



TRABAJO DE FIN DE GRADO DE PSICOLOGÍA

Trastornos alimentarios y la influencia de los recursos digitales “Ana y Mía”

Alba Soler Mora

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

Tutores: M.^a Concepción Cristina Ramos Pérez

Pablo García Medina

Curso 2017/2018

ÍNDICE

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Conceptualización de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa	5
4. Ana y Mía: Diosas de un nuevo estilo de vida	8
5. Variables moduladoras del éxito de Ana y Mía	11
5.1. Anorexia, bulimia y el sistema familiar	11
5.2. Anorexia, bulimia y neuroticismo	14
5.3. Trastornos alimentarios y carácter sintomatológico egosintónico	16
6. Conclusión	17
7. Bibliografía	19

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo localizar y describir los sitios webs Pro – Ana y Pro – Mía, basándose en su principio fundamental, la consideración de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa no como trastornos psicopatológicos, sino como un estilo de vida.

Para ello se ha procedido a una revisión de diversos artículos con el fin de argumentar y detallar qué aspectos están a la base de esta concepción, destacando entre otros, el apoyo social, la disponibilidad de trucos y consejos para la pérdida de peso u orientaciones en cuanto a la cantidad de ejercicio físico necesario.

Como punto final de la revisión, se ofrece una visión de cuáles podrían ser los factores que, estando presentes en estos pacientes, podrían influir en el uso y éxito de estas webs, todo ello fundamentado en diversas corrientes y conceptos de carácter psicológico. Funcionamiento familiar, Neuroticismo y síntomas egosintónicos, propios de los trastornos alimentarios, muestran un importante papel en este campo.

Palabras clave: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Pro – Ana, Pro – Mía.

ABSTRACT

This research is aimed at representing and describing the websites Pro-Ana and Pro-Mía, based upon its core principle, the consideration of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa as lifestyle choices, rather than psychopathological eating disorders.

In order to do so, I have revised a series of articles so as to argue and detail which aspects are underlying this conception, highlighting among others, social support, disponibility of tips to lose weight or indications about how much exercise is needed.

As a final point of the review, I provide a vision of the factors that, being present in the behavior of those patients, could influence the use and success of these web pages, all based on diverse current and psychological concepts. The patterns of family interaction, Neuroticism variable and the egosyntonic symptoms characteristic of Eating Disorders have been proved to be relevant in this field.

Key – Word: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Pro – Ana, Pro – Mía.

INTRODUCCIÓN

Los medios digitales suponen una fuente de influencia tan poderosos que repercuten en nuestra salud.

Vivimos un momento en que, sin quitar los beneficios, internet supone un entorno donde los controles sobre los contenidos no son eficaces para prevenir ciertos males. Uno a destacar es el que tocamos aquí: el impacto sobre el equilibrio alimentario.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2017 en España el uso de internet se daba en el 84,6% de la población comprendida entre los 16 y los 74 años durante los 3 últimos meses, lo que indica un aumento de 4 puntos respecto al año anterior. Asimismo, la mayor práctica del uso de Internet se da en los jóvenes de entre 16 y 24 años, con un 98,1% en hombres y un 97,9% en mujeres.

Con este importante incremento en el uso de la red, son cada vez más los contenidos que se pueden encontrar en ella: desde aquellos altamente contrastados y evidenciados, hasta otros que no están sustentados y que son redactados, en numerosas ocasiones, por expertos o profesionales anónimos, en el caso de que lo sean, que imposibilitan conocer la fuente de origen de lo publicado. Dentro de este último encontramos las páginas webs, blogs personales, foros y redes sociales que hablan de dos nuevas figuras: Ana y Mía.

Los trastornos alimentarios se han sumado a este auge dentro de las redes. En sus comienzos las principales páginas webs ofrecían recursos, orientaciones sobre ayudas disponibles o testimonios de personas reales, pero desde hace años la anorexia y la bulimia en las redes han adoptado un papel totalmente contrario (Bermejo, Saul & Jenaro, 2001).

Estas páginas son conocidas como Ana (referido a Anorexia) y Mía (referido a Bulimia), aunque también pueden encontrarse bajo los términos Pro – Ana y Pro – Mía. Una simple búsqueda en el navegador de este último título ofrece 786.000 resultados, accesibles a todo tipo de público, sin excluir a menores y adolescentes.

El objetivo del trabajo presente es ofrecer una visión de las páginas Pro – Ana y Pro – Mía, enfatizando la idea principal que se promulga en estos entornos: la consideración de la anorexia y la bulimia como un estilo de vida, no como un trastorno psicopatológico. Asimismo, se propone una crítica desde un punto de vista psicológico,

fundamentada en diversas corrientes que basan sus principios en una amplia variedad de conceptos, destacando, en este caso, la interacción familiar, la variable de neuroticismo y su carácter egosintónico.

Debido al mayor índice de prevalencia en población femenina de los trastornos alimentarios, las siguientes líneas serán expresadas en base a este género.

CONCEPTUALIZACIÓN DE ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

La anorexia y la bulimia nerviosa han sido consideradas como trastornos psicológicos o mentales a finales del siglo XX, debido a que en este momento se observó un incremento en su prevalencia asociado con ciertos valores estéticos imperantes, sobre todo, en las sociedades occidentalizadas. Sin embargo, se conocen casos de mujeres con alteraciones del comportamiento alimentario desde la Edad Media (Baile & González, 2014).

La anorexia nerviosa se caracteriza por un rechazo a mantener un determinado peso en función del género y edad del individuo. Se manifiesta, principalmente, a través de una exigente restricción en la ingesta alimentaria, que conduce a una pérdida de peso de entre 2,5 y 10 kilos inicialmente de forma voluntaria. A estos resultados le sigue una importante obsesión por mantener esa reducción de peso.

La anorexia se da, sobre todo, en mujeres con edades comprendidas entre los 13 y los 20 años, encontrándose con mayor frecuencia en las edades de 14,5 y 18 años (Halmi, 1974; Halmi, Casper, & Eckert, 1979).

Debido a la complejidad en las manifestaciones sintomáticas y la falta de un criterio único definitorio, la definición operativa del trastorno se suele hacer atendiendo a los criterios diagnósticos de alguna de las dos clasificaciones de enfermedades más aceptadas a nivel mundial: la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, elaborada por la Organización Mundial de la Salud (CIE – 10) o el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales, editado por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM – 5) (Baile & González, 2014).

Los criterios que ofrece el DSM – 5 para el diagnóstico de la anorexia nerviosa se presentan a continuación:

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso significativamente bajo* se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteraciones en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Especificar si:

- Tipo restrictivo: durante los tres últimos meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio físico excesivo.
- Tipo con atracones/purgas: durante los tres últimos meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificando si el trastorno se encuentra en remisión parcial o total (¹)

Otro aspecto de gran importancia a considerar en el diagnóstico de este trastorno de la conducta alimentaria es especificar la gravedad actual. La gravedad mínima queda definida, en el caso de los adultos, por el índice de masa corporal (IMC), mientras que en niños y adolescentes se emplea el percentil del IMC. Los límites de estas medidas se

¹) Para mayor detalle, consultar: Asociación Americana de psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

obtienen de las categorías de la Organización Mundial de la Salud (OMS), presentadas a continuación:

- Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderado: $IMC 16 - 16.99 \text{ kg/m}^2$
- Grave: $IMC 15 - 15.99 \text{ kg/m}^2$
- Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

La bulimia es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por patrones de ingesta de comida, producidos en un determinado periodo de tiempo, y en unas cantidades claramente superiores a lo que la mayoría de las personas consumirían en un periodo y circunstancias similares.

Este deseo de ingesta no puede ser evitado por la persona, lo que le genera fuertes sentimientos de culpabilidad que se intentan compensar por medio de diversas prácticas: en un principio la persona suele optar por dietas estrictas entre los periodos de atracones o por la práctica excesiva de ejercicio físico. Lo cierto es que a medida que avanza el trastorno estas medidas suelen perder efectividad y hacer que disminuya la pérdida de peso, por lo que se inicia la inducción al vómito tras los atracones, o incluso el uso de laxantes o diuréticos. (Abraham & Llewelyn – Jones, 2005).

Este trastorno puede aparecer en un rango que va desde los 13 años hasta los 30 (Russell, 1979), aunque es más habitual a las edades de 15 y 18 años (Fairburn & Cooper, 1982; Pyle, Mitchell & Eckert, 1981).

Al igual que para la anorexia, en este trastorno pueden emplearse los criterios reflejados en la CIE – 10 o, como se presenta a continuación, los del DSM – 5.

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo 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 débilmente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

- En remisión parcial:
- En remisión total:

Especificar si:

- Leve: un promedio de 1 – 3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Moderado: un promedio de 4 – 7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Grave: un promedio de 8 – 13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Extremo: un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios a la semana.

ANA Y MÍA: DIOSAS DE UN NUEVO ESTILO DE VIDA

Estos sitios webs ofrecen a sus lectores y seguidores lo que ellas consideran “un estilo de vida” (Bardone – Cone & Cass, 2006), que se rige por diversas pautas y trucos que son los que deben seguir para llegar a ser “princesas”.

Estos están enfocados, principalmente, a la reducción de peso por medio de una larga lista de rituales en función de si *eres* Ana o Mía, además de consejos para ocultar estas actividades a sus padres. Indicaciones como estas “*Pon la comida masticada en*

una servilleta y ve guardándolas en tu bolso” o “Sola usa ropa apretada para recordarte lo gorda que estas, pero fuera usa ropa holgada así nadie vera que estas adelgazando” inundan gran parte de los contenidos que ofrecen estas webs con el fin de “guiar” a sus lectoras hacia la perfección (Obtenido de: <http://princesasyprincipesdeanaymiaprft.blogspot.com.es/2016/06/como-enganar-tus-padres.html>, 2 de junio de 2016).

Lo común en estos foros es presentarse por medio de los siguientes datos: (a) nombre (generalmente un pseudónimo), (b) indicar si *eres* Ana, Mía o ambas, (c) cuál es el peso actual y (d) cuál es la meta.

Esta última implica llegar a un peso extremadamente bajo teniendo en cuenta la estatura y sexo de la persona. Para determinar si un peso es adecuado para la persona se calcula su Índice de Masa Corporal (IMC), por medio del peso y la estatura, y se obtiene un valor que deberá ser situado en los distintos baremos que proporciona la OMS (Organización Mundial de la Salud). Si bien es cierto, las webs Pro – Ana y Pro – Mía ofrecen a sus seguidores sus propias Tablas de IMC, donde se proporciona un valor exacto (no por medio de baremos) del peso que debería tener la persona en función de su estatura y sexo.

Estas páginas, a su vez, presentan un fenómeno bastante habitual conocido como Thinspiration, basado en la presentación de contenido donde se idealiza la figura de la mujer delgada, aparecen representaciones negativas de mujeres con sobrepeso u obesidad y se exponen frases motivadoras para que los seguidores pierdan peso (Borzekowski, Schen, Wilson & Peebles, 2010).

Es importante destacar que el contenido Thinspiration no debe ser confundido con otro tipo de materiales presentados en los medios donde se muestran figuras delgadas, pues en el primer caso son imágenes mucho más extremas y con un rasgo sobresaliente. (Boepple & Thompson, 2016).

Con el fin de promover un estilo de vida en su plenitud, los sitios webs ofrecen información sobre *buenos* hábitos alimentarios. Lo que principalmente destacan son las dietas de componente restrictivo, acompañadas en ocasiones de conductas purgativas a modo de compensación (Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).

A lo anterior se suma la oferta a sus seguidores de múltiples dietas “útiles” que van a promover el éxito de su objetivo, algunas ampliamente conocidas como la dieta A – B – C (Ana Boot Camp, del inglés *Campo de Entrenamiento de Ana*) que dura 50 días y consiste en una reducción progresiva de la ingesta calórica por medio de oscilaciones que van desde las 100 calorías diarias hasta las 500, intercalando además días de ayuno (Ryan & Hovis, 2015).

El ejercicio físico es otro aspecto principal en este tipo de trastornos. Esta práctica es una de las conductas compensatorias más habituales empleadas, considerando la dependencia del ejercicio físico como un claro mediador entre el comportamiento de la actividad física y la psicopatología de desórdenes alimentarios. Los motivos por los cuales se inicia esta práctica son diversos, pudiendo destacar la insatisfacción con la figura corporal, con la apariencia, el peso o la regulación de los efectos negativos. (Bratland, Sundgot, Rø, Rosenvinge, Hoffart & Martisen, 2010).

Dentro de lo concebido por los entornos pro de los trastornos alimentarios existe un compañero del fenómeno Thinspiration, conocido como Fitspiration. En esta ocasión, la exposición de imágenes se basa en mostrar cuerpos musculados, tonificados y considerados como saludables. Diversos estudios han permitido observar este fenómeno desde una perspectiva más próxima a los trastornos alimentarios, puesto que, en su mayoría, estas imágenes de cuerpos delgados y tonificados comparten varias similitudes con las imágenes características que se exponen como modelos a seguir en los medios. Asimismo, el visionado de este tipo de fotografías está relacionado con un aumento de la insatisfacción corporal, una disminución de la autoestima y un estado de ánimo negativo (Tiggemann & Zaccardo, 2015).

Uno de los aspectos que más notoriedad se deriva de estas páginas es el sentido de pertenencia existente entre toda la comunidad de seguidores. Observando este tipo de foros se aprecia una especie de “identidad grupal”, un espacio donde pueden expresarse sin represalias y donde aquellas ideas y comentarios que son constantemente cuestionados por su entorno más próximo, reciben confirmación y apoyo (Cruzat, Haemmerli, Díaz, Pérez & Goffard, 2012).

VARIABLES MODULADORAS DEL ÉXITO DE ANA Y MIA

Anorexia, Bulimia y el sistema familiar

La complejidad de los trastornos alimentarios requiere de un enfoque multifactorial, donde los factores familiares tienen un importante peso, dado que son el primer grupo en transmitir creencias, actitudes y modelos de las conductas relacionadas con la alimentación (Ruíz-Martínez, Vásquez- Arévalo, Mancilla-Díaz, López-Aguilar, Álvarez-Rayón, & Tena-Suck. 2010).

Se ha observado que estos efectos familiares pueden estar ejerciendo su influencia desde edades tempranas, incidiendo en mayor medida sobre las niñas (Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997). En un estudio con niños de Educación Primaria se encontró que los intentos de pérdida de peso y una baja autoestima respecto al cuerpo estaban relacionados, significativamente, con comentarios por parte de sus padres sobre el peso de otros niños y sobre quejas de sus padres referidas a su propio peso (Smolak, Levine & Schermer, 1999).

Se considera que la familia podría estar actuando como un factor etiológico, debido a que su funcionamiento puede propiciar la aparición de tales trastornos (Williamson, 1990), o como un factor mantenedor, en base a que las relaciones existentes en el contexto familiar permiten que los síntomas relacionados con el trastorno permanezcan a lo largo del tiempo (Treasure et al., 2007).

El funcionamiento familiar es el factor dentro de la dinámica familiar que se ha estudiado con mayor detenimiento. En este sentido, se observa que las personas con TCA presentan ambientes familiares desfavorecidos, y la subdivisión de estos resultados en función de la categoría específica del trastorno alimenticio favorece una visión más minuciosa (Ruiz, Vázquez, Mancilla, Viladrich & Halley, 2013).

A propósito de lo anteriormente expresado, diversos autores han concluido a través de sus estudios que las familias con TCA presentan, en general, mayor deterioro que las familias controles, expresado por medio de una menor cohesión y flexibilidad (Vázquez, Álvarez, Mancilla & Raich, 2000, citado en Ruíz-Martínez, Vázquez-Arévalo, Mancilla-Díaz, López-Aguilar, Álvarez-Rayón, & Tena-Suck., 2010). La cohesión es entendida como una medida de la vinculación emocional entre los miembros de la familia, que puede ser representada en un continuo. La clave del

problema es ver cómo las familias equilibran los procesos de separación y unión entre los miembros (Osion, 2000), existiendo problemática cuando la cohesión familiar se encuentra en cualquiera de los dos extremos.

De una forma más exhaustiva, se ha diferenciado el funcionamiento familiar según el tipo de trastorno. Las pacientes con AN señalan una mayor insatisfacción con su vida familiar y mayores niveles de rigidez (Cook – Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005). Las familias rígidas se caracterizan por operar como sistemas poco permeables, lo que aumenta la incapacidad de poder autorregular su permanencia y viabilidad, e impide una adaptación adecuada a las exigencias que surgen del desarrollo del ciclo de vida familiar (Minuchin, Rosman & Baker, 1978, obtenido de Rausch & Bay, 1997). Además, la falta de reconocimiento de la necesidad de un cambio en la dinámica familiar suele ser característica en estos casos, considerando que solo se debe trabajar con el paciente. (González, Hidalgo, Hurtado, Nova & Venegas, 2002).

Asimismo, otras características presentes en familias con pacientes AN son altos niveles de crítica y hostilidad, así como una importante dificultad en la solución de problemas (Emmanuelli, Ostuzzi, Cuzzolaro, Baggio, Lask & Waller, 2004, citado en Ruíz-Martínez, Vázquez- Arévalo, Mancilla-Díaz, López-Aguilar, Álvarez-Rayón, & Tena-Suck, 2010); Kyriacou, Treasure & Schmidt, 2008). Esto último ha sido estudiado por los autores Rausch & Bay (1997), encontrando que las dificultades para enfrentar y manejar eficientemente las situaciones estresantes son consecuencia de la rigidez y la sobreprotección.

Las familias caracterizadas por patrones sobreprotectores impiden, en cierto modo, una clara delimitación de la individualidad de cada uno de los miembros (Rausch & Bay, 1997). Este resultado coincide con el estudio de Vázquez, Raich, Viladrich, Alvarez, & Mancilla, (2001) (obtenido de Ruiz, Vázquez, Mancilla, López, Álvarez & Tena, 2010) donde encuentran que las familias altamente cohesivas perjudican la individualidad y esto favorece la aparición de conductas de control y de sobreprotección.

En contraposición a lo anterior, otros autores han obtenido resultados que apuntan a que estas familias presentan un menor grado de cohesión (Cook-Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005), por lo que los resultados en cuanto a este aspecto no son del todo concluyentes.

En el caso de la BN, cabe mencionar el estudio de Shisslak, McKeon & Crago (1990), donde se compararon a personas con bulimia y peso normal y a personas con bulimia y anorexia, frente a un grupo control. Los resultados señalan que las personas con bulimia, en ambos casos, perciben a sus familias con menor cohesión, expresividad, y orientación hacia actividades recreativas, así como un mayor conflicto respecto a las familias control. Estos resultados coinciden con otros estudios en los que se ha observado esa misma percepción por parte de personas con BN y su familia, considerándolas como más conflictivas y menos cohesivas (Strober, 1981; Johnson, & Flach, 1985).

En el estudio de Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik, & Tocilj, (2005) se menciona la adaptabilidad, definida como la capacidad del sistema familiar para cambiar cuando las situaciones del entorno lo demandan. La población de estudio fueron mujeres con trastornos alimentarios (anorexia y bulimia), estudiantes control y estudiantes de medicina. Los resultados mostraron que en el caso de las pacientes con AN no se encontraron diferencias significativas entre estas y los otros grupos. Sin embargo, las pacientes con BN clasificaron a sus familias como menos adaptativas que el resto de los grupos.

Los resultados presentados establecen lo que parece ser una efímera relación entre los trastornos alimentarios y un determinado estilo de funcionamiento familiar. Por el contrario, no existe evidencia suficiente que pruebe esta hipótesis, de manera que cualquier planteamiento que establezca una relación totalmente causal entre el rol familiar y el desarrollo de un trastorno alimentario debe ser evitada y puesta en cuestión (Steiger, Stotland, Trottier, & Ghadirian, 1994).

Sin olvidar esta última aclaración, la presentación de estas evidencias tiene como objetivo ofrecer una perspectiva, aunque de forma bastante superficial, de la importancia del componente familiar en las pacientes de trastornos alimentarios, que fácilmente puede derivarse en una percepción de falta de apoyo, de comprensión y de expresividad.

Los problemas referidos a las relaciones sociales y las interacciones familiares han sido sumamente abordados, conociendo las dificultades que presentan las personas con trastornos alimentarios para entablar relaciones amistosas y familiares (Dare & Crowther, 1995). Pese a que en ningún caso se puede establecer una relación empírica demostrada, sí es cierto que estos déficits en el entorno social podrían verse

compensados a través del uso de las páginas Pro – Ana y Pro – Mía, que como se mencionó anteriormente, cumplen una importante función social.

La investigación de Tom, Heinemann – Lafave, Jeon, Kolodziej, & Warshay, (2013) tuvo como principal objetivo descubrir el modo en que las características técnicas de los blogs (definidas como la interacción, la autorrevelación y la comunicación masiva) facilitan el apoyo social entre los miembros. Entre los resultados más destacables se encontró que los mensajes de apoyo emocional eran los que se daban con mayor frecuencia (41.7% de la muestra empleada). Los seguidores de estos blogs están dispuestos a compartir e intercambiar experiencias, historias y circunstancias propias con los demás. Asimismo, se observó cómo los usuarios presentaban una tendencia a comentar respecto a sus familias y amigos, la incapacidad para comprender el estilo de vida “Pro – Ana” y sus continuos intentos por oponerse a sus comportamientos.

Anorexia, Bulimia y Neuroticismo

La relación entre los trastornos alimentarios y los factores de personalidad ha sido ampliamente estudiada. Uno de los modelos principales que está a la base de estos estudios es The Five – Factor Model of Personality, conformado por los factores de Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Amabilidad y Responsabilidad.

En el estudio de Bollen & Wojciechowski, (2004) estudiaron a pacientes con trastornos alimentarios clasificadas en dos subgrupos: Anorexia nerviosa restrictiva y Anorexia nerviosa purgativa. El objetivo principal del estudio era investigar la relación existente entre el modelo The Big Five Personality Factors y la anorexia nerviosa y sus subtipos, encontrando como resultados más destacables que en ambos casos, comparados de manera conjunta e individual con un grupo control, obtuvieron mayores puntuaciones en Neuroticismo las personas con anorexia. Esta, junto con otras investigaciones, corrobora la tendencia en los TCA a puntuar alto en este rasgo.

El Neuroticismo se refiere a un desajuste del nivel emocional crónico y a la inestabilidad. Puntuaciones altas en este factor son indicativas de una propensión a la angustia, mientras que las puntuaciones bajas aluden a una estabilidad emocional y psicológica (Costa & Widiger, 1994).

La variable de Neuroticismo también ha sido estudiada contemplándola como una posible vulnerabilidad o factor de riesgo a la hora de desarrollar un TCA. En la investigación de Cervera, Lahortiga, Martínez – González, Gual, de Irala – Estévez, & Alonso, (2003) se concluyó que aquellas chicas con puntuaciones altas en la escala de Neuroticismo y puntuaciones bajas de autoestima presentaban la mayor incidencia a la hora de encontrar en ellas un trastorno alimentario.

Cabe destacar la importante vinculación existente entre Neuroticismo, Ansiedad y las conductas presentes en pacientes con trastornos alimentarios. Resultados de diversos estudios señalan que las personas con trastornos alimentarios muestran mayores puntuaciones de ansiedad que las muestras de personas sin esta patología (Solano & Cano, 2012).

La ansiedad, junto con la obsesión, se encuentran a la base del miedo a los alimentos, la evitación de la comida y un comportamiento rígido en cuanto a la dieta (Steinglass, Sysko, Mayer, Berner, Schebendach, Wang, Chen, Albano, Simpson, & Walsh, 2010).

En esta investigación se evaluaron a personas con anorexia, siendo comparadas con un grupo control. El objetivo principal era estudiar la relación entre la ansiedad previa a las comidas y la conducta alimentaria, estableciendo tres situaciones experimentales en función del tipo de comida ofrecida: un yogurt, una comida a elegir entre múltiples opciones o macarrones con queso. La ansiedad era medida previamente a la conducta de ingesta en ambos grupos.

Se encontraron niveles de ansiedad significativamente superiores en las personas con anorexia, frente al grupo control. La relación entre el nivel de ansiedad y las calorías ingeridas fue únicamente significativa en el grupo experimental y bajo la condición donde se ofrecían macarrones con queso. Del mismo modo, al comprobar la media de calorías ingeridas por cada persona, se comprobó que en la segunda condición (la comida a elegir entre diversas opciones) se aprecia una ingesta menor en las personas con anorexia nerviosa, efecto que se ve intensificado cuando el alimento eran los macarrones con queso. Precisamente esta condición es donde más claramente se muestra la relación entre el nivel de ansiedad previo a la comida y las calorías ingeridas.

La ansiedad nuevamente tiene un importante papel a la hora de explicar las conductas purgativas, dado que se ha observado que este tipo de conductas que giran en

torno a la comida pueden convertirse en un mecanismo de regulación de la ansiedad, pudiendo desencadenar incluso aislamiento social.

Trastornos alimentarios y carácter sintomatológico egosintónico

Una de las clasificaciones que puede encontrarse en torno al concepto de síntoma establece dos categorías: síntomas egosintónicos y egodistónicos. Mientras que los segundos se caracterizan por suponer un malestar para la persona que los presenta, no estando en armonía con ella, los primeros no causan molestia alguna y están en sintonía con los pensamientos, creencias y conductas.

En el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, lo que se observa es una tendencia a presentar síntomas de carácter egosintónico. Las personas que los padecen presentan una baja conciencia de la enfermedad. Esto impide, generalmente en los casos de anorexia, el conocimiento de la necesidad de intervenir y una mayor dificultad en el proceso de tratamiento. Cuando se trata de un posible diagnóstico de bulimia, las dificultades están relacionadas con las limitaciones por parte del entorno para detectar el problema, dado que son pacientes donde la pérdida de peso no es tan notable como en los casos de anorexia. En el momento en que se entrevista a la persona, sí es capaz de reconocer la existencia de un problema, pero no se le da la importancia que realmente tiene.

Por ende, esto anterior refleja un fuerte vínculo con los aspectos cognitivos correspondientes a los trastornos alimentarios. En ellos, la idea sobrevalorada de delgadez constituye el pilar básico del sistema de creencias, llegando incluso a ser la piedra angular de su propio autoconcepto. Es por ello que la pérdida de peso y el control de la ingesta son percibidos como logros importantes, ante los cuales las pacientes sienten un profundo sentimiento de satisfacción.

Como es de esperar, este es un punto clave en las páginas Pro – Ana y Pro – Mía, donde estas personas pueden ir mostrando su progreso, recibir el refuerzo y los elogios de otras compañeras y expresar métodos y conductas que les han hecho alcanzar, aunque de manera parcial, su objetivo.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo pone de manifiesto dos aspectos fundamentales: por un lado, la existencia de sitios webs donde se promulgan los trastornos de la conducta alimentaria como un hábito de vida y, por otro, una presentación de diversos factores que estarían a la base del por qué del éxito y uso de los mismos entre las personas que sufren, principalmente, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Esta revisión tiene como objetivo no solo aportar conocimientos sobre esta temática, sino vislumbrar posibles líneas de intervención específicas para estos trastornos. Se han propuesto una serie de objetivos principales, establecidos por la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009).

1. Restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional.
2. Tratar las complicaciones físicas.
3. Proporcionar educación sobre patrones alimentarios y nutricionales sanos.
4. Modificar/Mejorar las disfunciones previas o adquiridas.
5. Tratar los trastornos asociados.
6. Conseguir el apoyo familiar.
7. Prevenir recaídas ⁽²⁾.

Al analizar los distintos puntos considerados como esenciales a tratar en este tipo de psicopatologías se enfatiza la importancia de una intervención multidisciplinar conformada por profesionales médicos, enfermeros, psicólogos, nutricionistas, etc; con el fin de conseguir los objetivos estipulados.

En lo que se refiere a la intervención psicológica, no existe consenso sobre la efectividad total de ninguna terapia en concreto, aunque numerosas revisiones teóricas señalan que la Terapia Cognitivo Conductual sería la más eficaz actualmente. Esta es usada tanto para los casos de anorexia como los de bulimia, facilitando a los pacientes superar las dificultades por medio de la identificación del pensamiento disfuncional y su consecuente alteración. Además de este componente cognitivo, esta terapia trabaja sobre

⁽²⁾ Para más información, consultar Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya;

las conductas y las respuestas emocionales, permitiendo, en su conjunto, intervenir sobre muchos de los problemas característicos en ambas psicopatologías (sesgos cognitivos y de atención dirigidos hacia estímulos de alimentos, obsesiones y compulsiones, etc.). (Galsworthy – Francis & Allan, 2016).

En las líneas anteriores ya se ha expresado el importante papel que desempeña la ansiedad en estos trastornos. Es un aspecto cognitivo que actúa como antecedente y consecuente en el repertorio de conductas: la ansiedad es generadora de la necesidad, por ejemplo, de comer de forma abusiva. Tras este acto, los niveles de ansiedad disminuyen, pero en su contra aparecen multitud de pensamientos negativos y sentimientos de culpabilidad que provocan un nuevo aumento de la ansiedad. Son estos niveles de ansiedad los que estarían a la base de las conductas compensatorias, consideradas generalmente como el único método existente para liberar estos estados negativos.

Como puede deducirse, la ansiedad está presente en la gran mayoría de procesos cognitivos y conductuales. La terapia cognitiva está destinada, precisamente, al entrenamiento de las pacientes en: (a) identificación de los procesos de ansiedad, atendiendo a los antecedentes y consecuentes, (b) entrenamiento para afrontar la ansiedad y (c) búsqueda de soluciones empleando los dos recursos anteriores.

Por último, es importante resaltar la necesidad de adaptar toda terapia al momento y circunstancias en las que se da el trastorno. La terapia cognitiva no puede olvidar el papel de las páginas Pro – Ana y Pro – Mía en el desarrollo, curso y recuperación de los TCA. Una estrategia para intervenir en estos aspectos es el trabajo sobre el concepto de *falsedad* de estos medios, de la información que se ofrece y de la efectividad que se garantiza con sus métodos.

Lo que se debe recomendar frente a estos recursos de fácil acceso, es la búsqueda de profesionales *vivos*, expertos en comunicación directa, con formación académica documentada y con un enfoque terapéutico orientado a la mejora de la salud mental de las personas con TCA, a un desarrollo de hábitos saludables en su día a día y la promoción de un estilo relacional a nivel familiar y social adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, S. & Llewelyn – Jones, D. (2005). *Anorexia y bulimia*. Madrid, España. Alianza.
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagnéy Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Arab, E, Díaz,A. (2015) Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26, 7-13, <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2014.12.001>.
- Baile, J.I. & González, M.J. (2014). *Tratando... anorexia nerviosa. Técnicas y estrategias psicológicas*. Madrid, España. Pirámide.
- Bardone – Cone, A.M. & Cass, K.M. (2006). Investigating The Impact of Pro – Anorexia Websites: A Pilot Study. *European Eating Disorders Review*, 14, 256 – 262, de: <https://doi.org/10.1002/erv.714>
- Bermejo, B.G., Saul, L.A & Jenaro, C. (2011). La anorexia y la bulimia en la red: Ana y Mia dos “malas compañías” para las jóvenes de hoy. *Acción Psicológica*, 8, 71 – 84, de: <http://www.redalyc.org/pdf/3440/344030765005.pdf>
- Boepple, L. & Thompson. J.K. (2016). A Content Analytic Comparison of Fitspiration and Thinspiration Websites. *International Journal of Eating Disorders*, 49, 98–101. Recuperado de la base de datos Pubmed.
- Borzekowski DLG, Schenk S, Wilson JL, Peebles R. (2010). E-ana and E-mia: A content analysis of pro-eating disorder websites. *American Journal Public Health*, 100, 1526 –1534, doi: 10.2105/AJPH.2009.172700
- Bratland, S., Sundgot, J., Rø, Ø., Hoffart, A. & Martinsen, E. (2010). Physical Activity and Exercise Dependence During Inpatient Treatment of Longstanding Eating Disorders: An Exploratory Study of Excessive and Non-Excessive Exercisers. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 266 – 273, doi: 10.1002/eat.20769.

- Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Carrobbles, J. A. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. España: Pirámide.
- Cervera, S., Lahortiga, F., Martínez – González, M. A., Gual, P., de Irala – Estévez, J., & Alonso, Y. Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 271 – 280. Recuperado de:
<https://pdfs.semanticscholar.org/dfc6/d9c9e5b6f6ab55ae9b654bbb4b91c49038fc.pdf>
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B. & Mouren, M. C. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: Implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13, 223-226. Recuperado de:
<https://doi.org/10.1002/erv.628>
- Costa, P. T., & Widiger, T. A. (1994). *Personality Disorders and the five-factor model of personality*. Washington, American Psychiatric Association.
- Cruzat Mandich, C., & Haemmerli Delucchi, C., & Díaz Bugmann, M., & Pérez Villalobos, C., & Goffard Lackington, J. (2012). Sitios Pro-ana y Pro-mia: Una aproximación reflexiva ante este fenómeno. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21, 129-138. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281927588005>
- Dare, C. (1993). Aetiological models and the psychotherapy of psychosomatic disorders. En M. Hodes & S. Morey (Eds.), *Psychological treatments in disease and illness*. London: Gaskell.
- Dare, C., & Crowther, C. (1995). Psychodynamic models of eating disorders. In G. Szmuckler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating Disorders*, 125–139. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Eckert, E. D., Goldberg, S. C., Halmi, K. A., Casper, R. C., & Davis, J. M. (1979). Behavior therapy in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 134, 55–59
- Fairburn, C. G. & Cooper, P. J. (1982) Self-induced vomiting and bulimia nervosa: an undetected problem. *British Medical Journal*, 284, 1153–5.
- Fairburn, C.G., Welch, S., Doll, H.A., Davies, B.A., & O’Conner, M.E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509–517. Recuperado de la base de datos Pubmed.

- Galsworthy – Francis, L., & Allan, S. (2016). Terapia cognitivo – conductual para la anorexia nerviosa: una revisión sistemática. *RET: Revista de Toxicomanías*, 76, 25 – 51. Recuperado de: http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret_76_04_anorexia.pdf
- González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C. & Venegas, M. (2002). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología*, 11, 91-116. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/264/264111107.pdf>
- Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Instituto Nacional de Estadística (2017). Población que usa Internet (en los últimos tres meses). Tipos de actividades realizadas por Internet. Recuperado de: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925528782&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259926137287
- Johnson, C.L. & Berndt, D. (1983). Preliminary investigation of bulimia and life adjustment. *American Journal of Psychiatry*, 140, 774-777. Recuperado de: <https://doi.org/10.1176/ajp.140.6.7747>
- Johnson C, Flach A. (1985) Family characteristics of 105 patients with bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1321-1324. Recuperado de: <https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1321>
- Kyriacou, O., Treasure, J. & Schmidt, U. (2008). Expressed emotion in eating disorders assessed via self-report: An examination of factors associated with expressed emotion in careers of people with anorexia nervosa in comparison to control families. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 37-46. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/eat.20469>
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital & family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144–167. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Pyle, R.L., Mitchell, J.E.. & Eckert, E.D. (1981). Bulimia: A report of 34 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42, 60-64.

- Pool López, M. (2016). Trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y anorexia. Estudio preliminar. *Letra En Psicoanálisis*, 2. Recuperado de <http://www.cies-revistas.mx/index.php/Psicoanalisis/article/view/55>
- Rausch, C. & Bay, L. (1997) Anorexia Nerviosa y Bulimia: amenazas a la autonomía, 1ª Edición. Buenos Aires: Paidós
- Ruíz-Martínez, A.O., Vázquez- Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J.M., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G., & Tena-Suck, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9, 447-455. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/804/463>
- Ruíz, A.O., Vázquez, R., Mancilla, J.M., Viladrich, C. & Halley, M.E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 45 – 57. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4257/425741619006.pdf>
- Ryan, E & Hovis, S (2015). Collaborative Starvation and the Invisible Podium: Using Twitter as a “how to” guide to spread eating disorders. *Journal of Entertainment and Media Studies*, 1, 26 – 58. Recuperado de: <http://jems.okstate.edu/wp-content/uploads/2015/08/Collaborative-Starvation-and-the-Invisible-Podium-Using-Twitter-as-a-How-To-Guide-to-Spread-Eating-Disorders-.pdf>
- Shisslak, C. M., Mckee, R. T., & Crago, M. (1990). Family dysfunction in normal weight bulimic anorexic families. *Journal and Clinical Psychology*, 46, 185-189. doi: 10.1002/1097-4679(199003)46:2<185::AID-
- Smolak, L., Levine, M.P., & Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 263–271. Recuperado de: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199904\)25:3<263::AID-EAT3>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199904)25:3<263::AID-EAT3>3.0.CO;2-V)
- Solano, N. & Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo. *Psicothema*, 24, 384 – 389. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=4027>
- Steiger, H., Stotland, S., Trottier, J., & Ghadirian, A.M. (1994). Familial Eating Concerns and Psychopathological Traits: Causal Implications of

Transgenerational Effects. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 147 – 157. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199603)19:2<147::AID-EAT5>3.0.CO;2-N

Steinglass, J., Sysko, R., Mayer, L., Berner, L. A., Schebendach, J., Wang, Y., Chen, H., Albano, A. M., Simpson, H. B., & Walsh, B. T. (2010). Pre – meal anxiety and food intake in anorexia nervosa. *Appetite*, 55, 214 – 218. doi: 10.1016/j.appet.2010.05.090

Strober M. (1981). The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: an exploration of possible etiologic factors. *International Journal Eating Disorders*, 1, 28-34. Recuperado de: [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198123\)1:1<28::AID-EAT2260010104>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198123)1:1<28::AID-EAT2260010104>3.0.CO;2-9)

Tiggemann, M., Zaccardo, M. (2015). “Exercise to be fit, not skinny”: the effect of fitspiration imagery on women’s body image. *Body Image*, 15, 1–7. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.06.003.

Treasure, J., Sepúlveda, A. R., Whitaker, W., Todd, G., López, C. & Whitney, J. (2007). Collaborative care between professionals and non-professionals in the management of eating disorders: A description of workshops focused on workshops focused on interpersonal maintaining factors. *European Eating Disorders Review*, 15, 24-34. doi: 10.1002/erv.758

Vidović V., Jureša, Begovaci, I. Mahnik, M. & Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 19-28. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/erv.615>

Williamson, D. A. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.