



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DE LA ANOREXIA NERVIOSA A LA ANOREXIA  
INFANTIL: UNA MIRADA SOCIOCULTURAL DE  
LA ENFERMEDAD**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**SANDOVAL CANO MARCELA A.**

**DIRECTORA DE TESINA: DRA. CLAUDETTE DUDETT LIONS**



**MEXICO, D.F.**

**NOVIEMBRE DE 2007**

**AGRADECIMIENTOS**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dra. Caludette gracias por el apoyo, la motivación y la dirección, sin ti este trabajo no hubiera podido convertirse en realidad.

De igual manera a los Profesores: Ma. Eugenia, Jorge Valenzuela, Jorge Alvarés, y Aida Araceli, por sus valiosas aportaciones.

## **DEDICATORIAS**

A mi mamá Isa, por enseñarme todo lo que se y por ser mi apoyo incondicional en mi vida, muchas gracias por estar a mi lado siempre y bajo cualquier circunstancia.

A mi Tato (q.e.p.d.) por darme las bases necesarias para que esto por fin lo haya logrado.

A Lety, Toño. Alex y Mario, gracias por ser mis hermanos y apoyarme en lo que necesité y por lo que todavía hace falta.

Champi Xi, muchas gracias por estar conmigo, por tu apoyo, por guiarme y por dejarme ser tu amiga, por escucharme, por eso y muchas cosas más... te quiero mucho.

Champi Luisa gracias por iniciar esta aventura juntas, por lo que has aportado y seguramente seguiras aportandome en mi vida, por ser mi amiga, te quiero mucho.

A Pata por estar ahí y por ser más que mi prima.

A mis amiguis Gaby, Chely y Patty por la compañía, las risas y sobretodo por confiar en mí.

A mi familia extensa: Apa, Ama, Alfredito, Karla Abue José, Silvia, Cintia, Nor, Abue Yolanda y toda la demás familia que se agrego en mi corazón.

Edith y Andrea gracias por compartir la aventura de ser psicólogas.

A Pocket y a Betsy (q.e.p.d.) por hacerme compañía en mis noches de interminables desvelos.

**G R A C I A S**

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	6
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>I. ANOREXIA NERVIOSA</b> .....	10
1.1 La anorexia a través de la historia.....	11
1.2. Concepto.....	15
1.3 Tipos de anorexia.....	16
1.4 Etiología.....	18
1.5 Factores de riesgo.....	19
1.5.1 Factores Fisiológicos: Cerebro y Genética.....	20
1.5.2 Factores Psicosociales.....	22
1.5.2.1 Edad.....	22
1.5.2.2 Sexo.....	23
1.5.2.3 Cultura.....	24
1.5.2.4 Nivel Socioeconómico.....	24
1.5.2.5 Alternaciones en la Imagen Corporal.....	25
1.5.2.6 Trastornos Afectivos.....	25
1.5.2.7 Contactos sexuales.....	27
1.5.2.8 Peso y Actividad Física.....	27
1.6 Criterios Diagnósticos.....	28
<b>2. ANOREXIA INFANTIL: UN NUEVO CAMPO DE ESTUDIO</b> .....	33
2.1 Concepto de anorexia infantil.....	35
2.2 Clasificación de la anorexia infantil.....	36
2.2.1 Anorexia en la primera infancia.....	37
2.2.2 Anorexia en la edad escolar.....	38
2.3 Diferenciación de la anorexia infantil o prepuberal con otros tipos de trastornos de la conducta alimentaria con inicio en la infancia.....	38
2.4 Etiología.....	40

2.5 Criterios Diagnósticos.....	41
2.6 Diferencias entre anorexia infantil y anorexia nerviosa en adolescentes y adultos.....	47
<b>3. EL PAPEL DE LA CULTURA Y LA IMAGEN CORPORAL EN LA ANOREXIA NERVIOSA.....</b>	<b>49</b>
3.1 Una mirada sociocultural de la anorexia nerviosa.....	50
3.2 Valores estéticos.....	51
3.2.1 Medios de comunicación.....	55
3.2.2 La moda.....	58
3.3 Diferencias en los sexos .....	59
3.4 Occidente & el mundo no occidental.....	60
3.5 Imagen corporal e insatisfacción corporal.....	63
3.5.1 Insatisfacción corporal y anorexia nerviosa.....	67
<b>4. CONCLUSIONES.....</b>	<b>69</b>
<b>5. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....</b>	<b>77</b>
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>80</b>

## **RESUMEN**

En el presente trabajo se revisa la enfermedad conocida como anorexia nerviosa, la cual ha sido sometida, a lo largo de la historia, a diferentes concepciones, así como a modelos multifactoriales existentes. También, se explora la incidencia que tiene dicha enfermedad en la infancia, y la importancia que adquiere, al exponer su aparición en edades más tempranas a la adolescencia. Así mismo se describe la relación que ésta guarda con la cultura y algunos factores que acompañan el desarrollo de la anorexia nerviosa. Todo esto, con la finalidad de comprender más a fondo esta enfermedad, que a través de los años y el desarrollo de nuevas investigaciones, ha tomado suma importancia, no solo en lo psicológico, sino, también en lo social.

## INTRODUCCIÓN

Cada año millones de personas en el mundo son afectadas por serios problemas en el marco de los trastornos de la conducta alimentaria.

El término "trastornos de la conducta alimentaria" se refiere en general a trastornos psicológicos con graves anormalidades en el comportamiento de ingesta. Entre ellos, la Anorexia Nerviosa, tema fundamental de la presente investigación, ha duplicado en los últimos 25 años su frecuencia en el mundo occidental y triplicado en Japón (Becker, Burwell, Gilman, Herzog, y Hamburg, 2002).

Aunque la anorexia nerviosa es conocida desde la antigüedad, la aparición del problema de manera algo explosiva en los últimos años, tras la alarma social que se ha devenido, así como la urgente necesidad de dar respuesta a la problemática actual ha despertado el interés para la investigación clínica y social.

Nos encontramos ante conductas que afectan directamente al cuerpo, y reflejan cierto tipo de vulnerabilidad individual predominantemente en una sociedad post-industrial, marcada por una ética y una estética determinadas, es decir, la de priorizar la imagen externa por encima de cualquier valor debido entre otras cosas, a que el cuerpo es considerado como algo que nos distingue socialmente, como un "instrumento" de competitividad en un medio donde predominan los estereotipos y los valores estéticos y culturales así como la existencia de un modelo, un ideal de belleza establecido y compartido socialmente.

Hasta hace unos años, no era extraño considerar que un gran sector de la población, caracterizado básicamente por ser mujeres y por el hecho de pertenecer o haberse desarrollado en una cultura de tipo occidental, era el foco de interés para varias investigaciones, ya que por mucho tiempo se creyó que la anorexia nerviosa era casi exclusivamente una enfermedad de mujeres.



No obstante, los cambios históricos entrañan también cambios culturales que entre otras cosas, acarrearán modificaciones a los paradigmas ya establecidos. No se puede negar el hecho de que la balanza epidemiológica se sigue inclinando hacia las mujeres; sin embargo, al apuntar hacia otro tipo de poblaciones, las nuevas investigaciones están aportando datos a cerca de lo vulnerables que también están otros grupos poblacionales, debido a que no se puede descartar el hecho de que la anorexia nerviosa no proviene de la falta de apetito o escasez de comida, sino de una negación rotunda a alimentarse.

Es así como poblaciones no occidentales que se consideraban ajenas a los trastornos de la conducta alimentaria han tenido un gran incremento de estos al pasar de los años, dejando al descubierto los cambios culturales, sociales y económicos de grupos afro-americanos, y orientales, los cuales no necesariamente provienen de sociedades occidentales.

No sólo el grupo social ha sido motivo de discusión entre las investigaciones de los trastornos de la conducta alimentaria, la edad de aparición es un tema en el que todavía no se llega a ningún resultado concluyente, pues, aunque la adolescencia por excelencia ha sido considerada como el momento de mayor riesgo, en los últimos 10 años, varias investigaciones han reconocido que la anorexia nerviosa puede aparecer a partir de los 8 años de edad o incluso antes (Bryant-Waugh y Lask, 1995).

Es precisamente este panorama el que genera el interés de la presente investigación, cuyo objetivo es el de contemplar que no sólo la anorexia se da en una población específica, si no, el exponer que en edades tempranas su aparición cada día es mayor, e indudablemente determinada por factores culturales como los valores estéticos en que se desenvuelven los infantes. Sin por ello menospreciar los demás factores que indudablemente son también parte importante para la aparición de dicho trastorno, que para efecto de este trabajo, dado que dichos factores son muy amplios en cuanto a literatura, serán contemplados pero no desarrollados tan ampliamente como los mencionados anteriormente.

Por ello en el Capítulo I se explicarán los conceptos generales de la anorexia nerviosa, la posible etiología de acuerdo a las diferentes concepciones nosológicas, así como los criterios diagnósticos que la rigen, para tener un panorama general de la enfermedad que nos permitirá entender la anorexia a través de la historia así como las nociones actuales de ésta.

Posteriormente, en el Capítulo II se desarrollarán los conceptos correspondientes a la anorexia infantil como son la etiología, los diferentes tipos de anorexia infantil, así como de los criterios clínicos establecidos para esta población, que debido a sus particulares características, no pueden caer en los mismos criterios establecidos para adultos; de esta forma se entenderá las implicaciones individuales para concebir más afondo este trastorno.

En el Capítulo III se expondrá el papel que juega la cultura en el desarrollo de la anorexia nerviosa, así como la relevancia de los valores estéticos, imagen corporal, moda y medios de comunicación, entre otros.

Por último, expongo las conclusiones a las que llegue, las necesidades, las dificultades e importancia que adquiere este tema, para el ejercicio de mi profesión. Así como la importancia clínica y social de la anorexia infantil para abrir nuevas posibilidades para nuevas investigaciones.

**CAPÍTULO I**  
**ANOREXIA NERVIOSA**

## I.I LA ANOREXIA ATRAVÉS DE LA HISTORIA

La palabra anorexia (del vocablo griego *anorektous* y su equivalente latino *inapetencia*) se ha conocido desde siempre como sinónimo de falta de apetito, aunque en la enfermedad, conocida como anorexia nerviosa, no existe dicha privación, sino que es una negación a comer con el único objetivo de no engordar.

La anorexia nerviosa ha sido reconocida en la literatura médica desde hace 150 años (Schmidt, 2005) sin embargo, este trastorno “ha vivido muchas vicisitudes hasta alcanzar la forma actual, la psiquiatría transcultural, la sociología, la medicina y hasta la historia aportan tantas perspectivas que ensanchan y relativizan la visión que pudiéramos tener hoy de la anorexia nerviosa “(Caparrós y Sanfeliú, 1997 p. 21).

La anorexia nerviosa era un trastorno conocido en épocas antiguas. La primera descripción que se conoce es la de Sorano de Efeso en el periodo 138-98 a. C., en la que se describe la amenorrea y la anorexia (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Entre los egipcios se pensaba que la comida era una de las causas del enfermar y por ello, deliberadamente purgaban de forma mensual; entre los romanos eran célebres los vomitorios y aunque nunca se reparó en la existencia de un trastorno alimentario, Aulo Cornelio Celso refiere la primera noción de lo que hoy entendemos como anorexia, llamándola “atrofia o tisis nerviosa” (Padin y Chinchilla, 1995).

En la antigüedad el rito del ayuno formaba parte de la práctica religiosa en general y su motivación inmediata variaba en cada caso (Arbesman 1949, Ernest 1979 Vandereycken, 1994 citados en Caparrós y Sanfeliú, 1997). Es así como en la edad media en la vida de algunas santas como Verónica Giuliani, una santa del siglo XIV, que fue considerada como una mujer virtuosa dedicada a Dios, el quién le había concebido la gracia divina de no comer, o la santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, que ayunó y rezó a Dios rogándole le

arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres, la cual fue adoptada en algunos países de Europa como santa patrona por aquellas mujeres que deseaban verse libradas de la atención masculina.

En comparación con la actualidad, “las funciones según los sexos estaban netamente separadas, el hambre era frecuente, años también en que la delgadez no era ideal estético” (Caparrós y Sanfeliú, 1997 p. 25) y por el contrario se le daban explicaciones propias de la época, considerándola un mal demoníaco, o como un Don de Dios, ya que según los convencionalismos sociales, la mujer se consideraba que había sido tocada por el Espíritu Santo y por lo tanto se creía que por “milagro” se podía vivir sin comer.

A principios del siglo XVII ya existían descripciones de la anorexia nerviosa en la literatura médica (Goldstein y Stunkard, 1999). En Francia fue Pinel, un pionero de la psiquiatría europea, que en 1798 publicó su “Nosographie Philosophique”. En el capítulo dedicado a las neurosis de digestión incluyó la bulimia, la purga y la anorexia. En su opinión, la anorexia era una neurosis gástrica que sobrevenía con extraordinaria frecuencia (Vandereycken y Deth, 1994 citados en Toro, 1996).

En 1860, Louis Victor Marce la describió como “delirio hipocondríaco” haciendo una gran contribución a este padecimiento (Romano, 1999). Posteriormente en 1689, Richard Montón, basándose en la obra del romano Aulo Cornelio Celso, describió la “consunción nerviosa”, considerándose ésta la primera descripción clínica de dicho trastorno, en donde define la *atrofia o tisis nerviosa*, lo que actualmente se conoce como anorexia nerviosa (Toro, 1996).

En 1873 en la Asociación Médica Británica el médico William Gull, había referido una enfermedad sin evidencia orgánica “apepsia histérica”, cinco años después cambió el término por “anorexia nerviosa” (McSween, 1993) y fue él, quien utilizó por primera vez la expresión en una conferencia pronunciada en Oxford (Garfinkel y Garner, 1997), considerándola como un estado mental morboso causado por un trastorno del sistema nervioso central y de carácter hereditario (Toro, 1996).

Al mismo tiempo, pero independiente de William Gull, el fisiólogo francés Ernest Laségue, calificó la enfermedad como inanición histérica y la considero al igual que Gull, una enfermedad psicógena (Toro, 1996).

A finales del siglo XIX, en el año 1893, Freud describe un caso de anorexia nerviosa tratado con hipnosis, un año más tarde describe dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía en la pubertad, (García-Rodríguez, 1993) lo que significaría que se estaba remitiendo completamente la anorexia nerviosa al campo de la psiquiatría.

Después de la Primera Guerra Mundial, los cambios en la ciencia médica afectaron notablemente los conceptos vigentes acerca de la anorexia nerviosa (Toro, 1996). A principios del siglo XX, la anorexia nerviosa empieza a tratarse desde un punto de vista endocrinológico, así en 1914 Simonds patólogo alemán, describe una paciente caquéctica, es decir, un estado de un trastorno general profundo y progresivo de causas diversas; a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción pituitaria y durante los siguientes 30 años reinó la confusión entre insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simonds) y anorexia nerviosa (Vandereycken y Lowenkopf, 1990). Sheeham enmienda esta apreciación y manifiesta que este síntoma sólo es propio de la fase final (citado en Caparrós y Sanfeliú, 1997).

A partir de los años 40, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se estudiaron principalmente desde el punto de vista psicológico; las observaciones, los métodos exploratorios van haciéndose más rigurosos, y las explicaciones etiopatológicas más complejas, menos simplistas y reduccionistas (Toro, 1996), quedando en el olvido las antiguas discusiones acerca del origen endocrino o psicológico del trastorno.

En 1939, John Ryle fue el primero en predecir el incremento posterior de la anorexia nerviosa mediante la interacción entre la notable "emotividad" de los jóvenes y la popularización de la moda de la delgadez (Vandereycken y Deth,

citados en Toro 1996), por lo que a la anorexia nerviosa se le empieza a relacionar con diversos síntomas como la distorsión de la necesidad nutricional, seguida de un trastorno psíquico con respecto a la imagen corporal, repudio a la sexualidad, deseo de permanecer en la adolescencia evitando así la madurez (Gismero, 1996).

Posteriormente, en los años 60's las tentativas de explicaciones psicopatológicas profundas se basaron en el modelo de la neurosis, se reconocieron nuevos métodos como la electronarcosis, la farmacoterapia y variantes psicoterápicas.; el diagnóstico se precisó y se diferenció de otros tipos de anorexia, así a partir de ese momento y hasta la actualidad, existen diversos abordajes explicativos y terapéuticos del trastorno (Guillemot y Laxenare,1994).

En los 70's el papel de la familia fue esencial para el desarrollo de esta enfermedad. Posteriormente con el advenimiento de las bio-tecnologías, el interés por entenderla se enfocó en las explicaciones biológicas, en particular, el papel genético como el originario de este trastorno, así como la relación de este factor con el ámbito psicológico (Schmidt, 2005).

## **I.2 CONCEPTO DE ANOREXIA NERVIOSA**

Toro (1996, p. 7) define la anorexia nerviosa como “un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar”

García-Rodríguez (1993, p.10) la define como “la fobia a la obesidad, con un deseo irracional de estar delgada y unas alteraciones del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones de la esfera familiar y social”.

Turón la define como aquel trastorno alimentario que afecta mayoritariamente a mujeres prepúberes o adolescentes, pero también en menor medida a mujeres

adultas y varones jóvenes. Se caracteriza por un deseo de pesar menos, cada vez menos; intenso miedo a la gordura-obesidad, y un peculiar trastorno del esquema corporal, que les hace verse más gruesas/os de lo que están en realidad (citado en García-Suárez, 2002).

Por su parte la Asociación Americana de Anorexia Nerviosa declara que la anorexia es un trastorno de deliberada inanición con profundos componentes físicos y psiquiátricos (citado en Barber, Bolaños, López y Ostrosky, 1995).

Para la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1994) la anorexia consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.

Debido a la naturaleza del trastorno, varios investigadores precisan su punto de vista acerca de la anorexia nerviosa, el común denominador es el bajo peso en que se mantienen las personas con dicho trastorno.

### **I.3 TIPOS DE ANOREXIA**

Existen básicamente dos tipos de acuerdo con Toro (1996):

- La anorexia (donde verdaderamente hay una falta de apetito debido a problemas físicos, que suelen acompañarse de síntomas y signos específicos o inespecíficos.
- La anorexia llamada *nerviosa* (término utilizado en los países con influencia francesa, intercambiable y utilizado también el término de anorexia mental) de origen psicológico, donde se describen los siguientes subtipos:



*Primaria.*- Las características básicas serían:

- Imagen corporal distorsionada con percepciones erróneas sobre el propio cuerpo.
- Incapacidad para identificar los estados de necesidad, principalmente los relacionados con el hambre.
- Sensación de impotencia acompañada de la poderosa impresión que los sentimientos y acciones no emanan del propio “yo” sino de la demanda externa.

*Secundaria o atípica.*- La característica esencial es una pérdida de peso de origen psicógeno, no buscada directamente por el paciente.

Según Epling, et al. (citados en Toro y Vilardell, 1987) proponen otro subtipo denominado *anorexia basada en la actividad* , la cual se fundamenta en la interacción entre los efectos de:

- La privación y el patrón alimenticio sobre la actividad
- Los de la actividad sobre el consumo alimenticio

Ambos basados en la hipótesis de que la hiperactividad es un hecho precoz y duradero de la anorexia nerviosa y no simplemente secundario a un intento consciente de perder peso o a la pérdida de peso en sí mismo considerada.

Buckroyd clasificó otro tipo de anorexia nerviosa llamada “Subclínica” ya que de acuerdo a sus investigaciones encontró que en algunos pacientes los síntomas no son tan graves y se sufre un leve grado de anorexia, rara vez se acude al médico o se desarrolla la enfermedad durante un tiempo muy prologado antes de llegar a consulta (García-Suárez, 2003).

Distintos autores han hecho otras divisiones nosológicas de la anorexia. La anorexia nerviosa se distingue de la anorexia crónica y de la anorexia como reacción neurótica. Existe un estadio preanoréxico transitorio, que se observa entre los pacientes más jóvenes. Le sigue en gravedad la anorexia reactiva, es

decir, la anorexia “falsa”. En estas formas más leves de la enfermedad se presenta un adelgazamiento considerablemente menor (Shütze, 1983).

Aunque la incidencia de la anorexia es predominante en mujeres (y los estudios realizados se han enfocado a ellas) también afecta a los hombres y se le ha denominado *anorexia masculina*. Esta afecta solo a 2-3 varones por cada 100 mujeres enfermas (Martínez-Fornés, 1994). No se han encontrado diferencias significativas entre la anorexia masculina y la femenina, según Toro y Vilardell (1987) nada hay a favor de una supuesta anorexia masculina esencialmente diferente a la femenina, ya que comparten los mismos síntomas.

Existe también un tipo de anorexia que hace apenas algunas décadas se ha empezado a estudiar: *anorexia infantil*. No fue sino hasta los años ochentas cuando la anorexia infantil o prepuberal fue reconocida totalmente (Irwin, 1984; Russell, 1985) lo que hace suponer que la anorexia se está observando con una frecuencia creciente en las fases de desarrollo más temprana (Bryant-Waugh y Lask, 1995). Este tipo de anorexia nerviosa es rara y su aparición antes de los ocho años de edad no es común pero si ha sido reportada, comparte algunos rasgos con la anorexia comenzada en la edad adolescente, y tiene una patología más compleja, generalmente se caracteriza por ser más grave que otro tipo de anorexia ya que puede retrasar el desarrollo del niño(a) y causar daños mentales irreversibles (Lask y Bryant- Waugh, 1997).

## **I.4 ETIOLOGÍA**

Según Duker y Slade (1992) la anorexia nerviosa, en particular se distingue por la manera en que desafía teorías ampliamente aceptadas; hay cierta dificultad para clasificarla, pues no encaja propiamente en ninguna categoría propuesta, es decir, como una enfermedad física o como un acto deliberado; por lo que debería entrar en una tercera categoría en donde los actos de la persona han sido en cierto modo restringidos como consecuencia de cambios psicológicos autoinducidos.

Toro y Vilardell (1987) mencionan que la etiología no solo de la anorexia nerviosa, sino de cualquier enfermedad, va mas allá de investigar la causa de la misma, ya que no solo el conocimiento de los agentes patogénicos es importante, sino también la comprensión de los factores predisponentes y precipitantes, motivos de mantenimiento, percepción de la evolución morbosa y situación e interacción psicosocial.

Para Romano (1999) la anorexia nerviosa, es un trastorno conceptualizado como un síndrome clínico con una etiología específica desconocida. Al respecto Walsh y Devlin (1998) mencionan que mientras se han identificado varios factores de riesgo, no hay ninguna causa directa conocida.

De igual manera Connan-Iain, Katsman, Lightman y Treasure (2003) describen la anorexia nerviosa como un trastorno de etiología compleja en el cual, los factores genéticos, biológicos y socioculturales parecen contribuir significativamente a su susceptibilidad; sin embargo, solo algunos de estos factores de riesgo son específicos a la anorexia nerviosa pero ningún factor por si solo se ha comprobado que sea necesario o suficiente para que se desarrolle el trastorno.

Por lo tanto, los factores genéticos y biomédicos, hasta los relacionados con factores psicológicos evolutivos, trastornos afectivos, características de personalidad, impacto sociocultural, relaciones familiares, sexo, estereotipos, valores estéticos y culturales, han encontrado importantes conexiones en la justificación de la anorexia nerviosa.

Es así como se sugiere que ningún factor de riesgo es específico y suficiente para desarrollar la anorexia nerviosa (Beato, Rodríguez, Belmonte y Martínez, 2004), por consiguiente un modelo multifactorial sería un modelo explicativo apropiado.

## **1.5 FACTORES DE RIESGO**

Se define factores de riesgo como “un agente o exposición que lleva a los individuos a incrementar la probabilidad de resultados desfavorables” (Steiner, et al., 2003).

Dentro de los factores que tienen relación significativa con las personas anoréxicas, autores como Chinchilla (1995) y Toro (1996) los han dividido en factores predisponentes y factores precipitantes, sin embargo, para efectos de esta investigación se tomara en cuenta el modelo multifactorial, el cual es una división diferente pero se aproxima mucho al las divisiones hechas por otros autores.

Para desglosar el modelo multifactorial se ha dividido la anorexia nerviosa en Factores de riesgo los cuales a su vez se subdividen en factores Fisiológicos y Factores Psicosociales.

### **1.5.1 FACTORES FISIOLÓGICOS: Cerebro y Genética**

Se han identificado alteraciones neuropsicológicas agudas, entre las personas con anorexia, estas son alteraciones en la memoria, así como en la atención, concentración y psicomotricidad. Estas anormalidades funcionales han sido asociadas en algunos casos, pero no todos por la neurografía que estudia anormalidades del cerebro estructurales que incluyen ventrículos cerebrales agrandados y atrofia de los lóbulos frontales (Katzman, 2001 citado en Klein y Walsh, 2004). Adicionalmente, puede unirse un déficit neurológico en las elevaciones de cortisol, nivel visto en casos con un peso por debajo de lo normal (Laessle, et al, 1992 citado en Klein y Walsh, 2004). Lo que hace suponer que la presencia de un déficit cognoscitivo contribuye a la preocupación irracional por la comida, así como por el peso.

Con respecto a la química del cerebro, un número considerable de datos sugieren que la serotonina o la 5-hidroxitriptamina (5-HT) esta implicada en la modulación del apetito y en la mediación de las respuestas de saciedad

durante la ingesta, así como en la regulación del humor, ansiedad, conductas impulsivas y otras variables de la personalidad. Una alteración en la función serotoninérgica central puede estar contribuyendo en parte a la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria (Padin y Chinchilla, 1995).

Hay gran evidencia que sugiere que una alteración o anormalidad en la función serotoninérgica es lo que puede ser generadora de falta de apetito; los estudios realizados demuestran que debido a esto puede ocurrir una alteración que provoca inhibición de la conducta alimentaria. La función anormal de la serotonina puede dejar vulnerable a las personas para que desarrollen anorexia nerviosa, ya que posiblemente pueden desarrollar una predisposición a conductas alimentarias de riesgo (Klein y Walsh, 2004).

Se ha descubierto que no sólo la serotonina actúa como generador de una inhibición en la conducta alimentaria, se ha visto que hormonas como CSF vasopresina y CSF oxitocina actúan conjuntamente con neurotransmisores para crear anormalidades en el apetito (Brandt, Demitrack, Lesem, Listwak, Jimerson y Gold, 1990).

Así mismo se ha encontrado que de acuerdo con la "Teoría del Cerebro Egoísta" (*The Selfish Brain Theory*) la neocorteza cerebral, así como el sistema límbico, juegan un papel importante en la patogénesis de la anorexia y obesidad; fundamentalmente el cerebro debe de ajustar los niveles de ATP (adeno-tri-fosfato) activando su sistema de tensión (*stress system*) lo que provoca una alteración en el apetito para que su sistema de tensión quede equilibrado (Born, et al., en prensa).

En cuanto a la parte genética, el análisis de los datos de estudios con gemelos realizados en las últimas décadas, sugiere que un componente importante de la anorexia es de origen genético, es decir, predisposición a que ocurra (Bulik, Sullivan, Wade y Kendlerk, 2000; Gorwood, Kipman y Foulon 2003). Aunque es muy difícil congregarse a un número suficiente de gemelos para obtener resultados significativos, un reciente estudio indicó que el efecto genético o hereditario es de alrededor de 6.0 % y que algunos de los factores heredados

aumentan el riesgo para que ésta se desarrolle conjuntamente a la depresión (Wade, Bulik, Neale y Kendelerk, 2002).

De acuerdo con los estudios realizados en familias, el riesgo es de 7 a 20 veces mayor si algún pariente femenino ha desarrollado anorexia (Klump, Kaye y Strober, 2001). La transmisión de esta “susceptibilidad” parece ser por lo menos, en parte, genético.

Klump, Wonderlich, Lehoux, Lilienfeld y Bulik (2002) estimaron que 58-76% de la variación en la ocurrencia de la anorexia nerviosa puede relacionarse a los factores genéticos. El resto de la variación no es explicado por causas genéticas, éstos incluyen la diferencia de estilos entre hermanos, tratamiento diferente por padres y la experiencia particular de vida.

### **1.5.2 FACTORES PSICOSOCIALES**

Dentro de estos factores, resalta el papel de los comportamientos y cogniciones de las personas con anorexia nerviosa, en la adquisición y mantenimiento del trastorno.

Destacan la preocupación por los alimentos ingeridos, tirar la comida, esconderla o negarse a comer, evitar la comida en situaciones sociales, cocinar para familiares pero no comer lo preparado, usar ropa delgada, perfeccionismo o críticas a ellos mismos y a los demás, baja autoestima, sentimientos de “estar gorda(o)”, dificultad para expresar sus sentimientos, pensamiento extremista y aislamiento de amigos y familia (Bardik, Beines, McCulloh y Witki, 2004). El punto en común es la creencia del paciente de que es absolutamente necesario que esté delgada(o) (Garfinkel y Garner, 1982).

Los trastornos afectivos, la edad de aparición, el sexo de la persona que padece anorexia y el género, el nivel socioeconómico, la cultura, las alteraciones en la imagen corporal, los contactos sexuales, el incremento rápido de peso y el exceso de actividad física, son algunos de los factores que los autores refieren como de mayor implicación para la anorexia nerviosa. A continuación se desglosan dichos factores.

### **1.5.2.1 EDAD**

Por muchos años se ha creído que la anorexia nerviosa es una enfermedad de adolescentes, y aunque se sigue observando que de los 14 a los 18 años constituyen los momentos de mayor riesgo dentro de ese rango de edades (Toro y Vilardell, 1987); este panorama ha ido cambiando gracias a varias investigaciones en las cuales, la incidencia de la anorexia ha sido reconocida antes de la adolescencia, desde 8 años de edad o antes y mujeres con más de 25 años (Jarman y Walsh, 1999).

Toro y Vilardell (1987) afirmaban que antes de los 12 años o después de los 25 años, la aparición de dicho trastorno era irrelevante para efectos estadísticos. Sin embargo, Lucas, Bear, O'Fallon y Kurland (1991) concluyeron que aunque la anorexia nerviosa es la tercera causa de afección psiquiátrica en adolescentes y que la relevancia que tiene esta enfermedad en la etapa adolescente es de suma importancia, la edad de aparición se estaba reduciendo. Posteriormente, Toro (1996) encontró que los preadolescentes estaban empleando métodos peligrosos para perder peso, y concluyó que las nuevas investigaciones se tendrían que enfocar hacia un rango más amplio de edad.

### **1.5.2.2 SEXO**

Aunque la mayoría de los estudios realizados se han enfocado casi exclusivamente en mujeres, y la relación es de nueve mujeres afectadas por cada hombre (Gorwood, et al.,2003; Fairburn y Beglin, 1990), no se puede descartar el hecho que no existe ninguna prueba en la cual la anorexia nerviosa se halle vinculada al sexo biológico, la prevalencia estará dirigida al sector de población que esta mas preocupada en el peso y figura (Hsu, 1989).

Selvini Palazzoli (citada en Toro, 1996) sugiere que la anorexia es más frecuente en las mujeres que en los varones porque éstas continúan estando sujetas a mucho más control familiar que los varones. Por otro lado, varios autores sugieren que en las mujeres los trastornos del comportamiento

alimentario suelen estar más relacionados con la presión social, mientras que en los varones son las variables familiares las de mayor importancia (Castro y Vandereycken, 1991).

### **1.5.2.3 CULTURA**

Parece ser que la anorexia nerviosa, es más pronunciada en culturas occidentales, donde tiene una prevalencia significativa. La “exportación” de los medios occidentales hacia otras culturas permite una vulnerabilidad hacia conductas alimentarias desordenadas. Los estudios con mujeres en las Islas de Fiji, por ejemplo, cultura que se mantuvo aislada de influencias culturales occidentales hasta 1995, con la introducción de medios de comunicación occidentales, demostró un incremento significativo a conductas desordenadas y actitudes similares a las de occidente (Becker, et al., 2002).

Aunque la literatura ha sugerido que la anorexia es menos común entre poblaciones minoritarias étnicas que viven en ambientes occidentales que entre las poblaciones blancas (Crago, citado en Wildes, Emery y Simons, 2001), ningún hallazgo conclusivo existe con respecto al predominio de la anorexia en estos grupos (Le, 1997 y Striegel, 1996, citado en Wildes, et al., 2001).

### **1.5.2.4 NIVEL SOCIOECONOMICO**

Hasta hace unos años se consideraba que las familias de las personas con anorexia estaban situadas en los estratos socio-económicos-culturales medios y altos (Toro y Villardell, 1987). Esto se debía en gran medida, a que los estudios de los TCA (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y sus variantes) se encontraban en poblaciones occidentales (Crago, Dolan, Parker y Pate, citados en Wildes, et al. 2001) y aunque no se ha podido deslindar ese hecho, ya que las personas con anorexia provienen comúnmente de sociedades en las cuales la obtención de alimento no es problema (Toro y Villardell, 1987) no se puede descartar el hecho que la anorexia nerviosa no proviene de la falta de apetito o de la escasez de comida, sino de una negación rotunda a alimentarse.



### **1.5.2.5 ALTERACIONES EN LA IMAGEN CORPORAL**

Hilde Brunch (citada en Toro 2006) fue la primera en sugerir la existencia de una alteración en la imagen corporal en la anorexia nerviosa. De hecho para algunos autores (Hsu 1989 y Toro 1996) la alteración de la imagen corporal es considerada no como un simple factor de riesgo, sino, por un modelo que parte de la teoría de la restricción alimentaria, considerándola, como el antecedente directo de la anorexia. A medida que el cuadro progresa va haciéndose cada vez mayor el miedo a engordar, buscando la delgadez como forma de vida.

De cualquier modo, los sujetos tienden a sobrestimar su tamaño corporal, y aunque dicha sobrestimación no es propia únicamente de la anorexia nerviosa, sino también aparece en otros grupos poblacionales, como en personas obesas, mujeres de la población general y accidentados con desfiguraciones físicas, la diferencia radica en las intensas reacciones emocionales y la evaluación negativa que hacen sobre su imagen corporal (Taylor y Cooper 1992; Fairburn, Shafran y Cooper, 1999).

### **1.5.2.6 TRASTORNOS AFECTIVOS**

Existe evidencia que la anorexia puede ir acompañada de trastornos afectivos, específicamente de depresión (Katz, 1987), sin embargo, también se ha visto que la depresión no desempeña una función causal, por que la anorexia nerviosa rara vez se cura cuando el medicamento antidepresivo se da como único tratamiento y la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria, no se correlaciona con la gravedad de ninguna depresión existente (Malson, 1998).

Son muchos los estudios que se han dedicado a analizar las disfunciones del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria y la depresión. A partir de la revisión de dichos estudios, Toro y Vilardell (1987), concluyeron que los indicios de patología biológica probablemente pueden estar determinados por la inanición pero que no todo puede explicarse a través del estado nutritivo de estos pacientes.

Otros autores como Ivarsson, Rastam, Wentz, Gillberg y Gillberg (2000) han sugerido que la presencia de depresión al igual que de trastornos de ansiedad puede contribuir a que se desarrolle la anorexia nerviosa, siendo estos un antecedente y no una causa directa de la anorexia; en dicho estudio se encontró una prevalencia del 84% de ambos trastornos, presentándose por separado o juntos, en pacientes con anorexia nerviosa versus un 18% con pacientes sin anorexia nerviosa, de igual manera encontraron que cuando la depresión era a priori a la anorexia el desarrollo de esta se encontraba con un 4%.

De igual manera en el DSM-IV (APA, 1994) como en el CIE-10 esta contemplado la aparición de depresión y melancolía con trastornos de la conducta alimentaria. En la depresión generalmente el trastorno está representado por una reducción de la ingesta (Paykel, 1992 citado en Fernández y Turón, 2001).

A diferencia de los estudios realizados para correlacionar la depresión con la anorexia que se sitúa entre el 80% de prevalencia, en los estudios realizados para la correlación del trastorno de ansiedad con anorexia, los resultados varían desde un 25 hasta un 75% de prevalencia en pacientes con anorexia (Godart, et al., 2003).

### **1.5.2.7 CONTACTOS SEXUALES**

Martínez-Fornés (1995) menciona que debido a las relaciones sexuales desafortunadas, en ocasiones vivenciadas como brutales, sucias o violaciones sexuales, pueden precipitar la aparición de la anorexia.

De hecho varios estudios han indicado altos niveles de correlación en estudios hechos con mujeres diagnosticadas con un trastorno de la conducta alimentaria y abuso infantil (De Groot, et. al.; Herzog, et. al., citados en Malson, 1998).

Por su parte Toro y Vilardell (1987) mencionan que la experimentación de relaciones sexuales concretas o aproximaciones a las mismas también ha sido

comprobada como precedente inmediato de la anorexia nerviosa, ya que estas nuevas experiencias suponen nuevos esfuerzos de adaptación y nuevas exigencias sociales. Sin embargo, el interés sexual disminuye cuando se deja de comer adecuadamente por un periodo prolongado, ya que se inhibe la secreción de hormonas reproductoras (Duker y Slade, 1992).

#### **1.5.2.8 PESO Y ACTIVIDAD FISICA**

El que una persona sea obesa y decida perder peso, puede facilitar el inicio de la enfermedad. Los comentarios críticos de familiares, amigos o personas significativas pueden hacer que las personas se decidan a perder peso por medio de restricción de alimentos.

De acuerdo con Gómez-Gutiérrez (1996) los cambios nutricionales que experimenta el mundo occidental, ya sea por exceso de carbohidratos en la dieta y falta de actividad física hace que sobre todo las mujeres tiendan a incrementar su peso lo que las obliga a bajarlo a cualquier precio debido a la presión social que estas experimentan. El 80% de las mujeres en Estados Unidos desean estar más delgadas y muchas de ellas están tratando de hacer algo al respecto, de acuerdo con esta estimación, 80 millones de mujeres están a dieta (Tannenhaus, 1999).

Así mismo un incremento en la actividad física puede llevar a muchas personas a desarrollar anorexia, sobre todo en actividades como ballet, danza, gimnasia. Las situaciones concretas en que suele practicarse este género de actividades son de carácter social y, poco o mucho competitivas, lo que constituye en ocasiones que el propio cuerpo, sus dimensiones y su imagen sean puestas en cuestión (Toro y Vilardell, 1987).

Algunas investigaciones neuro-químicas realizadas con ratas, han sugerido la creencia a las hipótesis que el ejercicio está reforzando el estado de inanición, entre mas actividad física menos hambre tendrá el individuo, lo que puede resultar en el desarrollo de la enfermedad (Klein y Walsh, 2004).

## 1.6 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios médicos formales para reconocer la anorexia nerviosa contienen dos tipos de información. Uno son los datos que se relacionan con los síntomas físicos de la inanición, y otro, son los hechos referentes a la actitud tan particular de la persona con anorexia nerviosa hacia la comida y el control corporal (Duker y Slade, 1992).

Los primeros criterios diagnósticos que se propusieron para la anorexia nerviosa fueron los de Feighner (citado en Rock, 1999). En los cuales la anorexia nerviosa fue definida a través de 6 criterios, los cuales, aunque fueron bien acogidos, recibieron numerosas críticas en los años siguientes, principalmente al que se refería a la edad de aparición (Fernández y Turón, 2001). Esto provocó la revisión y modificación de éstos, e inspiraron las características diagnósticas de la anorexia nerviosa en la tercera versión de la A.P.A. (1980).

Hasta la actualidad numerosos aspectos han evolucionado, destacando el porcentaje de la pérdida de peso, que ha pasado del 25 % de la clasificación de Feighner y del DSM-III (APA, 1980), al 15% en el DSM-III-R (APA, 1987) y en los criterios propuestos para el DSM-IV (APA, 1994).

Los criterios del DSM-IV (APA, 1994) son los siguientes:

<b>Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa DSM-IV (APA, 1994).</b>
---

<b>A.</b> Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla. (p.ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, 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>B.</b> Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
--

<b>C.</b> 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 postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de la menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

- **tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.)

- **tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vomito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

El aspecto que más destaca en el DSM-IV (APA., 1994), con respecto al DSM-III-R (APA., 1987) es la clasificación de dos subtipos: restrictivo y bulímico, así como el trastorno de imagen corporal adquiere aspectos más cognitivos, dando una mayor importancia al sentimiento y a las actitudes negativas respecto al propio cuerpo.

Cabe destacar que en un estudio realizado en Estados Unidos por Brenner, et al. (1997) se encontró una limitación significativa con el criterio que establece el DSM-IV en cuanto al diagnóstico de la anorexia nerviosa en adolescentes. Estos concluyeron que de una muestra de 161 de 286 pacientes con anorexia que completaron el estudio, 2 de cada 4 pacientes podían ser diagnosticados según dichos criterios y el 35% de estos encajaban parcialmente en los criterios, abarcando 2 o 3 criterios solamente, siendo mas fiable el diagnostico psicológico encontrado por el test Morgan-Rusell Outcome Scale & Global Clinical Scale que se les aplicó.

En una investigación hecha por Garfinkel, Lin y Goering (1996) y Cachelin y Maher (1998) sobre la amenorrea (ausencia de menstruación), considerada un criterio requerido para el diagnóstico de la anorexia nerviosa, encontraron que aunque se cumplan los demás criterios establecidos por la APA (1994) varias

pacientes continuaron menstruando debido al deterioro primario de la función hipotalámica.

Por su parte en la clasificación mundial de la Salud CIE-10 (OMS, 1998) se menciona lo siguiente:

“El diagnóstico de la anorexia debe hacerse de manera estricta, de modo que deben estar presentes todas las alteraciones siguientes”:

- a. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17.5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
- b. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de la evitación de consumo de alimentos que cree que “engordan”, y por uno o más de uno de los síntomas siguientes:
  1. vómitos autoprovocados
  2. purgas intestinales
  3. ejercicio excesivo
  4. consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos
- c. Distorsión de la imagen corporal, que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo del peso corporal.
- d. Trastorno endocrino generalizado que afecta eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea. No se considera menstruación, si se utilizan hormonas sustitutorias, y en el varón como una pérdida de interés y potencia sexuales. También pueden presentarse concentraciones altas de hormonas del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

- e. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de sus manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento: en las mujeres no se desarrollan las mamas y existe amenorrea primaria; en varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

Con respecto a esto Chinchilla (1995) concluye las siguientes bases diagnósticas de la anorexia nerviosa:

- Anorexia (pseudanorexia, pues realmente tienen hambre aunque la controlan al inicio)
- Pérdida de peso no inferior al 25% del previo
- Amenorrea. Alteración psico-neuroendocrina (maduración retardada)
- Sexo femenino; rarísima en el varón
- Edad de comienzo no superior a los 25 años (rarísimo más allá de esta edad)
- Síndrome característico:
  - Somático: Trastornos del sueño, hipotensión, hipotermia, vómitos, piel seca, estreñimiento, vientre hundido, uñas quebradizas, gingivitis, cierta alcalosis, aspecto muy envejecido, entre otros.
  - Psicopatológico: Rechazo o negación de la enfermedad, alteración del apetito (ausencia del reconocimiento de necesidades, preocupación constante por la comida, pérdida del placer de la comida, etc.) obstinación, manipulación del ambiente, alteración de la corporalidad (deseo extremado de delgadez), rasgos anacásticos, e histéricos, adicciones, inadecuación genética, factores precipitantes, constelación social y familiar.

## **CAPÍTULO II**

# **ANOREXIA INFANTIL: UN NUEVO CAMPO DE ESTUDIO**



La acción de comer de todo ser humano, depende en gran medida de dos factores: el hambre y el apetito. El hambre es la necesidad de comer, correspondiente a una sensación interna que aparece a intervalos regulares, responde a un apremio del organismo y coincide con la vacuidad del estómago y solo desaparece con la saciedad; por otro lado, el apetito se rige por las “ganas de comer” y no necesariamente corresponde al hambre, ya que interviene una sensación agradable y placer vinculado a la degustación de alimentos. Por lo que la alimentación no es simplemente una función fisiológica (Georges y Hibert-Kunteler, 1980).

Hablar de alimentación, se refiere a la nutrición, la cual es el aporte y aprovechamiento de nutrimentos que en el niño, particularmente, se manifiesta por crecimiento y desarrollo (Olivari y Del Valle, 2005).

Debido a lo anterior, el apetito constituye un índice apropiado del estado de salud de un(a) niño(a). Sus trastornos constituyen uno de los síntomas más frecuentes en la infancia y la importancia radica en sus eventuales consecuencias no sólo en el estado nutricional, el crecimiento y el desarrollo fisiológico, también en lo afectivo (Coronel, 2001), como son las alteraciones en la autoestima, la autoimagen y la conducta adaptativa del infante, que repercuten, a largo plazo, en la vida adulta (Lartigue, Maldonado y Rosas, 1998).

No se puede dejar de lado el hecho, que a través de la madre se establece la alimentación, así como una relación con ella y con el mundo; la madre cubre las necesidades básicas de sed y hambre, pero es algo más que el mero balance calórico correcto (Pedreira, 1999).

Hasta los dos años de edad, el infante logra hacer una clara distinción entre “madre y alimentación” (Georges y Hibert-Kunteler, 1980); a diferencia de la adolescencia y la edad adulta, la función de los padres dentro de la alimentación constituye un factor importante, ya que éstos influyen de manera directa, es decir, en las porciones de alimento y sus hábitos alimenticios, donde intervienen también usos y costumbres culturales hacia la comida (Pedreira,

1999); así mismo los padres influyen en identificar si existe un trastorno de la conducta alimentaria, así como en el mantenimiento de este (Lartigue, Maldonado y Rosas, 1998).

A partir de los 7-8 años los problemas psicológicos adquieren un mayor peso en la génesis de los síntomas relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria (Catalá, 2003), los efectos que estos puedan tener en el futuro desarrollo de los prepúberes son devastadores, debido entre otras cosas, a la falta de información de dichos trastornos.

Hasta los años sesentas, prácticamente la descripción de una anorexia con inicio antes de los 13 años era escasa; la pregunta de por qué los casos de anorexia infantil se han incrementado, es difícil de responder, quizás esto se deba a que la anorexia nerviosa hasta hace unos años se caracterizaba por tener los picos más altos en cuanto edad entre los 14 y 18 años de edad (lo que no significa que no existiera en otros rangos de edad), los recientes estudios (Turnbull, et al. 1996; Lewinsohn, et al. 2000; Ben-Tovin y Morton, 1990, citados en Rojo y Livianos, 2003) han puesto su interés en un tipo de anorexia que se desarrolla antes de los 13 años, no obstante, debido a los escasos estudios epidemiológicos, el porcentaje de prepúberes que la padecen varía desde un 1.4% (Moya, Fleitlich-Bilyk y Goodman, 2006) hasta un 8% de la población total con anorexia nerviosa (Sociedad Iberoamericana de Información Científica SIIC, 2002).

## **2.1 CONCEPTO DE ANOREXIA INFANTIL**

El término anorexia infantil o anorexia prepuberal, entre otros, es usado dependiendo del autor al que se haga referencia, ya que los criterios varían con base en los estudios realizados y a la amplitud de la etapa considerada como “niñez” (Cátala, 2003). Así algunos autores lo han nombrado de acuerdo a la edad de aparición, Chatoor ha propuesto el concepto de anorexia nerviosa infantil, Lask, et al. negativa infantil a la comida, Bryant-Waugh anorexia prepuberal (Honjo, Sasaki, Murase, Kaneko y Nomura, 2005).

Chatoor define la “anorexia infantil” como un trastorno de la conducta alimentaria, con características diferentes de la anorexia nerviosa, que empieza en la segunda infancia cuando el niño comienza a alimentarse por sí mismo (Catalá, 2003).

Lask y Bryant-Waugh (1997) definen la anorexia nerviosa prepuberal como un trastorno que en general, tiene semejanzas con la anorexia nerviosa dentro de ellas, la distorsión de la imagen corporal y miedo por engordar.

Por lo anterior y debido a las diferentes posturas de varios investigadores de acuerdo a lo mencionado anteriormente, se considerará a la anorexia infantil dentro del presente trabajo, como un trastorno de la conducta alimentaria que se desarrolla antes de llegar a la pubertad, con semejanzas sintomáticas de la anorexia nerviosa con inicio en la adolescencia.

## **2.2 CLASIFICACIÓN DE LA ANOREXIA INFANTIL**

Varios autores han dividido a la anorexia infantil de acuerdo a los diferentes estadios del desarrollo del niño(a).

Schutze (1983) hizo una clasificación simple de este trastorno, la anorexia infantil es aquella que aparece en los primeros años de vida, la anorexia mental prepuberal tiene lugar aproximadamente entre los 6 y 10 años de edad.

Otros investigadores se basaron en etapas más específicas dentro de la niñez, que a continuación se describen.

### **2.2.1 Anorexia en la primera infancia**

Pedreira (1999) considerando las etapas del desarrollo del bebé hizo una clasificación de acuerdo a las características intrínsecas en dicha etapa:

Denominó a la anorexia en esta etapa “hiporexia”. Su rasgo más significativo es la marcada disminución en la ingesta de alimentos, que cursa con una casi

desaparición del apetito y se manifiesta con un rechazo hacia la oferta de los alimentos. Se subdivide a su vez en:

- **Anorexia común del segundo semestre.** La cual se considera como el rechazo de los alimentos que le son ofertados, debido a dos factores: por el cambio de alimentos combinado con enfermedades del infante como son amigdalitis, gastroenteritis, etc., y el segundo, por trastornos psicopatológicos como fobia a los alimentos.  
Presión por la madre para alimentarlo.
- **Anorexia precoz severa.** Aparece aunado a un estado depresivo del infante y/o la madre. En el bebé se constata un nivel de apatía e indiferencia muy evidente, con un importante desinterés por el medio que lo rodea, así mismo hay signos de tristeza.

Georges y Hibert-Kunteler (1980) hicieron antes una clasificación similar, considerando a la anorexia nerviosa como un trastorno que puede aparecer en todas las etapas del desarrollo. En la primera infancia la clasificaron de dos formas:

- **Anorexia de inercia.** Aunque es muy rara, en el lactante, se manifiesta por la pasividad frente a la alimentación. El bebé no deglute, dejando correr la leche por las comisuras de los labios. En el segundo semestre es mucho más frecuente. Suele comenzar con el destete.
- **Anorexia de oposición.** El bebé grita, se debate y regurgita. Se trata de una verdadera lucha entre él y el adulto que lo quiere alimentar.

### 2.2.2 Anorexia en la edad escolar

La evitación de la comida es igual que en etapas anteriores pero suele presentarse de manera más organizada. El niño no suele oponerse categóricamente a la obligación de comer, pero emplea toda clase de acciones para retrasarla (Georges y Hibert-Kunteler, 1980). Come de forma irregular, y

este comportamiento se presenta sobre todo en presencia de la figura materna y en el hogar familiar nuclear, pero puede pasar desapercibido en otros ámbitos como es la escuela (Pedreira, 1999).

### **2.3 DIFERENCIACIÓN DE LA ANOREXIA INFANTIL O PREPUBERAL CON OTROS TIPOS DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) CON INICIO EN LA INFANCIA**

Como existen varios tipos de TCA que se desarrollan en la infancia, en los cuales la característica principal es la “evitación de la comida”, es de suma importancia tener claramente diferenciadas las características de cada uno para diferenciarlos de la anorexia infantil. No obstante, no todos los trastornos alimentarios con inicio en la niñez tienen un diagnóstico formal, pero si han sido reconocidos y reportados. De acuerdo con Lask y Bryant-Waugh (1997) tenemos los siguientes:

- **TRASTORNO EMOCIONAL CON EVITACIÓN DE ALIMENTOS.**

En dicho trastorno se incluyen síntomas como son ansiedad, fobias, obsesiones y depresión, pérdida de peso. Puede ser un síndrome parcial de la anorexia nerviosa pero con mejor pronóstico de recuperación.

- **COMEDORES SELECTIVOS**

La dieta en general suele ser muy pobre, así como la variedad de alimentos que comen, los niños (as) que la padecen sólo comen de tres a cuatro tipos de comida, casi siempre ricos en carbohidratos, y aunque tienden a tener un crecimiento normal, pueden tener problemas en el repertorio básico de interacción social.

- **SÍNDROME PENETRANTE DE NEGACIÓN**

Es acompañado con el desorden de estrés post-traumático. Se manifiesta no sólo por el rechazo a la comida y agua, sino también por negarse a hacer otras funciones vitales, como hablar, caminar y moverse. En algunos casos al inicio del síndrome se puede confundir con anorexia infantil, sin embargo cuando se intenta restablecer la alimentación los otros síntomas se agravan.

- **BULIMIA NERVIOSA**

Aunque es muy rara su aparición antes de los 11 años, ésta viene acompañada de atracones y purgas, sensación de pérdida de control y una preocupación mórbida por el peso y talla.

- **DISFAGIA FUNCIONAL**

Se caracteriza por la evitación de los alimentos, miedo a tragar y al vómito. No se presentan pensamientos recurrentes al peso y talla, así como preocupaciones mórbidas de éstas.

## **2.4 ETIOLOGÍA**

Como se vio en el capítulo anterior las causas de la anorexia nerviosa pueden ser diversas, así mismo es probable que la etiología de la anorexia infantil obedezca a varios factores relacionados.

También hay que tener en cuenta que “la mayor parte de los estudios tienen serias limitaciones metodológicas (muestras generalmente pequeñas y heterogéneas, no centradas en la niñez, estudios retrospectivos basados en registros de pacientes ingresados y altas tasas de pérdidas en la muestra)” por lo que diferenciar los rasgos de este trastorno resulta aún más difícil (Catalá, 2003, p.290).

Pedreira (1999) cita como bases psicopatológicas, presencia de trastornos afectivos y/o depresivos subclínicos, celos o envidia por parte del infante, o la presencia de algún acontecimiento vital estresante como por ejemplo el nacimiento de un hermano(a), fallecimiento de algún familiar, malos tratos y/o abuso sexual.

Richerich, Brunner y Resch (en prensa) incluyen como factores relacionados a la anorexia infantil, síntomas depresivos, problemas de interacción social, bajo rendimiento escolar, así como exceso de actividad física y situación familiar. Esta última variable ha sido objeto de estudio en varias investigaciones y los resultados no han sido suficientes para considerarla un factor de riesgo, por otro lado se ha visto que la intervención temprana de los padres en el proceso de recuperación suele tener mejor pronóstico en el mejoramiento del infante (Cottee-Lane, Pistrang y Bryant-Waugh, 2004).

Por otro lado, no se puede pasar de lado el hecho, de que, en la infancia la alimentación es hecha por los padres, de acuerdo con lo anterior, en un estudio realizado por Whelan y Cooper (citados en Catalá, 2003) se encontró que la madres de los niños con problemas de alimentación tenían una tasa marcadamente elevada de trastornos de la alimentación en el momento del estudio o en el pasado, esto hace suponer que un factor de riesgo es que al menos uno de los padres haya manifestado algún tipo de TCA.

En la misma línea Stice y Hammer (citados en Catalá, 2003) encontraron ciertos factores en la madre considerados como “predictivos” para el posterior desarrollo de la enfermedad en los infantes, los cuales comprenden desde insatisfacción corporal, internalización del cuerpo ideal, dieta, síntomas bulímicos y sobrepeso.

Scharer (1999) concluyo que un factor importante para el desarrollo posterior de la anorexia infantil es el sometimiento a dietas. En niñas de entre el 5<sup>o</sup> grado y 2 de secundaria el 31% estaban a dieta, mientras que el 9% de éstas aceptaron que algunas veces se habían abstenido de comer.

Diversos autores (Dyrenforth, et al.,1980;Hsu, 1989; Crisp, 1984, citados en Edlund, Halvarsson y Sjöden, 1996) han concluido que la presión social y el ideal estético son un factor de riesgo.

Garner, et al. (citados en Catalá, 2003) en un estudio longitudinal que abarcó desde los 6 a los 14 años, consideraron como predictores de anorexia infantil a las puntuaciones más altas en los cuestionarios de TCA aplicados a esta muestra, dentro de dichas puntuaciones destacan:

- Altura y peso
- La percepción del niño sobre las preocupaciones de los padres sobre el tamaño de su cuerpo
- Baja autoestima
- Depresión
- Distorsión de la imagen corporal (Sólo las niñas)
- Burlas (Sólo los niños)

## **2.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

Lo primero a tener en cuenta para un diagnóstico, es distinguir entre anorexia infantil y otras posibles causas del por qué los infantes pueden dejar de alimentarse, entre ellas las mas comunes según Leung (1994) son: infecciones, lesiones orales como gingivitis y caries, desordenes gastrointestinales, fallas hepáticas, insuficiencia pulmonar, afecciones cardiacas, desordenes neuronales, y ciertos medicamentos como el ritalin, entre otros.

Bryant-Waugh, et al. (citados en Catalá, 2003) trabajaron con 140 médicos (escolares, pediatras y generales). Se les remitió un cuestionario con características comunes de la anorexia infantil y se les pidió que hicieran un diagnóstico de acuerdo a la información dada. El objetivo del estudio consistía en ver el reconocimiento de éstos acerca de la anorexia infantil y sus capacidades para diagnosticarla. Los resultados reportados indicaron que sólo



el 31% de los pediatras y 2% de médicos escolares y médicos generales citaron a la anorexia infantil en el diagnóstico. Esto nos da un panorama de lo difícil que puede ser el diagnóstico de este trastorno, sobre todo teniendo en cuenta que los médicos suelen ser el primer acercamiento que los padres tienen con respecto a la enfermedad de sus hijos(as).

En EUA el “National Center for Clinical Infants Programs” en un esfuerzo por sistematizar y clasificar los trastornos que se presentan en la infancia, incluidos los trastornos de la conducta alimentaria, desarrollaron un documento donde han tratado de sistematizarlos; sin embargo, éstos se incluyen más como trastornos digestivos y de la alimentación, sin contemplarlos como cuadros autónomos (Pedreira, 1999).

Al mismo tiempo, los criterios médicos formales para reconocer la anorexia infantil son muy deficientes, aunado a que varios autores han propuesto sus propios criterios de acuerdo a las conclusiones que han llegado en sus investigaciones que han llevado acabo (Honjo et al., 2005).

Los criterios para adultos del DSM-IV (APA, 1994) y CIE-10 (OMS,1998) solamente se han ido adaptando con el tiempo, de acuerdo al conocimiento que se va generando en cuanto a TCA en la niñez, y aunque “las características básicas en su presentación clínica son similares: conductas seriamente alteradas con relación en la ingesta de comida y una preocupación mórbida y obsesiva por el peso y/o forma” (Catalá, 2003, p.292), estos criterios no toman en cuenta las características del desarrollo (como los requerimientos nutricionales necesarios para la etapa puberal) y la vulnerabilidad de adelgazamiento (Nicholls, Chater y Lask, en prensa).

El CIE-10 como el DSM-IV en sus sistemas de clasificación consideran porcentajes similares de pérdida de peso, sin embargo Gowers y Bryant-Waugh (2004) concluyeron que en pacientes jóvenes este criterio probablemente no es aplicable debido a que no se puede calcular el peso esperado en jóvenes como se hace con pacientes adultos. El Colegio Real de Psiquiatría (citado en Gowers y Bryant-Waugh, 2004) recomienda 3000

kilocalorías por día, mientras que para la APA (citado en Gowers y Bryant-Waugh, 2004) recomienda de 70 a 100 kilo calorías por kilogramo, por día, en la fase de crecimiento y de 40 a 60 kilocalorías por kilogramo, por día, en la fase de mantenimiento, no obstante, no se ha llegado a estimar lo que se considera un peso “normal” en infantes.

Debido a esto, Peebles, Wilson y Lock (en prensa) sugieren que es más probable que los infantes con anorexia nerviosa sean diagnosticados en el área de Trastornos alimentarios no especificados (APA, 1994), ya que supone diferencias cuantitativas y no cualitativas.

La amenorrea en niñas tampoco es un factor determinante para el diagnóstico de acuerdo al DSM-IV (APA, 1994) ya que las niñas que empiezan a menstruar pueden presentar periodos irregulares que son considerados “normales” en el desarrollo de las prepúberes. Así mismo el miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal no está presente en todos los infantes que desarrollan anorexia (Kotler y Walsh, 2000). Con lo que respecta al CIE-10 (OMS, 1998) en el apartado F50.50 que corresponde a la anorexia nerviosa, en las pautas diagnósticas solo menciona en el inciso e) lo siguiente:

“Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía”

En cuanto el apartado F98.2 referente al Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia refiere:

“Trastorno de la conducta alimentaria con diversas manifestaciones que se presenta por lo general en la infancia y en la niñez. Suelen implicar un rechazo a la alimentación y representar variaciones extremadamente caprichosas de lo que es conducta alimentaria normal, que se llevan a cabo en presencia de la

persona (de suficiente competencia) que cuida al niño. Además hay ausencia de enfermedad orgánica. Puede acompañarse o no de rumiación (es decir, de regurgitación repetida sin náuseas o malestar gastrointestinal)”

Las pautas para el diagnóstico no están claramente definidas ya que éste sólo se llevará a cabo si su grado supera de un modo claro a la media normal, o si las características del problema alimentario son cualitativamente anormales, o si el niño tiene una clara tendencia a ganar o perder peso en un periodo de al menos un mes.

Chatoor (citado en Catalá, 2003) incluye a la anorexia infantil dentro de “fracasos no orgánicos de crecimiento” delimitando los siguientes criterios diagnósticos:

- a) comienzo entre los 6 meses y 3 años
- b) rechazo a los alimentos durante al menos un mes
- c) malnutrición aguda y/o crónica
- d) preocupación paterna y ansiedad ante el rechazo a los alimentos en el niño
- e) relaciones conflictivas padres-niño durante la comida

Así mismo estableció un tipo de anorexia infantil subclínica denominado “comedores melindrosos” en el cual las bases diagnósticas son:

- a) selectividad hacia los alimentos durante al menos 1 mes
- b) no existe malnutrición
- c) la preocupación de los padres es variable, de poco a mucho

Por su parte Lask y Bryant-Waugh (1993) propusieron los siguientes criterios para el diagnóstico de la anorexia infantil.

Tabla 2. Criterios para el diagnóstico de la anorexia infantil (Lask y Bryant-Waugh, 1993)

Fuerte determinación a no comer, pérdida de peso o deficiencia en ganar peso durante el periodo preadolescente (comprendido de 10-14 años), en ausencia de enfermedad física u otra enfermedad mental al menos cumplir con dos de los siguientes criterios:

- 1) Preocupación por las calorías ingeridas, así como los gramos de grasa en los alimentos.
- 2) Preocupación por el peso corporal.
- 3) Distorsión de la imagen corporal
- 4) Miedo a la gordura
- 5) Vómitos inducidos
- 6) Sobre actividad física
- 7) Uso excesivo de purgas o laxantes

Por otro lado en un estudio longitudinal realizado durante 1992 y 1998 en la clínica de trastornos de la alimentación del Great Ormond Street Hospital citado por Nicholls, et al. (en prensa) concluyeron que los siguientes criterios para la anorexia infantil son:

- Pérdida de peso por:
  - a) negativa a comer
  - b) Vómitos inducidos
  - c) Abuso de laxantes
  - d) Exceso de ejercicios
- Pensamientos anormales en cuanto peso y/o talla
- Preocupación mórbida con respecto al peso y/o talla

Así mismo encontraron que el 77.8% de pacientes encuadraban en el diagnóstico del DSM-IV; sin embargo el 42% de ese porcentaje sólo podía ser diagnosticado con Trastorno de alimentación no especificado y no con anorexia. También concluyeron que el CIE-10 tuvo el menor puntaje con solo 13.2% de concordancia.

## **2.6 DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA INFANTIL Y ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS (ANAA)**

La anorexia infantil en contraste con la ANAA, no tiene diferencias significativas en cuanto a raza, cultura de procedencia y estatus económico (Kotler y Walsh,2000).

En cuanto a los factores culturales, la prevalencia del sexo en la anorexia infantil, suele tener mayor incidencia en varones a diferencia de la ANAA, de acuerdo con Kotler y Walsh (2000) 19% de los infantes con anorexia nerviosa son varones; Lai et al. (citados en Catalá, 2003) describieron, el primer caso en población no occidental de un varón joven. Peebles, et al. (en prensa) añaden que los varones tienden a tener periodos más cortos del trastorno y un bajo porcentaje de la idea de obtener un peso ideal.

Así mismo, en un estudio comparativo realizado con 20 pacientes (niños y niñas) prepuberales y con 20 pacientes púberes encontraron que el 45% había perdido al menos el 30% de su peso corporal comparado con un 15% de pérdida en el grupo de pacientes con ANAA, de la misma manera, la depresión como factor de riesgo y trastornos obsesivos, suelen tener más incidencia en los primeros.

Debido a las características intrínsecas de la niñez en cuanto a la distribución de tejido adiposo hace que una pequeña pérdida de peso sea mas significativa, por lo que los valores del “Índice de masa muscular” deben de ser ajustados al nivel de crecimiento (Kotler y Walsh, 2000).

De la misma manera, los efectos posteriores al desarrollo del trastorno en infantes, suelen ser más devastadores teniendo peores pronósticos ya que de alguna manera se interrumpe el desarrollo. Los pacientes con anorexia infantil suelen tener predisposición a la osteoporosis y pérdida significativa de calcio (Gowers y Bryant-Waugh, 2004).

**CAPÍTULO III**  
**EL PAPEL DE LA CULTURA**  
**Y LA IMAGEN CORPORAL**  
**EN LA ANOREXIA NERVIOSA**

### **3.1 UNA MIRADA SOCIOLCULTURAL DE LA ANOREXIA NERVIOSA**

Todos los seres humanos, nos relacionamos y conocemos a través de otros, las personas que están a nuestro alrededor, nos aportan ideas y concepciones tan variadas y complejas de lo que consideran que es el mundo, lo correcto y lo que es incorrecto, lo que es aceptado y lo que no, con base en ello, vamos construyendo nuestra propia forma de vernos a nosotros mismos, a los demás y a las cosas que nos rodean. Es así como la cultura es entendida como “el conjunto de conocimientos y conductas: técnicas, económicas, rituales, sociales, familiares, alimentarias, de salud y de todo aquello que caracteriza a una sociedad humana, que genera un corte racional para asimilar el mundo” (Gresle, citado en Barriguete, 2003, p.244).

Desde el inicio de la humanidad, el acto de comer ha tenido un alto significado social de acuerdo al momento cultural que se vive, ha sido generador también de diferencias culturales entre diversos grupos humanos. En las sociedades primitivas, la comida era el momento de encuentro de los individuos compartiendo sus conocimientos y experiencias. En nuestras sociedades, la comida no ha dejado de ser importante, sigue siendo un fenómeno de interacción y comunicación social, no solo sirve para satisfacer el hambre y nutrir, sino también, para marcar e identificar al individuo y a los diferentes grupos sociales. De acuerdo a sus hábitos alimenticios, de hecho, la comida está presente en muchos ritos, ya sea religiosos, como el nacimiento, las nupcias y la muerte o los sociales como fiestas y celebraciones de toda índole (Turón, 2003).

Así mismo como el comer enmarca muchos significados, el decidir no comer lo es de la misma manera, los hindúes por ejemplo, no pueden comer carne de vaca, los judíos no pueden comer carne de cerdo ni mariscos, los ayunos están presentes en varias culturas como parte importante de sus creencias, ya sea los practicados en la Pascua cristiana o en el Ramadán musulmán (Vera, 2001). Sin embargo, el abstenerse de comer como parte de una cultura de adelgazamiento y la internalización del cuerpo delgado como estético, se han convertido en un valor central de culturas modernas, lo que hace que el ayuno,

las abstinencias de ciertos alimentos y la práctica de dietas (Toro, 1996), tomen un significado diferente a lo originado como parte de un ritual espiritual.

Devereux (citado en Turón, 2003 p.218) describió lo que denominó el “trastorno étnico”, que correspondía a ciertos cuadros clínicos que se dan con mayor frecuencia en una cultura específica: “la enfermedad está definida por síntomas que no son sino la prolongación y exageración de actitudes y conductas consideradas normales en ese entorno cultural y que son valoradas como positivas por esa sociedad, pero al mismo tiempo por ser anormales pueden suscitar una gran ambivalencia”. En concreto la anorexia nerviosa, ocurre cada vez con mayor frecuencia en nuestra cultura, ésta, puede ser la vía de expresión final de distintos problemas, ya que sus síntomas son extensiones y exageraciones de conductas y actitudes “normales” (Toro, 1996).

### **3.2. VALORES ESTÉTICOS**

La forma en que nosotros nos percibimos y somos percibidos es de manera subjetiva, así mismo, en la valoración y la estética del cuerpo, intervienen algunos criterios considerados como los esperados para cierta población; sin embargo, como señala Toro (1996) no se puede conseguir que todos sus miembros moldeen sus cuerpos con respecto a dichos criterios, lo que puede originar inconformidad y exclusión por parte de algunos miembros de dicha población.

En casi todas las culturas se ha visto una enmarcada relevancia de resaltar la belleza física de la mujer. En las sociedades industrializadas, el cuerpo del varón, es apreciado en cuanto su atractivo físico y “estar en forma”; no obstante, la relevancia del cuerpo femenino suele ser significativo en todas las culturas por encima del masculino, esto se puede deber en parte, por que la belleza física de la mujer siempre ha recibido una consideración más explícita que la del hombre, es así, como los cambios corporales se practican en orden de incrementar el atractivo sexual y social.



Desde la antigüedad esto ha sido un patrón común, las modificaciones al cuerpo se han llevado a cabo para entrar en dichos patrones estéticos; cejas, uñas, el uso de maquillaje, dientes, boca, como los labios en plato de las mujeres ugandeses, los orificios lobulares de los massai, pies reducidos como los de las mujeres chinas, por citar algunos; sin embargo, la condición regordeta, era símbolo de bienestar físico y riqueza (Toro, 1996).

En épocas más actuales, para entrar en el patrón estético se pretende reducir o disminuir las dimensiones globales del cuerpo, los muslos, tórax, abdomen y la cintura pelviana, han sido las partes en las que se presta mayor atención, cabe señalar, que difícilmente en otro momento histórico podría haberse llevado a cabo, quizás la ciencia médica y los avances que ha tenido han contribuido a esta popularización.

El “bum” del modelo estético delgado, puede resaltarse desde la aparición de Twiggy, una modelo con un cuerpo sumamente delgado, tubular, que rompió con el modelo de curvas prominentes como el de Jane Russell y Marilyn Monroe. Desde entonces nuestra cultura se ha caracterizado por una constante: reducir el tejido graso y bajar de peso (Toro, 2006) lo que de alguna manera está relacionado con el triunfo en la vida, pero, esa delgadez que se busca, está caracterizada por un cuerpo asexual y rectilíneo nada cercano a lo saludable, pese a esto, en grupos sociales en que abunda el alimento, en los que éste no es percibido como un artículo de auténtica necesidad, donde no existe experiencia inmediata ni remota de hambre, incluso se puede practicar el “lujo de no comer” (Eagles, Johnston, Hunter, Lobban y Millar, 1994).

En el establecimiento de los modelos estéticos intervienen multitud de factores, la sobrealimentación y la escasez de ejercicio físico conducentes a la obesidad, así como el rechazo o el mal uso de los alimentos que pueden desembocar en la anorexia nerviosa, son lujos de una sociedad opulenta (Toro y Vilardell, 1987). [Baluch, Furnham y Huszcza, \(citados en Malson, 1998\)](#) han mostrado que las personas con anorexia nerviosa, valoran a las personas delgadas como atractivas, saludables y populares, con respecto a las personas obesas. De acuerdo con Toro (2006) la preocupación por el cuerpo y sus dimensiones

“excesivas” actúa como un auténtico prejuicio, donde el peso real como las edades y etapas evolutivas pasan a segundo y tercer plano.

En 1981 se señalaba que Estados Unidos estaba gastando 10 billones de dólares anuales en servicios y productos relacionados con la búsqueda de pérdida de peso, así mismo, 20 millones de estadounidenses estaban siguiendo algún tipo de dieta. A la par, el 55% de las mujeres y el 41% de los varones señalaban que el peso corporal constituía una razón de insatisfacción corporal.

De igual manera, no solo los adultos están inmersos en la preocupación del peso y figura, la cultura de adelgazamiento también ha abarcado a adolescentes y niños, por ello no es extraño que en Inglaterra se haya encontrado que al momento de una encuesta realizada sobre el uso y practica de dietas, uno de cada seis niños británicos estaba a dieta o desearía estarlo, entre los 5 y 7 años, un 26% preferiría estar más delgado. A los 9 años un 34% se consideraban gordos y 30% se alimenta por debajo del requerimiento necesario. En un estudio similar en Suecia al evaluar a 50 niñas de 7 años de edad, se encontró que el 28% deseaba estar mas delgada, el 22% ya había intentado perder peso en alguna ocasión y el 20% estaba comiendo menos con el fin de adelgazar (Toro, 2006).

Maloney, et al. (citado en Toro, 2006) observaron que en una población de niños y niñas de 7 a 13 años de edad, el 45% deseaba estar mas delgado (a) y el 37% ya había seguido alguna dieta para adelgazar; a partir de los 8 años ya había más niñas que niños que habían intentado perder peso. Lo que hace suponer que a partir de los 8 años de edad los niños y niñas están familiarizados con el seguimiento de dietas. Otro estudio realizado no encontró diferencias significativas en cuanto a conductas alimentarias similares, esto tal vez se deba que antes de la pubertad, el tejido magro y la masa esquelética son similares.

Aunque es absurdo pensar que el éxito se asocie solamente a la delgadez, en el momento actual, las personas a menudo se valoran a sí mismas en función

de la adecuación de su cuerpo a las normas sociales y no toman en cuenta sus capacidades, inteligencia o personalidad a la hora de valorarse como personas (Rincón,1996), ya que generalmente las personas quieren ser percibidas positivamente a través de otros, es decir, como atractivo, o por lo menos no como una persona poco atractiva, lo que puede hacer que incurran en métodos poco ortodoxos para lograrlo (Eklund y Bianco, 2000).

Por ello no es extraño que en estudios como el llevado a cabo por Maddox y Liederman (citados en Toro, 2006) al examinar a un grupo de pacientes con sobrepeso, los médicos los juzgaron como estúpidos, fracasados, débiles, perezosos, desagradables, infelices, feos y torpes.

Lerner y Gellert (citados en Toro, 1996) describieron las reacciones de niños entre 5 a 10 años, en donde se les mostraba cinco retratos de otros niños, uno inválido, otro desfigurado, otro con muletas, otro con un antebrazo amputado y otro obeso, todos los niños describieron que el más desagradable era el obeso.

Dyrenforth, et al. (citados en Nagel, Jones y Karen, 1992) realizaron un estudio, encontrando que los niños entre 5 y 6 años prefieren muñecas delgadas sobre las obesas, dando al ideal delgado un peso en la cultura que afecta a todas las edades, ya que los niños se relacionan en la misma cultura que los adolescentes y adultos.

Así tenemos que la influencia del modelo cultural es alta, la influencia de ciertos valores estéticos es muy alta y la influencia de ciertas personas como portavoces de estos valores es todavía más difícil de alcanzar, pues son imágenes y realidades virtuales pero con una gran influencia social (Turón, 2003).

### **3.2.1 MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

Toro (2006) menciona que la prensa, televisión, cine, videos, revistas ilustradas, radio, etc., bombardean permanentemente a todos los ciudadanos con múltiples mensajes, los cuales se han hecho a través de los años más

visuales, entre otras cosas, debido a la globalización y la popularización del Internet.

Los medios de comunicación prometen que las personas con bajo peso y figura esbelta en el caso de las mujeres, o con un cuerpo atlético en el caso de los varones, serán más felices, más sofisticadas(o), tendrán más éxito profesional y en las relaciones sociales; en general, vivirán mejor. Cuando la delgadez se establece como modelo corporal a imitar y seguir, ser delgada(o) es igual a triunfar y a tener éxito, no serlo por lo tanto será igual a fracasar (Vera, 2001).

Aunque por sí solos los medios de comunicación no pueden desarrollar anorexia nerviosa, puesto que ésta aparece también en países subdesarrollados donde no hay publicidad de productos "light", el eventual concepto de delgadez como ideal estético se ha ido internalizando a medida que la industrialización se ha expandido (Carrillo, 2003).

La publicidad ha creado necesidades que nos invitan a consumir, ésta vende cuerpos delgados y una vez que se logra el cometido, vende también otros productos para mantenerlos (Malson, 1998).

Así mismo, ahora más que nunca, los medios influyen en cada una de las esferas de nuestra vida, en épocas antiguas el cine mudo, o la prensa no era tan masiva como lo es hoy, los mensajes llegan mas rápido desde el surgimiento y generalización de la televisión, así pueden difundirse criterios y valores con mucha mayor frecuencia e intensidad que en épocas anteriores; en un estudio llevado a cabo con jóvenes en cuanto al tiempo que dedican a verla, Verry, et al. (citados en Turón, 2003) encontraron que el tiempo invertido es excesivo y que influye de manera decisiva lo que ven en la televisión para sus elecciones posteriores en cuanto a la música, moda y dieta.

En los medios impresos, el modelo estético delgado también ha sufrido varias transformaciones, Toro (1996 y 2006) hizo una interesante recopilación de varias investigaciones ulteriores que se han llevado a cabo sobre esta transformación:

- Desde 1960 hasta 1979 las dimensiones corporales de las modelos que aparecían en la revista Playboy y de las concursantes de Miss América fueron haciéndose más delgadas.
- Desde 1950 hasta 1985, se redujo la silueta de las modelos que aparecían en revistas femeninas.
- Las modelos de las revistas Vogue, Cosmopolitan y Woman's Own de 1967 a 1987 se fueron haciendo más tubulares, con ligero aumento del busto.
- Entre 1950 y 1985, las concursantes para Miss Suecia pasaron de un peso medio de 68 Kg. A 53 Kg.
- Los modelos masculinos de la revista Playgirl desde 1973 a 1997 se fueron haciendo progresivamente más "densos" y musculosos.

Field, et al. (citados en Toro, 2006) encuestaron a 600 muchachas preadolescentes, de las cuales el 69% de ellas reconocieron que las fotografías de varias modelos habían influenciado en su concepción de cómo debería ser el cuerpo femenino.

Silverstein, et al. (citados en Toro, 2006) revisaron 40 programas con más audiencia de la televisión estadounidense, juzgando el aspecto físico de 139 varones y 82 mujeres que habían aparecido en dichos programas, concluyeron que el 60% de las mujeres fueron catalogadas como delgadas contra un 17.5% de los varones. El 25.5% de los varones y el 5% de las mujeres fueron catalogadas con sobrepeso. Otro estudio llevado a cabo en el mismo país resaltó la preocupación que tienen las niñas de 9-10 años a parecerse a lo que ven en la televisión. Esto puede dar una gran idea del cómo a través de los medios se forma un ideal estético, siendo importante resaltar que estas personas que aparecieron en éstos programas no representa la media de de la población general de Estados Unidos.

Por medio del Internet y su popularización en los últimos años, se han localizado 500 espacios web destinados a difundir la anorexia nerviosa como algo positivo, dando los "tips" de cómo mantenerla, así como de aprender a

disimular los síntomas ante las revisiones médicas, todo esto con el fin de conseguir la tan codiciada pérdida de peso (Toro, 2006).

Por todo lo anterior, se puede resumir, que los medios influyen en nuestra cultura debido a una insatisfacción corporal y una introyección del modelo estético que se persigue, pero que debido a muchos factores como los biológicos no se pueden alcanzar, al tener esta incapacidad se busca por todos los medios conseguirla, poniendo muchas veces en riesgo la vida propia.

### **3.2.2 LA MODA**

A la par de los medios masivos de comunicación y la cultura en la que nos desarrollamos, adquirimos también usos y costumbres de cómo nos comportamos y vestimos. En esta línea Riviere (citado en Carrillo, 2003) definió a la moda como una norma de conducta y según ésta se proponen y se imponen determinados valores a los individuos.

La ropa como expositor principal de la moda, enseña u oculta casi todas y cada una de las partes del cuerpo, de acuerdo a las sociedades y culturas. A partir del siglo XVI ya se distinguen la ropa apropiada entre hombres y mujeres, lo que propician los intentos sucesivos para mejorar la apariencia. A lo largo de la historia se han cambiado las formas de vestir, esto se debe, en gran parte, a que la ropa usada también era utilizada como un distingo social entre clases, cuando la prenda iba adquiriendo cierta popularidad entre las clases inferiores, perdían su naturaleza distintiva de la clase alta, pues ésta última era, la que marcaba la pauta de los valores y costumbres (Toro, 1996).

El corsé, una prenda utilizada para crear cuerpos más delgados infringiendo hasta 32 kg. de fuerza sobre el tórax, ha sido considerado como uno de los precursores de la “moda de la delgadez”, los cuerpos “holgados”, llegaron a ser considerado en el siglo XIX como un símbolo de libertinaje (Carrillo, 2003).

Hoy en día, las formas de vestir no se diferencian tanto entre los estatus sociales, aunque la lucha por diferenciarse de otras clases por medio del

vestido sigue siendo un elemento importante para lograrlo, sin embargo, la ropa esta diseñada y modelada para cuerpos delgados, a pesar que la mayoría de las mujeres no pueden usarla con éxito (Carrillo, 2003).

### **3.3 DIFERENCIAS EN LOS SEXOS**

En el primer capítulo se expuso que aunque los estudios indican que las mujeres son más propensas a desarrollar anorexia nerviosa, hasta el día de hoy no hay ningún estudio concluyente al respecto. El cuerpo femenino ha sido objeto de mayor presión social, de eso no cabe duda, sin embargo el cuerpo del hombre lo ha sido también en otra dimensión. La cultura dicta cuales son los patrones y modelos a seguir y en ellos los hombres también se han tenido que adecuar.

Varios estudios han encontrado similitudes entre los síntomas presentados por hombres y mujeres en los trastornos de la conducta alimentaria, como descontento del cuerpo, proporciones de desórdenes psiquiátricos familiares, la dinámica familiar, curso de enfermedad, y progreso en el tratamiento (Olivardia, et al., 1995; Pope et al., 1986 y Sharp, et al., 1994; citados en Anderson y Bulik, 2004).

La evidencia en la literatura hace pensar que existe una variación en la prevalencia entre hombres y mujeres. Tal vez de deba a que las diferencias de predominio pueden ser influenciadas por una nosología que todavía no es reconocida como etiológica, incluyendo influencias biológicas, psicológicas y culturales (Huprich, Stepp, Graham y Johnson, en prensa). Sin embargo, estos estudios también identifican las diferencias de género, los hombres se muestran más distantes con sus padres, usan como conductas compensatorias el ejercicio, y en comparación con las mujeres anoréxicas, el uso de laxantes es muy bajo. En otro estudio, hubo similitudes en variables demográficas, así como en los tipos de programas que utilizan para perder peso, pero en cuanto a las diferencias, en las mujeres se observó mayor frecuencia en dietas y mayor severidad en conductas purgativas (DiGiacchino, et al., 1999, citados en Anderson y Bulik, 2004). En otro estudio se encontró que las diferencias de

género se deben a la aculturación (Rolls, et al., 1991, citados en Anderson y Bulik, 2004). Muchos de los chicos anoréxicos inician la restricción alimentaria en un intento por conseguir una mejor definición muscular, generalmente éstos, son obesos, y desean simplemente no estar “gordos o fofos”, la delgadez se ubica como el deseo de tener musculatura (Toro, 1996).

### **3.4 OCCIDENTE VS. EL MUNDO NO OCCIDENTAL**

Aunque no todos los países de occidente son industrializados y opulentos, tal vez sean los más vulnerables para desarrollar no sólo anorexia nerviosa, sino cualquier otro tipo de TCA, esto se debe en parte a la cultura que se desarrolla en dichos países opulentos, donde la escasez de comida no representa problema, así como la transmisión de estos valores a países occidentales que presentan pobreza y tratan de embonar en ellos.

No obstante, la literatura ha sugerido que la anorexia nerviosa, es menos común entre poblaciones minoritarias étnicas que viven en ambientes occidentales que entre las poblaciones blancas (Crago, et al., 1996, citados en Wildes, Simons, y Emery, 2001), sin embargo, ningún hallazgo conclusivo existe con respecto al predominio de la anorexia en estos grupos (Le, 1997 y Striegel, 1996, citados en Wildes et al., 2001 ).

Así mismo, no hay que perder de vista que cuando las personas con anorexia, experimentan pérdida de peso, se sienten bien consigo mismas, no importa que dichas personas no tengan que mostrar su cuerpo en público, como podría ser en culturas del Medio Oriente (Turón, 2003). En un estudio en Pakistán, realizado por Suhail y Zaib-u-Nisa (citados en Toro, 2006) encontraron que el 59% de las chicas con peso normal y 21% de chicas con infrapeso, consideraban tener sobrepeso, concluyendo que la exposición a la cultura occidental y la insatisfacción corporal precedían las actitudes alimentarias anormales o de riesgo.



La “exportación” de los medios occidentales hacia otras culturas permite una vulnerabilidad hacia conductas alimentarias desordenadas; los estudios de mujeres en las Islas de Fiji, por ejemplo, cultura que se mantuvo aislada de influencias culturales occidentales hasta 1995, con la introducción de medios de comunicación Occidentales, demostró un incremento significativo a conductas desordenadas y actitudes similares a las de occidente, como son comidas rápidas poco nutritivas y alto porcentaje calórico, insatisfacción corporal, ideal estético por debajo de un estado nutricional saludable, etc. (Becker, Burwell, Gilman, Herzog y Hamburg, 2002).

En China, la anorexia nerviosa se presenta de manera un poco diferente, un poco menos de la mitad de personas con anorexia (siendo representativas las mujeres), se sitúan en la anorexia atípica, ya que no experimentan fobia al peso (Lee, et al. citados en Toro, 2006), esto en parte puede deberse a que el concepto de belleza chino, no es el cuerpo, sino el rostro. Sin embargo las personas que se sitúan con anorexia típica presentan insatisfacción corporal y ponderal, así como baja autoestima, similar a los síntomas que presentan los estudiantes chinos que viven en occidente (Toro, 2006).

De igual manera existe la creencia que estas perturbaciones se desarrollan rápidamente entre personas que inmigran de las culturas sencillas a ambientes occidentales (Bowen, 1991 y Davis 1992, citados en Wildes, et al., 2001). En la literatura dichos trastornos se refieren como "los síndromes del cultura-límite," ya que al parecer la cultura parece jugar un papel significativo en su desarrollo (Crago 1996 y Pate 1992, citados en Wildes, et al. 2001). Sin embargo, muy poco se conoce sobre el verdadero predominio de dichas perturbaciones en poblaciones que no pertenecen a la cultura occidental.

Pate, Pumariega, Hester y Garner (1993) realizaron una revisión extensa de la literatura en donde encontraron variaciones en la ocurrencia de TCA entre grupos étnicos americanos y otras nacionalidades, esto como prueba que los ideales culturales dentro de los grupos étnicos específicos influyen en las actitudes hacia los cuerpos y hacia la comida.

En un estudio desarrollado con casi 2000 adolescentes entre 12 y 16 años realizado por Strauss (citado en Toro, 2006), mostró que las muchachas blancas se consideraban con sobre peso incluso teniendo un peso normal, con significativa más frecuencia comparada con las chicas negras y los chicos blancos o negros.

En las comparaciones entre grupos étnicos norteamericanos, se encontró que las mujeres blancas e hispanas mostraban tasas semejantes de trastornos de la conducta alimentaria (Crago, et al. citados en Wildes et al. 2001).

En Sudáfrica se realizó un estudio con 600 mujeres estudiantes, las cuales eran blancas, negras y asiáticas, y aunque las blancas presentaban mayor insatisfacción corporal, las negras mostraron más perfeccionismo y más impulso para adelgazar, mientras las asiáticas más desconfianza interpersonal (Wassenaar, citado en Toro, 2006)

Por lo anterior no hay que perder de vista que aunque si hay una marcada diferencia entre el mundo occidental y el no occidental, ello no implica que en otros países la anorexia nerviosa no se desarrolle, en parte, el poco conocimiento que se tiene sobre la incidencia, se debe a:

- Los escasos estudios e investigaciones en el tema, debido a pocos investigadores e insuficientes recursos para llevarlos a cabo.
- El pobre conocimiento que se tiene de la anorexia nerviosa en los profesionales de la salud.
- La anorexia nerviosa sólo se puede diagnosticar cuando existe una malnutrición, los fenómenos previos como la insatisfacción corporal y dietas, sin que exista malnutrición, no puede ser detectado (Toro, 1996).
- Mientras que el diagnóstico de la anorexia nerviosa y otros TCA se han hecho con los criterios occidentales, sin tomar en cuenta, los factores religiosos, culturales y patrones estéticos de las sociedades no occidentales, lo que hace muy difícil poder identificarlos en dichas culturas (King y Mumford, citados en Wildes, et al. 2001)

### **3.5 IMAGEN CORPORAL E INSATISFACCION CORPORAL**

En el siglo XVII, Ambrosio Paré fue uno de los pioneros en el área de neurología, que consideró a la imagen del cuerpo como una instancia importante. Él estudió e intentó explicar las sensaciones persistentes que tenían las personas que fueron sometidas a la amputación de un miembro, lo que se denomina “miembro fantasma”. Más adelante Weir y Charcot, explicaron lo que se refería al funcionamiento central responsable de esa persistencia sensorial descubierta por Paré.

En los inicios del siglo XX el término “esquema corporal” o “modelo postural del cuerpo”, se definía como una representación diagramática del cuerpo en la conciencia del individuo, es decir el modelo que tenemos mentalmente de nuestro propio cuerpo en los cambios posturales (Head, citado en Toro, 2006 y Rincón 1993).

Posteriormente, en 1950 Paul Schilder (citado por Rincón, 1993) definió la “imagen corporal” como una estructura mental que forma parte de las estructuras psicobiológicas que son con las que cuenta una persona la nacer, consolidadas en la maduración y el desarrollo, influida por las experiencias. La imagen corporal es entendida como la imagen tridimensional que se tiene del cuerpo.

Bruchon-Schweitzer (1992) afirma que la imagen del cuerpo así como la mirada dirigida al propio cuerpo, el observador también es observado, la conceptualización como una configuración global, formada por el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo va elaborando en relación a su cuerpo durante su vida y a través de diferentes experiencias. El desarrollo de la imagen corporal se basa en percibir el propio cuerpo como único, distinto de los otros y sobre todo como propio que corresponde a la acción de aprender de sí mismo como objeto y sujeto, sin embargo el cuerpo también es sujeto a afectos complejos más o menos conscientes y auto evaluativos.

Vera (2001) define la imagen corporal como la representación mental que tenemos del cuerpo, la cual se divide en:

- Nivel perceptivo. Una percepción de las dimensiones corporales, y otra con respecto a las dimensiones de los demás.
- Nivel cognitivo y afectivo. Se hace una interpretación del cuerpo y en base a esto se tiene afectos.
- Nivel conductual. Debido a los dos niveles anteriores, la persona actúa con respecto a lo que internalizó.

Hilde Brunch (citada en Toro, 2006) fue la primera en sugerir la existencia de una alteración de la imagen corporal en la anorexia nerviosa. Con anorexia nerviosa o no, el malestar producido por la percepción de la imagen corporal y la expectativa estética, constituyen factores determinantes para adelgazar. A esto Toro (2006) lo denominó insatisfacción corporal, ya que existe una diferencia entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal.

Thompson (citado en Rojo y Livianos, 2003) señala que esta distorsión es un trastorno, en el cual se incluye e integra aspectos perceptivos, cognitivos, afectivos, comportamentales y la evaluación subjetiva relacionados con la imagen que se tiene del cuerpo; que comprenden los siguientes factores:

- Componente afectivo. Se basa en la respuesta ansiosa que emana de la percepción del aspecto propio.
- Componente cognitivo. Incluyen el como el esquema corporal afecta procesos de registro, almacenamiento y recuperación de nuestra imagen corporal.
- Componente comportamental. Es la puesta en funcionamiento de actividades relacionadas con la pérdida, ganancia o mantenimiento del peso y del aspecto a la evitación de situaciones en las cuales puedan darse estas situaciones.
- El componente perceptivo. Alude a la exactitud y ajuste de la estimación del tamaño de las partes del cuerpo.

- Evaluación subjetiva. Es la más general y omnipresente, ya que se relaciona con los demás componentes.

La persona aprecia su cuerpo con las diferencias que perciba con un cuerpo ideal. La satisfacción e insatisfacción corporal son, el grado en que una persona le gusta o le disgusta el tamaño y forma de su propio cuerpo (Bruchon-Schweitzer, 1992). En cuanto a las personas con anorexia, esta insatisfacción está presente, de hecho, como se vio en el Capítulo I, es un criterio para diagnosticar dicha enfermedad.

En los 90's se empezó a plantear la posible existencia de la insatisfacción corporal entre niños prepúberes. Davison, et al. (citados en Toro, 2006) concluyeron que las niñas de 5 años de edad ya experimentaban insatisfacción corporal. Feldman et al. (citados en Toro, 2006) por su parte, encontraron que los niños y niñas de 5 años de edad, ya expresaban temores a la gordura y preocupaciones por su imagen corporal. Gómez Pérez-Mitré (1997) realizó un estudio con escolares de 5<sup>o</sup> y 6<sup>o</sup> grado de educación primaria, concluyó que el 25% de las niñas se percibió como "gorda" y "muy gorda", aunque el 81% de toda la muestra presentaba un peso por debajo del normal, en cuanto a los niños hubo menor sobrestimación, pero los resultados no difirieron significativamente.

Kolodoy y Sallis (citados en Toro, 2006) refirieron que a los 9 años los incrementos de peso debido al desarrollo, tienden a desencadenar un evidente malestar corporal tanto en niñas como en niños. Al entrar en la adolescencia las puntuaciones de la insatisfacción corporal y de anorexia nerviosa se ubican bastante altas, Ackard y Peterson (citados en Toro, 2006) concluyeron que la adolescencia no es un factor de riesgo para desarrollar la anorexia nerviosa, sino la insatisfacción corporal prepuberal.

Los estudios realizados en etapas adultas sobre la insatisfacción corporal son escasos, pero Hetherington y Burnett (citados en Toro, 2006) compararon 50 mujeres jóvenes y 50 mujeres mayores de 60 años, concluyeron que todas las mujeres deseaban tener un volumen similar de pérdida de peso. Así mismo

Tiggermann y Stevens (citados en Toro, 2006) estudiaron una población femenina entre los 18 y 60 años de edad, llegando a la conclusión que a cualquier edad eran muy frecuentes las preocupaciones por el peso y cuerpo.

En cuanto a la imagen corporal del varón, el panorama difiere al manifestado por las mujeres, culturalmente, como ya se señaló anteriormente, el concepto de belleza de los varones se enfocan en la fuerza y musculatura. Cuando se les pregunta a los varones acerca del cuerpo ideal que quisieran tener, muestran una preferencia por tener más peso (Rojo y Livianos, 2003).

Alrededor de los 9 años de edad los niños prefieren aumentar sus dimensiones no para estar más gordos, sino, para estar más atléticos y musculosos. Conforme se desarrollan, mejoran su satisfacción al aumentar de peso, ya que eso los acerca al modelo estético vigente. Sin embargo no por ello, los varones no muestran insatisfacción corporal, ya que tanto en varones como en mujeres, la meta es no estar gordo(a) (Toro, 2006).

### **3.5.1 INSATISFACCIÓN CORPORAL Y ANOREXIA NERVIOSA**

La insatisfacción corporal está ligada al deseo de perder peso, de no ser considerado como una persona obesa. La mayoría de las personas con anorexia sufren alteraciones en su imagen corporal, debido a la insatisfacción que presentan al no concordar su cuerpo con el cuerpo esperado que la cultura dicta.

Como se señaló anteriormente, el DSM-IV (APA, 1994) apunta en sus criterios la presencia de alteración de la imagen corporal para el diagnóstico de anorexia nerviosa. Así mismo el CIE-10 (OMS, 1998) incluye la distorsión de la imagen corporal, como una psicopatología que consiste en una idea sobrevalorada ante la gordura o flacidez, persistente en la anorexia nerviosa.

Sin embargo, Palmer (citado en Toro, 2006) argumenta ciertas discrepancias con que la anorexia nerviosa y la alteración corporal vayan de la mano. En primer lugar, las pacientes descritas en el siglo XIX raras veces incluyeron la

preocupación por el peso. Segundo, en culturas no occidentales (como la asiática) actualmente, no presentan preocupación por el peso o por la gordura. En tercer lugar, en occidente se encuentran casos de anorexia nerviosa sin dicha preocupación, considerándola atípica

Al respecto se puede decir que la anorexia nerviosa presentada en siglos anteriores, nada tiene que ver con la anorexia nerviosa que se conoce actualmente, la cultura, los patrones estéticos, y formas de vida de hombres y mujeres difiere mucho de la concepción actual que se tiene hoy de dicho trastorno. Así mismo, la ausencia de miedo a la gordura en países no occidentales nuevamente se puede explicar referente a la cultura en que se desenvuelven las personas con anorexia nerviosa. Por tanto la cultura y todo lo que conlleva esta, es un factor importante para el desarrollo de la anorexia nerviosa, sin embargo, cabe recordar, que un solo factor por si solo, con respecto a las investigaciones llevadas a cabo, no resulta ser significativo para la aparición del trastorno, sino, un conjunto de estos, en una forma multidimensional.

# CONCLUSIONES



El conocimiento de toda enfermedad, con el tiempo, evoluciona la concepción que se tiene gracias a las investigaciones que abren nuevas puertas al entendimiento que se tiene sobre ellas.

En el caso de la anorexia nerviosa (**AN**), es una enfermedad vieja, una enfermedad conocida a través del tiempo, que pasó de considerarse un don divino a una enfermedad con gran preocupación sanitaria.

Dicha preocupación sanitaria, deriva de las condiciones en que dichas personas se pueden poner en riesgo tanto en términos emocionales, cómo físicos.

Sin embargo, aunque es una enfermedad que se conoce desde la antigüedad, las investigaciones psicológicas formales, empezaron a partir de los años 40's, ya que años antes como se mencionó en el capítulo I, reinaba la confusión entre enfermedad de Simmonds y lo que era AN categorizada como un trastorno de la conducta alimentaria.

De la misma manera, aunque actualmente, la AN pareciera que es una "moda" del siglo XX y XXI, un producto de los medios de comunicación y de nuestro sistema de consumo, y de acuerdo con Vera (2001), el éxito está relacionado con la idea de la delgadez, hay que recordar que la AN apareció muchos siglos antes (Schmidt, 2005), y en efecto, la AN del siglo XVI difiere mucho del concepto que se tiene hoy en día, sobre todo, cuando se considera que el ideal estético "esquelético" no era precisamente el más apreciado, y el éxito se relacionaba con un sistema social totalmente diferente.

No obstante, aunque el concepto de la enfermedad ha variado, lo ha hecho en función de la información que se tiene de ésta, así mismo, como se ha mencionado anteriormente, en la AN, no hay una pérdida de apetito al principio, sino, una negación rotunda a querer alimentarse, ya sea por motivaciones religiosas como en siglos pasados, o por la coincidencia de varios factores de riesgo, siendo uno de los de mayor peso, la cultura.

Es verdad , que la AN, como se ha mencionado, ha sido ponderada por dos grandes ejes: ser mujer y pertenecer a la cultura occidental. Se puede resaltar, que un número importante de investigaciones se ha inclinado ante tal postura, pero también, se debe de tener en cuenta, que el sexo masculino de acuerdo con Hsu (1989) es vulnerable para el desarrollo de la enfermedad, pues, si se sigue la hipótesis que la cultura occidental es un factor muy importante para el advenimiento de la AN, entonces, los varones deberían estar en riesgo de igual manera, que las mujeres que pertenezcan a la misma cultura, ya que el ideal estético que se propone no sólo es exclusivo de las mujeres.

De ésta manera, se hace más evidente, que los varones desarrollan de igual manera AN, con sus particularidades, y si los estudios se enfocan a este sector, los hallazgos que se obtengan, podrán aportar datos para el mejor entendimiento de la enfermedad, así como, el cambiar presuposiciones sobre la misma.

Con lo anterior, se llega a dos conclusiones, la primera es, que efectivamente la cultura de procedencia es un factor muy importante no sólo para el desarrollo de la AN, sino para el desarrollo psicológico y social de un individuo. Por medio de la cultura nos identificamos y al mismo tiempo, nos podemos diferenciar de los demás, por tanto, la cultura la tenemos omnipresente y es parte de nosotros, pero, hablar de cultura, es hablar de varias culturas inmersas en otras culturas, esto hace más difícil la identificación de una cultura “pura” que sea una de las causas de la AN.

No obstante, el occidente ha sido marcado por las investigaciones cómo la cultura que más se avoca al ideal estético del cuál se ha venido mencionando en el presente trabajo, pero, sí sólo, en la cultura occidental, es posible un desarrollo de la AN, por qué antes del auge de la misma, es decir en siglos pasados, la AN, también estaba presente. Esto hace suponer, que la cultura occidental, o los patrones de comportamiento que enmarcan esta cultura o sus derivados, son factores importantes, pero como se ha venido analizando, un solo factor por sí mismo, no hace que aparezca la AN en una persona o incluso en una sociedad.

En segundo lugar, es importante resaltar que el papel de la cultura en el desarrollo de la AN ha tomado especial interés en las últimas décadas, actualmente, el que se la asocie con culturas occidentales y que sean dichos países los más afectados, se puede suponer que sólo si se pertenece a esa cultura, se está en riesgo. Pero, no olvidemos, que el hecho que en países pobres no hay un amplio rango de estudios e investigaciones al respecto, y de acuerdo con King y Munford (2001), mientras que para esas investigaciones se tomen en cuenta los criterios occidentales, y no se tome en cuenta otros factores como el religioso, el económico y el sociocultural, será aún más difícil el poder percatarse en realidad del cómo se comporta la enfermedad en otras culturas.

Como se expuso en el capítulo I, la AN se consideró por mucho tiempo como una enfermedad que básicamente se desarrollaba en mujeres blancas occidentales entre los 15 y 20 años de edad, Toro y Vilardell (1987) afirmaban que aunque sí había evidencia de que la AN se podía desarrollar antes o después de éste rango de edad, no era relevante para efectos estadísticos, ya que los picos se encontraban en mujeres blancas. Posteriormente Toro (1996; 2006) retoma este punto y empieza a aportar datos acerca de que la balanza epidemiológica ya está cambiando en referencia a la edad y sexo.

Por ello, uno de los problemas que se enfrentan hoy en día referente a las investigaciones, son las limitaciones metodológicas, y aunque en cualquier estudio formal se tienen límites, el pasar por alto un valor sólo porque no estadísticamente útil, nos deja con una visión de “túnel”, con poca posibilidad para establecer planes de prevención en los grupos en los que todavía no se observan estos “picos” de los que varios investigadores hablaban (Fairburn, y Beglin, 1990; García-Rodríguez, 1993; Honjo, et. al 2005; Toro 1987). Sin embargo, se puede entrar en una disyuntiva, ya que esos mismos estudios de los cuales muchas veces no se toman en cuenta datos por no ser estadísticamente significativos, son los mismos que nos proveen información del cómo se está gestando la enfermedad; por ahora sólo hay que tenerlo en cuenta, esperando que un día las limitaciones metodológicas sean erradicadas.

Siguiendo en la misma línea, el reconocimiento formal de la anorexia infantil (AI), se hace en los años 60's, pero aún en nuestros días es un tema poco conocido, con escasos estudios epidemiológicos, lo cual impide que se pueda explorar más afondo que es lo que está pasando con la AN, y porqué hasta hace unas décadas se identificó que los niños también pueden padecerla (Lask, y Bryant-Waugh, 1997).

Parece que lo mismo sucede con la manera de clasificarla, sí la AN, es todavía un tema a discusión en cuanto a su sintomatología, con la AI es todavía un campo muy difícil, pues varios autores proponen lo que para su punto de vista es la AI (Lask, y Bryant-Waugh, 1997; Chatoor, citado en Catalá, 2003; Pedreira, 1999; Cottee-Lane, Pistrang y Bryant-Waugh, 2004) pero no hay un punto de partida en común para todos. Así mismo, hay que agregar, que no sólo la AI, es un trastorno de la conducta alimentaria que se presenta en la infancia.

Cómo lo mencioné, la cultura pesa en lo que respecta al desarrollo de la AN, así mismo, en la AI, es un factor determinante. Pues, si se toma en cuenta que la familia es el primer acercamiento que tienen los infantes acerca de la cultura, el medio en donde se desenvuelvan es muy importante, así cómo, las ideas que se formen a través de su núcleo.

En un futuro, será necesario, que estas diferencias sean clarificadas a través de estudios e investigaciones; sobre todo en México, es necesario empezar a plantearse desde ahora, cuáles son las opciones con las que se cuentan para poder así prevenir que la AI sea un problema común, no obstante, el que no se sepa exactamente que origina la enfermedad, dificulta establecer cuál será el plan de prevención a seguir.

Ello representa todo un desafío para nosotros los profesionales de la salud, pero, ésta tarea, no sólo compete a un sector en particular, es una tarea de todos, pues, no es cambiar la forma de pensar, no es tratar de modificar los planteamientos culturales, es más bien, comprender porqué se ha ido manifestando esta enfermedad desde sus orígenes, desde el plano de la

investigación (con ventajas y desventajas, pues es la herramienta que, al menos, hasta ahora es la más eficaz), mientras más se sepa de ella, mejor será la intervención

El diagnóstico, también es una herramienta, si no para prevenir la enfermedad, sí para controlarla, sin embargo, la manera en que se diagnostica la AN, puede tener algunos inconvenientes. Por un lado la APA (1994) da ciertos criterios que cómo profesionales de la salud, debemos de tener en cuenta; pero, el estudio realizado por Brenner, et al. (1994), mostró que solamente el 35% de los pacientes que tenían AN, entraban en los criterios propuestos por la APA.

Algo similar sucede al diagnosticar la AI, ya que la gran mayoría de infantes con AI entran en la clasificación de “Trastornos Alimentarios No Especificados” (Bardik, Berners, McCulloh, y Witkik, 2004).

Así mismo, de acuerdo con Toro (2006) cualquier tipo de anorexia, sólo se puede diagnosticar cuando existe un estado de malnutrición severo, lo que hace que otros síntomas cómo la insatisfacción corporal o los miedos y fobias que se presenten, no sean tomados en cuenta, lo que hace muy difícil primero, la identificación de la enfermedad, segundo, la atención y el tratamiento adecuado, y, tercero, la prevención de ésta.

Mas allá de poner una etiqueta de qué es lo que el paciente padece, no queda claro, qué es lo que se considera cómo AN o AI, ya que más allá del DSM-IV, existe también una variación de conceptos de un autor a otro (Catalá, 2003; Caparrós, y Sanfeliú, 1997; Fernández y Turón, 2001; Gowers, y Bryant-Waugh, 2004; Toro, 2006).

De la misma manera, actualmente el que no haya ninguna causa directa, hace más difícil su comprensión, ya que no se puede atribuir específicamente a algo que concretamente sea el origen del desarrollo de la AN, así, cualquier persona en la que converjan un cierto grupo de factores de riesgo, es un potencial paciente para desarrollar la enfermedad.

Como se ha venido mencionando, lo que se sabe de AI, es muy pobre, es evidente la falta de investigación en éste tema. Cuando decidí que mi trabajo de investigación abarcaría no sólo a la anorexia nerviosa, sino también, a la anorexia infantil, sabía que no iba a ser tarea fácil.

No obstante, mi interés se derivó, precisamente de esa falta de información, el imaginar que niños y niñas puedan ser blanco fácil para que desarrollen AI, más aun el saber que en vez de jugar y divertirse, solo se preocuparían por lo que comen, tener pensamientos obsesivos en cuanto a la comida, y que diariamente sean bombardeados con una cultura de la delgadez, no es nada alentador.

Sé perfectamente que mi trabajo, no puede lograr por si sólo que la AI se prevenga, pero si puedo abrir un camino para crear conciencia y hacer énfasis que la anorexia tiene diferentes caras, y es importante sean expuestas cada una de ellas.

**LIMITACIONES  
Y  
SUGERENCIAS**

Al inicio de mi trabajo, me encontré con muy poca investigación que hablara ampliamente del tema, pues, aunque muchos autores anglosajones investigan la AN, el tema de AI, solo lo tocan de manera escueta y sin demasiado material que sirva significativamente, entre los autores que desafían lo anterior se encuentra el investigador español J. Toro, uno de los autores más citados en mi trabajo, el cual ha aportado mucha de la información para conocer esta enfermedad. Por el contrario, me di cuenta que EUA y otros países europeos han hecho investigaciones que abarcan varios “desordenes alimenticios” no sólo, la AI, lo cual, me parece excelente, ya que no sólo la AI es un riesgo para los más jóvenes, sino también otros trastornos de la conducta alimentaria (como comedores selectivos, bulimia nerviosa, disfgia funcional, entre otros).

Por otro lado, pese a que hay huecos científicos debido a la complejidad de la enfermedad, quizás ésta desventaja es lo que ha impulsado en darle la importancia necesaria para que en un futuro, el conocimiento que se adquiriera sobre la enfermedad, sea la mejor defensa que se tenga, para que, miles de personas en México y el mundo, no tengan que desarrollar esta enfermedad.

Esto planteado en términos más reales se resume en llevar a cabo más y mejores investigaciones sobre lo que acontece en nuestro país, pues poco se sabe que pasa con poblaciones con nuestras propias características culturales, Gómez-Pérez (1997) ha sido una de las pocas que ha llevado investigaciones en nuestro país.

Esto conlleva en contemplar la posibilidad de tener nuestros propios criterios diagnósticos, pues así cómo, en cualquier problema sanitario se piensa en términos de prevención, esta sería una buena herramienta, para sensibilizar a la población acerca de cómo se puede prevenir en términos acción social.

Así mismo creo que la solución no sólo debe de ser proporcionada por los psicólogos, sino, por todas las personas que integran la sociedad. Los maestros que son un contacto importante con el mundo, podrían tener una formación profesional sobre la salud infantil, las escuelas podrían impartir



sesiones informativas para que los padres se sensibilicen con la problemática que se puede desembocar, y enseñarlos a detectar cuando algo no anda bien con la alimentación de sus hijos. Los médicos, sobre todo los pediatras, deberían trabajar en conjunto con padres, maestros, psicólogos, etc. En fin, no sólo los investigadores pueden proponer nuevas pautas de acción, cada uno de nosotros, puede colaborar para que esto cambie.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ta. Ed.) Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Anderson, C., y Bulik, C. (2004) Gender differences in compensatory behaviors, weight and shape salience, and drive for thinness. Eating Behaviors, 5 1-11
- Bardik A., Berners, K., McCulloh, A. y Witkik, K. (2004) Eating Disorder Intervention, Prevention and Treatment. Professional School Counselling, 8, 168-175
- Barriguete, J. (2003) Aspectos transculturales en los trastornos de la conducta alimentaria. En: Moreno y G. Cava (Eds) Anorexia Nerviosa (243-257) España: Ariel Ciencias Médicas.
- Beato, L., Rodríguez, T., Belmonte, A. y Martínez, C. (2004) Risk factors for eating disorders in adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry, 13, 287-294.
- Beaumont, Russell y Touyz, S.W. (1993) Treatment of anorexia nervosa. Lancet, 341, 1635–1640.
- Becker, A., Burwell, R., Gilman, S., Herzog, D. y Hamburg, P. (2002) Eating behaviors and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. British Journal Psychiatry 180, 509-514.
- Brandt, H. Demitrack, M., Lesem, D., Listwak, S., Jimerson, D. y Gold, P. (1990) CSF oxytocin in anorexia nervosa and bulimia nervosa: clinical and pathophysiologic considerations. American Journal Psychiatry, 147, 882–886.

- Brenner, J., Piazza, E., Harrison, R., Forman, S., Goodman, E., Emans, J. y Durant, R. (1997) DSM-IV Criteria for anorexia nervosa as predictors of outcome among eating disordered adolescents. Journal of adolescent health, 20, 195-201.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992) Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder
- Bryant-Waugh, R. y Lask, B. (1995) Childhood-onset eating disorders. En: KD Brownell y CG Fairburn (Eds.). Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook. (p.p.183–187). New York: Guilford Press.
- Bulik, C., Sullivan, T., Wade y Kendlerk (2000) Twin studies of eating disorders: A review. International Journal of Eating Disorders, 27, 1-20.
- Born, J., Conrad, M., Fehm, H., Hubold, C., Ottomans, K., Peters, A., Pellerin, L., Schweiger, U. (en prensa) The selfish brain: competition for energy resources Neuroscience & Biobehavioral Reviews
- Cachelin, F. y Maher, B. (1998) Is amenorrhea a critical criterion for anorexia nervosa? Journal of Psychosomatic Research, 44, 435-440.
- Catalá, M. (2003) Anorexia nerviosa de inicio en la niñez. En: L. Moreno y G. Cava (Eds) Anorexia Nerviosa (289-305) España: Ariel Ciencias Médicas.
- Caparrós, N y Sanfeliú I. (1997) La anorexia: Una locura del cuerpo. Madrid: Biblioteca Nueva
- Carrillo, V. (2003) Medios de comunicación y moda: su influencia en los TCA. En: L. Moreno y G. Cava (Eds.) Anorexia Nerviosa (257-268) España: Ariel Ciencias Médicas.

- Castro, J. y Vandereycken W. (1991) Anorexia y Bulimia; La familia en su génesis y tratamiento. Barcelona: Martínez Roca.
- Chinchilla, A. (1995) Guía Teórico-Práctica de los trastornos de conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia Nerviosa. Barcelona: Masson
- Connan-Iain, F., Katsman, C., Lightman, S. y Treasure J. (2003) A neurodevelopment model for anorexia nervosa. Physiology & Behaviour 79, 13-24.
- Coronel, C. (2001) Anorexia: Un problema con solución familiar. Revista Cubana de pediatría 73, 5-10
- Cottee-Lane, D., Pistrang, N. y Bryant-Waugh, R. (2004) Childhood onset anorexia nervosa: the experience of parents. European Eating Disorders Review 12 169-177.
- Duker, M. y Slade, R. (1992) Anorexia Nerviosa y Bulimia: Un tratamiento Integrado. México: Limusa
- Eagles, J.M., Johnston, M.I., Hunter, D., Lobban, M. y Millar, H.R. (1994) Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of north-east Scotland. American Journal Psychiatry 152, 1266–1271.
- Edlund, B., Halvarsson, H. y Sjöden, P. (1996) Eating behaviours, and attitudes to eating, dieting, and body image in 7 year-old Swedish girls. European eating disorders review 4 40-53
- Eklund R.C y Bianco T. (2000) Social physique anxiety and physical activity among adolescents. Reclaiming Child Youth 9 , 139–142.

- Fairburn, C., y Beglin, S. (1990) Studies of the epidemiology of anorexia and bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry, 147, 401–408.
- Fairburn, C., Shafran, R. y Cooper, Z. (1999) A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. Behaviour Research and Therapy, 37, 1-13.
- Fernández, F. y Turón, V. (2001) Trastornos de la alimentación. Guía Básica de los trastornos en anorexia y Bulimia. España: Masson.
- García-Rodríguez, F. (1993) Las adoradoras de la delgadez. Anorexia nerviosa. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- García-Suárez, E. (2002) Anorexia y bulimia: Fenómenos poco comprendidos que tienen solución. Una investigación documental. Tesis en Licenciatura en Psicología inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Garfinkel, P y Garner, P. (1997) Handbook of treatment for Eating Disorders. New York: The Guilford Press.
- Garfinkel, P. y Garner, P. (1982) Anorexia nervosa: A multidimensional perspective. New York: Bruner-Mazel.
- Garfinkel, P., Lin, E. y Goering, P. (1996) Should amenorrhea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Evidence from de Canadian community sample. British Journal of Psychiatry, 168, .500-506.
- Georges, H. y Hibert-Kunteler, O. (1980) El apetito de su hijo. Barcelona: Planeta.

Gismero, E. (1996) Habilidades sociales y anorexia nerviosa. Madrid: Edisofer

Godart, N., Flament M., Curt, F., Perdereau, F., Lang F., Venisse J., Halfon O., Bizouard, P., Loas G., Corcos, M., Jeammet P. y Fermanian, J. (2003) Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. Psychiatry Research, 117, 245-258.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1997) Alteraciones de la Imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología 14 31-40

Gomez- Guitierrez, P. (1996) Anorexia Nerviosa: La prevención en familia. Madrid: Pirámide.

Goldstein D., y Stunkard A. (1999) The management of eating disorders and obesity. Totawa, New Jersey: Humana Press

Gomez P. (1996) Anorexia Nerviosa: La prevención en familia. Madrid: Piramide

Gorwood, P., Kipman, A. y Foulon, C.(2003) The human genetics of anorexia nervosa. European Journal of Pharmacology 480, 163-170.

Gowers, S. y Bryant-Waugh, R. (2004) Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. Journal of child psychology and psychiatry 45, 63-83

Guillemot, A. y Laxenare, M. (1994) Anorexia nerviosa y Bulimia: El peso de la cultura. Barcelona: Masson

- Honjo, S., Sasaki, Y., Murase, S., Kaneko H. y Nomura, K. (2005) Transient eating disorder in early childhood European Child and Adolescent Psychiatry 14, 52-54
- Hsu, L. (1989) The gender gap in eating disorder: Why are the eating disorders more common in among women? Clinical Psychology Review, 9, 393-407.
- Huprich, S., Stepp, S., Graham, A. y Johnson L. (en prensa) Gender differences in dependency, separation, object relations and pathological eating behaviour and attitudes. Personality and Individual Differences
- Irwin, M. (1984) Early-onset anorexia nervosa. Social Medicine Journal 77, 611–614.
- Ivarsson, T., Råstam, M., Wentz, E., Gillberg, I., y Gillberg C. (2000) Depressive Disorders in Teenage-Onset Anorexia Nervosa: A Controlled Longitudinal, Partly Community-Based Study. Comprehensive Psychiatry, 41, 398-403.
- Jarman, M. y Walsh, S. (1999) Evaluating recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa: Integrating lessons learned from research and clinical practice. Clinical Psychology Review, 19, 773-788.
- Katz, J. (1987) Eating disorder and affective disorder: Relatives or merely chance acquaintances? Comprehensive Psychiatry, 28, 220-228.
- Klein, D. y Walsh, T. (en prensa) Eating Disorders: clinical features and pathophysiology. Physiology & Behaviour.



- Klump, W., Kaye y Strober, M. (2001) The evolving genetic foundations of eating disorders. Psychiatric Clinic of North America, 24, 215-225.
- Klump, W., Wonderlich, S., Lehoux, P., Lilienfeld, L. y Bulik, C. (2002) Does environment matter? A review of nonshared environment and eating disorders. International Journal of eating disorders, 31, 118-135.
- Kotler, L. Y Walsh, B. (2000) Eating disorder in children and adolescents: pharmacological therapies. European Child & Adolescent Psychiatry. 9 108-116
- Lask, B. y Bryant-Waugh, R. (1993) Childhood onset anorexia and related eating disorders Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Lask, B y Bryant-Waugh, R. (1997) Prepubertal Eating Disorders. En: D. Garner y P. Garfinkel (Eds.). Handbook of Treatment for Eating Disorders (477-483) New York: Guilford Press.
- Lartigue, T., Maldonado, M. Y Rosas, A. (1998) La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo. Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- Leung, A. (1994) The toddler who does not eat. American family physician 49 1789-1792
- Livianos L., y Rojo, L. (2003) Trastornos de la imagen corporal en el varón. En: Moreno y G. Cava (Eds) Anorexia Nerviosa (509-521) España: Ariel Ciencias Médicas.

- Lucas A., Beard, C., O'Fallon, W. y Kurland, L. (1991) 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn's population-based study. American Journal of Psychiatry, 148, 917–922.
- Malson, H. (1998) The thin Woman: Feminism, post-structuralism and the social psychology of anorexia. New York: Routledge.
- Martínez-Fornés, S. (1994) La obsesión por adelgazar: Bulimia y Anorexia. México: ESPASA.
- Moya, T., Fleitlich-Bilyk, B. y Goodman, R. (2006) Brief report: Young people at risk for eating disorders in Southeast Brazil. Journal of Adolescence 29, 313-317
- McSween, M. (1993) Anorexia Bodies: A Feminist and Sociological Perspective on anorexia Nervosa. New York : Routledge
- Nagel, K., Jones y Karen, H. (1992) Sociological factors in development of eating disorders. Adolescence 27, 107-109
- Nicholls, D., Chater, R. Y Lask, B. (en prensa) Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. Journal of Eating Disorders
- Olivari, N. y Del Valle, M. (2005) Alimentación e infancia. Tomado de la página electrónica: [www.nutrar.com/detalle.asp?ID=573](http://www.nutrar.com/detalle.asp?ID=573), consultada el 30 de septiembre de 2006.
- Padin J. y Chinchilla A. (1995) Aproximaciones a la nosología de los trastornos de la conducta alimentaria. En: A. Chinchilla (Ed.). Guía

Teórico-Practica de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia Nerviosa. Barcelona: Masson.

Pagina electrónica de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/pediatweb447.htm> consultada el 22 de agosto de 2006.

Pate, J., Pumariega, A., Hester, C. y Garner, D., (1993) Cross-cultural patterns in eating disorders: a review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 31,802–808

Pedreira, J. (1999) Los trastornos de la conducta alimentaria: visión desde la psicopatología del desarrollo. En: J. Toro (Ed.) Anorexia y otras alteraciones de la conducta alimentaria y adolescencia. (203-245) Barcelona: Alertes.

Peebles, R., Wilson, J y Lock, J. (en prensa) How do children with eating disorders differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation? Journal of adolescent health

Richerich, A., Brunner R. y Resch F. (en prensa) Achalasia Mimicking Prepubertal Anorexia Nervosa Journal of Eating Disorders

Rincón, A. (1996) Trastornos de la conducta alimentaria en relación con la imagen: anorexia y bulimia en las mujeres. Barcelona: Emakunde

Rojo L. y Livianos L. (2003) Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. En: L. Moreno y G. Cava (Eds) Anorexia Nerviosa (35-47) España: Ariel Ciencias Médicas.

- Romano J. (1999) Anorexia Nervosa. En: D. Goldstein y A. Stunkard. The Management of Eating Disorders and Obesity. (49-57) Totawa, New Jersey: Human Press .
- Rock, C. (1999) Prevention of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa En: D. J. Goldstein y A. J. Stunkard (Eds). The management of Eating Disorder and obesity. (33-58) Totawa, New Jersey: Humana Press.
- Russell, G. (1985) Premarchal anorexia nervosa and its sequelae. Journal of Psychiatric Research 19, 363–369.
- Scharer K. (1999) Eating disorder in 10-year-old girl. JCAPN 12 79-87
- Schmidt, U. (2005) Aetiology of eating disorders in the 21 st. Century. European Child & Adolescent Psychiatry, (Suppl. 12) 30-37.
- Schutze, G. (1983) Anorexia Mental Barcelona: Herder.
- Steiner, H., Kwan, W., Graham, T., Walker, S., Miller, S., Sagar, A. y Lock, J. (2003) Risk and protective factors for juvenile eating disorders. European Child & Adolescent Psychiatry, (Suppl. 12) 38-46.
- Taylor, M. y Cooper, P. (1992) Experimental study of the effect of mood on body size perception. Behaviour Research and Therapy, 30, 53–58.
- Tannenhaus, N. (1999) Anorexia y Bulimia. Barcelona: Plaza&Jones.
- Toro, J. (2006) Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Barcelona: Ariel
- Toro, J. (1996) El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel

- Toro, J y Vilardell, E. (1987) Anorexia Nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.
- Tschirhart, L., y Donovan, M.E. (1985) Women & Self-Esteem. New York: Peguin.
- Turón, V. (2003) Factores culturales en los trastornos de la conducta alimentaria. En: L. Moreno y G. Cava (Eds) Anorexia Nerviosa (217-233) España: Ariel Ciencias Médicas.
- Vandereycken, W. y Lowenkopf, E. (1990) Anorexia nervosa in 19th century America .The Journal of nervous and mental disease. 178, 531-535.
- Vera, C. (2001) Género, Cultura e imagen del cuerpo. En: Derecho de las mujeres a su imagen: Los trastornos alimenticios, Anorexia y Bulimia. Universidad de Alicante
- Wade, W., Bulik, C., Neale, M. y Kendelerk, K. (2002) Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. American Journal of Psychiatry, 157, 469-471.
- Wildes, J., Simons, A y Emery, R. (2001) The Roles of Ethnicity and Culture in the Development of Eating Disturbance and Body Dissatisfaction: A Meta-Analytic Review. Clinical Psychology Review, 21, 521-551