o no come? los desórdenes alimentarios*. Ed. Gedisa, S.A. Barcelona, España.
- Marina, J. (2014). *Bases neurológicas del nuevo paradigma adolescente*. Metamorfosis. Revista del Centro Reino Sofia sobre Adolescencia y Juventud No.1, Barcelona, España.
- Núñez, J. y Ortiz, M. (2010). *APA Diccionario Conciso de Psicología*. México, D.F.: Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Papalia, E. Feldman, R. y Martorell, G. (2017). *Desarrollo Humano*. México, D.F. McGraw-Hill Companies.
- Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Ed. Desclée De Brouwer.
- Serra, M. (2015). *Los trastornos de la conducta alimentaria*. Ed. Oberta UOC Publishing, Barcelona, España. <http://www.editorialuoc.com>