

## 2. F54 Factores psicológicos... [316]

### La montaña rusa emocional: Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) - Borderline o F60.31 DSM- 5: Sección III

*Siento que siempre estoy en una montaña rusa de sentimientos. ¿Cómo bajarse de ella? He intentado observarlos simplemente, pero tan pronto como uno se ha ido ¡viene el siguiente!*  
Osho, The Transmission of the Lamp, charla #6

A finales del siglo XX y principios del XXI, las condiciones ambientales parecen distar de la convivencia armónica entre el hombre y la naturaleza. Salir a respirar aire fresco, hoy en la Ciudad de México, se ha convertido en un hecho impensable. Buena parte de la juventud actual desconoce la “Región más transparente”, creen que se trata de un libro o una vidriería. Para respirar aire fresco, se tiene que salir de las grandes urbes y apostarse en provincias que aún lo conservan y hacer grandes aspiraciones. Con los alimentos sucede algo parecido que con el aire, contaminados por parásitos y bacterias, ingredientes carentes de nutrientes, y excedidos en químicos dañinos a la Salud. Consumir alimentos nutritivos en la actualidad es toda una hazaña: Salir a comer “a la calle” y pedir una ensalada de lechuga fresca, una porción de pescado, o un guisado de frijoles sin grasa parece misión imposible. Consumirlos en el hogar y elegir los alimentos apropiados a la Salud en general, requiere de tiempo, dinero y educación. Sin embargo, cuando se tienen posibilidades de adquirir los alimentos: un pollo rostizado, una bolsa de papas fritas y un refresco de cola se convierte en el consumo por excelencia, y no se diga de las Pizzas 2 X 1 los días martes ofrecida por una popular casa comercial. En términos mercantiles, la expresión *Lo Barato Sale Caro*, se transforma cuando se trata de alimentos *Lo Caro Sale Barato*, recomendaciones como “Consuma una manzana al día previene riesgos cardiacos”, “Eliminar el consumo de Refrescos, le disminuye el vientre y le aumenta la cartera”:

Un trozo de carne roja con grasa = \$ 120.00 pesos  
Intervención quirúrgica Liposucción = \$ 80.000.00 pesos  
No consumir carne roja con grasa = ahorro de cerca de \$80.120.00 pesos

Estos cálculos en muchas ocasiones para la persona común se transforman en ecuaciones matemáticas infinitesimales o simplemente, inaccesibles a sus posibilidades. La otra faceta de la carne roja, son las tortillas, los frijoles y el chile nutrientes accesibles para la mayoría de nuestra población, incluida la otra mayoría poblacional que carece hasta del consumo regular de tortillas.

Los trastornos alimenticios *se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria*: la elección y la predilección

de alimentos se encuentran influida por factores económicos, culturales, educativos y biológicos que a su vez pueden ser modificados por circunstancias—mole, pollo y arroz para una boda, por *factores psicológicos como patrones conductuales*—tacos y garnachas para la cena, bolillo con tamal y champurrado para el desayuno. *Cognitivos*—me siento gorda (mide 1,60 cm, y pesa 47 kg) - que feo estoy (mide 1.72 cm., y pesa 135 kg)—que no digan que no como (mide 1.57 cm., y pesa 48 kg). *Conductuales*—se sienta a comer e ingiere tres refrescos, dos pizzas medianas, una malteada y su postre con café, tras 4 horas de no ingesta, merienda 3 panes de azúcar 1 litro de leche y un vaso de Yogurt (mide 1.75 cm. , y pesa 87 kg) continúa un periodo de abstinencia alimenticia por 14 hrs. Y *Emocionales*—que miedo de ser como ella: gorda y fea, me odian por ser bonita, doy toda mi fortuna por verme como Madonna, o como Ricky Martin. La revisión de los factores psicológicos y sus trastornos, son comensales indispensables a la mesa de la Nutrición, tomarlos en cuenta ahorra grandes esfuerzos y brinda grandes beneficios a la Salud en general. Las clasificaciones utilizadas en la Psicología son el D.S.M. IV, por otras disciplinas el C.I.E. 10 quienes abordan las alteraciones en los patrones de ingesta de alimentos por factores psicológicos como Trastornos de la alimentación, algunos de los cuales se vinculan los problemas afectivos o emocionales denominados Trastornos afectivos, así como los incluidos en el Eje I.

**CASO 1:** Tiene 21 años de edad, cursa el 2º año de carrera universitaria. Mide 1.72 cm, pesa 58 kg. N. tienen que decir “barf” porque es una palabra fea que satisface su fea descripción, cuando se induce el vómito y el sonido purga y limpia, la Bulimia es pura bilis, puro mal. Algunas personas aunque ganan peso, siempre están con la mente puesta de la anorexia. ¡Algunas personas nunca se curan! Si una persona está deprimida, usted lo dice, estoy enferma estando deprimida, ¿Qué remedio tiene? ¡Su opinión no me hace feliz!... tras esta frase rompe en llanto, es la primera vez que ha llorado en meses.

**CASO 2:** M. tiene 18 años de edad: “Me he preocupado por mi peso toda mi vida. Empezó cuando cursaba el segundo de secundaria. Me había vuelto un poco gordínflón, pero no era algo que me preocupara a cada segundo. Mis entonces compañeros de clase me señalaban todos los días lo gordo que me estaba poniendo. Esto empezó a molestarme. Iba a casa y lloraba con

mi mamá, quien siempre me entendió, ella pensaba que yo era agradable y que no tenía que permitir que me hiriesen, sin embargo, lo hicieron. Hasta el momento lloro al pensar sobre cuánto dolor me causaron. Perdí la confianza en mi mismo, me sentí atemorizado para continuar con los estudios, aún hoy me veo mal frente a un espejo, y no quiero llamar la atención de nadie, odio mi apariencia y figura. Aunque crecí algo, perdí 6 kg, hecho que me tranquilizó. Recuperé confianza y pude perder 15 kg., más, las personas me aceptaban más ¡Me sentía en mi cielo! pasó el tiempo y gané 3 kg, estaba regresando a estar gordo, me asusté y sólo comía por las noches, también tomé laxantes, 5 – 9 todos los días, que no me ayudaron a perder peso, pero mi estómago se sentía menos lleno. En la comida es algo que pienso casi todo el día. Pienso que me pongo más gordo todos los días, es incontrolable, toda mi vida me sentí fuera de control, no puedo controlar las cosas en mi vida, y la comida tampoco, me asusta, me pongo celoso realmente cuando las personas me dicen que ellos no han comido todo el día o que han perdido peso, y yo me siento como un idiota que no puede controlar lo que entra a mi boca. Peso 51 kg y mido ahora 1.67 cm.

**¿Qué hace que la persona altere su ingesta de alimentos, qué se perciba a sí misma inadecuada, o que busque un Modelo Barby o Kent, sin considerar las consecuencias?**

Las teorías psicológicas que han tratado de dar una explicación a estas conductas surgen a partir del concepto de emoción. La emoción como afecto, capaz de modificar o alterar el equilibrio homeostático, creando patrones de ingesta inmoderada (Cannon y Bard, 1934), como consecuencia del Síndrome General de Adaptación, (Selye, 1974). El concepto de emoción derivado de la cognición encuentra un punto de acuerdo entre la disfunción orgánica y los procesos psicológicos, a través de trabajos de Rosman (1985), Kemper (1984) y Echevarría y col., (1989) donde el tipo de personalidad tipo "A", se encuentra asociada con problemas somáticos particularmente como factor de riesgo cardiovascular.

El modelo de emoción de Lazarus & Folkman, (1987) refieren un sistema multivariado, consistente en varios antecedentes casuales y procesos mediacionales o cognitivos con efectos emocionales inmediatos, a largo plazo y con acción interdependiente. (Lazarus, 1990, pag. 209), esquematizado en el siguiente cuadro 1:

Continuando con Lazarus & Folkman, (1984), los procesos de interpretación del individuo que implican la magnitud del estresor, la probabilidad de lo que ocurrirá y los recursos de enfrentamiento o afrontamiento disponibles para tratarlo, ejercen una fuerte influencia sobre las reacciones emocionales de la persona y la elección de estrategias de afrontamiento. Las emociones surgirán en esas relaciones o *transacciones* entre el individuo y sus entornos, constando de tres elementos:

- a) La serie de evaluaciones – *cognitivas* implicados en esa situación, constituyen el elemento central del fenómeno emocional.
- b) Una tendencia a la actuación que puede manifestarse o no, siendo la consecuencia directa de las evaluaciones del entorno.
- c) Un patrón de reacciones somáticas, de tal modo que cada emoción estaría asociada a un patrón de respuestas fisiológicas característico.

Por otra parte, las variables de personalidad antecedentes, actúan recíprocamente entre sí comenzando el proceso emocional. La configuración de la respuesta emocional, se muestra en la figura 1. De esta manera, Lazarus propone que la emoción es el resultado de consecuencias: de daños, pérdidas, y amenazas, incluso enojo, ansiedad, temor, culpa, vergüenza, tristeza, envidia, celos, y aversión, o emociones negativas; y beneficios o emociones positivas, basadas en beneficios en vez de daños. (Lazarus 1991, pág. 327).

**ANSIEDAD**

La ansiedad es un sentimiento común a otros desordenes y puede presentar síntomas que se mimetizan con otras enfermedades médicas como enfermedades cardíacas, asma, o hipertiroidismo. La persona puede sentir un indefinido y persistente estado de inquietud sin motivo aparente y sin posibilidad de encontrar alivio. Los cambios de humor y accesos de irritabilidad ocurren sin que aparentemente, alguna situación interna o externa pueda desencadenarla. Esta labilidad emocional podría ser explicada por los múltiples efectos que la enfermedad misma causa en el paciente y en quienes lo rodean: la persona queda en un estado de indefensión y de alta exposición social por la falta de conocimiento y legitimidad de su alteración. Los niveles de

**CUADRO 1. Análisis Teórico de la Emoción por Lazarus y Folkman (1987) Modificado de R. S. Lazarus and S. Folkman, (1990).**

| ANTECEDENTES CASUALES   | PROCESOS MEDIACIONALES<br>Tiempo 1... T2... T3...Tn<br>Encuentro 1... 2... 3... n  | EFFECTOS INMEDIATOS                | EFFECTOS A LARGO PLAZO      |
|---|--|------------------------------------|-----------------------------|
| Variables de personalidad   | ➔ Apreciación primaria   | ➔ Cambios fisiológicos             | ➔ Salud/enfermedad somática |
| Valores o creencias de compromisos (sentido existencial de mando)                           | Apreciación secundaria   | Sentimientos positivos o negativos | Moral (estando-bien)        |
|   | Reevaluación   | Cualidad de resultado encontrado   | Funcionamiento social       |
| Variables medioambientales  | Enfrentamiento o afrontamiento (coping)  |                                    |                             |
| (Situacional) demandas, retraimiento, recusos<br>Ambigüedad del daño<br>Inminencia del daño | Problema-enfoque<br>Emoción-centrada<br>Buscando, obteniendo y usando apoyo social |                                    |                             |
| Resoluciones de cada encuentro estresante   |  |                                    |                             |

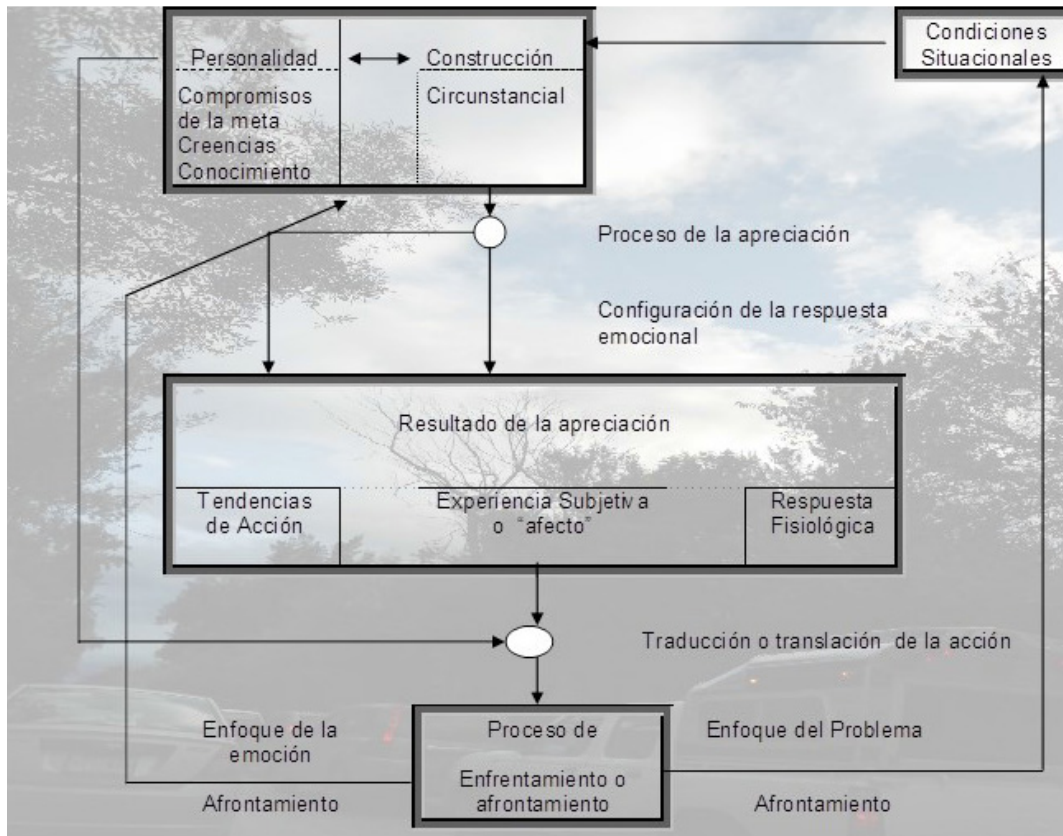


FIGURA 1. MODELO COGNOSCITIVO EMOCIONAL. Modificado de Lazarus, 1990: 210.

tolerancia a la frustración se alteran frente a la imposibilidad de seguir con el ritmo y estilo de vida, se ve imposibilitado a desarrollar una vida autónoma e independiente. La tendencia al aislamiento social es consecuencia de la dificultad en comunicar a los otros las propias vivencias y, a su vez, no se siente comprendido en el intercambio con otros. La persona limita su posibilidad de proyectar situaciones de vida futuras, por el estado de incertidumbre en que vive. Los vínculos familiares y sociales se ven empobrecidos por su ensimismamiento –centrarse en si misma -, mostrando vulnerabilidad física y emocional.

La ansiedad, “eso” que no duerme, que esta con uno un día si y el otro también: Parece ser la hermana de la consciencia, se “pega” a lo que uno piensa: mientras más uno piensa en lo que puede suceder, en alejarse de la persona amada, de tener o contraer alguna enfermedad... Vivir la mayor parte del tiempo dentro del universo de posibilidades: Si ..... entonces, vivir el menor tiempo posible en la incertidumbre. Los síntomas y trastornos asociados con la alimentación se encuentran en el cuadro 2.

La ansiedad como la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras reas importantes de la actividad del individuo:

Si como engordo, entonces qué fea, nadie me va a querer...:

**Anorexia Nerviosa**

Si me muevo, me duele o me altera, se hincha y se pone rojo:

**Trastorno por somatización, vergüenza.**

Si el alimento contiene “X” número de calorías y se añade “Y” preparados, la solución “Z” de la preparación “W” determina que la porción de grasa acumulada para la región ventro medial torácica por distribución desigual de “k” con baja densidad. Todo ello cada 2 horas y durante la ingesta de alimentos. “Todo esto es absurdo e irracional, pero no lo puedo evitar, y da ansiedad”: **Trastorno obsesivo - Compulsivo** . Los sentimientos de tristeza, apatía o desesperanza, cambios en el apetito o en el sueño así como la dificultad en concentrarse: **Trastorno Depresivo**.

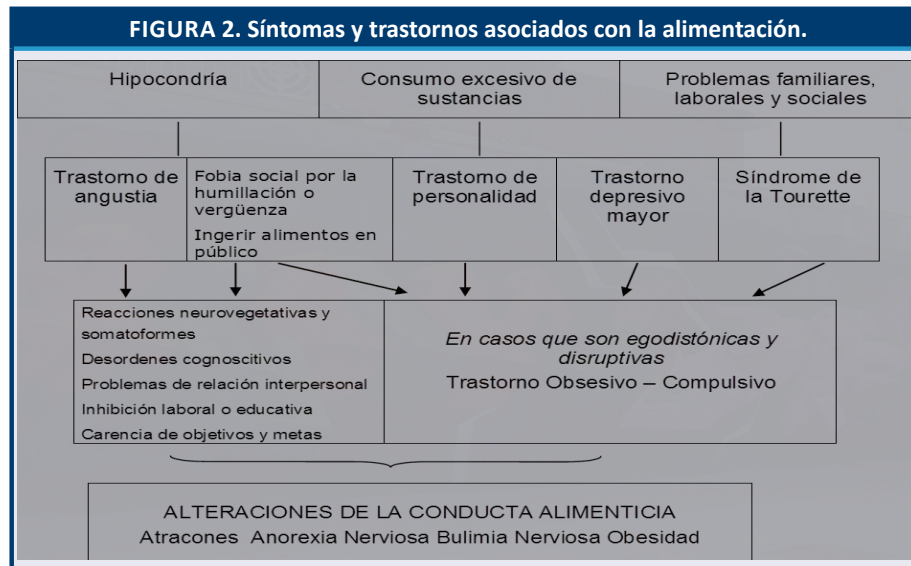
A causa de la presencia constante de baja autoestima, las víctimas de desórdenes alimenticios son extremadamente sensibles a ser calificadas y poseen un temor intenso a ser juzgados por otros como “gordas”, feas, tontas, locas o anormales (Cuadro 2).

**TRASTORNO OBSESIVO–COMPULSIVO (TOC)**

A menudo los trastornos de ansiedad se encuentran mezclados con los trastornos obsesivos–compulsivos.

En cuanto conductas: Estereotipias, rituales o compulsiones persiguen un objetivo: cumplir con el ritual o el sistema a través del cual se alivia la ansiedad.

- Caminar por la calle sin pisar las líneas que separan los bloques de cemento de la banqueta.
- Lavar y arreglar todos los artículos de cocina después de cada comida. Actos mentales como contar el número de cambios de semáforo entre la casa y el trabajo, o contar el número de calorías en cada ingesta de alimentos.



- Regresar a casa cada vez que la persona sale para cerciorarse de haber apagado las luces.

Como condición diferencial a otros trastornos se encuentra el reconocimiento de la persona de lo absurdo e irracional de sus actos, se considera “Torpe”, “Tonta” e “Insegura”, o “egodistónica” como la sensación que tiene de que contenido de la obsesión esta fuera de su control y no va de acuerdo a lo que piensa.

Curso: 6 y 15 años para los varones, 20 y 29 años para las mujeres. De aparición gradual, aguda, o crónica con altas y bajas, con exacerbaciones de los síntomas que podrían estar relacionadas con acontecimientos estresantes.

**Las compulsiones** se definen como comportamientos o actos mentales de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, sin proporcionar placer o gratificación.

**Las obsesiones** definidas como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos, contiene factores psicológicos involucrados como la imagen corporal o Autoconcepto que incluye la Autoimagen y Estabilidad emocional. Las **Relaciones Interpersonales** de tipo gratificantes, asertivas y empáticas, con **Capacidad de Enfrentamiento** dado por control emocional, evaluación primaria y evaluación secundaria.

Criterios para el diagnóstico el Trastorno obsesivo – compulsivo (DSM IV-TR): Cogniciones o ideas obsesivas, se caracterizan por:

- 1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes se experimentan como intrusivos e inapropiados, causando ansiedad o malestar significativos.
- 2) No son preocupaciones simples y excesivas sobre problemas de la vida real.
- 3) La persona intenta ignorar o eliminar los, o intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

- 4) La persona reconoce que estos pensamientos, son el producto de su mente.

Las compulsiones o conductas compulsivas se identifican por:

- 1) Conductas repetitivas como lavado de manos, orden de objetos, en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
- 2) El objetivo de estas conductas es la prevención o reducción del malestar, o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos, inconexas de forma realista con lo que se pretende neutralizar o prevenir.

Las obsesiones y compulsiones resultan excesivas (o irracionales) y provocan malestar clínico significativo.

**Atracón (Binge eating)**, Resalta la importancia reciente de esta alteración nutricional: el atracón o consumo excesivo de alimentos, una gula verdadera, caracterizada por:

- Episodios frecuentes de comer qué otros considerarían una cantidad anormalmente grande de comida.

Sentimientos frecuentes de ser incapaz para controlar cuánto se come. La presencia de conductas o emociones: el comer más rápido de lo usual, en cantidades excesivas incluso sin hambre, sentimientos de aversión, depresión, o culpa después de la sobre ingesta.

Un ejemplo puede representar un concurso de ingesta de Hamburguesas en Norteamérica, o de cerveza en Alemania.

Las personas han informado sobre emociones y sentimientos como enojo, tristeza, fastidio, ansiedad o otras emociones negativas pueden activar un episodio del atracón. La conducta impulsiva y otros problemas psicológicos pueden ser más comunes en personas con atracón que en el trastorno de la alimentación. **Anorexia Nerviosa** se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales.

Criterios para el diagnóstico de Anorexia nerviosa:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla, como pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres adolescentes, presencia de amenorrea, como ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

**Tipos:** *Restrictivo*: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas. *Compulsivo/Purgativo*: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

**DSM V:** Anorexia Nerviosa : se ha eliminado el requerimiento de amenorrea, y el criterio B no sólo incluye miedo a ganar peso sino también conductas persistentes que interfieren con la ganancia de peso.

**La Bulimia Nerviosa** se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad o atracones, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas: provocación de vómito, abuso de fármacos laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno, o ejercicio excesivo. Criterios para el diagnóstico de *Bulimia nerviosa*.

Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- 1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- 2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.
  - A. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos: ayuno, y actividad física excesiva.
  - C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
  - D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
  - E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

**Tipos:** *Purgativo*: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. *No purgativo*: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

**DSM V:** Bulimia Nerviosa y Trastorno por atracón: la frecuencia requerida de atracones y conductas compensatorias baja de

dos a la semana durante 6 meses, a una a la semana durante tres meses.

La característica esencial de la Anorexia Nerviosa y de la Bulimia Nerviosa es la distorsión cognitiva cuyas consecuencias implican la alteración de la Imagen Corporal Autoestima y Concepto de Sí Mismo, Reacciones emocionales y Dificultades en la adaptación ante las demandas externas.

**Trastorno de la conducta no especificado** para codificar los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico, como:

1. Las mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero sus menstruaciones son regulares.
2. Además, cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se añade que cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o menos de 3 meses.
4. Emplean conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal de manera irregular.
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

**Obesidad simple** está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una enfermedad médica, en el D.S.M. IV no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Sin embargo, cuando existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de Obesidad, se consideran dentro de los factores psicológicos que afectan el estado físico.

**Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez:** Pica, Rumiación, y Trastorno de la Ingestión Alimentaria de la infancia o la niñez.

**DSM V:** Tanto el Trastorno de pica y rumiación como el Trastorno de evitación/restricción de ingesta de alimentos como los Trastorno de eliminación, se pueden diagnosticar a cualquier edad.

**Trastorno dismórfico corporal:** Conductas o actos mentales repetitivos como respuesta a un defecto percibido en la apariencia física". Se especifica con "dismorfobia muscular".

Amanera de conclusión, la ansiedad y la depresión, son problemas de salud pública (Medina Mora & Villatoro, 2015). El cuadro 3 muestra las consecuencias sobre el estilo de vida saludable. Ya en el 2003, la Encuesta Mundial de Salud Mental realizada por la Organización Mundial de Salud (OMS), señalaba que la angustia (o ansiedad), depresión, constituían el grupo de trastornos de mayor incidencia al lado de la angustia por agorafobia, estrés post-traumático, de ansiedad debido a enfermedad médica, entre otros. En países como los Estados Unidos, Francia y Lebanon

| CUADRO 2. Principales causas de la pérdida de años de vida saludable en México. |  |            |
|---|--|------------|
| ORDEN   | CAUSAS                                 | %          |
| 1   | Afecciones perinatales                 | 7.7        |
| 2   | Diabetes mellitus                      | 5.8        |
| 3   | Homicidios y violencias                | 4.8        |
| 4   | Cardiopatía isquémica                  | 4.5        |
| 5   | Accidentes de vehículo motor (choques) | 4.0        |
| 6   | Infecciones respiratorias bajas        | 3.0        |
| 7   | Enfermedad cerebro vascular            | 2.9        |
| 8   | Cirrosis hepática                      | 2.9        |
| 9   | Atropellamiento                        | 2.3        |
| 10  | Desnutrición proteico-calórica         | 1.9        |
| 11  | Enfermedades diarreicas                | 1.8        |
| 12  | <b>Demencias</b>                       | <b>1.7</b> |
| 13  | <b>Consumo de alcohol</b>              | <b>1.6</b> |
| 14  | <b>Trastornos depresivos</b>           | <b>1.6</b> |
| 15  | Nefritis y nefrosis                    | 1.5        |

presentaron las prevalencias más altas, 18.2%, 12% 11.2% respectivamente. En México se presentó una prevalencia de 6.8%, por arriba de Alemania, España, Italia, Japón y Nigeria. La relación entre la salud física y la salud mental en los individuos es estrecha, por ello el manejo integral y multidisciplinario es primordial en cada paciente.

#### REFERENCIAS

- Agras, W.S. (1987). *Eating Disorders: Management Of Obesity, Bulimia, And Anorexia Nervosa*. New York: Pergamon Press.
- American Psychiatric Association Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (2002). España, Masson.
- American Psychiatric Association Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (2013). USA. APA.
- Bray G.A. (1989) *Clínicas médicas de Norteamérica. Obesidad. Aspectos básicos y aplicaciones clínicas*. Ed. Interamericana. Vol. (1).
- Cannon, W. B. (1929) Bodily changes in Pain, Hunger, Fear and Rage, En Calhoun y Solomon, R.C. (1989) *¿Qué es una Emoción?*, México, Ed. Fondo de Cultura Económica
- Castillo-Sánchez, M.D., & León-Espinosa, M.M.D. (2003). *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. España, Alcalá La Real (Jaén). Formación Alcalá.
- Echebarría, A., y Páez, D., (1989) *Emociones: Perspectivas Psicosociales*, Madrid, España, Ed. Fundamentos Kemper,
- T. (1984) Power, estatus and emotions: A sociological contributions to a psychophysiological domain. En Echebarría, A., y Páez, D., (1989) *Emociones: Perspectivas Psicosociales*, Madrid, España, Fundamentos. Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement: with

commentaries. *Psychological inquiry*. 1, 3 - 51. Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.

- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986/1991). *Estrés y procesos cognoscitivos*, Barcelona, España: Martínez Roca.
- Medina-Mora, Ma. E., & Villatoro, J. (2015). La epidemiología de la salud mental en México. Boletín especial de salud mental. Resumen del trabajo "La salud mental en México. Retos y perspectivas". *Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP)*. <http://www.conadic.gob.mx/doctos/epidism.htm>. Acceso internet 12/07/05
- OMS (1992): *CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid. MEDITOR,
- Organización Mundial de la Salud (1996). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Versión multiaxial para adultos*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *CIE-10 Capítulo V: Pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en Atención Primaria*. Ginebra: OMS.
- Patton, 1992. Eating disorders: antecedents, evolution and course. *Annals of Medicine*, 24(4), 281-285.
- Roseman, I. J. (1984). Cognitive determinants of emotion: A structural theory. En: Echebarría, A. y Páez, D., (1989) *Emociones: Perspectivas Psicosociales*, Madrid, España, Fundamentos.
- Secretaría de Salud, Programa de salud 2000-2006. <http://www.ssa.gob.mx/>
- SINAVE/DGE/SALUD/(2012). *Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México*. México, Secretaría de Salud. Selye, H. (1956/1997). The stress of life. En: Papalia, D.E. y Wendkos, O. (1997) *Psicología*, México, Ed. McGraw Hill.

Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling