



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

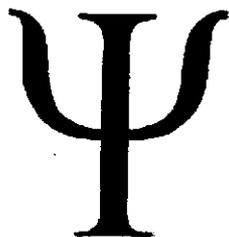
---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DESDE  
LA PERSPECTIVA DE GENERO

**T E S I N A**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
P R E S E N T A :  
**PATRICIA SALAS CHAVEZ**

DIRECTORA DE LA TESINA:  
DRA. GEORGINA MARTINEZ MONTES DE OCA



MÉXICO, D. F.

ENERO 2006

m351579



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

“EL HOMBRE ES LO QUE COME”

LUDWING FEUERBACH.

Doy gracias a Dios por todas las oportunidades  
que ha puesto en mi camino, por todos los dones  
que me ha otorgado y que en el momento justo  
me ha abierto las puertas para alcanzar mis metas;  
Gracias por ser tan generoso.

A mi querido hijo Francisco  
¡Gracias hijo por estar aquí!  
Por enseñarme que amar no  
tiene límites y que se puede  
alcanzar lo que se anhela.  
Te amo

**Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.**

**NOMBRE:** Patricia Salas  
Chavez

**FECHA:** 9 Diciembre 2005

**FIRMA:** 

A mis padres  
¡Gracias por darme la vida!  
por apoyarme en todo momento,  
por toda su confianza, por darme  
los elementos para triunfar en la  
vida, por mirarme siempre con ojos  
de grandeza y en esa misma medida  
darme tanto.

A mis hermanos

Gracias por su apoyo y consejo,  
por estar siempre conmigo en el  
momento que los he necesitado.

Al amor de mi vida

Gracias por estar a mi lado, por tu confianza ,  
por tu apoyo, por tu amor, por no dejarme vencer,  
por ser mi dulce compañía y verme como alguien  
muy especial, por enseñarme a tener esperanza y  
a disfrutar intensamente de la vida.

Te amo Ingeniero

A la Dra. Georgina

Gracias por ser mi guía en la realización  
de este trabajo, así como por su apoyo  
y confianza .

**INDICE TEMATICO**

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>CAPITULO I</b>	
<b>TRASTORNOS ALIMENTARIOS</b> .....	8
TRASTORNOS DEL HAMBRE	
1.1 Definición de Anorexia Nerviosa .....	12
1.2 Antecedentes Históricos de Anorexia Nerviosa .....	12
1.3 Definición de Bulimia Nerviosa .....	16
1.4 Antecedentes Históricos de Bulimia Nerviosa .....	16
1.5 Criterios Diagnósticos para los Trastornos Alimentarios .....	18
1.6 Conductas características de la Anorexia Nerviosa .....	22
1.7 Signos fisiológicos corporales de la Anorexia Nerviosa-síntomas .....	23
1.8 Trastornos en la esfera psíquica de la Anorexia Nerviosa .....	24
1.9 Conductas características de la Bulimia Nerviosa .....	24
1.10 Signos fisiológicos corporales de la Bulimia Nerviosa-síntomas .....	26
1.11 Trastornos en la esfera psíquica de la Bulimia Nerviosa .....	26
1.12 Factores que causan los Trastornos Alimentarios .....	28
I. Factores culturales .....	28
II. Influencia de los medios de comunicación .....	31

III. Factores educativos .....	33
IV. Factores familiares .....	33
V. Factores de vulnerabilidad personal .....	36
VI. Factores temporales .....	36
VII. Trastornos emocionales .....	37
VIII. Atletismo excesivo .....	39
IX. Factores genéticos .....	40
X. Otros factores .....	41
1.13. Bulimarexia .....	41
1.14. Síndrome de Descontrol Alimentario (SDA) .....	42
1.15. Comedores Compulsivos .....	43
1.16. Síndrome de Prader Willi .....	44
1.17. Síndrome del Comedor Nocturno .....	45
 TRASTORNOS DEL APETITO	
1.18. Vigorexia .....	47
1.19. Ortorexia .....	49
1.20. Pica .....	51
I. Incidencia de la Pica .....	52
II. Hipótesis nutricional .....	53
III. Hipótesis psicológica-psiquiátrica .....	53
IV. Hipótesis antropológica-cultural .....	54
1.21. Trastornos alimentarios en los niños .....	54
1.22. Teorías que explican los trastornos de la conducta alimentaria .....	55
I. Teoría psicodinámica .....	55
II. Teoría intrafamiliar .....	58
III. Teoría del self .....	60

IV. Teoría sociocultural .....	63
V. Teoría cognitivo-conductual .....	65
VI. Teoría de género .....	66
1.23.Prevalencia y población afectada .....	69
 <b>CAPITULO II</b>	
2.1.Adolescencia .....	77
2.2.Género una perspectiva para abordar a las mujeres y los hombres .....	82
2.3.Roles genéricos .....	92
2.4.Teorías de Género .....	97
2.5.Consideraciones generales sobre la situación de la mujer .....	99
I. El trabajo doméstico .....	102
II. Socialización y cuidado de los hijos .....	106
III. Sexualidad .....	111
 <b>CAPITULO III</b>	
3.1.Investigaciones sobre el tema .....	120
 <b>CAPITULO IV</b>	
4.1.Conclusiones, limitaciones y sugerencias .....	128
 <b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	 138

## INTRODUCCIÓN

Desde finales del siglo XX, en una sociedad que sobrevalúa la estética corporal, el binomio "anorexia nerviosa-bulimia nerviosa" ha adquirido una expansión importante. Estos trastornos se han constituido como los más frecuentes y alarmantes de la última década con un común denominador claro y preciso: **La búsqueda de la delgadez como medio para alcanzar el éxito y la aceptación social** (Rossetti, s.f.).

Unikel en 1998 (Saucedo, 2003) menciona que la demanda de tratamiento en centros especializados como el Instituto Nacional de Nutrición "Dr. Salvador Zuribán" recibe un promedio de 10 llamadas telefónicas mensuales solicitando tratamiento para algún trastorno alimentario de los cuales aproximadamente 4 se corroboran con diagnóstico de anorexia o bulimia nerviosas.

Hay que considerar que el actual modelo de cuerpo ideal es inaccesible para la gran mayoría de las mujeres e incompatible con una buena salud.

Una dieta que en principio parece inocente puede inducir a la persona predispuesta en la peligrosa pendiente de un trastorno alimentario. Cuanto más tiempo transcurre, más difícil es detenerse, con mayor probabilidad de que queden secuelas irreversibles.

La conducta alimentaria es un fenómeno complejo, ya que intervienen diversos factores de distinta naturaleza: biológicos, geográficos, psicológicos y socioculturales. Por lo que su estudio debe ser enfocado desde una perspectiva multifactorial y considerando al individuo desde un punto de vista biopsicosocial.

La población mas afectada suelen ser los púberes de ambos sexos por ser un grupo muy vulnerable a la influencia cultural donde el ideal físico es la delgadez.

Esta investigación tiene por objetivo realizar una revisión y exposición exhaustiva sobre los trastornos de la conducta alimentaria abordados desde una perspectiva de género.

La inquietud de este proyecto surge de la necesidad de dar respuesta a varias interrogantes:

-¿Por qué las mujeres son más susceptibles que los hombres para desarrollar problemas de la conducta alimentaria?

-¿Por qué se han incrementado los trastornos de la conducta alimentaria?

-¿Qué factores tienen mayor influencia para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria?

-¿Qué es lo que provoca el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria?

-¿Por qué se inician estos problemas en la adolescencia?

-¿Qué medidas se han tomado para prevenir esta problemática?

-¿Cuáles son los trastornos de la conducta alimentaria más frecuentes?

-¿Por qué se ha incrementado el interés en esta problemática?

-¿Cuál es la visión a futuro de esta problemática?

Teniendo como propósito llamar la atención en un problema de salud, que no sólo afecta al individuo, sino también a la familia, a la sociedad y a la cultura debido al alarmante crecimiento tanto en número como en población

afectada, desde niños hasta ancianos, así como a todos los estratos socioeconómicos.

En el primer *capítulo* se definen los trastornos de la conducta alimentaria, se presenta un panorama histórico para conocer su trayectoria en la humanidad, así como los criterios para su diagnóstico y diversos factores asociados a estos trastornos, también se abordan algunas teorías que explican desde su perspectiva estos padecimientos, enfatizando las teorías de género que son el punto medular de este trabajo.

En el segundo *capítulo* se parte de la revisión de la etapa adolescente como época de inicio de los trastornos alimentarios, debido a que en esta etapa del desarrollo el individuo comienza a experimentar cambios biológicos para adquirir el cuerpo adulto, comienza a buscar su lugar dentro de la sociedad, como ser independiente, exitoso y completo, con un acervo cultural y familiar que impacta en el medio y que lo lleva a desempeñarse de acuerdo a su género y patrones de conducta, que le proporcionan estrategias para afrontar sus conflictos cotidianos.

Se puntualiza la teoría de género como una perspectiva para abordar los trastornos alimentarios, en particular enfocado a las mujeres que resultan ser blanco fácil para el desarrollo de estos trastornos, quienes tratan de ganar un lugar en una sociedad masculina donde se resaltan valores como la competencia, la agresividad, la asertividad y a la vez cumplir con el estereotipo femenino tradicional de belleza, sumisión, docilidad, ser para otro.

En el tercer *capítulo* se exponen diversas investigaciones relacionadas con estos trastornos considerando diversos factores que se encuentran

relacionados con el origen, el desarrollo y mantenimiento de esta problemática.

En el cuarto capítulo se presentan las conclusiones, sugerencias y limitaciones producto de este trabajo, dando margen para futuras investigaciones.

## CAPITULO 1

### TRASTORNOS ALIMENTARIOS

*"Lo ideal no es el canon de belleza impuesto por las revistas de belleza y los modelos publicitarios, sino estar contenta con uno mismo y aceptarse como es"<sup>1</sup>*

Actualmente la sociedad y la cultura que vivimos, marcadas por la exaltación de una delgadez extrema como valor esencial de belleza y éxito, condicionan a que cada vez haya más trastornos de la alimentación.

La conducta alimentaria es una respuesta del organismo con la finalidad de cubrir una serie de necesidades fundamentales para el adecuado funcionamiento, entonces se puede comprender con mayor facilidad por que, la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa son los trastornos principales de la conducta alimentaria. Estos problemas son muy importantes ya que no sólo ponen en riesgo la vida de la persona, traen consigo complejas perturbaciones psicológicas y de distintas modalidades disfuncionales de la vida familiar y social ( "El peso justo..."s.f.1).

Se entiende por trastornos de la conducta alimentaria: aquellos trastornos psicológicos que comparten graves anomalías con el comportamiento de la ingestión de alimentos, es decir, se fundamentan en alteraciones básicamente psicológicas (Raich, 1994).

---

<sup>1</sup> Almudena Albl. Tu cuerpo es tuyo. Ed. Aguilar.

Es importante mencionar la diferencia entre hambre y apetito, de acuerdo con Delgado (citado en Ruíz, y Posada, 2001) el hambre corresponde a la necesidad de alimento en lo que respecta a la cantidad; El apetito es la preferencia o selección cualitativa de los alimentos.

### **Los Trastornos de la Conducta Alimentaria se clasifican en:**

#### **Trastornos del hambre:**

- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Bulimarexia
- Síndrome de descontrol alimentario
- Comedores compulsivos
- Síndrome de Prader Willi
- Síndrome del comedor nocturno

#### **Trastornos del apetito:**

- Vigorexia
- Ortorexia
- Pica

Las anomalías extremas del hambre son la anorexia y la bulimia nerviosas y las del apetito se conocen como pica.

De acuerdo con García (2002) los trastornos de la conducta alimentaria se observan en todas las épocas de la vida y son una enfermedad de especial interés en los niños. En las últimas décadas, enfermedades como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, se consideran como propias de los últimos años de la adolescencia y primeros de la juventud, han descendido en la edad de comienzo y afectan cada vez mas a personas más jóvenes. Es muy probable que influyan factores sociales y culturales, estilos de vida y valores del mundo actual, además de factores genéticos, neuroquímicos y neuroendócrinos.

En los niños y adolescentes los trastornos alimentarios incluyen el trastorno de rumiación, la pica, el trastorno específico de la infancia, la obesidad, la anorexia y bulimia nerviosas y el trastorno por atracón.

La preocupación por el peso y la figura corporal, la dificultad para mantener el peso dentro de los límites fisiológicos, el despliegue de una serie de hábitos de alimentación anómalo, con graves consecuencias médicas y psiquiátricas, son las características básicas de la anorexia y la bulimia nerviosas.

En el caso de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa parece evidente que los cambios surgidos durante el siglo XX, en el modo de comer, en los valores estéticos relacionados con el cuerpo y la imagen corporal, en los estilos de vida y en el proceso de búsqueda de las mujeres de una entidad personal y profesional propia han sido factores determinantes.

La prisa y el comer fuera de casa han sustituido en muchos casos la comida familiar tradicional, lo que ha modificado la cantidad y calidad de la alimentación donde predominan las grasas y los azúcares. Además, los horarios de comida se han abandonado adoptándose el comer entre horas o mientras se realiza otra actividad como ver televisión o ver una película en el

ción. Se ha impuesto un estilo de vida errático e hipercalórico que favorece la obesidad, la bulimia y la anorexia nerviosas como respuesta al aumento indeseado de peso. A esta forma de comer se suma el significado emocional que se le da a la comida y que ocupa un lugar muy importante en la vida del sujeto y que se convierte en modular de las emociones, ya sea para compensar la frustración por medio de atracones, como sucede en la bulimia nerviosa o para adquirir un sentimiento de satisfacción y autocontrol absteniéndose de comer, como es el caso de la anorexia nerviosa (García, 2002).

La dimensión emocional de la comida se complementa con la enorme presión social que se ejerce sobre el individuo para que se mantenga delgado, presión que afecta principalmente a las mujeres.

La imagen corporal y la apariencia exterior delgada han cobrado una importancia desmedida en la sociedad occidental, donde se sobrevalora la delgadez y el control del peso en categoría suprema del gusto estético. Siendo las niñas más vulnerables para sufrir un trastorno de la conducta alimentaria, probablemente son más sensibles a los mensajes de carácter estético; en tanto los varones basan sus hábitos de comer en las sensaciones de hambre y saciedad, las mujeres probablemente en relación con estilos cognitivos diferentes, tomando en cuenta la percepción y conciencia del propio cuerpo.

La interiorización de que la delgadez es imprescindible para tener éxito, para ser aceptado por los demás, se realiza muy pronto durante la infancia, de forma que los niños de entre 6 y 11 años sienten especial repulsa por los compañeros obesos.

## **TRASTORNOS DEL HAMBRE**

### **1.1.ANOREXIA NERVIOSA.-DEFINICIÓN.**

Es un trastorno psiquiátrico, donde se presenta una alteración en los hábitos y/o comportamientos involucrados en la alimentación. Las personas que la padecen dedican la mayor parte de su tiempo a temas relacionados con la comida y todo lo que se relaciona con ello. La preocupación por la comida y el temor a ganar peso forman lo esencial de este trastorno, junto con la inseguridad personal para enfrentarse a este problema. Niegan la enfermedad y se perciben gordas en alguna parte de su cuerpo a pesar de presentar un aspecto esquelético (Morea, 1997).

### **1.2.ANTECEDENTES HISTORICOS-ANOEXIA NERVIOSA.**

La anorexia nerviosa existe desde la antigüedad, con distintas connotaciones entre las más sobresalientes están la religiosa y el misticismo, hasta la época actual donde se considera una moda o una estrategia para ser aceptado o reconocido (Ortiz, 2003).

Así se describe en la Edad Media la vida de algunas santas como Liduina de Shiedam, una santa del siglo XIV, o la santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, que ayunó y rezó a Dios rogándole le arrebatara su belleza para ahuyentar la atención de los hombres, renunció a su cuerpo de mujer, afeándose, adelgazando en extremo y cubriéndose de vello, (de bello era lo que menos tenía esta pobre) tras férrea y persistente restricción alimentaria; siendo adoptada en algunos países de Europa como santa patrona por aquellas mujeres que deseaban librarse de la atención masculina (Alvarez y Meni, s.f.; Morea, 1997).

Otro caso es el de Catalina de Siena, que nació en 1347, quien a la edad de 7 años tuvo su primera visión de Jesús y comienza a rechazar la comida, se impone penitencias y renuncia al mundo, en la adolescencia únicamente se alimentaba de pan y hierbas, siendo las hierbas utilizadas como laxantes al igual que una caña para producirse el vomito, precedido de atracones (Morea, 1997).

En el mundo árabe, Avicena en el siglo XI, menciona el caso de un príncipe que se negó a comer invadido por la melancolía. Otro posible caso de anorexia nervosa en el siglo XVII es el de la poetisa Sor Juana Inés de la Cruz autora de una extensa obra de contenido religioso; Juana de Arco, heroína francesa de la guerra de los cien años, y Simone Weil, en el siglo XX, superviviente del holocausto nazi y ministra del gobierno francés, son ejemplos de mujeres intelectuales con inquietudes trascendentales, espirituales y no cultivadoras de su físico (Ortiz, 2003).

En el siglo XVII (1694), el médico inglés Richard Morton, especialista en tuberculosis, realiza los primeros textos donde describe un cuadro de anorexia nervosa con detalle y precisión, en un texto titulado a "Treatise of Comsumptions", donde señala el caso de Miss Duke, inglesa de 18 años, diagnosticada con una multitud de ansiedades y pasiones en su mente. Durante el largo tratamiento no se encontró enfermedad orgánica, sólo un apetito disminuido y problemas de digestión con frecuentes ataques de desmayo. Denominando a esta condición como "consunción nerviosa, describiendo que en este desorden precedía la tristeza, la ansiedad y estados anímicos; Se hace referencia a la anorexia, pérdida de peso, amenorrea, estreñimiento e hiperactividad, se destaca la ausencia de alteraciones físicas que justificaran el problema alimentario. Considerándose ésta la primera descripción clínica de dicho trastorno. Para 1874, Gull utilizó por primera vez la expresión anorexia nerviosa en una conferencia pronunciada en Oxford. En la misma época, Laségue en París, hace la descripción de la enfermedad, calificándola de inanición histérica y considerándola al igual que Gull, como una enfermedad psicogénica. A fines del siglo XIX, en el año de 1893, se describe un caso de anorexia tratado con hipnosis, un año después dicha enfermedad es descrita como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía (Ortiz, 2003).

Este conjunto de manifestaciones místicas, donde se realizaba carencias extremas de alimento, y que Rudolph Bell llamó "anorexia santa" condujo a la identificación y clasificación de conductas alimentarias irregulares, en donde se presentaban síntomas y signos agudos de anemia, palidez, fatiga, debilidad, falta de fuerza y trastornos menstruales, indicadores físicos que presenta la anorexia nerviosa.

A finales del siglo pasado y principios de éste, la anorexia nerviosa ha recibido mayor atención del campo psicológico y psiquiátrico, donde el

psiquiatra francés Pierre Janet en 1903 y Faber en 1926 señalaron la anorexia nerviosa, como una enfermedad de origen somático y mental, ideas que hasta hoy son centrales para el diagnóstico.

Este trastorno ha estado presente durante siglos y no es de extrañar que llamara la atención, buscando diversas formas de explicación e interesando a diversas especialidades como son la neurología, la psiquiatría, psicología y endocrinología, de ahí las numerosas denominaciones que ha recibido en sus distintas etapas por las que ha atravesado. Desde el punto de vista psicológico y fenomenológico, la corriente psicoanalítica enfocó este trastorno como la renuncia al cuerpo, con carácter sexual (fuente de placer y atracción libidinal), buscando conseguir la espiritualidad, un sentido de penitencia y sacrificio. Por medio de la purga se conseguía eliminar la femineidad elevando el espíritu hasta el misticismo, mostrando una fortaleza interior que les permitiera sobrevivir a las privaciones. Fueron consideradas por Freud, Abraham, Fenichel y Klein como neuróticas, relacionadas primero con la histeria y después con la melancolía (Ortiz, 2003).

En 1973 Bruch postuló varias causas subyacentes a este trastorno y señaló incapacidad de estas mujeres para identificar y responder adecuadamente a las demandas del cuerpo en cuanto a la alimentación, consideró que el problema principal era por déficit emocional, caracterizado por intensos pensamientos negativos que no eran capaces de apaciguar y desconocimiento de sus pensamientos. Además el desarrollo de una sociedad que considera a la delgadez como signo de belleza femenina, por lo que dejar de comer parece ser una forma de tener un poco de control en contra de estos sentimientos abrumadores, surgiendo así un modelo etiopatogénico bio-psico-social.

### 1.3. BULIMIA NERVIOSA- DEFINICIÓN.

La palabra bulimia deriva del griego "buli" que significa "comer como animal o hambre animal" o de "bulimy" que se traduce como "hambre de buey o hambre excesiva", en ningún caso significa vomitar (Ortiz, 2003; Tecnológico de Monterrey, 2004).

La Bulimia es un trastorno psiquiátrico, que puede permanecer oculto entre 3 y 5 años. Sus causas son diversas (psicológicas y somáticas), se producen desarreglos en la ingesta de alimentos con voracidad, es decir, comer grandes cantidades de comida en un corto tiempo en forma de "atracones", seguidos de conductas compensatorias para no aumentar de peso, como vómitos, el uso de medicamentos (laxantes y diuréticos), el ayuno y el uso de ejercicio excesivo; generando un gran desequilibrio orgánico que conlleva a graves trastornos del aparato digestivo pudiendo desembocar en la muerte (Bulimia, 2003; Sanitas, 2004; García, 2002).

### 1.4. ANTECEDENTES HISTORICOS-BULIMIA NERVIOSA.

Antiguamente los romanos realizaban grandes banquetes donde se comían enormes cantidades de comida, para después provocarse el vómito utilizando una pluma o ingerir eméticos para volver a comer desmedidamente.

En el Talmut (400-500 a.C) se utilizaba el término *boolmut* para describir un síndrome en el cuál una persona está tan agobiada por el hambre, que su juicio y su conciencia respecto a eventos externos se hallaban disminuidos, y se consideraba mortal (Ortiz, 2003).

Galeno describió la "*kinos orexia*" o hambre canina como sinónimo de bulimia, considerándola como consecuencia de un estado anormal y posteriormente apareció reflejada en los diccionarios médicos de los siglos XVII y XIX como curiosidad médica o un síntoma de otras enfermedades. James en 1743 empleó el término "*boulimus*" en asociación con "*caninus apetus*" y "*fames canina*" para referirse a la forma como las personas vomitan como perro para aliviar la ingestión estomacal, después de ingerir demasiada comida. Hooper en 1825 la llamó "*bulimia emética y cynorexia*", para referirse a un apetito voraz seguido de vómito (Alvarez y Meni, s.f.; Ortiz, 2003).

A finales del siglo XIX se dan los primeros reportes de la conducta bulímica, como tal o asociada con la anorexia, como es el caso de Habermas (1989) quien menciona en sus estudios algunos casos de bulimia temprana asociados con anorexia; Girou en 1905 reportó un caso de anorexia que por un año se provocó el vómito después de cada alimento, para evitar ganar peso. Janet en 1908 menciona que vomitar dentro de la anorexia era más común de lo que se creía, lo que corrobora con dos casos en donde se mostraba esta conducta, estas pacientes fueron descritas como obsesivas, se caracterizaban por persistentes sensaciones de hambre intensa, aversión por el cuerpo e intensos pensamientos centrados en la comida y en el control de impulsos hacia la misma (Ortiz, 2003).

En 1926, Hutchinson publicó un artículo sobre desórdenes de alimentación titulado "*gordura y moda*", pero anteriormente en 1904 la bulimia ya era considerada un síndrome en los estudios de Ludwig Binswanger, quien reportó el famoso caso de Ellen West, una mujer con desórdenes de la alimentación y una historia de depresión y obsesión alrededor de la comida, despersonalización e ideas suicidas, relataba que la comida simbolizaba para ella el afecto, ya que al comer intentaba satisfacer: el hambre y el amor,

manifestaba pérdida del sentido de la vida, obsesión alrededor de la comida y baja autoestima, reconociendo terror, tristeza, ausencia de placer, falta de valor y deseo de muerte. En la actualidad estos síntomas se clasificarían como anorexia de tipo bulímico, por el tipo de conducta manifiesta, así como por consumir grandes cantidades de comida, impulsos obsesivos por atragantarse, ingiriéndola voraz y velozmente para después ingerir laxantes y eliminar lo consumido.

Stunkard, Grace y Wolff en 1955, describieron la bulimia en obesos, llamándola "síndrome de alimentación nocturna" por comer grandes cantidades de comida por las noches y madrugadas, insomnio y anorexia matinal. Boskind y White en 1983, crearon el término bulimarexia, donde combinaron los dos síndromes, actualmente ha sido reemplazado por el término "anorexia de tipo bulímico (Ortiz, 2003).

### **1.5. CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.**

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por graves alteraciones de la conducta alimentaria.

El DSM IV conceptualiza el trastorno como una conducta, un síndrome psicológico o un patrón clínicamente significativo que aparece en el sujeto asociado de modo típico a síntomas penosos o a una perturbación funcional (incapacidad); es decir, se considera al trastorno como un conjunto de síntomas que aparecen juntos y que configuran un estado reconocible (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

Se dividen en:

Trastornos específicos:

- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa

En ambas se altera la percepción de la forma y el peso corporal.

La anorexia nerviosa toma entidad propia en 1987 en el DSM-III-R (1988) en la segunda edición revisada y en el DSM IV en 1994.

Criterios para el Diagnóstico de Anorexia Nerviosa de acuerdo al DSM-IV (2000, pp. 659-660):

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del mínimo normal considerando la edad y la talla (p.ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante un periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperado).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera presencia de amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p.ej., con el suministro de estrógenos).

Subtipos:

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

En el DSM-II-R (1987), la bulimia nerviosa aparece como un síndrome diferenciado de la anorexia nerviosa con criterios diagnósticos propios, ampliándose y modificándose en 1988 en el DSM-III-R en la segunda edición revisada y en el DSM-IV, donde los criterios tomados son:

Criterios para el Diagnóstico de Bulimia Nerviosa de acuerdo con el DSM-IV (2000, pág.665):

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- 1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
  - 2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- B. Conductas Compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas se realizan, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

**Subtipos:**

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

**Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado:**

Hace referencia a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios de ninguno de los trastornos de la conducta alimentaria específica. Como son (tomado del DSM-IV, 2000, pp. 665-666):

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir pérdida de peso significativo, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias

inapropiadas se presentan menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: caracterizado por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria típica de la bulimia nerviosa.

### **1.6. CONDUCTAS CARACTERÍSTICAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA.**

- Realizar dietas muy severas: comer extremadamente poco, evitando ciertos alimentos por considerarlos prohibidos.
- Rituales obsesivos en la alimentación:
  - ✓ Desmenuzar los alimentos en porciones excesivamente pequeñas, saboreándolas lentamente, para finalmente ingerir una escasa cantidad en el mismo lapso de tiempo asignado a la comida.
  - ✓ Preparar comida para otras personas con el objeto de llenarse visualmente.
  - ✓ Controlar permanentemente las calorías ingeridas (memorizar las cals. de cada alimento según tablas, escudriñar los envases, utilizar calculadora, llevar agenda calórica)
- Evitar concurrir a reuniones donde pueda verse obligado a comer, recurriendo a todo tipo de excusas, a veces ridículas.
- Actividad física excesiva.
- Esconder su cuerpo bajo ropa muy holgada, evitando trajes de baño.
- Usar colores oscuros en la vestimenta, los que lo hacen verse más delgado.

- Abuso de edulcorantes.
- Pesarse varias veces al día, desnudo y con balanzas exactas. Tener balanza propia para comparar con otras.
- Puede presentarse episodios de ingesta compulsiva de comida (atracones), enseguida recurrir a conductas compensatorias como vómito provocado o uso de diuréticos y/o laxantes para eliminar lo ingerido. En este caso se habla de anorexia nerviosa de tipo bulímico, en cambio si no se presenta este episodio, se habla de anorexia nerviosa de tipo restrictivo.
- Ayunar periódicamente, en ocasiones durante varios días.
- Constante preocupación acerca de la comida. Discurso monotemático; conversaciones que giren alrededor de la comida, temas relacionados: calorías, peso, dieta, recetas, etc.
- Contemplarse a sí mismo en toda circunstancia en que se halle frente al espejo, vidrio o cualquier superficie que refleje su imagen. Análisis de las formas corporales.

### **1.7.SIGNOS FISIOLÓGICOS CORPORALES DE LA ANOREXIA NERVIOSA-SINTOMAS.**

- Disminución de peso significativamente con atrofia muscular y prominencias óseas (p. ej., costillas y escápulas visibles).
- Excesiva sensibilidad al frío.
- Piel pálida-amarillenta, reseca. Puede haber acné y pérdida significativa del cabello, debido a anemia y trastornos hormonales.
- Debilidad y mareos.
- Palpitaciones, ritmo cardiaco alterado, hipotensión.
- Calambres musculares.
- Halitosis (mal aliento).

- Agrandamiento de las glándulas parótidas.
- Constipación.
- Meteorismo (gases intestinales).
- Trastornos auditivos (sensación de un eco) pérdida del tejido graso en áreas específicas del oído.
- Propensión a las infecciones debido a inmunodeficiencia (anginas a repetición, bronquitis, resfriados frecuentes, ganglios palpables).

### **1.8. TRASTORNOS EN LA ESFERA PSÍQUICA EN LA ANOREXIA NERVIOSA.**

- Alteraciones del carácter: ira, irritabilidad, agresividad.
- Inseguridad, sensación de incapacidad para desempeñarse en innumerables tareas (p.ej., conducir automóvil,, hablar en público, presentar exámenes).
- Sentimiento de culpa y autodesprecio tras la ingesta de comida.
- Ansiedad desmedida. Frecuentes casos de tabaquismo.
- Insomnio.
- Aislamiento social.
- Desinterés sexual.
- Dificultad de concentración y aprendizaje.

### **1.9. CONDUCTAS CARACTERÍSTICAS DE LA BULIMIA NERVIOSA.**

- Evitar acudir a reuniones donde pueda verse obligado a comer, recurriendo a todo tipo de excusas, a veces ridículas.

- Actividad física excesiva ( no es constante), con el objeto de quemar calorías.
- Abuso de edulcorantes; consumo indiscriminado de goma de mascar sin azúcar.
- Consumo de medicamentos adelgazantes (diuréticos, laxantes, hormonas tiroideas, derivados anfetamínicos, mezclas de productos homeopáticos).
- Pesarse varias veces al día, desnudo y con balanzas exactas. Tener balanza propia y comparar con otras.
- Suele ayunar, aunque no tiene tanta constancia como la persona anoréxica restrictiva pura.
- Almacenar alimentos en distintos lugares de la casa con el propósito- consciente o inconsciente- de contar con ellos al momento de presentarse el atracón.
- Robar alimentos hipercalóricos de las góndolas del supermercado, en casa de amistades, en el trabajo, etc.
- Constante preocupación acerca de la comida.
- Discurso monotemático; conversaciones que giran alrededor de temas recurrentes: calorías, peso, dietas.
- Contemplarse a sí mismo en toda circunstancia en que se encuentre frente al espejo, vidrio o cualquier superficie que refleje su imagen. Análisis exhaustivo de las formas corporales; compararse con otras personas.
- Visitas al baño después de comer: generalmente se autoprovooca el vómito y, si es descubierto, finge estar descompuesto o haber sufrido un acceso de tos.
- Circuito autopropetuyente: dieta-atracón-dieta.
- Terror a engordar.

### **1.10. SIGNOS FISIOLÓGICOS CORPORALES DE LA BULIMIA NERVIOSA-SINTOMAS.**

- Oscilaciones en el peso.
- Engrosamiento de las glándulas localizadas en el cuello.
- Cara hinchada y agrandamiento de las glándulas paróftidas.
- Puede haber roturas vasculares en las mejillas y debajo de los ojos.
- Dolores musculares. Fatiga física
- Garganta irritada. A veces disfonía (voz ronca).
- Caries. Pérdida de piezas dentarias.
- Caída del cabello.
- Menstruaciones irregulares.
- Vértigo y dolor de cabeza.
- Hipotensión.
- Diarrea y/o estreñimiento.
- Acidez estomacal. Reflujo. Úlcera gástrica o duodenal.
- Anemia.

Una persona puede esconder una bulimia debajo de una excelente figura o estando excedida de peso.

### **1.11. TRASTORNOS EN LA ESFERA PSÍQUICA EN LA BULIMIA NERVIOSA.**

- Cambios en el carácter: depresión, fuertes sentimientos de culpa, repudio de sí mismo. En algunos casos hay alternancia entre euforia y depresión.
- Autocrítica severa.

- Imperiosa necesidad de recibir la aprobación de los demás.
- El nivel de autoestima es inversamente proporcional al peso (p.ej., se odia por haber aumentado algunos gramos).
- Dificultad de aprendizaje.
- Vida social intensa con intervalos de aislamiento.
- Actividad sexual que oscila de la abstinencia a la promiscuidad.
- Abuso de alcohol y drogas

Por lo anterior se puede deducir:

Que el miedo a la obesidad y las conductas extravagantes en relación con la comida son algunos de los principales síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria.

Los bulímicos son capaces de ingerir grandes cantidades de comida en poco tiempo y después generan conductas purgativas como autoprovoarse el vómito o consumir laxantes y diuréticos en forma indiscriminada. Se incorporan desayunos compensatorios que finalmente los llevan a repetir el ciclo.

Los anoréxicos tienen una marcada tendencia a la inanición, acompañada de un terror irracional hacia los alimentos. Se niegan a comer, para no aumentar de peso, se vuelven incapaces de reconocer los riesgos que esto provoca y oscilan permanentemente entre la hiperactividad y la depresión.

La adicción a las drogas es una característica bastante frecuente en estas pacientes así como la tendencia a la depresión, a la ansiedad, y fracaso en sus relaciones interpersonales (Alvarez. y Meni, s.f.).

Para ambos trastornos la percepción alterada de la imagen corporal se puede expresar de diferente forma, sea como la negación de la seriedad de la

pérdida de peso o como la negación de la experiencia por sí misma . En cuanto a los trastornos de la conducta no especificados se incluyen a sujetos con trastornos alimentarios leves y refieren que probablemente este sea más común que los trastornos clásicos en la población juvenil (Caballero, 1998).

## **1.12. FACTORES QUE CAUSAN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

Generalmente antes de presentarse el trastorno existen una serie de factores precipitantes que pueden ser : cambios corporales propios de la edad, separaciones, conflictos familiares, pérdida de seres queridos, primeros contactos sexuales, fracaso en las relaciones interpersonales, cambios en la aceptación por parte de los compañeros, etc. Es frecuente encontrar al inicio de la enfermedad dietas comenzadas por varios motivos entre ellos comentarios negativos sobre su físico o por necesidades deportivas, profesionales, etc., que no han dado resultado y acaban progresando hacia un trastorno alimenticio (Chinchilla,2003).

### **I. Factores Culturales:**

A lo largo de la historia todas las culturas han presentado patrones de belleza propios. Varían dependiendo de las características sociales y los valores morales de cada época.

El aspecto físico como signo de identidad tiene valor en las relaciones sociales. Por medio de éste se refleja su ser y su valía. Los modelos estéticos están determinados por varios factores.

Todo arquetipo, modelo o ideal de belleza, supone entre los que lo comparten gran presión, ya que encarnan el modelo y gozan de la admiración ajena, de aceptación y tiene razones para autovalorarse positivamente, en contraste con los que se alejan ya que padecen de rechazo y baja autoestima (Chinchilla, 2003).

La moda impone un tipo de vestimenta, un tipo de formas y la manera de conseguirlo es por medio de dietas, donde tienen una gran influencia "los medios de comunicación".

En las sociedades donde se presentan trastornos de la conducta alimentaria parece ser el resultado del uso del cuerpo como medio de distingo social y la delgadez de éste como sinónimo de éxito, poder y valía. Es en la adolescencia donde existe gran preocupación por los valores estéticos, la pertenencia a un grupo, en un espacio de tiempo se deben adaptar al mundo adulto, adquirir responsabilidades, elaborar proyectos personales y tomar una actitud propia ante la vida. Por estas razones es un periodo estrechamente relacionado con la anorexia nerviosa (Chinchilla, 2003).

**Dedicado a la moda:** Las estadísticas indican que el 90% de quienes padecen anorexia nerviosa y bulimia nerviosa son mujeres de temprana edad –entre los 12 y los 25 años- dentro del sistema educativo, entre el 15 y el 20% por ciento presenta desórdenes de la alimentación (Alvarez y Meni, s.f.). Esto muestra que desde muy jóvenes las mujeres están sometidas a satisfacer cierto ideal de belleza. En los varones esto ocurre en menor medida. La moda exige máxima delgadez, a toda costa.

Desde la pantalla y las revistas figuran los máximos exponentes del "género", por lo que se debe pertenecer al grupo para sentirse bien. La vida cotidiana

sugiere otras referencias, que se contraponen a la delgadez, y que transforman el ideal; recientes investigaciones han dado cuenta de que el peso promedio de las adultas jóvenes se ha incrementado. Por lo que cada vez es mayor la brecha entre la realidad y el campo ideal. Así la delgadez se transforma más en una expresión de un modelo social, en un producto vendido con exagerada insistencia a través de los medios de comunicación.

La Dra. Rosa Behar (1991), realizó un análisis de la biografía existente de Santa Rosa de Lima y llegó a encontrar circunstancias relevantes compatibles con el síndrome clínico conocido como anorexia nerviosa. Concluyó: que en la historia de la civilización occidental han habido dos periodos en los que la negación del comer y el control del apetito han marcado dos etapas de la experiencia femenina: en los siglos XII a XVI (medieval) y en la era posterior a la revolución industrial.

En el medieval el control estaba encaminado a alcanzar valores como la piedad y la fe; por medio del ayuno se pretendía alcanzar la perfección a los ojos de Dios. En la época moderna el autocontrol de la apetencia va encaminada a factores de estatus social, interacciones familiares y posiciones particulares de roles genéricos. Es así que la mujer en la actualidad tiene al mismo tiempo satisfacer las demandas relativas a la idea de que la femineidad se posee y se persiguen propósitos de realización personal atribuibles al estereotipo del rol del sexo opuesto. Se desea lograr la perfección en términos de ideal socio-cultural de belleza física y no se busca la espiritualidad sublime del medieval. Tratando de buscar autodefinición, asertividad, estima individual tanto dentro de la sociedad y la cultura básicamente patrilineal.

## II. Influencia De Los Medios De Comunicación:

Adelgazar sin esfuerzo, mediante los "productos milagro". Los medios de comunicación con la publicidad de prendas de vestir, cosméticos, etc., la presencia de estrellas del espectáculo y modelos de moda lleva a las mujeres a pensar "si ella tiene ese aspecto yo también lo tendré ", sin importar el precio que hay que pagar por ello, aún la propia salud.

En esta sociedad de consumo el modelo de delgadez se vende como un producto más y sobre todo es sinónimo de éxito, aceptación, belleza; por otro lado se promueve el consumo de alimentos: "fast food", refrescos, golosinas, que son tentadores con poco valor nutricional y con alto contenido calórico y que conlleva obesidad.

De modo que la joven se encuentra bombardeada de todos estos mensajes. Claro que esto no es suficiente para desarrollar un trastorno alimentario.

De acuerdo con la revisión que realizó Caballero (1998) encontró un incremento en el grupo entre los 15 y los 24 años de edad lo que refleja que los medios de comunicación promueven modelos más delgadas.

El entorno familiar, la presión del grupo de iguales, el rol de la mujer en la sociedad y determinados rasgos de personalidad contribuyen a que algunas personas estén en riesgo.

Ann Becker, directora de investigación de desórdenes alimentarios de Harvard, reportó que en las islas Fiji, los desórdenes alimentarios eran desconocidos y que tres años después de la introducción de la televisión, el 15% de las jóvenes de la investigación se provocaban el vómito para perder peso (Mendoza y Posada, 2001, a).

El 21 de junio del 2000, se realizó en Londres, Inglaterra, la Cumbre sobre imagen corporal, en la cuál se debatió sobre el vínculo entre los medios de comunicación y los trastornos alimentarios, en particular la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa, se presentaron datos de diferentes instituciones del país. Las estadísticas británicas reportaron que cerca de un millón de personas que sufren de algún trastorno alimentario en su mayoría son mujeres adolescentes. La Secretaría de Salud Pública de este país reportó en el 2000 un promedio de 6% de niñas que afirman realizar dieta; también que al llegar a los 15-18 años aumenta el porcentaje a 16%. Un sondeo realizado por la universidad de Exeter en 1998, se encontró que el 57.5% de las niñas entrevistadas su mayor preocupación en la vida es su apariencia personal. Cincuenta y nueve por ciento de niñas entre 12 y 13 años de edad con baja autoestima, vigilan obsesivamente su dieta y su peso. La Asociación Médica Británica en el 2000 reportó que en general, las modelos y actrices tienen entre 10 y 15% de masa corporal, mientras que el promedio para las mujeres clínicamente sanas es de 22-26%. Esta institución informó que los trastornos alimentarios se desarrollan entre los 15 y los 25 años. Los datos estimados por la Asociación Británica sobre trastornos alimentarios mostraron que una de cada 100 mujeres jóvenes padece anorexia, además hay una relación de 10 a 1 entre mujeres y hombres con este trastorno y que empieza a aumentar el número en hombres. En cuanto a la bulimia una de cada 100 mujeres inglesas padecen de este trastorno. La unidad de educación para la salud escolar de este país en el 2000 indicó que en 3500 infantes entre 10 y 15 años de edad, el 60% de las niñas tienen sobrepeso, 4.5% de ellas no desayunan o no comen y 30% sienten presión de su grupo por permanecer delgadas (Mc Phail, 2002).

Una encuesta publicada, en 1972 por Psychology Today informaba que el 15% de los hombres se sentía infeliz con su apariencia. En 1986 ese porcentaje

creció hasta un cincuenta y cuatro por ciento. Una tesis realizada en la Universidad de Regina en Canadá en 1999 acerca del "Efecto de los medios de comunicación sobre la imagen corporal de los hombres", reveló que los estudiantes de preparatoria tomaban muy en cuenta la representación que los medios de comunicación hacen de los cuerpos masculinos perfectos para elaborar su apreciación de sus propios cuerpos, produciéndoles insatisfacción con sus propios cuerpos (Mendoza y Posada, 2001, b).

### **III. Factores Educativos:**

La familia es muy importante, ya que la sobre protección deja poca iniciativa al individuo, los hijos no saben enfrentarse a la vida, carecen de habilidades para tomar decisiones progresivamente más importantes.

Por otro lado la sociedad nos lleva a un nivel de exigencias desmedido.

### **IV. Factores Familiares:**

En el caso de la anorexia nerviosa los modelos familiares son patológicos con organizaciones disfuncionales, con trastornos en la esfera afectiva, antecedentes de trastornos de la alimentación y una elevada preocupación alimentaria en los padres. Son familias sobreprotectoras y estrictas, se dificulta la autonomía del paciente y se desanima todo intento. Se crean relaciones dependientes y enfermizas, que en ocasiones, perpetúan el trastorno. Es frecuente la presencia de conflictos conyugales o de frustraciones ante aspiraciones personales no alcanzadas, donde se involucra al paciente. Las madres pasivas ante su esposo y ambivalentes respecto a la paciente, que proyectan sus desilusiones y frustraciones en las hijas, con altas exigencias sociales, de normas y de apariencias. Estas familias aparentemente perfectas,

suelen tener baja tolerancia a la frustración, relaciones poco cálidas y superficiales (Chinchilla, 2003).

En el caso de la bulimia los factores hereditarios presentan una mayor proporción de patología psiquiátrica en sus familiares de primer grado, principalmente en cuanto al consumo de alcohol y otras adicciones, trastornos alimentarios y depresiones. En comparación con la anorexia nerviosa se cuenta con menos información (Chinchilla, 2003).

De acuerdo con el DSM IV-TR, el patrón familiar en el caso de la bulimia nerviosa, presenta mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo, dependencia y abuso de sustancias en los familiares de primer grado. Puede existir tendencia familiar a la obesidad o de haber sido ellas mismas obesas en la infancia, pero no hay investigaciones que lo confirmen. (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002).

Los factores negativos dentro de la familia, tanto hereditarios como ambientales favorecen el desencadenamiento y la perpetuación de estos trastornos. Un estudio encontró que el 40% de las niñas entre edades de 9 y 10 años tratan de perder peso, generalmente por recomendación de las madres (Alvarez y Meni, s.f.).

Algunos estudios han encontrado que las madres de los anoréxicos tienden a ser muy intrusivas y se involucran mucho con la vida de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son críticas y distantes. Aunque las madres pueden tener una fuerte influencia sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos del comer, los padres varones y los hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de la anorexia de las niñas.

Los estudios reportan que las personas con cualquiera de los trastornos del comer tienen mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo y abuso de sustancias que la población en general. De acuerdo con este aspecto, Saucedo (2003) menciona una investigación realizada por Lilienfeld, Kaye, Greeno, Merikangas, Plotnicov y Pollice, quienes, encontraron la presencia de problemas depresivos, trastornos de ansiedad y personalidad, y que las familiares de estos pacientes registraron un riesgo mucho mayor de desarrollar algún trastorno alimentario, depresión y trastornos obsesivo-compulsivo. El riesgo de abuso de sustancias fue mayor en las parientes bulímicas (30 con 37%) al compararlas con anoréxicas (12 con 18%).

Parece que existe entre las mujeres con trastornos del comer una frecuencia más elevada de haber sufrido abuso sexual; los estudios han reportado tasas de abuso sexual de hasta un 35% en las mujeres con bulimia.

En México en la Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría se ha encontrado que el 60% de los pacientes con bulimia nerviosa tienen antecedentes de abuso sexual en la infancia. La relación con la comida dificulta tener relaciones plenas con otras personas y por lo tanto elimina el riesgo de una nueva agresión. La gordura o la esbeltez es una forma de mantener a distancia a los abusadores sexuales en potencia. El comer compulsivo es una forma de proteger o confundir los sentimientos y recuerdos relacionados con el abuso sexual; el acto de vomitar puede ser otra forma de expresar y liberar la ira y el autodesprecio (Caballero, 2000).

El papel de la familia es fundamental en la evolución de estos trastornos, de tal forma que la actitud hipercrítica hacia la paciente, sobre todo por parte de la madre, es uno de los factores de mal pronóstico más fiables. La colaboración

de los padres es esencial para la eficacia del tratamiento tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa (García, 2002).

#### **V. Factores De Vulnerabilidad Personal:**

El no aceptarse como persona, tener baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionista, tener autoexigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno, percibir que se tiene poco control sobre su propia vida, ser poco habilidoso en las relaciones sociales, es el perfil psicológico propicio para el desarrollo de este tipo de patologías (Morea, 1997).

Investigaciones recientes permiten considerar ciertas características de la personalidad como factores que ejercen gran influencia sobre los trastornos de la conducta alimentaria y que son determinantes en el origen, evolución y pronóstico del padecimiento, así González, Unikel, Cruz y Caballero (2003) encontraron que el perfeccionismo y la autoevaluación negativa son una característica antecedente para estos trastornos. Las pacientes con anorexia nerviosa parecen mostrar alta persistencia y las pacientes con bulimia nerviosa muestran un temperamento impulsivo. Ambas presentan bajos puntajes en autocontrol.

#### **VI. Factores Temporales:**

Experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones (divorcios), cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura (viajes al extranjero), aspectos que pueden afectar a una persona con falta de madurez.

## VII. Trastornos Emocionales:

Los trastornos del comer van con frecuencia acompañados de depresión, trastorno de ansiedad o ambos, pero no se sabe si los trastornos emocionales son causas o resultado de los trastornos del comer.

Entre un 40% y un 80% de todos los pacientes con este tipo de trastorno experimentan depresión y la depresión es común en las familias de los pacientes con trastornos del comer. Algunos expertos sostienen que la depresión no desempeña un papel causal, en particular en la anorexia, ya que los trastornos del comer rara vez se curan cuando se administra medicación antidepresiva como único tratamiento. La gravedad del trastorno del comer tampoco se correlaciona con la gravedad de cualquier depresión existente. Además la depresión a menudo mejora después de que los pacientes anoréxicos empiezan a aumentar de peso (Alvarez y Meni, s.f.).

Investigaciones actuales consideran a los rasgos de personalidad como factores importantes que influyen en la conducta alimentaria y como determinantes para el origen, la evolución, el pronóstico y el tratamiento, sin olvidar que la presión del medio para que una mujer se mantenga delgada puede ser un factor importante. La evidencia general es que se trata de un trastorno multifactorial (González et al., 2003).

Por otro lado, los estudios han revelado cantidades bajas de ciertos neurotransmisores -mensajeros químicos del cerebro- en algunas personas con anorexia y bulimia severas, que permanecen bajas incluso después de que han recuperado el peso. Niveles reducidos de estos neurotransmisores, la serotonina y la norepinefrina, también se encuentran en las personas con depresión, y se ven anomalías de serotonina en las personas con trastorno obsesivo-

compulsivo. Un estudio reciente ha encontrado que los niveles sanguíneos bajos del aminoácido triptofano, un componente en la comida que es esencial en la producción de serotonina, pueden producir depresión. Las personas que comen excesivamente después de una dieta severa pueden estar respondiendo a este estado emocional de estímulo proteico.

De acuerdo con Alvarez y Meni (s.f) la estación del año a menudo afecta a la depresión y los trastornos del comer. En varias personas, la depresión es más severa en los meses de invierno más oscuros; en forma similar un subgrupo de pacientes bulímicos sufren de una forma específica de bulimia la cual empeora en el invierno y el otoño; tales pacientes tienen una mayor tendencia de haber empezado a comer excesivamente a una edad más temprana y a comer más cantidad y con mayor frecuencia que aquellos cuya bulimia es más consistente durante todo el año. El inicio de la anorexia parece llegar al máximo en mayo, mes de mayor índice de suicidio.

Los trastornos de ansiedad son muy comunes en la anorexia y la bulimia. Las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo preceden por lo general el inicio del trastorno del comer, y así mismo el trastorno de pánico tiende a seguir. Las fobias sociales, en las que una persona tiene miedo de ser públicamente humillada, son comunes en ambos trastornos del comer.

Las personas con anorexia, sin embargo, están especialmente propensas al trastorno obsesivo-compulsivo. Las obsesiones son imágenes, pensamientos o ideas mentales recurrentes o persistentes que pueden resultar en comportamiento compulsivo -rutinas repetitivas-, rígidas y autoprescritas cuyo propósito es prevenir la manifestación de la obsesión. Las mujeres con anorexia pueden volverse obsesivas con el ejercicio, la dieta y la comida. A menudo desarrollan -rituales compulsivos- por ejemplo, el pesar cada pedazo de

comida, cortándola en diminutos pedazos, o poniéndola en envases diminutos. La presencia del trastorno obsesivo-compulsivo con anorexia o bulimia no parece ejercer un efecto negativo en las perspectivas a largo plazo, aunque la mejoría en el trastorno del comer a menudo es paralela a la mejoría de la ansiedad (Morea,1997).

### VIII. Atletismo Excesivo:

También conocido como **vigorexia**, la actitud cultural hacia la actividad física va de la mano con la actitud desordenada en lo referente a comer. En la pequeña comunidad de atletas, el ejercicio desempeña un papel principal en muchos casos de anorexia y en un menor grado en la bulimia. El término **triada de los atletas** ahora se emplea para describir la presencia de disfunción menstrual, trastornos del comer y osteoporosis, un problema cada vez más común en las atletas mujeres jóvenes y bailarinas. La anorexia pospone la pubertad, permitiéndoles a las jóvenes atletas retener una figura muscular añorada, infantiloides, sin la acumulación normal de tejidos grasos en los senos y las caderas que podrían mitigar su estilo competitivo. Los entrenadores y profesores agravan el problema recomendando conteo de calorías y la pérdida de grasa en el cuerpo y controlando en exceso la vida de los atletas. Algunos son inclusive abusivos si sus atletas sobrepasan el peso límite y los humillan en frente de los miembros del equipo o precisan castigos. En las personas con trastornos de la personalidad que los hace vulnerables a esta crítica, los efectos pueden ocasionar el que pierdan peso excesivamente, lo cuál se sabe ha sido mortal entre atletas famosos.

En 1993 se realizó un estudio a 131 jugadores universitarios de football americano en la Universidad de Cornell, reportando que el 74% había experimentado comer de forma compulsiva, 17% admitió haberse provocado

el vómito, el 66% experimentaba hiperactividad y el 87% usaba el ejercicio para controlar su peso. En total el 42% estaba involucrado en patrones disfuncionales alimentarios (descontrol alimentario y purga) y el 10% padecía un trastorno alimentario. En otro estudio, en 1984 en una Universidad alemana con atletas (luchadores y corredores) se reportó que el 52% estaba comprometido en descontrol alimentario y un 11% tenía claros síntomas de desórdenes alimentarios (Mendoza y Posada, 2001,b).

### **IX. Factores Genéticos:**

La anorexia es ocho veces más común en las personas que tienen parientes con el trastorno, pero los expertos no saben precisamente cuál podría ser el factor hereditario. Muchos anoréxicos tienen un metabolismo más rápido que las personas normales, quizá esto hace que tengan dificultad para subir de peso. Esta propensión genética hacia la delgadez acompañada de la aprobación cultural, podría predisponer a algunas personas a desarrollar anorexia.

Saucedo (2003) menciona una investigación realizada por Strober, Freeman, Lampert, diamond y kaye (2000), en 1831 familiares mujeres de 504 sujetos identificados con anorexia y bulimia, en la que se reportó que las familiares de pacientes con algún trastorno alimentario, presentaban un riesgo de 11.3 % para desarrollar anorexia y un 12.3% para bulimia.

A la mujer anoréxica se la descubre antes porque se queda en los huesos, mientras que la bulímica suele mantener el mismo peso. Esta es una de las razones por la que las bulímicas mantienen más tiempo en secreto su enfermedad. Según los especialistas, la bulímica a diferencia de la anoréxica, tiene más conciencia de que está enferma y suele acabar solicitando ayuda.

## **X. Otros Factores:**

Tener familiares obesos o que padezcan también alguna de estas enfermedades y en definitiva convivir con personas que le den mucha importancia al peso y la apariencia física pueden ser factores causales.

Tampoco se debe olvidar que debajo de la moda de la delgadez se encuentra toda una industria de adelgazamiento que se mueve por intereses económicos, sin importar las terribles consecuencias que de ello se puedan derivar. Así nos bombardean con anuncios de publicidad que proponen dietas milagrosas, productos light, etc. Fomentando la idea de que el secreto de la felicidad se encuentra en conseguir un cuerpo femenino delgado y un cuerpo musculoso y atlético en varones.

En el caso de la mujer la presión es sin duda alguna, mucho mayor. La sociedad exige la delgadez para triunfar, pero es una delgadez que se caracteriza por un cuerpo asexual, rectilíneo, más propio de un cuerpo de niña que de mujer, una moda absurda que es imposible de seguir ya que está en contra de la naturaleza y lógica. Estas variables se encuentran internalizadas en la sociedad actual, e influye principalmente en las mujeres jóvenes. Se ha observado que las mujeres anoréxicas jóvenes valoran a la mujer delgada como más atractiva, saludable, segura de sí misma y popular que las mujeres adultas.

### **1.13. BULIMAREXIA.**

La bulimia y la anorexia son enfermedades que no se dan puramente, oscilan una tras otra, originando el trastorno llamado bulimarexia, se caracteriza por la combinación de rasgos bulímicos y anoréxicos en un mismo cuadro. Este trastorno es más común que la anorexia y la bulimia nerviosas.

Durante la tarde o noche los pacientes con este padecimiento ingieren grandes cantidades de comida pudiendo o no llegar al atracón, desarrollando así anorexia diurna. También es frecuente que se recurra a métodos compensatorios como purgarse (Manilla,2004).

El típico “ hoy como mañana me castigo “.

#### **1.14. SINDROME DE DESCONTROL ALIMENTARIO (SDA).**

Se observan comportamientos de la bulimia como el hambre voraz, con la diferencia de que la persona afectada aunque se siente culpable después del atracón no hace nada para contrarrestarlo (Mendoza y Posada., 2001,a).

El atracón sin control se utiliza para esconder sus emociones y llenar su vacío emocional; también es utilizado para edificar una barrera entre quienes sufren este desorden y las demás personas. El atracón es el castigo por hacer cosas malas o por el hecho de sentirse mal por lo que son (Mendoza y Posada, 2001,a; Manilla, 2004).

Sus consecuencias físicas son:

- Problemas en el sistema digestivo y endocrino
- Obesidad
- Diabetes

- Hipertensión
- Artritis
- Deterioro del sistema óseo
- Pérdida de un riñón e incluso morir.

### **1.15. COMEDORES COMPULSIVOS.**

Los comedores compulsivos tienen episodios de comilonas dos o tres veces a la semana mínimo, presentan voracidad al comer que puede durar más de una hora para manejar sentimiento de enojo, tristeza, angustia, etc. Se pueden ingerir grandes cantidades de agua, comen rápido y en secreto, las grandes cantidades no son seleccionadas en cuanto a sabores, ya que se puede mezclar dulce y salado. Comer produce sentimientos de culpa y pérdida de control, mientras comen llegan a la depresión, no pueden evitar alguna comida, ni pueden parar de comer, aunque suban de peso, siempre se encuentran a dieta con fracasos recurrentes, sufren de baja autoestima y autodevaluación, ansiedad, tristeza y depresiones recurrentes (Manilla, 2004).

La mayoría de los comedores compulsivos son personas que combinan un alto nivel de perfeccionismo y de ansiedad con una baja autoestima y un nivel de estrés muy elevado. Sus compulsiones por la comida se deben en gran medida a un deseo de controlar el estrés que domina su vida, que surge de la ansiedad y la angustia de no poder hacer las cosas tan perfectas como desea. Saben que su forma de comer es anormal, no recomendable. Sufren la sensación de ser controlados por la comida, y se molestan por ello.

La etiología del comer compulsivo se remite, a problemas en la personalidad del paciente, trastornos bioquímicos a nivel cerebral, factores genéticos,

ambientales, culturales y familiares (Mendoza y Posada, 2001,a; Tecnológico de Monterrey, s.f.).

El comer compulsivamente es un síndrome que fue descrito por primera vez como enfermedad a mediados de los 80's, se presenta con mucha frecuencia, tanto en hombres como en mujeres, siendo el trastorno alimentario más común. Existen estudios que mencionan que entre el 25% y 35% de las personas obesas que acuden a clínicas para bajar de peso cumplen con los criterios de comedor compulsivo. Alrededor del 2% al 3% de la población general cumple con estos criterios (" Obesidad y comer...", s.f.6).

El que el peso corporal oscile entre 3 y 5 Kg. constantemente , productos de los intentos por perder peso y este sea recuperado en forma inmediata con unos kilos extras, trae consigo complicaciones como hipertensión y diabetes (Tecnológico de Monterrey, s.f.).

Comer compulsivamente no es problema de actitud o falta de fuerza de voluntad, que no se corrige echándole ganas, por lo que se requiere ayuda profesional, la meta no debe ser bajar de peso, sino corregir las causas del problema ("Obesidad y comer...", s.f.6).

#### **1.16. SINDROME DE PRADER WILLI.**

Fue conocido por primera vez en 1956 por Prader, Labhart y Willi, quienes describieron a un grupo de niños con obesidad, corta estatura, hipotonía, retardo mental (De la Torre, Chonata, Chávez, Chalan y Chamorro, s.f.).

Se presenta en el nacimiento, por lo que es una condición congénita, se manifiesta por un apetito desmedido, tiene que ver con un defecto en el hipotálamo – región del cerebro que regula el hambre, entre otras cosas – y con la leptina, no hay saciedad, se presentan desórdenes del sueño, periodos de rabia, tienen un umbral al dolor alto, su crecimiento es anormal, se presentan problemas de lenguaje, desarrollo sexual retardado, músculos débiles y poco tonificados, problemas dentales graves, obesidad y diabetes (Manilla, 2004; Mendoza y Posada, 2001, a).

Se puede presentar en cualquier raza y sexo, no se contagia; la esperanza de vida puede ser normal si se controla el peso (Mendoza y Posada, 2001, a; De la Torre et al, s.f.; Asociación Española para el Síndrome de Prader Willi, 2004).

Ocurre en alrededor de uno de cada quince mil nacimientos. El riesgo de repetición en una familia es bajo, se estima que es menor del 0.1% (De la Torre et, al, s.f).

\* No existe prevención médica, ni cura, pero el diagnóstico precoz es esencial.

### **1.17. SINDROME DEL COMEDOR NOCTURNO.**

Fue descrito por Sunkard en 1955, tras de observar en pacientes obesos una inapetencia diurna que por la noche desaparece para convertirse en comedores repetitivos e insomnes. También observó que existía relación entre el síndrome y periodos de tensión y alarma, ya que si estas disminuían, también se reducía la ingesta nocturna (Zamora, 2005; Manilla, 2004).

Las víctimas de este desorden tienden a presentar sobrepeso debido a los atracones nocturnos y rasgos de sonambulismo e insomnio. Generalmente no recuerdan estos episodios, lo cual los hace ponerse en riesgo de ser heridos de forma inconsciente por ellos mismos. Suelen sufrir de ansiedad, cansancio, estrés y mal humor (Mendoza y Posada, 2001, a).

La hipótesis más difundida con respecto a los factores que producen el trastorno son una combinación entre predisposición genética, factores psicológicos y sociales. Miján describe el cuadro como una doble corriente de mensajes anorexígenos en el ambiente (publicidad y entretenimiento de gran consumo, con estándares de belleza extremadamente estilizada) y circunstancias que propician la obesidad, como el fomento en el consumo excesivo de alimentos o bebidas (Nutrar, s.f.).

Los autores del Manual Merck bautizaron a los síndromes alimentarios como "Modelos de alimentación desviados, ya que aparentemente están basados en el estrés o conflictos emocionales". Pueden presentarse a edades tempranas, en niños que tienen sobrepeso (Mendoza y Posada, 2001, a).

El Dr. Tafur (2000) mencionó que este síndrome se refiere al acto de despertar y levantarse de la cama para comer compulsivamente y no debe confundirse con aquellos insomnes que comen porque no pueden dormir porque entonces el desorden alimentario es secundario al trastorno del sueño. Es más frecuente en hombres, se caracteriza por:

- Anorexia matutina.
- Comer compulsivamente en la noche.
- Insomnio.

## TRASTORNOS DEL APETITO

### 1.18. VIGOREXIA.

La vigorexia o dismorfia muscular se encuadra dentro de un grupo de trastornos denominados dismorfias corporales, la sufren aquellas personas que no se sienten a gusto con su propio cuerpo y se obsesionan con la mejora de ciertos defectos físicos (Castillo, 2000). Hoy en día se le da otro nombre a lo que antes se entendía como vigorexia. Se denomina "*Trastorno dismórfico de la personalidad*".

El Dr. Hg. Pope describió la enfermedad por primera vez en 1993, bautizándola como la anorexia reversa, término que cambió en sus últimas obras por "Complejo de Adonis" (Alonso, s.f.). Este padecimiento lo presentan principalmente hombres, sin embargo también lo padecen las mujeres. Mientras que la anorexia suele presentarse en mujeres que por más que adelgazan nunca llegan a verse lo suficientemente delgadas, la vigorexia afecta a hombres que se desviven por alcanzar un cuerpo cada vez más musculoso. Los afectados principalmente hombres entre 18 y 35 años comienzan a dedicar cada vez más tiempo al ejercicio (3 a 4 horas diarias), reduciendo el tiempo para sus otras actividades.

El Dr. Fernández señala que el problema es difícil de detectar en España debido a la falta de estudios y cuando es extremo termina en anorexia y bulimia, aproximadamente el 10% de los 700,000 casos de anorexia que se presentan en España comienzan como vigorexia (García, M., 2003).

Caracuel opina que en España la vigorexia se presenta principalmente en adolescentes. Surge cuando el ejercicio físico ya no es utilizado como un medio para llevar una vida saludable; sino que un cuerpo musculoso se convierte en un fin en sí mismo, y esta obsesión acarrea a la adopción de hábitos no saludables. (Castillo, 2000).

Este trastorno es de los más promovidos socialmente ya que los medios de comunicación desde el cine, la publicidad promueven el modelo de hombre fuerte y atlético, esculturalmente marcado, como prototipo de salud y éxito, lo que provoca obsesión por el culto al cuerpo y una frustración en los adolescentes que no logran una complexión que cubra este requisito (Manilla, 2004; Castillo, 2000).

Los vigorexicos se caracterizan por ser personas poco maduras, introvertidas, con problemas de integración, inseguras, tienen baja autoestima, piensan que son poco atractivos al sexo opuesto debido a su aspecto físico (Alonso, s.f.; Castillo, 2000).

Signos más frecuentes son (Anónimo, 2003.7; Manilla, 2004):

- Mirarse constantemente al espejo y verse enclenques.
- Invertir todas las horas posibles en hacer deporte para aumentar su musculatura.
- Pesarse varias veces al día y compararse con otras personas que hacen fisicoculturismo.
- El trastorno deriva de un cuadro obsesivo-compulsivo, que hace que el vigorexico se sienta fracasado, abandone sus actividades y se encierre noche y día en el gimnasio.

- Sigue dietas bajas en grasas, ricas en hidratos de carbono y proteínas para aumentar su musculatura.
- Se vuelven adictos a incrementar y marcar sus músculos por la ingesta de esteroides, anabólicos y hormonas.

La ingesta de esteroides, anabólicos y hormonas en forma frecuente y desmedida, junto con una dieta restringida a una calidad de alimentos produce alteraciones en el organismo desde enfermedades cardiovasculares, lesiones hepáticas, disfunciones sexuales.

Según Caracuel vivir para el propio cuerpo deteriora seriamente las relaciones humanas, además los adolescentes que pasan muchas horas en el gimnasio suelen desarrollar un perfil agresivo que les conduce a demostrar su fuerza física siempre que tengan ocasión, participando en peleas (Castillo, 2000).

Los estudios hablan de una incidencia relativamente baja entre las personas que frecuentan los gimnasios y deportistas aficionados. En España no hay datos concluyentes, sin embargo, ciertos cálculos situarían a veinte mil pacientes afectados por vigorexia, frente a más de setenta mil afectados por anorexia (Alonso, s.f.).

### **1.19. ORTOREXIA.**

Revista PRONTO No. 1534 fechada el 29 de Septiembre de 2001.

## ORTOREXIA: la obsesión por comer sano

A la bulimia y a la anorexia se acaba de sumar un nuevo trastorno alimentario la ortorexia, es decir, la obsesión por comer solo los alimentos biológicamente puros. Se trata de una patología muy de moda en E.U.A., que puede interferir negativamente en la vida del enfermo. Los ortoréxicos prefieren pasar hambre a comer alimentos "impuros" como las grasas, y dejar de ir a restaurantes y a casas de familiares y amigos por miedo a lo que les den allí. Las fuertes restricciones de alimentos que se imponen, les producen carencias de vitaminas, hipotensión y osteoporosis.

La palabra ortorexia deriva del griego "orthos" que significa justo. Este trastorno fue investigado por un médico que practica la medicina alternativa, Steven Bratman, quien publicó el libro Health Food Junkies. Es un trastorno alimentario surgido de la cultura ecológica contemporánea de las sociedades occidentales, tiene como antecedente la obsesión por las dietas, el culto al cuerpo y el miedo a la comida tratada con productos artificiales. Llegan al grado de preocuparse y angustiarse hasta por la forma de cultivo del alimento, por la forma de preparación, pasan horas diseñando su menú y utilizan solamente utensilios de cerámica y madera ("Ortorexia: cuando comer bien..." s.f.5; "Ortorexia, extremos negativos", s.f.8).

Criterios para catalogar a un individuo como Ortoréxico ("Últimas novedades en...", s.f.4):

- 1) Pasa más de tres horas diarias pensando en su dieta sana.
- 2) Se preocupa más por la calidad de la comida que en el placer de comerla.
- 3) Conforme aumenta la pseudocalidad de su alimentación disminuye su calidad de vida.

- 4) Se siente culpable cuando se salta sus convicciones dietéticas.
- 5) Planifica hoy lo que va a comer mañana.
- 6) Su manera de comer lo aísla socialmente.

Los síntomas de este trastorno van desde depresiones, ansiedad, hipocondrías, hipervitaminosis o en su defecto hipovitaminosis, en fases avanzadas trastornos obsesivo-compulsivo respecto a la alimentación. Se ha observado que muchos pacientes que han sufrido anorexia nerviosa al recuperarse optan por introducir en su dieta sólo alimentos de origen natural, prebiótico, cultivados ecológicamente, sin grasa o sin sustancias artificiales que puedan causarles algún daño ("Ortorexia, extremos negativos", s.f.8; "Ortorexia, cuando comer bien...", s.f.5). Mientras los anoréxicos y los bulímicos nerviosos tienen fijación por la cantidad de la comida, los ortoréxicos por la calidad de comida.

#### 1.20. PICA.

Es una anomalía del apetito, recibe el nombre de pica o alotriofagia, todavía hoy no se conocen sus causas.

Se define como: "perversión del apetito en que se apetecen sustancias no comestibles".

Se entiende como pica el deseo o impulso por lamer o ingerir algún tipo específico de sustancia que normalmente no se considera comestible o algunos alimentos en cantidades o formas inusuales (Ruiz y Posada, 2001).

Dependiendo del tipo de alimento o sustancia ingerida es el nombre que se le da a la pica. Según la condición psicológica-psiquiátrica de la persona varía la severidad del cuadro y es más extraño el objeto del apetito.

Así en el primer trimestre de embarazo las mujeres sufren de pica, también en gestantes con anemia ferropénica se suele presentar geofagia o patogafía (tierra o arcilla); en pacientes psiquiátricos o con IQ bajos son frecuentes coprofagia (heces), foliofagia (plástico, hojas), (Manilla, 2004; Ruiz y Posada, 2001).

Variedades de Pica	
Amilofagia	Harinas
Geofagia	Tierra, arcilla
Pagofagia	Hielo
Cautopirofagia	Fósforos quemados
Coniofagia	Polvo de persianas
Geomelofagia	Papas
Goberfagia	Maní
Lectofagia	Lechugas
Litofagia	Piedras
Tricofagia	Pelos
Xilofagia	Maderas
Stachtofagia	Cenizas de cigarros
Onicofagia	Uñas

### I. Incidencia de la Pica:

El diagnóstico depende sobre todo de la actitud cultural, por ejemplo: existen lugares donde la arcilla es utilizada como condimento (Perú, Escandinavia) sería una costumbre no reprochable. No existe una división entre lo normal y lo patológico.

Los porcentajes más altos de pica en general (66%) se han observado en pacientes institucionalizados seguidos por estudios en gestantes (57%) asociados a geofagia (55%) ó a pagofagia (60.5%). En cuanto a adolescentes

gestantes (28%) ó en gestantes de Arabia Saudita (8.8%). Respecto a los niños la pica casi siempre es geófaga y la incidencia va desde el 73%, en una población escolar de Kenia, hasta un 30% en población negra americana y de 10 a 18% en niños blancos americanos (zonas pobres) (Ruiz y Posada, 2001).

Las causas o causa es tema de mucha controversia, por lo que se han planteado varias hipótesis surgidas por la medicina, la nutrición, la sociología, la antropología y hasta la arqueología (Ruiz y Posada, 2001).

## **II. Hipótesis nutricional:**

Esta plantea que se genera por una deficiencia nutricional, donde se requiere cubrir un déficit de nutrientes.

Lanzkowsky en 1959 (citado en Ruiz y Posada, 2001) propone la fepropenia como causante de la pica y en un estudio experimental demuestra que después de administrar hierro intramuscular, se mejoran los niveles de hierro en el metabolismo y los niveles de hemoglobina y simultáneamente mejora la pica. Según Danford esto sucede en algunos casos, pero no es definitivo.

## **III. Hipótesis psicológica-psiquiátrica:**

Se sugiere que la pica tiene sus raíces en una fijación infantil –mano boca– estimulado por una mala relación madre-hijo, también se ha asociado a cambios neurológicos específicos como en individuos con retardo mental, convulsiones, demencia senil, etc, donde se pueden presentar las formas mas extrañas de pica (Ruiz y Posada, 2001).

#### **IV. Hipótesis antropológico – cultural:**

Desde la antigüedad, en la cultura grecorromana, la humanidad ha practicado la geofagia. Las razones de esta práctica eran de tipo médico, mágico, religioso. En América, en especial en Perú, la práctica de la alotriofagia, desde la época precolombina junto con la geofagia (consumo de cenizas calizas junto con la coca) (Ruiz y Posada, 2001).

De esta manera ciertos tipos de Pica son comportamientos ancestrales aprendidos, a través de su evolución han determinado hábitos dietéticos humanos o lo que se denomina: vestigio paleonutricional.

#### **1.21. TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LOS NIÑOS.**

Los niños también se sienten afectados por las exigencias de la sociedad actual: el número de consultas pediátricas debido a problemas en la alimentación está registrando un aumento asombroso, particularmente en la población de niños cuyas edades se encuentran entre los 3 y 9 años. Entre las manifestaciones en niños de tan corta edad, se halla con frecuencia el denominado "Síndrome de especialización en la comida": describe a un niño altamente selectivo en los alimentos que ingiere; solo consume entre dos o tres marcas o tipos de comida. Los alimentos que escoge no necesariamente son aquellos que "no engordan"; puede darse el caso de que un niño sólo consuma papas fritas y refrescos de determinada marca y se rehúsa a aceptar otro tipo de alimento ( "trastornos alimentarios en..."s.f.9 ).

Dentro de las causas :

- Desestructuración familiar: la ausencia de estructuras familiares sólidas o familias desdibujadas ( divorcios, nuevas parejas de los padres) llevan a que el niño se sienta inseguro.
- Constante bombardeo publicitario de productos para adelgazar.
- Existencia de conductas enfermas en el hogar como ser: una madre obsesionada con su cuerpo o algún familiar fóbico.
- Ausencia de límites impuestos en el niño por parte de los padres: padres condescendientes a los caprichos del niño.

En el caso de que estos trastornos no se solucionen durante la niñez, pueden llevar a la aparición de fobia social en el niño mayor o en el adolescente: todo comienza con miedo excesivo a que los demás no lo acepten; por esta razón aparece una marcada tendencia al aislamiento, así como trastornos en el aprendizaje, falta de autonomía y miedo a crecer y asumir responsabilidades. Por esto la importancia de consultar a tiempo.

## **1.22. TEORIAS QUE EXPLICAN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

Existen varias teorías que explican la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria. La importancia de mencionarlas radica en exponer varios modelos que han tratado de explicar tan complicados padecimientos.

### **I. Teoría psicodinámica:**

Desde la perspectiva psicoanalítica, la anorexia nerviosa es la expresión de un conflicto intrapsíquico por medio de la vía oroalimenticia. El rechazo de la comida tiene un simbolismo oral primitivo.

Se relaciona con el modelo del impulso-defensa: se postula que la autodesnutrición es una defensa contra fantasías de impregnación oral o bien que rechazar la comida constituye una defensa contra fantasías ambivalentes oral sádicas; todas giran alrededor de un conflicto triangular y el impulso prohibido es la libido, el sexo. No comer sería un síntoma regresivo: se reprime la sexualidad y el impulso reprimido se desplaza de la zona genital a la oral. La comida se rechaza como equivalente del sexo prohibido, pero también, se trata de dominar todo el cuerpo, que representa lo instintivo y como tal causa temor (Gorjón, 2001).

Ajuriaguerra en 1976 (citado en Ortiz, G., 2002) menciona que con frecuencia el comer está ligado a preocupaciones sexuales, a la creencia de una fecundación por la boca y por la comida, como aparece en las fantasías sexuales de la anoréxica. Estos fantasmas serían la expresión del temor a ser fecundada. En el caso de la obesidad simbolizaría el embarazo, por un exceso de alimentación y donde el nacimiento sería la exoneración. El problema se encuentra en un plano más primitivo: la incorporación del pecho, objeto ambivalente benéfico y maléfico. Es la lucha entre la incorporación y el rechazo donde se encuentran las bases primitivas de la anorexia, involucrando el comer, la asimilación y la destrucción simultánea.

Se enfatiza el problema en las bases del desarrollo para déficits en autonomía, autorregulación e identidad y su rol en la predisposición para una alimentación inadaptada. De acuerdo con Steiger e Israel en 1999 (citado por Ortiz, G., 2002), la maduración de sucesos depende de la formación de experiencias de parentesco que ayudan al niño a archivar la estabilidad del autoconcepto, la autoconfianza y con eso desarrollar la capacidad para comprometerse en relaciones personales saludables; en este modelo la anorexia nerviosa es concebida para envolver creencias en experiencias formativas. De esta

manera la anorexia nerviosa es vista como un fracaso en el esfuerzo adaptativo en la fase de demandas sociales abrumadoras de la pubertad.

Fainburn, Shafran y Cooper en 1999 (citado por Ortiz, G., 2002) enfatizan la sobreprotección materna y el fracaso en las respuestas apropiadas a conductas autoafirmativas del niño, como la razón básica para la aparición de los sentimientos de bajo autovalor, ineffectividad y déficits en la conciencia de sí mismos.

Steiger e Israel en 1999, (citado por Ortiz, G., 2002), mencionan que esta teorías conceptualizan a la anorexia nerviosa como un significado de autoafirmación en la fase de exceso de sobreprotección familiar y sentimiento de autoinadecuación; la anorexia nerviosa cumple doble función, creando un sentimiento artificial de autocontrol que sustituye la ocupación de estabilizar y satisfacer relaciones familiares con una intensa relación con el cuerpo. En la bulimia nerviosa se introducen elementos adicionales de psicopatología: 1) déficits autorregulatorios, 2) dramáticas fluctuaciones en el auto concepto, 3) efectos erráticos para regular tensiones internas.

Chinchilla en 1994 (citado en Ortiz, G., 2002) comenta lo que la anorexia nerviosa significa para varios autores; así para Freud (1905) en sus primeros trabajos, es un síntoma de conversión histérica (expresión de erotismo oral). En los segundos trabajos ve matices depresivos; se presenta una pérdida del apetito en las anoréxicas, y en el plano sexual, pérdida de la libido.

Para Feldman la define como una neurosis actual en relación con la crisis de maduración de la pubertad y no una estructura neurótica relacionada con una neurosis infantil. Los conflictos en ocasiones son reprimidos y otros son concientes, siendo el resultado su polarización variada, así como la crítica.

Calvo en 1992 (citado en Ortiz, G., 2002) informó que las señales afectivas no se perciben y la imagen corporal se distorsiona produciendo sentimientos de incapacidad o ineficiencia. Cuando surgen los cambios de la pubertad: crecimiento, menstruación, cambios corporales, emociones, impulsos, sentimientos negativos, surge paralelamente la amenaza de la pérdida de control. Volviéndose la preocupación por el peso del cuerpo un intento de la paciente de manejarse con esta ansiedad, y el ayuno autoimpuesto un medio de controlar la madurez corporal.

Selvini en 1985 (citado en Ortiz, G., 2002) aborda el problema de la anorexia, donde las relaciones de los padres juegan un papel central: en las relaciones de pareja, el conflicto es negado dando la impresión de que no existen problemas entre ellos; sin embargo cada uno de los padres ve con desagrado y rencor a su compañero. En las relaciones con los hijos, cada padre parece satisfecho en cuanto a padre en la misma medida en que experimenta insatisfacción respecto del otro. El hijo permanecerá inmaduro e independiente.

## **II. Teoría intrafamiliar:**

La familia es la unidad social primaria universal, es importante en su composición, organización, interacción y en las funciones que desempeña en cuanto a entidad biopsicosocial. La salud mental sería que cada uno de sus elementos interactúen de un modo adecuado (entre sí y con su entorno) para realizar cada una de sus funciones. De forma que la tensión que se ejerza sobre alguno de sus elementos puede provocar alteración familiar y si los mecanismos de autorregulación no son capaces de restaurar la homeostasis familiar, puede dar lugar a la aparición de patologías.

Calvo en 1992 , menciona que en la anorexia nerviosa la disfunción familiar se expresa en la sintomatología somática de un miembro. Por lo que es considerada como una rebeldía ante la situación de opresión y de valores de autosacrificio familiares.

Norwood (1985) refiere que las mujeres que provienen de hogares desestructurados tienen una propensión a desarrollar diferentes trastornos. Por lo general conviven con padres alterados que compiten entre sí o con sus hijos, existe rigidez como resultado del escaso afecto que se proporciona, tratan de compensar esta falta encerrándose en sus propias fantasías, por lo que son adictas al dolor emocional o a la comida o a relaciones inadecuadas (citado en Ortiz, G., 2002).

Buschiazio y Feuchmann (1997) afirman que en general todas las personas con desórdenes alimentarios, provienen de familias demasiado aglutinadas que no permiten el crecimiento individual, o de padres excesivamente preocupados por el aspecto físico de sí mismos o el de sus hijos (citado en Ortiz, G., 2002).

Teóricos como Minuchin en 1974 y Selvini-Palazzoli en 1982 (citados en Ortiz, M.,2003) mencionan que los trastornos de la alimentación reflejan el grado de disfunción familiar donde el trastorno surge como un elemento homeostático y estabilizador.

Para Selvini-Palazzoli las pautas de comunicación se encuentran alteradas, destacando los conflictos matrimoniales, los problemas de liderazgo, la negación de los mensajes de comunicación, alianzas encubiertas y gran rigidez. Minuchin y cols. en 1978, basándose en el enfoque sistémico explica a

la anorexia nerviosa como un trastorno psicossomático gestado en un ambiente familiar donde:

1. Las relaciones familiares adoptan una forma de proximidad extrema entre los individuos, con muy escasa definición de los límites entre ellos.
2. Sobreprotección generalizada hacia los hijos.
3. Rigidez en el mantenimiento de la situación actual, con evitación y no aceptación de los cambios propios de la evolución infantil y adolescente.
4. Ausencia de resolución de los conflictos que se producen.
5. La implicación del hijo en la conflictiva conyugal es considerada como un factor clave en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología (citado en Ortiz, G., 2002).

De esta forma podemos expresar que las familias de las pacientes anoréxicas se han descrito con tendencia al aglutinamiento, a la rigidez y a la evitación de conflictos. Existe una alta sobrevaloración de la abnegación y en las que se busca el predominio del bienestar y la estabilidad familiar sobre las necesidades individuales. En cambio las familias de las pacientes bulímicas se caracterizan por que hay una mayor expresión de sentimientos negativos, más conflictos y más inestabilidad.

### **III. Teoría del self:**

Geist en 1989 (citado por Ortiz, G., 2002) mencionó que la psicología del self ve a los desórdenes alimentarios como desórdenes del self. De esta forma los pacientes de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa no pueden confiar en los seres humanos para cumplir sus necesidades de relación de objeto y acuden a la comida para cumplir estas necesidades.

En 1971, Kohut (citado por Ortiz, G., 2002) describió dos necesidades principales de relación de objeto: 1) reflejo de las necesidades de objeto, 2) idealización de las necesidades de objeto. Así el paciente anoréxico pone su satisfacción de necesidades de objeto en la comida, a través de reflejar experiencias de relación de objeto; su necesidad no se satisface con la admiración o aprobación de sus compañeros, sino de su propia noción de que ella posee poder para evitar la comida. Eliminar o ignorar la comida cumple sus necesidades de objeto.

Para Kohut, "un objeto del self" es un objeto intrapsíquico o una función capaz de suministrar las funciones significativas para el desarrollo del individuo, originalmente proporcionadas por los objetos externos y en primer término por los padres, que han sido internalizados. El significado del cuerpo puede tener diferentes connotaciones: en primer lugar, puede ser el campo de batalla de la guerra separación-individuación, lo que queda de la grandiosidad infantil arcaica que pretende el control absoluto de todo, incluyendo el cuerpo. De esta manera los cambios surgidos en la pubertad amenazan la grandiosidad y el equilibrio psíquico. En segundo lugar, el cuerpo de las pacientes con trastornos alimenticios, en particular anoréxicas, no está integrado al self corporal, lo cual hace a las pacientes indiferentes a sus necesidades y cuidados. En tercer lugar, debido a las fallas de integración y cohesión del self, los pacientes experimentan su cuerpo como algo fuera de control. Por lo que temen que al comer algo no puedan detenerse. Sus deficiencias interoceptivas se relacionan con sus carencias en la organización del self. Tienen dificultad para comunicar sus experiencias internas debido a su incapacidad para vivir dentro de su self corporal, teniendo fallas para integrar sus experiencias afectivas, cognitivas y corporales en un self organizado. Manifiestan su agresividad por medio de una apariencia repulsiva, fea e impactante, donde

aparentemente se busca la belleza, su venganza la ejercen vomitando la comida que los demás le han proporcionado.

Se tiene culpa profunda ante la separación-individuación, se acompaña de un enorme sentimiento de insatisfacción por el simple hecho de existir. Su temor constante es no ser una carga para los demás, se contienen de no expresar sus demandas, deseos o necesidades hacia otros, se perciben como egoístas. Pugnan por la disciplina y el ascetismo, rechazando cualquier indulgencia. Una de sus fantasías inconscientes es ser objetos del self para otros, imaginándose ser niñas especiales o preciosas, que nacieron para llenar el vacío de un padre o compensarle por una pareja o hermano malo (Gorjón, 2001).

Sands (citado en Ortiz, G., 2002) menciona que la comida es experimentada como un poder omnipotente que proporciona alivio, calma, consuelo, regula también emociones dolorosas como enojo, depresión, vergüenza y culpa.

Para Goodsitt en 1985 (citado por Ortiz, G., 2002) la paciente anoréxica manifiesta una extrema incapacidad para dirigirse a los seres humanos y para cumplir con sus necesidades objetales; desea ser generosa. Para demostrar desinterés trata de cumplir necesidades de objeto para otros, principalmente para sus padres. Su desinterés que incluso ignora, es expresado por sus necesidades básicas: nutrición y el ocupar espacio en el mundo. El triunfo de la anoréxica es el excesivo control de sus necesidades de nutrición. Sin embargo detrás de este triunfo se encuentra nuevamente el desinterés. Ella está diciendo: yo puedo ser admirada por mi éxito al abandonarme. Este autor menciona que lo particular de los desórdenes alimentarios, es que en algún punto fundamental del desarrollo infantil, no se cubrieron las necesidades narcisistas básicas aprendidas empíricamente, por lo que estableció un nuevo sistema restaurativo en el que el modelo del desorden alimentario se usa en vez del ser humano para satisfacer necesidades objetales.

Según Geis ( citado por Ortiz, G., 2002) la alteración en el desarrollo del self se expresa como un sentimiento maligno central de vacío, como defensa contra este vacío el paciente con desorden alimentario trata de controlar el miedo con los síntomas; el control lo realiza comiendo compulsivamente, vomitando o evitando la comida.

Ulman y Paul (citado por Ortiz, G., 2002) mencionan que cuando el paciente de bulimia no cree merecer indulgencia, su vomitar es un esfuerzo por deshacer su sobreindulgencia. Su conducta perturbada le permite algún tipo de autonomía sobre la confianza en las personas, le proporciona alguna defensa contra la fragmentación total y desintegración.

Duker y Slade en 1995 (citado por Ortiz, G., 2002) exponen que la paciente anoréxica al nacer engendró fuertes sentimientos positivos y negativos y que durante la adolescencia, cuando se lucha por autonomía, estos sentimientos reaparecen y su lucha la realiza en los mismos términos que en la infancia, dándole al alimento el simbolismo que tenía entonces.

#### **IV. Teoría Sociocultural:**

Desde esta perspectiva las alteraciones alimentarias se dan en dos vertientes, la social y la cultural; en relación con la parte cultural se presentan dos aspectos importantes que inciden en estos trastornos:

- I. Una conciencia abrumadora sobre nutrición y una adecuada condición física.
- II. Una obsesión por el conteo de calorías y la obtención de una silueta delgada, donde el deseo de una silueta perfecta es más importante que la salud.

Norwood (1985) menciona que la mujer es más bombardeada por la publicidad en cuanto a restricciones de su peso, el cuidado de su figura y también como símbolo sexual, todo esto provoca mayor ansiedad. Se utiliza a la comida en los anuncios como una forma de sustituir el cariño y la seguridad, o para apaciguar la tensión, la angustia, la soledad o los momentos de aburrición.

El ámbito cultural juega un papel muy importante dentro de la sociedad, el ideal físico de la mujer es la esbeltez dentro de la sociedad occidental, lo que ha generado un incremento en la publicidad de artículos y recetas para bajar de peso, gimnasios y diversos aparatos para reducir de peso, propiciando alteraciones de la ingesta alimentaria.

Urrejola (s.f.) expone que los factores sociales involucrados en el desarrollo de los trastornos alimentarios se encuentra la sobrevaloración de la esbeltez en la mujer, junto con fuerte incentivo al consumo de alto contenido calórico, como un poderoso elemento cultural que favorece que en individuos y familias vulnerables, los conflictos se localicen en el peso y la imagen cultural. La depresión, las dietas restrictivas, las nuevas experiencias (pubertad, cambio de escuela o residencia, etc.) y eventos vitales adversos, podrían desencadenar la enfermedad en las mujeres predispuestas a ella.

Gorjón (2001) menciona que algunos autores han intentado relacionar el incremento de los trastornos de la alimentación con las culturas avanzadas a través de sus relaciones interpersonales, evidenciando conflictos inconscientes entre su identificación con la maternidad, crianza y dependencia por una parte, y el rechazo del papel tradicional de la mujer en una cultura patriarcal.

### **V. Teoría cognitivo-conductual:**

Para Williamson y Muller en 1999 (citado en Ortiz, G., 2002) la teoría cognoscitivo-conductual describe la influencia de la cognición en el desarrollo y mantenimiento de conductas patológicas de control de peso y alimentación; siendo un concepto central en esta teoría la estructuración del pensamiento por esquemas. Un esquema es visto como una estructura de conocimiento muy eficiente, cuyo objetivo es dirigir y ordenar la atención, percepción y procesamiento de la información.

Cooper y Fairbum en 1993 (citado por Ortiz, G., 2002) mencionan que las personas con trastornos alimentarios, han desarrollado un esquema distorsionado que se centra en el interés en la alimentación y proporciones corporales. De esta manera el esquema corporal es considerado como un esquema que llega a ser personal.

De acuerdo con Vitousek, en 1996, (citado por Ortiz, G., 2002) en este modelo los síntomas de la bulimia y la anorexia nerviosas son mantenidos por un grupo de ideas sobrevaloradas acerca de las implicaciones personales de la imagen y el peso corporal. La influencia de las creencias individuales dominada por el empeño de seguir estereotipos alimentarios y conductas eliminatorias, que son responsables de contingencias excéntricas, eventualmente se ven afectadas por secuelas psicológicas que también sirven para sostener conductas y creencias distorsionadas.

Spanger en 1999 (citado por Ortiz, G., 2002) comenta que el modelo cognitivo-conductual del origen de la bulimia nerviosa asume que se maneja psicológicamente por creencias rígidas e irreales con respecto al peso e imagen corporal y los esfuerzos para controlar el peso e imagen corporal por

medio de dietas restrictivas. Una dieta restrictiva es iniciada por factores psicológicos y fisiológicos asociados con privación de comida que contribuye a la perpetuación de la condición. Este modelo reconoce que la bulimia nerviosa ocurre en un contexto sociocultural que contribuye al desarrollo de creencias disfuncionales acerca de la insatisfacción del peso e imagen corporal y conductas alimentarias restrictivas.

Poly y Herman en 1995 (citado por Ortiz, G., 2002) exponen que en el modelo cognitivo-conductual, para una paciente anoréxica la conducta de rechazar el alimento aparece como primordial, esta conducta mantenida a una alta tasa de frecuencia, debía ser sometida a algún tipo de reforzamiento positivo, se trataría de un comportamiento operante mantenido por las consecuencias ambientales que le seguirían.

Mateos y Solano en 1997 (citado por Ortiz, G., 2002) mencionan que en este enfoque se propone que los trastornos alimenticios forman un complejo patrón conductual caracterizado por conductas que se adquieren y se mantienen en el tiempo como consecuencia de reforzadores y castigos (externos y/o internos). Es preciso señalar que el enfoque conductual por sí sólo es insuficiente para explicar este tipo de trastornos.

## **VI. Teoría de Género:**

El movimiento feminista ha elaborado una serie de postulados y explicaciones en torno a estos trastornos.

Chermin en 1983 (citado por Ortiz, G., 2002) habló de la tiranía de la delgadez que limita el desarrollo de la mujer desde todos los ámbitos, social, personal y físicamente. La mujer a diferencia del hombre, parece estar obligada a avergonzarse de su cuerpo y, por ende debe modificarlo. Por lo que existen

una serie de productos y técnicas para eliminar lo que sobra. Esto se basa en el dominio ancestral del hombre sobre la mujer, surgido de un temor por parte del hombre a la mujer. En la actualidad se ha dado un incremento y desarrollo de la mujer en la sociedad, lo que estaría dando lugar al incremento del temor del hombre, por lo que el hombre intenta frenar o disminuir su avance, específicamente a través de la reducción de su cuerpo.

Toro (1996) comenta que la mujer ha aceptado la presión social de tener un cuerpo delgado cuando su motivación más o menos inconsciente tendería a lo contrario. Así la restricción alimentaria, es consecuencia de la aceptación e interiorización de una absurda norma social, conduce a una ingestión compulsiva exigida por el organismo y causa la desesperación de la mujer. Los atracones más o menos voluminosos son consecuencia directa de la opresión social que se ejerce sobre el sexo femenino. La sociedad patriarcal ejerce la influencia adelgazante por medio de la restricción de funciones laborales e incluso domésticas de la mujer, por otro lado los medios de comunicación y la industria productora de elementos adelgazantes también juegan un papel importante.

Chinchilla en 1994 refiere que el feminismo con su modelo de delgadez como meta para tener éxito y felicidad, junto con la preocupación por la apariencia, valoración del sexo de forma diferente, junto con factores de vulnerabilidad biológica propician la aparición del cuadro de bulimia nerviosa. Striegel en 1993 diseñó un modelo evolutivo para tratar de explicar la aparición del trastorno en la adolescencia y su mayor incidencia en mujeres. Señaló que el conjunto de factores socioambientales, la interiorización del rol sexual, unido al estrés de la adolescencia, a la creencia y a la adopción del mito de la *supermujer* podrían explicar la aparición de un trastorno alimentario (citado por Ortiz, G., 2002).

Behar (1992) sostiene que para la teoría de género, la anoréxica, debido a su gran receptividad femenina se ve obligada a ambicionar y a obtener el éxito social y profesional que la familia le impone a favor del mantenimiento y mejoramiento de su estatus socioeconómico, lo que sería similar al estereotipo del rol genérico masculino. Los integrantes de la familia no se permiten expresar emocionalmente ni reconocer el logro de la paciente, provocando en la anoréxica una profunda autodesvalorización en su feminidad.

Norwood en 1985 y Roth en 1992, mencionaron que existe una fuerte correlación de la compulsión a comer con el sexo femenino, debido al contacto que la mujer tiene con la comida por sus actividades y rol que desempeña en la sociedad. Al respecto Camerón en 1992, expuso que las mujeres experimentan sentimientos más profundos que los hombres, por lo que se refugian en la comida, manifestando problemas emocionales como reacción a sentimientos de culpa, indecisión y desconfianza.

Por otro lado Hall en 1987, señala que del 15 al 50% de las personas que acuden a consulta para tratar trastornos alimentarios son mujeres, con relación a un 1.5% de hombres, esta susceptibilidad de las mujeres a desarrollar estos trastornos se debe a situaciones de presión social que experimentan desde la temprana infancia (citado por Ortiz, M., 2003).

Otros teóricos como Garfinkel (1980), Mitchel (1985) (citados por Ortiz, M., 2003) indican que en el género femenino se da la mayoría de trastornos alimentarios, debido a la acumulación de grasa, desde la pubertad y que marca una de las mayores diferencias entre los sexos, esto junto con una predisposición emocional a la adicción a la comida, con el propósito de evadir la realidad o para llenar un vacío emocional.

### 1.23. PREVALENCIA Y POBLACIÓN AFECTADA.

No existen cifras oficiales sobre estos trastornos, las estadísticas se basan en importantes investigaciones científicas, que han sido recopiladas en el ámbito de la salud pública y centros médicos, así como de organizaciones y asociaciones particulares que luchan en la prevención y mitigación de los trastornos alimentarios.

Cuando se tratan de comparar los datos ya sea en forma global, nacional y local de diversas fuentes y disciplinas, se encuentran diferencias numéricas debido a que las estadísticas en cuanto a la prevalencia o el número de personas afectadas por la anorexia y la bulimia nerviosas y otros trastornos alimentarios, no existe un consenso. Sin embargo las cifras aportan pistas ineludibles sobre el alcance y las proporciones actuales de los trastornos de la alimentación.

En los Estados Unidos –El Centro de Información y referencia sobre Desórdenes de la Alimentación- publica que cerca de 10 millones de norteamericanos padecen actualmente desórdenes alimentarios, siendo el 90% mujeres y 10% hombres; mientras que el Centro de Trastornos Alimentarios de la Escuela Médica de Harvart, estima que el total de afectados es de aproximadamente 5 millones. El Instituto de Salud Mental no tiene cifras exactas, sin embargo estima que entre los afectados por anorexia 1 de 10 muere por inanición, suicidio o complicaciones médicas como fallas en los riñones u otros. En cuanto a la bulimia nerviosa Pipher de acuerdo con su experiencia clínica revela que este trastorno ha constituido una epidemia en la década de los ochenta y noventa,

entre un 8 y un 20% de las chicas en edad escolar son bulímicas. Entre las chicas universitarias la incidencia es de 1 de cada 4.

Los últimos estudios revelan que la edad de inicio de la anorexia es más baja en las niñas desde los 11 años, generalmente pertenecen al estrato social medio-alto y alto, se está extendiendo a mujeres de todas las edades e incluso niños- a menor edad, mayor porcentaje de varones, de todas las clases sociales y grupos raciales. Algunos investigadores han reportado que los niños están desarrollando los trastornos de la alimentación en edades cada vez menores; las niñas entre los 5 y 6 años y los niños entre los 8 y los 9 años ("trastornos alimentarios", s.f.3; Mendoza y Posada, 2001.b).

En trabajos recientes con estudiantes universitarios la anorexia nerviosa está aumentando entre el 5 y 15%, igual para la bulimia nerviosa, el 40% pertenecen al género masculino. En 1996 la armada norteamericana reportó una prevalencia de 2.5% de anorexia nerviosa, 6.8% de bulimia nerviosa y 40% de trastornos no especificados. Un estudio con hombres civiles con trastornos alimentarios dio como resultado que el 42% de los que tenían bulimia eran homosexuales o bisexuales y el 58% de los hombres con anorexia nerviosa son asexuales, además los factores de riesgo fueron similares a los de las mujeres.

El doctor Ira Sacker, director de la Unidad de Desórdenes Alimentarios del Centro Médico Universitario Brookdale en Brooklyn, afirma que en el 2001, en su unidad médica la diferencia entre mujeres y hombres con estos padecimientos es de 9 a 1. Afirma: "Las mujeres que sufren trastornos de la alimentación no son recriminadas por su padecimiento en cambio los hombres afectados reciben un trato negativo; la sociedad relaciona a un hombre flaco con una enfermedad grave, mientras que por ser flaca no se juzga a la mujer" (Mendoza y Posada, 2001.a).

La doctora Elizabeth Carlton, consejera de admisiones del programa de desórdenes alimenticios del Instituto Arder en Los Angeles, ha observado que los hombres no admiten tener problemas porque generalmente se les relaciona como homosexuales o bisexuales, por otro lado la doctora Elizabeth Beron, directora del programa de manejo de los desórdenes alimenticios en Maniatan expresa que muchos hombres con estos padecimientos tienen conflictos de identidad sexual.

No cabe duda que en la actualidad muchos hombres se encuentran afectados por estos trastornos, se estima que entre un 10 y un 24% de varones adolescentes en Estados Unidos han reportado ataques de hambre voraz y entre el 1 y 2% admite la práctica del vómito, el uso de laxantes o diuréticos. En 1980 un estudio universitario reveló que el 79% de mujeres y el 49% de hombres habían padecido incontrolables excesos con la comida; En otro estudio, el 13% de la población general universitaria reportó experimentar síntomas de bulimia nerviosa: 87% mujeres y 13% hombres (Mendoza y Posada., 2001).

Morandé, reportó que los datos sobre la incidencia de anorexia y bulimia nerviosas en España hasta el año de 1996, en cuanto a los ingresos hospitalarios del INSALUD aumentaron de 86, en el período de 1990-1991 a 225 en 1996. De los cuales el 83.1% son anoréxicas, el 14.7% son bulímicas y el 2.2% restantes son cuadros mixtos. El 92% de estos trastornos se presentó en jóvenes de 15 a 29 años, de los cuales 92.8% eran mujeres. La prevalencia de anorexia nerviosa en la población femenina se ha estimado en 0.04% en mujeres entre 15 y 24 años y de 0.025 en mujeres entre 25 y 29 años. Esto contrasta con las cifras de la asociación para la defensa de la anorexia nerviosa, ya que solo en 1998 fue alrededor del medio millón, siendo muy alto en comparación con los datos oficiales que presentan ochenta mil casos detectados, quinientos ingresos hospitalarios y más de cien muertes. Siendo España el país europeo con mayor

incidencia de bulimia y anorexia nerviosa entre 1998 y 1999 (Mendoza y Posada, 2001).

Argentina junto con Japón tiene la mayor incidencia de adolescentes con trastornos alimentarios: una de cada diez sufre de anorexia o bulimia nerviosas, y a nivel mundial 7 millones de mujeres y un millón de hombres. La mayoría de pacientes son mujeres (90%), el número de hombres ha ido aumentando debido a que el cuerpo para ellos se ha vuelto un tema importante en la estética contemporánea. En la provincia Argentina de Salta las estadísticas del último semestre de 1997 muestra que de 190 personas atendidas: 37% presentaba anorexia nerviosa, 15% bulimia nerviosa y el resto otras patologías relacionadas con trastornos alimentarios. El 4% eran hombres, el 60% del total de los afectados no superaban los 25 años y el nivel socioeconómico en la mayoría es bajo con las características: madres golpeadas, madres solteras abandonadas y empleadas domésticas desarraigadas de su lugar de origen (Mendoza y Posada, 2001).

Un estudio reportó que dos tercios de los estudiantes de escuela secundaria estaban a dieta, aunque sólo 20% sufrían en realidad de sobrepeso. Un 90% de los casos reportados son mujeres, parece que la tasa entre los hombres está en aumento.

Los hombres tienden a ocultar más un trastorno del comer que las mujeres por lo que la incidencia puede haber sido subestimada. Otro estudio encontró que entre los hombres de la armada había una prevalencia de 2.5% de anorexia, 6.8% de bulimia y 40% de otra forma de trastorno del comer no especificado. En otro estudio entre hombres civiles con trastornos del comer se reportó que 42% de los que tenían bulimia eran homosexuales o bisexuales y 58% de los hombres con anorexia reportaron ser asexuales. Los otros factores de riesgo entre los hombres, incluyendo depresión, trastornos de la personalidad y abuso de

sustancias, fueron paralelos a los factores entre las mujeres con trastornos alimentarios (Alvarez y Meni, s.f.) .

En los últimos años el incremento del número de afectados por anorexia ha sido galopante. Actualmente en los países desarrollados, la anorexia nerviosa afecta aproximadamente a una de cada 200 jóvenes entre 12 y 14 años y aunque las mujeres jóvenes (entre 14 y 18 años) siguen siendo el colectivo más afectado, los varones, las mujeres maduras y los niños menores de 12 años comienzan a sumarse a la lista de víctimas.

La anorexia nerviosa es más frecuente en la mujer que en el varón en una proporción de 10 a 1. La bulimia se da con mayor frecuencia que la anorexia nerviosa, su incidencia es 4 veces mayor. Los estudios plantean que entre el 3 y el 10% de las jóvenes la padecen. Entre el 50 y el 60% de los casos se cura y el resto de los pacientes cronifican la enfermedad. La mortalidad por anorexia nerviosa es de un 10% entre las pacientes que la padecen ("Manteniendo el peso...", s.f.2).

En la web decana (2003) sobre anorexia y bulimia se menciona que se presenta en chicas jóvenes de edades comprendidas entre 14 y 18 años; en este colectivo se agrupan el 90% de los casos. En el 10% restante, se encuentran chicos adolescentes, niños, niñas y mujeres maduras.

La bulimia ha aumentado a una mayor velocidad que la anorexia durante los últimos años, en un estudio con estudiantes de secundaria se reportó que 2.7% de las niñas y el 1.4% de los niños presentaron comportamiento bulímico. Los estudiantes universitarios corren un riesgo mucho mayor. Los cálculos de la presencia de bulimia entre las mujeres jóvenes oscila entre cerca de 3% a 10%. Algunos expertos sostienen que este problema está bastante subestimado ya que muchas personas con bulimia pueden ocultar la purgación y no es obvio a simple vista el que tengan un peso por debajo de lo normal.

Algunos estudios reportan que el 80% de las estudiantes universitarias han comido excesivamente en algún momento; los jóvenes que ocasionalmente fuerzan el vómito después de comer demasiado, no se consideran bulímicos y casi siempre este comportamiento no continúa después de la juventud.

La anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más común entre las mujeres adolescentes y se calcula que ocurre en 0.5% a 3% de todos los adolescentes y mujeres jóvenes. Estas cifras aumentan al doble cuando se incluyen adolescentes sanas con conductas alimentarias anormales o con una preocupación anormal sobre el peso corporal. Las bailarinas, las atletas y gimnastas constituyen un grupo de alto riesgo para desarrollar estos trastornos. Los trastornos del apetito son más prevalentes en las sociedades occidentales industrializadas y en niveles socioeconómicos medio y alto, pero pueden presentarse en todas las clases sociales. La edad promedio es de 13.75, con un rango de edad entre los 10 y 25 años (Urrejola, s.f.).

Se presenta generalmente en la adolescencia, aunque todos los grupos de edad son afectados, incluyendo las personas ancianas y los niños de hasta seis años de edad.

Entre los mediados de los años cincuenta y los años setenta, la incidencia de la anorexia aumentó por casi 300%. Las indicaciones son, sin embargo que la tasa puede estar estabilizando.

La prevalencia de anorexia nerviosa entre la población en general varía de 0.5 a 1.5%, mientras que en la bulimia nerviosa alcanza el 3%; en cuanto a la distribución por sexo es de 10:1, siendo las mujeres la población vulnerable (González, 2003).

En el Instituto Nacional de Psiquiatría en el periodo de 1997 a 2002, se ha detectado un incremento importante de trastornos alimentarios, ya que de 1.9% de casos registrados en 1997, se ha incrementado hasta un 67.9% en el 2002, la proporción de mujeres contra hombres es de 28 a 1. Los trastornos con mayores porcentajes en los últimos años son: bulimia nerviosa purgativa 44.1% en mujeres y un 21.1% en hombres, y los trastornos de la conducta alimentaria no especificada 42.4% en mujeres y 63.2% en hombres (Saucedo, 2003).

El vivir en naciones económicamente desarrolladas en cualquier continente parece plantear un mayor riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios que el que pertenece a un grupo étnico particular, los síntomas permanecen similares entre los países de alto riesgo. Dentro de los países desarrollados parece no existir diferencia de riesgo entre los habitantes ricos y pobres. Los que se encuentran en grupos económicos más bajos pueden estar a un riesgo mayor de bulimia. La vida en la ciudad es un factor de riesgo de bulimia pero no de anorexia. En una prueba de inteligencia, las personas con trastornos alimentarios obtuvieron una calificación significativamente mayor en las pruebas de coeficiente intelectual que las personas que no presentan estos trastornos. Las personas con bulimia y no anorexia obtuvieron calificaciones más altas en pruebas no verbales que en las verbales (Alvarez y Meni, s.f.).

La web decana (2003) sobre estos trastornos menciona que en los países desarrollados, la anorexia nerviosa afecta aproximadamente a 1 de cada 200 o 300 chicas entre los 12 y los 24 años de edad.

Caballero (2000) menciona que en México los trastornos alimentarios prevalecen en las zonas urbanas, predominan en adolescentes o adultos jóvenes del género femenino. Dentro de los cuáles algunas han practicado deportes, ballet o modelaje, no se presentan en grupos indígenas .

Por otro lado la psicóloga Laura Elliot expresa que el 0.5% de las mujeres padecen de anorexia nerviosa, el 1.5 a 2.5% bulimia y entre el 50 y el 70% de las personas con sobrepeso son comedores compulsivos. Alrededor del 5 y 15% de las mujeres jóvenes tienen algún síntoma de un trastorno alimentario. El inicio de estos trastornos se da a los 16 años, pero el rango oscila entre 11 y 25 años. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres (Mendoza y Posada., 2001.b).

Para Chinchilla (2003) es una enfermedad asociada a valores sociales y culturales, la considera una enfermedad occidental, que se presenta en niveles socioeconómicos altos, y por lo tanto con características socioculturales propias, sin embargo últimamente esta tendencia va desapareciendo, la diferencia entre sexos es de 90% en mujeres y en un rango de edad de 12 a 25 años.

En Colombia los niveles de prevalencia de los trastornos alimentarios se han medido parcialmente. En julio de 1994 y diciembre de 1995, en el congreso Colombiano de medicina interna , Santa Fe de Bogotá, se concluyó:

- La prevalencia de los trastornos alimentarios en el grupo universitario es similar a la información en países desarrollados.
- Es necesario realizar mayores estudios en poblaciones más amplias, para conocer la realidad del país y poder tomar las medidas pertinentes.

A pesar de ello se ha podido estimar que en el 2000 cerca del 2% de las colombianas estaban afectadas por anorexia. Pruebas piloto aplicadas en colegios han permitido apreciar que el porcentaje de niñas con anorexia nerviosa es igual al que existe a nivel mundial, del 1 al 4% (Mendoza y Posada, 2001.b).

## CAPITULO II

### 2.1. ADOLESCENCIA

"Adolescencia, tierra incógnita en la vida del hombre, llena de sorprendentes bellezas, de violentos contrastes y aleccionadas enseñanzas." <sup>2</sup>

La adolescencia es considerada como una etapa crucial en la vida de todo ser humano, ya que es el momento en el cuál hombres y mujeres tienen que definir su identidad afectiva, psicológica y social. En el que se presentan una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social manifestándose de diferente manera en cada persona.

A lo largo de la infancia y la niñez las proporciones de los cuerpos de los chicos y las chicas son parecidos, las diferencias importantes se presentan durante la adolescencia; siendo el ensanchamiento de los hombros en relación con las caderas en los chicos y el ensanchamiento de las caderas en relación con los hombros y la cintura en las chicas. Producto de la acción de las hormonas sexuales.

Los cambios más importantes en la distribución del músculo-grasa ocurren a esta edad, en las chicas se comienza a acumular más grasa que en los chicos en los brazos, piernas y tronco y así durante toda la adolescencia; En los chicos la grasa de los brazos y piernas disminuye.

---

<sup>2</sup> Ballesteros, U.A. (1984). Concepto actual de adolescencia. En Peinado, A.J. (ed.) Paidología, México. Porrúa, p.p. 261-346.

En las mujeres la acumulación de grasa y el aumento de peso juegan un papel muy importante en la maduración sexual. Aquellas chicas que realizan entrenamiento atlético muy intenso o que reducen la ingesta de alimentos (ambos reducen la grasa del cuerpo) presentan importantes retrasos en la menstruación (Berk, 1999).

Durante la pubertad, la gente joven alcanza la madurez física y la capacidad de reproducirse, todo esto va acompañado de cambios de tamaño y proporciones corporales, se presentan cambios en rasgos físicos relacionados con el funcionamiento sexual. Algunos de estos cambios son llamados "características sexuales primarias", implican los órganos reproductivos, en las mujeres son los ovarios, útero y vagina y en los hombres son el pene, escroto y testículos. Otros son llamados características "sexuales secundarias" las cuáles son visibles en el exterior del cuerpo, como son el desarrollo del pecho en las mujeres, la aparición de vello en axilas y pubis en ambos sexos.

La pubertad femenina comienza con el desarrollo del pecho y la aceleración del crecimiento. Todas las chicas experimentan la menarca después del crecimiento físico. La primera señal de pubertad en el varón es el engordamiento de los testículos, acompañados de cambio en el color y textura del escroto (Berk, 1999).

El término adolescencia proviene del latín, *ad*: a, hacia + *olescere*: forma incoativa de *olere*, crecer, lo que significa el proceso o la condición de crecimiento. El término se aplica al período de la vida que comprende la pubertad y el desarrollo completo del cuerpo, que se presenta entre los 13 y los 23 años, pudiendo extenderse hasta los 27 años En la mujer comprende de los

12 a los 21 años , y en los varones de los 14 a los 25 años en términos generales (Aberasturi y Knobel, 1992).

El final de la adolescencia no es tan fácil de determinar, se compone de una combinación de factores físicos, intelectuales, sociológicos, legales y psicológicos.

En el sentido psicológico se puede considerar que se ha alcanzado la edad adulta cuando se ha cumplido con las siguientes etapas de la adolescencia: descubrimiento de la propia identidad, independencia del hogar o de los padres, desarrollo de las propias relaciones de amor y amistad (Papalia, 1975).

Existen varias interpretaciones teóricas de la adolescencia. G. Estanley Hall (1844-1924) considera a esta etapa como una época de "tormenta y tensión", que se caracteriza por sentimientos vacilantes y contradictorios. Margaret Mead (1901-1978) considera que los "factores culturales" influyen en cómo se vive esta etapa, ya sea como de tensión o de calma dependiendo de la cultura. Bandura (1925-presente) la "moda y los medios de comunicación" influyen en el comportamiento adolescente, presentando un modelo a seguir. Freud (1905) coloca a la adolescencia en la "etapa genital", una etapa de madurez sexual adulta. Determinada por factores biológicos y aparece con el nuevo despertar de las urgencias sexuales que ya no están reprimidas como lo estaban durante la etapa de latencia. La gratificación sexual está dirigida al desarrollo de las relaciones heterosexuales con personas ajenas a la familia y a la búsqueda de la pareja para la reproducción. Erik Erikson (1902-1994) enfatiza la búsqueda de "identidad" de los adolescentes o la "confusión de funciones", donde la elección de una profesión se considera como un paso importante en la formación de la identidad (Papalia, 1975).

A partir del siglo XX los problemas en la adolescencia resultan ser una de las mayores preocupaciones sociales, políticas y de salud.

Es importante considerar que cada adolescente es multifacético, posee una especie de polaridad dentro de su personalidad y que cada una de sus manifestaciones se esfuerza por dominar a las demás para así constituir aspectos definitivos de su personalidad adolescente (González, J., 2001).

Se sabe que la adolescencia está determinada biológicamente y socialmente. De esta forma se ha observado que los jóvenes que crecen en sociedades no industrializadas experimentan una transición a la madurez más corta y más tranquila. En cambio en las naciones industrializadas, prepararse para la sociedad económica requiere de años de preparación, así los jóvenes dependen de los padres por largos períodos en el que se espera pospongan la experiencia sexual, dando por resultado una extensión de la adolescencia y provocando dificultades en la autoimagen, humor e interacción con los padres e iguales.

Para muchas adolescentes, el ideal cultural de la delgadez se combina con los problemas familiares y psicológicos produciendo desórdenes alimentarios graves como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, es en esta etapa cuando la grasa del cuerpo aumenta y la necesidad de cubrir un ideal cultural se hace mayor por lo que recurren a dietas y mecanismos para perder peso que se convierten en un peligro para la salud (Berk, 1999).

La mayoría de los jóvenes anoréxicos se sienten explotados y que les impiden vivir su propia vida, no han podido formarse una identidad propia, tienen una necesidad obsesiva por controlar todos los aspectos de su vida y en particular su propio cuerpo, se sienten incapaces de satisfacer las demandas de su

madurez sexual, encontrando en la falta de alimentación una forma de retardar o evitar el crecimiento (Conger, 1980).

En esta etapa el joven tiene la necesidad de formar parte del mundo adulto y los conflictos que surgen se refieren a las dificultades para ingresar a él y para el adulto esta nueva generación representa una amenaza ya que se expondrá a la crítica de sus logros y de su mundo de valores . El crecimiento y las modificaciones de su cuerpo al llegar a la pubertad le impondrán un cambio de rol frente al mundo exterior y a su vez el mundo externo se lo exige si él no lo asume. Se le exige como si fuera un adulto y a la vez se resiste defendiéndose con actitudes infantiles , todo esto le demanda un cambio en toda su personalidad (Aberasturi y Knobel,1992).

Así el joven durante toda su vida a creado un mundo interno donde se ha identificado con aspectos de sus padres, maestros o figuras significativas que le servirán de enlace con un mundo exterior nuevo a consecuencia de este cambio de estatus. Por otro lado debe buscar su identidad. En las sociedades modernas donde se están presentando cambios debidos a la industrialización y a la urbanización se crea un ambiente de tensión y ansiedad en el joven para que logre un ajuste armónico con su nuevo estatus.

Buscando un lugar en el mundo la chica adolescente utiliza su cuerpo como "su palabra, discurso y también el camino a través del cuál trasmite su deseo y el de los otros ".Debe adecuar su cuerpo al modelo vigente en el medio en cuanto a talla, formas, medidas, ritmo y cadencia de movimientos destinados a capturar la mirada del otro sexo (salud ,2005).

La adolescencia es en general una etapa de desarrollo personal, fisiológico, social y emocional rápido. Incluye aprender y experimentar la sexualidad y

varias formas de relaciones humanas, así como el desarrollo de la autoidentidad y la autoestima. Es una etapa de aprendizaje y de cuestionamiento de los roles de género y de las relaciones de poder, de aprendizaje de la justicia social y de opciones de vida. Para un número cada vez mayor de adolescentes, es una época en la que se reciben grandes presiones de los padres, las madres, los medios de comunicación, la pobreza, la sociedad y de otras fuerzas (Plataforma de acción de la cuarta conferencia mundial sobre la mujer, 1994).

## **2.2. GÉNERO UNA PERSPECTIVA PARA ABORDAR A LAS MUJERES Y A LOS HOMBRES.**

Los hombres se consideran superiores a las mujeres, pero mezclan con esto la idea de igualdad entre hombres y mujeres. Es muy curioso.

Jean-Paul Sartre.

Al principio la sociedad estaba organizada en dos categorías: a) cazadores-recolectores y b) cuidadores de niños, cuyo vínculo entre sí eran las obligaciones y expectativas recíprocas. Donde se establecía un vínculo entre los cuidadores de niños, quienes se encargaban de la crianza de los hijos de los cazadores o recolectores, los cuales proveían a los cuidadores. En esta sociedad no se asignaban valores, actividades, significados a los sexos, solo se consideraban las "características anatómicas carentes de género".

Esta primera sociedad, anterior al parentesco y al género es democrática, ya que todos sus miembros comparten una experiencia unitaria de la vida. En el

momento que surge la división sexual del trabajo se toma como base el "género".

En un coloquio realizado por André Lwoff en 1976 (Lamas, 2000) , expone que hay diferencias sexuales de comportamiento debidas a la diferenciación sexual que son mínimas y no indican superioridad de un sexo sobre otro. La predisposición biológica no es suficiente para provocar un comportamiento. No existen comportamientos o características exclusivas de un sexo. Ambos comparten rasgos y conductas humanas.

Lo que se considera como propiamente femenino o masculino no está determinado por la biología, sino por la cultura, la cuál ha determinado que la mujer tenga un nivel inferior al hombre, sin embargo al parecer la maternidad se ha considerado como un impedimento para el desarrollo femenino dentro de la sociedad, pero por otro lado, se menciona que es lo más valioso que puede ejercer la mujer.

Los papeles sexuales asignados deben ser clasificados y esto nos conduce al género.

En los diccionarios se define al género como la clase, especie o tipo.

Tomando en cuenta a la anatomía se establecen dos categorías que son: macho-masculino y hembra-femenino.

En la gramática española el género es un accidente gramatical por el cuál los sustantivos, adjetivos, artículos o pronombres pueden ser masculinos, femeninos o neutros para los artículos.

El género puede ser independiente de la anatomía o del sexo, puesto que es una construcción social, una interpretación social de lo biológico. El sexo biológico suele ser constante y claro, si de esto dependiera el género tendríamos que todas las características femeninas o masculinas serían

universales; sin embargo se tienen casos donde la anatomía femenina o masculina no corresponde al género asignado surgiendo un tercer género (transexual) que se puede clasificar en dos géneros con las variantes varon/femenino y mujer/masculino; Teniendo así cuatro géneros posibles. Por lo que ya no se acepta que las mujeres sean por naturaleza etiquetadas como "femeninas" de acuerdo con el género adquirido (Lamas, 2000).

El concepto género se utilizó por primera vez con precisión en Psicología en el estudio de los trastornos de la identidad sexual que realizó Robert Stoller (1968) , concluyendo que lo que determina la identidad y el comportamiento de género no es el sexo biológico, sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, ritos y costumbres atribuidos a cierto género, por lo que la asignación y adquisición de una identidad es más importante que la carga genética, hormonal y biológica.

Tomando en cuenta esta perspectiva psicológica, género es una categoría en la que se articulan tres instancias básicas:

1) La asignación (rotulación, atribución) de género:

Esta se realiza en el momento de nacer considerando la apariencia externa de sus genitales; En ocasiones la apariencia no coincide con la carga cromosómica y es cuando surgen graves trastornos.

2) La identidad de género:

Se establece entre los 2 y 3 años de edad cuando el niño adquiere el lenguaje y antes del conocimiento de las diferencias anatómicas. En este momento las características, comportamientos, juegos, etc. Se realizan de acuerdo al género que pertenece. Cuando se asume la identidad es casi imposible cambiarla.

### 3) El papel del género:

El rol o papel de género se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento masculino y femenino que varía de acuerdo a la clase social, cultura, grupo étnico, etc. Lo que crea estereotipos que en la mayoría de las veces son rígidos y condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular y reprimir los comportamientos de acuerdo al género. La existencia de diferencias socialmente aceptadas entre hombres y mujeres, es lo que da fuerza y coherencia a la identidad de género, es un hecho social y no biológico.

Los sistemas de prestigio integran el orden político, económico y social. Por lo que el parentesco, matrimonio y las relaciones de producción tienen un lugar dentro de los sistemas de prestigio, que es el concepto que con más claridad permite entender las ideas de género.

Estos sistemas también son conocidos como "honor social", "valor social" son conjuntos de posiciones o niveles que resultan de la aplicación de una línea particular de valoración social, de los mecanismos por medio de los cuales los individuos y los grupos alcanzan determinados niveles o posiciones y de las conductas generales de reproducción del sistema de estatus. Por lo tanto:

- Un sistema de género es en primer lugar y ante todo una estructura de prestigio, este es el punto central.
- En todas las sociedades existen estructuras de prestigio que se establecen con coherencia simbólica entre ellas.

- Las elaboraciones en torno al género dependen en parte de los modos en que la acción masculina orientada al prestigio se articule estructural y funcionalmente con las estructuras de relación entre los sexos.

El género es una jerarquía de estatus y no dejará de serlo hasta que el sistema se vuelva más igualitario.

Gracias al género existen instituciones y principios como: el parentesco, el matrimonio, la familia, los tabúes del incesto y la heterosexualidad exclusiva, donde se establecen relaciones de prestigio; Para Levy-Strauss (1969), en las transacciones matrimoniales se lleva a cabo un "intercambio de mujeres" comenzando así la sociedad humana; Para Rubin (1984) "los hombres tienen ciertos derechos sobre sus parientas mujeres, y las mujeres no tienen los mismos derechos ni sobre sí mismas, ni sobre sus parientes hombres", reiterando la situación de que las mujeres no tienen derecho a decidir ni siquiera sobre sí mismas.

Las transacciones matrimoniales se vinculan con intereses políticos y económicos orientadas al prestigio, donde se rigen por las reglas y mecanismos establecidos en la sociedad, donde el prestigio y el dominio lo ejercen los hombres sobre las mujeres, creando la percepción que se tiene de los sexos y las relaciones sociales ( Rubin, 1984; Rosaldo, 1974) .

Fortes (Lamas, 2000) considera que el parentesco es un conjunto de relaciones de "armonía prescrita", es un sistema de relaciones y categorías sobre las que se distribuyen y se heredan diferencialmente derechos, deberes, estatus y papeles.

El término género fue utilizado con mayor frecuencia por las feministas anglosajonas en los años setenta para diferenciar las construcciones sociales y culturales de la biología, así como comprender mejor la realidad social, siendo su objetivo fundamental distinguir que las características humanas consideradas como "femeninas" eran adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse "naturalmente de su sexo". Se suponía que con la distinción entre sexo y género se podría enfrentar mejor el determinismo biológico y se proporcionaban bases teóricas firmes a favor de la igualdad de las mujeres. Con esto se reconoció una variedad de formas de interpretación, simbolización y organización de las diferencias sexuales en las relaciones sociales y originó una crítica a la existencia de una esencia femenina (Lamas, 2000).

Joan W. Scott (1990) en un ensayo menciona varios usos del concepto género y explica cómo la búsqueda de legitimidad académica condujo a las estudiosas feministas en los años 80's a sustituir mujeres por género. En los años 90 el término género se utilizó para distinguir sexo de género.

Uno de los problemas del término es que es anglosajón y la definición no corresponde al término castellano. En inglés género se refiere directamente a los sexos y en castellano indica la clase, especie o tipo a la que pertenecen las cosas, a un grupo taxonómico, a los artículos o mercancías que son objeto del comercio y a la tela. Por lo que se requiere conocer los antecedentes del debate teórico para comprender que se trata de la relación entre los sexos o como simbolización o construcción cultural. Cuando se hace referencia a la perspectiva de género se hace como sinónimo de sexo y la variable es referirse a las mujeres. En castellano se nombra como "genero femenino", para referirse a las mujeres y se intuye que decir género o perspectiva de género es referirse al sexo femenino o a las mujeres.

También ha sido utilizado para describir las cosas relativas a las mujeres, para designar las relaciones sociales entre los sexos y por último como forma para situarse en el debate teórico. Los lenguajes conceptuales utilizan la diferenciación para establecer significados y la diferencia de sexos y por último como forma para situarse en el debate teórico. Los lenguajes conceptuales utilizan la diferenciación para establecer significados y la diferencia de sexos es una diferenciación primaria significativa.

El género facilita un modo de decodificar el significado que las culturas otorgan a la diferencia de sexos y de comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana.

A lo largo de veinte años se ha venido utilizando la categoría "género" de diferentes maneras y en diversas disciplinas, pero se puede distinguir entre dos usos básicos:

- Género para referirse a las mujeres.
- El que se refiere a la construcción cultural de la diferencia sexual, aludiendo a las relaciones sociales de los sexos .

En esta concepción como lo señala Scott (1990) un sexo tiene que ver con el otro, ya que siempre hay relación entre los sexos.

Tomando en cuenta a la antropología la definición de género o perspectiva de género se refiere al orden simbólico con que una cultura elabora las diferencias sexuales.

El género como simbolización de la diferencia sexual se construye culturalmente, diferenciado en un conjunto de prácticas, ideas y discursos entre los que se encuentra la religión.

El homo-sapiens es el resultado de la evolución del orden biológico. Su socialización y su individuación están ligadas a la constitución de la simbolización. El núcleo inicial y fundador del aparato psíquico, esa parte del individuo que no está determinada por la historia, es la raíz de la cultura, es decir, el punto de emergencia del pensamiento simbólico que se integra en el lenguaje. Con una estructura psíquica universal y mediante el lenguaje los seres humanos simbolizamos y hacemos cultura.

Para Levy-Strauss (1969) las culturas son básicamente sistemas de clasificación. El conocimiento de los conjuntos importantes de oposiciones en una cultura revela los ejes del pensamiento y los límites de lo pensable en una cultura dada. Así la cultura es un resultado, pero también una mediación: es el conjunto de mecanismos de defensa del yo ante la entrada violenta al mundo por el nacimiento y a la paulatina estructuración psíquica, con la adquisición del lenguaje.

La cultura marca a los seres humanos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano.

La lógica del género es una lógica de poder, de dominación. Por lo que el género es un sistema de relaciones culturales entre los sexos. Es una construcción simbólica, establecida sobre los datos biológicos de la diferencia sexual. El género es el resultado de la producción de normas culturales sobre el comportamiento de los hombres y las mujeres, mediado por la compleja interacción de un amplio espectro de instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas. La identidad de género es la supresión de semejanzas naturales, lejos de ser una expresión de las diferencias naturales.

El género es una forma contemporánea de organizar las normas culturales pasadas y futuras, una forma de situarse en y a través de esas normas, un estilo activo de vivir el propio cuerpo en el mundo.

Un sistema de género es un sistema simbólico o de significado que consta de dos categorías complementarias mutuamente excluyentes y dentro de ellas se ubica a todos los seres humanos, una de las características que distingue el sistema de género de otros sistemas categoriales se encuentra el hecho de que los genitales son el único criterio para asignar a los individuos en una categoría en el momento de nacer. A cada categoría queda asignada una amplia gama de actividades, actitudes, valores, objetos, símbolos y expectativas. Estas categorías (hombre-mujer) son universales, pero su contenido varía de una cultura a otra. De acuerdo con la biología existen procesos de desarrollo: masculino y femenino, que se definen en relación con cinco áreas fisiológicas: genes o cromosomas, hormonas, gónadas, órganos reproductores internos y genitales externos (Lamas, 200).

El interés del género como categoría analítica ha surgido sólo a finales del siglo XX, ya que no fue considerada por las teorías sociales formuladas desde el siglo XVIII hasta comienzos del actual. Hay que señalar que es muy variable el grado en el que las culturas poseen ideas formales y muy elaboradas en torno al género y la sexualidad.

Se suele asociar a lo masculino con la cultura y a lo femenino con la naturaleza. Casi universalmente los hombres ejercen el control del ámbito público, el de los intereses universales, las mujeres se sitúan en el ámbito doméstico o son confinadas a él, además de que son responsabilizadas del bienestar de sus propias familias.

El razonamiento sociológico central sería que la esfera de actividad social asociada con los hombres abarca la esfera preponderantemente relacionada con las mujeres y por esta razón se le atribuye culturalmente mayor valor. Se define a los hombres de acuerdo con categorías de estatus y función social (guerrero, anciano, etc. ), y a las mujeres por las relaciones de acuerdo con sus funciones de parentesco ( esposa, madre, hija, etc.), que son relaciones que guardan con los hombres. Lo masculino se asocia con la cultura y lo femenino con la naturaleza.

Tenemos dos enfoques de los estudios antropológicos sobre género:

- 1) Culturalista
- 2) Sociológico

Ambas modalidades analíticas comparten la misma problemática (elucidación de la cultura del género -sus símbolos, significados e ideologías-). La postura sociológica enfoca el conjunto de problemas a través del estudio de la forma en la que ciertos tipos de orden social tienden a producir mediante la lógica de su funcionamiento, ciertos tipos de percepciones culturales sobre el género y la sexualidad.

El enfoque sociológico representado más directamente por el análisis de Rosaldo (1974), sobre el género en sociedades en las que existe la institución del precio de la novia, el análisis de Llewelyn-Davies ( Lamas, 2000) sobre el género entre las masas de Africa del Este y el análisis de Ortner , Shery y Whitehead (1981), sobre el género y la sexualidad en la Polinesia.

El estudio de género es un estudio de relaciones asimétricas de poder y oportunidad. Comparten la premisa de que lo masculino y femenino, el sexo y

la reproducción son elaboraciones culturales o simbólicas, independiente de las bases naturales que las sustenten.

De acuerdo a lo expuesto hasta el momento la definición más acertada de género es la que se acordó en la 4ª. Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en El Cairo en 1994: *"el género se refiere a conjuntos de relaciones, atributos, papeles, creencias y actitudes que definen qué es ser una mujer o un hombre en el seno de la sociedad. En la mayoría de las sociedades las relaciones de género son desiguales y desequilibradas en el grado de poder que asignan a mujeres y hombres. Los prejuicios de género se reflejan en las leyes, las políticas y las prácticas sociales de una sociedad y en las autoidentidades, actitudes y comportamiento de la gente. Las relaciones desiguales de género tienden a profundizar otras desigualdades sociales y la discriminación basada en clase, raza, casta, edad, orientación sexual, etnicidad, incapacidad, lenguaje o religión, entre otras. Los atributos y papeles de género no están histórica y socialmente construidos y se pueden transformar"* (Plataforma de Acción de la 4ª. Conferencia Mundial sobre la Mujer).

### **2.3. ROLES GENÉRICOS.**

Al principio de la adolescencia las identidades del rol de género de ambos sexos son más tradicionales; de la mitad al final de la adolescencia se produce un cambio hacia la dirección de la androginia, siendo más fuerte en las chicas que en los chicos. Como la sociedad le da más valor a las características masculinas. Las chicas están concientes de esto y tratan de identificarse con rasgos masculinos desde la mitad de la niñez.

Al inicio de la adolescencia, la pubertad aumenta las diferencias en la apariencia de los chicos y las chicas, lo que provoca que se fije la atención sobre sí mismos con respecto al género. Y cuando empieza a salir con parejas, a menudo son más estereotipados como una forma de atraer al otro sexo.

A medida que los jóvenes vayan estableciendo una identidad personal madura, se preocupan menos por la opinión que los otros tengan sobre ellos, dedicándose más a encontrar valores significativos y las autopercepciones estereotipadas disminuyen (Berk, 1999).

De acuerdo con Behar (1992), la adquisición del rol genérico se presenta desde la niñez, asimilando la imagen de feminidad o masculinidad, según sea el caso. En cuanto a la niña, este proceso es más complejo, ya que debe adaptarse a su correspondiente rol de género y al mismo tiempo situarse en un punto de validez occidental socio-cultural la cuál refuerza cualidades como asertividad, independencia, destreza intelectual, productividad, etc. Que cumplen con los requisitos de un rol genérico masculino. Estos rasgos culturalmente hablando son mutuamente excluyentes. En el caso de que una mujer alcance el éxito profesional las referencias populares por parte de ambos sexos son negativos. Causando rechazo social, falta de feminidad e incluso infelicidad sentimental.

Es en la pubertad donde se toma conciencia de los roles genéricos, por lo cuál se presenta una vulnerabilidad a la influencia social, a causa de los cambios psicológicos y biológicos. La mujer debe tener la capacidad para cubrir las exigencias de su rol genérico y los mandatos de la sociedad: autodefinición y excelencia.

En cuanto a la anorexia, estas pacientes son exageradamente sumisas, serviciales, adaptables y muy consideradas con sus seres significativos. Carecen

de asertividad y baja autoestima que las hace ser incapaces de dar gusto a los demás, así como no pueden defraudarse a sí mismas y a los otros, por lo que cualquier falla es motivo de una drástica restricción alimentaria.

En la anoréxica entran en conflicto las exigencias del medio en donde se siente obligada a responder a un estilo juzgado deseable para hombres y al mismo tiempo para mujeres. Debe contar con la sensibilidad femenina, pero también triunfadora y ambiciosamente masculina. Dentro del rol de género surge una tercera categoría llamada andrógina que incluiría cualidades neutras como ser feliz, sincero y veraz.

Dentro del estereotipo anoréxico se aceptarán aspectos del rol genérico masculino y del femenino y se rechazarán características de ambos. Del rol femenino aceptarán la lealtad, la simpatía, la sensibilidad y rechazarán la calidez, la complacencia, la afectividad y la ternura. Del rol masculino admitirán lo analítico, lo independiente, la capacidad de ejecución y negarán la agresividad, la competitividad y el oportunismo, para finalmente añadir la neutralidad andrógina.

Las categorías asociadas al género establecen relaciones de naturaleza asimétrica.

Las teorías psicológicas clásicas acerca de la formación de la identidad del género mencionan que facilitan la adquisición de papeles sociales, por medio de la internalización de la cultura parental en forma de norma social, en torno a la cual se articula el desarrollo infantil.

De acuerdo con los planteamientos cognoscitivos recientes, en donde se considera que los esquemas cognoscitivos guían la percepción e interpretación de la experiencia y la realidad que vive la persona. Los esquemas se apoyan

en la dimensión sociocultural y que conforman la identidad de género utilizando criterios de deseabilidad social, que influyen en el procesamiento de información importante para el self, desarrollándose varios "sí mismos" vinculados a dominios específicos y que se unen para formar la identidad pasando por reajustes a lo largo de la vida (Pastor y Bonilla, 2000).

De acuerdo con Badillo (citado por Pastor y Bonilla, 2000), la familia facilita relaciones que favorecen los procesos en los que la pertenencia sexual, la propia identidad sexual y genérica delimitarán las esferas personales y sociales de actividad. Los procesos secundarios de culturización y socialización se van a intensificar con la integración de los niños y niñas en unidades como la escuela, que junto a los medios de comunicación, la literatura, el cine, etc. Facilitan el aprendizaje de roles y el acceso a la cultura y a la sociedad.

La variedad de normas y valores de los diferentes contextos cotidianos fomentan la autonomía moral en los sujetos, promueve la integración del yo y que pueda comprender las reglas sociales aun teniendo la influencia de los valores parentales internalizados.

En la adolescencia con la búsqueda de identidad se hace necesario una reorganización de la imagen corporal que va a repercutir en la autoestima junto con los cambios fisiológicos de la pubertad y el contacto con los valores culturales y los ya introyectados valores parentales.

Esto afirma lo expuesto por Erickson (citado por Pastor y Bonilla, 2000) donde la tarea principal de la adolescencia es encontrar la identidad dentro de las exigencias culturales de la sociedad, de acuerdo a sus criterios y condiciones, que van a conformar el autoconcepto y la vivencia de lo masculino y lo femenino, así como el aprendizaje de los roles dentro de sus referentes sociales y de grupo.

La formación de la identidad gira en torno al ser y la existencia de cada persona como individuo, como un ser independiente, único e inigualable.

La identidad dice McAdams (citado por Pastor y Bonilla, 2000) es la parte de uno mismo que facilita a la persona un aspecto unificado de su yo personal y social, una imagen en la que ese yo se afirma, le permite al sujeto tomar conciencia de sí mismo, de su lugar en el mundo y en relación a los demás.

Es la historia del sujeto, es la experiencia de su subjetividad, donde su territorio es el cuerpo como lo ha vivido, producto de la conformación del sujeto como diversidad y síntesis biopsico-socio-cultural.

En nuestra cultura, la imagen corporal promovida por el discurso médico biologista y tecnológico, la cultura de los medios de comunicación y el consumo, no sólo producen una imagen fragmentada de los sujetos, también introducen el ideal del cuerpo para varones y mujeres.

El ideal estético femenino contiene tres elementos básicos: juventud, delgadez y belleza. Esto promueve que se rechacen los cambios del cuerpo y se ponga empeño en borrar las marcas del tiempo por considerarlas signos de fealdad, falta de control y de éxito social, también es una tendencia a eliminar la individualidad, creando un patrón uniforme y rígido de desarrollo. En el caso de los valores se busca la fortaleza y potencia (Pastor, 1998, citado en Pastor y Bonilla, 2000).

La presión que ejercen los modelos normativos afectan gravemente a sujetos sensibles en los momentos críticos de su desarrollo, provocando alteraciones de la imagen asociadas a trastornos de la conducta alimentaria. El riesgo

aumenta cuando confluyen la insatisfacción corporal, determinada por criterios inalcanzables de delgadez y competición, con fuertes niveles de perfeccionismo y exigencia de éxito. Afecta a ambos sexos, sin embargo los estándares de belleza y delgadez son más rígidos para las mujeres.

Las adolescentes muestran mayor rechazo por todo lo que se aleje de los estándares de belleza y se muestran muy preocupadas por las zonas conflictivas de su anatomía, lo que dificulta la construcción de su imagen personal global e integrada.

Los modelos culturales proveen de signos que le dan significado al cuerpo en un sentido definitorio, estético y ético, que guían al sujeto para apropiarse de imágenes ideales que forman el repertorio de sus identificaciones. El sistema de valores referentes al cuerpo se transmite por el imaginario social a través de los modelos de género proporcionando bienestar y ajuste social. La toma de conciencia de la posición que ocupa la persona en el mundo se construye por las interacciones entre el Yo y la realidad y marca la configuración cognitivo-afectiva del sujeto a partir de la construcción de un espacio (interno-externo), donde el cuerpo es a la vez línea de demarcación, superficie y sujeto. Las experiencias vividas por el sujeto van a determinar los valores, características y actitudes que van a formar parte de la identidad personal.

#### **2.4. TEORIAS DE GÉNERO.**

El estudio de la formación de género responde al cambio de la sociedad, enfatizando el progreso en cuanto a los derechos de las mujeres, durante los últimos años, causando cambios importantes respecto a las diferencias sexuales.

La teoría psicoanalítica ofrece una explicación de cómo los niños adquieren los rasgos masculinos y femeninos. Estas actitudes y conductas se van adoptando de la misma forma que otras normas de la sociedad por medio de la identificación con el padre del mismo sexo durante los años preescolares.

Hoy se sabe que la formación del género empieza antes y dura más de lo que Freud (1856-1939) pensó, se extiende hasta la adolescencia y quizás hasta la adultez.

La teoría del esquema de género es una aproximación del procesamiento de la información a la formación del género que combina rasgos del aprendizaje social y cognitivo-evolutivo para explicar cómo las presiones y cogniciones ambientales funcionan juntas para influir en el estereotipo, la identidad del rol de género y la adopción del rol de género. De acuerdo a esta teoría desde una edad temprana los niños responden a la enseñanza de los otros, captando las preferencias y conductas de género. Al mismo tiempo, empieza a organizar estas experiencias en un esquema de género o categorías masculinas y femeninas, que utiliza para organizar su mundo. Tan pronto como los niños pueden etiquetar su sexo, comienzan a seleccionar esquemas de género consistentes con él, aplicándose estas categorías a ellos mismos. De esta forma, las autopercepciones son de género y sirven como esquemas adicionales de género que los niños usan para procesar la información y guiar su propia conducta (Berk, 1999).

De acuerdo con Gordon (citado en Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz, 2002), desde la perspectiva de género, los trastornos de la alimentación son la expresión global y sintomática de la falta de habilidad de la mujer para regir su vida y para contrarrestar su curso traumático.

Las mujeres y las niñas son motivadas a autoevaluarse en términos de la cantidad de comida que consumen o que se niegan a sí mismas, y adquieren un sentido de justificación moral a través del control físico. Esta actitud se encuentra profundamente enraizada en la conciencia social, uno de los principales requisitos para que una mujer sea atractiva o deseada se centra en su habilidad para negarse a sí misma el alimento.

## 2.5. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA SITUACIÓN DE LA MUJER.

*Todos sabemos que la  
mayor opresión ocurrida  
en la historia no ha sido la de los esclavos,  
siervos u obreros asalariados, sino la de las  
mujeres en la sociedades patriarcales.  
Karl Manheim.*

La decisión de abordar temas relacionados con la mujer, plantea la necesidad de hacer algunas consideraciones generales acerca de su situación, tomando en cuenta los elementos que a lo largo de la historia han determinado su actual condición.

Si bien estos elementos pueden ser variados, con un peso distinto, e intervenir interactuando entre sí; parece posible plantear una estructura de determinación jerarquizada, donde no se puede negar la importancia de la situación de la mujer. En este sentido, los elementos sociales y económicos

desempeñan un papel fundamental. Este hecho es claramente observable a través del desarrollo histórico de la sociedad.

En las comunidades primitivas, basadas en el matrimonio por grupos y la propiedad común, las mujeres se encontraban en igualdad de derechos con el hombre, pues al igual que éstos, desempeñaban funciones útiles para la comunidad.

En forma paralela a la transformación de la propiedad, la situación de la mujer cambió. Engels (1978) en su libro: "*El Origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado*", señala que cuando la propiedad privada fue desalojando a la colectiva se hizo necesario para los fines de la herencia que existiera una paternidad indudable, entonces el patriarcado sustituyó al matriarcado – en el cual la filiación se transmitía por el lado materno –, dando lugar a su vez a la aparición de la familia monogámica.

Con ella–la monogamia–, la mujer perdió la igualdad porque las funciones domésticas dejaron de ser sociales, es decir, perdieron el carácter social en tanto útiles para la comunidad y se transformaron en servicio particular, segregando de esta manera a la mujer del trabajo productivo.

Ya en la etapa propiamente capitalista, "la familia forma una serie de relaciones que determinan las actividades de la mujer tanto internas como externas a ella". Debido a que la familia constituye una estructura de relaciones que conecta a los individuos con la economía, resulta entonces ser la unidad social, económica, política y cultural de una sociedad.

Es histórica en su formación y no una simple unidad biológica tal como los papeles que desempeña la mujer, la familia no es "natural"; es un reflejo de las

relaciones específicas de la sociedad, de necesidades particulares que deben llenarse (Artous, 1979).

El sistema capitalista, por lo tanto, se interesa en subordinar a la mujer porque en virtud de las funciones que se desprenden de la maternidad, la mujer se convierte en el centro del núcleo familiar que a su vez es esencial para el capitalismo.

Entre estas funciones que ejerce la mujer, podemos distinguir primordialmente:

- La función de reproducción y mantenimiento de la fuerza de trabajo. Al interior de la familia, la mujer tanto por su función procreadora como por lo sexual y por los cuidados que le confiere al marido, reproduce y mantiene la fuerza de trabajo necesaria para el desarrollo capitalista.
- La función socializante, de cuidado y educación a los hijos, en donde la familia— principalmente la madre— se convierte en una institución de lo más eficiente posible, para inculcar al niño una aceptación tranquila de la explotación y la violencia del capitalismo de ocupar el lugar que le es asignado, en pocas palabras, en la formación de individuos que éste sistema requiere.

En este sentido Zillah Eisenstein (1980), señala que existe una relación recíproca entre familia y sociedad ya que no sólo en la familia se refleja la sociedad, es decir, en el núcleo familiar no sólo se reflejan las relaciones de producción dominantes, sino que también "a través de su estructura y su ideología patriarcal, la familia y la necesidad de reproducción también estructuran a la sociedad" (p. ). Siendo precisamente esta relación recíproca la que determina la vida de las mujeres y su opresión.

Entonces resulta evidente que la diferenciación entre los roles sociales del sexo femenino y del masculino, más que deberse a las diferentes características físicas o biológicas de cada sexo están histórica y socialmente determinadas.

A la mujer sin embargo, se le atribuye una serie de características como si éstas emanaran de su propia naturaleza y por lo tanto determinarían su situación en la sociedad. Así en la descripción típica de la personalidad femenina se hace alusión a su pasividad, debilidad, sumisión, dependencia, a su poca capacidad intelectual, etc., considerando estos "atributos" como inherentes a su naturaleza.

Esta caracterización de la mujer da lugar a que en las sociedades capitalistas además de legitimar la opresión de la mujer, se justifique, el mito de que el ser una buena esposa y madre, es el verdadero papel de la mujer y la realización de su naturaleza básica.

De esta manera la capacidad biológica de la mujer, el ser madre, es lo que viene a determinar sus posibilidades sociales y económicas al interior de la sociedad.

### **I. EL TRABAJO DOMÉSTICO.**

Las actividades de la mujer se encuentran enraizadas básicamente en la maternidad y cuidado del hogar. Sin embargo en la actualidad se nos presenta una contradicción, por una parte, la sociedad se ha empeñado en estereotipar y glorificar el papel de la mujer como madre y por ende ama de casa; por el otro, estas tareas domésticas a través de las cuales no sólo cumple con su cometido sino que deben justificar su existencia, gozan de muy bajo prestigio y

estatus social, en virtud de que el valor de las personas es medido por la importancia del trabajo que desempeña dentro de la producción social.

En este sentido, el trabajo doméstico se encuentra desvalorizado y no es considerado como trabajo, ya que no es una labor que se rija por las leyes del comercio y el mercado, es decir, no se cobra salario alguno, la productividad que presenta no puede ser medida; tampoco se percibe a través de algún producto acabado ya que, como menciona Artous (1979): "la mujer en el hogar no produce una mercancía, sino bienes y servicios que consumidos por un individuo, contribuyen a reproducir su fuerza de trabajo (pág.55).

Gracias a las aportaciones de Engels (1978) y de otros autores como Reed (1984), sabemos que el trabajo doméstico no siempre estuvo desvalorizado como lo está en la actualidad.

En las sociedades primitivas en donde predominan las formas de organización cooperativa del trabajo, ambos sexos participan en la producción social y se encontraban en igualdad de derechos con la aparición de la propiedad privada, del matrimonio monogámico y de la familia patriarcal, encontraron en juego nuevas fuerzas sociales, tanto en la sociedad en su conjunto, como en la organización familiar, que abolieron los derechos que anteriormente tenía la mujer ... las mujeres, que habían vivido y trabajado juntas, educando en común a sus hijos, se dispersaron como esposas de un solo hombre, destinadas a su servicio y al de una sola casa.. La primitiva e igualitaria división sexual del trabajo entre los hombres y las mujeres de la comunidad, cedió paso a una división familiar del trabajo, en la cual la mujer era alejada cada vez más de la producción social, para convertirse en sierva del marido, de la casa y de la familia. (Reed, 1984).

Aún más, diversos autores como Antonie Antous, Roberta Hamilton y Nancy Chorodow señalan que, no sólo en las comunidades primitivas, sino que todavía en la época precapitalista más reciente, cuando el hogar era la unidad productiva principal de la sociedad, las mujeres participaban en la mayoría de las formas de producción. Sin embargo con el desarrollo del capitalismo y la industrialización, en que se expandió la producción fuera de la unidad familiar, las mujeres quedaron recluidas en las tareas domésticas del hogar.

Las mujeres, en la medida que la producción dejó el hogar, dejaron de participar en las actividades, y al quedar fuera del intercambio monetario, su trabajo en el hogar y el papel de la maternidad están devaluados. (Eisenstein, 1980).

En la actualidad, el sistema capitalista se interesa en mantener esta situación, es decir, tiene gran interés en preservar a la familia y a la mujer como responsable y encargada del buen funcionamiento del hogar, en virtud de que el trabajo doméstico que realiza al interior del mismo, es fundamental para el mantenimiento y desarrollo de la sociedad capitalista.

Como Zillah Einstein (1980), señala, todos los procesos incluidos en el trabajo doméstico colaboran a la perpetuación de la sociedad existente, en cuanto que:

- 1) Las mujeres estabilizan las estructuras patriarcales (la familia) al cumplir con los papeles de ama de casa, madre, esposa, etc.
- 2) De manera simultánea las mujeres están reproduciendo a los nuevos trabajadores tanto para la fuerza de trabajo asalariada como para la no

asalariada. Ellas cuidan a los hombres y los niños de la sociedad y estabilizan la economía gracias a su papel de consumidoras.

Si bien en la actualidad existe todo un debate, en cuanto a que si el trabajo doméstico es o no productivo (Artous, 1979). La cuestión aquí no es enfrascarse en una discusión, ya que independientemente de que sea considerado como productivo en el sentido de crear plusvalía, esto no cambiaría en mucho la actual condición de la mujer.

En otros términos, el trabajo doméstico no es remunerado, para llevarlo a cabo no se necesita ningún tipo de preparación, no es un trabajo especializado y aún así, la mujer en un día realiza las funciones de muchísimos trabajadores: barrendero, enfermera, asistente, psiquiatra, artista de striptease, cocinera, adivina, etc. Una mujer debe responder a todo tipo de demanda de trabajos (Rowbotham, 1977).

Es por último importante considerar que si bien estas actividades son compartidas por una gran cantidad de mujeres, éstas sin embargo adquieren necesariamente particularidades dependiendo del grupo social al que se haga referencia.

Hay diferencias de clase en el trabajo de las "amas de casa" un mayor ingreso da a las mujeres cierta libertad respecto a los aspectos más degradantes del trabajo de consumo (Eisenstein, 1980).

La carga específica que representa para la mujer el trabajo en el hogar, por lo tanto, se ve acentuada en aquellas que pertenecen a la clase trabajadora y a algunos estratos medios; ya que no sólo se trata de un trabajo rutinario, agotador y no gratificante sino que además debe llevarse a cabo sin una mínima infraestructura doméstica que pudiera facilitarles estas tareas.

Es entonces que este trabajo aparentemente sin valor, es el que posibilita el crecimiento y desarrollo de los niños, la presencia de los maridos en los centros de trabajo y mantiene en equilibrio la estructura económica de consumo; lo cuál hace considerarlo indispensable en tanto aspecto relevante para el estudio de la mujer.

En el ámbito laboral se observa que en el caso de aquellas mujeres que desean superarse, deben de librar una barrera invisible que les impide progresar, esto se debe a que el mundo del trabajo no es compatible con la forma tradicional femenina, la que la obliga a adoptar características masculinas que la hagan competitiva. Se observa que en todos los aspectos laborales, a la mujer se la considera como menos competitiva, se le paga menos que a los hombres, se le asignan las tareas menos atractivas, se le permite menos equivocaciones, se le dan puestos de menor importancia, esto provoca que la mujer trate de enfrentar esta situación adoptando características genéricas masculinas, provocando crisis en sus valores generacionales y genéricos (Valencia, 2003).

## **II. SOCIALIZACION Y CUIDADO DE LOS HIJOS.**

Dentro de este apartado, nos resulta de inminente importancia el visualizar a la mujer-madre, no sólo como agente socializante sino también como resultado de la socialización. Es decir, a los roles que como madre desempeña el de hija al interior de la familia habría que añadir y en este sentido subrayar la importancia del proceso de socialización en la construcción del rol femenino.

Si bien la condición que la mujer guarda al interior de la familia está económica y socialmente determinada, lo que interesa puntualizar ahora, en primer lugar, es como esta condición es señalada y transmitida mediante el proceso de socialización, entendiéndolo como un proceso mediante el cuál, el individuo

adquiere una serie de factores de naturaleza social y cultural que lo preparan para asumir determinados roles en la edad adulta.

Como se mencionó anteriormente el tipo de diferencias que se establecen entre hombre y mujer no provienen de una "naturaleza" distintiva, sino que son el resultado de la manipulación ideológica con fines económicos que se basa en premisas prejuiciadas de las diferencias biológicas entre los sexos y no en el hecho de que esta diferenciación resulta de distintas expectativas impuestas por la sociedad hacia cada sexo, mediante un condicionamiento que se transmite a través de la familia, las instituciones, las leyes, etc.

Diversos autores como son Ann Oakley (1977), Stuart y Taylor (s.f.), Abril y Miranda (1978), Simone de Beauvoir (1970) y otros coinciden en señalar que las supuestas diferencias "naturales" entre hombre y mujer no son sino el resultado de una educación diferencial para cada sexo, es decir, que tienen un origen social y cultural, no biológico.

Así por ejemplo se habla de que desde el momento de nacer, las actitudes y reacciones de los adultos con respecto al recién nacido son diferentes según el sexo. Todas las prácticas de crianza incluyeron desde los permisos, castigos y recompensas hasta el más mínimo detalle como la elección de la ropa, los juguetes, los colores, etc., en la expectativa de diferenciación sexual, en la idea de la masculinidad o femineidad. Oakley (1977) señala que existe una correlación sólidamente probada entre las prácticas de crianza de los niños y de las niñas y los tipos de personalidad característicos de los hombres y las mujeres.

Se ha enfatizado, así mismo, en que la formación de la personalidad como el aprendizaje e internalización de los roles que cada quién ha de desempeñar

ocurre desde los primeros años de vida, siendo precisamente la infancia la etapa más importante y determinante en este sentido. Así, la mujer desde niña es educada o podríamos decir "condicionada" a ser dependiente, de manera que no pueda subsistir sino a expensas de alguien, sin que un hombre la mantenga. Se le enseña que su vocación es básicamente la de ser madre, orientándola para el buen desempeño de ésta. Así mismo, si tomamos en cuenta que el aprendizaje infantil se realiza en gran parte por imitación al padre de su mismo sexo, la niña desde muy pequeña aprende que tanto las faenas domésticas como el cuidado de los hijos, son cosas de mujeres y no de hombres, lo cual es confirmado por los familiares adultos y posteriormente por la escuela, los medios masivos de comunicación y por la sociedad en general.

Simone de Beauvoir (1970), hace énfasis en que a partir del proceso de socialización tratado de manera profunda por la autora es como surgen las principales características que se le atribuyen a la mujer como son el sentimiento de inferioridad, la coquetería, el instinto maternal, la pasividad, etc. A la niña, nos dice esta autora, en su libro *el Segundo Sexo*, se le enseña que para agradar hay que intentarlo haciéndose objeto, renunciando a su autonomía. Así la coquetería o el narcisismo que la caracteriza, juega un papel muy importante en su vida, no emana de su naturaleza, sino que es producto de la influencia de la educación y el medio.

La pasividad como otro de los rasgos que caracteriza a la mujer "femenina" y que se desarrolla desde los primeros años, le es impuesta desde pequeña por la sociedad a través del tipo de juego y el trato recibido de los adultos. Los juegos permitidos son más tranquilos para las niñas que para los niños; y el trato de los adultos es más blando y dulce para ir moldeando a la niña.

Otra de las características de la mujer es su sentimiento de inferioridad, que algunos consideran se desprende del complejo de castración. Sin embargo, señala De Beauvoir (1970), que esto ha sido muy debatido aún entre los psicoanalistas, ya que el deseo de un pene en las niñas se manifiesta de maneras diversas. No sólo el reconocimiento de que son diferentes a los varones por carecer de pene, es lo que puede engendrar un sentimiento de inferioridad en ellas, sino todo un conjunto de factores sociales, ligados a la valoración y prestigio que los padres y el entorno le confieren al niño, en donde, el pene es el símbolo de superioridad, siendo esta situación privilegiada lo que en todo caso envidian las niñas.

Lo mismo sucede con otras de las características que se le atribuyen al sexo femenino (sumisión, ternura, instinto maternal, etc.) las cuales no son instintivas, determinadas fisiológicamente o por una especificidad sexual, sino que son producto de la civilización en conjunto, en fin a la manera de Beauvoir (1970), "No se nace mujer, llega uno a serlo".

Ahora bien es evidente que el mismo proceso de socialización, convierte a la mujer en la encargada de la socialización misma, es decir, la hace responsable del cuidado de los niños desde pequeños y de la mayor parte de su formación posterior.

En este sentido se señala que la importancia fundamental de la familia nuclear y de la madre como el agente socializante por preeminencia, reside en su capacidad para adaptar a los niños al sistema de valores y normas imperantes en la sociedad, es decir, los niños internalizan los preceptos, prohibiciones, valores y normas socialmente vigentes al interior del hogar y con los padres como intermediarios, que los capacita para someterse a la autoridad y a la disciplina necesaria para la participación en el proceso de producción capitalista.

Resulta pues irónico, pero la mujer, madre de familia, mediante su función socializante contribuye no sólo a la reproducción y mantenimiento de la sociedad burguesa, de las relaciones existentes en esta sociedad, sino que también y en particular reproduce nuevas madres, reproduce a la mujer en su destino femenino y con ello perpetúa la supremacía masculina y las relaciones jerárquicas necesarias para el desarrollo capitalista. Es por ello que el Estado despliega toda una intervención sistemática sobre la mujer para mantener y en todo caso renovar la función socializadora que ella ejerce.

Así mismo, se nos presenta otra contradicción. A la mujer madre, quien trae consigo una serie de limitaciones y frustraciones, producto de la socialización recibida o bien derivadas de su condicionamiento que impide el desarrollo de su personalidad, se la hace responsable de la difícil tarea de educar a los nuevos seres.

En libros sobre psicología infantil, la madre constantemente aparece como la figura fundamental en la vida del niño, se enfatiza sobre la importancia decisiva de la relación madre-hijo para la maduración y futuras posibilidades de desarrollo del pequeño.

Así, por ejemplo, la teoría psicoanalítica señala el valor determinante de la figura materna para un adecuado desarrollo psicológico del niño y para la fundación de su yo, considerando que es la relación segura y afectuosa entre madre e hijo lo que sienta las bases para el desarrollo de una personalidad fuerte y estable, haciendo pues, responsable a la madre de los posibles trastornos manifestados por los hijos.

En suma, como señala Ma. Victoria Abril, se exige mucho de la madre. Debe ser paciente, mostrarse segura de sí misma, cariñosa, amable, no irritarse, no gritar nunca. En una palabra se exige que la madre sea una persona equilibrada. El secreto de toda educación consiste en saber dosificar bien estas actitudes; alegría y cariño, constancia y firmeza, comprensión y paciencia. Cualquiera puede observar, no obstante, que son más el conflicto y los gritos, que la serenidad y la sonrisa las características de las relaciones entre madre e hijos. No todas las mujeres, por el hecho de serlo, nacen pedagogos o psicólogos. (Abril, 1978). Se hace evidente la contradicción: a estas mujeres que han crecido y se han desarrollado con una serie de limitaciones en casi todas las áreas de su vida, que no han tenido alternativas por las cuales optar, se les pide "sabiduría" y un equilibrio psíquico perfecto, mientras que deben vivir en condiciones que distan mucho de ser las favorables para cumplir con este tipo de exigencias.

### III. SEXUALIDAD.

En la condición de la mujer, un factor determinante ha sido su capacidad reproductiva que se encuentra estrechamente ligada con el ejercicio de su sexualidad. Diversos autores como son Zillah Eisenstein (1980), Nancy Chorodow (citada en Eisenstein, 1980) y Juliet Mitchell (1975,1985), destacan la importancia de las funciones que la mujer desempeña para la reproducción social específica del capitalismo.

La función reproductiva que la mujer ejerce es fundamental en la medida en que no sólo se la entienda en términos de procreación sino también en tanto que la mujer tiene la responsabilidad de reproducir y mantener la participación adulta "básicamente masculina" en la fuerza de trabajo necesaria para el

desarrollo capitalista. Por lo que su responsabilidad abarca además de la reproducción física, la psicológica y emocional del marido.

En este sentido Nancy Chorodow habla de que el papel de la maternidad que cumple la mujer y su posición como progenitora principal en la familia, así como las cualidades y conductas maternas que se derivan de ello, son determinantes para la reproducción cotidiana y generacional del capitalismo.

Las mujeres resucitan a los adultos trabajadores tanto física como emocionalmente y crían niños que tienen las capacidades psicológicas específicas que requieren los trabajadores capitalistas y consumidores (Eisenstein, 1980). Es decir la mujer no sólo como se mencionó anteriormente con su función socializante, contribuye a la reproducción de la sociedad burguesa mediante la formación de capacidades en los niños que se adapten a las formas de trabajo y dominación propias del capitalismo., sino que también contribuye como un elemento vital en la reproducción de la especie física y emocional de los maridos, donde el ejercicio de su sexualidad es evidente.

Dentro de la situación femenina, la dimensión de la sexualidad, se encuentra determinada por una gran cantidad de prohibiciones, justificadas a través de estereotipo y tabúes sexuales.

Tradicionalmente se ha considerado que el destino de la mujer está en el matrimonio y como Simone de Beauvoir menciona, el matrimonio ha construido para la mujer el modo de ganarse la vida y por otra parte, la única justificación social de su existencia le es impuesta a doble título: debe dar hijos a la comunidad y también tiene la función de satisfacer las necesidades sexuales de un macho (Beauvoir, 1970).

Tomando en cuenta que la forma de asumir la sexualidad es un producto cultural, que evoluciona con el ser humano y que refleja la ideología predominante de los diversos históricos por los que ha pasado la humanidad. (Guha, 1977) resulta claro que la internalización que la mayoría de las mujeres realizan sobre el ser o el deber ser de la sexualidad, las relaciones sexuales, el amor, etc., se encuentran influenciadas por la concepción que prevalece sobre el matrimonio, sobre la mujer y sobre los roles que ésta ha de desempeñar al interior de la familia y en la sociedad.

Andreas Guha (1977), señala en su libro "Moral sexual y represión social", que la moral antisexual característica de la cultura occidental no es "natural", sino que responde a las exigencias e intereses socioeconómicos, sociales, culturales y políticos de la sociedad capitalista.

Así mismo, éste autor coincide con otros como son Mitchell (1975) y Beauvoir (1970) en mencionar que la moral que rige las cuestiones sexuales y matrimoniales, encuentra raíces en la doctrina cristiana y guardando una relación de complementariedad con la misma en la doctrina socioeconómica de la burguesía.

Estas doctrinas mantienen una relación de complementariedad ya que si bien la moral cristiana hostil al sexo precedió al sistema de producción capitalista, ésta no llegó a propagarse e imponerse en todos los sectores de la sociedad sino sólo con el advenimiento del capitalismo. Con el ascenso de la burguesía, se desarrollaron, afirmaron e impusieron los preceptos de la moral cristiana en virtud de que esta moral respondía a los intereses socioeconómicos de la nueva élite.

Es decir, con el fin de garantizar la estabilidad y un rendimiento disciplinado en el proceso de producción capitalista, se hacía necesario reprimir la sexualidad y la naturaleza de los trabajadores no compatibles con las exigencias del capitalismo y es entonces que se recoge gran parte de la moral cristiana, y se le confiere una validez general.

Así, para Andreas Guha (1977), el matrimonio constituye un tabú en lo referente a sus ordenanzas de moral sexual pues "Según la moral vigente en el ámbito cultural, cristiano y occidental, el matrimonio es monogámico, está constituido por un hombre y una mujer". Por naturaleza es indisoluble, la excepción divorcio autorizado por el Estado confirma la regla.

Además, el matrimonio es la única comunidad en el cual se legitima la actividad sexual, aunque sólo la genital.

Finalmente, La iglesia católica para la cual el matrimonio es un sacramento insiste en que el matrimonio, debe perseguir la procreación y que, de lo contrario, es "antinatural" y pecaminoso (Guha, 1977).

La normatización de la sexualidad, por tanto, esta dirigida al mantenimiento del núcleo familiar y a perpetuar el orden establecido, de ahí la tabuización de las relaciones pre y extramatrimoniales, la prohibición del aborto, el relajamiento social al que están expuestas las madres solteras, los homosexuales, y en general las diversas sanciones legales o sociales que condenan cualquier violación a la moral sexual vigente.

Si tomamos en cuenta el papel fundamental que juega la mujer en la familia que estabiliza el orden y reproduce la moral imperante, es evidente, que en materia sexual, la mujer y sus posibilidades son más rigurosamente restringidas o reprimidas.

Como se mencionó, la concepción tradicional de la mujer sobre los roles, ejerce una gran influencia en su sexualidad. Ella se convierte en objeto de satisfacción sexual del hombre y esta misma concepción de roles legitima la dualidad de patrones de comportamiento sexual.

En la sociedad, podría parecer que la relación pareja se encuentra normatizada por una doble moral. A la mujer se le exige virginidad antes del matrimonio, recato, pudor, no se le permite tomar iniciativa en sus relaciones con los hombres y se espera de ella fidelidad absoluta en el matrimonio; el adulterio o la infidelidad pesa más sobre ella. Del hombre por el contrario, se espera la iniciativa, la experiencia sexual antes del matrimonio y se le tolera y justifica cualquier relación amorosa extra matrimonial.

En la sexualidad, como en todos los aspectos el hombre es el que manda, si tomamos en cuenta como señala Simone de Beauvoir (1970), que existe una tendencia a obligar a la mujer a prepararse para un papel de objeto más que de sujeto, y se la impulsa a la pasividad, tenemos entonces que, la relación sexual se define fundamentalmente como una sumisión de la mujer al hombre, en donde ella asume el papel pasivo y se hace objeto sexual.

La manera de establecer relaciones sexuales, puede sin embargo, adquirir determinadas características, dependiendo del estatus social al que se pertenezca. Andreas Guha menciona que en las clases bajas los matrimonios son más desdichados, debido a que el predominio del hombre se mantiene intacto, e impera un agresivo ideal de virilidad donde no se admiten manifestaciones de ternura, para el hombre los deseos sexuales de la mujer y su actitud hacia el sexo son secundarios; por eso suele establecer el contacto sexual en forma abrupta, como una verdadera violación. Esa es la razón por la

cual la repulsión al acto sexual es más frecuente y más intensa entre las mujeres de las clases bajas, que entre las de las clases superiores. (Guha, 1977).

La resistencia a la sexualidad principalmente de las mujeres de estrato social más bajo, se presenta ante la sensación de ser utilizadas o a captarse como objeto. Pero a esto cabría añadir además, las resistencias derivadas de los tabúes, prohibiciones, etc., que provienen de su educación.

A la mujer, de manera más marcada que al hombre, se le reprime desde niña todo interés en este ámbito, y se le mantiene en la más absoluta ignorancia sobre las cuestiones sexuales bajo el pretexto de la inocencia.

Ante esto, aparece una contradicción; por una parte a la mujer se le educa para temer y negar su sexualidad y por la otra se la presiona a ser resaltar sus atractivos y a hacerse objeto sexual fuente de deseo y seducción.

Autores como Sheila Rowbothan (1977) y Andreas Guha (1977), señalan que en la actualidad se está produciendo una cierta "liberación sexual", una sociedad más permisiva o una "ola de sexo y pornografía". Sin embargo esta no habla de una disminución en la represión sexual vigente sino que es resultado de la misma y se encuentra dirigida a fomentar el consumo.

Andreas Guha (19779, citando autores como Adorno y Marcuse, nos dice que estos autores atribuyen el desmontaje del sistema de normas hostiles al sexo a las exigencias de un sistema económico orientado hacia el consumo, que ya no necesita del hombre ascético, enemigo del placer, ahorrativo, que vive una vida de disciplina y de temor a Dios, sino del consumidor y usuario inquieto, amigo del placer o por lo menos curioso.

Esta liberación, por tanto no tiene un carácter emancipatorio ni amenaza con suprimir las normas sexuales, sino que está condicionado por intereses económicos, en donde se presenta principalmente a la mujer como objeto sexual y se insiste sobre ese rol femenino para estimular el consumo.

Sheila Rowbotham (1977), agrega que este relajamiento en la normalización de la sexualidad resulta favorable para el capitalismo, pues ante la posibilidad de este sistema de proporcionar descanso y liberación dentro del mundo masculino de trabajo, la creciente participación de la mujer en el acto sexual es conveniente como rasgo de compensación del capitalismo avanzado.

La autora Juliet Mitchell (1975), señala que el uso de anticonceptivos responde a intereses del capitalismo en cuanto al control o reducción de la población, esto podría brindar posibilidades provechosas para la mujer en el terreno del placer al desligar la procreación de la experiencia sexual.

Sin embargo, esto no ha hecho estragos en la sociedad, el capitalismo es muy hábil al manejar la supuesta "liberación sexual". El tema de la sexualidad como las "ordenanzas" del matrimonio, siguen siendo tabú y siguen condicionando la estructura de la sociedad y su orden, donde se preserva a la familia, misma que se perfila como la principal transmisora y reproductora de los tabúes, las pautas de comportamiento y los esquemas rígidos.

En la actualidad y ante las contradicciones sociales que se han generado a raíz de la coexistencia de la estructura tradicional de la familia, de los roles en general, con la participación cada vez mayor de la mujer en los problemas socioeconómicos, se ha ampliado la literatura sobre la mujer a nivel mundial.

Los diferentes estudios intentan dar cuentas sobre la manera en que la mujer es incorporada al trabajo productivo y en general sobre la condición de opresión que guarda en la sociedad.

Constantemente la búsqueda sobre las causas de esta opresión, a punta hacia la maternidad y al papel que la mujer juega al interior de la familia, como un factor que determina la actual situación de la mujer y limita todas sus posibilidades económicas, culturales, emocionales, etc.

Ubicándonos en el contexto familiar podemos decir que las categorías aquí tratadas (el trabajo doméstico, socialización, cuidado de los hijos y sexualidad) y la combinación que de éstas resulta, proporcionan elementos esenciales para dar cuenta de la condición de madre.

La interacción entre estas funciones es evidente, en realidad el trabajo doméstico no se encuentra aislado del cuidado de los hijos y de la reproducción de la fuerza de trabajo, ni el ejercicio de la sexualidad.

Para la mujer en su vida cotidiana, éstas se presentan como un todo y lo importante aquí es subrayar que entre estas funciones y la ideología dominante con la cual se educa a la mujer, se establece una relación de retroalimentación.

Estas funciones que tradicionalmente se le asignan a la mujer son aprendidas y transmitidas de manera dogmática a través de la familia, la mujer se convierte en la salvaguarda de los valores tradicionales, reproduciendo y manteniendo el orden social vigente.

Si bien estas estructuras o categorías, resultan válidas para entender la condición de la mujer en el sistema capitalista, la combinación y la unidad que de ellas se deriva, no es única para todas las mujeres y en cualquier sociedad,

pues necesariamente observará particularidades dependiendo del grupo social que se refiera.

En el nivel más general, la condición de la mujer en las sociedades capitalistas como la nuestra, contempla una determinación económica y social, pues se trata de un modo de producción que para perpetuarse establece las formas de vida de los individuos. Lo cual es cierto para las funciones que la mujer cumple al interior del núcleo familiar, el trabajo doméstico, el cuidado y socialización de los hijos, el ejercicio de su sexualidad y la relación de pareja, tienden en conjunto a perpetuar un esquema de vida.

En otro nivel de análisis sin embargo, explicar la condición de mujer enfatiza la necesidad de contextualizarlo.

Independientemente del plano ideológico general del capitalismo se presentan particularidades, pues aún dentro de los países capitalistas hay diferencias determinadas básicamente por el nivel de desarrollo. En este sentido, la situación de las mujeres difiere en mucho entre países desarrollados como Francia, Inglaterra, E.U.A. y México, ya que a la condición subordinada de la mujer, habría que añadir el hecho de tratarse de un país que presenta las desventajas del capitalismo periférico, lo que repercute directamente en aspectos relacionados con los niveles de vida, la infraestructura doméstica, el acceso a la información, así como en la internalización de diversos valores y costumbres culturalmente definidos. Es evidente, además, que dentro de una misma sociedad, estos aspectos influirán de diferente manera, dependiendo de las especificaciones de cada grupo social.

## CAPITULO III

### 3.1. INVESTIGACIONES SOBRE EL TEMA

Las estadísticas del año 1997, realizadas en Paraguay, arrojaron los siguientes datos: de las 212 consultas realizadas, 103 fueron casos de bulimia nerviosa, 62 fueron casos de anorexia nerviosa y 47 casos fueron de trastornos no especificados. De los 103 casos de bulimia nerviosa 71 fueron de tipo purgativo, mientras que el resto fueron del tipo restrictivo. De los 71 casos de bulimia nerviosa de tipo purgativo el 100% utiliza el vómito como primera causa de conducta compensatoria. Un 65% utiliza además laxantes, diuréticos y drogas anoréxicas. En un alto porcentaje los trastornos de la conducta alimentaria conllevan al uso de otra droga como el tabaco, alcohol, marihuana y cocaína entre otras. Las conductas adictivas están muy vinculadas a los trastornos alimentarios.

De acuerdo a lo que se observó en 1997 se ha podido establecer que en el año de 1998 la patología que presenta mayor cantidad de casos es la bulimia nerviosa relegando a la anorexia nerviosa. En 1998 los datos obtenidos fueron: de 281 casos, 131 son de bulimia nerviosa, de los cuales el 73% fueron de tipo purgativo, mientras que el resto fueron del tipo restrictivo; 83 de anorexia nerviosa y 67 de trastornos no especificados (Borgognon, 1998).

En un estudio realizado por Baile, Guillén y Garrido (2002), acerca de la insatisfacción corporal como factor predisponente, medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ) a una muestra de adolescentes de 12 a 19 años se encontró que los varones adolescentes no presentan insatisfacción corporal y si la hay, se instaura con posterioridad a los 19 años, en el caso de las chicas adolescentes la insatisfacción corporal se va adquiriendo en el período que va

desde los 12 a los 16 años, y cuando se alcanza un determinado grado de insatisfacción corporal se mantiene posteriormente.

Las mujeres tienen mayor presión social hacia una determinada imagen corporal, y quizá menos recursos personales de crítica y autoaceptación, lo que genera una mayor insatisfacción corporal que en los hombres.

En una investigación realizada con adolescentes de ambos sexos por Martínez, Pastor y Bonilla en 1999 (citado en Pastor y Bonilla 2000), se observó que los referentes del propio reconocimiento y autovaloración están relacionados a normas genéricas. Los varones lo expresan en medidas de autocontrol, poder personal, competencia y funcionamiento corporal, en cambio las mujeres vinculan más su autoestima al cuerpo, exponiéndose a una mayor objetualización del cuerpo, manifestada en preocupación por el peso y el atractivo sexual, que la lleva a tener una actitud de vigilancia del aspecto físico.

Esto sugiere que los factores culturales de género afectan la autoestima y que influyen en la construcción de la imagen corporal y por lo tanto, en el desarrollo de los trastornos vinculados a la imagen corporal.

De acuerdo con Gómez Pérez-Mitre, Saucedo-Molina y Unikel en 2001 (citado en Saucedo, T., 2003), las mujeres mexicanas están haciendo suyo el ideal de una imagen corporal delgada.

Un ejemplo, se localiza en una revista mexicana de gran difusión entre los jóvenes, en la que aparecieron los nombres de las cincuenta mujeres más bellas, junto con sus pesos corporales y estaturas, los cuales correspondían a personas del medio artístico. Se observó que el prototipo de la mujer bella en México es una mujer joven, con edad promedio de 25 años y un índice de masa corporal bajo.

El estudio desarrollado por Gonzáles, Unikel, Cruz y Caballero (2003), acerca de los factores de personalidad implicados en la patogénesis de los trastornos de la conducta alimentaria, los cuales se han relacionado con rasgos obsesivos, histéricos e impulsivos, se encontró un alto porcentaje de factores de riesgo de la personalidad para desarrollar anorexia nerviosa o bulimia nerviosa; algunos de éstos se relacionan con otros trastornos psiquiátricos. Los factores que incrementan la probabilidad de conductas impulsivas parecen tener más influencia en el caso de la bulimia nerviosa que en el de la anorexia nerviosa. El perfeccionismo y la autoevaluación negativa parecen ser una característica particular como antecedente para ambos trastornos.

Sin embargo, mientras que las pacientes con anorexia nerviosa parecen mostrar una alta persistencia, las pacientes bulímicas parecieran mostrar un temperamento impulsivo. Ambos padecimientos presentan puntajes bajos en autodirección.

Koskelainen, Sourander y Helenius en 2001 (citado en Saucedo, T. 2003), realizaron un estudio en Finlandia que tuvo el propósito de examinar los factores asociados a dieta restringida y la preocupación por el peso corporal en adolescentes de ambos sexos. También se evaluaron problemas de conducta y emocionales, aplicando un cuestionario. Los resultados mostraron que la dieta cosmética o dieta restringida y la preocupación por el peso son características extremadamente comunes en este grupo de población.

También permitió confirmar que estas dos características están asociadas con el sexo femenino, así como el índice de masa corporal, los problemas emocionales conductuales de hiperactividad y el abuso de alcohol.

Unikel, Saucedo y Fleiz (2002), realizaron un estudio para conocer la relación entre el índice de masa corporal y la práctica de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Se observó que los adolescentes de uno y

otro sexo de ambos grupos de edad (13 a 15 años y 16 a 18 años), con sobrepeso y obesidad, son los que muestran mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo. Así los datos muestran:

1. Que existe relación entre el Índice de Masa Corporal y las conductas alimentarias de riesgo.
2. Que es importante considerar que tanto el sobrepeso como el bajo peso son elementos de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

Gomez Perez-Mitré (citado en Unikel, Saucedo y Fleiz, 2002) encontró en preadolescentes mexicanas de escuelas públicas y privadas del Distrito Federal, que las niñas habían seleccionado como figura ideal una más delgada que su IMC – real y esta tendencia se incrementa a medida que aumentaba la edad de los sujetos. Con respecto al peso corporal les gustaría pesar menos de lo que pesaban aunque se encontraran en el rango de la delgadez o de emaciación. Con respecto a la gordura, su visión fue negativa, calificándola de antiestética no deseable, causante de problemas psicológicos y de salud, con repercusiones en el desempeño y en la calidad de vida. Siendo más notable esta tendencia en estudiantes de ballet.

Entre los hombres mexicanos se encontró que su figura ideal es más grande que la figura actual, musculosa, sin que esto implique que aumente la grasa.

Waaddegaard en 2002 (citado en Saucedo, T., 2003) realizó un estudio en Dinamarca sobre la prevalencia de dieta restringida y otras conductas para perder peso en adolescentes, con edades de 14 a 21 años. Se encontró que la prevalencia de la conducta de restricción de la dieta es comparable con los resultados de otros países nórdicos, y esta conducta es dependiente del índice de masa corporal y del sexo. Los resultados permitieron concluir que el deseo

por perder peso se incrementa con la edad, tanto en hombres como en mujeres y que lo mismo ocurre con la satisfacción corporal. También se detectó que algunos jóvenes modifican su patrón alimentario con el deseo de ganar peso, mismo que reportaron estar insatisfechos con su figura corporal por sentirse demasiado delgados. Finalmente se encontró que la mayoría de los que se sometieron a dieta restringida y otras conductas para perder peso, no eran necesariamente obesos (con un índice de masa corporal alto y muy alto), estas conductas dependían de si el sujeto se percibía con sobre peso o no.

De acuerdo con el Dr. Verduzco (2005), los trastornos alimentarios son los de mayor prevalencia psiquiátrica o conductual que afectan a las adolescentes y los estudios al respecto indican que la vulnerabilidad a enfermedades infecciosas en este grupo es resultado de un estado de malnutrición subclínica. Estas enfermedades están asociadas con un porcentaje sustancial de comorbilidad y se discute la relación entre trastornos de la conducta alimentaria y depresión, trastornos de la ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de personalidad. La reciente investigación sobre anorexia y bulimia nerviosas ha clasificado detalladamente las anomalías biológicas y psicológicas asociadas con estos trastornos: vulnerabilidad hereditaria, presiones culturales y experiencias familiares e individuales adversas parecen contribuir al inicio de dieta rigurosa, alimentación compulsiva y purgas. Ya iniciadas, estas conductas dan lugar a múltiples trastornos fisiológicos, algunos de los cuales pueden perpetuar el padecimiento.

En Ucrania Bilukha y Utermohlen, en 2002 (citado en Saucedo, T. 2003) realizaron un estudio transversal en mujeres de 18 a 60 años de edad para examinar las prácticas dietéticas y la internalización de la delgadez. Los resultados indicaron que las mujeres más jóvenes (18 – 25 años), las que tenían sobrepeso y aquellas

que deseaban una figura delgada informaron de un mayor número de prácticas dietéticas.

La Dra. Tinat (2004), realizó un estudio antropológico para vincular los factores individuales, familiares y socioculturales alrededor de la feminidad . Utilizó pacientes con anorexia de tipo restrictivo de dos instituciones médicas, en el año 2004, en México. Concluyó que a nivel social, la evolución del papel de la mujer en la sociedad o el hecho de que la mujer cumpla con el papel de madre y trabajadora derroca la antigua concepción de los papeles masculinos y femeninos. Esto repercute en el núcleo familiar donde se ve una disminución de la diferencia de la identidad sexual. En cuanto a la experiencia corporal de la anorexia, se crea confusión masculina/femenina vivida en la dinámica relacional y familiar. De esta forma la adolescente tiene dificultad en hacerse mujer, expresa simbólicamente esa dificultad en la inscripción corporal, surge en contextos familiares en donde las relaciones de género se manifiestan problemáticas o que estos contextos son en parte el reflejo de tendencias sociales globales.

En Rumania desde 1989 se han observado cambios importantes en los estilos de vida de las mujeres. Las cuales tienen mayor interés en nuevas culturas, están preocupadas con respecto a la moda, a la delgadez la cual está siendo altamente valorada, se interesan más por revistas de mujeres y en películas occidentales que muestran ciertas actitudes y conductas propias de los trastornos alimentarios. Actualmente no se cuentan con datos sobre las prácticas dietéticas en este país, ya que no se han publicado al menos hasta 1989 (Joja, 2001; citado en Saucedo 2003).

En un estudio longitudinal australiano acerca de la salud en la mujer, se tomó una muestra de 14, 686 mujeres de 18 a 23 años, quienes respondieron a un

cuestionario para obtener información sobre dieta y salud. Los resultados muestran altas frecuencias de dieta restringida y de inicio de dieta que fueron asociados con una imagen corporal y salud mental pobres (incluyendo depresión), con conductas alimentarias de riesgo (atracones por purgas), con insatisfacción con la imagen corporal y con problemas de salud en general (Kenardy, Brown y Vogt, 2001; citado en Saucedo, T., 2003).

Behar, Botero, Corsi, Muñoz y Rosales (1995), realizaron una exploración utilizando el test de actitudes alimentarias y el inventario de trastornos alimentarios de insatisfacción corporal en pacientes con patología alimentaria (anorexia y bulimia nerviosas) y dos grupos de control: pacientes con sobrepeso y estudiantes universitarias. Observaron que la insatisfacción se muestra igualmente elevada en el grupo de sobrepeso y en el grupo de pacientes con patología alimentaria, por lo que podría considerarse como un fenómeno no exclusivo de los desórdenes alimentarios. Tal vez esta alteración perceptual apoyaría al grupo de sobrepeso, en su deseo de lograr un peso ideal relativamente más bajo que el resto de los grupos. Por otro lado las estudiantes configuraron un perfil de insatisfacción corporal bajo, esperable en ausencia de patología alimentaria y por ende, en su condición de normalidad cognitiva.

Gómez Pérez-Mitré, reportó los resultados del estudio de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria, en estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México (1994-2001). De los seis factores considerados, "el deseo de una figura delgada", ocupa el primer lugar, representa la introyección del modelo ideal que promueve la cultura de la delgadez independientemente del peso ideal. En las mujeres fue de 85% y en los hombres de 31%, los hombres en su mayoría desean una figura más gruesa, con músculos aunque sin grasa. Otro factor fue "la insatisfacción con la imagen corporal". La prevalencia del tipo positivo (porque se quiere estar más delgado) fue de 55% en el sexo

femenino y 30% en el masculino; mientras que la negativa (quieres estar más grueso) fue de 24% entre las jóvenes y de 55% entre los varones. El tercero, "la alteración de la imagen corporal", hace referencia a un efecto de distorsión con el que las personas se autoperciben más delgadas (subestimación) o más gruesas (sobrestimación). Las diferencias por género arrojan una prevalencia de sub y sobrestimación de 47% y 9% entre las mujeres.

Otro factor fue "dieta restrictiva", el factor de mayor riesgo, ya que implica un problema de salud. La prevalencia fue mayor entre las mujeres (44%) que entre los hombres (23%).

El quinto factor fue "conducta alimentaria compulsiva", cuya prevalencia para la respuesta frecuentemente se dividió en 50% de las veces para cada sexo, y para siempre en 30% de los hombres y 17% de las mujeres.

Por último se midió "la preocupación por el peso y la comida", reconocido como un factor de riesgo disparador. Entre las categorías de mucho y demasiado, la prevalencia es de 13% para los jóvenes y de 35% para sus compañeras.

Datos como estos indican que la cultura de la delgadez, se expande rápidamente interculturalmente y los problemas que con la imagen corporal se producen son independientes del nivel de desarrollo de la sociedad. Estas ideologías se han extendido a partir de la globalización de las economías, de la promoción de la delgadez y la presión de los medios de comunicación, de la familia y de los compañeros de escuela y/o trabajo (Gómez Pérez – Mitré, 1999; citado en Saucedo, T., 2003).

## CAPITULO IV

### 4.1. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

No cabe duda que la conducta dietaria se está convirtiendo en un problema social y una amenaza de salud pública, y que se está extendiendo a todo el mundo, además de empezar a verse como una conducta "normal" por ciertos grupos sociales.

Dejando de lado sus consecuencias para la salud, pudiendo llegar a poner en peligro la propia vida. Es por ello que se tiene que trabajar en el área de la salud teniendo información correcta sobre: programas para control de peso y sus efectos, consecuencias de dietas con muy baja densidad energética, del empleo de laxantes, purgantes y medicamentos; y es urgente la reconceptualización del significado de delgadez como sinónimo de salud.

No hay que olvidar que debajo de esta moda se encuentra toda una industria de adelgazamiento que se mueve por intereses económicos, sin importarle las terribles consecuencias que de ello se puedan derivar. Nos bombardean con anuncios de publicidad que proponen dietas milagrosas, aparatos mágicos para moldear la figura, etc., fomentando la idea de que el secreto de la felicidad se encuentra en conseguir un cuerpo femenino delgado y un cuerpo musculoso y atlético en varones.

En el caso de la mujer la presión es mayor, la sociedad exige la delgadez para triunfar, pero es una delgadez caracterizada por un cuerpo asexual, rectilíneo, más propio de una niña que de una mujer, una moda absurda que es imposible de conseguir ya que está en contra de toda naturaleza y lógica.

Estas variables se encuentran inmersas en la sociedad actual e influye principalmente en las mujeres jóvenes.

Con la llegada de la adolescencia en donde se presentan una serie de cambios físicos más dramáticos para la mujer que para el hombre, pues el despertar de la sexualidad se vive con gran temor y sobre todo porque con ello viene la posibilidad de embarazarse y adquirir responsabilidades adultas en un breve espacio de tiempo, donde los patrones utilizados hasta el momento le sirvieron para un mundo infantil, la niña ahora adolescente comienza a buscar la forma de enfrentar esta nueva etapa e imita a sus iguales, al modelo de moda buscando un lugar en el mundo y ser aceptada como un individuo independiente, único y completo y en su entorno familiar también hay cambios ya que en varios casos la familia no está preparada para vivir esta nueva situación, hay conflictos ya que se exige un comportamiento adulto, pero a la vez se reprime este crecimiento. La joven mujer se enfrenta con un mundo que le exige en ciertos momentos seguir el rol tradicional femenino y la vez mostrar características genéricas masculinas, creando confusión y refugiándose en lo único que si puede controlar su cuerpo por medio de la ingesta de alimentos, que al mismo tiempo utiliza para controlar su entorno.

Se debe considerar que la forma como nos relacionamos con la comida, es como establecemos contacto con todo lo que nos rodea, es decir, así como comemos también trabajamos, de igual forma nos relacionamos sexualmente, etc. Una persona que suele dejar su comida a la mitad lo mismo hará con sus relaciones interpersonales o con sus metas trazadas, así una persona que come de forma compulsiva querrá dar todo el amor en tan solo un momento.

Estos trastornos son muy delicados y profundos, de igual forma son difíciles de detectar, ya que son trastornos promovidos y aceptados socialmente.

Aunque estén identificadas ciertas alteraciones bioquímicas a nivel cerebral que están relacionadas con estas patologías, los modelos socioculturales del mundo actual tienen gran responsabilidad en ellos.

La anorexia nerviosa, los trastornos inespecíficos, la bulimia nerviosa, la vigorexia y demás trastornos alimenticios son entidades íntimamente relacionadas, ya que provocan síntomas diversos de una sola obsesión por la aceptación social, el culto al cuerpo y el deseo de tener una imagen perfecta de acuerdo a los cánones de la moda.

De todos estos trastornos son la anorexia y la bulimia nerviosa los que se presentan con mayor frecuencia y sus secuelas dejan al organismo muy deteriorado y siempre con la amenaza de volver a presentarse y culminar con la muerte.

Como en toda patología lo mejor es la prevención. Aunque será difícil conseguirla si los medios de comunicación siguen fomentando valores sociales basados en la imagen corporal. Mientras tanto padres, educadores y entrenadores deportivos tienen la gran responsabilidad de educar desde la infancia, enseñar a defenderse de modelos, estereotipos, del culto excesivo al cuerpo y a la imagen y de la obsesión por la perfección.

Ninguno estamos exentos de ver tablas de peso ideal en libros y revistas, estos datos están basados en estadísticas donde se obtienen promedios de pesos. No hay que perder de vista que el peso ideal es aquel "con el cuál un individuo se encuentra a gusto, que le permite que desarrolle normalmente todas sus funciones biológicas", sin olvidar que todos somos distintos, que existen diferencias en cuanto a la masa muscular / masa magra, secreciones hormonales, inervación muscular, etc.

La imagen corporal en el desarrollo psico-sexual es muy importante , ya que forma parte de la identidad personal considerando las áreas: sexual, cultural, y social. Y principalmente de la identidad de género, estableciendo una compleja relación entre el cuerpo, la autoimagen, las prescripciones y los contextos sociales.

Debido a que la desigualdad social en cuanto a los roles genéricos propicia el surgimiento de trastornos alimenticios es importante crear medidas de acción para favorecer un cambio y lograr ajustes emocionales:

En el área educativa:

Crear programas que incluyan a los agentes socializadores importantes que son los responsables de transmitir las normas y expectativas respecto al género como son los padres de familia, los maestros, los entrenadores deportivos y los medios de comunicación, con la finalidad de proporcionar información respecto a los papeles y estereotipos ligados al género en su forma tradicional que inviten a la reflexión y propiciar un cambio hacia la igualdad y equidad de género.

Debe darse información directa a la población de niños y jóvenes como parte integral de los programas de estudio, materias que hablen de los papeles y estereotipos ligados al género, e ir eliminando actitudes machistas y sumisionistas.

En el área de la psicoterapia:

Utilizar algunas orientaciones psicoterapéuticas no sexistas para dar oportunidad de que ocurra un cambio en los roles tradicionales, tales como las terapias humanistas y existencialistas, en las que el terapeuta enfatice la necesidad de que la persona se haga responsable de su comportamiento y elija de acuerdo con sus valores y creencias.

Otra estrategia para propiciar el cambio de roles estereotipados y solucionar conflictos entre roles son el entrenamiento en habilidades conductuales, la orientación vocacional y profesional, las técnicas de reestructuración cognoscitiva, la asesoría en parejas, etc.

En el área de apoyo social:

Propiciar cambios en la adopción de roles genéricos más flexibles, para lo cuál se requiere modificar la ideología sexista dominante sobre la que se asienta la estructura de poder y la impugnación de leyes equivalentes, creando programas de apoyo tanto para hombres como para mujeres, involucrando a ambos sexos en el cuidado y atención de los hijos y el hogar, condiciones de trabajo igualitarias, etc.

En el proceso de re-evaluación se deberán considerar las ganancias secundarias que produce mantener roles más igualitarios; en el caso del hombre aceptar su vida emocional y en caso de la mujer mantener una posición firme con respecto al rol que desea establecer. Se deberá actuar con responsabilidad, adaptando su repertorio conductual a las demandas personales y situacionales. La motivación secundaria para el cambio debe de provenir del deseo de mejorar la calidad de vida de toda la humanidad y no sólo para los miembros de un género.

En relación a los momentos en que el peso corporal y la imagen corporal comienzan a ser objeto de una mayor atención e incluso preocupación excesiva se sugieren algunos puntos:

1) No seguir una dieta porque está de moda:

Las dietas que ofrecen bajar rápidamente de peso, no funcionan, hay que enseñar a reeducar los hábitos alimenticios. Las dietas rigurosas imponen

grandes privaciones de alimento lo que favorece la conducta de comer excesivamente para compensar la restricción y provocar el efecto rebote. Por otro lado una dieta demasiado rigurosa puede favorecer la anorexia nerviosa, sobre todo si se necesita perder peso.

2) Las dietas permanentes no son un método apropiado para mantener el peso durante toda la vida:

Establecer horarios regulares para comer, incluyendo alimentos saludables, ingiriendo abundante agua y realizando ejercicios apropiados a la edad, no se presentarán problemas de sobrepeso, al menos que se presente algún problema glandular o de otra índole. Las dietas que consisten en una sola comida al día inactivan la glándula tiroides con el tiempo y provoca que sea más difícil adelgazar o mantener el peso.

3) Antes de comenzar una dieta consulta al médico:

No se puede empezar una dieta "así como así" sin antes haber realizado un chequeo general. El examen cardiovascular es fundamental, sobre todo si se tiene decidido comenzar un programa de ejercicio.

4) Nunca hay que comer menos de lo que indica una dieta ni eliminar comidas:

El médico determina la cantidad de comida necesaria para el adecuado funcionamiento del organismo, considerando la calidad de lo que se come y la regularidad en los horarios. La irregularidad en los horarios en los hábitos alimentarios provoca irregularidades en el organismo, como menstruaciones irregulares, arritmias cardíacas, alteraciones del estado de ánimo, etc.

5) Asegurarse de que la alimentación diaria :

-Respete: cantidad, calidad, armonía y adecuación de la nutrición.

-Tome en cuenta la pirámide nutricional (noción sobre composición alimentaria).

6) Prevenir el estreñimiento:

Consumir cereales integrales, frutas, verduras frescas y tomar abundantes líquidos, si se toma en cuenta esto jamás se necesitarán laxantes que irritan al intestino y generan acostumbamiento. Moderar el consumo de té, café y refrescos.

7) No abusar del azúcar:

Consumir pocas cantidades de dulces, frituras y botanas.

8) No abusar de edulcorantes:

Ya que pueden causar algunos problemas de salud.

9) No consumir productos dietéticos en exceso:

Estos productos son artificiales, tratados con químicos que son tolerados por el organismo, pero no son lo óptimo.

10) Aprender a reconocer la sensación de hambre:

No hay que pasar por alto la sensación de hambre, ya que es una señal de supervivencia, ignorarla puede provocar dolor de estómago y con el tiempo una úlcera.

11) Aprender a reconocer la sensación de saciedad:

Tratar de identificar cuando se está satisfecho.

12) Evitar bebidas alcohólicas:

El exceso de alcohol y las drogas pueden conducir a descontroles alimentarios.

13) No medicarse con productos adelgazantes:

La mayoría de ellos son muy peligrosos, pueden provocar desde arritmias cardíacas hasta cuadros de deshidratación severos. Hay que asesorarse con un médico.

14) No obsesionarse con la balanza:

A lo largo del día el peso varía. Lo ideal es pesarse una vez a la semana. Cualquier aumento o disminución en el peso, es señal de que hay que reordenar los hábitos alimenticios.

En cuanto al ámbito familiar, es muy importante que los padres estén alertas debido a la complejidad de estos trastornos y que son muchas las causas que originan la pérdida de peso es primordial considerar la ausencia de enfermedades orgánicas que van desde la gripa hasta el SIDA.

Cuando ya sean descartado estos problemas y se tenga la certeza de que se trata de un trastorno alimentario es importante que los padres no se autocastiguen por considerar que es su culpa. Lo principal es actuar, lo que significa "buscar ayuda profesional idónea", como se trata de un problema multifactorial se deberá contar con el apoyo de un grupo de especialistas. En primer lugar para obtener información sobre el trastorno y para recibir orientación acerca de la forma de manejar este problema y no empeorarlo.

En cuanto a la situación de los trastornos alimentarios en otros países tenemos el caso de Argentina en donde las medidas para prevenir y disminuir esta problemática, han sido conducidas por el Consejo Nacional de la Mujer, a través de la presidencia y dirigidas:

1) A la población femenina: para que asuman una actitud crítica y de rechazo hacia toda acción que tienda a descalificar su propio cuerpo.

2) A los productores de productos para adelgazar: para que adviertan sobre los riesgos potenciales en la salud:

-Incluir las recomendaciones de las asociaciones científicas reconocidas, por medio de folletos y observaciones en los envases.

-Aconsejar la estricta prescripción médica en todas las dietas.

3) A los medios de comunicación: evitar la descripción de las características propias de los trastornos alimentarios, para no propagandizar lo que se quiere prevenir.

4) A los publicistas:

- Considerar la diversidad de los modelos femeninos en la publicidad (delgadas y llenitas).

-Promover una alimentación saludable, sin vincularla a los estereotipos de belleza física.

5) A los diseñadores y vendedores de ropa:

Considerar y valorizar la diversidad de cuerpos femeninos:

-Ampliar la oferta de vestimenta.

-Promover la fabricación de prendas con un rango amplio de tallas.

En Gran Bretaña por medio de la Asociación Médica y el Ministerio de Ciencia y Educación, señalan la necesidad de realizar investigaciones sobre la imagen femenina como modelo de éxito que aparece en los medios de comunicación, en especial la televisión, publicidad y revistas de moda, en donde se ofrezcan opciones de imágenes corporales y se enfatice la

obligación de los medios de informar a los niños y jóvenes para resistir los mensajes de perfección corporal y crear conciencia, además de convencer a las personas de buscar ayuda y consejo, así como datos de las instituciones donde puedan acudir en caso necesario.

La situación en nuestro país es grave, y los estudios al respecto son recientes, los grupos considerados han sido preadolescentes, adolescentes y adultos, tomando en cuenta factores como el uso de drogas y alcohol, antecedentes familiares con estos trastornos, uso de dietas restrictivas, obesidad, imagen corporal, no hay que olvidar que esta problemática se está extendiendo a un mayor rango de edad, ya que los niños comienzan a presentar preocupación por su figura por su peso, por lo que se tienen que implementar medidas preventivas y de detección oportuna teniendo personal capacitado en estos trastornos e informar a la población en general, solicitando el apoyo del sector salud tanto público como privado, del sector educativo y de los medios de comunicación incluyendo los publicitarios para concientizar de la gravedad del problema y que no sólo es cuestión de moda o de vanidad, es un problema grave de salud que si se siguen las medidas apropiadas se puede conseguir un estado de salud ideal y no una figura corporal ideal, pero enferma o en peligro de perder la vida.

Las limitaciones encontradas fueron que a pesar de ser un problema grave de salud se cuenta con poca información acerca de la situación mundial, puede deberse a que no se ha abordado con la suficiente seriedad y se considera en algunos casos como algo normal dentro de la moda imperante, tener una figura delgada y muy delgada es sinónimo de salud y una figura obesa es sinónimo de enfermedad.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Aberasturi, A. y Knobel, M. (1992). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México: Paidós.

Abril, M. y Miranda, M. (1978). La liberación posible. (pp.288). Madrid: Akal.

Alonso, J. (s.f.). La adicción al gimnasio: vigorexia o complejo de adonis. Recuperado 24/05/2005.

[http://www.mifarmacia.es/contenido/articulos/articulo\\_ef\\_vigorexia.htm](http://www.mifarmacia.es/contenido/articulos/articulo_ef_vigorexia.htm)

Alvarez, G. y Meni, B. (s.f.) Bulimia y Anorexia. Recuperado 17/01/05.

<http://www.monografias.com/trabajos/buliano/buliano.shtm>

Anónimo (s.f.1). "El peso justo" (¿ cuánto deberías pesar ?). Recuperado 17/01/2005. <http://www.bulimarexia.com.ar/pesojusto.html>.

Anónimo (s.f.2). Manteniendo el peso bajo control. Recuperado 17/01/2005.

<http://www>.

Anónimo (s.f. 3). Trastornos alimentarios. Recuperado 25/04/2005.

<http://www.hablaescucha.org/statistics.html>

Anónimo (s.f. 4). Ultimas novedades en investigación. Ortorexia. Recuperado

09/05/2005. <http://www.obesos.org/ortorexia.html>

Anónimo (s.f. 5). Ortorexia: cuando comer bien se convierte en obsesión. Recuperado 09/05/2005. <http://www.alimentacion-sana.com.ar/informaciones/novedades/ortorexia.htm>

Anónimo (s.f. 6). Obesidad y comer compulsivamente. Recuperado 24/05/2005. [http://www.eatingdisorders.com.mx/comedores\\_compulsivos.htm](http://www.eatingdisorders.com.mx/comedores_compulsivos.htm)

Anónimo (2003.7). Vigorexia. Recuperado 24/05/2005. <http://www.ondasalud.com/educacion/noticia/0,2458,4941,00.html>

Anónimo (s.f. 8). Ortorexia: extremos negativos. Recuperado 09/05/2005. [http://www.paraqueestebien.com.mx/notas/tips\\_85.htm](http://www.paraqueestebien.com.mx/notas/tips_85.htm)

Anónimo (s.f. 9). Trastornos alimentarios en los niños. Recuperado 17/01/2005. <http://bulimarexia.com.ar/niños.html>

Artous, A. (1979). Los orígenes de la opresión de la mujer. (pp.143). Barcelona: Fontamara.

Asociación Española para el síndrome de Prader Willi (2004). Síndrome de Prader Willi. Recuperado 24/05/2005. <http://www.prader-willi-esp.com>

Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson Editores.

Bale, J., Guillén, F. Y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo

y la edad. Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2 (3), 439-450.

Ballesteros, U. (1984). Concepto actual de adolescencia. México: Porrúa.

Beauvoir, S.(1970) . El segundo sexo. Buenos aires: siglo veinte.

Behar, R. (1991). Psicopatología y creatividad. "Santa Rosa de Lima: un análisis psicosocial de la anorexia nerviosa". Revista de Psiquiatría, 8, 707-711, Chile.

Behar, R. (1992). Roles genéricos y anorexia nerviosa. Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina, 38 (2), 119-122.

Behar, R., Botero, J., Corsi, P., Muñoz, P. y Rosales, R. (1995). Insatisfacción corporal en los trastornos del hábito del comer. Revista de Psiquiatría, 12 (3-4), 200-2004.

Berk, L.(1999). Desarrollo del niño y del adolescente. (4ª.ed.). México: Prentice Hall.

Borgognon, N.(1998). Bulimia y Anorexia. Recuperado 18/02/2005.  
[www.monografias.com](http://www.monografias.com)

Caballero, A. (1998). Anorexia y bulimia nervosas en niños y adolescentes: una revisión de los últimos 10 años. Información Clínica. Instituto Mexicano de Psiquiatría. vol. 9(7),39-40.

Caballero, A. (2000). Introducción al curso "evaluación y manejo de los trastornos alimentarios". Instituto Nacional de Psiquiatría. Ramón de la Fuente. México.

Castillo, M. (2000). Vigorexia: mentes enfermas en cuerpos sanos. Recuperado 24/05/2005. <http://www.diariomedico.com/entorno/ent281100com.html>

Conger, J. (1980). Adolescencia: generación presionada. México: Dimsa.

Chinchilla, A.(2003). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones. Barcelona: Masson.

De la Torre, D., Chonata, J., Chávez, M., Chalan, A. y Chamorro, M. (s.f.). Revisión del síndrome de Prader Willi. Recuperado 24/05/2005. <http://www.monografias.com/trabajos16/sindrome-prader-willi/sindrome-praderwilli.shtml>

Educación Médica Continua.(2003). Bulimia. Recuperado 18/01/2005.<http://tusalud.com.mx/120215.htm>

Einsenstein, Z. ( 1980). Patriarcado capitalista y feminismo socialista. México: siglo XXI.

Engels, F. Y Marx, C. (1978). Obras escogidas. Tomo III. Urss: Progreso.

García, E. (2002). Avances en trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. Barcelona: Masson.

García, M. (2003). La vigorexia. Recuperado 24/05/2005.  
[http://www.trainermed.com/z9/a\\_vigorexia.htm](http://www.trainermed.com/z9/a_vigorexia.htm)

González, J. (2001). Psicopatología de la adolescencia. México: Manual moderno.

González, L., Unikel, C., Cruz, C. Y Caballero, A. (2003). Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria. Salud Mental, vol. 26(3):1-8.

Gorjón, S. (2001). Aspectos psicodinámicos y sistémicos de los trastornos de la alimentación. Psiquiatría, 17(3), 89-93.

Guha, A. (1977). Moral sexual y represión social. Barcelona: Grania.

Herrera, P. (s.f.). Estrategias contra la anorexia y bulimia. Analizan en Psicología de la UNAM.

Recuperado:10/03/2005.<http://www.edomexico.gob.mx/cemapemParamos/paramo3/htm/p3%20anorexia.htm>

Lamas, M. (2000). El género. La construcción cultural de la diferencia sexual. México: Miguel Angel Porrúa.

Lévi-Strausse, C. (1969) The elementary structures of kinship. Traducción de Bell, J.H, Von Sturmer, J:R y Needman, R. Boston: Beacom Press.

Manilla, C. (2004). Hoy como...mañana me castigo. Recuperado 09/05/2005.  
<http://www.mundogestalt.com.cgi-bin/index.cgi?action=view&id=170>

Mc Phail, E. (2002). La imagen corporal. Recuperado 10/06/2005.  
<http://www.etcetera.com.mx/pag32ne16.asp>.

Mendoza, P. y Posada, E. (2001,a.). Otros trastornos de la alimentación.  
 Recuperado 24/05/2005. <http://univalle.edu.co/piab/ottrost.html>

Mendoza, P. y Posada, E. (2001,b). Prevalencia y población afectada de anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación. Recuperado 25/04/2005.  
<http://aupec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.html>.

Mitchell, J. (1975). La liberación de la mujer: la larga lucha. Barcelona:  
 Cuadernos anagrama.

Mitchell, J. (1985). La condición de la mujer. México: extemporáneos, colección  
 "a pleno sol".

Morea, L. (1997). Bulimia y anorexia. Recuperado 17/01/2005.  
<http://www.monografias.com/trabajos/buliano/buliano.shtml/>

Mussen, V., Paul, H., Conger, J. y kagan, J. (1980). Desarrollo de la personalidad del niño. México:Trillas.

Norwood, R. (1985). Las mujeres que aman demasiado. México: Vergara.

Nutrar (s.f.). Atracones y síndrome del comedor nocturno, en el congreso de la Fesnad. Recuperado 24/05/2005. <http://www.nutrar.com/detalle.asp?ID=6854>

Oakley, A. (1977). La mujer discriminada, tribuna feminista. Madrid: debate.

Ortiz, G. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nervosa y bulimia nervosa. Tesina de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México: México.

Ortiz, M. (2003). Un instrumento para la medición de la conducta alimentaria compulsiva. Tesis de maestría inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Ortner, Sherry B. y Harriet Whitehead (eds). (1981). Sexual meanings: the cultural construction of gender and sexuality. Cambridge: University Press.

Papalia, D. E. (1975). Psicología del desarrollo "de la infancia a la adolescencia". Bogotá; México: Mc. Graw-Hill.

Pastor, R. y Bonilla, A. (2000). Identidades y cuerpo: el efecto de las normas genéricas. Papeles del psicólogo, 75, 34-39.

Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. (1994). Salud y derechos sexuales y reproductivos. El Cairo.

Raich, E. R. (1994). Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide.

Reed, E. (1984). Sexo contra sexo o clase contra clase. México, Bogotá: Fontamara.

Rowbotham, S. (1977). Mundo de hombre conciencia de mujer. Madrid: Debate .

Rosaldo, M. y Lamphere, L. (Eds.). (1974). Woman, culture and society . Stanford : university press, pp. 17-42.

Rossetti, M.(s.f). Anorexia y Bulimia .Sobreponerse a tiempo. Recuperado 17/01/05. <http://bulimarexia.com.ar/>

Rubin, G. (1984). "Thinking sex notes for a radical theory of the politics of sexuality", en pleasure and danger, Carole S. Vance (ed.), Routledge & Kegan Paul.

Ruíz , P. y Posada, E. (2001). Pica: un enigma por resolver. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, 14(3).

Salud. (2005).Bulimia. ¿sinónimo de perfección?. Recuperado 18/01/2005. <http://www.saludymedicinas.com.mx/articulo2.asp?id=229&bann=saludaz&posicion=>

Sanitas. (2004).Bulimia. Recuperado 18/01/2005. <http://www.tuotromedico.com/temas/bulimia.htm>

Saucedo ,T. (2003). Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres. Tesis de doctorado inédita. Universidad autónoma de México: México.

Scott, Joan W. (1990). "El género: una categoría útil para el análisis histórico", en historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea. James Amelany y Mary Nash (eds), Ediciones Alfons el magnanim.

Stoller, R. (1968). Sex and gender: on the developmnt of masculinity and femininity. Nueva York: Science House.

Stuart, J y Taylor H. (s.f.). La igualdad de los sexos. Madrid: Guadarrama.

Tafur, M. (2000). El comedor nocturno. Recuperado 24/05/2005.  
<http://www.diet22.comar/comedor%20nocturno.htm>

Tecnológico de Monterrey.(2004). Bulimia. Recuperado 18/01/2005  
<http://dae.gym.itesm.mx/prevención/trastornos/bulimia.html>

Tecnológico de Monterrey (s.f.). Comedores compulsivos. Recuperado 24/05/2005.  
[http://dae.gym.itesm.mx/prevencion/trstornos/comedores\\_compulsivos.html](http://dae.gym.itesm.mx/prevencion/trstornos/comedores_compulsivos.html)

Tinat, K. (2004). Antropología y trastornos alimentarios. La problemática anoréxica: entre lo masculino y lo femenino. Boletín Oficial de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. 1 (7), 1-3.

Unikel, C., Saucedo, T., Villatoro y Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. Salud mental, 25 (2): 49-57.

Urrejola, P. (s.f.). Anorexia Nerviosa. Recuperado 25/04/2005.  
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS7Curso/Lecciones/leccion09/M3L9Leccion.html>

Valencia, R. (2003). Una hipótesis de género: "el muro de cristal" en la carrera laboral. Información clínica. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Núñez, 14 (2), 10-11.

Verduzco, W. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nervosa. Boletín Oficial de la asociación Psiquiátrica Mexicana. 2 (10), 6.

Web decana (2003). La anorexia nerviosa. Recuperado 17/01/2005.  
<http://webs.ono.com/urs021/anorexia/anorexia.html>

Zamora, M. (2005). Expertos en nutrición avisan de nuevos trastornos alimentarios en sus consultas, como el síndrome del "atracción" y el del "comedor nocturno" . Recuperado 24/05/2005. [www.nutrigui.com](http://www.nutrigui.com)