UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO

SEMINARIO DE SOCIOLOGÍA GENERAL
Y JURÍDICA

"EL IMPERATIVO SOCIAL DE SER DELGADO. ANOREXIA Y BULIMIA, UNA PERSPECTIVA SOCIO-JURÍDICA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN DERECHO
P R E S E N T A:

DORIAN GUADALUPE SANTANDER MORAILA

ASESORA:
DRA. ELSSIE NÚÑEZ CARPIZO

MÉXICO, D.F. 2014

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

VNIVERSIDAD NACIONAL
AVFNOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE SOCIOLOGÌA
GENERAL Y JURÌDICA
SEMSOC/ 005/2014

DR. ISIDRO ÁVILA MARTÍNEZ.
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR DE LA U.N.A.M.
P R E S E N T E.

La C. SANTANDER MORAILA DORIAN GUADALUPE, con número de cuenta 301051468, elaboró en este Seminario bajo la dirección de la Dra. Elssié Núñez Carpizo, el trabajo de investigación intitulado: **"EL IMPERATIVO SOCIAL DE SER DELGADO. ANOREXIA Y BULIMIA, UNA PERSPECTIVA SOCIO-JURÍDICA".** La tesis de referencia satisface los requisitos necesarios, por lo que con fundamento en la fracción VII del artículo 10 del Reglamento para el Funcionamiento de los Seminarios de la Facultad de Derecho, otorgo mi aprobación y autorizo la presentación al jurado recepcional en los términos del Reglamento de Exámenes Profesionales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La interesada deberá iniciar el trámite para su titulación dentro de los seis meses siguientes contados naturalmente a partir de que se le entregue el presente oficio, en el entendido de que al transcurrir el plazo caducará la autorización, que no podrá otorgarse nuevamente sino en el caso de que el trabajo recepcional conserve su actualidad y siempre que la suspensión del trámite para la celebración del examen sea por circunstancia grave, todo lo cual calificará la Secretaria General de la Facultad.

Sin otro asunto, le reitero mi reconocimiento.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
Ciudad Universitaria, 19 de Febrero de 2014.

DRA. ELSSIE NÚÑEZ CARPIZO.
Directora

SOCIOLOGÍA GENERAL Y JURÍDICA
CIUDAD UNIVERSITARIA

Con auténtico agradecimiento a quienes contribuyeron a la cristalización de esta meta profesional:

Dios:

El alfa y la omega; el único y sabio Dios, de quien es toda la gloria para siempre.

Mi mamá, *Celia Moraila Zárate:*

Mujer amada de Dios, a quien Él dotó de múltiples virtudes: entrega, valentía, y amor incondicional.

Mi Universidad, la *Nacional Autónoma de México:*

A esta noble Institución y Máxima Casa de Estudios, a la que agradezco permitirme vivir el orgullo universitario.

Mi *Facultad de Derecho:*

Mi escuela de ayer, mi casa de siempre.

Mi asesora, Dra. *Elssie Núñez Carpizo:*

Por su invaluable tiempo, orientación y paciencia.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL PARA UN ESTUDIO SOCIO-JURÍDICO DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA.

1. Sociedad……..1
2. Cultura……..5
   2.1. Definición……..5
   2.2. Componentes y características……..6
3. Familia..……..10
   3.1. Definición……..10
   3.2. Origen……..12
      3.2.1. La época indígena……..12
      3.2.2. La época colonial……..13
      3.2.3. El México independiente……..14
   3.3. Clasificación…….. ……..15
   3.4. Dinámica actual……..17
   3.5. Funciones……..21
   3.6. La familia mexicana en la actualidad……..23
4. Salud..……..24
5. Alimentación……..26
6. Belleza……..28
7. Imagen corporal…..……..29
8. Trastornos de la conducta alimentaria……..31
   8.1. Definición……31
   8.2.Clasificación……..33

CAPÍTULO II. LA IMAGEN CORPORAL FEMENINA Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA ALIMENTARIA A LO LARGO DE LA HISTORIA.

1. Sociedades primitivas……..45
2. El mundo clásico (Grecia y Roma)……..46
3. La Edad Media……..47
   3.1. La “anorexia santa”……48
4. El origen del culto al cuerpo (siglo XX)……..61
5. El siglo XXI……..64

CAPÍTULO III. ASPECTOS SOCIOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LA ANOREXIA Y LA BULIMIA.

1. Causas……..71

1.1. Factores socio-culturales……..…… .72
1.1.1. Sobrevaloración del aspecto físico en la sociedad actual……...72
1.1.2. Estereotipos influidos por la moda y la cultura de la delgadez....74
1.1.3. Medios de comunicación……..……..……..……..……76
1.2. Factores familiares……83
1.3. Factores psicológicos……..……88
2. Consecuencias físicas de los TCA……..92
3. Efectos de los TCA (el combate a la anorexia y la bulimia)……95
3.1. Acciones de la sociedad……95
3.1.1. Acciones de las empresas y medios de comunicación…..……96
3.1.2. Acciones de Asociaciones y Fundaciones……..97
3.1.3. Acciones de la familia……100
3.2. Acciones del Estado……101

CAPÍTULO IV. MARCO JURÍDICO NACIONAL E INTERNACIONAL REGULADOR DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

1. Marco jurídico nacional……115
1.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos……..…115
1.2. Legislación Federal……118
1.2.1. Ley General de Salud……...118
1.2.2. Propuestas legislativas a nivel federal……..……122
1.2.3. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria, criterios para brindar orientación…....123
1.3. Legislación del Distrito Federal……124
1.3.1. Ley de Salud……..125
1.3.2. Ley para la prevención y el tratamiento de la obesidad y los trastornos alimentarios en el Distrito Federal……126
1.3.3. Propuestas legislativas en el Distrito Federal……131
2. Marco jurídico Internacional……136
2.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos……...137
2.2. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales……..……..138
2.3. Convención sobre los Derechos del Niño……..141
3. Derecho comparado……..142

CONCLUSIONES……147

BIBLIOGRAFÍA……...149

INTRODUCCIÓN

La práctica alimentaria llevada a sus extremos, deriva en padecimientos que por sus efectos y alteraciones físico-emocionales se conciben como trastornos de la conducta alimentaria (TCA), entre los cuales, la anorexia y la bulimia cobran especial protagonismo por sus letales consecuencias. Variados estudios en torno al tema, convergen en que el problema de los TCA reviste orígenes multifactoriales, por tanto, su atención exige la participación de diversas instituciones que aborden el problema desde ámbitos multifacéticos que se complementen entre sí, instituciones como la familia, el Estado y la sociedad misma, quienes actuarán a través de los ámbitos emocional, educativo, médico, nutricional, cultural y recientemente, también jurídico.

La presencia de TCA entre la población, resulta aún más marcada en sociedades cuyo índice de desarrollo es mayor, lo cual sin embargo no debe entenderse como la ausencia total de estos padecimientos entre grupos poblacionales con niveles mínimos de desarrollo; este fenómeno se encuentra intrínsecamente relacionado con la presión social por alcanzar el éxito, la aceptación y el reconocimiento de los demás, que permea entre los individuos pertenecientes a sociedades más desarrolladas, entre las cuales, cualidades como el trabajo, disciplina, fuerza, inteligencia, e incluso la belleza, son valoradas por representar aquéllas que nos ayudan a conseguir las metas y objetivos individuales exigidos socialmente. Entre estas cualidades, la belleza alcanza cada vez más, un valor preponderante, de manera que en ocasiones se privilegia sobre otras tantas virtudes entre las personas, pues se asocia con la perfección, el control, e incluso con el éxito mismo.

Esta manera de conceptualizar la belleza, suele generar entre los individuos, una preocupación constante por encuadrar en los parámetros de belleza socialmente establecidos, la cual, de alcanzar índices desmedidos, desencadena insatisfacción corporal y con ella, toda una serie de conflictos internos, que incluso pueden contribuir al desarrollo de conductas alimentarias de riesgo.

El combate de los TCA representa sin duda un reto de magnitudes considerables, ante el cual, el Derecho no puede mantenerse ajeno; una vez más, esta ciencia se presenta dinámica y multifacética, todo en su incansable objetivo por transformarse y avanzar a la par de la sociedad misma.

La presencia del Derecho en la regulación de la salud alimentaria, representa una herramienta de utilidad importantísima para generar acciones tendientes a disuadir la práctica de padecimientos alimenticios nocivos entre la población, como son los TCA; a pesar de ello, actualmente son pocos los países que han echado mano del engranaje jurídico para combatir el problema de la anorexia y la bulimia entre su población, entre ellos se encuentran, por ejemplo, España, Francia y Argentina, los cuales han emprendido acciones legislativas para regular la publicidad que incita a la delgadez extrema y al consumo no controlado de productos alimenticios con bajos índices nutricionales, además de reglamentar lo relativo al tallaje de las prendas y el índice mínimo de masa corporal requerido para las modelos en pasarelas, así como acciones tendientes para reglamentar y combatir la venta sin receta de medicamentos para adelgazar y la práctica de dietas restrictivas sin control médico, además de implementar campañas de difusión sobre los peligros de los TCA.

De esta manera, no obstante que el tema de los TCA es muy amplio y constituye un estudio obligado para el campo de la medicina y concretamente para la psicología; hasta el momento ha merecido poca atención para abordarlo desde un enfoque socio-jurídico, por lo que su estudio desde esta perspectiva representa una opción inquietante y una oportunidad más, para apreciar el poder transformador del Derecho en beneficio de la sociedad.

Es por lo anterior, que en el capítulo I: “Marco teórico y conceptual para un estudio socio-jurídico de la anorexia y la bulimia”, se analizan los conceptos básicos que permiten abordar un estudio integral de los TCA, a través de los ámbitos médico, jurídico y social, que permiten comprender las características y consecuencias principales de tales padecimientos, e influyen de manera determinante en su presencia y permanencia entre la población.

A través del capítulo II: “La imagen corporal femenina y su relación con la conducta alimentaria a lo largo de la historia”, se realiza un recorrido que muestra la evolución del concepto de “belleza”, a través de diferentes etapas de la humanidad y permite comprender cómo éste se encuentra intrínsecamente relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria.

El capítulo III: “Aspectos sociológicos que influyen en la anorexia y la bulimia”, presenta un estudio de los factores sociales y culturales génesis de esos padecimientos y que son determinantes para su preminencia entre la población, así como de las consecuencias individuales y colectivas de ambas patologías; sin pasar por alto las acciones que a través de distintas esferas, se emprenden en la lucha contra estas crecientes alteraciones mentales.

El capítulo IV: “Marco jurídico nacional e internacional regulador de los trastornos de la conducta alimentaria”, presenta un estudio de la incipiente legislación con que se cuenta en México tendiente a combatir y la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria entre la población, así como la manera en que diversos países en el mundo comenzaron esfuerzos para intervenir desde el ámbito legislativo para evitar la proliferación de los TCA entre la población.

CAPÍTULO I.

"MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL PARA UN ESTUDIO SOCIO-JURÍDICO DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA"

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL PARA UN ESTUDIO SOCIO-JURÍDICO DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA

Abordar un estudio socio-jurídico de la anorexia y la bulimia, como dos de los principales trastornos de la conducta alimentaria (TCA), implica efectuar un análisis dual que se apoya en la intervención de la ciencia sociológica para comprender cómo los procesos sociales y contextos culturales, intervienen en la presencia y permanencia de tales patologías entre la población; por otra parte, requiere de la ciencia jurídica para implementar las medidas que desde el ámbito normativo, coadyuven a generar las condiciones necesarias para evitar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo entre la sociedad y aquéllas tendientes a garantizar la atención sanitaria que requiere la población. Para llevar a cabo este análisis, resulta necesario identificar algunos conceptos e ideas fundamentales de los ámbitos social, clínico y jurídico, que permiten una comprensión integral de tales padecimientos.

1. Sociedad.

El concepto *sociedad* es uno de los más importantes para la Sociología, aunque también constituye un término indispensable para el resto de las ciencias sociales.

La raíz etimológica del vocablo *sociedad*, es la voz griega ***sociĕtas, -ātis,*** que se traduce como “agrupación animal o humana”; en tanto que en su sentido gramatical, el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española atribuye al vocablo, cuatro acepciones:

> “1. f. Reunión mayor o menor de personas, familias, pueblos o naciones // 2. f. Agrupación natural o pactada de personas, que constituyen unidad distinta de cada uno de sus individuos, con el fin de cumplir, mediante la mutua cooperación, todos o alguno de los fines de la vida // 3. f. Agrupación natural

de algunos animales // 4. f. *Com.* Agrupación de comerciantes, hombres de negocios o accionistas de alguna compañía."[1]

De donde se advierte, que dependiendo del contexto en que se emplee, la palabra sociedad puede significar diversas situaciones, como son: a) un conjunto de personas, familias, pueblos o naciones; b) una agrupación natural o consensuada de personas con el fin de cumplir alguno o todos los fines de la vida; c) una agrupación de animales; y d) un conjunto de accionistas u hombres de negocios.

En opinión de Alberto F. Senior,[2] la expresión *sociedad* posee tres connotaciones básicas:

1. La reunión pasajera y ocasional de varias personas para realizar un fin determinado, que al desaparecer conlleva a la extinción de la sociedad; por ejemplo, las sociedades mercantiles, asociaciones o compañías con fines deportivos, culturales o artísticos.

2. La sociedad entendida como institución jurídico-política, de modo que frecuentemente el término es empleado como sinónimo de Estado, por ejemplo, la sociedad española, francesa o mexicana.

3. La totalidad de seres humanos, o bien, la agrupación de los hombres.

La segunda acepción del vocablo planteada por Alberto F. Senior, coincide con la concepción metafísica que plantea Héctor Fix Zamudio,[3] mediante la cual, define a la sociedad como *el conjunto de relaciones que se dan en un espacio geográfico históricamente determinado como país*, por ejemplo, la sociedad mexicana, la francesa o la española. Estas sociedades geográficamente determinadas, se

[1] Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigesimosegunda edición. España, 2011, consulta: http://www.rae.es/rae.html, sábado, 05 de enero de 2013, 12:50 p.m.
[2] Senior Alberto F. *Sociología*. Decimosexta edición. Editorial Porrúa, México, 2005, pp. 173 y 174.
[3] Diccionario Jurídico Mexicano. Editorial Porrúa. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México 2009, p. 3499.

integran más que por hombres en particular, por grupos sociales menos amplios, por ejemplo, familias y comunidades de diversas índoles (como vecinales o profesionales) a los que Fix Zamudio denomina “grupos sociales intermedios”, de cuya unión interna depende la unión de la sociedad que integran.

La última acepción que presenta Senior, es la que interesa para el estudio sociológico, ya que bajo este criterio, la sociedad reviste una complejidad mayor, no sólo se trata de un conjunto de individuos, sino que esa premisa fundamental exige el requisito de que los individuos sean *libres y racionales*; de manera que por ejemplo, no es posible la existencia de una “sociedad de animales”, cuando éstos viven en grupo, no lo hacen por su voluntad, sino por instinto.

Bajo estos términos, Fix Zamudio define a la sociedad “como la unión voluntaria de seres racionales en torno a un fin común”,[4] que requiere para su permanencia, que el acuerdo existente entre ese grupo de individuos, sea *estable* y *eficaz*, de lo que se deriva todo un sistema de organización creado para garantizar el cumplimiento del orden establecido.

La sociedad no es sólo un conjunto de hombres y mujeres, implica además la búsqueda de fines comunes, como señala Fix Zamudio, el hombre no se une con otros únicamente por la circunstancia de necesitar de la vida social para subsistir, sino porque a través de la vida social “se perfecciona a sí mismo”.[5]

Por su parte, Mariano Azuela Guitrón[6] emplea el término “comunidad” para diferenciar la idea de una simple agrupación de seres o individuos del concepto sociedad, al respecto, señala que el elemento diferenciador de ambos términos es la *organización*.

[4] Diccionario Jurídico Mexicano. Op. cit., p. 3499.
[5] Ídem.
[6] Azuela Guitrón, Mariano. *Derecho, sociedad y Estado*. Universidad Iberoamericana, México, 1995, p. 117.

La sociedad -apunta- es igual a *comunidad organizada*, de manera que cuando un grupo surge unido por un valor común, existe sólo una comunidad, en tanto que si éste se somete a una determinada organización, surgirá una sociedad. Así visto, la sociedad incluye a la comunidad, pero la interdependencia de ambas es tal, que ésta última es requisito *sine qua non* para la existencia de la primera.

Azuela Guitrón[7] refiere que el concepto *sociedad* puede entenderse en dos escenarios: 1) "la totalidad de relaciones de los hombres entre sí (la humanidad como un todo: familias, tribus, naciones)", y 2) como la "sociedad civil", que implica *todas las relaciones humanas con excepción del Estado* (todos los sujetos que integran la vida cultural y económica de un Estado, pero sin la intervención de éste).

Por su parte, Ely Chinoy[8] concibe una idea general de sociedad como toda clase de relaciones en las cuales se ven involucrados seres humanos, en el entendido de que éstas pueden implicar cierto grado de organización o no, pueden ser directas o indirectas, generadas de manera consciente o inconsciente y tendientes a lograr colaboración o antagonismo.

Adicionalmente para Chinoy, el término también puede concebirse en otros dos sentidos, el primero es la sociedad como *grupo* que implica la totalidad de las relaciones sociales, por ejemplo, la sociedad mexicana[9]. El segundo, es la sociedad como *conjunto de instituciones*, entendida como los patrones de interacción y relaciones sociales que rigen la conducta y que se definen por los valores y creencias de los miembros de una sociedad; se trata de las instituciones familiares, políticas, religiosas y de diversa índole que existen en la vida social.

Desde nuestra perspectiva, la sociedad se concibe como el conjunto de personas que comparten un estilo de vida que comprende valores, costumbres y tradiciones, que se rigen bajo determinada organización de alguna manera para el logro de

[7] Azuela Guitrón, Mariano, Op. cit., p. 118.
[8] Chinoy Ely. *La sociedad. Una introducción a la sociología*. Fondo de Cultura Económica, México, 2000, p.39.
[9] Ibídem, p. 37.

objetivos individuales y colectivos en aras del mejoramiento de sus condiciones de vida.

2. Cultura.

2.1. Definición.

Ely Chinoy afirma que el término cultura es un concepto básico de la Sociología,[10] y se encuentra íntimamente relacionado con la sociedad, en ésta encuentra su origen y formación; en palabras de María Cristina Puga, "ninguna cultura puede existir sin sociedad y sin sociedad no hay cultura".[11]

El concepto de cultura se emplea en dos sentidos, el primero es el restringido o elitista y el segundo el amplio o sociológico:[12]

1. Sentido restringido: Refiere ciertos conocimientos especiales que algunos individuos poseen y que los distinguen de otros, se trata de una idea elitista en la que el concepto se circunscribe a determinados productos humanos, bajo esta perspectiva, se señala que una persona "es más culta que otra".

2. Sentido sociológico: Implica que todos los seres humanos y todas las sociedades son cultos incluso los iletrados y sociedades primitivas.

Para Luis Recasés Siches[13], la cultura es "el conjunto de objetivaciones de la vida humana", objetivaciones que revisten un sentido y un significado que las hace prevalecer a través de la historia como un patrimonio a disposición de otros, que la reviven y valoran generacionalmente.

Desde el punto de vista sociológico el término cultura debe entenderse como:

---

[10] Chinoy, Ely, Op. cit., p. 35
[11] Puga Espinosa, María Cristina, et al., *Hacia la sociología*. Cuarta edición, Editorial Pearson, México, 2007, p.131.
[12] Chinoy, Ely, Op. cit., p. 35.
[13] Recaséns Siches Luis. *Sociología*. Trigésimo primera edición. Editorial Porrúa. México, 2006, p. 171.

> "…el conjunto de creencias, pautas de conducta, actitudes, puntos de vista, valoraciones, conocimientos, utensilios, arte, instituciones, organizaciones, lenguaje, costumbres, etc., compartidos y transmitidos por los miembros de una determinada sociedad (…) la cultura en ese sentido es *lo que los miembros de una determinada sociedad concreta, aprenden de sus predecesores y contemporáneos en esa sociedad, y lo que le añaden y modifican. Es la herencia social utilizada, revivida y modificada."*[14]

En este orden de ideas, la cultura comprende los rasgos distintivos que caracterizan a una sociedad en un periodo determinado, rasgos de carácter intelectual, espiritual, material y afectivo; engloba formas de vida, ceremonias, arte, invenciones, tecnología, valores, derechos fundamentales del ser humano, tradiciones y creencias.[15] "Si el término sociedad alude a un sistema de relaciones entre los individuos, el de cultura nos remite a la forma de vida de esos individuos al interior de esa sociedad".[16]

La cultura constituye los patrones de ideas, creencias y conductas de los hombres que los identifican como miembros de una sociedad en un momento histórico determinado, y es cambiante, debido a que en diversas épocas los sujetos aportan elementos propios que la modifican, pero no formarán parte de la cultura colectiva sino hasta que sean adoptados por todos los miembros de la colectividad y transmitidos generacionalmente.

2.2. Componentes y características.

De acuerdo con Salvador Giner,[17] los antropólogos identifican seis "componentes" de la cultura, los cuales, a nuestro juicio más bien pueden ser entendidos como *características* esenciales:

1. Es aprendida. Se transmite generacionalmente.

---

[14] Chinoy, Ely, Op. cit., p. 36.
[15] Santiago Hernández Ana Rosa. *Sociología: el rostro del desarrollo social*. Editorial Esfinge. México, 2006, p. 97.
[16] Puga Espinosa, María Cristina, et al., Op. cit., p. 131.
[17] Giner Salvador. *Teoría sociológica clásica.* Segunda edición. Editorial Ariel. España, 2004, p. 167.

2. Son modos de interpretación y significación de la realidad. Constituye ideas, creencias y valores.

3. Es simbólica. Representa los símbolos creados por el hombre, para dar sentido o significado a su realidad (por ejemplo, ritos, costumbres y valores).

4. Es un modo estructurado y está pautada. Las ideas, valores y creencias, se encuentran interrelacionados de tal manera, que la modificación de cualquiera de ellos, afecta a los demás.

5. Es la expresión de grupos integrados por individuos, más que de individuos en particular, por lo que da pauta a la formación de subculturas, como por ejemplo, los “chavos banda”.

6. Es un dispositivo de adaptación. Se transforma de acuerdo al medio físico y social, es cambiante.

Para Eli Chinoy los elementos componentes de la cultura, pueden ser agrupados en tres grandes categorías:[18]

1) Instituciones.

Son las normas que regulan la conducta de los individuos en todos los campos de la vida social, por ejemplo, la manera de vestirse, las reacciones frente a otros, o la forma de cuidar a los niños o a los ancianos; con la aclaración de que no toda conducta se adecua a las reglas establecidas (aunque si un individuo objeta seguir las reglas instituidas será calificado como excéntrico o rebelde) no obstante la mayoría de las acciones de un individuo en realidad reflejan la presencia de ciertos patrones aprendidos de otros.

[18] Chinoy, Ely, Op. cit., p. 38.

Las instituciones comprenden las normas sociales, que se dividen en dos subgrupos:[19]

1. Usos: La práctica convencional que se reconoce como apropiada, pero no obligatoria, por ejemplo, el uso de corbata para los caballeros.

2. Costumbres: Las prácticas de observancia obligatoria esenciales para el bienestar de la sociedad, por ejemplo, el respeto a los padres; su cumplimiento se exige de varias maneras y su incumplimiento trae como consecuencia la desaprobación social.

Conjuntamente con las normas sociales (usos y costumbres), Chinoy considera que los hábitos y leyes también son parte integrante de las instituciones:

a. Hábitos: Usos instituidos a través del tiempo, prácticas que son sancionadas por la tradición y se apoyan en la presión que ejerce la opinión del grupo, por ejemplo, la rutina del trabajo.

b. Leyes: Reglas establecidas por quienes detentan el poder político y su cumplimiento se garantiza mediante la intervención del Estado.

Chinoy señala que la línea divisoria entre usos y costumbres, así como entre hábitos y leyes es frecuentemente difícil de trazar, algunos hábitos pueden tener sanciones morales características de las costumbres; en tanto que con frecuencia -sobre todo en sociedades primitivas donde apenas se desarrolla una estructura política de la que surge el derecho- algunas reglas son incorporadas al derecho y a su vez reglas legalmente promulgadas, eventualmente reciben una sanción extra legal.

[19] Chinoy, Ely, Op. cit., p. 38.

2) Ideas.

Las creencias respecto del entorno físico y social en el que se desenvuelve el hombre, así como aquéllas que el ser humano desarrolla respecto de sí mismo, sobre las relaciones con los demás, con la naturaleza y con la sociedad en general.

A través de las ideas el hombre explica el mundo que le rodea con base en sus observaciones y experiencias, y se concretan en diferentes formas, como leyendas, proverbios, ciencia, filosofía y folklore.

Las creencias formadas por el hombre, son acordes a los valores que comparte con el resto de personas con quienes vive; los valores que se conservan en una sociedad, permiten a sus miembros emitir juicios de aprobación o desaprobación, respecto de lo bueno y lo malo, así como de personas, cosas o acontecimientos.

3) Cultura material.

Doctrinalmente, se hace una distinción entre “cultura material” y “no material”. La cultura material se refiere a los aspectos tangibles, por ejemplo, la arquitectura y las artesanías; mientras que la cultura no material comprende elementos abstractos o no susceptibles de percibir a través de los sentidos, como los usos, costumbres, o valores arraigados en un determinado grupo y que se transmiten generacionalmente, por ejemplo, la lealtad a la patria.

Para Ely Chinoy, la cultura material consiste en las cosas u objetos tangibles creadas por el hombre desde principios de su existencia, hasta la época en que vivimos, de esta manera, los utensilios y objetos fabricados por el ser humano, constituyen “objetos culturales” en tanto que aportan una utilidad, guardan un significado y un valor, e implican un conjunto de conocimientos y habilidades.

Luis Recaséns Siches[20] afirma que en la producción de obra cultural, influyen factores de carácter individual y social-histórico; los individuales comprenden las apreciaciones, opiniones, ideas y pensamientos propios del autor de la obra; en tanto que los factores sociales constituyen todo lo que las personas aprenden de otras y que estimulan la imaginación para modificar el patrimonio cultural que se posee; por ejemplo, la forma de vida y la conducta.

En resumen, las dos principales características de la cultura son, que la crea el hombre y que se transmite de una generación a otra; determina la forma de manejar la naturaleza biológica de los seres humanos al condicionar su conducta, es la antítesis de la naturaleza, esto es, es todo lo que se aprende socialmente y se transmite a todo nuevo miembro de la sociedad, su importancia radica en el hecho de que proporciona a los hombres las técnicas y los conocimientos que les permiten sobrevivir tanto en el medio físico como en el social, con lo cual les es posible ejercer control sobre el mundo que les rodea.

3. Familia.

3.1. Definición.

La familia es la institución social por excelencia, se considera el núcleo básico de la sociedad, un núcleo originario y fundamental.[21]

Desde el punto de vista normativo, la familia se concibe como:

> "…el sistema de normas que guía la interacción entre las personas que están vinculadas por la sangre o el matrimonio…"[22]

Para José Covarrubias Dueñas,[23] la familia es una sociedad en pequeño, en ella se dan todo tipo de relaciones: políticas, económicas, religiosas, jurídicas y

[20] Recaséns Siches, Luis, Op. cit., p. 169.
[21] Diccionario de Sociología Orlando Greco (Dirección y coordinación]. Ediciones Valleta, Argentina, 2003, p.104.
[22] Shepard, Jon M., et al., *Sociología*. Editorial Limusa, 2009, p.160.

sociales y se define como un grupo o conjunto de personas unidas por lazos de parentesco de consanguinidad, de un mismo tronco o sangre; por afinidad con los parientes del esposo (a), y/o por un vínculo de carácter civil, como la adopción.

La familia "es un grupo de personas unidas por lazos de matrimonio, sangre, o adopción, que viven en un lugar llamado hogar, donde interactúan de acuerdo con el estatus y los roles específicos que aquél les asigna, según los sistemas de normas, valores, ideas y creencias de su sociedad".[24] Se entiende como una unidad de convivencia, con las siguientes características:

- Comparten los mismos fines.
- Se funda en un compromiso personal de carácter ético, más que en un contrato legal.
- Se cultiva mediante actos interpersonales de entregar y recibir.[25]

En opinión de María Isabel Diverio, la familia es "cualquier grupo humano conviviente o vinculado por relaciones de afectividad y por una relación íntima estable".[26]

Desde nuestra perspectiva, la familia se considera como el conjunto de personas unidas por vínculos de sangre, que generan una relación estrecha entre sus miembros, que deriva en lazos emotivos tendientes al cuidado, protección y ayuda mutua, cuyo rol fundamental lo constituye la formación de la personalidad de cada uno de sus integrantes, y la contribución al proceso de socialización de los

---

[23] Covarrubias Dueñas, José de Jesús. *La sociología jurídica en México (segunda aproximación]*. Editorial Porrúa, México, 2008, p. 215.
[24] Aguilar Medina, José Íñigo y María Sara Molinori Soriano. *La familia urbana. Continuidad y cambio generacional.* Instituto Nacional de Antropología e Historia. México, 2008, p. 22.
[25] Ibídem, p. 23.
[26] Diverio, María Isabel y Edelmira Touceda. *Familia, comunicación y realidad (pasado, presente y la esperanza en un futuro mejor)*. Editorial Psicolibros. Uruguay, 2006, p.15.

mismos, a través de la transmisión de valores y normas compartidos social y culturalmente.

3.2. Origen.

Para el teórico Manuel Chávez Asencio,[27] la familia tiene su origen en la pareja humana, que surge como el primer núcleo familiar; cuando por naturaleza los hombres y mujeres se unieron entre sí para constituirse en parejas y procrear hijos, y surgieron vínculos de relación entre madre e hijo, y entre la mujer y el varón, por lo que pronto surgió la necesidad reglamentar esas relaciones.

En un principio, debido a la prevalencia de formas rudimentarias de organización, las relaciones de pareja no encontraron una reglamentación excesiva, y muy probablemente, no existía la exclusividad en cuanto a la pareja, ni una delimitación específica respecto de los roles y atribuciones de cada persona, la distribución del trabajo por sexo, o especificaciones sobre la crianza de los hijos.

Con la división del trabajo, las actividades del hombre le implicaron mantenerse fuera del hogar durante varias horas al día, por lo que la mujer comenzó a hacerse cargo de las actividades domésticas. Con el paso de la caza a la agricultura, la vida nómada se convirtió en sedentaria y la mujer comenzó a desempeñar un papel fundamental para la vida en pareja, de manera que se le asoció con la tierra, debido a su don de fecundidad y procreación, y surgió el régimen familiar del matriarcado, que prontamente fue desplazado por el régimen patriarcal, debido al incipiente nacimiento del Estado, la aparición de la propiedad privada, y la relevancia del trabajo varonil.

3.2.1. La época indígena.

Antes de la llegada de los españoles, los indígenas que habitaban el territorio nacional, ya celebraban alguna especie de convenios matrimoniales; de acuerdo a

[27] Chávez Asencio, Manuel. *La familia en el Derecho*. Editorial Porrúa. México, 2003, p. 113.

los códices y manuscritos que datan de la época, se conoce que la autoridad recaía exclusivamente en el jefe de familia, a quien también se le atribuía mayor sabiduría; la edad ideal para contraer matrimonio, eran los veinte años, cuando se estimaba que el cuerpo poseía la fuerza y grandeza requerida. El adulterio, se consideraba una práctica reprobable, de gravedad tal, que merecía ser castigado con la muerte; la sentencia era ejecutada por el ofendido, quien en ocasiones decidía conmutar la pena por un acto de mutilación corporal como cortar la nariz, orejas o labios del adúltero. En tanto que la poligamia fue considerada una especie de privilegio entre los hombres que detentaban mayor poder económico y político, quienes se favorecían con mujeres de todo tipo de linaje (alto o bajo) y contaban con una legítima, la cual procuraban que fuese de linaje principal; al respecto, la situación social de las esposas secundarias y sus hijos, denominados *"pilli"*, no guardaba ningún estigma social, por el contrario, cualquier descendiente de una mujer que hubiese sido esposa secundaria, podía llegar a ser merecedor de las funciones más altas de la sociedad, si era considerado lo suficientemente digno para ello. En la sociedad indígena también existía el divorcio, aunque era considerado un símbolo de vergüenza y deshonra para los padres y familiares de la pareja, por lo que se procuraba evitar incurrir en tal desgracia.[28]

3.2.2. La época colonial.

Con la llegada de los españoles, la religiosidad impregnó todos los ámbitos de la vida de los indígenas, incluyendo por supuesto, lo referente a la familia. Apareció la figura de la legitimidad e ilegitimidad de los hijos, según nacieran dentro o fuera del matrimonio, circunstancia que además de ser un estigma social, representaba un perjuicio en cuanto a los derechos patrimoniales en el segundo caso.

En 1512, Fernando el Católico, dictó la ordenanza VI, que pretendía que todos los indígenas de la Nueva España poseyeran una sola mujer como esposa, y encargó

[28] Chávez Ascencio, Manuel. "La familia en la legislación mexicana". Revista Jurídica. Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana. México, 1994, Número 23, pp. 381-383. www.juridicas.unam.mx, consulta: viernes 06 de diciembre de 2013, 10:05 p.m.

tal labor de convencimiento a los "encomenderos", que deberían procurar que todos los matrimonios se celebraran bajo las leyes y bendición de la Santa Madre Iglesia. Así, el matrimonio fue regulado por el derecho canónico y la legislación de Castilla, aunque prevalecían disposiciones especiales para las Indias, debido a las condiciones particulares que ahí se presentaban; por ello, es que fueron permitidos los matrimonios entre españoles e individuos de otras razas, fueran negros, indios, o de castas.

Con la introducción del cristianismo, se insistió en la importancia del matrimonio como un pacto a través del cual los cónyuges unían sus vidas para llegar a ser "uno mismo", en el cual, el hombre debía guardar la autoridad sobre su esposa, y ésta debía adoptar, sin discutir, las decisiones de su marido por ser éste el único dotado para resolver los conflictos dentro y fuera del hogar.[29]

3.2.3. El México independiente.

Hasta las leyes de reforma, el matrimonio era competencia exclusiva de la Iglesia, y de acuerdo al derecho natural, bastaba el sólo consentimiento de los cónyuges.

En 1857, con la Ley Orgánica del Registro del Estado Civil, se estableció el Registro Civil como obligatorio en toda la República, y se consideró al matrimonio como un acto sujeto al registro. El artículo 65 de la ley, dispuso que una vez celebrado el sacramento matrimonial ante el párroco y previas las solemnidades canónicas, los consortes deberían presentarse ante el oficial del estado civil para el registro del contrato de matrimonio, a efecto de que produjera efectos civiles.[30]

El 23 de julio de 1859, se publicó la Ley del Matrimonio Civil, que en su artículo 1 proclamó: *"el matrimonio es un contrato civil que se contrae lícita y válidamente ante la autoridad civil. El matrimonio se considera indisoluble..."*, con ello, se

[29] Chávez Ascencio, Manuel. "La familia en la legislación mexicana", Op. cit., pp. 384 y 385.
[30] Ídem.

excluyó por completo a la Iglesia de la competencia del matrimonio. En tanto, el artículo 159, definió al matrimonio como: "*la sociedad legítima de un sólo hombre y de una mujer que se unen con un vínculo indisoluble para perpetuar la especie y ayudarse a llevar el peso de la vida"*; el predominio del esposo sobre su mujer era definitivo, se le confirió la potestad sobre su consorte y sobre los hijos, así la mujer se colocó en un estado de incapacidad, obligándola a vivir con su marido, a obedecerle en lo referente a la educación de los hijos, en lo doméstico y en la administración de los bienes.[31]

En 1874 la indisolubilidad del matrimonio se elevó a rango constitucional, disponiéndose que éste no se disolvía más que por la muerte de uno de los cónyuges. En la Constitución de 1917, se estableció el matrimonio como un contrato civil, disposición que fue modificada en 1992.

3.3. Clasificación.

Atendiendo a su integración, la doctrina ha clasificado a la familia en dos tipos:[32]

1. Nuclear: Conformada por dos generaciones, los progenitores y sus hijos, y es típica de las sociedades más desarrolladas.

2. Extensa: Integrada por miembros de tres o más generaciones, como abuelos, tíos o primos.

En razón del miembro de la familia que asume el rol dominante en cuanto a la toma de decisiones, manutención y la educación de los hijos, las familias se clasifican en dos tipos:[33]

---

[31] Sánchez Cordero, Olga. "La familia en el derecho: vida, crecimiento, muerte y libertad". Primer Congreso Internacional de Derecho Familiar (situación actual del Derecho Familiar a nivel nacional e internacional).Tribunal Superior de Justicia, México, 6 de julio de 2007. www.scjn.gob.mx, consulta: viernes 06 de diciembre de 2013, 10:33 p.m.
[32] Peña Bernaldo, Manuel. *Derecho de Familia*. Universidad de Madrid, España, 2000, p. 18.
[33] Ídem.

1. Consanguínea o con la misma sangre. Es aquélla en la que el dominio se basa en las relaciones de sangre. En este tipo de familia los progenitores y hermanos (as) mayores son el centro de la vida familiar, en tanto que los parientes políticos no encuadran en el círculo familiar interno y quedan subordinados.

2. No consanguínea o no de la misma sangre. En ésta el predominio familiar se centra en la pareja.

Por su parte, Rosalío López Durán[34] hace notar que desde el punto de vista de la formación que se proporciona en el núcleo familiar, en el ámbito sociológico se identifican dos tipos más de familias:

1. De procreación: Cuya función es dar origen al nuevo ser y se integra por los padres y hermanos.

2. De orientación: Es el grupo que se forma con el miembro del sexo opuesto, con la finalidad de integrar un grupo social más extenso.

La primera investigación sobre el parentesco se realizó por el antropólogo y escritor estadounidense Lewis H. Morgan (1818-1881), quien elaboró una clasificación de las familias, basada en sus distintas formas de organización y aparición histórica:[35]

1. Familia consanguínea. Aquélla en la que la relación sexual únicamente se prohíbe de forma lineal, más no colateral, de tal manera que los hermanos pueden actuar como cónyuges.

[34] López Durán, Rosalío, *Sociología general y jurídica*. Editorial IURE. México, 2005, p. 115.
[35] Ídem.

2. Familia punalúa. El grupo familiar se organiza por grupos de varias mujeres con varios esposos, con la única restricción sexual entre hermanos y hermanas nacidos de la misma madre.

3. Familia sindiásmica. El matrimonio por grupos está prohibido, al igual que el matrimonio entre parientes y se castiga el adulterio femenino, aunque una vez disuelto el matrimonio, la mujer puede buscar otro compañero.

4. Familia monogámica. Conlleva la idea de la sumisión de la mujer y garantiza la paternidad indiscutible del hombre a partir de la solidez de los lazos conyugales.

3.4. Dinámica actual.

Debido a las transformaciones que experimenta el núcleo familiar actualmente, algunos sociólogos afirman el surgimiento de una "crisis actual de la familia", término que se presenta confuso, si se considera que la crisis, es más bien de la institución tradicional, y no tanto de la familia en sí misma. En este sentido, la estructura de la familia tradicional, sufre transformaciones radicales debido a la incisiva influencia de diversos elementos, como son: la incorporación de la mujer al trabajo, el crecimiento de las migraciones que desestabilizan los hogares, la irrupción del consumismo que altera la economía familiar, la influencia de los medios de comunicación en el ámbito de formación educativa y transmisión de valores a los miembros de la familia.

Durante la celebración del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia, en 2004, la Organización Nacional de las Naciones Unidas (ONU),[36] diagnosticó como causas del cambio en la estructura y situación familiar, las siguientes tendencias sociales:

[36] Aguilar Medina, José Íñigo y María Sara Molinori Soriano. Op. cit., p. 25.

1. El aumento de la migración.
2. El envejecimiento demográfico.
3. La pandemia del VIH/SIDA.
4. Las consecuencias de la mundialización de la familia.

Circunstancias que a juicio de la ONU, ocasionan una pesada carga para los miembros de las familias y afectan su capacidad para cumplir las funciones básicas de producción, reproducción y socialización.

Para Susana Lerner,[37] desde hace poco tiempo las familias de América Latina experimentan transformaciones constantes, debido a que la incorporación de Latinoamérica a la economía global modifica las formas de trabajo, organización y empleo, y genera una afectación en cuanto a la distribución de las responsabilidades y derechos dentro del núcleo familiar. Con el ingreso de las mujeres al mercado laboral, algunas de ellas asumieron la función de proveedoras únicas dentro de sus hogares, posicionándose como jefas de familia; hoy en día, casi un tercio de las familias en América Latina son encabezadas por mujeres.[38]

En opinión de ésta teórica, el mundo global penetra a tal grado en la dinámica familiar, que se incrementó la soltería, las separaciones y los divorcios, y ahora las mujeres encabezan las luchas en favor de nuevos derechos y la búsqueda de más y mejores oportunidades en ámbitos que antes, les estaban vedados.

Susana Lerner, señala que un cambio importante en las estructuras familiares en América Latina, es la reducción en las tasas de fecundidad y mortalidad, a la par del aumento en la esperanza de vida y las migraciones.[39] El tamaño de las familias se ha reducido, ahora se tienen menos hijos y los que se conciben tienen un

[37] Lerner, Susana y Lucía Melgar (coordinadoras). *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. Universidad Nacional Autónoma de México y el Colegio de México, México, 2010, p. 54.
[38] Ibídem, p. 60
[39] Ibídem, p. 55.

mayor espaciamiento entre ellos, la diferencia de edades entre ellos es cada vez mayor.

Con las familias reducidas y la ocupación de las mujeres en la vida laboral, éstas experimentan un descenso en sus actividades domésticas, obtienen mayor autonomía y oportunidades laborales; lo que les representa una mejor calidad de vida en los ámbitos nutricional, educativo, médico, económico y social, que también beneficia a sus dependientes económicos.

Estas nuevas tendencias en la dinámica familiar, originan que el matrimonio y la familia se asocien más con el individualismo que con la unión común; en la actualidad, es común observar que algunos individuos se enfocan más en la satisfacción de sus propias necesidades que en la institución familiar, por lo que la idea de la familia como estructura social estable y perdurablemente se ha visto rezagada, y se privilegia la idea contractual de esta institución, que supone la definición de la familia como un contrato legal entre un hombre y una mujer, más que como un compromiso personal de naturaleza emotiva y natural.

Hoy en día las personas pueden optar por vivir solas, en parejas sin hijos, en uniones homosexuales, o integrar familias "recompuestas",[40] que se entienden como parejas que se unen y aportan a esta unión a sus hijos provenientes de uniones anteriores, o bien, familias a distancia, en las que debido al fenómeno migratorio, alguno de sus integrantes, no se encuentra habitando con el resto de los miembros. De esta manera, el modelo tradicional de la familia nuclear en que el padre es el único proveedor y la mujer es la encargada de los cuidados domésticos, alcanza actualmente en Latinoamérica, únicamente uno de cada cinco hogares urbanos.[41]

[40] Lerner, Susana y Lucía Melgar, Op. cit., p. 65.
[41] Ídem.

También existen los “nuevos modelos de familia”, que se refieren a las formas de asociación constituidas en función de objetivos o metas voluntarias de sus miembros, como las uniones entre personas del mismo sexo, que pretenden asemejar su condición a la de las parejas tradicionales, con todos los derechos inherentes al matrimonio; pretensión, que en el Distrito Federal se cristalizó a través de las reformas al Código Civil y al Código de Procedimientos Civiles, aprobadas por la Asamblea Legislativa, publicadas en la Gaceta Oficial el 29 de diciembre de 2009, a través de las cuales se reconoció a las parejas de personas del mismo sexo, el derecho a contraer matrimonio, conformar una relación de concubinato, e incluso, adoptar hijos; con tal reforma, la ciudad de México se constituyó como la primera entidad en América Latina en legalizar éste tipo de uniones, y la decimocuarta jurisdicción del mundo que legalizó las nupcias entre personas del mismo sexo, al lado de los Países Bajos, Bélgica, España, Canadá, Sudáfrica, Noruega, Suecia y seis estados de los Estados Unidos de Norteamérica.[42]

Las reformas, entraron en vigor en 2010, así el artículo 146 del Código Civil capitalino, introdujo la figura del matrimonio entre personas del mismo sexo, y cambió la definición tradicional del concepto matrimonio, para quedar como sigue:

> “Artículo 146.- Matrimonio es la unión libre de dos personas para realizar la comunidad de vida, en donde ambos se procuran respeto, igualdad y ayuda mutua. Debe celebrarse ante el Juez del Registro Civil y con las formalidades que estipule el presente código.”

Con la actual definición de matrimonio vigente en el Distrito Federal, se hace posible que los matrimonios se celebren entre personas del mismo sexo (hombre-hombre o mujer-mujer) y se suprime como finalidad del matrimonio la de "procrear hijos de manera libre, responsable e informada", al considerarla anacrónica, dado que el matrimonio no necesariamente se celebra con ese propósito, como ocurre

[42] Rodríguez Martínez Elí. “Los matrimonios homosexuales en el Distrito Federal”. Boletín Mexicano de Derecho Comparado. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2011, Número 128, consulta: www.juridicas.mx, viernes 06 de diciembre de 2013, 10:48 p.m.

entre personas de edad senil, infértiles o aquéllas que por consenso optan por no procrear hijos.

Esta situación indudablemente constituyó un cambio trascendental en la concepción de la familia entre la sociedad y modificó el paradigma prevaleciente hasta principios del siglo XXI; modificaciones que aún generan opiniones divergentes entre la población.

Derivado de lo anterior, es dable concluir, que la conformación de las nuevas familias, difieren mucho a las de la figura familiar tradicionalmente concebida, a lo largo del tiempo se han presentado toda una serie de variaciones en cuanto a los fines, intereses, estructura y valores de sus miembros, que desencadenan la "adaptación" de la regulación jurídica de la institución de la familia, conforme a las nuevas realidades presentes en la sociedades de todo el mundo.

3.5. Funciones.

Para López Durán, la familia cumple cuatro funciones básicas: 1) sexual, 2) económica, 3) reproductiva y 4) educativa;[43] clasificación que coincide en esencia, con la proporcionada por Shepard, para quien las funciones básicas del núcleo familiar son la procreación y socialización de los hijos, funciones educativas, religiosas, políticas y económicas.[44]

a) Función reproductiva.

A través de ella se garantiza la continuidad de la especie humana, constituye una función fundamental, porque los ámbitos biológico y social, se interrelacionan directamente, dado que a través de la procreación, se renueva la fuerza de trabajo, de la cual depende la producción del sistema social, y a su vez, las condiciones sociales, determinan y condicionan la vida y estructura de la familia.

[43] López Durán, Rosalío. Op. cit., p. 16.
[44] Shepard, Jon M., et al., Op. cit., pp. 160-161.

b) Educativa.

También denominada función de socialización, a nuestro criterio, constituye la segunda función más importante de la familia, enseguida de la de reproducción, ya que es dentro del núcleo familiar donde los hijos aprenderán valores y normas de conducta que les facilitarán su incursión en la sociedad y la convivencia con el resto de las personas, patrones de conducta que podrán ser enseñados y aprendidos de diversas formas, incluso a través de la simple observación.

El llamado aprendizaje modelado o por observación, es uno de los más importantes y fructíferos para forjar la conducta a seguir, en el que el individuo receptor del conocimiento escoge a los modelos de quienes copiará su conducta, por supuesto, generalmente los modelos serán sus propios padres, figuras de impacto que generan afecto y provocan respeto en el sujeto a instruir.

La educación y reglamentación de la conducta sexual también constituye una función fundamental de la familia, a través de la cual se inculcan las reglas sexuales que influirán en la ideología personal de cada individuo[45] y que podrán variar según el tipo de sociedad de que se trate, e incluso del grupo étnico o país al que se pertenezca.

c) De apoyo moral.

La asistencia en el ámbito afectivo y sentimental es también una función de la institución familiar, consistente en el cuidado, apoyo y afecto proporcionado al individuo para forjar en él una personalidad de seguridad y confianza tanto respecto de su propia familia, como del resto de la sociedad; el afecto y apoyo moral que una familia suministra a sus miembros, difícilmente podrá ser sustituido por el proporcionado por otro grupo de la sociedad.

[45] Peña Bernaldo, Manuel. Op. cit., p. 17.

3.6. La familia mexicana en la actualidad.

Las familias mexicanas de las últimas décadas, se caracterizan por adoptar una tendencia a disminuir el número de hijos; de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, en la sociedad contemporánea mexicana, los hogares están compuestos en su mayoría por cuatro integrantes, tendencia que continúo para 2012, según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI); así, la tasa de fecundidad, que indica la cantidad de hijos nacidos por mujer de entre quince y cuarenta y nueve años de edad, en este año, únicamente alcanzó el 2.0[46], lo que correspondió a la tasa más baja registrada.

La decisión de disminuir el número de hijos entre las parejas, se ve favorecida por las nuevas formas de división del trabajo, el cambio de roles en la pareja, la existencia de variados métodos de anticoncepción, mayor facilidad de movilidad geográfica y el apoyo en el cuidado de los niños por parte de las instituciones y programas gubernamentales; además de que al tener menos hijos, generalmente se posibilita una mejor calidad de vida para todos los miembros de la familia, que se concretiza en mayores y mejores oportunidades educacionales y nutricionales para los hijos, mayor tiempo para la relación de la pareja, y para el logro de las aspiraciones individuales.

Otro aspecto relevante en cuanto a las transformaciones que las familias mexicanas experimentaron en la última década, es el ingreso de la mujer al ámbito laboral; según datos del INEGI, la fuerza laboral femenina en el año 2000, representaba un 29.9%, cifra que para el año 2010, se convirtió en el 33.3%, situación que explica el constante aumento de hogares encabezados por mujeres, que constituyen el único elemento de manutención de su familia. De acuerdo a datos del Censo de Población y Vivienda 2010, del total de veintiocho mil ciento cincuenta y nueve hogares registrados en el país, el 24.6% era encabezado por una jefatura femenina, en comparación con lo sucedido en el año 2000, cuando

[46] www.inegi.org.mx, consulta: martes 01 de enero de 2013, 9:01 p.m.

esos hogares representaban sólo el 20.6%; al respecto, el Distrito Federal encabeza el listado de las entidades con mayor presencia de hogares de este tipo (31.3%), seguido de Morelos (27.4) y Guerrero (26.9%), en tanto que el puesto final, lo ocupa Nuevo León (19.5%).

4. Salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "el completo equilibrio físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".[47]

Esta definición se acepta y reconoce mundialmente, aún después de transcurrir sesenta años de su creación; no obstante algunos autores consideran que la definición planteada por la OMS, es aún perfectible.

El epidemiólogo norteamericano Milton Terris, [48] uno de los críticos más reconocidos de la definición de salud de la OMS, señala que la salud tiene dos aspectos: uno objetivo y otro subjetivo; el subjetivo es "sentirse bien" y el objetivo "la capacidad de funcionar", por lo que de la definición aportada por la OMS, habría que eliminar la palabra "completo", la salud no es un absoluto, sino que comprende distintos grados; mientras que el término "enfermedad" debería sustituirse por "malestar", porque es posible que la salud, entendida en su aspecto de "sentirse bien" y la enfermedad coexistan. Terris, propone la siguiente versión de definición de la salud:

> "Salud es un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no únicamente la ausencia de malestar o dolencia".

[47] www.who.int/es/, consulta: jueves 03 de enero de 2013, 11:30 a.m.
[48] Milton, Terris. *La revolución epidemiológica a la medicina social*. Cit. por: Hernández Martínez Enrique, en: "Introducción a la salud pública". Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México, 1994, p. 12.

En la Conferencia Internacional de Atención Primaria a la Salud (OMS-UNICEF), que se celebró en 1978, se reconoce la salud como un derecho inalienable y fundamental, que abarca todos los ámbitos de la vida de las personas: nacimiento, desarrollo psicofísico, interrelación con los demás, actividades, tiempo libre, familia, etcétera y que por lo tanto constituye un objetivo social imprescindible a nivel mundial.

Según informes de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados,[49] el concepto de salud, se puede apreciar desde dos enfoques: uno individual y otro social; desde el punto de vista individual, la salud se entiende como el adecuado funcionamiento biológico del organismo de una persona y por ende, la ausencia de enfermedad en él; mientras que desde el punto de vista social, la salud rebasa al individuo para comprender el bienestar físico social, de tal manera que implica la existencia de las condiciones sociales propicias para el adecuado desarrollo de los individuos.

A nivel individual, requiere la educación para la salud, a través de la difusión de las medidas de higiene y cuidados personales; en tanto que a nivel colectivo, comprende la participación del Estado para la satisfacción de las necesidades sociales.

Para la OMS, la salud implica también desarrollar un contexto ecológico y social propicio para el óptimo desarrollo de las personas, de manera que los factores social, cultural y médico confluyen entre sí para la obtención del bienestar social, al grado que la salud es uno de los indicadores para medir el grado de desarrollo de un país.

Si un individuo vive con carencias económicas, tiene ausencia de salud, en tanto que se encuentra afectado para el correcto desenvolvimiento social; en palabras

[49] www.diputados.gob.mx/cesop/Comisiones/d_salud.htm, consulta: domingo 05 de enero de 2013, 4:14 p.m.

de Julio Frenk[50] "en el concepto de salud, confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado".

En nuestros días la salud se entiende como un medio para la realización personal y colectiva, es un indicador de bienestar y de calidad de vida; el concepto de salud rebasó el plano médico para ingresar también al ámbito social, e involucra la participación de todos los agentes de la sociedad.

5. Alimentación.

Desde el punto de vista médico, el alimento se define como "el material nutritivo que absorbe un organismo y que satisface sus necesidades de mantenimiento, crecimiento, trabajo y restauración de los tejidos".[51]

La Norma Oficial Mexicana *Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación (NOM-043-SSA2-2005)*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de enero de 2006, define la alimentación como:

> "… (el) conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena."

El mismo instrumento normativo, diferencia el concepto simple de "alimentación" del término "alimentación correcta", el cual entiende como:

[50] Frenk, Julio. "La salud de la población, hacia una nueva salud pública", Cit. por: Brena Sesma Ingrid, en: *Salud y derecho, memorias del Congreso Internacional de Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, 2005, p. 149.
[51] Biblioteca Virtual en Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2011, disponible en: http://bvs.insp.mx, consulta: domingo 06 de enero de 2013, 12:33 p.m.

> "la dieta que de acuerdo con los conocimientos reconocidos en la materia, cumple con las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades."

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) define la alimentación como "el conjunto de actividades y procesos por los cuales tomamos alimentos, para obtener la energía necesaria para el mantenimiento de la vida."[52]

De acuerdo con el INSP, la alimentación implica aspectos socioculturales, afectivos y psicológicos; ya que comer es un acto social, que conlleva al fortalecimiento de las relaciones humanas.

El acto de comer se aborda desde varios enfoques para su estudio, el fisiológico, el psicológico y el sociocultural; éste último significa que no obstante que la alimentación varía de una sociedad a otra, existen características que son comunes a un grupo determinado, como las costumbres, prácticas, representaciones y significados de los alimentos.

Al comer se produce un acto de comunicación y unión con los demás, el componente afectivo está siempre presente. La relación entre la comida y el estado de ánimo es estrecha; se interrelacionan a grado tal que lo que se come puede producir alegría, tristeza, ansiedad o depresión, y *a contrario sensu*, si se está alegre, triste, ansioso o depresivo, suele recurrirse a los alimentos para cambiar el estado anímico. Es por ello indiscutible pensar que la alimentación está ligada a los sentimientos, e involucra gustos y preferencias.

[52] González Quezada, Daniela. "Vives para comer o comes para vivir", en: Revista Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2011.

6. Belleza.

En su sentido semántico, la belleza se define como “coordinación, armonía y perfección de las personas o de las cosas que produce deleite espiritual”.[53]

La idea de lo bello es algo relativo, constituye una concepción abstracta, no es algo que se pueda tocar, no existen reglas absolutas para identificarla o medirla; de tal forma que definir la belleza parece revestir más bien un carácter filosófico.

Para Platón la belleza implica la existencia de la verdad y el bien, por ejemplo, rechazó la poesía mimética porque en ella la verdad está ausente. En su opinión, desde el ser de cada cosa se desprende una cierta luz, una belleza, que permite ser apreciada fácilmente por el hombre y se manifiesta naturalmente gracias a su particular claridad.[54]

La belleza platónica involucra tres componentes: bien, verdad y proporción, de esta forma, todo lo que es bueno y verdadero, es bello, y la belleza no existe sin proporciones regulares, así, el esplendor de la belleza está estrictamente ligada a la proporción.[55]

El último gran filósofo de la belleza en la Grecia antigua, fue Plotino, quien asoció la belleza con la unidad y la simplicidad, lo bello es lo armónico, ordenado y proporcional.[56]

En el mundo clásico, la belleza se concebía como el resultado de la armonía de las partes de un cuerpo con respecto a las demás, y al conjunto en sí mismo; se estimaba que la belleza de los seres radica en la simetría y en la proporción.

---

[53] Diccionario de Sociología Orlando Greco, Op. cit. p.35.
[54] De Crousan, Jean Pierre. *Tratado de lo bello*. Editorial Universidad de Valencia. España, 1999, pp. 34 y 35.
[55] Ídem.
[56] Ibídem, pp. 43 y 44.

Sin embargo, para Plotino, ésta forma de concebir la belleza no es la más adecuada, porque implica por ejemplo no apreciar la belleza de aquello que carece de partes; así para el filósofo, la verdadera belleza es aquélla capaz de conmover, aquélla que solamente puede ser "percibida por el alma".
Consideró la existencia de la "belleza sensible", aquella que percibimos a través de los sentidos, de la realidad física; sin embargo, éste tipo de belleza es precaria, porque tiene una incapacidad de hacer visible la belleza de origen, que se encuentra en el alma.

Plotino además concibió la existencia de una "belleza superior", que rebasa a la belleza sensible y sólo puede ser apreciada por el alma, es aquélla que genera emociones de admiración y amor.

Lograr unificar un criterio respecto de lo que es la belleza resulta imposible, su percepción es absolutamente subjetiva, depende de factores individuales y colectivos como los usos y costumbres, ideología y creencias dominantes en un determinado momento histórico, y varía a lo largo del tiempo.

Cada persona construye su idea sobre la belleza, forja una relación entre un objeto y sus sentimientos, genera impresiones de agrado y complacencia; de acuerdo con el Diccionario Enciclopédico Espasa, la belleza "es la propiedad de las cosas que nos hace amarlas, infundiendo en nosotros deleite espiritual".[57]

7. Imagen corporal.

La imagen corporal se define como "la visión subjetiva que cada persona tiene de su cuerpo"[58] y se integra por los siguientes componentes:

1. Visual: la forma de ver nuestro cuerpo.

[57] Diccionario Enciclopédico Espasa. Tomo II (apulobomba- bio]. España 2001, p. 640.
[58] Díaz Rojo, José Antonio, et al. *El culto a la salud y la belleza. La retórica del bienestar*. Editorial Biblioteca Nueva, España, 2006, p.24.

2. Mental: lo que pensamos de nuestro cuerpo.
3. Emocional: lo que sentimos acerca de nuestro cuerpo.
4. Social: la manera en que apreciamos nuestro cuerpo en comparación con los cánones de belleza.
5. Histórica: las experiencias que hemos acumulado a lo largo de nuestra vida respecto al cuerpo.

Debido a los múltiples componentes que intervienen en la formación de la imagen corporal, ésta no siempre coincide con la apariencia física real, en muchas ocasiones es el componente afectivo y valorativo que el propio individuo forma respecto de su cuerpo, el que determina la buena o mala imagen corporal que tiene de sí mismo.

Desde la perspectiva psicológica, la imagen corporal "incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y de los sentimientos que experimentamos".[59]

La importancia de la imagen corporal radica en que ayuda a tomar conciencia de nosotros mismos, influye en la autoestima y el grado de satisfacción de las personas consigo mismas, así como en sus comportamientos relacionados con el peso, la medida y la belleza.

La imagen corporal es fundamental para el desarrollo de los individuos, poseer una buena o mala imagen corporal influye en los pensamientos, sentimientos y conducta de las personas, así como en la manera en que los individuos se perciben y relacionan entre sí.[60]

[59] Aguilera, Guadalupe, et al., *Cuerpo, identidad y psicología*. Plaza y Valdés Editores. México, 1998. p. 25.
[60] Ídem.

La imagen corporal se forma desde la infancia, al vernos y escucharnos, aunque es durante la adolescencia cuando se desarrolla con mayor conciencia y trascendencia; al forjarse, da certeza sobre la propia identidad, y posteriormente diferencia a las personas unas de otras, aunque generalmente se transforma a lo largo del tiempo.

8. Trastornos de la conducta alimentaria.

8.1. Definición.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), se definen como:

> "…el comportamiento relacionado con los hábitos de la alimentación, la selección de los alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas…"[61]

Los TCA son enfermedades mentales que conllevan a graves modificaciones de la conducta alimentaria, debido a la distorsión del peso y la imagen corporal, en los que la inadecuada percepción de sí mismo, afectan la mente y el cuerpo de quienes los padecen. Este tipo de trastornos de la conducta, adoptan diversas formas relacionadas entre sí y las personas que los padecen pueden pasar de una modalidad a otra con relativa facilidad, porque todos se basan en la posesión de una autoestima forjada en torno a la figura corporal; por lo que suelen caracterizarse por lo siguiente:

- Gran preocupación por el peso corporal y la figura.
- Percepción alterada de la imagen corporal.
- Dietas extremas o ayunos.
- Episodios de sobre ingesta.
- Sentimiento de falta de control sobre la ingesta.

[61] Sánchez Mireya. "Trastornos de la Conducta Alimentaria. Un complejo fenómeno biopsico-social", en: *Cuadernos de trabajo: III Jornadas Sociojurídicas. Trastornos de la conducta alimentaria "Comer o no comer"*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Derecho. México, 2010, p. 24.

En los últimos 30 años, los TCA han surgido como enfermedades cada vez más frecuentes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el planeta, al menos 1% de los adolescentes y adultos jóvenes sufre anorexia y otro 4.1% de bulimia,[62] se estima que entre un 5 y un 13% de este grupo poblacional solo presenta síndromes parciales de dichas alteraciones. En México, dos millones de personas padecen estos trastornos, el 90% de los casos son mujeres; en el año 2000, se estimaba que cerca del 5% de los hombres mexicanos padecían anorexia o bulimia, para 2010, el porcentaje se elevó a un 15%.[63]

El incremento de los trastornos de la conducta alimentaria en México es constante, en el año 2011, la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, informó que cada año surgen alrededor de vente mil nuevos casos de anorexia en el país, de manera preocupante, estos padecimientos se presentan más frecuentemente en edades más tempranas, actualmente es común advertir entre los niños, una preocupación por la figura y por no “estar gordos”, ello indudablemente es consecuencia del aumento de las presiones para poseer un cuerpo delgado, debido a la moda, a los medios de comunicación (televisión y revistas) y a la industria de lo dietético, que se inculca de padres a hijos.

En septiembre de 2009, el Servicio de Salud Mental del Hospital de Pediatría del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de Jalisco, alertó sobre el aumento de casos de anorexia y bulimia en menores de edad, debido a que en un periodo de dos años, las consultas aumentaron más del 50%. La psiquiatra del Servicio de Salud Mental, precisó que la mayoría de los casos que se atienden en ese nosocomio por anorexia y bulimia son personas de entre 13 y 16 años, pero recientemente, se ha atendido también a niñas de 11 años de edad.[64]

Hoy en día la anorexia y la bulimia, constituyen problemas de gran trascendencia médica y social, ya que además de afectar directamente a las personas que los

[62] www.who.int/es/, consulta: viernes 04 de enero de 2013, 2:45 p.m.
[63] www.salud.df.gob.mx, consulta: viernes 04 de enero de 2013, 3:05 p.m.
[64] Ídem.

padecen, repercuten en los familiares, amigos y personas que rodean a los enfermos.

Las causas de los TCA son multifactoriales, pueden comprender aspectos sociales y culturales, familiares e incluso psicológicos, los cuales serán abordados a detalle en el desarrollo de la presente investigación.

8.2. Clasificación.

Actualmente el estudio de este tipo de padecimientos originó un conocimiento más amplio de sus diversas manifestaciones, si bien es cierto, todos ellos afectan la mente y el cuerpo del individuo, cada uno reviste características particulares, que han permitido clasificarlos en diversos tipos, entre los más conocidos, se encuentran los siguientes:[65]

a) Ortorexia
b) Vigorexia
c) Alcohorexia
d) Síndrome del comedor compulsivo
e) Anorexia
f) Bulimia

a) Ortorexia.

El término significa “apetito correcto”, lo definió por primera vez el médico norteamericano Steve Bratman en el año 2000. Es la obsesión por comer sano, se prefiere la ingesta de alimentos benéficos como frutas, verduras y carnes blancas, y se rechaza de todo tipo de “alimentos chatarra” y productos preparados, y de alimentos preparados en la calle.

[65] Rausch Herscovici y Luisa Bay. *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Editorial Paidós, Argentina, 2004, p. 23.

Esta enfermedad puede afectar negativamente la vida de las personas que la padecen, quienes incluso prefieren pasar hambre, a comer alimentos que a su juicio son “impuros” o poco saludables, como alimentos con alto contenido de grasa, por ejemplo; evitan acudir a los establecimientos expendedores de comida rápida, e incluso a casa de familiares y amigos, por el simple temor de los alimentos que pudieran llegar a ingerir. Por lo que la privación de consumir determinados alimentos, suele representar para los ortoréxicos un problema de salud, provocándoles complicaciones como osteoporosis y/o hipotensión, debido a la carencia de vitaminas y minerales como el calcio.[66]

b) Vigorexia.

No es trastorno estrictamente alimentario, pero el vigoréxico sí comparte una extrema preocupación por la figura y la distorsión de la imagen corporal; la enfermedad se caracteriza por una obsesión por la práctica de ejercicio con la finalidad de poseer un cuerpo musculoso y conforme a los estándares sociales de perfección. Las personas con el padecimiento suelen utilizar suplementos alimenticios y sustancias que les auxilien a aumentar la masa muscular.

En general, es más común en hombres que en mujeres y su característica principal, es que la persona que lo posee se mira constantemente en el espejo y se percibe demasiado delgado, carente de musculatura, por lo que generalmente siguen dietas bajas en grasa y ricas en carbohidratos para aumentar la masa muscular, por lo que pueden caer en el abuso de las hormonas y esteroides que constituyen drogas que intervienen en el proceso constructor de características masculinas.

[66] Ogden, Jane. *Psicología de la alimentación. Comportamientos saludables y trastornos alimentarios*. Ediciones Morata, España, 2005, p. 42.

La obsesión de estas personas por su cuerpo les lleva a pasar largas horas en el gimnasio, produciendo el aislamiento social, por lo que el tratamiento médico que suele aplicarse para el tratamiento de este trastorno, se enfoca en terapias destinadas a modificar la autoestima e imagen corporal del vigoréxico, así como las conductas de pesarse varias veces al día o entrenar durante horas. [67]

c) Alcohorexia.

Este padecimiento es una mezcla de anorexia y/o bulimia y alcohol, que consiste en sustituir las calorías que se consumen en los alimentos, por las contenidas en el alcohol de una manera exagerada, por lo que generalmente provoca graves daños a órganos internos. El término alcohorexia o ebriorexia, designa a las personas que sufren de bulimia y/o anorexia, pero además, son alcohólicas, aunque también existen casos en que el alcohol se sustituye por drogas, como por las metanfetaminas.

El fenómeno es relativamente nuevo y sigue la ideología de que “beber en exceso es tolerado y estar delegado es una exigencia social”.[68]

d) Síndrome del comedor compulsivo.

Consiste en el consumo excesivo de comida en corto tiempo, que llega incluso al dolor físico, aunque a diferencia de la bulimia, no se presentan medidas compensatorias, por lo menos durante un mayor tiempo. Es común en personas con sobrepeso u obesidad y una característica clásica es el síndrome del “yoyo”, en el que la persona sube y baja de peso constantemente.

El comedor compulsivo encuentra en la comida una forma de lidiar con su estrés y otro tipo de emociones que le afectan, por lo que puede comer a cualquier hora del día, incluso en horarios inadecuados.[69]

[67] Ogden, Jane, Op. cit., p, 43.
[68] Ídem.

Existen factores de riesgo que pueden actuar como predisponentes o desencadenantes para que una persona manifieste este tipo de trastornos, entre otros, los siguientes:[70]

- Baja autoestima.
- Falta de control de impulsos.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Elevado egocentrismo.
- Tendencia al perfeccionismo.
- Inconformidad con el cuerpo que se posee.
- Falta de atención por parte de los padres.
- Problemas de socialización con individuos del mismo rango de edad.
- Provenir de familias caracterizadas por ser sobre protectoras, rígidas y/o apegadas a normas morales y religiosas sumamente exigentes.
- El requerimiento que la práctica de ciertas disciplinas en las que el peso y la imagen corporal es predominante.
- Estereotipos influidos por la moda y medios de comunicación.

e) Anorexia nerviosa.

La palabra anorexia deriva del prefijo griego *an* (que significa carencia o privación) y del vocablo *orexis* (que se traduce como apetito), por lo que en su definición gramatical se entiende como “falta de apetito”.[71]

Desde el punto de vista médico, la anorexia nerviosa (AN) es un trastorno grave de la conducta alimentaria, caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el enfermo, así como un rechazo por mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla. Se trata de un desorden de la alimentación en donde el miedo excesivo a

---

[69] Ogden, Jane, Op. cit., p. 44.
[70] Tinahones Maduño, Francisco J. *Anorexia y bulimia, una experiencia clínica*. Editorial Díaz de Santos, España, 2003, p. 33.
[71] Gorab, Alicia y Ma. del Carmen Inárritu. *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia*. Dirección General de Divulgación de la Ciencia, UNAM. México, 2005, p. 30.

ganar peso y la preocupación por estar delgado, originan severas alteraciones de la imagen corporal, va ligado a una significativa reducción en la ingesta de alimentos, que puede ir acompañada de otros métodos para conseguir bajar de peso, como la purga o el ejercicio excesivo, las personas anoréxicas pesan al menos 15% menos del peso esperado para su edad. Además del temor a ganar peso, otra de las características principales de las personas con anorexia, es que dedican la mayor parte de su tiempo a temas alimentarios y todo lo que esté relacionado con ello, características por las cuales, la anorexia es considerada una enfermedad mental.[72]

Frecuentemente quienes padecen la enfermedad son personas perfeccionistas, con problemas de identidad y autoestima, inmaduras, aisladas y en extremo dependientes. Aparece más en clases media y alta, siendo más frecuente en profesionales del arte y de la interpretación, como cantantes, actrices, gimnastas y bailarinas; las actividades físicas que consumen mucha energía son un factor de riesgo.[73]

No obstante que la mayoría de las definiciones existentes respecto de la anorexia, y en general de los trastornos de la conducta alimentaria, se obtienen de la literatura médica; dentro de los instrumentos jurídicos en México, la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de enero de 2006, define a la anorexia como "el trastorno de la conducta alimentaria de origen emocional que se caracteriza por temor obsesivo a subir de peso, caquexia, amenorrea y distorsión de la imagen corporal que se traduce en el rechazo al alimento".

A su vez, la anorexia nerviosa puede dividirse en dos grupos:[74]

[72] Tinahones Maduño, Francisco J, Op. cit., p. 23.
[73] Ídem.
[74] Gorab, Alicia y María del Carmen Iñárritu, Op. cit., p. 30.

1. De tipo restrictivo. En la que se limita la ingesta de carbohidratos, generalmente hay un sometimiento a múltiples dietas y una disciplina exagerada en la restricción del consumo de alimentos.

2. De tipo compulsiva-purgativa. Existen periodos compulsivos de comida para luego purgarse. Posee las mismas características del tipo purgativo que la bulimia; aunque si bien estas conductas son similares, los signos físicos y psicológicos entre ambas, generan la diferenciación en el diagnóstico médico, por ejemplo, las personas con anorexia de ambos tipos: restrictivo o compulsivo-purgativo, no admiten su problema, en tanto que las personas con bulimia, aceptan que tiene una dificultad y buscan ayuda.

Este padecimiento constituye un trastorno progresivo, la idea de estar delgado y la distorsión de la imagen corporal, no tienen límite alguno; las personas que la padecen pueden encontrarse en el peso adecuado e incluso por debajo del mínimo de acuerdo a su talla, pero se ven a sí mismos con sobrepeso u obesidad.

Para lograr el objetivo de estar delgado, las personas con el padecimiento se someten a disciplinas muy estricticas en cuanto al control de lo que ingieren, sus hábitos alimenticios son muy rígidos y con patrones muy definidos, por ejemplo:

- Las raciones de alimento son mínimas y en cantidades exactas.
- Prefieren comer en privado, o fuera de los horarios acostumbrados por la familia para ingerir sus alimentos.
- Procuran comer la menor cantidad de carbohidratos, grasas y carnes rojas sobre todo, sino es que los eliminan del todo de su dieta y ponen especial cuidado en la cantidad de calorías que ingieren.
- Realizar rutinas de ejercicio extenuantes o cualquier actividad que les implique quemar la cantidad de calorías posible.[75]

[75] Tinahones Maduño, Francisco J, Op. cit., p. 24.

Las reglas de conducta alimentaria que se autoimponen los anoréxicos, son de tal rigidez, que de no cumplir con sus rituales de alimentación o rutinas de ejercicio, pierden el control y desarrollan una alteración que los hace comer aún menos, practicar prolongados ayunos, tomar laxantes o realizar ejercicio durante horas, aún contra la resistencia física.

La anorexia es más común entre grupos de adolescentes, los sectores de menor riesgo se encuentran entre las edades anteriores a los 12 años y posteriores a los 30, por lo que se presenta fundamentalmente en personas de entre 13 y 15 años de edad y es más común en mujeres que en hombres, en una proporción de 9 mujeres respecto de 1 varón.[76]

Es importante considerar la existencia de los llamados "grupos de riesgo" entre los cuales se ubica a los practicantes de disciplinas en las que la imagen corporal reviste vital importancia, por ejemplo, el mundo del modelaje, la gimnasia, el ballet, nado sincronizado, o los deportes de alto rendimiento.

Los efectos de la anorexia van desde pequeñas alteraciones en la piel y el aspecto físico en general, hasta complicaciones severas que ponen en riesgo la vida de quienes la padecen. Es importante mencionar que la tasa de mortalidad por anorexia es superior a la de cualquier otro trastorno psicológico.

Finalmente, el cuadro clínico que se observa en estos enfermos, principalmente es el siguiente:[77]

- Piel amarillenta o manchada
- Intolerancia al frío
- Caída de cabello y uñas quebradizas
- Debilidad o cansancio

[76] www.ellewest.org.mx, consulta: jueves 03 de enero de 2013, 03:30 p.m.
[77] www.insp.gob.mx, consulta: viernes 04 de enero de 2013, 12:20 p.m.

- Problemas de sueño (insomnio)
- Hipotensión (presión arterial baja) y deshidratación severa
- Dolor abdominal y estreñimiento
- Indigestión después de la escasa comida que consume
- Ausencia de los períodos menstruales en mujeres (amenorrea)
- Anemia debido a la falta de hierro y proteínas
- Edema o retención de líquidos
- Corazón debilitado, disminución del trabajo cardíaco que provoca arritmias cardíacas
- Osteoporosis por la falta de calcio
- Atrofia muscular, pérdida de grasa corporal y desnutrición grave
- Susceptibilidad a las infecciones por disminución de anticuerpos.

f) Bulimia nerviosa.

El término “bulimia” deriva del griego βουλιμία o βούλιμος, palabra compuesta por los vocablos βου (buey) y λιμος (hambre), que literalmente se traduce como “hambre de buey”.[78]

Es una enfermedad que se manifiesta con episodios recurrentes de voracidad, a los que le siguen conductas de compensación inadecuadas como vómitos autoprovocados, el consumo excesivo de laxantes, fármacos y diuréticos, periodos de ayuno y/o ejercicio intenso. [79]

El padecimiento resulta ser una entidad de difícil detección, por lo general las personas que lo padecen no presentan malnutrición, sino que por lo contrario, poseen un peso normal o incluso tienen sobrepeso; por lo que el padecimiento puede asemejarse a comportamientos excesivos de ingesta alimentaria,

[78] León Espinosa de los Monteros, María Teresa y María Dolores Castillo Sánchez. *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. Segunda Edición. Editorial Formación Alcalá. España, 2005, p. 33.
[79] Tinahones Maduño, Francisco J, Op. cit., p. 78.

ocasionados por la exposición a situaciones de estrés, ante las cuales muchas personas ingieren más comida de lo que acostumbran habitualmente, no obstante lo cual, no se trata de bulimia, existe una diferencia fundamental que radica en que la ingesta vuelve a la normalidad, lo mismo sucede en los acontecimientos sociales que se festejan con alimentos, en los que algunos de los participantes se exceden más que otros e incluso posteriormente manifiestan sentirse "arrepentidos" de sus excesos en la ingesta alimentaria. Pero, a pesar de ello, la prevalencia de la bulimia ha alcanzado en los últimos años un aumento tal, que por ejemplo, en Estados Unidos, constituye el TCA de mayor incidencia.

Desde un enfoque jurídico, la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud, a que se ha hecho referencia, define a la bulimia como "el trastorno de la conducta alimentaria de origen emocional caracterizado por el consumo de grandes cantidades de alimentos de manera incontrolable y recurrente (atracones), puede o no haber pérdida de peso e hiperactividad física".

La bulimia es un trastorno alimentario que se caracteriza por consumir grandes cantidades de comida en una sola sentada o atracón, entendido como el consumo de una cantidad de comida mayor a la que una persona normal usualmente consumiría en un breve tiempo, con el atracón, las personas suelen entrar en un estado muy alterado que les origina sentimientos como depresión, angustia, desesperación o frustración, seguido de un marcado sentimiento de culpabilidad, que se encauza en medidas compensatorias, consistentes los distintos métodos empleados para compensar un "atracón", como el vómito auto inducido para eliminar las calorías consumidas.

A diferencia de las personas con anorexia, las que padecen bulimia "aman la comida", pero de igual manera sienten un miedo terrible a ganar peso, por lo que desarrollan una "relación de amor y odio con los alimentos".

Nuevamente, se presenta con mayor frecuencia en mujeres; en los hombres la presencia del padecimiento es diez veces menor, y sobre todo en la población de adolescentes en el rango de edad que va de los 16 a los 19 años.

Las personas con bulimia carecen de control y dominio propio frente a los alimentos, los cuales ingieren los mismos hasta que no pueden con un bocado más, aunque después aparezca el sentimiento de culpabilidad por no haber tenido fuerza de voluntad para dejar de comer.

Este comportamiento es motivo de vergüenza para la persona, por lo que trata de ocultar sus periodos compulsivos.

Los episodios de atracón suelen presentarse luego de episodios de conflicto, situaciones de estrés o angustia. Es por ello que resulta común, que las personas con bulimia provengan de familias conflictivas, con antecedentes de alcoholismo, depresión o suicidio, por ejemplo,[80] por lo que luchan por alcanzar la aceptación de quienes los rodean.

Las alteraciones físicas que se presentan son las siguientes:[81]

- Daño en el corazón (con riesgo de provocar arritmias cardiacas e infartos)
- Daño en el hígado y riñones y esófago
- Deterioro de la estructura y el funcionamiento del aparato digestivo
- Caries dental y coloraciones amarillas en los dientes
- Deshidratación debido a las granes perdidas de líquidos por las purgas y los vómitos
- Debilidad muscular
- Desmayos frecuentes y mareos
- Alteraciones menstruales y amenorrea

[80] León Espinosa de los Monteros, María Teresa y María Dolores Castillo Sánchez, Op. cit., p. 40.
[81] www.insp.gob.mx, consulta: sábado 05 de enero de 2013, 2:40 p.m.

- Dolores en la garganta (luego de vomitar) con heridas en el interior de la boca (e incluso a largo plazo puede producir cáncer de garganta)
- Disminución de los niveles de potasio en sangre
- Aumento e infección de las glándulas salivales

La bulimia y la anorexia nerviosas son trastornos emocionales que impactan la mente y dañan el cuerpo a través del hambre; ambos padecimientos se encuentran vinculados entre sí, de tal manera que se ha observado que el 40% de las personas que inician con anorexia desarrollan después bulimia, por lo que se genera un ciclo que se retroalimenta y con el que es muy difícil terminar, como se aprecia a continuación:

En ambas enfermedades, la primera causa de muerte es el suicidio que suele afectar a un 10% de los enfermos.

En los últimos 20 años el estudio de los TCA en los varones, ha recibido mayor atención, se ha constatado que los hombres también son afectados por las expectativas socioculturales acerca de la imagen corporal, por ello intentan amoldar su cuerpo conforme al ideal establecido, que básicamente se relaciona con desarrollar mayor musculatura.

En la última década el número de hombres mexicanos con algún trastorno alimentario incrementó 200%, pues actualmente se cuentan alrededor de 900,000 enfermos con problemas relacionados con la ingesta de comida.

A pesar de lo anterior, México no es el único país con esta tendencia, pues según el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, tan sólo en Inglaterra ha habido un incremento de 66% en las hospitalizaciones, debido a algún trastorno alimentario en los pasados 10 años. Los trastornos alimentarios entre los varones también han aumentado en este país, incluso se ha creado un nuevo término para describir la anorexia que afecta a los hombres: manorexia. Por tal motivo, el Colegio Real de Médicos Generales (RCGP) del Reino Unido gestiona por que los médicos sean más conscientes del problema, ya que a menudo se le ve como un asunto femenino.

El diagnóstico de los trastornos alimenticios en hombres se enfrenta con ciertos prejuicios sociales que también prevalecen entre el personal de salud: algunos médicos suponen que ser mujer es condición indispensable para presentarlos y que sólo ellas los padecen. Comer demasiado y estar pasado de peso resulta culturalmente más aceptable y menos notorio en el caso de los hombres, por lo que el trastorno puede pasar inadvertido.

Para Leticia Quesnel Galván y Katia Weissberg "Los hombres con trastornos alimenticios suelen expresar preocupación, percepciones de su cuerpo e ideales estéticos en términos considerados como femeninos. Entre los hombres empiezan a difundirse ideales de belleza y de delgadez a través de revistas especializadas, de la promoción de productos como maquillajes y moda masculina para personas delgadas; estos factores pueden influir en un incremento del índice de trastornos alimenticios entre la población masculina, pero el peso de este elemento y su relación con otros considerados de riesgo no está tan difundido socialmente ni tan interiorizado en los varones como lo está en el caso de las mujeres." [82]

[82] Quesnel Galván Leticia y Katia Weissberg. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. Guía de Trastornos Alimenticios. México, 2004, p. 14.

CAPÍTULO II.

"LA IMAGEN CORPORAL FEMENINA Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA ALIMENTARIA A LO LARGO DE LA HISTORIA"

CAPÍTULO II
LA IMAGEN CORPORAL FEMENINA Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA ALIMENTARIA A LO LARGO DE LA HISTORIA

1. Sociedades primitivas

La representación más antigua que conocemos del cuerpo femenino data de los años 20000 a 30000 antes de Cristo, fue descubierta en un poblado a las orillas del Río Danubio, se conoce como la *Venus de Willendord* y representa la figura de una mujer obesa.[83]

Históricamente, para la mayoría de los pueblos y culturas en el mundo, el cuerpo femenino reviste una relevancia significativamente mayor a la del cuerpo masculino; ello puede deberse a que desde épocas remotas, la mujer se contempla desde la perspectiva de la función de procreación.

En las sociedades primitivas las mujeres gordas eran consideradas más atractivas que las delgadas. En una etapa histórica en que la escasez de alimento era latente y las hambrunas frecuentes, la delgadez se asemejaba con un mensajero de la muerte, las mujeres gruesas eran sinónimo de prestigio y de un mayor nivel social, se asociaban con la capacidad del varón para proveerlas de lo que necesitaban, incluso de alimento en exceso; por el contrario, las mujeres delgadas eran relacionadas con la escasez de alimento, la pobreza y esterilidad. Además, se estimaba que la mujer voluminosa tenía mayor capacidad procreadora, por lo que podía cumplir eficazmente con su rol de dar a luz y garantizar la supervivencia. Lo anterior se constata al observar el arte primitivo en donde la figura de la mujer deseada se asociaba con las necesidades de preservación.[84]

[83] Rausch Herscovici y Luisa Bay, Op. cit., p. 51.
[84] Ibídem, p. 20.

Cuando el ser humano pasa de la caza y la recolección a la ganadería y la agricultura, la comida comienza a tener un valor simbólico, manifiesta el poder de los hombres y sirve como tributo a la divinidad.

2. El mundo clásico (Grecia y Roma)

En Grecia, el equilibrio, la armonía, la simetría y la proporción, eran elementos indispensables para preservar el bienestar del mundo, estas características representaban la belleza física y moral, y los ciudadanos griegos debían desarrollarlas a través del culto a un cuerpo atlético y la práctica de la virtud de la valentía; lo que deja de manifiesto que para la cultura griega el cuidado del propio cuerpo revestía especial importancia.

El desarrollo de cualidades físicas, intelectuales y morales, era el objetivo principal de la educación y estética griegas; la educación física y el deporte fueron implementados en el sistema educativo y en la vida cotidiana de los ciudadanos, por ello, pronto la práctica del ejercicio corporal, se convirtió en el medio por excelencia para alcanzar el equilibrio físico y mental.

El ideal de belleza y honor griegos, quedaron plasmados en sus esculturas, de las cuales muchas de sus formas y medidas fueron calculadas, incluso aritméticamente para alcanzar los atributos de equilibrio y belleza deseados.

En el mundo clásico la concepción de belleza asociada con la obesidad, se renovó por completo; tanto en la cultura griega como en la romana, así, las figuras regordetas fueron desplazadas del escenario de la belleza ideal.

En Grecia el ideal de belleza corporal se marcó en el justo medio entre la delgadez extrema y la obesidad, la mujer hermosa debía carecer de adiposidades, pero también de huesos marcados; lo extremos eran sinónimo de rareza y por lo tanto objeto de desagrado.

Una marcada peculiaridad en la cultura griega fue la admiración del cuerpo masculino, que incluso llegó a considerarse más atractivo que el femenino, probablemente porque la belleza era asociada con la salud física y mental; en tanto que el cultivo al cuerpo, su fortalecimiento y mantenimiento a través del ejercicio físico, eran características mayoritariamente atribuidas a los varones.

Ejemplo de lo anterior es el arte y mitología griegos, que demuestran la exaltación de la musculatura, de un cuerpo sano y en forma, por lo que entre la sociedad cobraron fama los atletas y gladiadores que se sometían a rutinas rigurosas de entrenamiento físico para estar en aptitud de competir.

En Roma la delgadez también se privilegió respecto del sobrepeso, el cual se combatía mediante el adiestramiento corporal y rituales que ciertamente coinciden con comportamientos que hoy calificaríamos como trastornos de la conducta alimentaria. Es sabido que en Roma, ante ciertos eventos sociales las personas de las clases medias y altas, se entregaban a banquetes que podían incluir más de veinte platos, y luego que el estómago quedaba saciado, los comensales se trasladaban a una habitación contigua, donde se entregaban al vómito. Al igual que en Grecia, donde para el año 970 antes de Cristo, Jenofonte describió la conducta de algunos soldados griegos que se retiraban hacia las montañas de Asia Menor luego de una batalla contra Artajerjes, quienes luego de haber estado sometidos a raciones muy pequeñas de alimento, se entregaban al vómito.[85]

3. La Edad Media

En la sociedad del Medioevo, existió una marcada preferencia por los cuerpos voluminosos, a pesar de ello, las reglas relacionadas con la ingesta de alimentos, eran estrictas para las mujeres, quienes debían guardar más compostura que los

[85] Toro Joseph. *El cuerpo como delito, anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Editorial Ariel. España, 1999, p. 47.

varones y existía una desaprobación social por los excesos alimentarios de las mujeres.

A principios de la Edad Media, el cuerpo no parecía tener un papel tan relevante para gozar de atención social, ésta se basaba más bien en las extravagancias del vestido y las ostentosas joyas de oro, plata y piedras preciosas, no fue sino hasta el último Medievo, cuando con el tránsito de la vida feudal, aislada y monacal, hacia la vida colectiva en las calles, mercados e iglesias, las personas tuvieron la oportunidad de convivir y observarse, y por ende, de aprobarse o desaprobarse, es así como poco a poco el cuerpo comienza a tener relevancia por sí mismo.

3.1. La "anorexia santa"

Entre los años 1200 y 1500, el contexto religioso imperante en las sociedades del viejo mundo y la expansión del cristianismo entre los pueblos, provocaron la aparición de una marcada obsesión por las prácticas religiosas radicales; entre ellas, el *ayuno* apareció como uno de los rituales más difundidos, e incluso, fue tomado por sus practicantes con un rigor tal, que pronto dio lugar al fenómeno conocido como "anorexia santa".[86]

Durante el transcurso del periodo medieval, aparecieron varias mujeres religiosas ascéticas extremas. De acuerdo con estudios del historiador y catedrático Rudolph M. Bell,[87] luego de analizar diversa documentación, entre cartas, testimonios de confesión y autobiografías de más de 250 mujeres religiosas italianas del siglo XVIII, concluyó que alrededor del 39% de esas mujeres cumplirían con los criterios que él mismo denominó como "holy anorexia".

Uno de los casos más notorios del ascetismo religioso en la época del Medievo, es el de Catharina Benincasa (1347-1380), más conocida como *Santa Catalina de Siena*, nacida en Siena en el seno de una familia acomodada, quien desde los

[86] León Espinosa de los Monteros, María Teresa y María Dolores Castillo Sánchez, Op. cit., p. 30.
[87] Hinojosa Aguayo Sergio. *Santa Anorexia*. Ediciones Maia, España, 2009. pp. 138-140.

siete años de edad consagró su virginidad a Dios a través de votos privados, y al cumplir los doce años, vio amenazada su consagración, cuando su madre intentó que contrajera matrimonio, por lo que se opuso terminantemente.

En su afán de resistirse al matrimonio terrenal, Catharina optó por un rotundo aislamiento, se mantenía refugiada en su habitación sometida a rituales de flagelación durante una hora y media, tres veces al día con una cadena de hierro, una vez por sus pecados, otra por la vida y otra más por la muerte, lo que le ocasionaba un fluido de sangre que le corría desde los hombros hasta los pies.

Derivado de sus cotidianas mutilaciones, desarrolló una repulsión por la carne, que luego, llegó al extremo de causarle repulsión por cualquier cocinado, con excepción del pan; a grado tal, que a los dieciséis años, ingería solo agua, pan y vegetales crudos.

Sus biógrafos relatan que su dedicación al cuidado de los enfermos y al servicio de los pobres, continuó durante todo su ministerio pese a sufrir terribles dolores físicos y pasar largos periodos sin consumir ningún alimento, excepto el *santísimo sacramento*.

Su confesor Bernardo di Capua, describió el estilo de vida de Benincasa, cuando tenía veintisiete años:

> "…su estómago nada podía consumir (…) todo cuanto ingería precisaba salir por el mismo lugar por donde entraba; en caso contrario, le causaba agudo dolor e hinchazón de todo su cuerpo. La santa virgen no tragaba sino las hierbas y cosas que masticaba; sin embargo, puesto que era imposible evitar que algún atisbo de alimento o jugo descendiera hasta su estómago y porque voluntariamente bebía agua fresca para calmar su sed, estaba obligada cada día a vomitar lo que había comido. Para ello regularmente y con gran dolor insertaba tallos de hinojo y otras plantas en su estómago, siéndole de otro modo imposible vomitar. Pese a quienes la desacreditaban y quienes

> particularmente se escandalizaban por sus ayunos, mantuvo este estilo de vida hasta su muerte".[88]

El comportamiento alimentario que Catharina Benincasa continuó a lo largo de su vida, fue objeto de un detallado estudio por parte de Rudolph M. Bell, a través de su obra *Holy anorexia* ("Anorexia santa", publicada en 1985), donde consideró que la santa había sufrido el trastorno que la llevó a la muerte por inanición a una temprana edad, luego de que en 1380 decidió agregar a sus estrictos rituales religiosos el privarse de beber agua, lo que en tres meses, luego de un periodo constante de convulsiones le significó perder la vida.[89]

Al igual que Catharina Benincasa, en Hungría se tiene registro de otra ayunadora extrema, la princesa Margarita, cuyo padre el rey Bela IV, hizo votos para dedicar a su hija al servicio de Dios, si el país salía bien librado de la invasión de los tártaros. Cuando los invasores dejaron el país, Bela mandó construir un convento dominicano en el que recluyó a su hija para su consagración al Señor.[90]

En el convento, Margarita se entregó a una vida de austeridad caracterizada por la restricción alimentaria, luego de servir a sus compañeras el almuerzo, ella se retiraba para continuar con sus plegarias en tanto que sus hermanas comían.

Finalmente, cuando su padre pretendió que contrajese nupcias, ella se negó al grado de intensificar su restricción de alimentos, lo que llevó a la muerte a su cuerpo exhausto a la escasa edad de veintiocho años.

En la Edad Media, la justificación para el ayuno era eminentemente religiosa, las ayunadoras sistemáticas se conducían bajo la doctrina de que la naturaleza del cuerpo es débil y pecaminosa, por lo que es indispensable ejercer un control y regulación estrictos a fin de lograr la perfección del espíritu y el dominio de éste

[88] Toro Joseph, Op. cit., p. 17.
[89] Ibídem, p. 18.
[90] Ídem.

sobre la carne, sobre lo físico, "la carne debía ser dominada; el espíritu debía triunfar".[91]

El ayuno era el medio adecuado para alcanzar la purificación corpórea, muchas de las mujeres que hacían votos para consagrarse a Dios, renunciaban al alimento para encontrarse mejor dispuestas al recibir el cuerpo de Cristo; de tal manera que mantenerse sin comer era considerado un signo de santidad.

Al respecto, algunos estudiosos del tema estiman pertinente que el ayuno religioso se estudie en su justo contexto histórico, y no partiendo de la concepción que actualmente tenemos de la anorexia; sobre todo considerando que la tendencia de esas mujeres a la inanición revestía raíces netamente religiosas, por lo que es imposible conocer si efectivamente experimentaban una distorsión de su imagen corporal que las hacía preocuparse con afán por su peso corporal. A pesar de ello, Bell en su momento, consideró que gran parte de las mujeres religiosas extremas del Medioevo, eran auténticas anoréxicas nerviosas.

a) Las brujas.

El periodo de la "anorexia santa" comenzó a partir del siglo XII y se extendió hasta el XVII,[92] lapso durante el cual las mujeres fueron consideradas como sujetos pasivos, desprovistas de juicio y voluntad propios.

Del siglo XVI al XIX se registraron numerosos casos de mujeres que restringieron su alimentación de manera drástica, practicantes asiduas del ayuno, cuyo sacrificio y privación extrema generaron la admiración de la sociedad de aquella época, marcada por un fuerte contexto religioso, en la que el ayuno era considerado una suprema bendición de Dios y el repudio de los placeres terrenales, como por ejemplo, el dominio y control sobre el apetito, se

[91] Toro Joseph, Op. cit., p. 20.
[92] Díaz Rojo, José Antonio, et al., Op. cit., pp. 27-29.

consideraban un símbolo de castidad y pulcritud, sinónimo de una ferviente religiosidad.

Al ser el ayuno una privación voluntaria y producir un sufrimiento similar al de la enfermedad, generaba motivo de orgullo para quien lo padecía y la superación de la necesidad de alimento, elevaba a un rango ético la privación alimentaria, por lo que las mujeres que restringieron su alimentación drásticamente, eran consideradas "milagrosas", seres místicos que elevaban su espíritu a lo divino, a través del rechazo a los placeres de este mundo.

Uno de los primeros casos que actualmente se relaciona con los síntomas anoréxicos, fue el de la llamada "Santa Wilgefortis" (año 1000 antes de Cristo), la última de siete hijas del entonces rey de Portugal, que luego de haber consagrado su virginidad a Dios, al conocer los deseos de su padre respecto de desposarla con el rey de Sicilia, ayunaba rogándole a Dios le arrebatara su belleza para evitar atraer la atención masculina, de modo que su restricción alimentaria extrema, transformó su cuerpo hasta el punto de quedar totalmente cubierto de vello, consiguiendo que su pretendiente desistiera de sus intenciones matrimoniales, lo que la llevó a ser merecedora de la muerte en la cruz, a juicio de su propio padre; su sacrificio y consagración la llevó a ser considerada como la santa patrona de las mujeres que querían redimirse del matrimonio terrenal y verse liberadas de la atención de los hombres, por lo que pronto se conocería como la "Santa Liberata".[93]

En el siglo XVIII, el Papa Gregorio IX emitió una bula admitiendo la existencia de las brujas, y para 1215, el Concilio de Letrán afirmó oficialmente la existencia de estos seres hechiceros, reconociéndolas como mujeres en las que el demonio encontraba un blanco fácil para atacar su fe, sobre todo teniendo en cuenta que

[93] Toro, Joseph. Op. cit., p. 19.

en la época, las mujeres se concebían como seres potencialmente más crédulos e influenciables que los hombres.[94]

Ante el reconocimiento eclesiástico de la existencia de las brujas, la diferencia entre las auténticas místicas y las poseídas por el demonio, era difícil de precisar, sobre todo porque ambas compartían la extraña característica de lograr vivir sin alimentarse; por lo que a partir de entonces, la restricción alimentaria podía ser concebida desde dos enfoques extremos, uno como signo de elección divina, o bien como un signo de posesión demoniaca; así, las mujeres que podían sobrevivir largo tiempo sin ingerir alimento, podían ir a la canonización o a la hoguera.

Para 1229, nuevamente bajo la aprobación de Gregorio IX, se estableció que en cada parroquia del Sur de Francia debía designarse un sacerdote que tendría la tarea de investigar la ortodoxia de los fieles y denunciar las herejías, abriendo con ello paso a la inquisición.[95]

Durante los siglos XVIII y XIX, surgieron los llamados “artistas del hambre”, también conocidos como “esqueletos vivientes”, en su mayoría hombres que públicamente exhibían su habilidad para permanecer largos periodos en ayuno; e igualmente fue conocido el caso de una mendiga que sostenía poder vivir sin alimentarse, por lo que incluso logró obtener un certificado que acreditaba sus poderes sobrenaturales, el caso alcanzó tal atención que fue objeto de estudio por algunos médicos de la época, uno de ellos fue Johann Weyer (1515-1588), quien llevó a su casa a la jovencita y observó que lo que manifestaba, no era más que una farsa, ya que en realidad, la muchacha lograba sobrevivir porque su hermana le suministraba en secreto algunos alimentos.[96]

[94] Fendrik, Silvia. El país de nunca comer. *Historia ilustrada de la anorexia.* Editorial Libros del Zorzal. Argentina, 2004, p. 26.
[95] Ibídem, p. 27.
[96] Ibídem, p. 33.

La constante aparición de casos de místicas fraudulentas, generó la necesidad de elaborar una clasificación que evitara la confusión y el engaño a la iglesia, por lo que en el siglo XIX, el clero elaboró la siguiente clasificación:

- Pseudomística: Estado producido por una alteración nerviosa, por lo que debería acudirse al médico.

- Falsa mística: Se produce por la intervención diabólica, por lo que debería recurrirse al exorcismo.

- Mística auténtica: Estado producido por obra y gracia de Dios, por lo que debería investigarse rigurosamente los fines de una posible canonización.[97]

Finalmente, la implicación de la brujería en los extraños comportamientos alimentarios de las jovencitas fue puesta en tela de duda por algunos médicos como Weyer, quien sostuvo que las supuestas "brujas" eran en verdad muchachas ignorantes que no controlaban sus sentidos, o bien que se encontraba enfermas de melancolía, cuya afección había alterado su cerebro, su juicio y su normal alimentación.[98]

b) Las románticas.

Dentro del estudio histórico de los trastornos de la conducta alimentaria se destaca una época caracterizada por la presencia de mujeres interesadas en conservar un aspecto enfermizo y de debilidad física, personas enfocadas en representar una imagen de fragilidad y delicadeza extrema; a este periodo se le conoce como el de las "enfermas románticas".

[97] Fendrik, Silvia, Op. cit., p. 32.
[98] Ibídem, p. 33.

A la par de las "románticas", surgió la figura de un prototipo romántico masculino, para Lord Byron (1788-1824), un prominente caballero de la nobleza inglesa destacado por su poesía romántica, la vanidad era un asunto de primordial importancia, le horrorizaba la gordura y la consideraba símbolo de letargo, torpeza y estupidez; por lo que para mantenerse en forma y conservar su mente despejada, recurrió a la práctica del ayuno, alimentándose durante casi la totalidad de su existencia adulta, principalmente de soda y galletas, y para vencer el hambre fumaba y masticaba tabaco continuamente, aunque sus restricciones alimentarias de vez en cuando se interrumpían por atracones que compensaba con vómitos, purgas y excesivo ejercicio físico. Byron fue un modelo de "delgadez exquisita" adoptado por gran cantidad de mujeres jóvenes, lo que los médicos de la época lamentaban explícitamente.[99]

c) La época victoriana y los orígenes médicos (siglo XIX)

Joseph Toro[100] refiere que en la llamada época victoriana (a finales del siglo XIX) se encierran los factores socioculturales que explican el origen de la cultura del adelgazamiento y durante la misma se facilitó la proliferación de los trastornos del comportamiento alimentario.

Durante esta época la imagen de "mujer frágil" se convirtió en uno de los papeles favoritos entre las clases acomodadas, las mujeres eran concebidas como física y biológicamente más débiles que los hombres, eran menos resistentes, sufrían desmayos y enfermedades frecuentemente, no podían comer en exceso, además de que eran pasivas y sumisas ante los varones. Para los médicos, las mujeres por naturaleza eran enfermizas y los trastornos gástricos frecuentemente estaban presentes en ellas, debido a que poseían una mayor sensibilidad en su sistema digestivo. Bajo este escenario, era común que las mujeres, sobre todo las

[99] Fendrik, Silvia, Op. cit., p. 79.
[100] Toro, Joseph, Op. cit., pp. 71 y 72.

adolescentes fueran escrupulosas en cuanto a sus comidas y que tuvieran poco apetito.

En las familias victorianas, las madres debían frenar el apetito de sus hijos, sobre todo de las mujeres, comer poco era lo correcto y lo elegante. Además, las muchachas victorianas tenían prohibido el consumo de ciertos alimentos, ya fuera en atención a que eran considerados indecorosos para las mujeres, o bien debido a la delicadeza del estómago femenino; entre los alimentos sujetos a reserva, figuraban el café, el chocolate, confiterías, uvas, las carnes y por supuesto el alcohol.

Guardar la compostura en la mesa, revestía para las jóvenes una importancia tal, que incluso contaban con asignaturas específicas para regular su comportamiento ante el resto de los comensales, e incluso los escritores de la época, llegaron a referir que una mujer no debería jamás permitir ser vista comiendo o bebiendo, a menos que se tratara de langosta o champaña.[101]

Ante la prohibición de consumir determinados alimentos, sobre todo de origen animal, el vegetarianismo surgió como una práctica común en la burguesía; aunque lógicamente la privación en el consumo de ciertos alimentos, contribuía a la aparición de enfermedades como la anemia ferropénica, que no obstante, era bien vista, dada la imagen de delgadez que provocaba.

Además de la restricción en la dieta, existía una preocupación importante por la "pureza intestinal", de modo que como la comida debía ser limitada, los métodos purgativos, representaban la ayuda idónea para eliminar los excesos.

Un personaje que puede ejemplificar la presencia del trastorno en las mujeres pertenecientes a la realeza en esa época, es Isabel de Baviera, más conocida como *Sissi,* emperatriz de Austria (1854-1898), quien a pesar de poseer una figura

[101] Toro, Joseph, Op. cit., pp. 75-77.

alta (1.75 metros) no pesaba más de 45 kilos y a lo largo de su vida estuvo sometida a una estricta rutina de ejercicio físico y restricción alimentaria.[102]

Considerada la mujer más bella y poderosa de Europa, dedicó gran parte de su vida a cultivar su propio cuerpo, provocó sorpresa en una época en que la actividad primordial de las regordetas mujeres de la aristocracia, consistía en "abrir y cerrar sus sombrillas".

La emperatriz se conformaba con un solo alimento, huevos, lácteos, naranjas o jugo de carne, una vida sin lujos alimentarios en medio del lujo más ostentoso. Instaló una sala de gimnasia en su tocador y antes de tomar un baño en frío, se ejercitaba en sus aparatos para luego dedicarse a los ejercicios ecuestres, continuando con largos paseos a pie, que se extendían por más de seis horas, a los que sus damas de compañía no podían seguir el paso.[103]

En 1862, con veinticinco años de edad, Sissi presentó signos clínicos evidentes de una grave desnutrición, siempre terminaba agotada por los ejercicios físicos. Decidió coleccionar fotografías de las mujeres más hermosas del mundo, sin distinción de clases, desde duquesas hasta amazonas. Todos los embajadores del imperio, fueron movilizados para buscar esas fotografías, colección que todavía existe.[104]

Sissi encarnó tanto la belleza femenina, como la resistencia a lo que esa belleza representa, encontramos en ella la admiración a la belleza de la mujer y la percepción corporal típica de la anorexia, para ella, el cuerpo debía carecer de forma, peso y volumen, el cuerpo debía ser delirante y los alimentos representaban el infierno, no la vida.[105]

---

[102] Raimbault, Ginette y Caroline Eliacheff. *Las indomables figuras de la anorexia*. Editorial Nueva Visión. Argentina, 1991, p. 57.
[103] Ídem.
[104] Ídem.
[105] Ídem.

El contexto sociocultural de la época, era favorecedor de un aspecto físico enfermizo, restricción alimentaria, uso de laxantes y ejercicio físico, y propició la proliferación de conductas alimentarias inapropiadas, que corresponderían al cuadro clínico que hoy en día se asocia con los trastornos de la conducta alimentaria.

d) Los orígenes médicos de la anorexia

El padecimiento anoréxico no fue descrito como tal, sino hasta 1873 por el médico psiquiatra francés Charles Ernest Làsegue, quien llamó "anorexia histérica" al síndrome caracterizado principalmente por una severa pérdida de peso y amenorrea, que se presentaba principalmente en mujeres jóvenes, el cual se describió como una "alteración digestiva de origen histérico".[106]

En 1874 Sir Willliam Gull (1816-1890), médico del Guy's Hospital, acuñó el término de "anorexia nerviosa", luego de estudiar casos de pacientes que presentaban cuadros semejantes de sintomatologías, tal como el que describió de una de sus jóvenes pacientes:

> "La Srita. A., de 17 años de edad… me fue remitida el 17 de enero de 1866… se me dijo que había perdido 33 libras de peso (15 kg)… el abdomen se había encogido y estaba chato, colapsado… la paciente no se quejaba de ningún dolor, pero estaba inquieta y activa… esto era una manifestación sorprendente de su estado nervioso, ya que parecía prácticamente imposible que un cuerpo tan dilapidado pudiera sobrellevar el ejercicio que parecía sentarle bien… la anorexia la llevó a una inanición y a una depresión de todas las funciones vitales; amenorrea, bajo pulso, lentificación de la respiración…"[107]

La mayoría de sus pacientes se caracterizaban por ser mujeres adolescentes con una afectación de los signos vitales, causado por el agotamiento calórico derivado de la extrema inanición. William Gull, dio a conocer la enfermedad en una

[106] Toro, Joseph, Op. cit., p. 31.
[107] Rausch, Herscovici, Op. cit., p. 23.

comunicación a la British Medical Association y en la revista *The Lancet* en 1888.[108]

Al respecto, resulta sumamente interesante considerar que los casos de anorexia reportados por Làsegue y Gull, no encontraban su origen en el deseo impetuoso de sus pacientes por adelgazar por miedo o desprecio a la obesidad, o por el horror a adquirir peso, el culto a la delgadez no era una tendencia en la época.

La primera descripción clínica formal de lo que hoy conocemos como anorexia nerviosa, se atribuye al médico inglés Richard Morton y data del año 1694:

> "En el mes de julio cayó víctima de la supresión total de sus menstruaciones, a causa de una multiplicidad de inquietudes y pasiones de su mente… a partir de lo cual su apetito comenzó a mitigar y su digestión pasó a ser mala; también sus carnes comenzaron a ponerse flácidas y su rostro comenzó a empalidecer… en toda mi práctica no recuerdo haber visto a alguien tan conversadora con los seres vivos a pesar de estar tan dilapidada, al grado máximo de consunción (igualando un esqueleto, cubierto sólo por la piel); sin embargo, no tenía fiebre, sino por el contrario frialdad en todo el cuerpo… sólo su apetito había disminuido y su digestión habíase intranquilizado con episódicos desmayos, que se le repetían con frecuencia…"[109]

Se trataba de una paciente de dieciocho años de edad, que murió tres meses más tarde, luego de negarse a seguir el tratamiento que le fue recomendado.

Indudablemente, las motivaciones para no comer, han sido distintas en los diferentes contextos históricos. En el siglo XIX, las personas adquirían la enfermedad sobre todo por razones ascéticas, o bien por motivaciones románticas al buscar obtener una apariencia débil y enfermiza. Mientras que en la actualidad, el culto al cuerpo delgado se ha desencadenado por la influencia de estereotipos y modas.

[108] Rausch, Herscovici, Op. cit., p. 23.
[109] Ibídem, p. 22.

e) Los orígenes médicos de la bulimia.

El término bulimia fue concebido en 1979 por el psiquiatra británico Gerald Russell, quien describió un nuevo síndrome caracterizado por la restricción alimentaria que se convierte en una oscilación constante de atracones, restricciones y vómitos u otras maniobras purgativas, al que bautizó con el nombre de “bulimia nerviosa”, que significa “hambre de toro”.[110]

Russell trató de demostrar que la anorexia y la bulimia nerviosa eran polos opuestos de un mismo problema psicológico, e identificó los criterios para el diagnóstico de la nueva enfermedad presente en treinta de sus pacientes: 1) un poderoso impulso para comer que conduce a episodios de exceso alimentario, 2) evitar los efectos de la comida a través del vómito, purgantes, o ambos, y 3) un temor excesivo a subir de peso; por lo que a partir de 1985, reservó el término para las pacientes que presentaban el comportamiento bulímico luego de un periodo de anorexia, y ocupó el término simple de “bulimia” para los demás casos.[111]

Los atracones han sido practicados en diferentes culturas desde hace miles de siglos, se remontan hasta épocas primitivas, donde los individuos dependían de la caza masiva, luego de la cual seguían uno o dos días de banquetes de alimento, que les permitían acumular tejido graso para hacer frente a posteriores periodos de carencia alimentaria.

En 1932 Wulff, describió un síndrome caracterizado por la presencia alternada de periodos de ascetismo alimentario y de voracidad insaciable; y fue hasta la década

[110] Toro, Joseph, Op. cit., p. 46.
[111] Ídem.

de los sesentas cuando otros psiquiatras concibieron y asociaron este nuevo síndrome alimentario como la contraparte de la anorexia.[112]

En 1977 Boskind-Lodhal y Sirlin, presentaron un síndrome dominado por episodios de sobre ingesta, al que denominaron “bulimarexia”.[113]

Anterior a los estudios recientes sobre la bulimia, en el siglo XIX, para el año de 1869, en Francia, Blachez, propuso una definición de bulimia, precisando que en las pacientes con el síndrome, el alimento se convertía en una preocupación franca y obsesiva.[114]

Antes del siglo XIX, existen muy pocas menciones de la bulimia en la literatura, una de ellas se encuentra en el *Dictionnaire Medical* de James (1743) en el que se discute el término *boulimus,* haciendo una descripción detallada de los síntomas, y proponiendo diagnósticos y principios terapéuticos. Por lo que de las revisiones históricas sobre la bulimia, los médicos consideran que el concepto seguramente tiene más de 100 años de existencia.[115]

4. El origen del culto al cuerpo (siglo XX).

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX las clases pudientes eligieron la delgadez como símbolo de distinción y buenos modales para diferenciarse de las clases de menor nivel económico que poseían los mayores índices de obesidad; esta moda penetró rápidamente en las clases medias, por lo que a lo largo del siglo XX, el ser delgado paulatinamente se puso de moda.

La preocupación por la belleza física, es una tendencia que avanzó con el paso del tiempo, poco a poco el acelerado ritmo de vida originó un generalizado

[112] Guillemot, Anne. *Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura*. (Alfonso Rodríguez Martínez, trad.] Editorial Masson, España, 1994, p.13.
[113] Ibídem, p. 16.
[114] Ibídem, p. 17.
[115] Ídem.

sentimiento de malestar (estrés, cansancio y presión social) que desembocó en la búsqueda del bienestar y la felicidad obtenida a través de la posesión de una apariencia física agradable y compatible con los parámetros de belleza socialmente establecidos.

A partir de los años ochenta, la insaciable búsqueda de la belleza física, desencadenó en un fenómeno conocido como el "culto al cuerpo". En su libro *El culto a la salud y la belleza*, José Antonio Díaz Rojo, Marco Ricard Morant y Debra Westall Pixton,[116] sustentan que el *culto al cuerpo* es un fenómeno que implica un rechazo absoluto a la obesidad y tiene orígenes económicos, ideológicos y culturales, e impone cánones distintos para hombres y para mujeres.

Estos autores señalan que la obsesión extrema de cuidar el cuerpo, alcanzó su máxima expansión en el siglo XX y en su proceso evolutivo, se distinguen tres etapas:[117]

1. Las décadas de 1960 a 1980. Durante este periodo el cuerpo distaba de ser objeto de culto, ocurría todo lo contrario. Con la aparición de la contracultura *hippie*, el cuerpo fue objeto de todo tipo de excesos, imperaba la idea de la libertad, lo que generó el ánimo de liberarse de cualquier tipo de ataduras físicas o corpóreas como el maquillaje o los adornos corporales, símbolo de la opresión de la burguesía y de las ideas anticuadas con las que se pretendía romper, por lo que tampoco se dibujó una diferenciación clara entre el cuerpo femenino y el masculino.

2. Las décadas de 1980 a 2000. En la década de los ochentas surgió la obsesión por alcanzar el cuerpo perfecto; para ello, comenzaron una serie de rutinas que además de ejercitar el cuerpo, ofrecían alcanzar relajación y obtener la energía necesaria, de esta forma, los gimnasios y las salas de *aerobics* comenzaron a cobrar popularidad.

[116] Díaz Rojo, José Antonio, et al., Op. cit., pp. 27-29.
[117] Ibídem, p. 28.

Para los años 90's, las súper modelos que desfilan en las pasarelas, se pusieron de moda, lo que prontamente derivó en el establecimiento del nuevo ideal de belleza femenina: la delgadez, que llegó incluso al extremo anoréxico, a través de un aspecto pálido y enfermizo, parámetros de belleza difíciles de conseguir para la mayoría de las mujeres.

3. Del año 2000 a nuestros días. La fama del ejercicio físico continúa en el gusto de las personas, aunque cada vez va adquiriendo una modalidad "más relajada", enfocada en alcanzar la armonía entre el cuerpo y la mente, un equilibrio físico y mental.

Ahora el problema de la obesidad se analiza desde otra perspectiva, de manera que el trabajo duro del cuerpo no lo es todo para acabar con el problema; se deben combatir además, las causas internas o mentales que originan los kilos extras. A través de la gimnasia suave, recreativa y la meditación, se busca combatir el estrés, la ansiedad y la depresión causantes de la comida compulsiva.

El historial de estas ideologías muestra que contrariamente a lo ocurrido durante milenios, la delgadez empezó a gustar a tal grado entre la sociedad, que la medicina comenzó a ver con preocupación el tema de la obesidad, lo que causó alarma entre la población, hasta llegar a considerarse como la gran epidemia del siglo XXI.

La delgadez como ideal de belleza corporal, prácticamente comenzó a mantenerse estable a partir de la segunda mitad del siglo XX, ya que durante las décadas de los cuarenta y cincuenta, debido a la escasez de alimento provocada por la guerra española, la mujer robusta fue el ideal estético; sin embargo, durante la posguerra, una vez en vías de recuperación económica, se facilitó considerablemente una alimentación más abundante, en consecuencia, creció el

número de gordos, por lo que nuevamente el gusto por la delgadez se posicionó entre la sociedad.

En la década de los sesenta, la figura delgada acabó por triunfar en las pasarelas y medios masivos de comunicación, y para comienzos de los setenta, la modelo británica *Twiggy* acaparó la atención mediática, su extrema delgadez, enormes pómulos, y su mirada lánguida y expresiva conmocionaron a la sociedad británica de todas las clases sociales y su fama se extendió a nivel internacional.

Twiggy fue un oasis de extrema delgadez en el mar de mujeres voluptuosas, era lo opuesto de la imagen de la mujer de los cincuenta, por ello se convirtió en un ícono mundial al ser identificada como símbolo de la liberación femenina.

5. El siglo XXI

Con frecuencia escuchamos que la sociedad actual se define como “la sociedad del consumo”, esto se debe a que jamás en la historia, la presión social, competitividad e influencia publicitaria, han sido tan avasallantes. El mundo de la moda, la alta costura, revistas, institutos de belleza, gimnasios y la industria alimentaria de productos *light*, rinden culto a la delgadez extrema y anuncian la belleza como sinónimo de éxito, poder y bienestar social.

Una de las hipótesis más difundidas para explicar la relevancia que la imagen corporal y la belleza han alcanzado en la sociedad actual, es la que afirma que en el siglo XXI, la industria de la belleza representa un negocio muy redituable para los grupos empresariales que obtienen su poder adquisitivo del mercado, genera millones de euros diariamente, por lo que la exaltación del ideal del cuerpo femenino, el cuidado de la imagen, la juventud y la belleza, representa un lucrativo negocio para los grupos de poder que controlan el mercado[118], a razón de ello

[118] Calado Otero, María. *Trastornos alimentarios: guías de psicoeducación y autoayuda.* Editorial Pirámide. España, 2010, p. 90.

constantemente escuchamos que la moda, provoca la tiranía de la belleza a la que las mujeres están sometidas, aunque esta dominación envuelve cada vez más a hombres que también siguen los estereotipos que promueve la industria de la moda y la belleza.

Es por ello que en la sociedad en que vivimos, el cuerpo ha adquirido una importancia fundamental, y las personas asumen la responsabilidad de tener un cuerpo perfecto.

> "En la sociedad de consumo, el cuerpo ha adquirido una nueva función primordial en nuestras vidas. Se ha convertido en un factor determinante de nuestro éxito social… el cuerpo ha pasado a ser un fin… el narcisismo imperante actualmente ha elevado la apariencia física en un valor en sí mismo."[119]

Actualmente a la mayoría de la gente le preocupa su apariencia física, y dado que lo bueno y lo elegante, es estar delgado, la obesidad es muy mal vista, e incluso se asocia con el fracaso social. El problema de la obesidad es un tema de suma importancia en la agenda médica mundial, sin que México sea la excepción, en la última década, la cifra de obesidad en mujeres pasó del 9% al 24%, [120] por lo que el sobrepeso y la obesidad, se consideran hoy un tema de salud pública.

La contracara del sobrepeso y la obesidad, entendidas como la bulimia y la anorexia, actualmente alcanzan una presencia tal, que han merecido la atención de la sociedad mexicana. Según datos del Instituto Nacional de Salud Pública, en la Ciudad de México son escasos los datos con que se cuentan en materia de trastornos alimentarios, pero se estima que el 0.9% de los hombres y el 2.8% de las mujeres sufren éstos padecimientos, lo que representa aproximadamente dos millones de personas, de las cuales el 90% son mujeres con una edad promedio

[119] Díaz Rojo José Antonio, et al., Op. cit., p. 34.
[120] www.insp.gob.mx, consulta: 27 de enero de 2012, 12:20 horas.

de diecisiete años, además de que la frecuencia de la bulimia es más alta que la de la anorexia.[121]

En tanto que a nivel mundial se estima que al menos 1% de los adolescentes y adultos jóvenes sufre anorexia y un 4.1% bulimia.

Sin duda, los avances de la tecnología han posicionado a los medios de comunicación como uno de los actores fundamentales para la propagación del ideal de belleza corporal basado en estereotipos de delgadez extrema, que llegan al límite de los trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo impactando entre la población juvenil de la sociedad actual; al respecto, un estudio realizado en 1994, por Stice y Shaw sobre la influencia que los medios de comunicación pueden generar en las personas, reveló que una simple exposición de tres minutos a imágenes que promueven el cuerpo delgado como ideal de belleza, comparado a una exposición a imágenes neutras, provoca en las espectadoras un incremento en sus sentimientos de depresión, vergüenza, culpa, estrés, inseguridad e insatisfacción corporal.[122]

Antes de los actuales medios de comunicación, en los que predomina la imagen visual, la moda era un mundo restringido para las clases bien posicionadas de la sociedad, pero con la difusión de las imágenes en combinación con el desarrollo de los mercados y la producción en serie, se facilitó la impregnación rápida y colectiva de los nuevos cánones de belleza femenina, especialmente diseñados para multiplicar las ventas a través de una sola imagen.

Desde Twiggy en los años sesenta, hasta Kate Moss en los noventa, las *top models* asemejan muchachos, se ha estimulado una estética andrógina del cuerpo femenino y se ha hecho más deseable y modélico ser delgada; hemos conocido historias de famosas modelos que han luchado incluso hasta la muerte con la anorexia y la bulimia, uno de los casos más conocidos es el de la modelo

[121] www.aldf.gob.mx, consulta: 30 de enero de 2012, 21:30 horas.
[122] Toro, Joseph. Op. cit., p. 246.

germánica Claudia Schiffer, practicante de drásticos regímenes adelgazantes, que durante varios años consistieron en no consumir carne, únicamente pescado hervido acompañado de verdura. Igualmente es conocido el caso de la referida Kate Moss, quien con 1.70 metros de altura, llegó a pesar tan sólo 44 kilogramos.

A finales de 2006, el caso de la modelo brasileña de fama internacional Ana Carolina Reston, causó impacto cuando con veintiún años de edad, 1.74 metros de altura y 40 kilos de peso, perdió la vida drásticamente y luego de su deceso se difundió la noticia de que durante sus últimas semanas, sólo se alimentaba de manzanas y tomates.

Unos cuantos días después de la desaparición de Ana Carolina, la universitaria Carla Sobrado Casalle, de veintiún años, a quien también se le había diagnosticado anorexia y tomaba productos para adelgazar, murió en Araraquara, a 273 kilómetros al noroeste de Sao Paulo, Brasil. El caso Reston llevó a las agencias de modelaje de Brasil a exigir un certificado de buena salud a todas sus modelos.

También en 2006, Maiara Galvao Vieira, de tan sólo catorce años, 1.70 metros de estatura y 38 kilogramos de peso, se unió a la lista de cinco jóvenes modelos que fallecieron por complejidades derivadas de la anorexia en Brasil, desde septiembre de 2005, la estudiante de modelaje, había sido tratada en diferentes centros hospitalarios para controlar su considerable pérdida de peso. [123]

La proliferación de páginas electrónicas pro bulimia y anorexia dirigidas fundamentalmente a adolescentes, son la constante en la internet y a pesar de algunos esfuerzos que organizaciones civiles y personas preocupadas por el combate a los TCA, han encauzado en torno a la detección y cancelación de dichas páginas web, se estima que por cada sitio que servidores como *yahoo* y

[123] "La quinta brasileña que muere por anorexia". El Universal. México, Martes 09 de enero de 2007. www.eluniversal.com.mx, consulta: domingo, 11 de agosto de 2013, 6:46 p.m.

google logran detectar y cerrar, son abiertos otros diez por asiduos practicantes y defensores de la bulimia y la anorexia.

Una de esas páginas web, es el sitio "Ana y Mía", en la que adolescentes y jóvenes, en su mayoría mujeres, denominadas "princesitas", publican sus sentimientos y emociones en relación a la anorexia y la bulimia, entre las cuales, puede leerse el siguiente "credo Ana":

> "Creo en el control, la única energía con suficiente fuerza como para ordenar el caos en el que vivo. Creo que soy la persona más rastrera, inútil y despreciable que haya existido jamás en la tierra y que soy absolutamente indigna del tiempo o la atención de nadie. Creo que quienes me digan algo distinto son idiotas; si pudieran verme como soy realmente; me odiarían tanto como yo lo hago. Creo en leyes irrompibles, en deberes y obligaciones que determinen mi comportamiento diario".
>
> (El énfasis es propio)

De igual manera se lee la siguiente "oración" para Mia y Ana:

"Estricta es mi dieta,
No debo desear,
Diré mentiras cuando me acueste cada noche hambrienta.
Ayúdame a pasar por las confiterías,
No dejes caer mi fuerza de voluntad,
Guíame atreves de los caminos donde mi cuerpo no es como se ve,
Aunque camine atreves de la tienda de pasteles no comprare nada,
Los pasteles y país me tientan,
Ante mi hay una mesa con verduras y lechuga,
Llenare mi estómago de líquidos.
Los cuadros de calorías y pesos me seguirán todos los días de mi vida,
Y descansara en el temor a las basculas para siempre, amén."[124]

Además de que se encuentran publicados varios *tests* y consejos para ser una orgullosa Ana o Mia, todo lo necesario para evitar la tentación de la comida, aparentar la necesidad de alimento ante la familia y mantenerse enfocada en el peso y la imagen corporal.

[124] http://anaandmia.blogdiario.com, consulta: jueves 03 de enero de 2013, 8:18 a.m.

Se trata como se observa, de sitios en los que se acostumbra usar un lenguaje directo y cruel, apto para manipular los sentimientos de quienes los visitan, para incrementar las sensaciones de rechazo y humillación y lograr aislar a las personas, haciéndolas sentir inadecuadas; todo ello, aprovechándose de los problemas y las malas experiencias que han afrontado quienes padecen estos trastornos.

Es por ello, que desde mayo de 2008, comenzó en la web una campaña contra la apología de sitios pro anorexia, el movimiento fue dirigido por Carolina Botey y Javier González, responsables de la red "Blogs Teoriza", desde la cual se convoca a los sitios web, a utilizar ciertas palabras clave en sus páginas, como por ejemplo: "pro-Ana", "tips Mía" o "engañar a los padres", para así atrapar más fácilmente a todos los visitantes, haciéndoles creer que visitan un foro de fomento y simpatía a estos padecimientos, y en su lugar abordarlos con mensajes positivos, donde se les invite por medio de artículos motivadores a pedir ayuda y salir de los TCA, con lo que se ha conseguido minar la efectividad de miles de páginas pro bulimia y anorexia.

La retrospectiva histórica en torno a la imagen corporal femenina y su relación con las alteraciones del comportamiento alimentario, pone de manifiesto la importancia subjetiva que desde tiempos remotos se concedió a la figura corporal femenina, trascendencia que en un principio se otorgó debido a la concepción de la mujer como la figura procreadora de vida, y que paulatinamente se refinó para forjar la visión de mujer independiente a esa visión progenitora, a la que se le revistió de las cualidades propias de la mujer moderna, cuya forma de vida le exige una serie de complejidades, anteriormente no imaginadas, con responsabilidades, retos y expectativas mayores, que le implican a su vez, la posesión de ciertos atributos o cualidades para obtener el éxito deseado.

La presión social por alcanzar la imagen de una mujer triunfadora, exige, como se ha visto, poseer la belleza física idealizada, que se asocia con el éxito a lograr; ésta presión es aún más fuerte, o más evidente en las sociedades actuales, en donde la imagen de la mujer débil, dependiente de la figura masculina, queda cada vez más en el rezago.

CAPÍTULO III.

"ASPECTOS SOCIOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LA ANOREXIA Y LA BULIMIA"

CAPÍTULO III
ASPECTOS SOCIOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LA ANOREXIA Y LA BULIMIA

1. Causas.

Los trastornos de la conducta alimentaria se presentan principalmente en mujeres que se encuentran en la etapa de la adolescencia y juventud, cuyo denominador común y factor de inicio es la insatisfacción con la imagen corporal, generada principalmente por la influencia social, que promueve una figura ultradelgada, seguida por la obsesión por poseer el "cuerpo perfecto", acompañada de prácticas para controlar el peso (por ejemplo: ayuno, vómito, purgas y ejercicio excesivo).

Los trastornos de la conducta alimentaria al igual que la mayoría de las enfermedades, conllevan una etiología múltiple, que incluye factores de tipo psicológico, familiar y sociocultural. De manera genérica, se advierten agentes que actúan como predisponentes, desencadenantes y/o mantenedores de los TCA.

Los factores predisponentes son aquéllos que favorecen la tendencia de un individuo a desarrollar los padecimientos y a su vez, comprenden aspectos de tipo biológico (sexo, edad, herencia genética y obesidad), psicológico (tipo de personalidad, ausencia de motivación y baja autoestima), familiar (familias dominantes o con presencia de conflictos internos, falta de comunicación y/o patrones de crianza extremos, excesivamente permisiva o represiva) y sociocultural (la obsesión de la sociedad actual con la delgadez y la presión que los medios de comunicación ejercen sobre las personas para poseer los atributos que se asocian con el ideal de belleza).

Como factores desencadenantes, se conciben aquéllos que fungen como el detonante para que una persona manifieste conductas alimentarias de riesgo, entre ellos se enlistan situaciones estresantes o experiencias traumáticas vividas, la práctica constante del ayuno, recepción de comentarios negativos, críticas y

burlas sobre la apariencia física, problemas de obesidad y lógicamente, la insatisfacción corporal.

En tanto que por factores mantenedores, se entienden aquéllos que propician las condiciones óptimas para la subsistencia de la enfermedad, se identifican como tales, las conductas compensatorias inapropiadas, como la recurrencia al vómito o el uso de laxantes, la práctica de ejercicio excesivo, dietas y ayunos prolongados.[125]

1.1. Factores socioculturales.

Los aspectos sociales y culturales que influyen en la aparición y desarrollo de los TCA, cobran especial relevancia debido a que las conductas alimentarias de riesgo están directamente relacionadas con altos niveles de deseabilidad social, el temor al rechazo y la necesidad de aprobación social.

Los factores socioculturales que influyen en la aparición, desarrollo y permanencia de los TCA, pueden englobarse en:

1. Sobrevaloración del aspecto físico en la sociedad actual.
2. Estereotipos influidos por la moda y la cultura de la delgadez.
3. Medios de comunicación.[126]

1.1.1. Sobrevaloración del aspecto físico en la sociedad actual.

La cultura occidental se encuentra extremadamente preocupada por el cuerpo y la salud, casi todas las personas, en especial los jóvenes, sufren una gran presión mediática y social por poseer un cuerpo bello y delgado; contar con un aspecto físico agraciado, tiene un valor muy importante, sobre todo para la mujer, para

[125] Crispo Rosina, Diana Guelar y Eduardo Figueroa. *Anorexia, bulimia. Un mapa para recorrer un territorio trastornado.* Editorial Gedisa, España, 1998, pp. 109 y 110.
[126] Díaz Rojo, José Antonio, et al., Op. cit., pp. 31-41.

quien tener una imagen corporal "adecuada", que se ajuste a los cánones de belleza establecidos, generalmente le significa obtener mayores y mejores oportunidades para optimizar su calidad de vida, así como de alcanzar el éxito en las relaciones humanas y en el ámbito laboral.

Las mujeres son blanco de frecuentes mensajes sobre la forma y apariencia corporales perfectas, el ideal de mujer bella establecido es aplicable para las mujeres de cualquier edad, raza y condición social, aunque se caracteriza por la imagen de mujer joven, en exceso delgada, rasgos faciales atractivos y definidos, y un cuerpo de concurso de belleza; características que se difunden por los medios de comunicación en asociación con la industria de la belleza y provocan un fenómeno conocido como la "interiorización del ideal de belleza y la delgadez", que se produce cuando un individuo "adopta cognitivamente" los ideales de belleza socialmente definidos y comienza a desarrollar comportamientos tendientes a alcanzarlos, ocasionando el desarrollo de una autoestima baja, insatisfacción corporal, y en el peor de los escenarios, alteraciones alimentarias.

Para el psiquiatra Luis Rojas Marcos, la obsesión por la imagen impide que la mujer "pueda desarrollarse social y culturalmente, de modo que es la moda la que provoca la tiranía de la belleza a la que está sometida sobre todo la mujer".[127]

En consecuencia, el que una persona posea una imagen corporal alejada de las exigencias sociales, ocasiona que se le asocie con la ineptitud, descuido personal, fracaso, y que se le rechace de determinados círculos sociales; en palabras de Patricia Pinkola:

> "Los severos comentarios acerca de la aceptabilidad del cuerpo, crean una nación de altas muchachas encorvadas, mujeres bajitas sobre zancos, mujeres voluminosas vestidas como de luto, mujeres muy delgadas empeñada en hincharse como víboras, y toda una serie de mujeres disfrazadas. Destruir la cohesión instintiva de una mujer con su cuerpo

[127] Pérez Parejo, Ramón. *El canon de belleza a través de la Historia: un método de descripción de personas para alumnos*. S.E., México, p. 21.

> natural, la priva de su confianza (…) la obliga a emplear su energía en preocuparse por la cantidad de alimento que ha comido o las lecturas de la báscula y las medidas de la cinta métrica".[128]

Sin duda, poseer una "buena" o "mala" imagen corporal, influye decididamente en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas; pero no sólo en las propias, sino también en la manera de cómo los demás nos consideran.

1.1.2. Estereotipos influidos por la moda y la cultura de la delgadez.

Si bien es cierto que en muchas culturas actuales, se *"trabaja el cuerpo"* (especialmente el femenino), con el ánimo de modificar su aspecto natural, a fin de conseguir un mayor grado de aceptabilidad social; también lo es, que en algunas culturas antiguas ya se presentaban prácticas tendientes a transformar la imagen corporal (nuevamente, enfatizando la femenina), para adecuarla a los valores de belleza establecidos culturalmente. Una de las prácticas más conocidas, fue la del vendaje de pies de las mujeres chinas, en la cual, se ataban los pies de las niñas a partir de los cuatro años de edad, doblándoles todos sus dedos hacia dentro, a efecto de impedir su crecimiento natural y lograr un pie "más estético", por lo que a medida que las uñas iban creciendo, se enterraban en la carne, provocando fuertes dolores. Esta costumbre, que hoy por hoy nos parece terrorífica, fue eliminada en los años veinte, pero prevaleció durante varias generaciones, con la idea de que sólo de ésta manera, las niñas podrían ser consideradas bellas en la edad adulta y llegar a contraer matrimonio, los pies así moldeados, otorgaban "un toque elegante al caminar" (le daban a su andar el "temblor del sauce llorón"). Aun hoy, quedan algunas ancianas mujeres que poseen "piececitos" y utilizan zapatitos de tela, que al andar parecen pegar "saltitos", porque sus pies no pueden ser apoyados en el piso, produciendo un movimiento tembloroso, que limita sus movimientos en gran medida.[129]

---

[128] Pérez Parejo, Ramón, Op. cit., p. 22.
[129] Román Ferri, Ma. Teresa, *et al*. *Derecho de las mujeres a su imagen. Los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia]*. Universidad de Alicante, España, 2001, p. 157.

En las sociedades actuales, denominadas “del bienestar” o “del consumo”, lo elegante y de buen gusto es estar delgado, una imagen esbelta denota preocupación y cuidado del propio cuerpo y se asocia con la juventud, la belleza, estatus y hasta el éxito; en tanto que la obesidad se relaciona con la pereza, impopularidad, falta de atractivo, fracaso y por ende, con las clases más modestas de la sociedad, que predominantemente se alimentan de pan, harina, pastas y grasas, en lugar de verduras, carne, pescado y fruta.

La imagen externa es la carta de presentación de las personas, la “primera imagen” define la impresión que los demás tendrán de nosotros, por ello, el miedo al rechazo es una constante en nuestra sociedad. “El cuerpo es el vehículo mediante el que nos comunicamos con el mundo”[130] y es la mujer la que vive más pendiente y centrada en él.

Desde la infancia, se educa a las niñas a preocuparse más por su propio cuerpo y por su imagen corporal, que a los varones; al llegar a la adolescencia, el 70% de las mujeres presentan inconformidad con su propio cuerpo, “adelgazar por debajo del ideal estético femenino y del peso que exige una buena salud corporal y mental para “estar en forma” y “sentirse atractiva”, es una exigencia irrenunciable para no pocas muchachas y adolescentes en la sociedad opulenta occidental”.[131]

> “El ideal de belleza femenina actual consiste en un cuerpo excesivamente delgado y con unas características físicas muy determinadas que exigen un supuesto nivel de perfección prácticamente inalcanzable (…) el ideal de belleza femenino se ha ido configurando cada vez más delgado. Los recientes cambios en el tamaño corporal se han analizado empíricamente examinando la evolución de las dimensiones corporales de las modelos de *Playboy*, las aspirantes a los concursos de belleza, las actrices y las mujeres que aparecen en las revistas en las últimas décadas, comprobando que éstas eran cada vez más delgadas y habían disminuido progresivamente sus curvas, quedando, por tanto, formas corporales cada vez más tubulares.

[130] Martínez Fornés, Santiago. *La obsesión por adelgazar, bulimia y anorexia.* Editorial Espasa-Calpe, México, 2006, p. 13.
[131] Ibídem, p. 21.

> En un estudio (Casas, Mora y Raich, 2000), se evalúo el índice de masa corporal (IMC) de las modelos más famosas de la década de los años noventa. De las 18 modelos analizadas, 15 presentaban un severo infrapeso, dos presentaban bajo peso y sólo una tenía un peso normal. Y es que parece que en la actualidad los modelos de belleza están en un peso muy por debajo de los recomendados médicamente."[132]

Desde sus inicios, el mundo de la moda, desempeñó un papel importante en los temas de la apariencia (sobre todo femenina), la imagen y relevancia de la figura corporal. Para las mujeres, el tema de la moda y el buen vestir, generan gran expectativa e interés; las modelos se han convertido más que en guías del vestir, en parámetros corporales, su silueta caracterizada por su generalizada delgadez, son una influencia decisiva sobre bastantes adolescentes alrededor del mundo, influencia que además se ve acrecentada por el éxito, dinero y fama que esas modelos proyectan a la sociedad.

Las modelos aparecen en todos los medios de comunicación, rodeadas de prestigio social, ¿cómo no admirarlas? y ¿cómo no imitarlas?, si son bellas, exitosas, reconocidas y adineradas.

En la actualidad, la imagen forma parte de un proceso de mercantilización, un proceso en el que la apariencia física es objeto de comercio y transacción económica, se trata de lo que los americanos llaman "el mercado de la imagen".[133]

1.1.3. Medios de comunicación.

Siglos atrás, la ideología, la cultura y los valores sociales se difundían y representaban a través del arte en sus diferentes manifestaciones; a partir del siglo XX, los medios de comunicación sustituyeron con gran éxito las expresiones artísticas y han logrado difundir las creencias y valores de la sociedad actual entre grandes masas de la población; por lo tanto, la publicidad transmitida a través de

[132] López Guimerá, Gemma y David Sánchez-Carracedo. *Prevención de las alteraciones alimentarias. Fundamentos teóricos y recursos prácticos*. Editorial Pirámide, España, 2010, p. 33.
[133] Román Ferri, María Teresa, et al., Op. cit., p. 145.

la televisión, radio, cine, internet y todo tipo de medios escritos cumple satisfactoriamente su cometido de mostrar el modelo estético dominante.

> "…la televisión, las revistas, los diarios, la radio, el cine, la publicidad y los denominados "nuevos medios" o "nuevas tecnologías" ocupan e invaden gran cantidad de nuestro tiempo de ocio y de trabajo. A través de los medios de comunicación se transmiten ideas, valores, normas, actitudes y comportamientos que socializan y construyen la realidad social de aquellos que los usan…"[134]

De acuerdo con un estudio de la Academia Americana de Pediatría, efectuado en 2001, en los países desarrollados la televisión se ha convertido, después del dormir, en la actividad prevaleciente en la vida de los niños, esto se debe a que entre los cuatro y doce años de edad, éstos destinan en promedio 990 horas a la televisión en contra de las 960 horas que dedican a la escuela.[135]

Las presiones socioculturales que ejercen algunos medios de comunicación que promueven el culto al adelgazamiento, juega un papel en ocasiones determinante para desencadenar la insatisfacción corporal, que se genera sobre todo, con la tendencia a la comparación que algunas mujeres desarrollan al evaluar su apariencia con base en las imágenes publicitarias de delgadez, a las que se les atribuyen las cualidades de felicidad, popularidad y éxito.

Los estereotipos presentes en los medios de comunicación transmiten la idea de que las mujeres delgadas son bellas, saludables, ricas y exitosas; a través de mensajes directos e indirectos se asocia el cuerpo delgado con el triunfo en todas las áreas de la vida (emocional, social, laboral y personal).

En 2009, España presentó un estudio general de medios, en el que concluyó que los medios de comunicación que ejercen mayor influencia sobre las personas son las revistas y la televisión, además del internet y el cine para los adolescentes[136];

[134] López Guimerá, Gemma y David Sánchez-Carracedo, Op. cit., p. 36.
[135] Ídem.
[136] Ibídem, p. 37.

las personas que leen revistas de moda y prestan más atención a los comerciales relacionados con la apariencia, muestran mayor preocupación por la delgadez, insatisfacción corporal, frustración con el peso, temor a no encajar en los estándares sociales, y por lo tanto, mayor riesgo de desarrollar sintomatologías relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, en comparación con quienes acostumbran leer otro tipo de publicaciones.[137]

Igualmente en 2009, Levine y Murnen, expusieron que gran parte del contenido de los medios de comunicación, a diario proporcionan al público mensajes poco saludables sobre lo que es y no atractivo, lo que es y no una figura y una talla ideal, acerca del autocontrol, el deseo, la comida y el control del peso. Los medios, enseñan a los espectadores sobre tres temas básicos relacionados con la imagen corporal y una alterada conducta alimentaria:

1. El atractivo corporal y el estilo, son de suma importancia.
2. La competencia para ser el o la mejor se sitúa siempre en el exterior, en la apariencia.
3. Los productos necesarios para ser atractivo y estar a la moda, son proporcionados por los medios de comunicación.[138]

Al parecer, este tipo de publicidad ejerce un impacto directo sobre el estado de ánimo de las personas, que frecuentemente propicia una insatisfacción con su imagen corporal, particularmente en personas con altas tendencias de comparación social e ideas muy específicas sobre el modelo de la belleza deseado.

Como se apuntó en el capítulo anterior, el ideal de belleza varía dependiendo del momento histórico. En los años cincuenta, Marilyn Monroe, fue el ícono de belleza,

[137] Zuvirie Hernández Rosa Margarita y María Dolores Rodríguez Ortiz. *Reacción psicofisiológica a la exposición de imágenes de mujeres delgadas en universitarias*. Revista Mexicana de Trastornos Alimenticios. UNAM, p. 34. consulta: http://journals.iztacala.una.mx, sábado 08 de enero de 2014, 7:11p.m.
[138] Ibídem, p. 34.

la musa propagada por los medios de comunicación de mediados del siglo XX. Estereotipo que no coincide con los parámetros de belleza establecidos en este siglo XXI, donde mujeres como Nicole Kidman o Victoria Beckham, con un peso extremadamente bajo, son el ejemplo a seguir por miles de mujeres alrededor del mundo.

Al momento, la televisión enfatiza a través de mensajes visuales y verbales, que la belleza se encuentra en la posesión de una figura esbelta, incluso por debajo del peso médicamente recomendado; de modo que las figuras regordetas son objeto de burlas y comentarios significativamente negativos sobre imagen corporal, y contrariamente al mensaje que reciben, los espectadores de televisión que se ven expuestos durante más tiempo al ideal de delgadez que presenta este medio masivo de comunicación, generalmente son más proclives a padecer sobrepeso, debido a que llevan una vida más sedentaria.

Respecto de la comunicación escrita, se aprecia que los artículos y reportajes relacionados con los temas de belleza, calorías, pérdida de peso y mercado del adelgazamiento, resultan sumamente atractivas para un gran número de jóvenes y adolescentes.

Recientemente, el Clinical Psychology Center de la Universidad de Arizona, realizó un estudio sobre el contenido de las revistas, se eligieron tres tipos de revistas periódicas (tradicionales, modernas y de modas) destinadas tanto al público femenino como al masculino, de cada revista se analizaron seis ejemplares por año durante once años, los artículos de las revistas se dividieron en cuatro categorías según su contenido: 1) perder peso, 2) belleza, 3) estar en forma y 4) salud; así se obtuvo que el promedio de artículos relativos a perder peso, publicados en las revistas femeninas, era de 10.7 cada seis meses, mientras que en las publicaciones masculinas este tipo de artículos es era de apenas 0.8, el promedio relativo a los artículos de belleza fue de 15.8 en revistas femeninas contra 2.7 en revistas masculinas, los correspondientes al tema de estar en forma,

fue de 4.8 en revistas para mujeres en contra del 3.2 para las revistas de varones, y los artículos relacionados con la salud, fue de un 10.5 contra 2.[139]

Las revistas de moda son actualmente las que incluyen el mayor número de artículos sobre los anteriores cuatro aspectos, lo que pone de manifiesto la estrecha relación existente entre la industria de la moda y el culto al cuerpo.

En 1980, se realizó un estudio acerca de la evolución de las dimensiones corporales de las modelos de la revista *Playboy* y de las concursantes en "Miss América" a lo largo de veinte años. Los resultaron arrojaron que conforme pasa al tiempo los cuerpos de estas mujeres han sido cada vez más delgados. El 69% de las mujeres que aparecen en la citada revista, así como el 60% de las concursantes, registraron un peso correspondiente a un 15% menos del ideal de su peso en función de su edad, talla y sexo. En ese mismo año se recabó el testimonio de una de las ganadoras del concurso en cita, Cheryl Prewitt, declaró que con la finalidad de que su cuerpo se encontrara en forma para participar en el concurso, tuvo que someterse a un régimen alimentario riguroso, correr largas distancias por las carreteras de su país y pedalear durante horas en su bicicleta estática.[140]

Los medios de comunicación contribuyen a la formación de una imagen femenina idealizada, que en la mayoría de los casos no corresponde a los cuerpos de las mujeres que encontramos en nuestra vida cotidiana; quienes al compararse con la imagen que representan sus estrellas de cine o de televisión favoritas, descubren que su morfología y genética no coincide con el ideal de perfección que muestra el mundo de la farándula; lo que motiva que muchas mujeres se sientan mal con su propio cuerpo y generan una percepción inadecuada de su imagen corporal.

[139] Toro, Joseph, Op. cit., p.247.
[140] Ídem.

La publicidad crea y patrocina a las "mujeres ciencia-ficción",[141] prototipos en los que prima lo artificial, lo inventado, que imponen una imagen corporal ficticia, que además de generar falsas expectativas, inducen a sobrevalorar lo insólito, infrecuente, e irreal.

Lo falso de estos estereotipos de belleza, radica en que a efecto de presentar la imagen de una mujer atractiva frente a las pantallas de la televisión, o a imágenes de revistas y sitios de internet, se invirtieron muchas horas en sesiones de maquillaje y/o efectos de *photoshop*, que son capaces de disimular las huellas de la edad, reducir algunas tallas, o aumentar la proporción de ciertas zonas corporales. Incluso suele grabarse un solo anuncio publicitario con varias mujeres que comparten ciertas características corporales atractivas, y representar que se trata de una misma mujer, que se beneficia de las bondades de cierto producto en el mercado.[142]

Cabe hacer mención que las campañas publicitarias que representan rostros y figuras de mujeres irreales, comenzaron a combatirse recientemente, por ejemplo, en 2007, la autoridad reguladora de la publicidad en el Reino Unido "Advertising Standards Authority" (ASA), llamó la atención a la famosa compañía de maquillaje "L´Oréal", que lanzó en ese mismo año, una campaña para anunciar su nueva máscara para pestañas, respecto de la cual, ASA consideró que se exageraban a nivel publicitario, los efectos del producto, por lo que la compañía vulneraba las normas del mercado al confundir a los consumidores y no dejar claro que en el anuncio publicitario en realidad se usaron pestañas postizas.[143]

Es así, que debido a las novedosas críticas respecto de los mensajes publicitarios que hacen énfasis en asociar la belleza a la extrema delgadez, recientemente el

[141] Calado Otero, María. *Trastornos alimentarios. Guías de psicoeducación y autoayuda.* Ediciones Pirámide, España, 2010, p. 92.
[142] Ídem.
[143] Ibídem, pp. 100 y 101.

contenido de los mensajes propagandísticos comenzó a cambiar, de modo que ahora la tendencia publicitaria es asociar la idea de la delgadez con la de la salud.

Pero ¿cuál es la influencia real de los medios de comunicación para que ciertas mujeres desarrollen trastornos relacionados con la conducta alimentaria y la imagen corporal?, sabemos que prácticamente todas las mujeres se exponen a los estereotipos presentados por la televisión, las revistas y la moda; sin embargo, no todas desarrollan estos padecimientos. Los médicos concuerdan en afirmar que las adolescentes son el grupo de mujeres con mayor riesgo a ser influenciadas negativamente por los medios de comunicación, debido a que es en esa etapa de la vida, cuando apenas está en construcción la identidad de las personas y no se cuenta con criterios y valores propios que les permitan escapar de la presión que los medios masivos generan.

El grado de satisfacción de las personas con su propio cuerpo, la aceptación de sí mismo y la comparación social, son factores que también influyen en el nivel de impacto que los medios ejercen sobre los individuos.

Recientemente las páginas de internet denominadas *pro-Ana* y *pro-Mía,* promueven la bulimia y la anorexia como un estilo de vida; estas innovadoras páginas web, presentan paso a paso las instrucciones para alcanzar el anhelado cuerpo extremadamente delgado, que permitirá a los miembros de esa "comunidad", reforzar su identidad y permanecer en las prácticas alimenticias poco saludables.

En 2006 y 2007 se presentaron algunos estudios estadounidenses para comprobar el grado de influencia que estas páginas ejercen en sus internautas, el resultado indica que luego de la exposición de las mujeres a los sitios en la red, genera en ellas un estado de ánimo negativo y baja autoestima, así como una cada vez más incesante preocupación por el peso.[144]

[144] Toro, Joseph. Op. cit., p. 249.

1.2. Factores familiares.

En el núcleo familiar se forja la identidad personal y social a través de enseñanza, transmisión de normas, valores, creencias y lenguaje.

> "En la familia se realizan encuentros y desencuentros, amores y desamores, atracciones y rechazos que permiten la formación y construcción del ser único y personal de cada uno.[145]"

La familia es el principal agente de socialización y del cual depende en gran medida el concepto que el individuo desarrollará de sí mismo, debido a que dentro de ella, no solo se transmiten estilos de vida, sino actitudes alimentarias. Por ello, algunos psiquiatras, señalan a la familia como uno de los elementos que guardan la mayor responsabilidad en el desarrollo de los TCA en los individuos.

De manera genérica, no es posible verificar la existencia de patrones idénticos que permitan identificar a las familias en donde alguno o algunos de sus miembros sean proclives a desarrollar padecimientos relacionados con la conducta alimentaria; aunque sí se identifican ciertos factores que influyen en la aparición de estos padecimientos. Pero sin duda, son distintas las maneras en que el entorno familiar puede contribuir al desarrollo de trastornos relacionados con la ingesta alimentaria.

El papel que desempeña la familia en la transmisión de conductas alimentarias de riesgo, puede explicarse por la función transmisora que el núcleo familiar tiene en cuanto a las normas de conducta social que devienen de la propia formación de los padres, quienes igualmente transmiten la presión social hacia la delgadez.

Estudios que derivan de la década de los años ochenta, dieron a conocer las primeras características de las familias con problemas en su régimen alimentario; en 1984 y 1985, Flash, Ordman y Kirschenbaum, informaron que comparadas con

[145] Aguilar Ramos, María del Carmen. *Concepto de sí mismo, familia y escuela*. Editorial Dykinson, S.L., España, 2001, p. 50.

familias normales, las familias de personas bulímicas, manifiestan conductas de agresión, cólera y conflicto, además de que utilizan una comunicación menos directa y generan poco compromiso y escasa autonomía entre sus miembros. Una de las características más interesantes que los estudios arrojaron sobre las familias con tendencias a desarrollar miembros con TCA, es que manifiestan poco interés en los acontecimientos políticos, sociales y culturales.[146]

Además se informó de la presencia de un notorio nivel de desacuerdo entre los padres, mayores tensiones dentro de la familia y constantes discordancias entre las pacientes bulímicas y/o anoréxicas y la familia, especialmente con el padre. En tanto que las madres de las enfermas, se caracterizan como más hostiles y deprimidas, contrario a los padres que son más irritables e impulsivos.

Otra característica de los padres en familias con problemas del comportamiento alimentario, es la manifestación de un sentido autoimpuesto de justicia, que consiste en un mandato de amar y tratar a todos los hijos por igual, lo que expone a los hijos a un mensaje contradictorio, pues finalmente es común que se presenten preferencias o "injusticias" dentro del núcleo familiar, con lo que se obstaculiza la individualización de los miembros de la familia, la individualización implica tolerancia y aceptación de las diferencias. El trato igualitario y "justo" a todos los integrantes de la familia, mantiene un fuerte control sobre todos ellos y obstaculiza cualquier intento por la individualización o la separación.[147]

Estos primeros estudios sugieren que las familias de bulímicas se caracterizan por falta de compromiso, caos, conflictos y tensiones; utilizan pautas de comunicación indirectas y contradictorias, fracasan en la solución de problemas y tienen menos intereses intelectuales y recreativos; factores que contribuyen a la formación de un

[146] Feinstein, Sherman y Arthur D. Sorosky. *Trastornos de la alimentación, bulimia, obesidad y anorexia nerviosa*. Ediciones Nueva Visión, Argentina, 1998, p. 58.
[147] Stierlin H. *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? Llaves sistemáticas para la apertura, comprensión y tratamiento de la anorexia nerviosa.* Editorial Gedisa, España, 1999, pp. 35 y 36.

niño expuesto a inestabilidad afectiva, tendiente a formar una familia propia con desequilibrio y desorganización.

En algunas familias se presentan pautas de conducta repetitivas que favorecen la aparición y preservación de trastornos de la conducta alimentaria, se trata generalmente de pautas de origen inconsciente que se transmiten de una generación a otra y se consideran "normales" al interior del núcleo familiar.

El excesivo orden, el autosacrificio, la abnegación y la generación de un fuerte sentimiento de dependencia que no propicia la individualización, son factores constantes en las familias de personas con TCA;[148] desde el enfoque psicológico, éste tipo de familias se conciben como "psicomatogénicas", término que fue concebido por Minuchin, Rosman y Baker (1978), para definir a las familias con una integrante anoréxica, atribuyéndoles las siguientes características:

- Gran apego entre sus miembros, lo que les complica su independencia y diferenciación interpersonal.
- Padres sobreprotectores de sus hijos.
- Sus integrantes presentan una capacidad reducida para adaptarse a los cambios.
- Tienen problema para resolver conflictos, incluso manifiestas negación y/o evasión a los problemas.
- Involucran a los hijos en los problemas que competen a las relaciones de pareja de los padres.[149]

Al interior de estas familias, la opinión de los padres, abuelos y parientes en la toma de decisiones y el comportamiento de cada uno de los miembros, es siempre muy importante, al igual que es trascendental la opinión de la sociedad.

[148] Rocha Pineda, Salvador y Victoria Elena Castañón de Antúnez. *Figuras de la anorexia, una comprensión psicoanalítica*. Editores de textos mexicanos. Asociación Psicoanalítica Mexicana, México, 2005, p. 39.
[149] Ibídem, p. 40.

Existen varios factores que contribuyen a la formación de familias psicomatogénicas, entre ellos se encuentran la presencia de eventos traumáticos o experiencias negativas, como por ejemplo la muerte de algún familiar, alcoholismo, orfandad o violencia familiar; que generan el desarrollo de fuertes sentimientos de unidad y dependencia incondicional, con la finalidad de preservar el bienestar y supervivencia.

Desde el punto de vista psicológico, la familia es el primer tejido social en el que se enseñan las bases de la vida humana, bajo una dinámica de interacciones recíprocas basadas en la comunicación; es el espacio vital donde las personas reciben las primeras estimulaciones afectivas, lingüísticas y sociales, que lo convierten en un miembro activo de su comunidad y le inculca las pautas culturales de su entorno.[150]

En la actualidad, la acción educadora de la familia basada en el amor y la autoridad, presenta algunos conflictos:

- El amor es entendido en muchas de las ocasiones como sobreprotección, al dar a los hijos todo los que piden, sin discriminar si se trata de una verdadera necesidad o un simple capricho.
- La autoridad se confunde con el autoritarismo, los adultos, por lo general no establecen reglas ni criterios sobre los cuales los niños puedan regir su conducta.
- La libertad se considera como una facultad por la cual cada persona puede hacer lo que quiera.[151]

En general, se identifican tres tipos de familias que poseen alteraciones tendientes al desarrollo de algún tipo de trastornos alimenticios:

[150] Aguilar Ramos, María del Carmen. Op. cit., p. 51.
[151] Ídem.

1. Familias en que alguno de los padres presenta una enfermedad física o mental, lo que genera una gran responsabilidad para los hijos, una demanda que no les correspondería asumir a ellos.

2. Familias que proporcionan a sus miembros todo lo que pueden desear y necesitar, con la inevitable condición de acatar al pie de la letra las reglas establecidas.

3. Familias en que las relaciones de dependencia son muy fuertes, por lo que la separación de sus miembros resulta extremadamente difícil.[152]

Es común que los padres de personas con bulimia y anorexia, también posean problemas para afrontar los cambios y la individualización, y tienden a sacrificarse por la paciente y por sus hermanos, además de que por lo general las esposas tratan excesivamente de adecuarse a las necesidades de sus maridos, de modo que la relación entre ambos progenitores es de "dominio-sumisión"; la escasa habilidad de estas parejas para brindarse apoyo mutuo, es una de las razones por las que no logran solucionar sus conflictos, los cuales generalmente se vuelcan en la figura de la hija que posee el padecimiento. En estas familias el poder lo obtiene el miembro de la familia que "se sacrifica más", y es la enferma, la que lo hace; en muchos de los casos, se ha detectado que las abuelas o bisabuelas son consideradas "santas".[153]

Las madres de las pacientes con bulimia o anorexia, tienden a presentar características de perfeccionismo, sobreprotección y control sobre la vida de sus hijas, tienen dificultad para visualizar a sus hijas como sujetos independientes y separadas de ellas; por lo que generan en ellas sentimientos encontrados entre crecer y permanecer al lado de su madre.

[152] Aguilar Ramos, María del Carmen. Op. cit., p. 51.
[153] Rocha Pineda, Salvador y Victoria Elena Castañón de Antúnez. Op. cit., p. 41.

En cuanto a la relación con sus padres, las mayoría de las personas anoréxicas o bulímicas, experimentan un trato paternal cercano durante la infancia, que se vuelve distante conforme se acerca la adolescencia. Muchas de las mujeres con el padecimiento recuerdan haber sido las consentidas de sus padres en su niñez, pero manifiestan haberse sentido abandonadas conforme crecían, lo que provoca un sentimiento aversivo hacia los varones, que les genera el deseo de evitar todo tipo de relación o contacto con ellos.

Respecto a la relación de las enfermas con sus hermanos, suele tratarse de una relación de tipo poder-sometimiento, en donde como mujeres, se someten a sus hermanos, debido a que ellos son considerados más valiosos; estas mujeres relacionan el ser delgado con el poder masculino, en tanto que asocian a la gordura como una debilidad femenina. En cuanto a la relación con sus hermanas, suele ser tensa, hay una preocupación constante por ser el foco de atención.

1.3. Factores psicológicos.

Existen ciertas características psicológicas individuales que pueden exponer a una persona, sobre todo adolescente al desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria. En la mayoría de los casos, estos padecimientos aparecen en personas que presentan un exceso de ansiedad, son obsesivas, inseguras de sus acciones y/o sus decisiones y suponen que no son aceptados por los demás o que no encajan en ningún grupo, tienden a la depresión, la impulsividad, el perfeccionismo y la búsqueda constante de la aprobación de quienes los rodean; estos rasgos de la personalidad, pueden llevar a una persona a desarrollar una mayor preocupación por su apariencia física, y por ende por su peso.[154]

Los trastornos del comportamiento alimentario se encuentran directamente relacionados con la distorsión de la imagen corporal, implican un temor a ser visto

[154] Silva, Cecilia. *Trastornos alimentarios (Anorexia, bulimia, comer compulsivo].* Editorial Pax, México, 2007, p. 52.

como feo o ridículo y un sentimiento de profunda vergüenza por ser como se es, por el propio cuerpo; se trata de una convicción irracional de poseer un defecto o de ser anormal y el miedo a la reacción de las demás personas.

La preocupación exagerada por la imagen corporal suele producirse a nivel subjetivo como una inquietud desmedida sobre algún defecto imaginario, alguna anomalía física o una percepción equívoca llevada al extremo sobre la apariencia física (por ejemplo la insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales), fenómeno conocido como "distorsión perceptual",[155] y que genera en las personas un deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes en la vida su vida.

La distorsión perceptual, es una característica típica de los trastornos de la conducta alimentaria, es bien sabido que las personas que los padecen no son capaces de verse a sí mismas como las ven los demás; aún puede tratarse de una persona de gran belleza y afirmar que se ve horrible, o bien de personas extremadamente delgadas que se ven gruesas.

Los psicólogos cognitivos concluyen que existen acontecimientos activadores de los comportamientos relacionados con problemas de la apariencia y el comportamiento alimentario, entre ellos se encuentran las creencias subjetivas sobre la apariencia corporal, que pueden llevar a una persona a evaluar la apariencia a partir de un estándar irreal (mujer alta, delgada y escultural), y las emociones negativas respecto al cuerpo, que puede ocasionar que las personas tengan pensamientos tales como "mientras no adelgace, pareceré una vaca"; éste tipo de activadores se conocen como errores cognitivos de la imagen corporal y pueden desencadenar en problemas como baja autoestima, ansiedad y depresión.

Observaciones clínicas de personas que poseen bulimia y/o anorexia, sugieren que las pacientes tienen un historial de falta de control y de impotencia en relación

[155] Raich, Rosa María. *Imagen corporal, conocer y valorar el propio cuerpo.* Editorial Pirámide. España, 2000, p. 30.

con su experiencia corporal, por ello es que un rasgo de personalidad frecuente entre ellas es la baja autoestima.

La autoestima es la valoración que hace el sujeto de sí mismo, en ella intervienen las personas que le rodean y sus valoraciones que pueden generar en el sujeto una carga efectiva y emocional positiva o negativa, en función de la carga afectiva de amor o rechazo que experimente.[156]

Es cierto que la baja autoestima se asocia comúnmente con cualquier género de psicopatología; empero, las enfermas de bulimia y anorexia, poseen ciertos rasgos característicos, como lo es que pueden llegar a desarrollar una insatisfacción tal con su propio cuerpo, que incluso puede llegar al odio; de igual manera, las enfermas son muy susceptibles al rechazo, lo que les produce sentimientos de incomodidad social y conductas inseguras, desarrollan excesivas críticas de sí mismas, debido a la enorme discrepancia entre su ideal del "yo" y su "yo" verdadero.

Con la anorexia y la bulimia nerviosas, la percepción de la propia imagen corporal deteriora la identidad personal. Esta distorsión perceptiva, les conduce a desarrollar una imagen negativa de sí mismas, un rechazo persistente del propio cuerpo, que podrán llevarlas a un fuerte estado depresivo.

El estado de depresión, genera la discapacidad social de la mayoría de las pacientes, al producir un impacto negativo en su vida personal, en cuanto a relaciones de pareja y familiares en general, así como dificultades de adaptación a su entorno laboral. Desarrollan una fobia social que consiste en el temor a las situaciones sociales que impliquen comer y a que el propio cuerpo sea sometido al escrutinio de los demás, miedo a hablar, a sonrojarse, a comer o a beber en público, a "hacer el ridículo", o a ser rechazados por su propia figura. Destacándose las bulímicas, como las que poseen mayor ansiedad en la

[156] Aguilar Ramos, María del Carmen, Op. cit., p. 27.

interacción social. Por lo que la mejoría del estado mental de las enfermas, así como la normalización de su peso y hábitos alimentarios, contribuyen al restablecimiento de su comportamiento social.[157]

A nivel psicológico, las enfermas de bulimia y/o anorexia, también se caracterizan por la falta de asertividad, en general, manifiestan sentirse muy controladas por su familia y por la sociedad, lo que las hace sumisas, tímidas, con sentimientos de inutilidad personal y se encuentra imposibilitada para hacer frente a la opresión que perciben de parte de los demás. Un ejemplo de conducta no asertiva presente en la totalidad de las enfermas, es la autoagresión, manifestada a través de sentimientos de autocrítica y culpabilidad, por lo que los tratamientos terapéuticos tienden a estar encaminados a contrarrestar los sentimientos negativos hacia sí mismas.

Dentro del campo de la psicofisiología, hay algunos estudios dirigidos a la evaluación de la reacción que en los niveles psicológico y fisiológico, provocan las imágenes de mujeres delgadas en los espectadores, así, mediante estudios de resonancia magnética funcional, se ha obtenido que la distorsión de la imagen corporal en las mujeres, puede relacionarse con una relativa disfunción del hemisferio derecho del cerebro.[158]

Igualmente, se han examinado los mecanismos psicofisiológicos implicados en la regulación afectiva y la restricción alimentaria, demostrando que las mujeres con riesgo de padecer bulimia o anorexia nerviosa, al encontrarse en un estado de ánimo negativo, aun cuando no se encuentren en restricción alimentaria, tienen una potenciación de la respuesta cardiaca de defensa y el reflejo motor de sobresalto (parpadeo) ante la exhibición de imágenes de comida.[159]

---

[157] Behar Rosa. *Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad*. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. UNAM, México, 2010, p. 92.
[158] Zuvirie Hernández, Rosa Margarita, Op. cit., p. 35.
[159] Ídem.

2. Consecuencias físicas de los TCA.

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales graves, con tendencia a la cronicidad y constituyen el tercer padecimiento crónico más prevalente en chicas adolescentes después de la obesidad y el asma.[160]

Las dificultades relacionadas con la bulimia y la anorexia, se traducen en complicaciones de tipo físico y psicológico.

A nivel físico, pueden surgir afectaciones que deterioran varios órganos y sistemas del cuerpo humano, a saber:

a. Sistema cardiovascular.

   Se ve afectado a través de latidos irregulares e infartos de miocardio. Muchas de las muertes de las personas afectadas por los TCA, se deben precisamente a infartos, causados por los bajos niveles de calcio o magnesio.[161]

b. Sistema nervioso.

   Suele presentarse déficit de aprendizaje y problemas de memoria. Debido a la reducción significativa de la glándula pituitaria, cambios en la zona del mesencéfalo y dilatación del sistema ventricular.[162]

c. Sistema óseo.

   Se ocasionan problemas de osteoporosis, caries dental y abscesos. Si la anorexia o la bulimia se presentan durante la etapa de la adolescencia, la paciente puede verse afectada por problemas irreversibles de un crecimiento atrofiado y osteoporosis. Cuando aparece en etapas posteriores, también

[160] López Guimerá, Gemma y David Sánchez-Carracedo, Op. cit., p. 126.
[161] Colombo, Jorge Luis. *Comer todo o no comer nada. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos relacionados*. Grupo Editorial Lumen, Argentina, 2006, pp. 26-30.
[162] Ibídem, pp. 23-30.

suele causar osteoporosis, pero el daño puede revertirse, a través de complementos alimenticios y tratamientos hormonales.

Si la paciente suele recurrir al vómito frecuentemente, se afectan las piezas dentales a través de la erosión del esmalte, con lo que los dientes se vuelven frágiles y vulnerables a la caries.[163]

d. Sistema reproductivo:

Los TCA pueden ocasionar infertilidad, hijos prematuros o enfermizos. El hambre afecta directamente el normal funcionamiento del ciclo menstrual y suele provocar incluso la pérdida de los periodos menstruales, conocido como amenorrea. Si la paciente, llega a embarazarse mientras padece anorexia o bulimia, muy probablemente engendrará bebés más pequeños, que pueden presentar problemas de tipo respiratorio; incluso en posteriores etapas de crecimiento del niño, puede padecer malnutrición, problemas sociales y emocionales.[164]

e. Sistema digestivo:

Suelen presentarse problemas de estreñimiento y diarrea.[165]

A nivel psicológico, los problemas más comunes son la ansiedad, la depresión, síntomas neuróticos como culpabilidad, preocupación y baja concentración.

La tensión nerviosa se manifiesta en más del 80% de las pacientes, y la desesperanza en más del 60%.

En el último espectro de las consecuencias físicas relacionados con la bulimia y la anorexia, se encuentra la muerte. La tasa de mortalidad de la anorexia va desde el 3.3% al 5.1%. [166]

[163] Ogden, Jane, Op. cit., p. 202.
[164] Ídem.
[165] Colombo, Jorge Luis. Op. cit., pp. 23-30.

En comparación con otros problemas psiquiátricos, la tasa de mortalidad de la anorexia es similar a la de la esquizofrenia, el trastorno afectivo y el trastorno de personalidad, pero menor que los problemas psiquiátricos relacionados con el abuso de alcohol y drogas.

Uno de los primeros casos de muerte por anorexia, que llamaría la atención de la sociedad internacional, aconteció el 17 de noviembre de 2010, cuando Isabelle Caro, ex modelo y actriz francesa murió a los veintiocho años de edad a casusa de la enfermedad; originaria de Marsella (sur de Francia), Isabelle posó en 2007 para el famoso fotógrafo italiano Oliviero Toscani para una campaña organizada por la marca de ropa italiana "No-I-ita", con el objetivo de mostrar las graves consecuencias de la enfermedad que ella misma padecía desde los trece años. En 2006, entró en coma al pesar 25 kilogramos y medir 1 metro con 65 centímetros, en su lucha contra la enfermedad, para comienzos de 2010, anunció que había alcanzado los 42 kilogramos, pero ese peso, no fue suficiente para evitar el colapso corporal que la llevó a la muerte en ese mismo año.[167]

Los motivos de muerte más comunes son los suicidios, infecciones y complicaciones gastrointestinales y la delgadez extrema. Un estudio estadounidense practicado en el año 2000, reveló que una mujer anoréxica tiene una probabilidad 58% mayor de suicidarse que una mujer sin el problema.[168]

La tasa de mortalidad atribuible a la bulimia, es mucho más baja que la correspondiente a la anorexia, ya que comprende sólo entre el 1 y 3% de quienes la padecen. De hecho es muy común que gran parte de las bulímicas que fallecen, hayan recibido en algún momento de su historia clínica un diagnóstico de

[166] Ogden, Jane, Op. cit., p. 200.
[167] “Muere ex modelo francesa anoréxica”, en periódico: El economista, México, 29 de diciembre de 2010. www.eleconomista.com.mx. Consulta: sábado 13 de octubre de 2012, 4:12 p.m.
[168] Ogden, Jane, Op. cit., p. 201.

anorexia.[169] Las tasas de mortalidad son de 4 a 10 veces mayores para la población de adolescentes y jóvenes en comparación con la población general.[170]

3. Efectos de los TCA (el combate a la anorexia y la bulimia).

3.1. Acciones de la sociedad.

Estudios recientes realizados en la población mexicana, confirman la presencia de conductas alimentarias de riesgo, principalmente en adolescentes y adultos jóvenes, de manera preponderante en personas del sexo femenino. En un estudio efectuado en muestras representativas de estudiantes de ambos sexos en el Distrito Federal, con una media de edad de catorce años, se observó un incremento en la proporción de sujetos que reportan tres o más conductas de riesgo, en donde se observó que mientras en 1997 la tendencia de conductas de riesgo en torno a los alimentos era de 1.3% en hombres y 9.6% en mujeres; en tanto que para 2003, los porcentajes aumentaron para quedar en 3.8% para los hombres y 9.6% en mujeres.[171]

Durante mucho tiempo, se consideró que los TCA, únicamente se presentaban en personas de altos estratos socioeconómicos; sin embargo, recientes investigaciones han demostrado que también ocurren en un amplio rango de grupos que abarcan diferentes estratos socioeconómicos. Preocupación que se ha extendido a grupos de la sociedad civil organizada, así como a los organismos responsables de la política sanitaria, que están gestionan y emprenden estrategias y acciones tendientes a la prevención y el combate de los trastornos de la conducta alimentaria.

---

[169] Ogden, Jane, Op. cit., pp. 211 y 212.
[170] Ibídem, p. 200.
[171] Saucedo Molina Teresita de Jesús y Claudia Unikel Santocini. “Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada”, en: Revista Salud Mental. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2012, p.14.

3.1.1. Acciones de las empresas y medios de comunicación.

La preocupación de ciertos empresarios por los problemas alimenticios presentes en jóvenes y adolescentes en todo el mundo, los ha impulsado a influir en los medios de comunicación para contrarrestar los efectos negativos que contribuyen a la propagación de éstas enfermedades entre la sociedad.

Una reacción publicitaria contra los estándares irreales de belleza, surgió con la campaña publicitaria de la marca comercializadora de productos de limpieza y cuidado corporal “Dove”, que en 2004, presentó la campaña “Por la belleza real”, en la cual luego de realizar un estudio global, encontró que sólo un 2% de las mujeres se describen y consideran a sí mismas como bellas.

Posteriormente, la marca Cy° Zone, de la compañía colombiana “Belcorp”, emprendió en 2007 la campaña “Quiérete”, con la filosofía de “defender el derecho y el deber de cada uno a quererse y aceptarse tal y como es”, como su nombre lo indica, la campaña busca reforzar la autoestima de las jóvenes y orientarlas para prevenir que se vean afectadas por la anorexia y/o bulimia. Desde el inicio de la campaña, cerca de un millón de personas se unieron a la causa, comprando un producto ícono, y otras más participan en charlas de prevención sobre desórdenes alimenticios realizadas en colegios y universidades de Latinoamérica.

En 2009, durante la “Semana de la Moda en Nueva York”, prestigiosas marcas internacionales como Calvin Klein, Donna Karan, Ralph Lauren, Tommy Hilfiger y Lacoste, optaron por remplazar a las modelos talla cero, por aquéllas con un tallaje entre dos y cuatro, para presentar su colección de primavera; la medida surgió como una reacción de la industria de la moda ante los datos aportados por el sector salud estadounidense que revelaron que en ese país cerca de diez millones de mujeres y un millón de hombres batallan con algún tipo de trastorno

alimenticio.[172] Ya en el 2007, al llegarse la 44° edición de la Pasarela Cibeles, se rechazó a un 30% de las modelos por no ajustarse a los parámetros marcados por la comunidad de Madrid para ofrecer un aspecto saludable, en torno a un 18% de masa corporal, unos 56 kilos para una estatura de 1.75, parámetros avalados por la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, aquélla fue la primera ocasión que una pasarela internacional impuso límites de ese tipo.[173]

3.1.2. Acciones de Asociaciones y Fundaciones.

a) Fundación “Ellen West”.

En 1998, Araceli Aizpuru de la Portilla fundó “Ellen West” como el primer centro especializado en el tratamiento de los trastornos de la alimentación en México.

La fundación recibe el nombre en honor a la poetisa austriaca que a finales de los años treinta, murió de bulimia nerviosa, cuando en el mundo aún no se contaba con elementos para curar la enfermedad.

Ellen West funciona como un organismo no gubernamental sin fines de lucro, constituido por tres áreas:

1. Centro de tratamiento. Que brinda los servicios de nutrición, psiquiatría, medicina interna, psicología, psicoterapia corporal y familiar.

2. Instituto. Con las áreas de investigación, prevención y comunicación.

[172] “Las pasarelas internacionales ganan otra batalla a las tallas cero”, en periódico: El informador, México, 13 de septiembre de 2009. www.elinformador.com.mx, consulta: domingo 22 de septiembre de 2013, 2:54 p.m.
[173] “La Pasarela Cibeles rechaza al 30% de las modelos por estar extremadamente delgadas”, en periódico: El país. España, 07 de septiembre de 2006. www.elpais.com, consulta: domingo 22 de septiembre de 2013, 3:00 p.m.

3. Área de vinculación social y relaciones públicas. Encargada de la recaudación de fondos, vinculación social y una red de voluntariado.

Los objetivos de la fundación consisten en ofrecer diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a toda persona que sufra de algún trastorno de la conducta alimentaria, brindar información a la sociedad mexicana respecto de dichos padecimientos, así como desarrollar programas para prevenirlos, capacitar a especialistas en el tratamiento de los TCA, coordinar esfuerzos de voluntarios y benefactores para la realización de campañas de prevención y recaudación de fondos destinados a otorgar becas a las personas que no tienen recursos económicos para el tratamiento.

En su página de internet *www.ellenwest.org.mx*, se informa que la fundación funciona como el órgano rector en la recaudación de fondos en la lucha contra los trastornos de la conducta alimentaria y como un distribuidor de recursos hacia las actividades y programas que le competen.

Su misión es “que nadie: niño, adolescente o adulto en nuestro país, deje de recibir un tratamiento ético, científico y profesional por falta de información o recursos”.

La fundación Ellen West, cuenta con una clínica del mismo nombre, que se concibe como un centro de tratamiento y rehabilitación de pacientes con trastornos alimentarios, en la cual se ofrece un tratamiento multidisciplinario e integral a pacientes con TCA, que además de atacar los síntomas, analiza las causas de raíz, a efecto de que una vez combatidos los síntomas, el problema no resurja a través de otras vías, ni una vez que el paciente se reintegre a su entorno natural.

Su misión consiste en que “la población de nuestro país vivirá teniendo una alimentación sana y balanceada de tal manera que los trastornos de la

conducta alimentaria serán enfermedades del pasado, así como el estereotipo de belleza de mujer muy delgada".

b) Asociación Mexicana de Trastornos Alimentarios A.C. (AMTA)

Se fundó el 8 de marzo de 2008, mediante la unión de varios profesionistas de diversas disciplinas del ámbito de la salud física y mental; con el objetivo de estimular el estudio, impulsar la investigación, elevar el estudio e impulsar los avances en torno al tema específico de los trastornos de la conducta alimentaria en México.

Constituye la primera red de prevención clínica para los trastornos de la conducta alimentaria en México, que cuenta con especialistas que utilizan métodos multidisciplinarios para el tratamiento personalizado de los pacientes y sus familias.

Los objetivos de la AMTA, son los siguientes:

- Estimular el estudio, investigación y mejoramiento de la práctica clínica en el avance de los TCA.
- Organizar, supervisar y evaluar los exámenes, cursos y requisitos necesarios para comprobar los conocimientos y méritos de los aspirantes al certificado de especialista en trastornos de la conducta alimentaria.
- Promover ante la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, ante la Academia Nacional de Medicina, sociedades médicas y organizaciones de otra índole cuyo objetivo sea la procuración de la salud, médicos, psicólogos, nutriólogos y el público en general, la necesidad de certificación para la práctica clínica.
- Establecer y mantener relaciones interinstitucionales a nivel nacional e internacional con agrupaciones científicas, clínicas y académicas.

Como parte del tratamiento brindado a los enfermos, cada uno recibe un trato específico, definido a partir de un diagnóstico detallado, denominado técnicamente "perfil de conducta alimentaria", desarrollado por el profesor Rojo, de la Universidad de Valencia, España, a través del cual se identifican los espacios físicos y/o emocionales que han sufrido una alteración y por lo tanto, necesitan un plan de acción y restructuración médica que permitan al paciente y a su familia recuperar integralmente la salud.

El interés por los TCA por parte de las asociaciones y fundaciones, ha crecido de manera significativa en todo el mundo, lo que indudablemente constituye una importante fuente de apoyo para las y los jóvenes con el padecimiento, quienes anteriormente no encontraban opciones para someterse a atención especializada; empero, siempre debe tenerse en cuenta que el tratamiento médico-psicológico que las asociaciones y fundaciones puedan proporcionar, no tendrá el éxito buscado, sin el apoyo que brinden las familias de los enfermos, ya que el factor familiar puede considerarse el principal para alcanzar la plena recuperación física, mental y emocional de los pacientes.

3.1.3. Acciones de la familia.

La importancia de la familia en el combate y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, es fundamental, debido a que es en el núcleo familiar, donde las personas reciben las primeras estimulaciones afectivas, sensoriales, y sociales, que le infundirán las pautas culturales para su incorporación a la comunidad.

Uno de los mayores retos que se presentan dentro de la familia para el combate eficaz de los TCA, es la lucha por la individualización dentro del núcleo familiar. Los miembros de la familia deben tener la autonomía necesaria para tomar sus

propias decisiones y hacerse responsables de las mismas, de ocuparse de su propio cuerpo y les permitirá establecer relaciones propias con los demás.

La individualización implica un proceso de desarrollo en la formación de las relaciones familiares, que implica los siguientes aspectos:[174]

a) Ser capaz y estar dispuesto a trazar las fronteras necesarias para distinguir entre "mis percepciones", "mis sueños", "mis derechos" y "mis obligaciones", respecto de los demás.
b) Ser capaz de definir y alcanzar metas y objetivos propios.
c) Ser capaz de aceptar los aspectos penosos de sí mismo.
d) Ser capaz de asumir la responsabilidad de la propia conducta.

Debido a que uno de los factores detonantes de los TCA, dentro del núcleo familiar es la falta de comunicación, invariablemente se les recomienda a los padres de pacientes anoréxicas y bulímicas, brindar atención y comprensión al enfermo. De manera específica, algunos consejos consisten en:

- No permitir que la comida sea vista como un arma, o relacionarla con aspectos positivos o negativos, como premio o castigo.
- No dejarse manipular.
- No reclamar, condenar o acusar a la paciente su enfermedad.

3.2. Acciones del Estado.

Entre los retos más importantes de un Estado, se encuentra garantizar que su población cuente con las condiciones necesarias para su desarrollo; una de esas condiciones esenciales, lo constituyen precisamente los servicios de salud pública, de los cuales el Estado debe fungir como principal garante, la preservación y el cuidado de la salud es una actividad esencial del ente estatal.

[174] Ogden, Jane, Op. cit., p. 25.

La salud de la población es una responsabilidad del Estado, en tanto que toda persona, por el hecho de serlo, goza del derecho universal a la salud; en el entendido de que la salud es una condición *sine qua non* para aspirar a un buen nivel de vida, ante la enfermedad, el individuo, se encuentra obstaculizado para aprovechar al máximo sus oportunidades de desarrollo, por lo que los servicios de salud, se conciben como un derecho social.[175]

La responsabilidad del Estado en materia de salud, conlleva el diseño y aplicación de acciones de regulación, vigilancia y atención a los padecimientos patológicos de la sociedad; la definición e implementación de medidas preventivas y correctivas en la materia, es la expresión de la protección que el Estado brinda en torno a la salud de su población, la salud pública requiere "la construcción de un conjunto de regulaciones que definan las condiciones mínimas, los medios y procedimientos apropiados para su protección".[176]

Con la finalidad de contar con un instrumento que permitiera conocer y cuantificar las condiciones de salud y nutrición de la población mexicana, en 1988 se realizó la primera encuesta de nutrición con cobertura nacional, lo que permitió contar con información representativa y confiable sobre la alimentación y el estado nutricio de los mexicanos en el ámbito nacional, comprendiendo zonas urbanas y rurales. La Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) 1988, tuvo una cobertura de más de 13000 viviendas ubicadas en las zonas norte, centro y sur del país, así como en la Ciudad de México, en las cuales se obtuvo información de casi 7500 menores de cinco años y de más de 19000 mujeres de entre doce y cuarenta y nueve años de edad. Se obtuvieron mediciones antropométricas, información sobre ingestión dietética, variables sociodemográficas e indicadores del estado de salud y enfermedad en niños y mujeres, además de obtener datos sobre anemia, exclusivamente en mujeres. Los resultados de la ENN, permitieron identificar los problemas de mala nutrición por deficiencia y por exceso en nuestro país y

[175] Brena Sema, Ingrid, Op. cit., p. 158.
[176] Tapia Conyer, Roberto. *El derecho a la protección de la salud pública*. México, 2006, p. 163.

establecer su magnitud, así como aportó información para la planeación de políticas y programas de alimentación y nutrición.[177]

Empero, hasta hace poco tiempo en México, el problema de los TCA se concebía entre el sector médico como un tema minoritario, cuya atención resultaba frívola en comparación con otras enfermedades como la tuberculosis, esquizofrenia o desnutrición; de acuerdo a información proporcionada por el Instituto Nacional de Psiquiatría,[178] este fenómeno pudo deberse en primer lugar, a que hasta la década de los 80´s, los casos de TCA fueron casi inexistentes en México; en segundo lugar, debido al desconocimiento del origen psiquiátrico de la enfermedad; en tercer lugar, precisamente debido al carácter psiquiátrico de la enfermedad, hasta hace poco, la cobertura de servicios de salud en México, no comprendía los servicios psiquiátricos especializados; y finalmente, porque aun y cuando los enfermos hubieran acudido a los servicios médicos, es muy posible que hubiesen sido mal diagnosticados, dado el desconocimiento generalizado de la enfermedad.

La incipiente intervención del Estado en materia del combate y prevención de los TCA, entre la población, generalmente se justifica atendiendo a los costos que su tratamiento representa para el erario público. La atención del Estado mexicano respecto de los trastornos de la conducta alimentaria entre su población, comenzó prácticamente en 1985, cuando se fundó la Clínica de Anorexia Nerviosa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”, coordinada por el Departamento de Medicina Psicológica, que atendía casos graves de anorexia. En 1990, se creó en el propio Instituto la Clínica de la Familia, que complementaba la atención de la anorexia nerviosa, la cual se transformó en 1995, en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, que para 2003, se convertiría en la Clínica de TCA y Obesidad.[179]

---

[177] Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSAUT] 2012, Resultados nacionales, en: http://ensanut.insp.mx/resultados_principales.php, consulta: viernes 04 de enero de 2013, 8:45 p.m.
[178] Caballero Romo, Alejandro y Claudia Unikel Santoncini. *Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México, 2010, p. 8.
[179] Ídem.

Por otra parte, en 1996, en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Juan Ramón de la Fuente", se creó la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, que actualmente atiende aproximadamente 250 casos de TCA al año, con un enfoque multidisciplinario.[180]

Existen dos formas en que el Estado interviene en el cuidado de la salud general de la población:

1. Acciones de promoción y prevención: Se generan cuando el Estado se limita a proporcionar información e intentar persuadir al individuo para evitar prácticas de riesgo hacia su salud, mediante la consejería y actividades de promoción, tendientes a que los individuos modifiquen prácticas nocivas para su bienestar físico y mental.

2. Acciones de regulación de la salud: Se llevan a cabo cuando la actuación de los individuos en materia de salud, implica no sólo un riesgo para ellos mismos, sino también para la comunidad. Ante ello, el Estado no sólo está obligado a proporcionar información tendiente a la persuasión de prácticas nocivas para la salud, sino a generar, a través de disposiciones jurídicas, los mecanismos de coerción tendientes a suprimir comportamientos nocivos de salud, y prohibir desde la perspectiva sanitaria, los medios utilizados para auto-infringirse daño y poner en riesgo la salud de los demás.

En materia de TCA, el Estado mexicano, concretiza ambos tipos de acciones, a través de sus diferentes centros, clínicas y hospitales que conforman la red nacional de servicios de salud, enfocados al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria entre la población, así como mediante la operación de institutos de investigación y docencia en la materia, y el diseño e implementación de diversos instrumentos estadísticos, legislativos, y de diversa

[180] Caballero Romo, Alejandro y Claudia Unikel Santoncini, Op. cit., pp. 7 y 8.

índole, tendientes a la prevención y combate de las conductas alimentarias de riesgo, algunos de ellos, son los siguientes:

1. Celebración de encuentros, congresos y coloquios:

- Encuentro Internacional de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad (2009). Durante el evento, el Titular de la Secretaría de Salud Federal, reconoció que a pesar de que los TCA provocan daños irreparables en quienes los padecen, que incluso los llevan a un colapso mortal, además de que disminuyen su interacción con los demás, no se brinda a tales padecimientos la atención merecida, el funcionario comentó que entre 0.1 y 1% de los escolares y adolescentes mujeres presentan anorexia, mientras que padecen bulimia de 1 a 3% del mismo grupo de edad.

- Segundo Encuentro México-Francia, Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad (2010). Al cual acudieron el Secretario de Salud de México y el Primer Consejero de la Embajada de Francia en México, en el que se hizo hincapié en la enriquecedora cooperación franco-mexicana en materia de salud, tanto en cuanto a la lucha contra las epidemias como en la sensibilización médica a los peligros que representan los desequilibrios alimentarios.

- Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSAUT). Surgen como una herramienta para generar información relevante y actualizada sobre la frecuencia, distribución y tendencia de las condiciones de salud y nutrición de los mexicanos, así como un mecanismo de medición de la respuesta gubernamental frente a los problemas de salud y nutrición de la población, de la cobertura de protección en salud de las familias y del desempeño del sector salud.

La participación de las familias no tiene costo alguno y es voluntaria, durante la aplicación de la encuesta, un equipo de encuestadores que conforma el equipo de nutrición, visitan los hogares para tomar algunas medidas como peso, estatura, circunferencia de cintura y presión arterial, así como para determinar si los integrantes del hogar visitado, tienen anemia, y practicar algunas preguntas relacionadas con la alimentación de los miembros del hogar, su participación en programas de salud y/o nutrición, actividad física y lactancia materna. La última encuesta que se practicó fue la ENSAUT 2012, durante la cual, se aplicó a adolescentes de entre diez y diecinueve años, un cuestionario de ocho preguntas para evaluar las conductas alimentarias de riesgo durante los últimos tres meses previos a la aplicación del sondeo.

- Primer Congreso “Obesidad, Trastornos de la Conducta Alimentaria y Enfermedades Crónicas No Transmisibles” (2010). Fue organizado por distintas dependencias federales, estatales y municipales, académicas y de salud, entre ellas, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Ayuntamiento de Morelia, Michoacán, la Fundación Franco-Mexicana para la Medicina y el Colegio de Médicos de Michoacán.

- Tercer Coloquio de Trastornos de la Conducta Alimentaria (2011). Evento en el cual participaron especialistas del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, durante el cual se trataron temas relacionados con la percepción e imagen corporal, evaluación psicológica de los pacientes con TCA, así como el manejo nutricional, familiar y psicofarmacéutico de la enfermedad.

2. Investigación y docencia:

- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Cuenta con una Maestría en Nutrición y una línea de investigación en materia de conducta alimentaria. El Instituto lanzó la campaña “Bájale y 100TT leve”, que tiene el objetivo de implementar estrategias basadas en la adopción de patrones de alimentación

saludable entre estudiantes de nivel medio superior en la Ciudad de México, que permitan prevenir y controlar padecimientos como el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición.

- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.[181] Diseñó un cuestionario para explorar el riesgo de los trastornos de la alimentación para ser aplicado en instituciones de salud, el cual va acompañado del procedimiento que se debe seguir en caso de presuponer un posible trastorno de este tipo en adolescentes, buscando evitar las manifestaciones más severas y avanzadas de estos trastornos. El cuestionario sólo se utiliza para aplicarse a la población en riesgo que acude al Centro y los resultados que con él se obtienen, permiten llevar un registro fiable de los posibles casos de anorexia y bulimia en adolescentes a nivel federal, teniendo un control epidemiológico de estos trastornos, lo que a su vez permite diseñar y ejercer acciones específicas para combatir esta problemática.

3. Instituciones Federales de Salud:

- El 19 de enero de 2004, se creó el Consejo Nacional de Salud Mental, como un instrumento dependiente de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud Federal, que tiene la finalidad de proporcionar atención médico-psiquiátrica, a través de acciones de promoción, prevención y rehabilitación en el campo de la salud mental, que se logra mediante un modelo de operación consistente en tres etapas: 1) prevención (atención primaria), 2) hospitalización breve y 3) reintegración social, llamado “modelo Miguel Hidalgo”. [182] El Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, tiene una Clínica de Atención Integral de la Salud Mental, donde se tratan trastornos psicológicos de niños, adolescentes y adultos; se brinda atención enfocada a las personas que

[181] www.censia.salud.gob.mx, consulta: martes 01 de enero de 2013, 09:30 a.m.
[182] www.consame.salud.gob.mx, consulta: martes 01 de enero de 2013, 12:40 p.m.

presentan trastornos de la alimentación en caso de ser requerido y para un manejo más adecuado, se canaliza a los usuarios a las siguientes instituciones:

- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".
  Fundado por el Dr. Salvador Zubirán, quien en 1994 transformó el entonces "Servicio de Enfermedades de la Nutrición" del Hospital General de la Ciudad de México, en el "Hospital de Enfermedades de la Nutrición", oficialmente inaugurado el 12 de octubre de 1946, con tres departamentos médicos: endocrinología, gastroenterología y hematología. Para 1957, se constituyó formalmente la División de Nutrición, que realiza numerosos estudios y asesora al gobierno en este campo.[183] En 1985, el Instituto fundó su clínica de Anorexia nerviosa, coordinada por el Departamento de Medicina Psicológica, que básicamente atendía casos graves de anorexia.

- Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".
  Tiene como objetivo la investigación científica en el campo de la salud mental, así como la prestación de servicios médicos de alta especialidad tendientes a coadyuvar en la prevención de problemas psiquiátricos y ofrecer a los enfermos y a sus familias, la mejor opción posible de tratamiento y control de su enfermedad. En 1996, creó su Clínica de Trastornos de Conducta Alimentaria, que actualmente atiende a un promedio de 250 casos anuales de TCA con un enfoque interdisciplinario.

  Con la finalidad de identificar tempranamente los casos de trastornos de la conducta alimentaria que con frecuencia no son advertidos por familiares, educadores y médicos de las propias pacientes; entre septiembre y diciembre de 2002, la Clínica aplicó un cuestionario para la detección de posibles casos de trastornos de la conducta alimentaria, el cuestionario se compone de 11 reactivos enfocados a temas como la preocupación por

[183] www.innsz.gob.mx, consulta: martes 01 de enero de 2013, 12:50 p.m.

engordar, la práctica de atracones, la sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y diuréticos), este instrumento se aplicó a un grupo de 78 mujeres con una edad promedio de veinte y veinticuatro años, todas estudiantes de los niveles de educación medio y medio superior, habitantes de la Ciudad de México, consideradas un sector de riesgo, por encontrarse en una etapa crucial en su desarrollo físico y mental, así como por transitar un difícil periodo de adaptación social; los resultados de la aplicación de este instrumento, demostraron que 18.3% de las jóvenes reconocieron que en los tres meses previos al cuestionario, les preocupó engordar, consumir demasiado o bien perdieron el control para comer; además de que algunas de ellas incurrieron en otras prácticas de riesgo como dietas, ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso, y en menor proporción se encuentra la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos para bajar de peso.

Debido a que las enfermedades mentales con frecuencia son poco comprendidas entre la población y generan gran estigma sobre quienes las padecen, el Instituto ha reforzado programas de psicoeducación y apoyo a familiares, además de fortalecer los programas encaminados a analizar el estigma y contribuyen a mejorar las formas de abordar el problema.[184]

- Instituto Nacional de Pediatría (INP).

  Forma parte de la red nacional de institutos de salud destinados a mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, enfocado a la atención para la salud de la infancia y la adolescencia, a través de la investigación científica, así como la asistencia en salud de alta especialidad, cuya visión es “impactar en indicadores de salud de la infancia y la adolescencia, disminuir la carga

[184] www.inprf.gob.mx, consulta: martes 01 de enero de 2013, 14:20 p.m.

de la enfermedad y propiciar un financiamiento integral y una atención incluyente para la familia de los pacientes".[185]

- Hospital Juárez del Centro.

  Cuenta con una Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ofrece un servicio de atención telefónica mediante el cual, quienes padecen algún trastorno de la conducta alimentaria, pueden recibir apoyo inicial de un experto, quien en un primer momento practica una evaluación inicial al solicitante de la atención, a efecto de determinar el nivel de tratamiento que requiere, emprendiendo un diálogo para conocer a fondo al paciente. En caso de determinarse la necesidad de una evaluación secundaria, deberá realizarse en las instalaciones de la propia clínica.[186]

- Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES).

  En el año 2007, la Secretaría de Salud creó las Unidades de Especialidades Médicas como respuesta a la necesidad de atención integral de servicios, particularmente, de alta especialidad. Son instituciones de atención ambulatoria, con especial énfasis en actividades de promoción, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación de niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

  En estas UNEMES, se ubican unidades enfocadas en la atención de enfermedades de salud mental, como el Centro Integral de Salud Mental (CISAME), en donde uno de los trastornos programados para su atención es el de la conducta alimentaria. En toda la República Mexicana, existen 33 UNEMES de salud mental.

  Las UNEMES CISAME son establecimientos de atención médica para consulta externa a pacientes con repercusiones psicológicas y/o trastornos

[185] www.inprf.gob.mx, consulta: martes 01 de enero de 2013, 14:20 p.m.
[186] www.hjc.salud.gob.mx, consulta: miércoles 02 de enero de 2013, 12:03 p.m.

mentales; cuentan con áreas para tratamiento médico, psicológico y social, y brindan el servicio de prevención y promoción de la salud, además de apoyo psicológico, tanto a pacientes como a familiares. Su objetivo es contar con la infraestructura que ofrezca servicios para la atención, detección y rehabilitación oportuna en salud mental, a pacientes que requieren de un tratamiento especializado. Además se cuenta con servicio de comedor terapéutico, orientación nutricional, apoyo terapéutico, psiquiátrico o psicológico y es posible complementar el tratamiento con atención en las materias de pediatría, psiquiatría, endocrinología, ginecología, y/o nutriología, en beneficio del paciente.

Además de las instituciones mencionadas, el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), diseñó el servicio de la Clínica de Atención Psicológica para abordar cinco problemas médicos básicos:

1. Depresión
2. Estrés
3. Trastornos de ansiedad
4. Bulimia
5. Anorexia

La clínica se creó bajo la perspectiva de que los problemas emocionales entre los jóvenes van en aumento, sin que éstos acudan a buscar orientación, por lo que el enfoque de esta clínica para abordar estos problemas médicos, se encamina a conocer el contexto en el cual se presenta el desajuste emocional y así, intervenir con tratamientos establecidos por terapeutas para lograr el bienestar de los jóvenes. El terapeuta determina el curso de la terapia, esto es, el número de sesiones, tiempo por sesión, frecuencia de las mismas y el material adicional a utilizar para completar el tratamiento.

Por otra parte, la Secretaría de Salud Federal, creó un correo electrónico para la atención de trastornos de la conducta alimentaria: t.conducta.alimentaria@salud.gob.mx, a través del cual es posible solicitar ayuda relacionada con éstos padecimientos, a efecto de ser canalizado a una clínica u hospital especializado.

En el interior de la República existen 20 Centros Integrales de Salud Mental, ubicados en los Estados de Aguascalientes, Baja California Sur, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Estado de México, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nayarit, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas, en los que se brinda atención y canalización a los pacientes con dichos trastornos alimentarios.

- Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Los trastornos de la conducta alimentaria, así como la nutrición, son catalogadas como enfermedades crónicas no transmisibles, este tipo de enfermedades, entre las cuales también se encuentran los padecimientos cardiovasculares, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, constituyen uno de los principales motivos de consulta, además de ser una causa común de discapacidad y muerte prematura para la sociedad, por lo que representan un gasto significativo en operación de los servicios de salud.

Como parte de las acciones del Gobierno Federal para prevenir las enfermedades no transmisibles y promover mejores prácticas nutricionales entre la población, el 11 de febrero de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo por el que se creó el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, el cual, tiene como finalidad, impulsar las acciones que las instituciones de salud, deban adoptar para prevenir esas enfermedades; entre sus

> atribuciones se encuentran desarrollar y proponer un programa nacional específico para los trastornos de la conducta alimentaria complementario con el manejo de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles. En agosto de 2010, se celebró la primera sesión del Consejo, durante la cual se acordó el establecimiento de un programa de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la creación de un registro nacional de enfermedades crónicas y la formulación de anteproyectos de Normas Oficiales Mexicanas sobre el tema.

Sin duda, las acciones emprendidas tanto por la sociedad, como por el Estado en materia combate a los trastornos de la conducta alimentaria, parece incipiente, sobre todo si se considera que, la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria entre jóvenes de quince a veinticuatro años, va en aumento debido a la dinámica de la vida actual, que contribuye fuertemente a la proliferación de conductas alimentarias de riesgo; de acuerdo con investigaciones de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) sobre trastornos alimenticios, más de la mitad de las mujeres con edades de entre nueve y veinticinco años, comienzan a hacer dieta a partir de los doce años por razones estéticas, situación por la cual se estima que doscientos mil mujeres mexicanas padecen alguno de estos trastornos.[187]

La atención y tratamiento enfocado al combate de la proliferación de estos padecimientos es aún precario, en nuestro país; sin embargo, ello resulta lógico al considerar que su atención y tratamiento comenzó hace apenas algunos años, por lo que el tema constituye en cierta medida una novedad para su enfoque médico, por lo que aún existen muchas líneas de acción que sociedad y gobierno deberán emprender y a las cuales deberán dar seguimiento para evitar que el problema continúe en expansión, recordemos que el comienzo se dio con el diseño de las campañas de difusión de las adecuadas prácticas alimenticias, la promoción de

[187] Ramos Pérez, Jorge. “Padecen 200 mil mujeres trastornos alimenticios: UNAM”, en periódico: El Universal. México, 14 de noviembre de 2008. www.eluniversal.com.mx, consulta: domingo 11 de agosto de 2013, 7:10 p.m.

las actividades físicas en escuelas y los intentos por regular el tipo de alimentos que se ofrecen en las escuelas; sin embargo, aún faltan esfuerzos tendientes al combate de los TCA, por ejemplo, la regulación de la publicidad dirigida a niños, legislar respecto de la industria de la moda, las tallas, y crear espacios públicos de discusión y difusión en los que se aborde y dé a conocer la problemática que se vive en relación con estos padecimientos de manera profesional y seria.

CAPITULO IV.

"MARCO JURÍDICO NACIONAL E INTERNACIONAL REGULADOR DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA"

CAPÍTULO IV.
MARCO JURÍDICO NACIONAL E INTERNACIONAL REGULADOR DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

1. Marco jurídico nacional.

México no cuenta con un marco jurídico específico tendiente a la prevención y el combate de los trastornos de la conducta alimentaria; sin embargo, sí existe un conjunto de disposiciones relacionadas con el tema de la preservación de la salud en materia de alimentación y hábitos alimenticios, aunque la mayor parte de esa normatividad no tiene la finalidad concreta de prevenir y combatir la problemática de los TCA, al tener como eje central, la conservación de la salud general de la población, lo que a su vez incide de manera indirecta en la salud alimentaria y por ende, en la atención de los padecimientos que se originan derivado de una inadecuada práctica alimenticia.

1.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Actualmente la salud se concibe como un factor indispensable para el progreso de la sociedad, por ello constituye un tema central en la vida de todo Estado moderno.

Desde los inicios de México como nación independiente, comenzaron los esfuerzos orientados a la atención de los problemas de salud entre la población; empero, no fue sino hasta el 03 de febrero de 1983, cuando se incorporó a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el derecho a la protección de la salud, el cual, se consideró como una responsabilidad compartida entre el Estado, el individuo y la sociedad en su conjunto,[188] derecho que anteriormente sólo se concebía como una cuestión de mera caridad, o de índole religioso.

[188] Brena Sesma, Ingrid. Salud y Derecho, Op. cit., 2005, p. 170.

Con el movimiento de Reforma, el Estado mexicano se asumió como el único responsable del cumplimiento del derecho a la salud, pero fue hasta la revolución de 1910, con las ideas progresistas del constituyente de 1917, que ese derecho revistió un carácter social, y se reconoció la consecución de esa prerrogativa, como uno de los retos más importantes del Estado en la lucha por lograr la igualdad social.

En el año de 1999, la mayor parte de la doctrina jurídica mexicana concibió el derecho constitucional a la protección de la salud, como una disposición que únicamente establecía directivas de acción en torno a la materia, pero no gozaba de un carácter vinculatorio que permitiera a los ciudadanos hacer exigible este derecho a través de medios legalmente establecidos; por lo que en la práctica, realmente no constituía un derecho justiciable.

El 09 de diciembre de 1996, una persona con VIH/SIDA interpuso un amparo solicitando se le proveyera de medicamentos retrovirales; en la primera instancia, el amparo le fue negado, pero el 25 de octubre de 1999, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, resolvió en pleno y por unanimidad, que el derecho a la protección de la salud sí se traduce en un derecho subjetivo a recibir los medicamentos básicos para el tratamiento de las enfermedades como parte integrante de la atención médica, y señaló que el derecho a la protección de la salud, es una garantía individual;[189] con lo que la garantía constitucional de la protección a la salud, se convirtió en un derecho social verdaderamente exigible.

Actualmente el artículo 4º de la Carta Magna, consagra el derecho a la salud y a una alimentación adecuada, literalmente señala:

> **"Artículo 4o.**
> …

[189] Suprema Corte de Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación, T. XI, 2000, tesis p. XIX/2000, p. 112.

> Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.
>
> Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general…"
>
> (El énfasis es propio)

De dicho precepto constitucional se advierte que el derecho a la salud constituye una meta fundamental para el Estado mexicano, por lo que a efecto de garantizar su protección, éste impone deberes complejos a todos los poderes públicos, desde el legislador y la administración, hasta los hospitales públicos y su personal médico.

El derecho a la salud consagrado en el referido artículo 4o. de la Constitución, no sólo comprende la protección de la salud física del individuo, en el sentido de no padecer una enfermedad, sino que también implica el cuidado y salvaguarda de aspectos de bienestar internos, como es la preservación del correcto estado mental y emocional de las personas; en tanto que implica la salvaguarda de un estado de bienestar general que comprende el aspecto físico, mental, emocional y social del individuo.

En este sentido, en tanto que el Estado mexicano garantiza el derecho a la salud como una prerrogativa fundamental de todo individuo, es inconcuso que la prevención y el tratamiento de enfermedades mentales, entre las que se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria, está implícitamente tutelado por el texto constitucional, de manera que constituye una obligación en materia de salud garantizar la atención y tratamiento de éste tipo de padecimientos entre la población.

1.2. Legislación Federal.

La normatividad vigente en materia de salud alimentaria en el ámbito federal, se caracteriza por una tendencia enfocada al tratamiento y prevención del sobrepeso y la obesidad entre la población, esta situación se debe a que en la actualidad, México ocupa el segundo lugar de prevalencia a nivel mundial de personas con obesidad, sólo después de los Estados Unidos de América; ello constituye un problema de salud pública de atención prioritaria para el gobierno mexicano, por lo que se estableció una estructura política nacional tendiente a combatir las causas y efectos del problema. Consecuentemente, el impacto que han generado estos problemas en la sociedad, ocasiona que la atención que reciben los trastornos alimentarios antagónicos, en específico la bulimia y anorexia, sea incipiente.

1.2.1. Ley General de Salud.

Los TCA se consideran desórdenes de la salud mental, por lo que las bases para su tratamiento y atención, se encuentran previstas en el capítulo VI de este ordenamiento legal, que aborda específicamente este tipo de padecimientos y establece como prioritaria la atención y prevención de los trastornos mentales y del comportamiento, al disponer en su artículo 72, lo siguiente:

> "**Artículo 72**.- La prevención y atención de los trastornos mentales y del comportamiento es de carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control multidisciplinario de dichos trastornos, así como otros aspectos relacionados con el diagnóstico, conservación y mejoramiento de la salud mental.
>
> Para los efectos de esta Ley, se entiende por salud mental el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.

La atención de los trastornos mentales y del comportamiento deberá brindarse con un enfoque comunitario, de reinserción psicosocial y con estricto respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios."

Por otra parte, en su artículo 73, dispone:

"**Artículo 73**.- Para la promoción de la salud mental y la atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente a grupos en situación de vulnerabilidad.

II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental, así como el conocimiento y prevención de los trastornos mentales y del comportamiento;

III. La realización de programas para la prevención y control del uso de substancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras substancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia;

IV. Las acciones y campañas de promoción de los derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, así como de sensibilización para reducir el estigma y la discriminación, a fin de favorecer el acceso oportuno de la atención;

V. La implementación estratégica y gradual de servicios de salud mental en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud, que permita abatir la brecha de atención;

…"

De donde se desprenden las atribuciones de la Secretaría de Salud e instituciones del ramo, y de los gobiernos de las entidades federativas, en cuanto a desarrollar e impulsar acciones tendientes a promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales y del comportamiento, a través de actividades educativas, socioculturales y recreativas, así como mediante la orientación en materia de

salud mental y la promoción de campañas de los derechos de las personas con trastornos mentales y del comportamiento.

En el artículo 74 Bis del mismo ordenamiento legal, se concede a quienes padecen trastornos mentales y del comportamiento, el derecho a recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental y que ésta sea acorde con sus antecedentes culturales, lo que implica un trato sin discriminación y con respeto a la dignidad de la persona; el derecho a contar con un representante que cuide en todo momento de sus intereses, al consentimiento informado de la persona o su representante, en relación al tratamiento a recibir, a que el tratamiento que reciba esté basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico, revisado periódicamente y, a no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona, además de ser tratado y atendido en su comunidad o lo más cerca posible al lugar en donde habiten sus familiares o amigos.

De acuerdo al Instituto Nacional de Psiquiatría "Juan Ramón de la Fuente Muñiz", [190] como padecimientos de salud mental, los TCA han alcanzado la categoría de problema de salud pública, en virtud de que están presentes en más de tres cuartas partes de la población mexicana; por lo que el problema cada vez consigue una mayor atención por parte de las instituciones públicas de salud.

Para Roberto Tapia Conyer y Ma. de Lourdes Motta Murgía, la salud pública puede definirse como: "todas aquellas acciones realizadas en beneficio de la sociedad, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la colectividad", y dentro de ella, queda incluida la materia de orientación y mejoramiento de la nutrición.[191]

El artículo 24 de la Ley General de Salud (LGS) clasifica los servicios de salud en tres tipos:

[190] www.inprf.org.mx, consulta: domingo 18 de agosto de 2013, 7:18 p.m.
[191] Brena Sesma, Ingrid, Op. cit., p. 173.

I. De atención médica

II. De salud pública

III. De asistencia social

Se dedican capítulos especiales para desglosar los conceptos de “servicios de atención médica” y “asistencia social”, y se proporciona un catálogo de los servicios que cada concepto implica; empero, no se define el término “salud pública”, ni tampoco se proporciona un catálogo de sus servicios. Al respecto, algunos autores precisan, que dentro de los servicios de salud pública, únicamente deben ser incluidos aquéllos, que el propio ordenamiento normativo, señala como básicos en su numeral 27, entre las cuales se encuentra los servicios de salud mental y la promoción del mejoramiento de la nutrición, que se encuentran directamente relacionados con los problemas de los trastornos de la conducta alimentaria.

La ausencia de claridad en cuanto qué debe entenderse por “salud pública”, así como respecto de los servicios que quedan comprendidos bajo este concepto, contribuye a que no se tenga una visión precisa en cuanto a la forma en que se puede tener acceso a los mismos. Por ello, si el objetivo esencial de la salud pública, consiste en la protección de la colectividad, parece difícil de alcanzar, ante las imprecisiones que presenta el marco jurídico.

Un aspecto destacable de esta Ley, es que contempla la imposición de sanciones y medidas de seguridad, ante la difusión de mensajes publicitarios en materia de salud, que contravengan lo dispuesto en el propio ordenamiento, y en otros aplicables, e incluso, cuando la Secretaría de Salud determine que el contenido de los mismos, afecta o induce a actos que pueden afectar la salud pública; las sanciones consisten en la suspensión de los anuncios publicitarios, dentro de las veinticuatro horas siguientes a la notificación de la medida de seguridad, si se trata

de emisiones de radio, cine, televisión, de publicaciones diarias o de anuncios en la vía pública; no obstante la existencia de tal disposición, en la práctica, es común la difusión a través de los medios masivos de comunicación de mensajes publicitarios que favorecen y propician la idea de la delgadez extrema como requisito de la belleza femenina, los cuales, bien pudiesen incidir en el favorecimiento de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria entre los espectadores, sin que las autoridades correspondientes, apliquen restricciones, o medidas seguridad tendientes a proteger la salud pública.

1.2.2. Propuestas legislativas a nivel federal.

El 26 de abril de 2007, el Senador Manuel Velasco Coello, presentó una proposición con punto de acuerdo sobre bulimia y anorexia, consistente en declarar a tales enfermedades, como de atención prioritaria y crear centros especializados, ubicados en los propios hospitales y centros de salud públicos federales, enfocados a la atención de los referidos padecimientos; la propuesta, requería la participación de tres dependencias concretas del gobierno federal, a saber:

1. Secretaría de Gobernación: A efecto de evitar la aparición de dietas en publicaciones y programas destinados a menores de edad, así como en medios de comunicación, en su caso, que únicamente aparezcan dietas avaladas por nutriólogos.

2. Secretaría de Educación Pública: Debería incluir en los programas educativos, los riesgos de las dietas hipocalóricas y la promoción de hábitos saludables en la alimentación.

3. Secretaría de Salud: Tendría la atribución de realizar estudios sobre hábitos alimenticios entre la población mexicana, así como declarar a la bulimia y la anorexia, enfermedades de atención prioritaria y gestionar la

creación de centros especializados en todos los hospitales y centros de salud públicos dependientes del gobierno federal, para su tratamiento.

Al respecto, la Comisión de Salud de la Cámara de Senadores, dictaminó que no obstante que en los últimos diez años, los casos de bulimia y anorexia nerviosa, han aumentado en México, la prevalencia estimada de estos padecimientos es menor al 0.5% entre la población, por lo que la propuesta de establecer servicios especializados en cada hospital y centro de salud, resultaría poco eficiente, al implicar altos costos, debido a que los TCA requieren una atención integral e interdisciplinaria, lo que supone un presupuesto considerable, además, de que el porcentaje de personas que utilizarían los servicios que se brindaran en esos centros, resultaría mínimo, por lo que este tipo de servicios estarían "subutilizados". En consecuencia, la propuesta no fue aprobada y pasó a constituir solamente, un antecedente de intento legislativo respecto al tema.

1.2.3. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria, criterios para brindar orientación.

Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 23 de enero de 2006.

Tiene como objetivo establecer criterios generales para unificar la orientación alimentaria que se brinda a la población, a efecto de coadyuvar a promover el mejoramiento del estado nutricional, prevenir problemas de salud y conseguir una alimentación correcta.

La Norma incluye contenidos relacionados con la nutrición y la alimentación en las diferentes etapas de la vida, con especial énfasis en grupos de riesgo, como niños, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, adultos mayores y personas con actividad física intensa; e impulsa la difusión de información sobre la prevención de las enfermedades relacionadas con las indebidas prácticas

alimentarias y su combate a través de una dieta adecuada y la práctica equilibrada de actividad física.

En el numeral 4.2, establece que la orientación en materia alimentaria debe llevarse a cabo mediante acciones de educación para la salud, participación social y comunicación educativa; asimismo, en el numeral 4.4, se abordan las acciones tendientes a la prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación, estableciendo la obligación de dar a conocer tanto las deficiencias como los excesos en la alimentación que predisponen al desarrollo de variados padecimientos, así como el deber de informar y sensibilizar acerca de la importancia del papel socializador de la alimentación, dándole el justo valor a la familia y al entorno social y cultural del individuo.

De lo anterior se desprende, que a través de esta Norma se pretende informar y educar a la sociedad en general, respecto de la importancia de mantener adecuados hábitos alimenticios, con la finalidad de evitar la prevalencia de enfermedades relacionadas con deficiencias nutricias; las cuales, constituyen también, un factor detonante de trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo en la población infantil y juvenil.

1.3. Legislación del Distrito Federal.

Al igual que el ámbito federal, el Distrito Federal, cuenta con legislación genérica en materia de promoción de la salud y adecuadas prácticas nutricionales, la cual, también se encuentra especialmente enfocada en el tratamiento de los problemas del sobrepeso y la obesidad entre los habitantes de la Ciudad de México; aunque a diferencia de la federación, el gobierno capitalino ya instrumentó legislación específica tendiente a la prevención y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria; así, en 2008, el Distrito Federal se constituyó como la primera entidad en el país en aprobar una ley de ese tipo, como lo fue, la Ley para la prevención y el tratamiento de la obesidad y los trastornos alimenticios en el Distrito Federal.

1.3.1. Ley de Salud.

Se publicó en la Gaceta Oficial del Gobierno del Distrito Federal, el 17 de septiembre de 2009.

En 2011, la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa, aprobó reformar la Ley de Salud del Distrito Federal, a efecto de lograr elaborar y difundir información y recomendaciones sobre hábitos alimenticios correctos a través de un Programa de Semáforo Nutricional.

El Semáforo Nutricional es un método aplicado exitosamente en el Reino Unido, que consiste en etiquetar los alimentos y bebidas no alcohólicas con un indicador rojo, verde o amarillo, dependiendo del aporte calórico y grasas saturadas, así como sodio e hidratos de carbono, con base en la ingesta diaria recomendada. La diputada Axel Vázquez Burguette, autora de la iniciativa, propuso la creación del Semáforo Nutrimental, en atención a la urgencia de generar medidas eficaces que contribuyan a mejorar la salud de los ciudadanos.[192]

La reforma también contempló la implementación de una campaña informativa permanente en materia de salud, en sitios públicos como mercados, centros de abasto, restaurantes, establecimientos mercantiles, lugares de venta de alimentos y similares, diseñado por la Secretaría de Salud en coordinación con la Secretaría de Secretaría de Desarrollo Económico del Distrito Federal, para brindar información sobre los riesgos del sobrepeso y la obesidad.

Derivado de las reformas, actualmente, el artículo 76 de la Ley de Salud, en su fracción VIII, proclama:

> "Capítulo XVII
> Nutrición, Obesidad y Trastornos Alimenticios
> …

[192] www.aldf.gob.mx, consulta: sábado 23 de noviembre de 2013, 10:02 p.m.

Artículo 76.- Corresponde al Gobierno:

I-VII…

VIII. Elaborar y difundir información y recomendaciones de hábitos alimenticios correctos, a través de un Programa de Semáforo Nutricional que contemple una campaña permanente en mercados, centros de abasto, restaurantes, establecimientos mercantiles, de venta de alimentos y similares, que será diseñado por la Secretaría en coordinación con la Secretaría de Desarrollo Económico del Distrito Federal, así como brindar asesoría para la instrumentación de acciones por parte de los establecimientos a los que se refiere la presente fracción, con la finalidad de que proporcionen información sobre los riesgos del sobrepeso y la obesidad…"

1.3.2. Ley para la prevención y el tratamiento de la obesidad y los trastornos alimenticios en el Distrito Federal.

Se publicó en la Gaceta Oficial del Gobierno del Distrito Federal, el 23 de octubre de 2008.

Fue la primera ley de su tipo en el país, tiene como uno de sus principales objetivos establecer la obligación de las autoridades públicas del Distrito Federal, de prevenir y atender integralmente la obesidad, el sobrepeso y los trastornos de la conducta alimentaria, fomentar la adopción de hábitos de alimentación y nutricionales correctos por parte de los habitantes del Distrito Federal, así como fijar medidas generales de carácter administrativo para la prevención y atención integral de la obesidad, el sobrepeso y los trastornos de la conducta alimentaria, y para el fomento de hábitos de alimentación y nutricionales correctos entre los habitantes del Distrito Federal.

Este ordenamiento normativo, establece en su artículo 3, como una obligación del Gobierno del Distrito Federal, la siguiente:

"Artículo 3.- El Gobierno del Distrito Federal, en el marco del Sistema de Salud del Distrito Federal, está obligado a propiciar, coordinar y supervisar la participación de los sectores privado, público y social en el diseño, ejecución y

evaluación del Programa del Distrito Federal para la Prevención y Combate de la Obesidad, Sobrepeso y Trastornos de la Conducta Alimentaria."

El programa es el principal instrumento de acción gubernamental en esta materia, por ello se confieren una serie de tareas a cargo de diversas instancias del gobierno local, a efecto de impulsar hábitos de nutrición saludables, sobre todo entre la población infantil y juvenil, entre ellas, en lo que aquí interesa, se encuentran las siguientes:

"Artículo 15.- Corresponde a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, además de lo que señala la presente Ley:

"I. Diseñar, realizar y coordinar, campañas de prevención sobre nutrición y alimentación sana, difundiendo en los centros de salud, hospitales, planteles escolares y espacios públicos, las causas que provocan el sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria, así como las formas de prevenir y atender estos problemas;

II. Aplicar un programa masivo para incentivar una alimentación saludable entre la población del Distrito Federal;

III. Diseñar e instrumentar acciones para la prevención, diagnóstico temprano y atención de las personas que presenten algún trastorno de la conducta alimentaria, con énfasis en la anorexia y la bulimia nerviosas;

IV. Implementar campañas de información dirigidas especialmente a adolescentes y jóvenes, sobre los efectos adversos de los trastornos de la conducta alimentaria en la salud y que los planes de alimentación sean prescritos por profesionales en nutrición así como para la disminución de otros factores de riesgo;

V. Proporcionar una atención personalizada, interdisciplinaria e integral de los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente la anorexia y la bulimia nerviosas y, en su caso, la referencia oportuna a la institución especializada, de conformidad con la legislación aplicable;

…"

"Artículo 16.- Corresponde a la Secretaría de Educación del Distrito Federal, además de lo que señala la presente Ley:

I. Fomentar el consumo de comida saludable en los planteles educativos a cargo del Gobierno del Distrito Federal y establecer la prohibición de distribuir, comercializar o fomentar el consumo de alimentos y bebidas con bajo valor nutricional que contengan altos contenidos de azúcares refinados, sal, colesterol, ácidos grasos saturados y transaturados, así como colaborar y gestionar ante las autoridades federales para que apliquen esta misma medida en los planteles escolares bajo su competencia y que se encuentren ubicados en el Distrito Federal;

II. Realizar campañas de difusión en los planteles escolares del Distrito Federal, tanto de educación pública como privada, previa celebración de los convenios respectivos, sobre el mejoramiento de los hábitos de alimentación de las y los estudiantes de todos los niveles educativos, respecto a la prevención de la obesidad, el sobrepeso y los trastornos de la conducta alimentaria, con énfasis en la anorexia y la bulimia nerviosas;

…

V. Incentivar la práctica del ejercicio y el deporte a través de la realización de campañas de promoción, como una medida para prevenir y contrarrestar el sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria, poniendo énfasis en la población infantil y adolescente."

"Artículo 17.- Corresponde a la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, además de lo que señala la presente Ley:

I. Realizar campañas dirigidas a la población en general, especialmente a adolescentes, jóvenes y mujeres, que pongan de manifiesto la importancia de una alimentación adecuada, los hábitos de vida saludable y la valoración de la propia imagen; dicha información deberá ser incluida en los materiales de difusión de las acciones de política social a su cargo;

II. Crear una página de Internet y diversos espacios virtuales, donde se brinde información para adolescentes y jóvenes sobre los efectos adversos de los trastornos de la conducta alimentaria en la salud, la manera de prevenirlos y las instancias públicas donde se brinda atención, y

III. Instrumentar acciones de participación en las redes sociales de Internet, con la finalidad de brindar información precisa, objetiva y con base en criterios científicos de los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente de la anorexia y bulimia nerviosas.

Para la realización de las acciones a las que se refiere el presente artículo, se establecerá coordinación con la Secretaría de Salud, en cuanto elaboración

de contenidos, y con la Secretaría de Educación, para la difusión de las acciones, ambas del Distrito Federal, además se invitará a participar a organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y especialistas que trabajen en la materia."

"Artículo 18.- La Secretaría de Gobierno del Distrito Federal llevará a cabo campañas de difusión para prevenir y erradicar cualquier tipo de discriminación hacia las personas que padecen sobrepeso, obesidad o trastornos de la conducta alimentaria, dirigida especialmente a la población infantil y adolescente.

Asimismo, promoverá y propondrá ante las autoridades correspondientes, la adopción de medidas para regular que la publicidad impresa y electrónica no utilice como estereotipos de salud o belleza a personas con extrema delgadez, así como la transmisión de mensajes que induzcan a conductas que propicien trastornos de la conducta alimentaria y distorsionen los hábitos de la alimentación correcta."

"Artículo 19.- La Secretaría de Cultura del Distrito Federal fomentará actividades artísticas, culturales y recreativas de acceso libre y gratuito en museos, teatros y demás espacios culturales a su cargo, dirigidas especialmente a la población infantil y adolescente, para contrarrestar el sedentarismo como causa de sobrepeso, obesidad y trastornos de la conducta alimentaria."

"Artículo 20.- Las Delegaciones, en el ámbito de sus competencias, desarrollarán acciones de difusión, instrumentarán acciones de acceso libre y gratuito en instalaciones deportivas, recreativas y culturales a su cargo, además fomentarán actividades dirigidas a prevenir y atender el sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria, de manera especial en la población infantil y adolescente."

Las instancias participantes deben remitir un informe trimestral al Consejo para la Prevención y la Atención Integral de la Obesidad y los Trastornos Alimenticios en el Distrito Federal, donde se detallen las acciones y seguimiento que realizaron para dar cumplimiento a las políticas establecidas.

La Ley también contempla la existencia del "Consejo para la Prevención y la Atención Integral de la Obesidad y los Trastornos Alimenticios en el Distrito Federal", que funge como una instancia "de diseño, consulta, evaluación y

coordinación de las estrategias y programas en materia de prevención y atención integral del sobrepeso, la obesidad y los trastornos alimenticios en el Distrito Federal", el cual, de conformidad con el artículo 10 del propio ordenamiento, tiene entre sus principales atribuciones:

> "I. Diseñar y evaluar políticas de prevención y atención integral relacionadas con el sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria, así como en materia del fomento y adopción social de hábitos de alimentación y nutricionales correctos.
>
> II. Funcionar como un organismo de consulta permanente en materia de estrategias y programas encaminados hacia la prevención y atención integral del sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria, así como de fomento y adopción social de hábitos de alimentación y nutricionales correctos.
>
> III. Desempeñarse como un organismo de vinculación entre los sectores público, social y privado, en materia de prevención y atención integral del sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria, así como de fomento y adopción social de hábitos de alimentación y nutricionales correctos.
>
> IV. Proponer la firma de acuerdos, convenios, bases de colaboración o los instrumentos jurídicos que se requieran para la prevención y atención integral del sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria con instituciones y organismos de los sectores público, social y privado, así como con otras entidades de la Federación u organismos internacionales.
>
> …"

El 01 de marzo de 2010, Marcelo Luis Ebrard Casaubon, Jefe de Gobierno capitalino, firmó el acta de instalación del Consejo, señalando que ante la prevalencia de los actuales patrones de consumo alimenticio entre la población, en diez años, los recursos y la infraestructura hospitalaria de la ciudad serán insuficientes para atender a las personas afectadas por alteraciones alimentarias y padecimientos crónico-degenerativos que estas conllevan.

Con la creación de la Ley para la prevención y el tratamiento de la obesidad y los trastornos alimenticios en el Distrito Federal, se pretendió trasladar al ámbito jurídico, una problemática en materia de salud de alcance mundial, a fin de abordar los trastornos alimentarios no sólo desde el ámbito médico, sino también legislativo; aunque si bien es cierto, la ley representa un avance significativo en cuanto su tratamiento jurídico, existen ámbitos respecto de este tema, cuya atención aún resulta incipiente, e incluso pasan inadvertido, por ejemplo, no existe precepto que regule el fenómeno de la publicidad negativa que influye como factor propiciatorio de conductas de riesgo, además es evidente que esta ley presta una atención prioritaria al combate y prevención de la obesidad, en tanto que se relega a un segundo plano, el tratamiento de la bulimia y anorexia, entre la población del Distrito Federal.

1.3.3. Propuestas legislativas en el Distrito Federal.

En los últimos diez años, se han sometido a consideración de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, varias iniciativas y proyectos de reforma, que atienden a la creciente problemática de trastornos de la conducta alimentaria entre niños y adolescentes, algunas de ellas, han culminado en modificaciones significativas de algunas leyes locales.

En septiembre de 2010, el Senado acordó reformas para la atención de los problemas de sobrepeso, obesidad, bulimia y anorexia en niños y jóvenes, a través de las cuales, se obliga por ejemplo, a la industria de los alimentos a colocar al frente de cada producto, con letras contrastantes, el nivel calórico total del alimento, y atrás un desglose de sus valores nutricionales; además, se prohibió totalmente la publicidad de comida chatarra en centros escolares, y se facultó a la Secretaría de Salud para establecer, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, un sistema permanente de vigilancia epidemiológica relacionado específicamente con el sobrepeso, la obesidad y los desórdenes alimenticios.

En febrero de 2011, la diputada de la Asamblea Legislativa, Maricela Contreras Julián, expuso que de acuerdo con datos proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social, en México, existían alrededor de doscientos mil casos de anorexia, de los cuales, el 90% son mujeres con una edad promedio de diecisiete años, cifra que cada año se incrementa con un aproximado de veinte mil casos nuevos, lo que colocaba a la anorexia y la bulimia como la tercera enfermedad más frecuente entre las adolescentes, después del asma y la obesidad. Ante tal problemática, la diputada señaló la necesidad de que la Secretaría de Salud, se encargara de diseñar e implementar un esquema de diagnóstico temprano de esos trastornos y brindar una atención multidisciplinaria a las personas que los padezcan, en tanto que la Secretaría de Educación, debería impulsar una campaña dirigida a los jóvenes, para informar sobre los riesgos de la anorexia y bulimia y la forma de atenderlos.

Las observaciones de la diputada local, se cristalizaron en marzo de 2011, con las reformas aprobadas en la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa, a la Ley para la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad y los Trastornos Alimenticios, a través de las que se consideró a la anorexia y bulimia nerviosas, como problemas de salud pública con el fin de prevenirlas y atenderlas adecuadamente.

Durante la sesión ordinaria del Pleno de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, V Legislatura, celebrada el día 22 de Septiembre del 2011, el Diputado Israel Betanzos Cortes, presentó la iniciativa de decreto que adiciona la fracción XV del artículo 10 de la Ley de Establecimientos Mercantiles del Distrito Federal y crea la Ley de Tallas del Distrito Federal. El ponente señaló que ante una preocupación social generalizada por el aumento de los trastornos de la conducta alimentaria entre la población juvenil, la industria del vestido puede contribuir activamente a disminuir la presión sociocultural hacia la extrema delgadez; para ello, propuso la eliminación de la talla cero y doble cero, así como la inclusión de mensajes que estimule la apreciación de un peso saludable en los clientes; además, los establecimientos mercantiles que vendan ropa de mujer, deberían

tener en existencia todas las tallas correspondientes a las medidas antropométricas, y las tiendas departamentales en sus secciones de ropa femenina, deberían exponer anuncios con información general sobre la anorexia y la bulimia, las consecuencias de la desnutrición y demás enfermedades relacionadas con las consecuencias de una mala nutrición; la propuesta contemplaba como sanción, el aseguramiento de las prendas, la imposición de sanciones económicas y/o clausura de los establecimientos mercantiles, en tanto que las prendas aseguradas se donarían a institutos de asistencia privada; todo ello, expuso el ponente, con la finalidad de evitar la discriminación a la gente obesa y la inquietud de las mujeres por usar tallas extremadamente baja.[193]

La propuesta planteó la siguiente reforma a la Ley de Establecimientos Mercantiles:

> "Artículo 10.- Los Titulares de los establecimientos mercantiles de bajo impacto, impacto vecinal e impacto zonal tienen las siguientes obligaciones:
> Apartado A:
>
> I… a XIV...
>
> XVI.- Los establecimientos mercantiles que vendan ropa de mujer, deberán tener en existencia todas las tallas correspondientes a las medidas antropométricas de la mujer adolescente y las que la ley de tallas del Distrito Federal permita, de las prendas y modelos que comercialicen y ofrezcan al público.
>
> Las tiendas departamentales en sus secciones de ropa femenina, deberán exponer carteles con información general sobre la anorexia, la bulimia, las consecuencias de la nutrición o de la mala nutrición y las consecuencias mentales de dichas condiciones…"

La iniciativa fue turnada para su análisis y dictamen a las Comisiones Unidas de Administración Pública Local y de Fomento Económico, sin embargo, no fue aprobada, al considerar que el tema de los trastornos alimenticios, es un problema

[193] Dictamen a propuesta de ley de talles ALDF, en www.aldf.gob.mx, consulta sábado 05 de enero de 2013, 11:29 a.m.

de salud y no de establecimientos mercantiles, además de que existe normatividad específica tendiente a prevenir la prevalencia de TCA entre la población, ya que la Ley de Salud en su artículo 75, correspondiente al capítulo XVII denominado "Nutrición, Obesidad y Trastornos Alimenticios", obliga al gobierno a proporcionar una atención prioritaria respecto de los problemas de salud relacionados con la alimentación, así como le impone la obligación de coordinar y supervisar la participación de los sectores público, social y privado en el diseño, ejecución y evaluación del programa del Distrito Federal para la prevención y combate de los desórdenes y trastornos alimenticios, de conformidad con los instrumentos jurídicos aplicables. Además de que existe dentro de la Ley para la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad y los Trastornos Alimenticios en el Distrito Federal, un capítulo correspondiente a la distribución de competencias para la intervención de diferentes instancias gubernamentales en materia de prevención y atención de la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria.

La iniciativa para la creación de una ley de tallas en el Distrito Federal, tuvo un antecedente en abril de 2007, cuando el Diputado Armando Tonatiuh González presentó una iniciativa de decreto para crear la "Ley de tallas" para el Distrito Federal; destacó que de 1997 a 2003, aumentó de 3 a 9.6% el porcentaje de alumnas de secundaria y bachillerato en el Distrito Federal, que presentaron conductas alimentarias de riesgo, miedo a engordar, o bien, utilizaron métodos purgativos para bajar de peso; por lo que en el proyecto de ley planteó la exigencia a fabricantes, importadores, distribuidores y comerciantes dedicados a textiles, prendas de vestir y accesorios para jóvenes y de confeccionar, importar, distribuir y tener a disposición para la venta al mayoreo o al menudeo al público, indumentaria conforme a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana correspondiente, así como la prohibición a los establecimientos de la ciudad, para vender prendas de tallas -1 y 0, que las empresas de modelaje se abstengan de contratar jóvenes que pesen entre 15 y 20 kilos menos de su promedio mínimo de peso, bajo apercibimiento de hacerse acreedores a multas y clausura en caso de

reincidencia; finalmente, propuso la creación del Centro de atención a la Anorexia y la Bulimia, entre cuyas funciones se encontrarían las siguientes:

- Implementación de programas psico-educativos acerca del peso sano, la apariencia física saludable, la anorexia, la bulimia, y los trastornos de la conducta alimentaria parciales, dirigidos a alumnos, padres y maestros de escuelas primarias, secundarias y preparatorias.

- Orientación acerca de la detección temprana y el manejo domiciliario de pacientes.

- Detección de establecimientos que no adopten las medidas derivadas de estas iniciativas mediante la auditoria al azar y en forma sorpresiva de los productos de la indumentaria que no cumplan los requisitos propuestos.

- Recepción de inconformidades provenientes de los padres de los alumnos de primaria, secundaria, preparatoria o de escuelas de actividades diversas, o de los mismos alumnos, en relación a la presión recibida de parte de los maestros y/o entrenadores de deportes, para adelgazar. Para lo cual, se debería crear un mecanismo de auditoria de dichas escuelas.

- Fomentar la vigilancia epidemiológica de estos trastornos.

También en 2007, la IV Legislatura de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, aprobó una propuesta para que el titular de la Secretaría de Salud, tuviera la obligación de implementar una campaña de información a padres, niños, niñas y jóvenes en escuelas de nivel básico y medio superior, así como en medios de comunicación, sobre el problema y las consecuencias de la anorexia y bulimia; la propuesta se aprobó por unanimidad, al considerar que la anorexia y la bulimia, tienen gran relevancia social, porque se trata de un problema físico y mental que afecta a la población de forma silenciosa, obstaculiza el desarrollo de quienes las

padecen y dificultan su convivencia social, por lo que la Comisión de Salud y Asistencia Social, consideró fundamental trabajar en la prevención, atención y restablecimiento de estas enfermedades.

El 22 de marzo de 2011, la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, aprobó el dictamen a las reformas que imponen al gobierno local, concretamente a la Secretaría de Salud, la obligación de proporcionar atención integral y multidisciplinaria a pacientes con anorexia y bulimia nerviosas, y en su caso, canalizarlos a las unidades de atención especializada; por otra parte, se faculta a la Secretaría de Educación para atender campañas informativas sobre la anorexia y bulimia nerviosas entre la población adolescente y joven, imponiendo a las autoridades capitalinas la prohibición de incluir en su publicidad a personas con extrema delgadez como estereotipos de salud y belleza, debiendo adoptar las medidas necesarias para evitar que la publicidad impresa y electrónica induzca a la población a incurrir en conductas que propicien trastornos alimentarios. Las reformas también previeron la elaboración de una guía que incluya información básica sobre obesidad, sobrepeso, bulimia y anorexia, técnicas de detección, así como el cuadro clínico de quienes las padecen, y las medidas primarias que pueden adoptarse desde la familia para combatir su prevalencia.

Una de las acciones más novedosas de la reforma, es la creación de una página electrónica y diversos espacios virtuales, donde se proporcione información a los jóvenes y adolescentes sobre los efectos adversos de los trastornos alimenticios en la salud.

2. Marco jurídico internacional.

A nivel internacional, existen diversos instrumentos jurídicos que garantizan el derecho a la salud en sus diversos aspectos, partiendo de la idea internacionalizada de que la salud, es un concepto que incorpora el bienestar del individuo, a nivel físico, mental, e incluso espiritual.

La generación de este tipo de instrumentos, surge de la idea moderna de que la salud, es una condición fundamental para la realización personal y colectiva, y un indicador importante del bienestar de una sociedad.

Al respecto, el Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que garantizan el acceso al disfrute del derecho a la salud, como son el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Convención sobre los Derechos del Niño.

2.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Fue aprobada por la resolución número 217 A (III) de la Asamblea Nacional de las Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948.

El artículo 25 de la Declaración, proclama el derecho a la salud y a contar con los servicios necesarios para gozar de una adecuada calidad de vida; textualmente, señala:

> Artículo 25.- "1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".

En este precepto se consagran entre otros, el derecho a la salud y a recibir asistencia médica; sin embargo, no obstante que la Declaración en la actualidad ha sido suscrita por 193 naciones, lo cierto es que esta prerrogativa en muchos países, únicamente comprende los servicios de salud básica, esto es, la atención de enfermedades que afectan a la mayor parte de la población, y únicamente en contados países (sobre todo del continente europeo) se ha creado normatividad

específica tendiente a combatir de manera directa problemas que afectan a minorías, como los trastornos de la conducta alimentaria, específicamente la anorexia y la bulimia.

2.2. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Fue suscrito en la Ciudad de Nueva York, Estados Unidos, el 19 de diciembre de 1966, en tanto que México se adhirió al mismo el 23 de marzo de 1981.

En el artículo 11, proclama el derecho a contar con un nivel de vida adecuado, y contempla la alimentación como uno de los aspectos básicos para la consecución de este derecho.

> "Artículo 11.-
>
> 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento.
>
> 2. Los Estados Partes en el presente Pacto, reconociendo el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre, adoptarán, individualmente y mediante la cooperación internacional, las medidas, incluidos programas concretos, que se necesiten para:
>
> a) Mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos mediante la plena utilización de los conocimientos técnicos y científicos, la divulgación de principios sobre nutrición y el perfeccionamiento o la reforma de los regímenes agrarios, de modo que se logre la explotación y la utilización más eficaces de las riquezas naturales;
>
> b) Asegurar una distribución equitativa de los alimentos mundiales en relación con las necesidades, teniendo en cuenta los problemas que se plantean tanto a los países que importan productos alimenticios como a los que los exportan."

Asimismo, el artículo 12 del Pacto proclama el derecho de la población a contar con un adecuado nivel de bienestar físico y mental, disponiendo las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud:

> "1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
>
> a)-b)…
>
> c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionalismo y de otra índole, y la lucha contra ellas;
>
> d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad".

Para garantizar el cumplimiento de las medidas anunciadas, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, supervisa la aplicación del Pacto; el 11 de mayo del 2000, adoptó una observación general sobre el derecho a la salud, que consiste en la afirmación de que este derecho no solo incluye la atención apropiada y oportuna en salud, sino que también comprende los principales factores determinantes de ésta, como el por ejemplo, el acceso al agua potable limpia y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro apropiado de alimentos sanos, así como la nutrición y vivienda propicias, las adecuadas condiciones de trabajo, medio ambiente, acceso a la educación e información relacionada con temas de salud.

El enfoque de la observación general número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, es que el derecho a la salud comprende tanto la atención de salud, como los factores determinantes para ella (agua, alimento, vivienda, educación, información y condiciones sanas en el trabajo y el ambiente).

De acuerdo con la observación, el derecho a la salud comprende cuatro elementos:

1. Disponibilidad: Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

2. Accesibilidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte, ello implica la no discriminación, accesibilidad física, económica y a la información.

3. Aceptabilidad: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, así como sensibles a los requisitos del género y el ciclo de la vida.

4. Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista médico y científico, y ser de buena calidad.[194]

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Parte, tres tipos de obligaciones:[195]

1. Respetar. Exige abstenerse de obstaculizar el disfrute del derecho a la salud.

2. Requiere adoptar las medidas para impedir que terceros (actores que no sean el Estado) interfieran en el disfrute del derecho a la salud.

3. Cumplir. Requiere adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud.

[194] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General 14. www.catedradh.unesco.unam.mx, consulta: sábado 08 de febrero de 2014, 10:12 p.m.
[195] Florencia Peña, Saint Martín (coordinador). *Salud y Sociedad: Perspectivas antropológicas*. S.E. México, 2009, p. 53.

Los Estados Parte deben adoptar medidas de conformidad con el "principio de realización progresiva", que consiste en la obligación que tienen los Estados de avanzar en el cuidado y protección del derecho a la salud, de la manera más eficaz y expedita posible, ya sea por sí mismos o bien, con la ayuda de la asistencia y cooperación internacional.

2.3. Convención sobre los Derechos del Niño.

Se adoptó por la Asamblea Nacional de las Naciones Unidas en la Ciudad de Nueva York, Estados Unidos, el 20 de noviembre de 1989, en tanto que México la ratificó el 21 de septiembre de 1990.

La Convención enfatiza el derecho de la población infantil y juvenil a la atención médica y a gozar del más alto nivel de salud posible. En su numeral 24, dispone:

> "Artículo 24
>
> 1. Los Estados partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.
>
> 2. Los Estados partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:
>
> …
>
> b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de la salud.
>
> c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud, mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre…"

3. Derecho comparado.

La presencia e incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria en los diversos países, gurda una interdependencia significativa con los valores socioculturales que se compartan entre los miembros de cada sociedad, como por ejemplo, la importancia que se otorga al peso, a la imagen corporal y a la belleza física; en ese tenor, no resulta extraño que Japón, sea precisamente el país con mayor prevalencia de trastornos alimenticios entre su población, en el país del sol naciente, el culto a la estética es muy elevado y desde edades tempranas los individuos se afanan por conseguir el ideal de belleza socialmente establecido.

Entre 1998 y 2000, se practicó un estudio sobre comportamientos alimentarios entre adolescentes argentinos y españoles,[196] se trabajó con una muestra de 646 personas residentes de las ciudades de Buenos Aires, Argentina y Valencia, España; 224 varones y 422 mujeres, a efecto de identificar cómo las variables de género y edad inciden en el desarrollo de TCA entre los jóvenes de diferentes contextos culturales; los resultados arrojaron que los varones residentes en la ciudad de Valencia, son menos perfeccionistas que los de Buenos Aires, entre los cuales, los que se encuentran en un rango de veinte a treinta años de edad, manifiestan un mayor deseo por adelgazar que aquéllos que se encuentran en la adolescencia; en tanto, las adolescentes argentinas también mostraron una mayor preocupación por adelgazar, miedo a crecer, e insatisfacción con el propio cuerpo, a diferencia de las españolas, fenómeno, que se presentó con mayor intensidad en las chicas ubicadas en un rango de entre trece y dieciséis años de edad. Lo anterior, puede deberse a que las mujeres jóvenes argentinas conservan más características psicológicas asociadas con perfiles adolescentes que sus contrapartes españolas, así como a que las jóvenes españolas muestran un mayor grado de sentimientos de hostilidad y desconfianza social que las argentinas.

[196] Mancilla Díaz, Juan Manuel, Gómez Pérez-Mitré Gilda. *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. Editorial Manual Moderno. México, 2006, pp. 1-17.

Entre las mujeres españolas los deseos de adelgazar y la insatisfacción corporal disminuyen con la edad, en tanto que en los varones la tendencia es a la inversa. Contrario a ello, las mujeres argentinas manifiestan mayor preocupación por adelgazar y más insatisfacción con su cuerpo, conforme incrementa su edad.

Después de Japón, Argentina ocupa el segundo lugar en cuanto a casos de anorexia y bulimia entre la población; por ello, desde el ámbito legislativo se han emprendido varias acciones tendientes a combatir este tipo de trastornos alimenticios. En agosto de 2008, el senado argentino aprobó por unanimidad una ley que incorporó al programa médico obligatorio la atención de trastornos de la conducta alimentaria como la obesidad, la bulimia y la anorexia, lo que significó para las empresas de medicina privada, la obligación de incluir entre sus prestaciones todos los tratamientos médicos necesarios, incluyendo nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para la atención de estas enfermedades.

Por su parte, la provincia de Buenos Aires, promulgó en enero de 2010, la "Ley de talles", cuyo objetivo se plasmó en el artículo 1, y consiste en garantizar a los habitantes de esa ciudad, la existencia de un mínimo de ocho talles en los establecimientos comerciales cuya actividad principal, accesoria u ocasional, sea la fabricación o la venta de indumentaria.[197] La ley fue arduamente criticada por diseñadores y dueños de reconocidas marcas locales de ropa, por considerarla un proyecto totalmente inviable desde el punto de vista económico; entre ellos el dueño de la conocida firma argentina "Jazmín Chebar", Claudio Drescher, opinó: "comparto la preocupación en cuanto a que el consumidor no se sienta discriminado y encuentre ropa que le siente bien, pero así no es la manera, mejor que obligar a que se fabriquen ocho talles, hoy deberían estar controlando que un 36 o un 38, por ejemplo, tengan las medidas corporales correctas, como sucede en el mercado común europeo";[198] por lo que no obstante la entrada en vigor de la

[197] "Se promulgó la ley de talles porteña", en periódico: La Nación. Argentina, jueves 28 de enero de 2010, www.lanacion.com.mx, consulta: domingo 22 de septiembre de 2013, 02:09 p.m.
[198] Ídem.

controversial ley, se registraron altos índices de incumplimiento, a pesar de que la Agencia Gubernamental de Control Porteña, como autoridad encargada de imponer las sanciones a las infracciones está facultada para aplicar multas que van desde los trecientos hasta los cincuenta mil pesos argentinos (equivalentes a $85.71 y $14.285 pesos mexicanos), e incluso, la clausura de los negocios reincidentes.

Algunos estudios transculturales entre México y España practicados por la Asociación Mexicana de Trastornos Alimentarios A.C., revelan que las mujeres mexicanas presentan una mayor insatisfacción corporal en comparación con las españolas, derivado en gran medida, al mayor índice de masa corporal que poseen, así como a una mayor influencia de la publicidad.

Tras la muerte de la ex modelo y actriz francesa Isabelle Caro, el 17 de noviembre de 2010, a los veintiocho años de edad, quien en 2007, fue protagonista de la campaña organizada por la marca de ropa italiana "No-I-ita", para mostrar las graves consecuencias de la anorexia, a través de la cual se proyectó la extrema disciplina alimenticia que sufren muchas de las mujeres que se desenvuelven en el ámbito de la moda; algunos profesionales de este medio sobre todo en países europeos, se comprometieron a rechazar modelos demasiado delgadas, es el caso de España y Francia, en donde la normatividad al respecto resulta obligatoria.

En la lucha contra la anorexia en Europa, España figura como el país precursor, actualmente se calcula que unos quinientos mil españoles, sufren este tipo de trastornos de la alimentación, de ellos, el 95% son mujeres.[199] Por ello, en el país vasco, se han adoptado una serie de medidas legislativas importantes para combatir la prevalencia de este tipo de trastornos alimentarios entre la población; en septiembre de 2006, en Madrid se prohibió trabajar a las modelos que estaban

[199] León Espinosa de los Monteros, María Teresa y María Dolores Castillo Sánchez, Op. cit., pp. 18 y 19.

por debajo de un cierto índice de masa corporal (IMC), por lo que sólo las mujeres cuyo IMC es superior a 18 (más de 56 kg por 1.75 metros) están autorizadas a desfilar.

En Francia se calcula que el problema de los TCA afecta alrededor de cuarenta mil personas, particularmente mujeres jóvenes, ante esta problemática, en abril de 2008, el Parlamento aprobó una ley para sancionar la publicidad que incita a la delgadez extrema, incluida la que se coloca en internet, la medida permite aplicar sanciones contra revistas de moda y sitios en la red que difundan publicidad "pro anorexia", las sanciones pueden llegar hasta los dos años de prisión y multa de treinta mil euros (que equivalen a unos cuarenta y siete mil dólares) y en el caso de que la publicidad se considere una "provocación directa que implique la muerte de una persona", la condena se incrementa a tres años de cárcel y a cuarenta y cinco mil euros de multa (poco más de setenta y un mil dólares, el equivalente a más de tres mil pesos).[200]

En Italia se adoptó en febrero de 2007, un manifiesto antianoréxico que se pronuncia por conseguir un modelo de belleza “sana, generosa y mediterránea". En Londres, existe el Consejo Británico de la Moda, cuyas recomendaciones son obligatorias en la materia, y para determinar si una mujer puede participar en el ámbito del modelaje, exige que cuente con un certificado médico y si la mujer sufre desórdenes alimenticios, que la patología esté “bajo control”.[201]

En marzo de 2012, se aprobó en Israel la llamada “Ley Photoshop”, que tiene la finalidad de reducir los casos de anorexia entre los adolescentes y prohíbe a las modelos muy delgadas (con un índice de masa corporal inferior a 18.5), desfilar o aparecer en las revistas de moda; además, cuando las fotos estén retocadas, obliga a que vaya impreso un mensaje que lo explique. La ley se originó con

[200] “Aprueba Francia proyecto de ley contra publicidad pro anorexia”, en periódico: El Universal. México, 15 de abril de 2008. www.eluniversal.com.mx, consulta: viernes 10 de mayo de 2013, 9:12 p.m.
[201] “Muere ex modelo francesa anoréxica”, en periódico: El Economista, México, 29 de diciembre de 2010. www.eleconomista.com.mx, consulta: sábado 13 de octubre de 2012, 04:10 p.m.

motivo de que las últimas estadísticas en materia de salubridad, arrojaron que alrededor de 1500 jóvenes israelíes, contraen cada año la enfermedad, a tal grado que se ha convertido en la primera causa de mortandad entre los jóvenes de un rango de edad de quince a veinticuatro años.[202]

Actualmente, diversos países cuentan con un marco jurídico tendiente al combate y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria; sin embargo, aún constituyen legislaciones novedosas y *sui generis* en el mundo, la mayoría, regula el aspecto de las pasarelas de moda y la publicidad enfocada a la promoción de los TCA, empero, muchas aún son normas imperfectas, debido a que únicamente establecen las conductas que deben evitarse por ser tendientes a favorecer la incidencia de trastornos relacionados con una adecuada alimentación, pero carecen de sanciones aplicables a los infractores, lo que afecta la efectividad de las normas y las convierte en vulnerables a su real cumplimiento por parte de la sociedad en general.

[202] "Aprueba Francia proyecto de ley contra publicidad pro anorexia", en periódico: "El Universal", 15 de abril de 2008. www.eluniversal.com.mx. consulta: viernes 10 de mayo de 2013, 9:12 p.m.

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades mentales que distorsionan la percepción de la imagen corporal, se caracterizan por una preocupación excesiva por ganar peso y estar delgado, falta de control sobre la ingesta, práctica de dietas extremas o ayunos prolongados y fuertes sentimientos de culpabilidad respecto del consumo alimentario.

SEGUNDA.- Los trastornos de la conducta alimentaria más conocidos son la anorexia, bulimia, ortorexia, vigorexia, alcohorexia y el síndrome del comedor compulsivo, de los cuales destacan los dos primeros por su prevalencia entre la población.

TERCERA.- La anorexia es un TCA que se caracteriza por la pérdida deliberada de peso, rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal y una significativa reducción en la ingesta de alimentos, que puede ir acompañada de otros métodos para conseguir bajar de peso, como la purga o el ejercicio excesivo.

CUARTA.- La bulimia es un TCA que se manifiesta con episodios recurrentes de voracidad, seguidos de conductas de compensación inadecuadas, como vómitos autoprovocados, el consumo excesivo de laxantes, fármacos y diuréticos, periodos de ayuno y/o ejercicio intenso.

QUINTA.- Las causas de los trastornos de la conducta alimentaria son multifactoriales, comprenden aspectos socio-culturales, familiares y psicológicos.

SEXTA.- El origen médico de la anorexia y la bulimia se remonta al siglo XIX; sin embargo, históricamente se tiene registro de hombres y mujeres que presentaron características físicas que hoy se consideran síntomas propios de tales alteraciones del comportamiento alimentario.

SÉPTIMA.- La Organización Mundial de la Salud estima que al menos 1% de los adolescentes y adultos jóvenes en el mundo, sufren anorexia y otro 4.1% de bulimia. En México dos millones de personas padecen TCA, de las cuales el 90% son mujeres.

OCTAVA.- Los trastornos de la conducta alimentaria afectan el correcto funcionamiento de diversos órganos y sistemas del cuerpo humano y en ocasiones llevan a la muerte; además, generan problemas psicológicos que frecuentemente afectan no sólo a los propios enfermos, sino también a quienes los rodean.

NOVENA.- México no cuenta con un marco jurídico tendiente a prevenir y combatir los TCA; únicamente existe legislación que se refiere al problema de manera indirecta y que constituye apenas un indicio del tratamiento jurídico que puede darse a tales problemas de salud, por lo que la participación del Derecho en el tema de los TCA es aún incipiente.

DÉCIMA.- Los países que actualmente cuentan con una legislación más avanzada en materia de combate a los TCA, son España, Francia, Italia, Inglaterra y Argentina, los cuales han diseñado herramientas jurídicas para afrontar un problema de salud cada más frecuente entre su población

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar Ramos, María del Carmen. Concepto de sí mismo, familia y escuela. Editorial Dykinson, S.L., España, 2001.

Aguilar Medina José Íñigo y María Sara Molinori Soriano. La familia urbana. Continuidad y cambio generacional. Instituto Nacional de Antropología e Historia. México, 2008.

Aguilera Guadalupe, José René Alcaráz, Juana Ávila Aguilar, Herrera Obregón Irma. Cuerpo, identidad y psicología. Plaza y Valdés Editores, México, 1998.

Azuela Guitrón Mariano. Derecho, sociedad y Estado. Universidad Iberoamericana, México 1995.

Caballero Romo Alejandro y Claudia Unikel Santoncini. Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México, 2010.

Calado Otero María. Trastornos alimentarios: guías de psicoeducación y autoayuda. Editorial Pirámide. España, 2010.

Chávez Asencio Manuel F. La familia en el Derecho. Editorial Porrúa. México, 2003.

Chinoy Ely. La sociedad, una introducción a la sociología. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 2000.

Colombo Jorge Luis. Comer o no comer nada. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos relacionados. Grupo Editorial Lumen. Argentina, 2006.

Covarrubias Dueñas José de Jesús. La sociología jurídica en México (Segunda aproximación). Editorial Porrúa. México, 2008.

Crispo Rosina, Diana Guelar y Eduardo Figueroa. Anorexia, bulimia. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Editorial Gedisa, España, 1998.

De Crousan Jean Pierre. Tratado de lo bello. Editorial Universidad de Valencia. España.

Diverio María Isabel y Edelmira Touceda. Familia, comunicación y realidad (pasado, presente y la esperanza en un futuro mejor). Editorial Psicolibros. Uruguay, 2006.

Díaz Rojo José Antonio, Marco Ricard Morant, Debra Westall Pixton. El culto a la salud y la belleza. Editorial Biblioteca Nueva, España, 2006.

Florencia Peña Saint Martín (coordinador). Salud y Sociedad: Perspectivas antropológicas. S.E. México, 2009.

Feinstein Sherman y Arthur D. Sorosky. Trastornos de la alimentación, bulimia, obesidad y anorexia nerviosa. Ediciones Nueva Visión, Argentina, 1998.

Fendrik Silvia. El país de nunca comer. Historia ilustrada de la anorexia. Editorial Libros del Zorzal. Argentina, 2004.

Giner Salvador. Teoría sociológica clásica. Segunda edición. Editorial Ariel. España, 2004.

Gorab Alicia y María del Carmen Inárritu. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia. Dirección General de Divulgación de la Ciencia, UNAM. México, 2005.

Guillemot Anne. Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura. (Alfonso Rodríguez Martínez, trad.) Editorial Masson, España, 1994.

Hernández Martínez Enrique. Introducción a la salud pública. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México, 1994.

Hinojosa Aguayo Sergio. Santa anorexia. Ediciones Maia. España, 2009.

León Espinosa de los Monteros, María Teresa y María Dolores Castillo Sánchez. Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa. Segunda edición. Editorial Formación Alcalá. España, 2005.

Lerner Susana y Lucía Melgar (coordinadoras). Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas. Universidad Nacional Autónoma de México y el Colegio de México, México, 2010.

López Durán Rosalío. Sociología general y jurídica. Editorial IURE, México, 2005.

López Guimerá Gemma y David Sánchez-Carracedo. Prevención de las alteraciones alimentarias. Fundamentos teóricos y recursos prácticos. Editorial Pirámide, España, 2010.

Mancilla Díaz Juan Manuel y Gilda Gómez Pérez-Mitré. Trastornos alimentarios en Hispanoamérica. Editorial Manual Moderno, México, 2006.

Martínez Fornés Santiago. La obsesión por adelgazar, bulimia y anorexia. Editorial Espasa Calpe. México, 2006.

Ogden Jane. Psicología de la alimentación. Comportamientos saludables y trastornos alimentarios. Ediciones Morata, España, 2005.

Peña Bernaldo, Manuel. Derecho de Familia. Universidad de Madrid, España, 2000.

Pérez Parejo Ramón. El canon de belleza a través de la Historia: un método de descripción de personas para alumnos. S.E., México.

Puga Espinosa María Cristina, Peschard Mariscal Jaqueline, Castro Escudero Teresa. Hacia la sociología. Cuarta edición. Editorial Pearson. México, 2007.

Raich Rosa María. Imagen corporal, conocer y valorar el propio cuerpo. Editorial Pirámide. España, 2000.

Raimbault Ginette y Caroline Eliacheff. Las indomables figuras de la anorexia. Editorial Nueva Visión. Argentina, 1991.

Rausch Herscovici y Luisa Bay. Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. Editorial Paidós, Argentina, 2004.

Recaséns Siches Luis. Sociología. Trigésimo primera edición. Editorial Porrúa. México, 2006.

Rocha Pineda Salvador, Castañón de Antúnez Victoria Elena. Figuras de la anorexia, una comprensión psicoanalítica. Editores de textos mexicanos. Asociación psicoanalítica mexicana. México, 2005.

Román Ferri Ma. Teresa, Nieves Montesinos Sánchez, Rosa Ballester Añón, (et al.) Derecho de las mujeres a su imagen. Los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia). Universidad de Alicante, España, 2001.

Santiago Hernández Ana Rosa. Sociología: el rostro del desarrollo social. Editorial Esfinge. México, 2006.

Senior Alberto F. Sociología. Décimo sexta edición. Editorial Porrúa. México, 2005.

Shepard Jon M., Southord Odom Sylvia, Taylor Bruton Brent. Sociología. Editorial Limusa, 2009.

Silva Cecilia. Trastornos alimentarios (Anorexia, bulimia, comer compulsivo). Editorial Pax, México, 2007.

Stierlin H. ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? Llaves sistemáticas para la apertura, comprensión y tratamiento de la anorexia nerviosa. Editorial Gedisa, España, 1999.

Tapia Conyer Roberto. El derecho a la protección de la salud pública. México, 2006,

Tinahones Maduño Francisco J. Anorexia y bulimia, una experiencia clínica. Editorial Díaz de Santos, España, 2003.

Toro Josep. El cuerpo como delito, anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Editorial Ariel, España, 1999.

Hemerografía

Behar, Rosa. “Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad”. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. UNAM, México, 2010.

Brena Sesma Ingrid (coordinadora). Salud y Derecho. Memorias del Congreso Internacional de Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 2005.

Chávez Ascencio, Manuel. "La familia en la legislación mexicana". Revista Jurídica. Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana. México, 1994, Número 23.

González Quezada Daniela. "Vives para comer o comes para vivir". Revista Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2011.

Pérez-Salgado Diana, José Alberto Rivera-Márquez, Luis Ortiz-Hernández. "Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos?". Revista Salud Pública de México, México, Vol. 52, número 2, marzo-abril de 2010.

Quesnel Galván Leticia y Katia Weissberg. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. Guía de Trastornos Alimenticios. México, 2004.

Rodríguez Martínez Elí. "Los matrimonios homosexuales en el Distrito Federal". Boletín Mexicano de Derecho Comparado. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México, año XLIII, número 128, mayo-agosto de 2010.

Sánchez Mireya. "Trastornos de la Conducta Alimentaria. Un complejo fenómeno biopsico-social". Cuadernos de trabajo: III Jornadas Sociojurídicas. Trastornos de la conducta alimentaria "Comer o no comer". Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Derecho. México, 2010.

Sara Elena Pérez-Gil, Gabriela Romero. “Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: percepción y deseo”. Salud Pública de México. Vol. 52, no. 2, marzo-abril, 2010.

Saucedo Molina Teresita de Jesús y Claudia Unikel Santocini. “Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada”. Revista Salud Mental. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2012.

Suprema Corte de Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación, T. XI, 2000, tesis p. XIX/2000, p. 112.

Zuvirie Hernández Rosa Margarita y María Dolores Rodríguez Ortiz. Reacción psicofisiológica a la exposición de imágenes de mujeres delgadas en universitarias. Revista Mexicana de Trastornos Alimenticios. UNAM.

Diccionarios y enciclopedias

Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigesimosegunda edición. España, 2011.

Diccionario de Sociología Orlando Greco (Dirección y coordinación), Ediciones Valleta, Argentina, 2003.

Diccionario Enciclopédico Espasa. Tomo II (apulobomba- bio). España 2001.

Diccionario Jurídico Mexicano. Editorial Porrúa. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México 2009.

Legislación y normatividad

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Ley de Establecimientos Mercantiles

Ley General de Salud

Ley de Salud del Distrito Federal

Ley para la prevención y el tratamiento de la obesidad y los trastornos alimenticios en el Distrito Federal.

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

Reglamento de la Ley General de Salud

Convención sobre los Derechos del Niño

Declaración Universal de Derechos Humanos

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Páginas de internet

http://anaandmia.blogdiario.com
http://bvs.insp.mx
www.aldf.gob.mx
www.censia.salud.gob.mx
www.consame.salud.gob.mx

www.diputados.gob.mx
www.eleconomista.com.mx
www.elinformador.com.mx
www.ellenwest.org
www.elpais.com
www.eluniversal.mx
www.hjc.salud.gob.mx
www.inegi.gob.mx
www.innsz.gob.mx
www.inprf.gob.mx
www.insp.mx
www.juridicas.unam.mx
www.lanacion.com.mx
www.pediatria.gob.mx
www.rae.es/rae.html
www.salud.df.gob.mx
www.scjn.gob.mx
www.who.int/es

OTRAS FUENTES

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSAUT) 2012, Resultados nacionales, en: http://ensanut.insp.mx/resultados_principales.php, consulta: viernes 04 de enero de 2013, 8:45 p.m.