



# Etiología de la anorexia nerviosa

Autora: Andrea Álvarez Expósito

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Psicología y  
Logopedia. Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y  
Metodología

Tutores: María Concepción Cristina Ramos Pérez

Pablo García Medina

Universidad de La Laguna

Curso 2017-2018

## Índice

1. Introducción histórica del término.....	2-4
2. Modelos .....	4-8
2.1. Modelo demonológico.....	4
2.2. Modelo médico.....	4
2.3. Modelo psicoanalítico.....	5-6
2.4. Modelo conductual-cognitivo.....	6
2.5. Modelo sistémico.....	7
2.6. Modelo psicosocial.....	7-8
3. Criterios diagnósticos actuales.....	8-9
4. Prevalencia del trastorno.....	9-10
5. Etiología.....	10-22
5.1. Factores predisponentes.....	12-17
5.1.1. Factores biológicos y genéticos.....	12-13
5.1.2. Factores socioculturales.....	13-16
5.1.3. Factores psicológicos.....	16-17
5.2. Factores precipitantes.....	18
5.3. Factores mantenedores.....	19-22
5.3.1. Factores biológicos.....	19
5.3.2. Factores psicológicos.....	19-21
5.3.3. Factores socioculturales.....	22
6. Conclusión.....	22-24
7. Referencias.....	24-28

## **Resumen.**

Actualmente, los trastornos de la alimentación como la anorexia nerviosa, pueden ser entendidos, culturalmente, como una enfermedad debida a los ideales estéticos y a las presiones sociales, pero la realidad es que la anorexia es un trastorno psicopatológico que no se reduce solo a este hecho.

Desde la antigüedad se hicieron las primeras referencias a este trastorno, y su concepción nada tenía que ver con lo que hoy conocemos como anorexia nerviosa. Este término ha experimentado múltiples significados hasta la consideración actual centrada en un trastorno multifactorial donde tanto los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales intervienen en su aparición y posterior mantenimiento.

Palabras clave: anorexia nerviosa, trastorno, multifactorial, factores.

## **Abstract**

These days, eating disorders as anorexia nervosa, can be understood, culturally, as a disease due to aesthetic ideals and social pressures, but in fact, the truth is that anorexia nervosa is a psychopathological disorder that not only reduces to this fact.

Since ancient times, the first references to this disorder were made, and its definition had nothing to do with what we know today as anorexia nervosa. This concept has changed to the current consideration focused on a multifactorial disorder where biological, psychological and sociocultural aspects operate in its appearance and its treatment.

Key words: anorexia nervosa, disorder, multifactorial, factors.

## 1. Introducción histórica del término.

A pesar de que la anorexia suele asociarse a un trastorno propio del mundo occidental relacionado con variables socioculturales donde la presión social y los cánones de belleza marcan nuestra conducta, la anorexia es un trastorno alimentario con un largo recorrido histórico.

Desde los tiempos de Hipócrates se hacía referencia a la existencia de “cuerpos impuros” que no toleraban los alimentos. Posteriormente, en la Edad Media, la anorexia se caracterizaba por una connotación religiosa. La sintomatología era similar, pero su causa se atribuía a una rebelión contra la sociedad y una búsqueda de la pureza espiritual. El término “anorexia santa” hace referencia a lo que ocurría en esta época, pues se perseguía la pureza del alma, como un medio para acercarse a Dios (Fernández, 2012).

En la Edad Moderna el médico inglés Richard Morton, en su obra *A treatise of comsumptions* (1689) hizo alusión a la sintomatología principal de lo que denominó “consunción nerviosa” (Félix, Nachón y Hernández, 2003) entre lo que destacaba la pérdida de peso, amenorrea, estreñimiento e hiperactividad debido a una perturbación del sistema nervioso al igual que la tristeza o la ansiedad, lo que llevaba a una degeneración corporal (Fairburn y Brownell, 2002, citado en García de Castro, 2014).

La anorexia acabó relacionándose con la enfermedad de la época, la histeria, y en 1873, Charles Laségue la denominaría como “anorexia histérica o mental” asociándola a un trastorno nervioso relacionado con un trastorno digestivo. Laségue describió la enfermedad por fases, siendo la primera la restricción de los alimentos y un aumento de

su actividad física, la segunda, un aumento de la gravedad del estado mental y por último, la fase de adelgazamiento y deterioro físico, junto a otros síntomas como amenorrea, piel pálida, anemia y desmayos (Toro 1996, citado en García de Castro, 2014). Un año después, en 1874, William Gull la denominaría como actualmente se conoce, “anorexia nerviosa”. Sus descripciones de la enfermedad se considerarían las más completas hasta el momento y se convirtieron en pioneros en el estudio científico del trastorno.

El psiquiatra Jean-Martin Charcot, rechazaría la idea de la histeria como causante de esta trastorno, considerándola ahora como síntoma (Fernández, 2012), además haría referencia al miedo que tenían a engordar las personas que padecían de anorexia (García de Castro, 2014), aludiendo así a aspectos cognitivos que se mantienen hoy en día como aspectos característicos de la anorexia nerviosa.

Es en estos momentos cuando comienzan a hacerse latentes ciertas referencias al ideal de belleza debido a sucesos como la aparición del corsé, dando paso a una época donde se enfatizaba el cuerpo y la figura de la mujer (Fernández, 2012).

Entre los años 1930 y 1950, se dieron a conocer tratamientos hormonales para la anorexia debido a la creencia desde la rama médica de su etiología endocrina, y se explicó la causa de la inanición debido a una irritación intestinal, pero esta corriente fracasó y durante el siglo XX, la anorexia se convirtió en el foco de atención para psicoanalistas y psiquiatras (Fernández, 2012).

En el año 1961, Hilde Brunch, psiquiatra y psicoanalista hizo referencia a otro de los aspectos fundamentales de la anorexia, la distorsión de la imagen corporal, entendiendo

la enfermedad como una preocupación que tenían las personas por la comida (Bosque y Caballero, 2008). Además de estas nuevas aportaciones aparecerían otras variables bajo el desarrollo de las terapias familiares con autores como Minuchin (1978), estableciendo la importancia de la interacción familiar en el trastorno, señalando aspectos como el aglutinamiento, la sobreprotección, la rigidez y la evitación de conflictos (Bosque y Caballero, 2008).

En el siglo XX la anorexia nerviosa obtendría la denominación de patología mental, por lo que su tratamiento respondería a las técnicas de la psiquiatría. A pesar de que existieron autores que apoyaron una explicación endocrina de la enfermedad, el punto de vista psiquiátrico fue el que perduró hasta la década de los noventa, momento en el que se llevó a cabo el desarrollo de las teorías e investigaciones de corte psicológico, que continúan vigentes en la actualidad (Fernández, 2012).

Es por ello fundamental un mayor acercamiento a la evolución del concepto de la anorexia y a las teorías explicativas del término para conocer así las diferentes aportaciones realizadas a lo largo del tiempo y aquellos factores que propician su desarrollo profundizando así en su etiología.

## **2. Modelos explicativos.**

Tal y como hemos visto la descripción de la anorexia ha sufrido distintas modificaciones a lo largo del tiempo, cambiando su concepción dependiendo de los modelos explicativos del momento.

## **2.1. Modelo demonológico.**

Su primer significado proviene del griego “falta de apetito” (Félix et al., 2003), pero eso nada tiene que ver con la realidad, tal y como veremos más adelante. En los primeros tiempos este ayuno no estaba relacionado con ningún tipo de enfermedad o patología. Como se ha comentado, la restricción alimentaria se basaba en un aspecto religioso donde se buscaba la purificación, como es el caso de Catalina de Siena que con este comportamiento, llevó a cabo una forma de limpieza del cuerpo y de acercamiento a Dios (Bosque y Caballero, 2008). El interés de este hecho podemos situarlo en una concepción demonológica basada en la explicación de la supervivencia de esas personas en estado de ayuno como obra de Dios o del demonio (Doyen y Cook-Darzens, 2005 citado en García de Castro, 2014).

## **2.2. Modelo médico.**

No fue hasta el siglo XIX cuando se comenzó a tratar el ayuno como una enfermedad, debido a las aportaciones de la medicina. Se hablaba de aspectos endocrinos y de alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, además de ciertas alteraciones en los niveles de neurotransmisores como la serotonina (Maganto y Garaigordobil, 2016 ). Todo ello se basaba en una concepción limitada de la salud que dejaba fuera la consideración de otro tipo de factores.

## **2.3. Modelo psicoanalítico.**

A través del psicoanálisis se defendió la naturaleza histérica de la anorexia, relacionándola además con la melancolía (Almenara, 2003; Gómez, 2007), e incluso

hablando en términos de regresión sexual debido a una incapacidad de la persona para enfrentarse a la madurez genital de la mano de autores como Freud (Almenara, 2003).

A su vez Brunch y Charcot comenzaron a hacer referencia a la existencia de distorsiones cognitivas asociadas a la imagen corporal, y a creencias irracionales sobre la alimentación, como el miedo a engordar. Además, Charcot hizo alusiones a aspectos sociales, de manera que los tratamientos se sustentaban en el aislamiento de los pacientes, pudiendo interpretar el sistema familiar como posible causante del trastorno, y justificando así este tipo de tratamiento (Almenara, 2003). Con estas aportaciones se producía un acercamiento a los modelos y teorías que sentarían las bases de la anorexia nerviosa.

#### **2.4. Modelo conductual-cognitivo.**

Posteriormente al enfoque psicodinámico, aparecen las teorías de corte conductual que basaban sus explicaciones del comportamiento en los aspectos externos del ambiente. La conducta anoréxica se explicaba a través del paradigma de evitación (obtención de refuerzo negativo por el alivio obtenido al evitar situaciones aversivas) y a través del condicionamiento operante (rechazo del alimento reforzado de forma positiva por las consecuencias ambientales, como la delgadez, la gratificación, y el sentimiento de control) (Gómez, 2007). A estas teorías se sumarían aquellas directamente relacionadas con los modelos de pensamiento como las distorsiones de la imagen corporal y las creencias erróneas, de manera que se producía un acercamiento a los aspectos internos del comportamiento.

## **2.5. Modelo sistémico.**

Al igual que las teorías cognitivo-conductuales sentaron las bases de la anorexia nerviosa, surgieron aportaciones desde el punto de vista sistémico los cuales establecían que las familias eran el contexto primario de aprendizaje y de experiencia, y existía una clara relación entre el paciente, su síntoma y la familia, de manera que el síntoma es aquello que emerge de un sistema familiar enfermo, (Maganto y Garaigordobil, 2016). Con ello, se establecía que la familia era el principal factor etiológico del problema, existiendo una influencia de las pautas educativas y comunicativas de esta en el desarrollo de la psicopatología, hablando de características concretas como la rigidez o la falta de autonomía (Bosque y Caballero, 2008).

## **2.6. Modelo psicosocial.**

Tras la influencia de modelos como el sistémico que resaltaba la influencia de la familia en el desarrollo de esta patología y el volumen de mujeres afectadas por el problema, aparecieron otros factores de riesgo asociados a aspectos culturales, hablando así de un modelo psicosocial que resaltaba la influencia de los ideales estéticos del cuerpo femenino. Este modelo se fundamenta en un ideal de belleza que no se ajusta a las adolescentes, produciéndose en ellas una insatisfacción con su imagen (Maganto y Garaigordobil, 2016).

Con todo ello, podemos hablar de la importancia de considerar cada una de las aportaciones de los diferentes modelos explicativos sobre la conducta anoréxica para posibilitar una comprensión del trastorno desde una perspectiva integradora. Teniendo en

cuenta todas estas concepciones, podemos hablar de un modelo biopsicosocial del trastorno donde entran en interacción variables tanto biológicas, como socioculturales y psicológicas.

### **3. Criterios diagnósticos del trastorno.**

Los primeros criterios que hacían referencia al concepto de la anorexia se basaban en concepciones médicas y psicodinámicas, es en el año 1980 cuando la anorexia nerviosa aparece por primera vez como un trastorno psicopatológico en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, 1980) (Vázquez, López, Ocampo y Mancilla, 2015). Esta sería la primera edición en incorporar la aportación de la American Psychological Association (APA) y con ello la de los psicólogos, frente a las aportaciones anteriores de la psiquiatría y del psicoanálisis (del Barrio, 2009). Es en este momento donde se establecerían unas características centrales del trastorno que se mantendrían hasta los sistemas clasificatorios actuales.

El manual fue revisado en el año 1987, dando lugar al *DSM-III-R*, teniendo un gran impacto y generalizándose su uso (del Barrio, 2009). Tras esto, con la publicación del *DSM-IV* (1994) se reconocieron los dos subtipos de anorexias (restrictivo y compulsivo-purgativo), que se mantendrían en el *DSM-IV-TR* (2000) .

Actualmente, podemos hablar de los criterios diagnósticos de la anorexia a través de dos sistemas clasificatorios, el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2014) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10, 1992). De esta manera, la anorexia nerviosa es definida por unas características clínicas centrales y

comunes como la pérdida de peso, debido a una restricción voluntaria de la ingesta utilizando para ello las dietas restrictivas y mediante otras estrategias, como pueden ser el ejercicio físico excesivo, las purgas o los laxantes, además de por una distorsión de la imagen corporal y una atribución de importancia sobrevalorada a la imagen. En cuanto a los aspectos diferenciales de cada sistema clasificatorio, la *CIE-10* (1992), destaca los aspectos biológicos de la enfermedad, definiéndola como un trastorno endocrino que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, en cambio el *DSM V* (2014), se centra más en los aspectos psicológicos del trastorno, como el miedo intenso a ganar peso, existiendo un temor constante, lo que hace que la persona esté permanentemente intentando controlarlo.

#### **4. Prevalencia del trastorno.**

Cuando hablamos de anorexia nerviosa, nos referimos a un trastorno que se caracteriza por su aparición durante la adolescencia, pudiendo producirse casos en la prepubertad o la adultez. Podemos hablar de un rango de edad en el que ésta se produce, entre los 13 y los 20 años, con picos bimodales entre los 12 y 14 y los 17 y 18 años (Ibarzábal et al., 2015). A su vez es un trastorno que se desarrolla preferentemente en mujeres, pudiendo existir casos de anorexia en hombres, con una proporción 10:1 con respecto al sexo masculino (DSM-V, 2014).

Si tenemos en cuenta la prevalencia puntual podemos hablar de datos del 0,1% al 1,5% (Rosen, 2010; Merikangas, Brody, Fisher, Bourdon y Koretz, 2010; Isomaa, Marttunen y Kaltiala-Heino, 2010, citado en Portela de Santana, da Costa, Mora y Raich, 2012), y en cuanto a la prevalencia vital podemos hablar de unos datos del 0,5% al 1% (DSM-V, 2014; Smink, Van Hoeken, Hoek, 2012 citado en Smith, Zuromski and Dodd,

2018) incluso del 0,3 al 2,2 (Swanson, Crow, Swendsen y Merikangas, 2011; Isomaa et al., 2010, citado en Portela de Santana et al., 2012).

En cuanto a la mortalidad podemos hablar de uno de los trastornos con mayores tasas, en torno a un 8% (Ibarzábal et al., 2015). La primera causa son las complicaciones médicas debido a la desnutrición, pero cabe destacar que la segunda causa de mortalidad son los suicidios. Entre el 20 y el 43% de las personas con anorexia nerviosa presentan ideaciones suicidas, unos porcentajes elevados en comparación con la población general. Además, esto se incrementa cuando la anorexia nerviosa presenta comorbilidad con otro tipo de psicopatología, especialmente la depresión (Smith et al., 2018).

## **5. Etiología.**

Con la información recogida a partir de los criterios de clasificación sabemos que las características principales de la anorexia se centran en la alteración de la imagen corporal como la sobrevaloración del peso o las preocupaciones sobre la forma, y en las conductas para controlar el peso como el ejercicio físico, la purga o el ayuno, produciéndose así una reducción de este.

La expresión de estas conductas tal y como se comentó anteriormente pueden darse en función de factores de diferente índole de manera que la anorexia nerviosa tiene un carácter multifactorial donde los aspectos psicológicos, biológicos y socioculturales interaccionan entre sí, dando lugar a la vulnerabilidad de cada persona a desarrollar la enfermedad. Estos factores pueden surgir como predisposición a que la persona desarrolle el trastorno o precipite su aparición, incluso llegando a actuar como mantenedores durante

su desarrollo tal y como se puede apreciar en las primeras propuestas de Toro y Vilardell (1987, citado en Perpiñá, 2008).

La idea anterior nos conduce además de a la multifactorialidad en la etiología de la anorexia, a una distribución de distintos elementos de riesgo tal y como se puede observar en la tabla 1.

**Tabla 1**

*Factores de riesgo de la Anorexia nerviosa.*

PREDISPONENTES	PRECIPITANTES	MANTENEDORES
Exceso de peso/obesidad.	Cambios corporales.	Malnutrición a consecuencia de
Baja autoestima.	Crítica externa al cuerpo.	la inanición.
Inseguridad.	Dietas restrictivas.	Actividad física excesiva.
Perfeccionismo.	Enfermedad adelgazante.	Cogniciones anoréxicas difíciles
Trastornos afectivos.	Vivencias estresantes.	de cambiar.
Sucesos biográficos críticos.	Problemas/rupturas familiares.	Aislamiento social.
Predisposición biológica.	Trastornos emocionales.	Relaciones familiares negativas.
Impulsividad.		Refuerzos externos sobre
Genéticos.		belleza.
Obesidad materna.		Sentimiento de control, poder y
Conflictos familiares.		triunfo.
Trastornos mentales.		Alexitimia y comorbilidad
Ideal estético dominante.		psiquiátrica.
Deporte de alta competición.		Dietas inadecuadas.
Casting de modelos.		Alternaciones en la imagen
Bailarinas y similares.		corporal.

Elaborada en base a Maganto y Garaigordobil (2016).

## **5.1. Factores predisponentes.**

### **5.1.1. Factores biológicos y genéticos.**

Los factores predisponentes son aquellos que están presentes en la persona, y que aumentan la vulnerabilidad a desarrollar el trastorno. Dentro de estos, podemos hablar de la predisposición biológica que se tiene a padecer la anorexia nerviosa, relacionados con el sexo y con la edad, en este caso el hecho de ser mujer frente a ser hombre y encontrarse en el periodo evolutivo de la adolescencia, pues tal y como vimos la prevalencia de este trastorno es mayor en mujeres y en las edades comprendidas entre los 13 y los 20 años.

Otro de los factores predisponentes son aquellos procesos que controlan la ingesta localizando la atención en la actividad del hipotálamo, y la actuación de neurotransmisores como la serotonina. Este neurotransmisor se encarga de regular los ciclos de vigilia-sueño, la ansiedad, los estados depresivos, la agresividad y el apetito y la saciedad, de esta manera hay estudios que se han centrado en el gen transportador de la serotonina, concretamente en el polimorfismo 5-HTLPR, encargado de controlar la capacidad de recaptar la serotonina, como factor de riesgo de la anorexia nerviosa (Hernández y Camarena, 2014). De esta manera a mayor nivel de serotonina, se produce una saciedad precoz, pudiendo influir esto en la aparición del trastorno (Maganto y Garaigordobil, 2016).

Asimismo se ha estudiado la acción que tienen otros sistemas como el dopaminérgico y el noradrenérgico. Desde las primeras teorías explicativas sobre la anorexia, se hablaba de un descenso de estos neurotransmisores (Toro, 1999) además de otros como la colescitoquinina, la leptina, o el neuropéptido Y (Madruga, Leis y Lambruschini, 2010).

De esta manera, el hipotálamo, como la región más importante que se encarga del control de la alimentación y de la saciación, ve alterado su funcionamiento (Méndez, Vázquez y García, 2008).

En cuanto a la contribución genética, se han realizado estudios con unas tasas de concordancia del 52% al 56% en gemelos monocigotos frente a dicigotos con unas tasas entre el 5-11% (Holland et al., 1984; Holland et al., 1988; Wade et al., 2000; citado en Bosque y Caballero, 2008). Otros estudios hablan de concordancias del 44% entre gemelos, frente a un 12,5% en mellizos (Félix et al., 2003). Por último, cabe destacar los estudios que se han llevado a cabo sobre una posible influencia de cromosomas como el de la fundación *Price* con evidencias de susceptibilidad a la anorexia nerviosa localizada en los cromosomas del par 1 (Grice et al, 2002 citado en Bosque y Caballero, 2008; Madruga et al., 2010).

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la obesidad durante las etapas de la adolescencia que junto con los factores socioculturales, como puede ser la presión social a alcanzar unos ideales estéticos, pueden derivar en algún tipo de conducta alimentaria inadecuada y suponer un factor de riesgo para el desarrollo de la anorexia como trastorno alimentario (Calderón, Forns y Varea, 2010; Doyle, Le, Goldschmidt y Wilfley, 2007, citado en Portela de Santana et al., 2012).

### **5.1.2. Factores socioculturales.**

Dentro de los factores socioculturales es importante tener en consideración tanto los aspectos relacionados con nuestra relación de iguales, como la influencia de la familia y por último la influencia de la cultura tal y como veremos a continuación.

La familia constituye una de las primeras y principales fuentes de información, desarrollándose así creencias, actitudes y hábitos, esto puede conllevar la aparición de patrones inadecuados de comportamiento. Como ya se comentó desde el modelo sistémico, la anorexia es el síntoma de un sistema enfermo, y ese síntoma solo se entiende, si se comprende lo que ocurre dentro del sistema, en este caso la familia. De esta manera, aquellas personas con anorexia nerviosa indican insatisfacción con su vida familiar, rigidez (Cook-Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005, citado en Ruíz, Vázquez, Mancilla, López, Álvarez y Tena, 2009) además de una mayor dificultad en la solución de problemas y niveles altos de críticas (Emmanuelli et al., 2004; Kyriacou, Treasure & Schmidt, 2008, citado en Ruíz et al., 2009). En lo que se refiere a la cohesión se habla de una relación con patrones educativos sobreprotectores, donde no existe la autonomía, además de caracterizarse por pautas estrictas (Dare, 1993; Tachi, 1999 y Vázquez et al, 2001, citado en Ruíz, Vázquez, Mancilla, López, Viladrich y Halley, 2013).

A estos aspectos familiares podemos añadir la influencia de eventos vitales estresantes como pueden ser la separación de los padres, reconstituciones, cambios de domicilio, problemas de salud, fallecimiento de algún familiar, además de discusiones familiares frecuentes y abuso sexual (Ruíz et al., 2013). Este tipo de sucesos pueden actuar no solo como predisponente sino también como un aspecto precipitante tal y como se puede observar en la tabla 1.

Además, el ideal de belleza existente actualmente junto a las ideas de aceptación social y éxito, transmitido a través de los medios de comunicación y las relaciones interpersonales, ejercen un impacto en las personas que debido a la presión social y la internalización de esos ideales pueden llegar a actuar conjuntamente con otros

predisponentes e incidir en el desarrollo de la anorexia. En la pubertad y la adolescencia el juicio social de nuestros iguales se convierte en un aspecto prioridad. A estas edades la necesidad de agrandar y gustar, y el miedo al juicio social pueden considerarse factores de riesgo. De esta manera, existen datos que evidencian una mayor influencia de los padres como factor de riesgo para la insatisfacción corporal debido a la importancia que se le conceden a esos ideales estéticos (Mellor, McCabe, Ricciardelli y Merino, 2008, citado en Portela de Santana et al., 2012), frente a otros que evidencian una mayor influencia de los iguales (Shroff y Thompson, 2006, citado en Portela de Santana et al., 2012).

Estos valores estéticos dominantes en la sociedad, no se ajustan a los cambios que están experimentando los adolescentes y se produce un desajuste entre esos valores a los que están expuestos y la realidad, esto les lleva a realizar las conductas que les acercarán a esos ideales.

Por último, cabe destacar la importancia que se le atribuyen a ciertas disciplinas, por su estrecha relación con lo que puede ser un factor de riesgo. La gimnasia rítmica, el patinaje artístico y los deportes de resistencia además de otras disciplinas como el ballet, dan una gran importancia al peso y al control de este. Existen multitud de variables que hacen que las personas que practican este tipo de deportes se consideren una población de riesgo debido a la disciplina, los reglamentos, la frecuencia de los entrenamientos, la restricción alimentaria asociada, la sub-cultura ligada a la disciplina, las lesiones o el comportamiento del entrenador (Toro et al., 2005, citado en Márquez, 2008). A pesar de ello los estudios actuales con población deportiva son aún insuficientes. Este tipo de conductas pueden verse presentes además en el mundo de la moda, donde al igual que en estas disciplinas deportivas, también se le atribuye una gran importancia al peso y su

control.

Este factor de riesgo se acrecienta si se dan dietas desde edades tempranas, utilizando métodos no apropiados para conseguir una reducción o mantenimiento del peso. El ejercicio extremo, la vivencia de algún hecho traumático y las propias características de personalidad, como pueden ser el perfeccionismo, son otros de los aspectos de riesgo dentro de estas disciplinas como factor de riesgo (Márquez, 2008).

### ***5.1.3. Factores psicológicos.***

Cuando hablamos de los aspectos psicológicos, existen características de personalidad que pueden influir en la aparición del trastorno. Cabe destacar el papel del perfeccionismo como factor de riesgo, relacionándolo con conductas de restricción alimentaria (Perpiñá, 2008; Ibarzábal et al., 2015). Cuando se hace referencia al perfeccionismo se habla desde el punto de vista auto-orientado además de establecido socialmente. Estos rasgos de personalidad, pueden tanto predisponer a una persona a desarrollar la anorexia como además, agravar su curso.

Por otro lado, existen investigaciones que se centran en ciertos factores emocionales como aspectos de riesgo en la aparición de conductas alimentarias inadecuadas. En la investigación llevada a cabo por Pascual et al. (2011) se obtuvieron unos resultados a favor de la baja autoestima, la alexitimia y la ansiedad en los grupos de riesgo a desarrollar un TCA, en comparación con el grupo control. Además se indica la importancia de la influencia que tienen la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo. Esta investigación señala un patrón estable en lo que se refiere a la ansiedad y la alexitimia, de manera que como podremos ver más adelante ciertos aspectos emocionales

pueden actuar como precipitantes y mantenedores a su vez, incluso una vez se ha producido la recuperación del trastorno.

En cuanto a la relación entre una baja autoestima y el desarrollo de la anorexia (Beato, Rodríguez, Belmonte y Martínez, 2004; Ghaderi y Scott, 2001; Kim y Lennon, 2007 citado en Pascual, Etxebarria, Cruz y Echeburúa, 2011) podemos hablar de una asociación de esta a una imagen negativa del cuerpo, inseguridad y un estado de ánimo negativo. Esto se puede deber al conjunto de cambios que sufren los adolescentes, coincidiendo con la formación de su identidad y la internalización de los ideales de belleza además de la comparación social.

Si hacemos referencia a un trastorno afectivo como la depresión, se habla de una predisposición de esta al desarrollo posterior de la anorexia nerviosa. Además, una vez que se desarrolla el trastorno, si concurre con la depresión se agrava su curso, por lo que actuaría a su vez como mantenedor (Perpiñá, 2008).

Para finalizar, cabe destacar, la asociación que hacen algunas investigaciones de la conducta impulsiva con el desarrollo de una anorexia de tipo purgativo (Bosque y Caballero, 2008). Según el estudio realizado por Rosval et al. (2006) se comprobaron puntuaciones más altas en impulsividad motora y atracones en aquellas personas diagnosticadas de anorexia nerviosa purgativa y bulimia, correlacionando esto con problemas para el control de la impulsividad. Se encontraron resultados similares en otros estudios como el de Favaro et al. (2005) (citado en Castro y Castro, 2016).

## **5.2. Factores precipitantes.**

Los factores precipitantes son aspectos que se dan en la persona en un momento determinado y que incrementan el riesgo de que en ese momento se pueda desarrollar el trastorno.

El periodo de cambios a nivel biológico, psicológico y social que se asocian a la adolescencia es uno de los principales factores que actúa como un precipitante, agravando aspectos ya nombrados como podrían ser una baja autoestima.

Las burlas y críticas externas en relación al peso y la imagen corporal pueden actuar como otro factor de riesgo que precipite el desarrollo de la enfermedad, debido a su relación con comportamientos inadecuados para reducir o controlar el peso (Haines, Neumark-Sztainer, Eisenberg y Hannan, 2006; citado en Portela de Santana et al., 2012) como la dieta restrictiva (Portela de Santana et al., 2012).

Dentro de los factores precipitantes, también se habla de la influencia, ya comentada, de las vivencias estresantes a las que puede estar sometido un adolescente además de los síntomas y trastornos emocionales ya nombrados como la ansiedad o un estado de ánimo depresivo.

Por último, Maganto y Garaigordobil (2016), tal y como vemos reflejado en la tabla 1, hacen alusión a la influencia de enfermedades que produzcan un descenso del peso en las personas, pudiendo estar relacionado con que posteriormente se lleven a cabo pautas de comportamiento alimenticio inadecuadas.

### **5.3. Factores mantenedores.**

Los factores mantenedores son aquellas variables que contribuyen a que el trastorno se mantenga en el tiempo, incidiendo así en su curso. No solo hablamos de anorexia en relación a un patrón anormal en la ingesta, si no a multitud de aspectos que se presentan de manera comórbida con esta patología.

#### **5.3.1. Factores biológicos.**

Uno de los primeros aspectos mantenedores a tener en cuenta serían los efectos de la malnutrición, afectando al organismo en su totalidad incluyendo el funcionamiento cerebral (Madruga et al., 2010). De esta manera hablamos de una autoperpetuación del trastorno, que se debe a las consecuencias tanto físicas como psicológicas derivadas de la pérdida de peso (Perpiñá, 2008).

#### **5.3.2. Factores psicológicos.**

Cuando hablamos de la anorexia, uno de los aspectos fundamentales es la existencia de cogniciones erróneas que actúan como mantenedoras del trastorno. Las principales distorsiones cognitivas por las que se caracterizan las pacientes anoréxicas incluyen la hipergeneralización, porque aplican una conclusiones concretas a situaciones diferentes; la magnificación, al sobredimensionar y exagerar los hechos; la personalización, cuando interpreta cualquier comentario de manera auto-referencial; la abstracción selectiva, estableciendo conclusiones basadas en ideas irrelevantes además del pensamiento dicotómico, fundamentado en ideas extremas. (Maganto y Garaigordobil, 2016).

La alexitimia es otro de los factores que puede actuar como mantenedor del trastorno tal y como se comentó en su influencia como factor predisponente, de manera que las personas tienen problemas en el reconocimiento y expresión de sus emociones. En el caso de la anorexia, reconocen la emoción pero su descripción no es acorde con la misma (Speranza et al, 1997 citado en Behar, 2010).

Aquellas personas que padecen anorexia nerviosa pueden presentar un estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y un menor interés en el sexo (Moreno y Villar, 2014) podemos hablar de resultados que indican una prevalencia de depresión severa entre 9,7 y 31,9%, y moderada un 55,5% siendo más elevada que en mujeres sin desórdenes alimenticios. En el caso de la fobia social, podemos hablar de prevalencias de un 66,6% (Behar, Barahona, Bernandita y Dunny, 2007).

De esta manera la comorbilidad con la ansiedad social, podría llevar a que se produjera un aislamiento por parte de la persona (Félix et al., 2003), esto se debe al temor que tienen a situaciones sociales que impliquen comer, además de la dificultad para establecer una interacción y el miedo a la evaluación por parte de los otros, provocando sentimientos de vergüenza (Behar, 2010).

Cabe destacar la importancia que tiene la comorbilidad con otras patologías psiquiátricas como los trastornos de personalidad (Marañón, Echeburúa y Girijalvo, 2007 citado en Martín, Cangas, Pozo, Martínez y López, 2009). Diversas investigaciones destacan la comorbilidad entre la anorexia nerviosa y trastornos como el obsesivo, el evitativo, narcisista y esquizoide, señalándose su mayor resistencia al tratamiento (Martín et al., 2009).

En el caso del TOC, existen evidencias que muestran un alta comorbilidad entre ambas patologías, siendo estos resultados más altos que en población general (Speranza et al, citado en Behar, Barahona, Bernandita y Dunny, 2008). Podemos hablar de una prevalencia de un 37,7% del TOC (Behar et al., 2008). Como ya se ha comentado anteriormente, estos aspectos pueden estar presentes desde los momentos previos al desarrollo del trastorno, de esta manera se caracterizan por ser personas rígidas, estrictas, ordenadas y poco tolerantes además de la existencia de preocupaciones relacionadas con la ingesta en público, sensación de ineficacia, necesidad de controlar el ambiente, pensamiento inflexible, espontaneidad social limitada, perfeccionismo y una expresión emocional restringida (Moreno y Villar, 2014).

En relación con el sentimiento de control, poder y triunfo, las personas con anorexia nerviosa tienen un deseo descontrolado e irracional por bajar de peso y esto produce la interrupción del apetito, de esta manera, sienten que tienen el control sobre su cuerpo, y la delgadez sirve de refuerzo. Perder peso es un logro para ellas, sin embargo el aumento de peso se percibe como un fracaso de su autocontrol (Félix et al., 2003).

Por último y como uno de los aspectos fundamentales en el mantenimiento del trastorno, podemos hablar de la alteración de la imagen corporal. Su percepción se encuentra distorsionada y a pesar de que se produce una reducción del peso, continúan percibiendo su figura corporal como algo negativo, pues continuamente se perciben con sobrepeso (Perpiñá, 2011). De esta manera la actividad física se puede ver aumentada, con el objetivo de que se produzca un aumento del gasto energético (Félix et al., 2003)

### **5.3.3. Factores socioculturales.**

En cuanto a los refuerzos externos, ya se comentó la importancia e influencia que tienen las opiniones de nuestros iguales y familiares en nosotros, y como interiorizamos esos ideales de belleza que sostienen aquellas personas que nos rodean, por lo tanto, un acercamiento de nuestro peso a esos ideales de belleza puede ser reforzado externamente y propiciar el mantenimiento de esas conductas alimentarias inadecuadas. Por último, las relaciones familiares negativas, al igual que actúan como factor de riesgo para el desarrollo del trastorno, pueden incidir de manera que influya en la duración de la enfermedad ya desarrollada.

De esta manera, no se puede hablar de la anorexia nerviosa haciendo referencia a que factor causa su desarrollo si no a la manera en que diferentes variables, interactúan entre sí propiciando el desarrollo del trastorno. El conocimiento de este tipo de factores y de su incidencia en la anorexia nerviosa es una información fundamental, pues es el análisis de cada una de las variables causantes del trastorno sobre las que se fundamenta la evaluación y diagnóstico posterior de la anorexia y que a su vez determinará el camino adecuado al que debe dirigirse su intervención

## **6. Conclusión.**

Desde las primeras referencias a la anorexia, su concepción evolucionó desde aspectos religiosos hasta llegar al conocimiento científico del trastorno. Con los modelos médicos, se sustentaban unas etiologías biológicas, para posteriormente, el psicoanálisis hablar del origen de esta psicopatología en el miedo a madurar, la melancolía o incluso asociándola a la histeria. Pero ha sido la psicología a través de teorías y modelos conductuales y

cognitivos, unidos a los enfoques sistémicos y psicosociales, los que han desarrollado un mayor acercamiento al problema, además de las intervenciones más adecuadas.

Como ya se ha comentado, la anorexia nerviosa es un trastorno, conocido culturalmente, sin embargo su etiología no lo es tanto, existiendo un mayor conocimiento de unos factores frente a otros. Desde los patrones educativos presentes en el contexto familiar, las relaciones con los iguales y la influencia de la cultura, hasta rasgos de personalidad manifiestos en la adolescencia y alteraciones emocionales de tipo afectivo, sin olvidar las biológicas y genéticas, son diversos los factores que parecen encontrarse a la base del trastorno.

Asimismo, cada uno de estos factores contribuye al desarrollo de la anorexia, ejerciendo una influencia diferencial en cada caso, siendo necesario un acercamiento a cada uno de los factores nombrados, de manera que podamos conocer en que manera inciden en el desarrollo de la anorexia en cada paciente. Con todo ello, se llega a la conclusión de que son distintas las variables que explican conjuntamente y de forma distinta a cada persona afectada, el desarrollo de la psicopatología, predisponiéndola e incluso manteniéndola posteriormente, a la vez que se reconocería una etiología multifactorial de la misma.

De esta manera, podemos establecer la necesidad de una visión amplia del trastorno, donde se conozcan cada uno de los factores intervinientes, a la vez que de un trabajo conjunto de diferentes profesionales de la salud como médicos y psicólogos que entiendan a la paciente anoréxica como un ser biopsicosocial y desarrollándose en esta línea el tratamiento de la anorexia. Hablamos de una psicopatología que requiere de una visión

multidisciplinar, desde la evaluación, hasta el abordaje terapéutico, de manera específica e individualizada, e incluso hablando en términos de prevención, pudiendo así detectar población de riesgo en el desarrollo de este trastorno.

## 7. Referencias.

Almenara, C. (2003) Anorexia nerviosa: Una revisión del trastorno. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 66, 52-62.

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.

Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia, falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 90-101.

Behar R., Barahona M., Iglesias, B., y Casanova, D. (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 45 (3), 211-220.

Behar R., Barahona M., Iglesias, B., y Casanova, D. (2008). Trastorno de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo: un estudio de prevalencia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 46 (1), 25-34.

- Bosque-Garza, J.M., y Caballero-Romo, A. (2009). Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 66 (5), 398-409.
- Castro-Zamudio, S., y Castro-Barea, J. (2016). Impulsividad y búsqueda de sensaciones: factores asociados a síntomas de anorexia y bulimia nerviosas en estudiantes de secundaria. *Escritos de Psicología*, 9 (2), 22-30.
- Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de Psicología*, 30 (2-3), 81-90.
- Félix López, G.A., Nachón García, M.G., y Hernández Parra, T.G. (2003). Anorexia nerviosa: una revisión. *Psicología y Salud*, 13 (1), 121-133.
- Fernández Hernández, A.M. (2012). Historia de la anorexia nerviosa. *Moleqta*, (20) 117-129.
- García de Castro, S. (2014). *La anorexia a través del tiempo* (Trabajo de fin de grado). Universidad de Valladolid. Facultad de Medicina, España. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/6907>.
- Gómez O. (2007) Trastornos de la conducta alimentaria. En González Barrón R. (coords.), *Psicopatología del niño y del adolescente*, 85-108. Psicología Pirámide.

- Hernández-Muñoz, S., y Camarena-Medellin, B. (2014). El papel del gen del transportador de serotonina en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43 (4), 218-224.
- Ibarzábal-Ávila, M.E.A., Hernández-Martínez, J.A., Luna-Domínguez, D., Vélez-Escalante, J.E., Delgadillo-Díaz, M., Manassero-Baeza, V., Bernal-Espinosa, E., González-Macías, L., Ortiz-Fernández, A., Moguel-Gloria, A., Córdova-Esquivel, A.L., y Ramos-Ostos, M.H. (2015). *Revista de investigación Médica Sur México*, 22 (3), 112-117.
- Madruga Acerete, D., Leis Trabazo, R., y Lambruschini Ferri, N. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*. SEGHNPAEP, 325-339, Ergón S.A.
- Maganto, C., y Garaigordobil, M. (2016). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En González Barrón, R., y Montoya-Castilla, I. (coords.), *Psicología clínica infanto-juvenil*, 141-175. Pirámide.
- Márquez, S. (2008). Trastornos alimentarios en el deporte. Factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutrición Hospitalaria*, 23 (3), 183-190.
- Martín Murcia, F.M, Cangas, A.J., Pozo, E.M., Martínez Sánchez, M., y López Pérez, M. (2009) Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta

alimentaria. *Psicothema*, 21 (1), 33-38.

Méndez, J.P., Vázquez-Velázquez, V., y García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín médico del Hospital Infantil de México* 65 (6), 579-592.

Moreno Domínguez, S., y Villar Rodríguez, S. (2014) Características clínicas y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. En Caballo, V.E.; Simón, M.A. (coords.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*, 261-289. Psicología Pirámide

Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*, Madrid. Ed. Méditor.

Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M.S., y Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Healthy Psychology*, 11 (2), 229-247.

Perpiñá, C. (2008). Trastornos alimentarios. En Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. *Manual de psicopatología*, 1, 403-421. McGraw Hill: España.

Perpiñá, C. (2011) Trastornos Alimentarios y de la ingestión de alimentos. En Caballo, V.E., Carroble, J.A.I., y Salazar, I.C., *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*, 571-593, Madrid: Pirámide.

- Portela de Santana, M.L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., y Raich, R.M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27 (2), 391-401.
- Ruiz-Martínez, A.O., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J.M., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G.L., y Tena-Stuck, A. (2009). Funcionamiento familiar en el riesgo y protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 447-455.
- Ruiz Martínez, A.O., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J.M., Viladrich i Segué, C., y Halley Castillo, M.E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Americana de Trastornos Alimentarios*, 4, 45-57.
- Smith, A.R., Zuromski, K.L., y Dodd, D.R. (2018). Eating disorders and suicidality: what we know, what we don't know, and suggestions for future research. *Current Opinion in Psychology*, 22, 63-67.
- Toro, J. (1999). Factores psicobiológicos en la etiopatogenia de la anorexia nerviosa. *Anuario de Psicología*, 30 (2), 79-95.
- Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Tellez-Girón, M.T., y Mancilla-Díaz, J.M. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 108-120.