



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

ETIOPATOGENIA DE LA ANOREXIA
NERVIOSA EN MUJERES Y HOMBRES.

Tesina

Que para obtener el título de
Licenciado en Psicología

Presenta

Ruth Paola Ramírez Ballesteros

Asesor

Lic. Adriana Guadalupe Reyes Luna

Dictaminadores

Lic. Adriana Garrido Garduño
Mtra. Verónica Elsa López Alonso

Tlalnepantla, Edo. de México.
Los Reyes Iztacala, septiembre del 2008





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

La elaboración y término de este trabajo, es en agradecimiento a toda la gente que cree en mí y que me ha brindado su apoyo incondicional en diversos momentos de mi vida. En especial consideración, dedico este esfuerzo y mi carrera profesional a la memoria de Jaime a quien agradezco su amor, comprensión, los momentos de alegría y todo lo que aún sigue brindando a mi vida. También agradezco en gran medida a mis padres, a ti papá, por todo el apoyo y amor que me has brindado, por estar ahí en los buenos y malos momentos, por tu comprensión, por los principios y valores que me inculcaste y por motivarme en superarme día a día. A ti mamá por tu cariño, comprensión, apoyo y tolerancia, por ser una ejemplar mujer y por la calma y paz que me brindas en momentos difíciles. A ambos por ser excelentes padres, además de su insistencia constante y paciencia para que yo terminara este ciclo de mi vida.

Agradezco a mi hermano Jonathan por su cariño, por su muestra de superación y logros, por su lucha constante en su papel de padre y por brindarme una alegría más a mi vida: Santiago, a quien también le agradezco ser una de mis motivaciones constantes en la vida.

A mis asesores, agradezco el apoyo e interés otorgado, su tiempo y disposición constante, así como la motivación que me brindaron para la realización de este proyecto, compartiendo con ellos el logro y término del mismo.

A Max e Ivette, por brindarme su amistad y amor sinceros, por sus enseñanzas, por su paciencia y tiempo, por compartirme sus conocimientos, por su confianza y apoyo que en todo momento me brindan, por ser uno de los pilares de mi vida en tiempos difíciles y por permitirme compartir con ustedes mis dichas y logros.

A todas mis amigas: Isis, Violeta, Ana, Karlita, Ara, Ale, Lore, gracias principalmente por brindarme su amistad, por estar en momentos difíciles, por compartir conmigo sus vidas y por permitirme compartir con ustedes la mía, gracias por los jalones de oreja, por ser confidentes, por mostrarme mis errores y por las alegrías compartidas y otorgadas.

A mis familiares, tía Guille, Irma, Martha y Fer, gracias por su apoyo, por estar conmigo en tiempos difíciles, por motivar nuestra unión familiar, por su esfuerzo constante y amor que brindan a sus familias.

A las personas que ya no continuaron compartiendo sus vidas conmigo, por las enseñanzas y alegrías brindadas y por fortalecerme para afrontar momentos difíciles, siendo un motivo más para finalizar este ciclo.

Por último, pero sin restar importancia, quiero agradecer a las personas que en estos momentos me permiten ser parte de sus vidas, por que con ello me brindan alegrías, fortalezas y me otorgan un motivo más para superarme día a día, permitiéndome compartirles mis logros; gracias muchachito, por ser como eres.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. ¿QUÉ ES LA ANOREXIA?	4
1.1 Epidemiología	9
1.2 Criterios Diagnósticos Para la Anorexia	12
1.3 Clasificación de los Tipos de Anorexia	16
1.4 Modelos Explicativos de la Anorexia	19
CAPÍTULO 2. ANOREXIA EN LA MUJER	25
2.1 Historia de la Anorexia en la Mujer	26
2.2 Etiopatogenia de la Anorexia en la Mujer	33
2.2.1 Factores Individuales	35
2.2.2.1 Factores Biológicos	35
2.2.2.2 Factores Psicológicos	36
2.2.2 Factores Familiares	47
2.2.3 Factores Socioculturales y Feminidad	56
CAPÍTULO 3. ANOREXIA EN EL HOMBRE	65
3.1 Historia de la Anorexia en el Hombre	69
3.2 Etiopatogenia de la Anorexia en el Hombre	75
3.2.1 Factores Individuales	75
3.2.2.1 Factores Biológicos	76
3.2.2.2 Factores Psicológicos	79
3.2.2 Factores Familiares	85
3.2.3 Factores Socioculturales y Masculinidad	88
DISCUSIÓN	93
CONCLUSIONES	98
REFERENCIAS	104
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La alimentación desde el origen del hombre ha sido parte importante en su desarrollo y vida, a lo largo de las diferentes épocas se han presentado diferentes patrones de alimentación que están muy ligados a las condiciones que envuelven el desarrollo humano. Dejando de lado en ocasiones, el aspecto nutrimental de lo que comemos y llevando la alimentación a esferas de orden psicológico y sociocultural.

Asimismo, se aprecian distintos patrones de alimentación a través del tiempo, entre ellos, el ayuno o régimen alimenticio, que en un principio tenía como objetivo la purificación del alma, después la finalidad era obtener fama y beneficios; y posteriormente debido a la alta prevalencia se comenzó a ver la problemática desde un enfoque médico y psicológico, el cuál permitió analizarlo e identificarlo, en lo que actualmente se conoce como Trastorno de la Conducta Alimentaria.

La Anorexia Nerviosa es un tipo de trastorno alimentario; en su génesis y mantenimiento juegan un papel importante la interacción de diversos factores: genéticos, psicológicos, cognitivos, socioculturales, familiares, etcétera. Sin embargo, el estudio histórico de este trastorno, ha permitido hallar que los factores que influyen para el desarrollo del trastorno, dependen del contexto histórico-cultural, existiendo en la actualidad diversos modelos teóricos que dan explicación del origen del trastorno.

Los síntomas más evidentes en el trastorno anoréxico son: la pérdida de peso, debida a un estricto ayuno, miedo a engordar; obsesión por adelgazar; ejercicio excesivo y negación o minimización de la importancia del problema; en mujeres, la amenorrea (ausencia total de la menstruación) y en el varón, una pérdida de la potencia sexual. Además pueden presentar conductas compensatorias como, producirse vómito y hacer uso de laxantes y diuréticos. No obstante, el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa se basa en los criterios establecidos en el DSM-IV y en el CIE-10.

Actualmente existe un incremento en la prevalencia del trastorno anoréxico, en especial en la población femenina, aunque también se observa un aumento, pero en menor proporción, en la población masculina, considerándolo ya como un grave problema de salud pública. Aunque es difícil precisar los datos epidemiológicos reales, debido a que en la mayoría de

los casos, no son diagnosticados ya que las/los pacientes difícilmente piden apoyo familiar o médico.

En México, de acuerdo a cifras de la Secretaría de Salud en los últimos 10 años, se han contabilizado más de un millón de casos de Anorexia y la cifra va en aumento. De este total el 3% fallecen por desnutrición, el 57% nunca se cura y se convierte un padecimiento crónico; asimismo de acuerdo con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, la Anorexia es más frecuente en la población femenina, ya que nueve de cada diez casos corresponde a mujeres de entre 12 y 25 años de edad.

En cuanto a los varones, el trastorno de la Anorexia Nerviosa ha sido poco explorado, a pesar de su existencia, la cual ha sido puesta en duda por diversos autores, considerándolo, como un trastorno de la personalidad, depresión o algún otro tipo de trastorno psicótico, entre cuyos síntomas aparecen de manera sobresaliente alteraciones en la conducta alimentaria. Sin embargo, la Anorexia en varones es una realidad, que ayuda a romper con el estereotipo del trastorno exclusivo en mujeres, facilitando además su estudio y entendimiento.

Ahora bien, con base en el modelo multifactorial, esta investigación exploró los factores individuales (biológicos y psicológicos), los factores familiares y los factores socioculturales, que influyen en el origen, desarrollo y mantenimiento del trastorno anoréxico. Por lo que se analizó e identificó cuáles son los factores que influyen en el surgimiento y establecimiento de la Anorexia Nerviosa en el hombre y en la mujer.

Y debido a que se ha investigado relativamente poco en torno a la población masculina, a pesar del incremento en el número de casos, no se ha realizado un claro análisis respecto a la manera en que influyen en ellos, los factores explorados en la población femenina, existiendo quizá la presencia de otros factores. Por lo tanto es importante comenzar a realizar investigaciones que contribuyan en esta área, debido a que la falta prevención de algunos de los factores desencadenantes o el no identificar a tiempo este tipo de trastornos, tiene graves consecuencias.

Por lo anterior, el objetivo de esta investigación fue identificar, comparar y analizar, los factores que influyen en el surgimiento y mantenimiento de la Anorexia en el hombre, y en la mujer. Partiendo de este objetivo se plantearon los siguientes objetivos particulares: 1)

Identificar y analizar si los criterios de diagnóstico ya establecidos, son idóneos para identificar con igual validez la Anorexia en el hombre como en la mujer y 2) Comparar y analizar de qué forma actúan en hombres y en mujeres los factores individuales, familiares y socioculturales para el desarrollo de la Anorexia Nerviosa.

CAPÍTULO 1.

¿QUÉ ES LA ANOREXIA?

Para poder describir la Anorexia como trastorno alimentario, es necesario realizar una breve descripción del proceso de la alimentación, la cual de acuerdo con Turón (1997) y Gomez (2003) influye a tres niveles: biológico, como respuesta regulada por el Sistema Nervioso Central (SNC); psicológico, interviniendo desde la lactancia sentimientos de seguridad, bienestar y afecto, manteniéndose tal relación afectiva a lo largo de la vida, por lo que no es extraño observar que estados afectivos como la depresión, ansiedad y alegría influyan en el proceso de la alimentación y por último considerando sus implicaciones socioculturales ya que comúnmente es una actividad que se realiza en grupo, adquiriendo hábitos vinculados a las condiciones culturales y reflejando a la vez, los diferentes grupos sociales de acuerdo a las características de los alimentos.

Aunado a lo anterior Tinahones (2003), considera que la alimentación es una de las mayores fuentes de simbología humana, reflejando un conflicto entre el comer y no comer a lo largo del tiempo; un ejemplo de ello es expuesto en el libro del Génesis bíblico, donde se observa que el acto de comer la manzana (el fruto prohibido), posee una cualidad simbólica. Asimismo, Turón (1997) señala que el valor simbólico de la comida, surge cuando el hombre consigue desarrollar métodos para solucionar la necesidad inmediata de adquisición de la comida, lo cual simboliza: el poder del hombre; un valor monetario dentro de los sistemas económicos primitivos; la representación de alguna divinidad, etc.

Además, de acuerdo a las condiciones del desarrollo humano, existen diferentes patrones de alimentación (Álvarez, Mancilla, Martínez y López, 1998). Turón (1997) señala que en la historia de la cultura occidental, existen datos recogidos tanto de forma escrita como pictórica, en donde se observan conductas alimentarias desordenadas, como los banquetes de carácter sagrado, donde se comía y bebía con exageración, provocándose el vómito para reiniciar la comilona. Con relación a esto último Tinahones (2003), señala que el papel nutricional se perdía, adquiriendo un simbolismo del tener, recurriendo al vómito para poder reiniciar. Situación similar a lo que sucede en la actualidad, restando importancia al aspecto nutrimental y valorando en mayor medida aspectos psicosociales relacionados con la alimentación (Álvarez et al. 1998).

Dada la importancia de la alimentación, en la actualidad, el fenómeno de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) se han convertido en objeto de estudio de diversas materias, Gorab e Iñárritu (2005) describen los TCA como enfermedades mentales debido a características tales como el miedo a engordar, alteración en la percepción corporal y peso, además de pensamientos obsesivos con la comida y peso; los cuales desatan conductas que ocasionan graves problemas de salud y en algunos casos la muerte. Existen tres tipos de TCA: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y los Trastornos Alimentarios no Específicos (TANE). En esta investigación teórica solo se hará referencia al trastorno anoréxico, atendiendo los objetivos planteados en un comienzo.

En un sentido etimológico, Anorexia quiere decir “falta de apetito”, aunque las anoréxicas si sienten hambre, lo que ocurre es que dejan de comer por el impulso de querer adelgazar, independientemente de su peso real (Gomez, 2003). El rechazo a la comida, señala Strada (2002) es debido al terror que sienten de engordar. De igual manera, Saldaña (1994) menciona que aunque el término Anorexia es reciente, el trastorno ha sido considerado en la literatura desde hace más de tres siglos como un trastorno complejo, ya que en su génesis y mantenimiento se involucran diversos factores: genéticos, psicológicos, cognitivos y socioculturales.

Así, Gomez (2003) advierte que el proceso de la AN, es la reducción primero y la supresión luego de la ración alimenticia, con el respectivo enflaquecimiento y las complicaciones en la salud, debido a la desnutrición, entre las que destacan la afectación en la piel, pelo y uñas y frecuentes infecciones debidas al debilitamiento del sistema inmunitario; intensificándose cada vez más el miedo a la gordura u obesidad. Además de recurrir a cualquier medio para controlar el peso: inhibidores de apetito, laxantes, diuréticos, ejercicio excesivo (Abraham y Llewellyn-Jones, 2005; Saldaña 1994; Strada, 2002; Turón, 1997). Estas estrategias ocasionan en el caso de la mujer, un cese del periodo menstrual (amenorrea), y en el varón, una pérdida de la libido y de la potencia sexual (Gomez, 2003; Saldaña, 1994). Caracterizándose además por una alteración del esquema corporal, sobreestimando el tamaño de todo su cuerpo o partes del mismo, siendo muy sensibles a pequeñas oscilaciones de peso y negando la existencia de su enfermedad (Saldaña, 1994; Strada, 2002).

Gomez (2003) señala que los TCA se consideran, una de las patologías más representativas de nuestros tiempos y aunque comúnmente se cree un mal social que surge a finales del siglo XIX, debido a la fobia frente a la gordura que caracteriza nuestra sociedad, la realidad es que, ya en los últimos siglos del imperio Romano, cuando sólo resultaban deseables las mujeres con una complexión un poco más gruesa, la Anorexia empezaba a hacer estragos entre la población femenina, presentando características muy similares a las que suele mostrar en la actualidad.

En 1689, el médico Richard Morton, en su libro subtulado *A Treatise of Consumptions*, describe con criterios estrictamente médicos un cuadro clínico, que hoy se podría considerar bastante claro de AN al presentar los principales síntomas del mismo (Tinahones 2003; Turón 1997). En tal libro se describe el caso de miss Duke de la siguiente forma:

“...después de muchos cuidados y sufrimientos espirituales, de una supresión de la menstruación y sin signos de clorosis, decayó el apetito y la digestión. La musculatura se debilitó y el semblante comenzó a palidecer, síntomas habituales en la consunción del cuerpo. Este decaimiento pareció acelerarse bastante... se expuso día y noche a la inclemencia del aire, que era extraordinariamente frío, sin faltar tampoco una ostensible alteración del sistema nervioso” (Turón 1997, p.6).

Morton observa que a los dos años de iniciarse el trastorno, la enferma presenta un grado de caquexia importante, actividad física e intelectual intensa, negación de la enfermedad; además de no poder justificar el cuadro con otras enfermedades físicas. Miss Duke, abandona el tratamiento y muere a los tres meses (Turón, 1997).

Esta es posiblemente la primera descripción de la AN: Anorexia, pérdida de peso, amenorrea, estreñimiento e hiperactividad. Pero no se limita a una descripción clínica sino que, por primera vez, será inexplicable la causa física que la determine, atribuyéndola más a la tristeza y las preocupaciones de la paciente, denominándola “consunción nerviosa” (Turón, 1997).

En los casi 200 años posteriores se hacen frecuentes las referencias a cuadros con posibles características anoréxicas, con diversas denominaciones y ubicaciones nosológicas; así, en

1764 Whytt profesor de medicina en Edimburgo, describe un cuadro similar al que denomina atrofia nerviosa. Más tarde, en 1860 Marcé, médico de la Universidad de París, describió una forma de delirio hipocondríaco (Tinahones 2003; Turón 1997).

Turón (1997) y Rojo y Cava (2003), señalan que casi simultáneamente, en 1873, William Gull en Londres y el médico Charles Lassègue en 1879, en París, hacen descripciones completas de cuadros anoréxicos. Los dos autores consideran la existencia de una enfermedad asociada a la extrema delgadez y a la amenorrea, considerando la histeria como la causa del trastorno y denominándola: “Anorexia histérica” (Lassègue) y “apepsia histérica” (Gull).

Gull fue un experto clínico capaz de asegurar la inexistencia de enfermedad orgánica que justificase la clínica anoréxica; primero rechazó el término apepsia y más tarde también rechazó el término de histeria, ya que las pacientes no presentaban la histeria típica, pero reconoció el papel de los diferentes factores psicológicos que pudieran intervenir en el desencadenamiento de la enfermedad (Turón, 1997). Pero además, Abraham y Llewellyn-Jones (2005) en la cita que realizan de Gull mencionan que el término histérico, fue cambiado no sólo porque las pacientes no presentaran el cuadro típico de histeria, sino porque este tipo de trastorno también se presentaba en los hombres:

“La falta de apetito es, según creo, debida a un estado mental morboso. No he observado en estos casos ningún trastorno gástrico al que se pudiera achacar la falta de apetito. Creo, por lo tanto, que su origen es central y no periférico. El hecho de que estados mentales puedan anular el apetito es notorio, y se admite que las jóvenes de dichas edades son especialmente vulnerables a la perversidad mental. Podríamos llamarlo estado histérico sin comprometernos con el valor etimológico de la palabra, ni afirmar que las víctimas tengan los síntomas comunes de la histeria. Sin embargo, prefiero el término más general de nerviosa, dado que la enfermedad ocurre tanto en hombres como en mujeres, y es probablemente central más que periférica. La importancia de discriminar tales casos en la práctica es evidente; si no, la prognosis sería errónea y el tratamiento estaría mal dirigido” (Abraham y Llewellyn-Jones 2005, p.24-25).

Si se analizan los escritos de Lassègue y Gull (citado en Rojo y Cava, 2003) hasta alrededor de 1940, no se observa, que los pacientes anoréxicos sientan preocupación por el exceso de peso siendo aproximadamente hasta los años cincuenta cuando la aspiración a tener un cuerpo delgado llegó a ser ostensible en la sociedad.

Sin embargo para Turón (1997), el cuadro descrito por Lassègue y Gull es muy parecido al que se observa en la actualidad, la enfermedad se manifiesta de forma similar, pero a lo largo del último siglo, la interpretación etiopatogénica ha sido diferente, surgiendo entonces diversas hipótesis endocrinológicas para explicar el origen de la Anorexia, incluso en la actualidad muchas anoréxicas antes de acudir con el psiquiatra o psicólogo acuden con el endocrinólogo.

Ya en los ochentas hacen sus aportaciones al entendimiento y tratamiento de la enfermedad psiquiatras tales como Charcot, quien preconizó el aislamiento con fines terapéuticos y Gilles de la Tourette quien trató de diferenciar las patologías, planteando que no se trataría de una pérdida del apetito sino de un rechazo hacia el alimento, como fruto de una alteración de la propia percepción de su cuerpo (Tinahones, 2003).

Con lo anterior surgen las hipótesis psicológicas, protagonizadas por el movimiento psicoanalítico. Entre 1901-1914 Freud señala que el trastorno se debía a una forma de neurosis relacionada con la pérdida de la libido, manifestándose a través de la histeria. Las diferentes escuelas dinámicas y los distintos autores, consideran la hipótesis sobre las causas de la Anorexia de forma muy diferente: mientras para unos se debía al papel del sadismo oral con inhibición del apetito; para otros, la causa está en el trauma del destete y rechazo de la sexualidad y para otros más la génesis del trastorno se originaba por el rol de la madre (Guillemont y Laxenaire, 1994).

Ya en el siglo XX Mara Selvini Pallazolli, representante del paradigma sistémico y creadora de la Escuela de Milán, se ocupó de esta patología, desde sus primeros encuentros casuales con mujeres anoréxicas al final de la Segunda Guerra Mundial y propuso teorías acerca de los juegos familiares que estaban involucrados en la patología psíquica (Tinahones, 2003).

A partir de 1960, existe una popularización del fenómeno, dejando de ser algo anecdótico para ser considerada una enfermedad común, por lo que se vuelve una prioridad en los

sistemas públicos sanitarios de diversos países occidentales; multiplicándose los estudios, publicaciones, investigaciones, etc. que tratan de precisar los orígenes, pronóstico, epidemiología, tratamientos más adecuados, etc (Tinahones, 2003).

Desde los años sesenta se han multiplicado los trabajos sobre la Anorexia, lo que demuestra un notable interés de los investigadores sobre el tema; las líneas terapéuticas se han diversificado, y en la actualidad se tiene una visión más multidimensional del problema, considerando que en la génesis del trastorno deben influir una serie de factores concatenados, psicológicos, biológicos y sociales, que en un momento determinado desencadenan el trastorno; estableciéndose por lo tanto diferentes hipótesis que tratan de dar una explicación médica y científica de su conducta autodestructiva (Turón, 1997 y Tinahones, 2003).

1.1 Epidemiología de la Anorexia Nerviosa.

Con respecto a los índices epidemiológicos de la AN, es difícil precisar datos reales debido a que en la mayoría de los casos las pacientes difícilmente revelan o comunican sus síntomas a los médicos o familiares (Chinchilla, 2003). No obstante, García-Camba (2002) y Turón (1997), señalan que la AN afecta mayoritariamente a mujeres prepúberes o adolescentes, pero también aunque en menor medida a mujeres adultas y a varones jóvenes. Existe unanimidad en diversas investigaciones al considerar que el 90-95% (Chinchilla, 2003; García-Camba, 2002; Turón, 1997) del total de casos con AN, corresponde a mujeres, mientras que el 3-10% de los casos corresponde a varones; mostrando estos últimos, un considerable aumento en la actualidad (Gomez, 2003); por lo que algunos autores señalan que actualmente, entre un 8% y 10% del total de casos corresponden a varones (García-Camba, 2002; Mancilla y Gómez, 2006). Asimismo, Tinahones (2003) señala que los casos en varones no son raros, ayudan a romper con el estereotipo de que se trata de un trastorno exclusivo de mujeres y facilita la comprensión de la naturaleza y desarrollo de estos problemas.

Igualmente Gomez (2003) menciona que en países industrializados, una de cada 10 mujeres adolescentes corre el riesgo de padecer un TCA. A principios del siglo XXI Estados Unidos muestra ser el país que más casos de Anorexia presenta en todo el mundo, en él 150,000

mujeres mueren anualmente víctimas de la AN, Inglaterra, parte de Europa occidental y Japón le siguen en prevalencia. También en países soviéticos, se observa una creciente incidencia debido al proceso de “occidentalización”, existiendo a la vez ocultamiento de casos por parte de las autoridades sanitarias comunistas.

En México, de acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Bulimia y Anorexia afectan a más de 2 millones de mexicanos y se registran unos 20 mil casos anuales. La Anorexia restrictiva, afecta en 90 por ciento de los casos a las mujeres, a partir de los 17 años de edad y generalmente la mitad de ellas desarrollan también Bulimia (Velazco, 2008).

Chinchilla (2003), considera que el incremento en el número de casos de AN, se deba a factores como:

1. Una mejoría en los criterios de diagnóstico
2. Incremento en el uso de dietas entre los adolescentes
3. Precipitación en el desarrollo, y autoconciencia durante la pubertad
4. Necesidades y distinguos sociales
5. Distintos problemas psicológicos emocionales en comparación con generaciones pasadas
6. Falta de rigor en los criterios de diagnóstico al considerar como enfermas de AN a personas que no lo son, etc.

Asimismo en la población juvenil del mundo occidental, la homogenización de factores, como la formación escolar e intereses culturales en los que destacan: deseos de perder peso, mantener la figura y la excesiva credibilidad en los mensajes de los medios de comunicación, es considerada por algunos autores como la causa principal del aumento de AN en los últimos 50 años (Turón, 1997). Sin olvidar que la “cultura al cuerpo” ha generado grandes intereses económicos, lo que supone una presión constante.

Por otro lado, existen autores que destacan la prevalencia de AN en varones homosexuales y bisexuales (García-Camba, 2002), aunque Tinahones (2003) señala que no existen datos epidemiológicos estables que muestren un aumento de TCA en tal población.

Otro factor epidemiológico constante, es la edad de aparición de la AN, iniciándose por lo general en un rango de edad comprendido entre los 10 y los 25 años de edad, siendo más frecuente en personas que tienen entre 13 y 18 años de edad (Chinchilla, 2003; Turón, 1997). Con relación a los varones Bello (2006), menciona que la edad de inicio tiene sus controversias, para algunos investigadores no hay diferencia entre los géneros, pero también existen investigaciones que encuentran que los hombres desarrollan TCA más tardíamente que las mujeres, entre los 18 y 26 años. Asimismo, también existen datos que señalan que la incidencia de AN entre las mujeres de 20 a 30 años ha incrementado significativamente.

Con relación a esto último, Tinahones (2003) indica que los casos de AN en pacientes de mayor edad son el resultado de cuadros de aparición retrasada en el tiempo (AN tardía: >25 años), o de un curso clínico muy prologado (30-40 años). Se han referido que eventos vitales tales como el fallecimiento de un ser querido, crisis matrimonial, divorcio o el miedo a envejecer; pueden desencadenar el cuadro tardío de los TCA (García-Camba, 2002 y Turón 1997). No obstante, Abraham y Llewellyn-Jones (2005), mencionan que la aparición de la Anorexia en mujeres mayores de 25 años de edad, se debe más bien a un trastorno de tipo físico o mental graves.

Y con respecto a la aparición de la AN en rangos de edad más bajos, Tinahones (2003), señala que en edades más tempranas (7-12 años), frecuentemente esta asociado a depresión y comportamiento obsesivo. En niños es frecuente que se manifiesten diversos síntomas orgánicos que enmascaran el cuadro, tales como: náuseas, dolor abdominal, incapacidad de deglutir, dramática pérdida de peso, etc.

Otro aspecto a considerar, son los factores genéticos, (Gowood et al. citado en Chinchilla, 2003) hallando que las personas con familiares de primer grado con AN corren un riesgo 6% mayor, en comparación, con el 1% en personas que no tienen familiares con tal afección, asimismo hay una mayor incidencia en gemelos monocigotos (55%) que en dicigotos (7%).

Por último, la AN en comparación con otros TCA presenta cifras más alarmantes en cuanto a tasa de mortalidad, ya sea por inanición o por autólisis. De acuerdo con Palmer (citado en Chinchilla, 2003) se estima que entre un 1 y 5% de anoréxicas mueren ya sea por complicaciones médicas o por suicidio. Y en la revisión de estudios llevada a cabo por

Herzog et al. (citados en Chinchilla, 2003) señala que el 50% de los casos de mortandad se deben a complicaciones médicas de la enfermedad, 24% corresponde a suicidios, 15% debido a causas desconocidas, 6% por neumopatías y otro 6% por accidentes u otras circunstancias.

Al respecto Gomez (2003), plantea que de las mujeres que padecen problemas con su alimentación, es probable que un 5% se recupere sin necesidad de un tratamiento; un alto porcentaje es posible que se desvíen a psicopatologías neuróticas u obsesivas. En México de acuerdo con estadísticas de la Secretaría de Salud, un 40% de las personas anoréxicas se curan totalmente, del 1% al 3% fallecen por desnutrición, fallo cardíaco o suicidio y las restantes convierten su Anorexia en un padecimiento crónico al no conseguir una curación total.

1.2 Criterios de Diagnóstico de la Anorexia

El diagnóstico de la AN dependerá de la captación e identificación de ciertas conductas alteradas. Sin embargo, surgen dificultades cuando se debe diferenciar de la delgadez por moda o gusto, tan frecuente en nuestra cultura y sociedad, pero sin pérdida progresiva de peso; del diagnóstico en las primeras etapas del trastorno, fundamentalmente porque la paciente tiende a ocultar el trastorno o porque la pérdida de peso no es muy llamativa, considerando las dietas que realiza como saludables dentro del contexto de la familia. Por lo tanto el diagnóstico precoz es poco frecuente, evitando acudir al médico aún cuando el cuadro es lo suficientemente llamativo para la familia (Chinchilla, 2003).

Por lo tanto para realizar el diagnóstico de la AN, es necesario llevar a cabo una exploración psicológica y fisiológica cuidadosa (Raich, 1998). Lo primero a realizar es una entrevista como un procedimiento de evaluación fundamental; sin embargo, dada la tendencia a negar su enfermedad, su actitud hacia el médico o psicólogo suele ser negativa, debido a que es visto como un aliado de la familia en la lucha por el aumento de peso. Ello puede producir información incorrecta y ocultación de la misma, con respecto a hechos, comportamientos y sentimientos; por lo que es imprescindible recoger información de los padres, amigos u otras personas cercanas a la paciente (Chinchilla, 2003; Raich, 1998; Toro, 1987).

Además es necesario cuantificar la intensidad y características básicas de la AN, esto con la intención de tener conocimiento de la evolución del trastorno, tener un control de la aparición de síntomas y dar un índice de gravedad. A través de cuestionarios, autorregistros y observación externa se podrá obtener dicha información. Los cuestionarios más comúnmente utilizados son: el “*Eating Attitudes Test*” (EAT) que analiza tres factores: control oral, dieta y Bulimia; y el “*Eating Disorder Inventory*” (EDI) diseñado para medir las características cognitivas y conductuales de la Anorexia y la Bulimia.

De igual manera, la evaluación del trastorno anoréxico debe incluir necesariamente la evaluación de la percepción, sentimientos, conductas y cogniciones relacionadas con la imagen corporal, para ello comúnmente se utilizan cuestionarios como el “*Body Shape Questionnaire*” (BSQ) el cual mide la insatisfacción corporal, miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y deseo de perder peso; y el “Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal” (CIMEC) que analiza la importancia del modelo corporal propuesto por la sociedad en la gestación y evolución del trastorno alimentario (Toro, 1987 y Raich, 1998).

La evaluación biomédica es otro aspecto indispensable para el diagnóstico del trastorno, teniendo que posponer en ocasiones, la evaluación de los demás aspectos para llevar a cabo la exploración médica inmediatamente. Los parámetros antropométricos, calorimetría, hematología, bioquímica general y especial, ECG (electro-encefalogramas), radiografías de tórax, historia ginecológica, mediciones de talla y peso, etc., son siempre necesarios, así como revisar la clínica somática. A veces, ante dudas diagnósticas o diagnóstico diferencial, hay que emplear técnicas como la Tomografía Cerebral, pruebas neuroendocrinas, etc. (Abraham y Llewellyn-Jones, 2005; Chinchilla, 2003; Raich, 1998; Toro, 1987)

Por otro lado, Abraham y Llewellyn-Jones (2005) señalan que tomar el dato del peso sin tener en cuenta la altura ni la edad de la persona es demasiado simplista. Actualmente se emplean tres procedimientos. En el primero, se considera que la mujer ha perdido, por lo menos el 25% de su peso corporal “ideal” o “deseable”, es decir, el ubicado dentro del rango del peso con relación a la altura. El segundo cálculo tiene en cuenta la edad de la persona, además de su peso y altura, y se denomina Peso Corporal Medio (PCM); se

obtiene de una tabla preparada por la Sociedad de Actuarios; si el peso de la mujer es menor del 75% del PCM puede tener AN.

El tercer cálculo fue elaborado en 1871 por un astrónomo belga, el doctor Quetelet, para diagnosticar la obesidad y se cree que puede ser válido para llegar a una diagnosis de AN. El Índice de Quetelet, o también conocido como el Índice de Masa Corporal (IMC), se calcula con la fórmula W/H^2 es decir:

$$\frac{\text{Peso en kilogramos}}{\text{altura en metros} * \text{altura en metros}}$$

Si el Índice de Quetelet de la persona está entre 19.9 y 15.1 tiene un déficit de peso. Si el índice es 15 o menos y no tiene ninguna enfermedad física ni mental, probablemente tiene AN. Aunado a esto, Chinchilla (2003) señala que el peso se debe evaluar evitando los engaños y manipulaciones frecuentes en estas personas, como meterse peso en bolsillos, beber previamente grandes cantidades de agua, usar ropas más pesadas, comer algo, etc.

Turón (1997) indica que hasta hace dos décadas, la forma usual de diagnóstico era por exclusión, se trataba como AN aquel trastorno en el que no se encontraba una patología orgánica que lo justificase. Los criterios empleados para el diagnóstico de la AN se han ido modificando en diversas ocasiones con el objetivo, de unificar las condiciones diagnósticas, para facilitar el conocimiento y la investigación. Desde los criterios establecidos por Rusell en 1970, hasta la intervención de la *American Psychiatric Association* (APA) y la OMS (Organización Mundial de la Salud), para elaborar periódicamente los manuales: DSM-IV y CIE-10 respectivamente para el diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales.

Es así como finalmente en 1994, en los nuevos criterios diagnósticos DSM-IV (ver Anexo 1 y 2), se llevaron a cabo dos importantes modificaciones, en primer lugar, la distinción entre dos subtipos de pacientes con AN: los pacientes con episodios bulímicos y/o conducta purgativa (pacientes anoréxico del tipo comupulsivo/purgativo) y los pacientes sin episodios bulímicos y/o conducta de purga (pacientes anoréxicos de tipo restrictivo); en segundo lugar, el trastorno de la imagen corporal adquiere aspectos más cognitivos, dando una mayor importancia al sentimiento y a las actitudes negativas respecto al propio cuerpo (Fernández y Turón; 2002 Saldaña, 1994).

Asimismo Fernández y Turón (2002) basados en los criterios del DSM-IV, señalan algunos aspectos que se deben considerar para el diagnóstico de la AN: una vez detectada la

marcada pérdida de peso, se debe conocer desde cuando comenzó, en qué medida ha influido la conducta del paciente para ello, si el perder peso era su objetivo y en qué momento circunstancial se ha producido el trastorno; esto último para determinar factores desencadenantes y causales. Otro aspecto es la amenorrea durante los últimos tres ciclos, la cual suele restablecerse al recuperar un peso normal; aunque contrario a lo señalado por otros autores, algunas pacientes no dejan de tener una menstruación regular. No obstante Roberto, Steinglass, Mayer, Attia y Walsh (2008), evaluaron la utilidad clínica de la amenorrea como criterio diagnóstico, examinando diversas variables de la severidad clínica (edad, IMC, número de hospitalizaciones, ansiedad, depresión, severidad del trastorno), entre grupos que menstruaban y grupos con amenorrea, los resultados señalaron que no hubo distinción en ambos grupos con relación a la severidad del trastorno, lo cual indica que la amenorrea es sólo un reflejo del peso y estado nutricional, es decir proporciona información útil pero no determinante para el diagnóstico.

También es necesario precisar para el diagnóstico de la AN, si existe un miedo desmesurado a engordar, lo cual es observable en fases avanzadas del trastorno y distinguir entre los pacientes anoréxicos que presentan miedo a engordar y los que no, pues los segundos a pesar de su bajo peso, son diagnosticados como TANE (Fernández y Turón, 2002).

Sin embargo, Rojo y Cava (2003) al igual que otros autores han cuestionado si la fobia al peso es un factor imprescindible para diagnosticar AN, esto debido a la existencia de pacientes de culturas no occidentales que se niegan a ingerir alimentos, siendo un error de contexto el hecho de imponer el miedo a la obesidad como un criterio de diagnóstico a pacientes de una cultura en la que la delgadez no es valorada, demostrando por lo tanto que existe una falta de comprensión de la enfermedad en el contexto sociocultural o quizás es probable que sólo sea una característica de la fenomenología moderna de la AN y no un criterio esencial.

Asimismo Bello (2006), señala que en el DSM-IV no existe un criterio análogo para hombres, ante el criterio de tres meses de amenorrea en mujeres, mientras que el CIE-10 si requiere un trastorno endocrino, manifestado en amenorrea en el sexo femenino y en el hombre como pérdida de interés o de potencia sexual. Igualmente Dalle y Calugi (2008), indican que los criterios del DSM-IV para AN y BN reducen en gran medida la posibilidad

de diagnosticar el TANE, en su investigación evaluaron la existencia de TANE, AN y BN con base en la Evaluación de Desórdenes Alimentarios (EDE), obtuvieron que al aplicar los criterios del DSM-IV, la prevalencia de los TANE se redujo considerablemente.

Según lo anterior, es posible que se esté acercando el momento en que se deba modificar los criterios de diagnóstico de la AN, ya que las formulaciones actuales del DSM-IV y de la CIE-10 podrían ser imprecisas.

1.3 Clasificación de los Tipos de Anorexia

Con base en los criterios de diagnóstico del manual DSM-IV, la Anorexia suele ser dividida en dos subtipos: el tipo restrictivo en la que se reduce el peso a través de una severa restricción alimentaria, y el tipo purgativo, en la que se interrumpen periódicamente las fases restrictivas con episodios bulímicos o de sobreingesta, además de experimentar un sentimiento de pérdida de control y/o conductas periódicas compensatorias de purga (Fernández y Turón 2002).

No obstante Abraham y Llewellyn-Jones (2005), agregan que las anoréxicas restrictivas, pueden tener episodios en los que abusan de los laxantes y/o realizan ejercicio excesivo como método para perder peso, además de utilizar píldoras de dieta y/o diuréticos según Tannenhaus (1999). Aunque Chinchilla (2003), señala que el uso de laxantes es menos frecuente en las pacientes con Anorexia restrictiva, a pesar de su preocupación por la sensación de estreñimiento.

Además las mujeres con Anorexia restrictiva han desarrollado la enfermedad a más corta edad y en cuanto a las características de su comportamiento, tienden a evitar los acontecimientos sociales, pueden ser competitivas y a menudo son obsesivas en el trabajo, lo que les permite evitar los acontecimientos sociales, tienden a ser tímidas, e incluso pueden tener miedo a las relaciones sexuales. (Abraham y Llewellyn-Jones, 2005 y Tannenhaus, 1999); con respecto a esto último Gorab e Iñárritu (2005) indican que más bien han perdido el interés por el sexo, generalmente tienen el ánimo deprimido, irritabilidad, baja autoestima e insomnio. Teniendo además una personalidad obsesiva (Chinchilla 2003).

Con respecto a la Anorexia del tipo purgativo, Abraham y Llewellyn-Jones (2005), Gorab e Iñárritu (2005) y Tannenhaus (1999) señalan que comúnmente han tenido un sobrepeso antes de aparecer la enfermedad y utilizan para el control de este una combinación peligrosa de métodos: el vómito autoinducido y a menudo un uso excesivo de laxantes. Chinchilla (2003) señala que el uso de purgantes y diurético, no es solo para perder peso sino también debido al sentimiento de culpa después de los atracones.

En su comportamiento según Abraham y Llewellyn-Jones (2005), son menos obsesionadas que las restrictivas y suelen ser bastante sociales, normalmente niegan su preocupación por el peso y fingen comer cantidades normales de comida. Gorab e Iñárritu (2005) añaden que las pacientes del tipo purgativo tienen más probabilidades de presentar problemas de control de impulsos, abusar del alcohol o drogas, manifestar más fragilidad emocional y ser más activos sexualmente, Tannenhaus (1999), coincide con esto último, pero señala que su actividad sexual se da antes del comienzo de la enfermedad y además según Fernández y Turón (2002) sufren mayor predisposición a la depresión.

Nardone, Verbitz y Milanese (2002) indican que la prevalencia de las anoréxicas de tipo restrictivo parece estar en decremento, basándose en cifras que lo demuestran: del 60% en los años 1971-1987 al 42.3% en los años 1988-1996 y el correspondiente y notable aumento de anoréxicas purgativas.

Norman y Herzog (citados en Fernández y Turón, 2002) compararon los dos tipos de pacientes anoréxicos con un grupo de pacientes bulímicos de peso normal, mediante el cuestionario de personalidad MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventors*). Estos autores obtuvieron perfiles similares en los distintos grupos; sin embargo, el subgrupo de pacientes bulímicos (anoréxicos y no anoréxicos) obtuvo mayores puntuaciones en la escala de desviación psicopática.

También Garner, Garfinkel y O'Shaughnessy (citados en Fernández y Turón, 2002) compararon tres grupos de pacientes (anoréxicos restrictivos; anoréxicos de tipo bulímico y pacientes bulímicos con peso normal). Los resultados de distintas pruebas psicométricas, mostraron que los dos grupos de pacientes con episodios bulímicos se diferenciaban notablemente, del subgrupo restrictivo; y así, por ejemplo, en los grupos bulímicos, era más común observar mayor número de intentos de suicidio, impulsividad, número de robos, uso de alcohol y/o drogas y fragilidad emocional.

Por otro lado Hsu (citado en Saldaña, 1994) realizó una síntesis comparativa entre los subtipos de Anorexia y la Bulimia nerviosa (ver tabla 1), señalando las principales características clínicas diferenciales.

CARACTERÍSTICAS	ANOREXIA NERVIOSA		BULIMIA NERVIOSA
	SUBTIPO RESTRICTIVO	SUBTIPO BULÍMICO	
Pérdida de peso	grave	grave	leve a moderada
Peso corporal	muy bajo	muy bajo	normal
Amenorrea	presente	presente	variable
Bulimia	ausente	presente	presente
Vómitos/purgas	ausente	presente	presente
Miedo a engordar	presente	presente	presente

Tabla 1. Características diferenciales entre la Anorexia del tipo restrictivo, la Anorexia del tipo bulí mico y la bulimia nerviosa (Tomado de Saldaña, p. 118)

Aunque cabe mencionar que en esta comparación, no queda claro la característica de Bulimia, ya que la Bulimia es considerada como un TCA, y no como un síntoma o característica de los distintos TCA, además de que no se toman en cuenta características del trastorno correspondientes al género masculino.

Además, para Nardone, Verbitz y Milanese (2002) no existe acuerdo en si la forma bulímica de la AN, es simplemente un subtipo de la Anorexia o un final de la etapa en la historia natural de la enfermedad, representada por una mayor severidad y cronicidad en la forma y por lo tanto, con un peor pronóstico.

1.4 Modelos Explicativos de la Anorexia

Saldaña (1994), menciona que la mayoría de los modelos teóricos elaborados para explicar la AN tienen como objetivo integrar los diversos factores implicados en el origen, desarrollo y mantenimiento del trastorno. La mayoría de las conductas y síntomas de la Anorexia se consideran consecuencia del trastorno, más que causa de este. Durante años, se han propuesto distintos modelos explicativos del trastorno: biológico, psicoanalítico, sistémico, sociocultural y multifactorial. Todos ellos a continuación serán descritos con más detalle.

- Modelo psicoanalítico. Con respecto al modelo psicoanalítico Strada (2002) y Toro y Vilardell (2000), señalan que Freud y sus primeros seguidores interpretaron la Anorexia como una neurosis, asociándola a la melancolía, la histeria y la sexualidad.

La tan conocida Anorexia nerviosa de las adolescentes me parece representar, tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria. La paciente asevera no haber comido simplemente porque no tenía ganas y nada más. Pérdida del apetito equivale, en términos sexuales, a pérdida de la libido (Freud, 1985 p. 45)

Ogden (2005), señala que existen diferentes modelos psicoanalíticos para la explicación de los trastornos alimentarios y que en general, no pretenden ofrecer un modelo de causalidad, sino ofrecer una forma de comprender las experiencias de la paciente. Estos modelos consideran principalmente dos factores: en primer lugar, destacan los significados derivados de los síntomas de la persona y la función como necesidad de esos síntomas; en segundo lugar, resaltan el papel de la infancia y de las experiencias posteriores en la configuración del sujeto, con respecto a esto último Toro y Vilardell (2000), mencionan que el problema se puede centrar en la incorporación del seno, objeto ambivalente benéfico y maléfico; siendo una lucha entre la incorporación y el rechazo, implicando en el comer, la asimilación y la destrucción simultáneamente.

Con respecto al significado simbólico de los síntomas, algunos trabajos realizados han estudiado la interrelación entre estos síntomas y ciertos aspectos de la sexualidad. Por

ejemplo, el vómito se ha considerado como un intento de eliminar el pene no querido de una experiencia sexual traumática; el miedo a la gordura se ha analizado como un rechazo del embarazo, y la delgadez extrema se ha evaluado como la representación del miedo real a la muerte. Otras teorías abordan el significado de la comida y del hambre, haciendo hincapié en el control, sintiendo tener el control de su rechazo al alimento o tener el control sobre los demás para que ellos cuiden de ella. También existen formulaciones más recientes que establecen los trastornos alimentarios como causa de la relación conflictiva entre progenitor e hija (Ogden, 2005).

Sin embargo para Ogden (2005), existen deficiencias en el modelo psicoanalítico, como la falta de explicación de la alta incidencia en la población femenina en comparación con la masculina y de igual manera con países occidentales en comparación con otros; dejando de lado importantes factores socioculturales, a los que en la actualidad se les atribuye el incremento de la población anoréxica, por lo que se podría considerar como un modelo de perpetuación y no de factores causales. Y por último, debido a que la formulación psicoanalítica requiere interpretación del inconsciente, es difícil ponerlo a prueba y evaluarlo.

- Modelo sistémico. Este se basa en estudiar las características observadas en familias que cuentan con niños afectados por enfermedades psicosomáticas, por lo que la AN sería un trastorno psicosomático más, gestado en un ambiente similar y de modo semejante a los observados en la diabetes o el asma (Toro y Vilardell., 2000). Sin embargo, no contempla a la familia como la causa del trastorno alimentario, sino que hace hincapié en la familia como contexto en el que se inserta el trastorno alimentario (Ogden, 2005); considerándose también que el trastorno tiende a formar parte en la dinámica familiar.

La teoría familiar sistémica está formada por dos importantes escuelas del pensamiento: el enfoque estratégico, basado en la obra Erikson y el enfoque estructural, basado en la obra de Minuchin, destacando ambas, diferentes aspectos del sistema familiar y recomendando distintos enfoques con respecto a la terapia familiar, pero teniendo en común cuatro elementos básicos: los síntomas como actos comunicativos, la familia homeostática, los límites y la evitación de conflictos. Por ejemplo Selvini Palazzoli con base en estos cuatro componentes describe cómo la familia anoréxica es, con frecuencia, extremadamente

cerrada, con unos límites intergeneracionales difusos, evitando la familia misma el conflicto y el intento por resolver sus problemas (Ogden, 2005).

Sin embargo Toro y Vilardell (2000), señalan que los hallazgos de la dinámica familiar son anecdóticos y nunca han sido estudiados adecuadamente en una investigación controlada. Asimismo, Ogden (2005) señala como deficiencias del modelo sistémico familiar, el no culpar a la familia del desarrollo de la Anorexia, aunque esté implícito que el problema se desencadenó por el modo de funcionamiento familiar; el no ser útil en la explicación del desarrollo de Anorexia en personas que no están dentro del núcleo familiar y por último no esclarece el gran aumento de los TCA.

- **Modelo conductual.** Se basa en los componentes fundamentales como el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante, y se centran en conceptos como el reforzamiento, el proceso estímulo-respuesta y la extinción, así, el comportamiento anoréxico, es consecuencia de un conjunto de circunstancias en las que los elementos ambientales reforzadores y los factores aversivos ansiógenos, se estructuran y combinan de tal manera que la conducta de rechazar el alimento se incrementa y/o mantiene en una elevada frecuencia (Toro y Vilardell 2000). Ogden (2005) señala que una de las maneras en que se refuerza la conducta de reducir la ingesta de alimento para perder peso, es la presión social de la delgadez; después una amplia variedad de reforzadores negativos promueven esta conducta, por ejemplo, el sobrepeso o el simple hecho de no estar delgada se traduce en la desaprobación de otros y en la sensación de falta de atractivo, de esta manera, la evitación de la comida reduce la ansiedad asociada al comer. También Ayllon, Haughton y Osmon (citados en Ogden, 2005) señalan que existen reforzadores positivos, por ejemplo la evitación de la comida produce atención, sobre todo de las madres. Por último, Szmukler y Tantam (citados en Ogden, 2005) han constatado que el hambre puede producir compuestos químicos cerebrales placenteros, los cuáles podrían actuar también como reforzadores.

No obstante, Toro y Vilardell (2000), señalan que el análisis de este modelo ha cambiado a partir de su transformación al modelo cognitivo-conductual, considerando a la AN en los planteamientos cognitivos, especialmente los de Beck en el campo de la depresión. A partir de ese momento, se acepta la relación entre pensamiento, emoción/afecto y comportamiento manifiesto, facilitando el entendimiento de la génesis del trastorno y comprendiendo la importancia del medio social y la interacción familiar en la formación de

determinadas ideas y actitudes de la paciente. Diversos investigadores y clínicos otorgan un papel más explícito a las cogniciones, considerando la importancia del pensamiento erróneo de la anoréxica acerca de los alimentos, el comer, el peso y la forma corporal (Ogden, 2005). De este modo Beck señalaba que la conducta de evitación: llevar a cabo una dieta, hacer uso de laxantes y diuréticos, o abusar del ejercicio para huir de la posibilidad de engordar; puede ser mantenida por conjuntos cognitivos que operan de manera autónoma, es decir, los datos externos son desechados o distorsionados a semejanza de la creencia predominante (Raich, 1998).

Y aunque existen críticas del modelo conductista por centrarse en factores de mantenimiento y no en los factores causales (Ogden, 2005), autores como Slade (citado en Ogden, 2005) señala como factor causal el papel de dos procesos importantes. El primero implica una condición de insatisfacción que se deriva de problemas interpersonales y de conflictos dentro de la familia. Posteriormente esta insatisfacción se combina con una tendencia perfeccionista que refleja el deseo de control y éxito total. Los dos factores de insatisfacción y perfeccionismo desencadenan después la conducta de cumplimiento de una dieta, reforzada por las alabanzas y la evitación de la ansiedad relacionada con la comida. Sin embargo Ogden (2005), señala que este modelo no alcanza a explicar porque a pesar de que una gran cantidad de mujeres están expuestas a mismos estímulos ambientales, sólo algunas desarrollan AN.

- Modelo biológico o genético. El cual señala que los trastornos alimentarios surgen en determinadas familias, debido a factores fisiogenéticos. En la época contemporánea, Theander a través de diversos estudios, descubrió que en las familias de pacientes anoréxicos existen antecedentes familiares de casos de TCA, con mayor frecuencia significativa en comparación con las familias control (Toro, 2004). Asimismo Strober, et al. (citados en Ogden, 2005), informaban que la probabilidad de que los parientes de pacientes con AN padecieran un trastorno alimentario, era diez veces superior a la de la población control, aumentando la probabilidad entre los parientes de segundo grado.

La principal fuente de obtención de inferencias genéticas útiles para la comprensión de trastornos psicopatológicos complejos ha sido constituida por los estudios de concordancia gemelar; sin embargo, su validez depende del grado de cumplimiento de varias condiciones, una de ellas es el tamaño de la muestra, resultando extremadamente difícil

hallar un número suficiente de pacientes gemelos con AN, por lo que el bajo número de población incluida, resta credibilidad a algunas de las investigaciones realizadas (Toro, 2004). No obstante, los principales estudios llevados a cabo con gemelos, establecen una mayor concordancia entre gemelos monozigotos en comparación con gemelos dizigotos, es decir, sugieren la presencia actuante de un factor genético asociado a la aparición de AN, siendo un 70% heredable la AN de acuerdo con Treasure y Holland (citados en Toro, 2004).

Aceptada la existencia de significativas influencias genéticas en la génesis de la AN, la principal cuestión radica en saber qué es lo que se transmite, si fuera el trastorno anoréxico como tal, todos los gemelos monozigotos de pacientes anoréxicos serían también anoréxicos, por lo tanto la vulnerabilidad o susceptibilidad al trastorno es lo que se transmite, es decir, una característica o rasgo que, sumada a otros factores de riesgo, darán lugar a la AN. También pudiera transmitirse la disposición a los trastornos de los sistemas de neurotransmisión, especialmente el serotoninérgico, del que dependen por lo menos parcialmente factores tan relevantes como la regulación del apetito, la obsesividad o el control de impulsos. Por último, la heredabilidad del índice de masa corporal, forzosamente debe jugar algún papel, aunque sólo fuera el de motivar conductas de riesgo destinadas al control del peso (Toro, 2004).

No obstante, el modelo genético posee algunas deficiencias, según Ogden (2005) ya que no puede explicar por qué los TCA tienen mayor prevalencia en determinadas culturas; tampoco puede explicar el incremento en la prevalencia de los TCA; y por último el modelo genético cae en una contradicción, ya que los TCA alteran el estado de salud amenazando la vida de la persona, contrario al instinto de supervivencia del individuo, fundamental para la genética.

Por otro lado Rojo y Cava (2003) describen dos modelos biológicos básicos de los TCA. El primero fue desarrollado por Kaye en 1997 y parte de la base de que el elemento nuclear en la etiología biológica de la AN es el funcionamiento anómalo del sistema serotoninérgico central; y el segundo modelo considera a la AN como un trastorno del neurodesarrollo. Ambos modelos no son incompatibles, por ejemplo, se ha demostrado que la desregulación del sistema serotoninérgico es un aspecto integral de las anomalías del neurodesarrollo en el eje hipotalámico adrenal. Igualmente, Chinchilla (2003) señala que en la dismaduración

hipotalámica y de ciertas vías de transmisión neuronal, se producen alteraciones en la actividad o concentración de determinados neurotransmisores, tales como la serotonina, la noradrenalina, los opioides o la colecistocinina, que tienen una repercusión directa sobre la conducta alimentaria.

- Modelo sociocultural. Sitúa a la paciente anoréxica en su contexto social y analiza estos trastornos como una expresión de valores sociales. Algunos autores de este campo se basan en trabajos de Yap y Devereux (citados en Chinchilla, 2003); desde esta perspectiva, estos trastornos se consideran expresiones de ansiedad y problemas no resueltos dentro de una determinada cultura. Este enfoque refleja también el trabajo de psicoterapeutas e investigadores que se basan en la perspectiva feminista; centrándose en la explicación de por qué quienes padecen los trastornos alimentarios son en su mayoría, mujeres jóvenes, destacando a la vez el papel de estas en la sociedad. El principal problema de este análisis, es que no puede explicar por qué sólo una parte de la población femenina padece trastornos alimentarios si existe una gran cantidad de mujeres inmersas en determinadas culturas.

- Modelo biopsicosocial. Que considera la AN como consecuencia de la interacción de factores individuales (biológicos y psicológicos) familiares, sociales y culturales; la integración multifactorial permite distinguir en la génesis y mantenimiento de la AN, actuando de manera conjunta los distintos factores, en forma predisponente, desencadenante y perpetuante (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998; Chinchilla 2003; Raich, 1998). Sin embargo, Ogden (2005) señala que todavía no queda claro cómo se constituye tal modelo

Por lo tanto, con base en este panorama del trastorno anoréxico, desde su inclusión en el campo de la medicina, su considerable incremento en la prevalencia en mujeres y hombres, así como la intervención de diversas posturas teóricas al proponer modelos para su entendimiento y estudio. A continuación, en los siguientes capítulos de la presente investigación documental basada en el modelo multifactorial, describirá con más detalle la manera en que influyen los diversos factores, en hombres y mujeres para el desarrollo del trastorno anoréxico.

CAPÍTULO 2.

ANOREXIA EN LA MUJER

Como se mencionó en el capítulo anterior, los estudios sobre los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), muestran un aumento significativo principalmente en la población de mujeres, en especial adolescentes (Gorab e Iñarritu, 2005); existiendo antecedentes del trastorno de la Anorexia Nerviosa (AN) en la mujer desde tiempos de la Antigua Grecia, sin embargo como sucede con otro tipo de trastornos, los motivos y algunos síntomas varían de acuerdo al momento socio-histórico. Por lo que desde principios del siglo XX hasta el actual siglo XXI, aunque se consideran varios factores, diversos autores atribuyen el grave aumento del índice de prevalencia de la AN en la mujer, a la enorme presión sociocultural de la delgadez (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998; Gorab e Iñarritu, 2005; Guillemont y Laxenaire, 1994; Toro, 1999; Toro y Vilardell, 2000; Gómez, 2003).

La mayor prevalencia en el sexo femenino según Turón (1997), depende más de factores socioculturales que biológicos, aunque también señala la probable existencia de condiciones biológicas determinantes, debido a que la distribución por sexos se ha mantenido constante a pesar de las variaciones en los factores psicosociales involucrados en la AN. Sin embargo, es apreciable cómo el cuerpo femenino ha tenido una relevancia en todas las culturas, considerablemente mayor en comparación con la del masculino, tanto para la propia mujer como para la sociedad en general. Es por ello que el autoconcepto en la mujer está comúnmente basado en el atractivo corporal (Gorab e Iñarritu, 2005; Toro, 1999).

“La sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, y los medios perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa... a través de la imagen corporal” (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998, p. 61).

Por otro lado existe la hipótesis de que para las mujeres su cuerpo se ha vuelto una carga y el no vivenciar la sensación de hambre, liberarse de su cuerpo y sus necesidades, se convierte en un ideal para las anoréxicas (Strada, 2002); entonces el alimento no solo llega

a ser símbolo de pertenencia, de fidelidad o de acatamiento de normas, sino que también puede ser usado para romper con los códigos aceptados y establecidos, es decir ir en contra del estereotipo femenino que la sociedad establece (Fendrik, 2004; Gómez, 2003).

2.1 Historia de la Anorexia en la Mujer

El estudio del ayuno o régimen alimenticio en la mujer, ha pasado por varios periodos de acuerdo al contexto histórico en el que se presente, en un principio estos comportamientos significaban la purificación del alma, evitando así los deseos carnales; a este periodo se le conoce como “Anorexia santa” debido a su relación con la espiritualidad. Posteriormente, como las autoridades religiosas perdieron el control sobre el ayuno, llevado a cabo por tales mujeres, se difundió la creencia de que la sobrevivencia a esos estrictos ayunos era obra de fuerzas malignas y del demonio, acusándolas incluso de brujas. Subsiguientemente, muchas de ellas fueron acusadas de fraude, porque guardaban rigurosos ayunos con el fin de ganar fama y beneficios. Tiempo después se comienza a ver esta problemática desde un punto de vista médico llegando a lo que hoy es considerado como AN; a continuación, se describirá con más detalle cada uno de estos periodos históricos en el estudio de este trastorno.

Fendrik (2004) señala que el ascetismo alimentario tiene mayor antecedente en la Antigua Grecia que en el Occidente judeocristiano, Platón y sus discípulos consideraban que el alma se encontraba presa en el cuerpo, que a la vez estaba dominado por los sentidos, y sólo liberándose de ellos se podría alcanzar la plenitud espiritual.

En el siglo I Metrodora, una médica griega que ejerció en Roma, escribió un tratado sobre las enfermedades de la mujer. En él describe enfermedades del útero, del estómago y de los pulmones, en uno de los capítulos dedicado a las jóvenes menciona la *sitergia* (de origen griego que significa “rechazo al alimento”), una enfermedad que padecieron muchas mujeres, Metrodora describió que este trastorno comienza en el estómago y termina en los pulmones, causando así la muerte. Esta descripción de la Anorexia tuberculosa será retomada posteriormente por otros autores, hasta que en el siglo XIX dejará de considerarse como una consunción y tomará más un carácter clínico (Gomez, 2003).

Posteriormente entre los siglos VIII y IX, los ataques sexuales ejercidos por los hombres contra las mujeres y los matrimonios arreglados, eran tan comunes que las mujeres se

rebelaron ante este hecho rehusándose a comer, ya que con ello padecían falta de menstruación (amenorrea) e infertilidad, al mismo tiempo que sus cuerpos sufrían un cambio en el aspecto, siendo así poco o nada deseables para los hombres. Con lo anterior se demuestra que no siempre la finalidad de ser delgada ha sido ser más atractiva, por el contrario, el dejar de ser atractivas sexualmente, era una liberación (Gomez, 2003).

En el medioevo el ayuno cobró gran importancia, así las mujeres ayunaban con el objetivo de liberarse de su cuerpo, debido a que el cristianismo lo consideraba un instrumento del pecado. El historiador Rudolph Bell sostiene que la mayoría de las santas medievales eran anoréxicas ya que sólo se alimentaban de la hostia consagrada y denominó este fenómeno histórico “Anorexia santa” (Gómez, 2003).

Toro (1999) menciona que algunas mujeres que llevaban a cabo el ayuno voluntario, tenían la intención de purificarse, sentirse más dispuestas para recibir el cuerpo de Cristo. Mantenerse en ayuno en esa época se consideraba entonces, un signo de santidad. Es así como la mayor hazaña de una santa según Gomez (2003), consistía en morir en defensa de su virginidad, las casadas no podían ser santas, y se consideraba una buena santa aquella que flagelaba su cuerpo a través del hambre, sed y azotes. La muerte prematura de las mujeres se consideraba algo bueno debido a que sus cuerpos ya no serían ni para ellas ni para los demás como una ocasión de pecado.

La iglesia proponía dietas balanceadas y moderadas, pero considerando los criterios de la salud física y espiritual, con el objetivo de anular la rebeldía, el desafío y el deseo de ejercer un poder ilimitado sobre el propio cuerpo. Sin embargo, la misma iglesia fue impotente en el control de la imitación de muchas jóvenes para alcanzar la santidad comiendo poco o nada. Clara de Asis, Catalina de Siena o Teresa de Ávila, fueron ejemplo de jovencitas que dejaron de comer para ser reconocidas como modelos de santidad (Fendrik, 2004).

Otro ejemplo es el sucedido en Baviera en el año 895, Friderada von Treuchtlingen que era hija de unos sirvientes, enfermó gravemente después de dos años sin alimentarse bien, al curarse volvió a ella un apetito insaciable, sin embargo sus padres, notaron que iba perdiendo cada vez más sus fuerzas al grado de usar muletas para poder caminar. Su familia decidió llevarla al monasterio de Santa Walpurgis en dos ocasiones debido a su grave estado de salud y tras dos “milagros” de curación ella continuó con su régimen, el Obispo

mandó a vigilarla y encerrarla durante seis meses con el fin de comprobar su ayuno. Friderada ha sido considerada como uno de los milagros llevados a cabo por santa Walpurgis (Guillemont y Laxenaire, 1994; Toro, 1999).

En Friderada se observan varias características de la AN como son: rechazo a cualquier ayuda brindada, rechazo del alimento, pérdida de peso, etc. Sin embargo, también presenta síntomas de la histeria como parapesia, ceguera, etc. Aún así Habermas (citado en Guillemont y Laxenaire 1994), considera este caso como el más emparentado con la Anorexia en la edad media.

De igual manera en 1255 Benvenuta Bojani, desde la edad de los doce años tuvo tendencias al extremo ascetismo comiendo sólo pan y agua, flageló su cuerpo para evitar dormirse mientras rezaba y mantuvo su voto de virginidad aún ante la tentación de un joven apuesto que se le aparecía durante sus plegarias. Su confesor Conrado de Castellerio señalaba que, quien mantenía con vida a Benvenuta, era un ángel que la alimentaba por las noches. Su padre en agonía pidió que la llevaran a la iglesia, en ella se le apareció santo Domingo y posterior a esto comió normalmente durante algún tiempo (Fendrik, 2004).

Los países bajos e Italia parecen haber sido los iniciadores más importantes de la Anorexia, un ejemplo de ello es Hungría, en donde también existió una famosa ayunadora, Margarita, hija del rey Bela IV, la cual hizo votos voluntarios de dedicar su vida a Dios si este intercedía a favor de Hungría en la invasión de los tártaros. Como los tártaros abandonaron Hungría, Margarita construyó un convento dominicano en la isla de Hares, y fue ahí donde ella comenzó su ayuno, privándose a la vez de sueño y dedicándose únicamente a las labores domésticas. Ya habiendo pasado el tiempo, fue deseo del rey que su hija fuera desposada por un príncipe. Margarita se negó e intensificó su restricción alimentaria, además de desatenderse en su aseo personal. Murió en 1271, a los veintiocho años de edad, tras una fuerte fiebre (Toro, 1999).

A partir de los siglos XIV y XV, la Anorexia se comienza a entender como una epidemia entre las mujeres, aunque ya no existía en ellas la necesidad de ingresar a un convento, el historiador de medicina Peter Skrabanek, denominó a esta fase “secularización de la Anorexia” en contraposición de la Anorexia santa, y el periodo se alargó hasta el siglo XVIII (Gomez, 2003).

En esa época la Anorexia ganó campo entre los burgueses, campesinos y artesanos, en estas mujeres el rechazo al alimento era el único medio para confirmar su independencia y evitar la situación de un matrimonio obligado (Gomez, 2003). Fendrik (2004), menciona que los regímenes alimenticios que llevaban a cabo algunas jóvenes pertenecientes a la burguesía, desesperaban a sus familiares e indignaban a los médicos. Comer bien y mucho era una característica común entre la burguesía, mientras que en las clases altas eran obligados a disimular los apetitos carnales y alimentarios.

Un ejemplo de este nuevo tipo de Anorexia fue Santa Catalina de Siena, que vivió de 1347 al 1380, y a la cual en vida la consideraron como una santa a pesar de las sospechas en cuanto a herejía (Gomez, 2003). A los seis años tuvo su primer visión de Jesús, a partir de esta edad ella empieza a renunciar a la comida (Guillemont y Laxenaire, 1994). Su estricto ayuno, la liberó de la menstruación y de otros rasgos femeninos. Los padres de Catalina cuyas aspiraciones eran meramente materialistas, debido a las diversas crisis financieras por las cuales atravesaban, tenían expectativas en los matrimonios arreglados de sus hijas (Gomez, 2003). Tras varios intentos de sus padres por casarla con distintos hombres (incluyendo a los viudos de las hermanas fallecidas de Catalina) desde los doce años, ella mantiene con mayor rigor aún su ayuno y el descuido de su aspecto. Raymond Capua quien fue asignado por la iglesia como guía y confesor de Catalina, reiteraba que ella no podía comer, ya que si lo hacía, experimentaba grandes dolores y su cuerpo sufría enormemente, no podía digerir la comida y por lo tanto se veía obligada a vomitar (Fendrik, 2004). A partir de los dieciséis años y hasta su muerte no tomaba más que un poco de pan y agua al día (Gomez, 2003). Posteriormente se integra a la orden de las dominicanas, en contra de su madre. Después de la muerte de su padre Catalina decide dejar de alimentarse por completo hasta el día de su muerte. El pensamiento y su comportamiento inspiraron a muchas otras jóvenes apasionadas por la religión, entre ellas Santa Teresa.

Y a medida que la Anorexia se extendía en la población, la medicina se fue interesando más en ella, así Bell señaló que muchas de esas mujeres ayunadoras religiosas eran auténticas anoréxicas (Toro, 1999). Pero además, a partir de esta época la misma iglesia toma medidas en contra de los estrictos ayunos, por lo que en vez de ser consideradas santas, las creían poseídas por el demonio (Gomez, 2003; Toro, 1999). El temor e impotencia de la iglesia en el control del misticismo femenino, según Fendrik (2004), se asemeja a los procesos

inquisitoriales durante la cacería de brujas, no obstante, estas etapas históricas no son una antítesis, sino un continuo del trastorno.

Un ejemplo de ello es el de Colomba de Rieti en el siglo XV, a los veintiún años escapó de su casa y después de un tiempo se refugió en un convento dominico, fue víctima de varios intentos de violación, sin embargo los atacantes retrocedían impactados cuando veían su cuerpo caquético. El padre Alejandro VI, intercedió por ella en las acusaciones de brujería y la salvó de la hoguera. Colomba murió a los 34 años de edad en un convento dominico (Fendrik, 2004) “Su historia, a comienzos del siglo XV, muestra que el vivir sin comer nada, la pasión por la eucaristía y la rebeldía frente a los cánones alimenticios de la Iglesia siguieron siendo, a lo largo de todos esos siglos, los principales componentes del universo de las santas anoréxicas” (p.64).

Otro ejemplo de este periodo es el de Juana de Arco, quien fue una de las mujeres que debido a su extrema delgadez y a su aspecto, produjo dudas respecto a su sexo. Su estricto ayuno lo comenzó a los doce años de edad, atendiendo al llamado de Dios para salvar a Francia. Este régimen alimenticio llevado a cabo durante años generó que sus pechos no se desarrollaran y también provocó la amenorrea, signos que fueron tomados en cuenta en el proceso de su condena a muerte en la hoguera, acusada además de herejía y brujería (Gomez, 2003).

A partir del siglo XVII, el progresivo avance de la medicina fue desplazando poco a poco la influencia del carácter religioso en el fenómeno del ayuno. Aunque Vandereycken y Deth (1994) mencionan que existieron acontecimientos religiosos que influyeron en la disminución de los casos de ayuno, uno de ellos fue a partir del periodo en que los ayunos pasaron a segundo término, al tiempo en que las canonizaciones también disminuían en número. Los autores sugieren que debido a la disminución de las canonizaciones el ayuno ya no sería una fuente motivadora para alcanzarla. Todo este conjunto de hechos, pudieron haber sido la causa de considerar a las doncellas milagrosas como simples muchachas ayunadoras (Toro, 1999).

Uno de los primeros casos presentado en México fue en 1613 citado posteriormente por Morgan en 1977, en el texto, *The treasure of Ancient and Moderne Times*, es el caso de Jane Balan, de 14 años de edad, quien dejó de comer y beber líquidos durante tres años, tiempo en el que también dejó de menstruar, orinar y defecar. El trastorno apareció en

1599, tras un periodo de vómitos, un periodo de mudez y posteriormente un episodio delirante, además de padecer parálisis en sus extremidades superiores e inferiores. Nadie hacía posible que comiera, seis meses después recupera el juicio pero continua con su negación a alimentarse (Toro, 1999; Turón, 1997).

De igual manera Silverman (citado en Guillemont y Laxenaire 1994), menciona el caso de Marthe Taylor, en 1649, desde los 11 años estuvo marcada por múltiples sucesos, entre ellos parálisis, depresión e ideas místicas, dedicándose además a la lectura de la Biblia. Su última menstruación la tuvo a los 18 años, poco después comienza a vomitar todo lo que come hasta dejar de comer definitivamente, además de no orinar ni defecar durante ese periodo. El caso de Marthe Taylor es de destacar debido a que este es el primer caso clínicamente conocido, que hace mención de la amenorrea que había precedido a la pérdida de peso. Sin embargo, a pesar de eso H. Bruch (citado en Guillemont y Laxenaire 1994), no reconoce el caso como AN, ya que Marthe presenta ciertos antecedentes psiquiátricos como seudoparálisis regresiva, tos nerviosa, delirio místico, etc, a lo que la Anorexia era solo un trastorno más sumado a lo anterior (Guillemont y Laxenaire 1994; Toro, 1999).

Sin embargo del siglo XVI al XIX, fueron demasiadas las mujeres que llevaron a cabo estrictos ayunos, siendo en realidad unas embaucadoras que comían a escondidas con la finalidad de obtener popularidad y recompensas materiales, por lo que la mayoría de ellas eran humildes y solteras. Estos hechos por sí mismos, también servían como reforzadores del comportamiento del ayuno. Las jóvenes ayunadoras se extendían a las orillas del Atlántico, y eran vulgarmente llamadas “jóvenes ayunadoras” (*Fasting girl*). Éstas jóvenes hacían creer a la gente, que poseían poderes especiales, mientras que científicos y médicos trataban de explicar este suceso (Fendrik, 2004; Toro, 1999). Al dejarlas al descubierto, se intentó terminar con la creencia de que existían poderes sobrenaturales que podían mantener con vida a esas jóvenes que supuestamente se alimentaban únicamente de la hostia (Gomez, 2003).

Un ejemplo es el de Sarah Jacob en 1867, era la menor de siete hijos de un granjero, la fama y popularidad por su ayuno lograron dejar ganancias al pueblo y así se pudo instaurar el tren. Un médico, hizo notar que era un caso típico de histeria, a los 10 días Sarah murió a causa de inanición. Se informó al pueblo que su conducta era debido a la mala influencia de lecturas religiosas y también por la simpatía de los visitantes quienes la llenaban de regalos,

ofrendas, flores y adornos; asimismo su padre fue condenado a prisión por oponerse a alimentar a su hija (Fendrik, 2004).

Igualmente Mollie Fancher, a sus catorce años pasó de ser una joven de clase media, a ser una joven con poderes sobrenaturales que la hacían sobrevivir sin alimento alguno, ella no ganó dinero como Sarah, pero su nombre fue utilizado para la fabricación de artículos ortopédicos, su fama fue tal que al nombrarla la celebridad en cama de oro, recibió una condecoración del presidente Wilson, sin embargo, Mollie fallece en febrero de 1916 (Fendrik, 2004). Jubileo madre lecho cama

Por lo tanto, la anoréxica sería considerada como una santa, una enferma, una mística, una bruja o una hereje según el contexto histórico (Gomez, 2003); considerando que cualquier comportamiento, debe ser entendido y estudiado desde su contexto histórico y cultural, por lo tanto las mujeres de esa época realmente tenían motivos que motivaban y mantenían su comportamiento (Toro, 1999).

“... sus drásticas restricciones alimentarias, sus pérdidas de peso y consiguiente malnutrición, su obsesividad en la persecución y mantenimiento de sus objetivos generales y los alimentarios en particular, sus vómitos y sus laxantes, sus sorprendentes vitalidad e hiperactividad a pesar de su evidente inanición, sus crisis emocionales, sus períodos de aislamiento o retraimiento social, sus frecuentes comportamientos compulsivos, incluyendo los autolesivos, junto con sus trastornos y muertes consiguientes a su desnutrición, dibujan un cuadro sin duda compatible con la Anorexia nerviosa tal como hoy la concebimos. Ciertamente no sabemos si estas mujeres padecían la distorsión de la imagen corporal ni el temor a engordar que tan significativos resultan para nuestros diagnósticos actuales” (Toro, 1999 p. 21)

Así, la distorsión e inconformidad corporal pudieran ser atribuibles al contexto sociocultural actual. Habermas (citado en Toro, 1999) ha demostrado que el miedo a engordar surge en la literatura sobre la AN a finales del siglo XIX. Sin embargo, la aplicación rigurosa del criterio del miedo a engordar en los antecedentes históricos, descartaría a la gran mayoría de los casos. Charcot fue el primero en señalar el miedo a la

obesidad como un motivador en el comportamiento de la anoréxica. Por lo tanto, la AN ha existido desde hace mucho más tiempo de lo que se cree, y que una parte de los criterios diagnósticos actuales son correctamente aplicables pero sólo para el siglo XX. Lo importante en los casos históricos es la existencia de: un ayuno voluntario, presiones sociales para llevarlo a cabo, las consecuencias psicológicas y fisiológicas, además de la predisposición biológica (Toro, 1999).

2.2 Etiopatogenia de la Anorexia en la Mujer

Existen diversos factores que influyen en la aparición de la AN aunque ninguno es suficiente por sí solo. Es necesario una combinación de estos, los cuales adquieren características particulares en cada caso. Pero más que pensar que dichos factores sean la causa de la Anorexia, se diría más bien que vulneran a la persona para desarrollar el trastorno (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

Así, el modelo diseñado por Ganer y Garfinkel (citados en Crispo, Figueroa y Guelar, 1998), ha sido adaptado en la actualidad por diversos autores, dicho modelo señala una serie de factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes dentro del trastorno.

Predisponer significa, preparar con anticipación algo o el ánimo para cierto fin. En el trastorno de la Anorexia, dentro de los factores predisponentes se encuentran: el contexto sociocultural en el que está inmersa la persona y las características individuales del sujeto incluyendo a su familia, es así como estos factores preparan o animan a la persona para dedicarse al cuidado de su peso y al culto a la delgadez (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998.). Es decir que los factores predisponentes serán aquellos que pongan en riesgo a la persona para padecer el trastorno, aunque no por tener dichos factores necesariamente desarrollará el trastorno (Gorab e Iñarritu, 2005).

Ahora bien, el paso decisivo de la intención de realizar un régimen alimenticio, al hecho de llevarlo a cabo, depende de determinados hechos que actúan como desencadenantes o precipitantes del trastorno en cuestión (Toro y Vilardell, 2000). Precipitar significa, de acuerdo con Crispo, Figueroa y Guelar (1998), derribar de un sitio alto; hacer o decir algo con arrebatado y acelerar. En la Anorexia cualquier elemento estresante que aparezca o la decisión de comenzar con una dieta, actúan como el impulso que hacía falta para

desarrollar el trastorno. Es decir que los factores precipitantes o desencadenantes, son aquellas situaciones que impulsarán a la persona a padecer el trastorno de la Anorexia (Gorab e Iñarritu, 2005).

Por último el término perpetuante se refiere, al hacer perdurar, dar duración extensa, incesante, eterna, etc. Así todo el sistema involucrado en el mantenimiento del peso hacen que perdure o que se mantenga el trastorno de la Anorexia, a la vez de dificultar su tratamiento (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998). Algunos factores mantenedores según Gorab e Iñarritu, (2005), son aquellas conductas compensatorias inapropiadas, como los atracones y las consecuencias psicológicas y fisiológicas que no permiten salir del trastorno. Aquí desempeñan un papel importante las características individuales y psicosociales diferenciales, ya que actúan manteniendo el cuadro anoréxico y a la vez lo hacen evolucionar (Toro y Vilardell, 2000).

En resumen se establece que una persona se vuelve más vulnerable para desarrollar la Anorexia cuando se da una combinación de determinados factores familiares, sociales e individuales; los eventos estresantes en un momento determinado de la persona, sumados a la decisión de realizar dieta y a las actitudes extremas con respecto a la figura y el peso, precipitan el trastorno; mientras que la perpetuación está relacionada estrechamente con los efectos fisiológicos y emocionales producidos por el trastorno alimenticio (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

Sin embargo, cabe mencionar que los rasgos individuales, familiares y sociales pueden ser a la vez factores predisponentes, precipitantes y mantenedores dependiendo de la etapa en la que aparezcan en el trastorno anoréxico, es por esto, que en la siguiente descripción de los diversos factores que influyen en el desarrollo de la Anorexia, se señala un mismo elemento como factor predisponente, precipitante o perpetuante en un momento dado.

2.2.1 Factores Individuales

Existen dos tipos de factores individuales: por un lado los biológicos, como el sexo, la edad, la carga genética y en algunos casos la obesidad; y por otro los psicológicos, como la personalidad, la baja autoestima y la importancia dada a la imagen corporal, etc. (Gorab e Iñarritu, 2005).

2.2.1.1 Factores Biológicos

- **Sexo.** Por razones neurobioquímicas la mujer en comparación con el hombre parece ser más susceptible a padecer algún tipo de trastorno alimenticio, aunado a la presión social que se ejerce sobre ella, volviéndose más susceptibles a desarrollar la Anorexia (Gorab e Iñarritu, 2005).

- **Carga genética.** Las jóvenes con madres con AN tienen de siete a doce veces más riesgo de padecerla. Aunque el sólo hecho de tener riesgo genético no significa que se padecerá el trastorno (Gorab e Iñarritu, 2005). Sin embargo Toro y Vilardell, (2000), argumentan que existen estudios familiares que no han podido confirmar de modo significativo la existencia de AN en los padres de las anoréxicas, pero sí han hallado una significativa prevalencia de Anorexia entre hermanas, Tannenhau (1999) coincide de igual manera con esto último.

- **Edad.** La pubertad, es un periodo en el que los cambios sufridos pueden precipitar la aparición de la Anorexia, como se señaló en el capítulo anterior, es más frecuente en mujeres que tienen entre 13 y 18 años de edad. En este periodo, el adolescente experimenta incluso de forma súbita, cambios a los que debe adaptarse, conceptualizar y evaluar, produciendo en ocasiones un alto grado de estrés, ejemplo de ello es la importancia que otorgan a los rendimientos personales y a la aprobación o desaprobación de los demás (Toro y Vilardell, 2000). Asimismo en ese periodo, uno de los principales cambios son los corporales, máxime cuando en las mujeres hay una acumulación de grasa especialmente en las caderas, busto y muslos (Abraham y Llewellyn-Jones, 2005).

- **Obesidad.** Es uno de los factores que van de la mano con la insatisfacción corporal y que por lo tanto podría conducir a la AN, ya que alrededor del 33% de las mujeres anoréxicas suelen tener antecedentes de sobrepeso antes del comienzo del trastorno (Tannenhau 1999 y Toro y Vilardell, 2000).

Algunos investigadores señalan que los aspectos comunes entre AN y obesidad, son: la tendencia a la sobreestimación de la silueta y la introversión social (Giménez, Ardevol y Fernández, 2002).

De la misma manera en un estudio llevado a cabo por Giménez, Ardevol y Fernández, (2002) en Barcelona, analizaron la existencia de diferencias sintomatológicas y clínicas, entre pacientes anoréxicos con y sin obesidad-sobrepeso premórbidos, tratando de

distinguir cuál de dichos grupos presentan una mayor insatisfacción corporal. En los pacientes que no tenía antecedentes de obesidad-sobrepeso premórbidos se detectó un mayor miedo a la maduración. Y aunque poco significativo se mostró una mayor tendencia a la dieta, una mayor insatisfacción corporal y sentimientos más elevados de ineficacia; en el grupo de pacientes que sí habían tenido antecedentes de sobrepeso. Con base en otra investigación, se observa que los pacientes con AN purgativa tienen más antecedentes de sobrepeso y son más estrictos en el control en comparación con el grupo restrictivo, (Vaz, García-Herráiz, López-Vinuesa, Monge, Fernández-Gil y Guisado, 2003). No obstante lo que si es un hecho es que, la obesidad premórbida aparece como indicador de un peor pronóstico en la recuperación de pacientes con AN (Giménez, Ardevol y Fernández, 2002). Sin embargo, aunque es común observar que las mujeres obesas estén preocupadas por su peso, se ha demostrado que lo están más las mujeres que tienen un peso dentro del rango establecido. Un estudio efectuado por Ben-Tovim y Walker (citados en Toro, 1999), realizado en Australia con una amplia muestra de mujeres de 13 a 65 años de edad reveló que las actitudes referentes al cuerpo, apenas distinguían a las obesas de las que tenían un peso situado en el límite superior a la normalidad.

2.2.1.2 Factores Psicológicos

- Imagen corporal. En la adolescencia, la imagen corporal tiene demasiada importancia, siendo difícil aceptar un cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje de que ya se ha dejado la infancia (Abraham y Llewellyn-Jones, 2005; Crispo Figueroa y Guelar, 1998). Además, contrario a las mujeres adultas, las adolescentes suelen apreciar su cuerpo por partes, fijando más atención en las dimensiones y forma de sus senos, el tamaño de su abdomen, muslos, nalgas y caderas (Abraham y Llewellyn-Jones, 2005). Sin embargo, Malson (1997) y Raich (1998) coinciden en que ha ido disminuyendo el rango de edad con respecto a la preocupación de la imagen corporal observándose ya en niñas de 9 años. Estos datos han sido corroborados en diversos estudios con poblaciones mexicanas, en los que se observa mayor insatisfacción corporal entre niñas de 6 a 9 años, en comparación con púberes (Acosta y Gómez, 2003). También Tiggemann y Pennington (citados en Ogden, 2005) hallaron datos relevantes al pedir a niñas de 9 años que

clasificaran siluetas adecuadas a su edad. Concluyeron que para muchas, su ideal era una persona más delgada, en comparación con la percepción que tenían de su aspecto.

Sin embargo Wardle y Marsland (citados en Toro 1999), llevaron a cabo una investigación en Londres, con adolescentes entre 11 y 18 años, para observar la precocidad evolutiva de los trastornos alimentarios, así como las diferencias existentes entre sexos. Las niñas percibían su cuerpo de un modo distinto al de los niños, ellas se creían significativamente con sobrepeso; y juzgaban partes de su cuerpo como demasiado gruesas; esta preocupación aumentaba conforme a la edad. A los 11 años de edad el 39% se consideraron gordas, incrementándose progresivamente este porcentaje hasta alcanzar el 59% alrededor de los 16 años, mientras que en los varones los porcentajes eran del 19% al 23% respectivamente.

Y es que la imagen corporal es un factor importante en el desarrollo de la AN, por lo que en el marco de los trastornos alimentarios se define como la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física formada por tres componentes, el perceptivo, el cognitivo-afectivo y el conductual; la alteración de la imagen corporal supone un desequilibrio o perturbación en sus componentes (Lameiras, Calado, Rodríguez, y Fernández, 2003). Hilde Bruch (citado en Toro, 2004) fue la primera en sugerir la existencia de una alteración en la percepción de la imagen corporal dentro del trastorno de la AN; esta situación estimula el trastorno manteniéndolo al punto de provocar la muerte de la anoréxica (Gorab e Iñarritu, 2005; Tannenhaus, 1999).

Asimismo Garner y Garfinkel (citados en Espina, Ortego, De Alda, Yenes y Alemán, 2001) señalan que las alteraciones de la imagen corporal incluyen dos aspectos relacionados: distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo y la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura. Sin embargo Tannenhaus (1999) indica que algunos estudios señalan que ellas están concientes de su aspecto, pero creen que éste aún es inaceptablemente gordo. Es decir, que sus percepciones pueden ser correctas, sin embargo sus ideas y sentimientos acerca de su aspecto son inapropiadas.

En la revisión bibliográfica llevada a cabo por Sepúlveda, Botella y León (2007) hallaron resultados similares en los que se expone que las medidas actitudinales con componentes cognitivo-afectivos, originan mayor alteración de la imagen corporal en comparación con las medidas perceptivas basadas en juicios puramente perceptivos. Mientras que

Casablanca et al., (citados en Malson, 1997) encontraron que las mujeres anoréxicas sobreestimaban significativamente partes de sus cuerpos, sin embargo cuando realizan una percepción de su cuerpo completo la distorsión es mínima.

Espina et al. (2001) estudiaron las diferencias en la insatisfacción con la imagen corporal entre mujeres que presentan un TCA y aquellas que no, ambas con similares características sociodemográficas. Se encontró que controlando el índice de masa corporal (IMC), las mujeres con algún trastorno alimentario presentan una insatisfacción con la imagen corporal significativamente mayor que el grupo control, pero no se encontraron diferencias significativas entre los diferentes TCA.

Contrario a estos resultados, en la revisión bibliográfica realizada por Sepúlveda, Botella y León (2007), en estudios publicados entre 1970 y 1998, hallaron que los grupos anoréxicos difieren poco de los grupos control al evaluar la insatisfacción corporal. Mientras los grupos bulímicos sí obtienen un nivel significativamente más alto, a pesar de las similitudes en la forma de evaluar la alteración de la imagen corporal. No obstante, los autores sugieren que se debe tener precaución con la evaluación perceptiva basada en estimaciones del cuerpo entero o por partes; ya que se obtiene mayor distorsión en este último caso.

- Autoestima. De acuerdo con Crispo, Figueroa y Guelar (1998) se refiere al grado en que un individuo se acepte a sí mismo. Cuanto más alejada esté la persona de lo que ella misma considera como ideal, más baja será su autoestima. Tannenhaus (1999), Malson (1997) y Crispo, Figueroa, y Guelar (1998), indican que la anoréxica suele ser una persona con baja autoestima que siente un deseo excesivo por agradarle a los demás y evitar situaciones estresantes, incluso procura hacer feliz a los demás aún a expensas de su propia felicidad. Los parámetros para la autoestima varían con relación al sexo, para las mujeres suele estar más asociada a la apariencia o imagen externa, a la aprobación del otro y a cumplir con las expectativas de los demás (Crispo Figueroa, y Guelar 1998). Dorantes y Martínez (2007), realizaron un estudio con la finalidad de identificar el nivel de autoestima con respecto a las creencias de su imagen corporal y la aceptación de ésta en mujeres de 19-40 años en comparación con mujeres de 39-41 años. Los resultados son de resaltar, ya que contrario a lo hallado en otras investigaciones, las mujeres del grupo de 19-40 años reflejaron una mayor autoestima de la imagen corporal en relación con el grupo de mujeres de mayor edad, mostrando además ambos grupos que lo que no les gustaba de sus cuerpos

estaba relacionado con la obesidad. Esto quizá explicaría la creencia de la joven anoréxica al suponer que mediante la delgadez puede alcanzar una autoestima suficiente (Gorab e Iñarritu, 2005).

- Conductas de riesgo. Quizá uno de los factores más importantes en la relación entre obesidad, insatisfacción corporal y AN es la motivación a comenzar una dieta (Abraham y Llewellyn-Jones, 2005; Gorab e Iñarritu, 2005; Lameiras et al. 2003; Tannenhaus, 1999; Toro y Vilardell, 2000). Así, la mayoría de las mujeres con AN disminuyen drásticamente la cantidad de alimentos que consumen, eliminando casi por completo el consumo de carbohidratos, como lo son: el pan, los dulces y el azúcar, grasas, entre otros; aunque generalmente dejan de consumir cualquier tipo de comida. Las jóvenes cuyo peso se encontraban dentro del rango normal, antes de padecer el trastorno alimenticio, por lo general empiezan a perder peso disminuyendo la porción de alimentos y evitando situaciones en las que tienen que comer, inventando una serie de pretextos con sus amigos y familiares (Abraham y Llewellyn-Jones, 2005). La práctica de ejercicio físico desmedido, con el objetivo de reducir peso y forma corporal, también es considerada una conducta de riesgo.

La decisión de llevar a cabo un régimen alimenticio, dependerá mucho de la personalidad de la mujer y de las circunstancias particulares en las que se encuentre. La preocupación obsesiva por su peso puede ser una expresión de desafío, por ejemplo ante su familia o compañeros quienes se burlan de su figura y su peso; o puede ser competición con una amiga para perder peso (Abraham y Llewellyn-Jones, 2005).

Además Polivy y Herman (citados en Malson, 1997) señalan que cuando por determinada circunstancia se rompe la dieta, provoca que la persona se des controle y consuma enormes cantidades de alimentos. Crispo, Figueroa y Guelar (1998) y Cabetas (2004), observaron que debido a la preocupación y sentimientos de derrota, que se producen en la joven al llevar a cabo un atracón, se obliga a realizar conductas de riesgo como regímenes más estrictos y/o a compensarlos vomitando o haciendo uso indebido de laxantes y/o diuréticos (Abraham y Llewellyn-Jones, 2005; Espina, 2003). Por lo que las prácticas de control de peso y las obsesiones con las dietas además de ser uno de los factores precipitantes del trastorno de la Anorexia son también, el factor principal para que el trastorno se perpetúe debido a la circularidad de “atracción- purga”.

Ballester y Guirado (2003), encontraron la presencia de conductas alimentarias de riesgo en niños españoles entre 11 y 14 años tales como evitar comer alimentos que engordan, controlar su peso, tomar laxantes, intentar vomitar cuando han comido mucho, así como llorar debido a su figura física. Por lo que los autores consideran necesario prevenir en edades más tempranas en las que se pueden estar gestando los trastornos alimentarios, ya que son escasos los trabajos que intentan detectar conductas alimentarias problemáticas en la infancia temprana.

- Afición por temas, deportes u oficios relacionados a la imagen corporal. Estas mujeres suelen coleccionar libros y artículos de revistas relacionados con la comida y los regímenes alimenticios, llegando a tener mejores conocimientos sobre nutrición que el resto de la gente; además de vigilar los platos o las calorías, evitar comer ciertos alimentos, cortar la comida en pedacitos pequeños moviéndolos de un lado a otro dentro del plato y preparar las comidas para otros, como la familia o amigos (Abraham y Llewellyn-Jones, 2005; Strada 2002; Tannenhaus, 1999). Moreiras-Varela, Carbajal, Núñez y Morandé (citados en Cabetas, 2004), en una muestra de 45 adolescentes diagnosticadas de AN un 26% se preparaba la comida y un 26% vigilaba la preparación. Estos porcentajes descendían a un 13% y un 9% en los controles.

La afición por practicar un deporte o actividad relacionada en gran medida con el aspecto físico o peso, como por ejemplo, ser bailarina de ballet, modelo, actriz, etc constituye también un factor en el desarrollo de la AN, ya que este tipo de actividades, aunque son consideradas sociales también requieren un bajo o alto grado de competitividad, en el cual el propio cuerpo cuestiona, sus dimensiones y su imagen. (Gorab e Iñarritu 2005; Tannenhaus, 1999; Toro y Vilardell, 2000).

Oliveira, Bosi, Vigario y De Silva (2003), mencionan que la influencia del ambiente deportivo en el desarrollo de la AN puede ser debido a que éste funge como un medio amplificador de presiones socioculturales, motivadas por el ideal del cuerpo delgado. Estos autores llevaron a cabo una investigación para verificar la presencia de comportamientos sugestivos de TCA, alteraciones de la imagen corporal y disfunciones menstruales, en atletas de sexo femenino, que tenían de 2 a 4 años entrenando, en comparación con mujeres no atletas. Los resultados arrojaron que un 33% de las atletas presentaron una leve distorsión de la imagen corporal, aunque dicha distorsión se encontraba dentro de los

patrones esperados para la edad y el sexo con respecto a los valores de grasa corporal. Y sólo el 16,6% de las atletas tenían una ligera alteración en los hábitos alimentarios; por lo que estos autores sugieren la necesidad de una evaluación más amplia de la existencia de TCA y de sus precursores en el ambiente deportivo, como forma de prevención.

Por otro lado, Brenner y Cunningham (citados en Toro, 2004), publicaron los resultados de una investigación en la cual se descartó la hipótesis de que las mujeres dedicadas al oficio del modelaje profesional presentaban en mayor medida algún tipo de TCA en comparación con las mujeres en general. Los autores sugieren que las modelos pueden obtener una satisfacción corporal y autoestima altas por el prestigio adquirido mediante su profesión, por lo cual difícilmente desarrollarían algún TCA; sin embargo las estudiantes de modelaje podrían estar experimentando conductas de competitividad lo cual es un factor que conduciría al desarrollo de algún TCA.

Por otro lado Jonge y Van Furth (citados en Toro, 2004), mencionan que la carencia de estudios con respecto a la asociación entre trastornos alimentarios y el oficio del modelaje, es debido a que la mayoría de las agencias se muestran escépticas a este tipo de análisis y en general siempre existe una negación de que sus modelos padezcan algún tipo de trastorno alimentario, quizá con el objetivo de evitar que salga a la luz pública.

Preti, Usai, Miotto, Petretto y Masala (2008) coinciden en que son muy pocos los estudios con rigor metodológico que han estudiado este campo, por lo cual investigaron la prevalencia de TCA en un grupo de modelos profesionales en Italia, comparados con un grupo de mujeres con el mismo rango de edad y con similares rasgos socioculturales. No se encontraron diferencias significativas en los tests aplicados, sin embargo, a través de la Evaluación de los Desordenes Alimentarios (EDE), el grupo de modelos presentaron significativamente más síntomas de TCA que el grupo control. El IMC inferior a 18 se detectó en el 58% de las modelos en comparación con un 12% del grupo control. Tres modelos reportaron principios clínicos de AN. Los autores sugieren que es necesario realizar más estudios que ayuden a establecer si la elevada presencia de síntomas de TCA es consecuencia de los requisitos de la profesión por mantener una figura esbelta o si la profesión del modelaje es elegida por chicas que previamente han desarrollado algunos síntomas de TCA, por lo que la presión a ser delgado impuesto por esta profesión, es más fácil de tolerar por las personas predispuestas a los TCA.

Además en años recientes, ha surgido una serie de noticias mundiales relacionadas con la muerte de diversas modelos debido a este tipo de trastornos. Tal es el caso de la modelo Maiara Galvao Vieira, quien falleció en enero del 2007, con 14 años de edad, 1.70 metros de estatura y con un peso de 38 kilogramos. Igualmente entre noviembre y diciembre de 2006, otras cuatro jóvenes brasileñas, vinculadas a este mismo medio, murieron por complicaciones de salud derivadas de la AN. Una de ellas era la modelo internacional Ana Carolina Reston de 21 años, quien medía 1.72 metros y pesaba sólo 40 kilos. El caso Reston hizo que las agencias de modelaje en Brasil exigieran un certificado de buena salud a todas sus modelos; no obstante, Brasil es el principal país exitoso en la formación de modelos, con agencias que someten a las jovencitas a rigurosas dietas y extenuantes jornadas de ejercicio para adquirir la figura ideal (Cruz, 2007)

- Abuso de alcohol y otras sustancias. Behar (2004), realizó una investigación en la que revisó bibliografía especializada acerca de la asociación entre ambas patologías, encontró que el 27% de las pacientes con trastornos alimentarios presenta dependencia a alcohol. La AN restrictiva se relaciona hasta al 6% con el abuso y/o dependencia de alcohol, la Anorexia purgativa en un 10% y 28% y en las pacientes bulímicas hasta un 50%. Y con respecto al tabaquismo, un estudio británico difundió en la prensa que el 25% de las chicas y el 21% de los chicos de 15 años de edad, resultan afectados por el hábito de fumar, hallando además que las muchachas fuman por su deseo de estar delgadas, a los 17 años el 40% de las adolescentes sienten interés por imitar a una modelo que fume, suponen que así pueden perder peso con más facilidad. En el área clínica es frecuente relacionar el fumar con intencionalidad anorexígena en jóvenes con TCA (Toro, 1999).

Franko, Dorer, Keel, Jackson, Manzo y Herzog (2008), realizaron un estudio longitudinal para evaluar la relación entre AN, BN y el uso de drogas. Durante el curso del estudio se detectó uso de alcohol e intentos suicidas, además previo al estudio hallaron que la hospitalización por trastornos emocionales, predetermina el uso de drogas en la AN. Por último contrario a lo esperado, el uso de drogas no influyó en la recuperación de los TCA.

De igual manera Granner et al. (citados en Behar, 2004) hallaron que la frecuencia de cigarrillos y alcohol en estudiantes femeninas de raza negra y blanca estuvo significativamente correlacionada con insatisfacción corporal y motivación por la delgadez.

Además el uso del cigarro y alcohol, independientemente de la raza o de otras variables demográficas, aumentó junto con las actitudes de los trastornos alimentarios.

- Personalidad. Abraham y Llewellyn-Jones (2005), señalan que muchas mujeres anoréxicas son hiperactivas, no pueden estar quietas y necesitan estar haciendo alguna actividad constantemente, siendo incapaces de relajarse.

También suelen tener carencia de independencia y de control (Malson, 1997). Sin embargo, contrario a lo señalado con respecto a la carencia de control, Tannenhaus (1999) y Garfinkel, Brown y Darby (citados en Lugli-Rivero y Vivas, 2001) afirman que es común que posean una personalidad rígida, procurando tener las circunstancias bajo control, una autodisciplina considerable, siguiendo reglas ya estipuladas. Se cree que este rasgo en su personalidad se desarrolla a partir de que se ha generado el trastorno, con el fin de controlar su ingesta y mantener su postura. Asimismo Crispo, Figueroa y Guelar (1998), argumentan que el exagerado control del peso, quizá sea una compensación de aquellas situaciones que no le son fáciles de manejar; considerándolo entonces como su área de triunfo.

Sin embargo, es posible que las anoréxicas no tengan una noción de este rasgo, ya que Shapiro, Blinder, Hagman y Pituck (citados en Lugli-Rivero y Vivas, 2001) encontraron que las pacientes con TCA presentaban una baja percepción de autocontrol en dominios tales como comer, manejo de estrés, relaciones con otras personas significativas y la manera como se sienten respecto a ellas mismas; aunque los autores consideran la necesidad de establecer con mayor precisión la conducta de autocontrol, así como también determinar la naturaleza de este rasgo experimentado por estas pacientes.

En otro estudio transversal llevado a cabo en Venezuela, exploraron el control personal de la conducta en sus tres aspectos: control objetivo (control que perciben en sus conductas), control subjetivo (capacidad para regular tal control) y creencias de control (control atribuible a ellas misma, a otras personas u organismos) en mujeres: con TCA, en riesgo de padecerlos y en grupo control. A través de la aplicación de diversos instrumentos, se encontró que las personas con TCA presentan dificultad en la emisión de conductas de autocontrol, sentimiento de ineficacia personal para autorregular la conducta y una elevada creencia en el control que otros tienen sobre sus actos y consecuencias. También se observó que tanto las participantes sin trastorno alimentario como las del grupo en riesgo, obtuvieron un elevado nivel en los tres componentes de control. Con base en los resultados

encontrados, los autores señalan que el control personal considerado como factor de riesgo podría ser también un factor protector, debido a que evitaría que algunas personas con conductas sugestivas de un TCA lleguen a presentar una sintomatología más severa del trastorno; sin embargo, esta hipótesis debe ser corroborada por estudios posteriores (Lugli-Rivero y Vivas, 2001).

Por otro lado Crispo, Figueroa y Guelar (1998), señalan que además suelen ser jóvenes que están muy “estancadas” en la niñez, con temor a crecer y a afrontar la independencia que eso significa. Por lo que de acuerdo a Tannenhaus (1999) son muy dependientes de sus padres. Además de ser inseguras, al grado de que duden de su capacidad, teniendo gran dificultad para resolver problemas que requieran de sus recursos personales (Toro, 2004).

La inestabilidad emocional que presentan fue evaluada por Garner et al. (citados en Toro y Vilardell, 2000), con grupos de mujeres control, obesas y anoréxicas, encontraron que estas últimas son más inestables emocionalmente; coincidiendo con Gorab e Iñarritu (2005) y Tannenhaus (1999), al hallar que además son más introvertidas y tímidas.

La depresión es otro factor que ha sido considerada por algunos autores como un estado emocional que influye en el desarrollo de la AN, pero también existen autores que consideran a este trastorno alimenticio como una variante de la depresión, puesto que hay algunas sintomatologías que coinciden en ambos trastornos (Malson, 1997).

Toro y Vilardell (2000) señalan que además de la depresión se encuentran los trastornos por ansiedad y el síndrome obsesivo-compulsivo. En investigaciones realizadas por Tejero et al. (citados en Op. cit.), las anoréxicas presentan, niveles de ansiedad significativamente superiores a los controles. Si estos trastornos emocionales ya existían antes de desarrollarse la Anorexia, en especial la depresión, entonces pueden actuar como factores predisponentes y una vez desarrollada actuarán como mantenedores del trastorno.

Jimerson, Wolfe, Franko, Covino, y Sfineos (citados en Eizaguirre, Ortego, Ochoa, Martínez y Alemán, 2001), controlando la depresión, indican la existencia de alexitimia en pacientes con TCA; la alexitimia de acuerdo con Toro (2004) es un estado emocional, que se caracteriza por la dificultad para identificar y describir los propios sentimientos, una actividad imaginativa pobre y un pensamiento con contenidos relacionados a preocupaciones por síntomas corporales y/o por detalles concretos de las situaciones. Bruch (citado en Eizaguirre, et al., 2001) sugirió que la dificultad para discriminar y expresar

sentimientos, así como para diferenciar estados emocionales y sensaciones corporales, constituyen un déficit central en los trastornos alimentarios.

Además la mayoría de las mujeres anoréxicas de acuerdo a Gomez (2003), muestran cierta represión de sus pulsiones sexuales y cierta ansiedad; no tienen contactos sexuales, no se masturban ni salen con chicos, y muchas, al igual que en tiempos medievales, mueren vírgenes.

A través de diversos estudios también se ha observado que el perfeccionismo es otro rasgo de la personalidad que influye en el desarrollo de la AN y en ocasiones si éste no existía previo al trastorno la ex paciente puede desarrollarlo a consecuencia de haber padecido una enfermedad grave o como efecto colateral del tratamiento (Toro, 2004). De igual manera, Crispo, Figueroa y Guelar (1998), mencionan que el perfeccionismo es un rasgo muy común en ellas, a tal punto que siempre creen que nunca hacen algo lo suficientemente bien. Paradójicamente este perfeccionismo, en vez de reforzar la seguridad en sí misma, crea más inseguridad, porque exige no fallar. El perfeccionismo quizá sea también uno de los motivos por los cuales la Anorexia persiste en una persona (Tannenhaus, 1999).

- Acontecimientos vitales. La aparición de algún acontecimiento vital demanda del sujeto una capacidad de respuesta que quizá no disponga en ese momento, creando así una tensión que puede producir el inicio del trastorno anoréxico (Raich, 1998 y Toro y Vilardell, 2000). Tales acontecimientos vitales pueden ser el término de un noviazgo, un embarazo no deseado, el matrimonio, un examen importante, el fallecimiento de una persona significativa, separación de los padres, el fracaso en algún ámbito personal, (Abraham y Llewellyn-Jones, 2005; Tannenhaus, 1999; Toro y Vilardell, 2000). Strober (citado en Toro y Vilardell, 2000), encontró que sus pacientes anoréxicas, habían experimentado como promedio, más cambios o acontecimientos vitales que la población adolescente normal, asimismo las anoréxicas purgativas habían experimentado el doble de acontecimientos vitales en comparación con los vividos por las anoréxicas restrictivas.

De igual forma los abusos sexuales en la infancia, también son considerados acontecimientos vitales debido a que pueden generar considerable angustia a largo plazo y los desórdenes alimentarios pueden estar cercanamente conectados con la angustia que ellas continúan sintiendo sobre tales abusos. Sin embargo, De Groot et al., (citados en Malson, 1997) señala que la angustia es un sentimiento en las vidas de muchas mujeres, y no todas

desarrollan un desorden alimenticio, además muchas de las mujeres diagnosticadas con desórdenes alimentarios no reportan experiencias de abuso sexual infantil.

El contacto sexual con la pareja, es también considerado como un suceso estresante de acuerdo con Raich (1998) y Toro (2004), ya que simboliza nuevas adaptaciones y exigencias sociales al ponerse en cuestión ante otra persona y con uno mismo, hallándose además como precedente inmediato para la AN,.

Por último es importante resaltar que las alteraciones físicas y psicológicas como consecuencia de la AN, tales como las mencionadas al inicio del capítulo, constituirán un importante factor de mantenimiento; en concreto se podría decir que es la Anorexia produciendo más Anorexia (Malson, 1997; Raich 1998; Toro y Vilardell, 2000).

- **Disfunción cognitiva.** Existen diversas investigaciones que demuestran la existencia de disfunciones cognitivas, que generan alteraciones en algunos rasgos de la personalidad o ideas irracionales que influyen en el desarrollo de la AN. En el trabajo de Kowaleski (citado en Borda, Del Río y Torres, 2003) halló que en personas con alteraciones en la conducta alimentaria, el estilo cognitivo disfuncional en los rasgos de: control percibido, habilidades para la solución de conflictos y atribución de éxito/fracaso, entre otras variables, contribuyó de un modo significativo al mantenimiento de dietas restrictivas como método de regulación de la comida y el peso.

Igualmente, Borda, Del Río y Torres (2003) al comparar las creencias racionales e irracionales, globales y específicas de mujeres con algún tipo de TCA y mujeres control. Hallaron que las creencias irracionales en los grupos de pacientes con TCA, alteraban en mayor medida áreas como:

- a) **Perfeccionismo**, la persona realizaba conductas como el vómito, el ejercicio excesivo, o la restricción alimentaria, debido a que creía que “estando delgada alcanzaría la perfección”
- b) **Demandas de aprobación**, es decir la necesidad de recibir afecto y aprobación de los demás, por lo que el mantenimiento de pensamientos automáticos tales como: “necesito estar delgada”, “si como, engordo”, son creencias erróneas en las que se cree que es posible perder la valoración positiva de los demás.

- c) Frustración, pensamientos automáticos tales como “tengo que perder más peso”, “está todo perdido”, o “tengo que ...” son ejemplos de escasa tolerancia a la frustración, sin encontrar diferencias entre las anoréxicas y las bulímicas nerviosas.
- d) Desesperanza, pensamientos como “no soy lo suficientemente delgada” a pesar de lo contrario, infunden un estado depresivo de tristeza y sufrimiento
- e) Irresponsabilidad emocional entendida como la necesidad de evitar las responsabilidades y afrontar los problemas, justificaciones del tipo “tengo que estudiar o ...” (en lugar de acudir a terapia), son ejemplos de argumentos expresados por las pacientes, que si bien denotan una cierta responsabilidad, no siempre resulta en la dirección deseada, en esta área no se encontraron diferencias entre los grupos de AN y BN.

2.2.2 Factores Familiares

Lasègue fue el primer médico del siglo XIX en sugerir que el rechazo de alimentos constituía una forma de conflicto intrafamiliar entre la joven y sus padres (Toro, 1999). Aunque, contrario quizá a lo que se cree, no todas las anoréxicas proceden de familias disfuncionales, sino también lo hay quienes proceden de familias afectuosas, cariñosas y amables (Tannenhaus, 1999). Por lo que así como no hay una personalidad de anoréxica universal, tampoco hay modelos universales de etiología familiar (Malson, 1997). De ahí que el grado en el cual la patógena familia anoréxica puede ser distinguida de la familia normal o de otras familias psicósomáticas permanece poco claro, pudiendo apreciarse únicamente en muestras clínicas altamente seleccionadas (Malson, 1997; Toro, 2004).

El factor del entorno familiar debe ser considerado en un momento antecesor a la Anorexia, debido a que una vez desarrollado el trastorno, existe una serie de características relativamente comunes. Aunque Morandé (1999) y Crispo, Figueroa y Guelar. (1998) mencionan que el periodo previo a la enfermedad es difícil de recordar tanto para la persona anoréxica como para sus familiares; resultando igualmente difícil diferenciar aquellos factores que se desatan una vez desarrollado el mismo. Además, la percepción de la dinámica familiar depende en gran medida del estado emocional de la anoréxica, por lo que diversos estudios y observaciones obtendrán resultados distintos según se realice en

una u otra fase del trastorno. Esto demuestra la dificultad en la formulación de hipótesis en cuanto a la dinámica familiar en torno a la AN, ya que las observaciones que se realizan, se llevan a cabo en el momento familiar actual del trastorno y no previo al apareamiento de este. Así, las actitudes y conductas modificadas una vez presentado el trastorno, pueden tomarse en cuenta como correlaciones, pero nunca como relaciones causa-efecto (Toro, 2004).

Por otro lado, la Anorexia ha sido considerada por algunos autores, no solo como un desorden psicológico creado dentro de una familia disfuncional, sino también mantenido por este contexto familiar (Malson, 1997). Aunque cabe señalar que tales características propias de la familia, no son determinantes en el desarrollo del trastorno sino que se suman otros factores extrafamiliares; además de que muchas de las hipótesis planteadas alrededor de la influencia familiar, derivan de observaciones realizadas con un pequeño número de muestra; sin poder lograr una generalización (Morandé, 1999; Toro, 2004).

A pesar de lo anterior, a partir de la década de los sesenta, surge la posible existencia de un tipo de familia específica para el desarrollo de la AN, entendida de acuerdo con Toro (2004) y Toro y Vilardell (2000) como aquella donde los padres posean ciertas características psicológicas y exista cierto patrón interactivo concreto, los cuales serán descritos a continuación.

- Características psicológicas. Sheppy et al. y Guttman (citados en Malson, 1997), describe a estas familias como psicológicamente desequilibradas, perfeccionistas y ambiciosas. Asimismo se ha descubierto que las anoréxicas, a menudo proceden de familias en las cuales un familiar de primer grado como lo es el padre, la madre o hermanos, padecen de trastornos emocionales como depresión o manía depresiva manifestaciones psicósomáticas múltiples y ansiedad (Morandé, 1999; Tannenhaus, 1999). Estos rasgos según Toro y Vilardell (2000), resultan de suma importancia como factor predisponente para la Anorexia.

Eizaguirre et al. (2001), investigaron la relación de la alexitimia familiar y los trastornos alimentarios, entre familias con una hija con TCA y un grupo control, todos con características sociodemográficas similares. Hallaron que la alexitimia de las hijas está asociada a las de sus padres y madres. Por lo que la alexitimia parece ser una característica de las familias con TCA, especialmente en las madres. Quedando por esclarecer si es un

rasgo importante en el desarrollo del trastorno o es un estado debido al mismo. Cabe recordar que las personas con alexitimia no pueden procesar cognitivamente las emociones, lo cual les impide discriminar sus sentimientos y expresarlos; si los padres padecen este trastorno, las dificultades en la crianza serán obvias, pues no podrán ser empáticos ni ayudar a sus hijos a percibir y controlar sus emociones.

Además Morandé (1999), señala la prevalencia de consumo de alcohol, en los familiares de primer grado. Chandy, et al. (citados en Behar, 2004) efectuaron un sondeo en Estados Unidos con mujeres adolescentes con padres que abusaban del alcohol, se obtuvo una prevalencia significativamente mayor de síntomas de trastornos alimentarios. Asimismo Behar (2004) indica que se ha detectado una alta incidencia de alcoholismo en familiares de primer grado de pacientes con trastornos alimentarios, señala también que el abuso de alcohol parental se observa hasta en el 50% de pacientes bulímicas y el 7% en pacientes anoréxicas.

- **Dinámica Familiar.** Casi siempre están caracterizadas por tener altos niveles de conflictos (Malson, 1997), debido a su incapacidad para resolverlos y con tendencia a ser aislados (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998). También son desorganizadas, con alto nivel de expectativas sobre los hijos, poco unidas y con incapacidad de establecer mutua ayuda (Gorab e Iñarritu, 2005), los padres suelen ser sobreprotectores, y con falta de flexibilidad para adoptar y regular nuevas posturas y reglas familiares adecuándolas a las diferentes etapas, en especial sin brindarles a sus hijos el apoyo necesario para la formación de la individuación y separación comunes a la adolescencia, así como ausencia de límites generacionales por ejemplo, que algún hermano adopte el papel de padre (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998; Strada, 2002; Toro, 2004). Pero sobre todo se suele señalar que poseen pobre comunicación e interrelación entre sus miembros, siendo este un factor importante para que la joven desarrolle AN (Crispo, Figueroa y Guelar 1998; Dallos y Denford, 2008). Stern, et al. (citados en Toro, 2004), publicaron uno de los primeros estudios sobre la relación entre el funcionamiento familiar y los TCA. Los resultados señalaron que las anoréxicas bulímicas, percibían menor cohesión familiar; las anoréxicas restrictivas percibían a sus familias menos orientadas a actividades recreativas y ambos grupos de anoréxicas percibían a sus familias con pobre expresión de sentimientos. Se ha constatado que los miembros de la familia de la anoréxica, comúnmente son personas que desapruueban

la expresión espontánea de los sentimientos; particularmente los referidos a emociones negativas como el enojo, o la cólera (Tannenhaus, 1999).

De manera similar Onnis y Di Genaro (citados en Eizaguirre et al. 2001), apoyándose en la descripción hecha por Minuchin, Rossman y Baker sobre las familias "psicosomatógenas", señalan que la alexitimia, mencionada anteriormente, funciona como el síntoma de una familia que evita el conflicto y las tensiones emocionales. Según estos autores, la dificultad para verbalizar experiencias emocionales es debido a que las emociones son bloqueadas para evitar conflictos y mantener un mito de "armonía". Por lo tanto, Onnis y Di Genaro señalan que la comunicación a través de la conducta alimentaria, planteada desde la terapia familiar sistémica, puede ser la salida necesaria para familias en las que existe una dificultad en la vivencia de emociones.

Tannenhaus (1999) y Malson (1997) señalan que además en estas familias es común que los padres quieran tomar el control y decisiones sobre la vida de sus hijas. Abraham y Llewellyn-Jones (2005), mencionan que ambos padres pueden incluso contradecirse al pedirle a su hija que sea más independiente haciéndola sentir a la vez incapaz de valerse por sí misma. Por ello es probable que las jóvenes anoréxicas suelen sentirse encerradas o agobiadas, no solo por la vigilancia ejercida por sus padres, sino porque es común que sean obligadas a hacer cosas o a llevar un estilo de vida que no desean (Strada, 2002).

Además de acuerdo con Morandé (1999) y Gorab e Iñarritu (2005), se ha encontrado que uno de los momentos cruciales por el que pasan aproximadamente un tercio de las anoréxicas, antes de manifestar su enfermedad, son los problemas de pareja entre los padres. Aunque, Toro y Vilardell (2000), argumentan que la conflictividad conyugal como factor predisponente o precipitante depende de imprecisas relaciones cronológicas o de la decisión subjetiva del investigador.

Por otro lado Ballester y Guirado (2003), Gorab e Iñarritu (2005) y Tannenhaus (1999) encontraron en diversas investigaciones que el comportamiento alimentario de la madre, en concreto el haber realizado dieta, así como actitudes que estos padres mantienen hacia sus hijos, como el reñirles por su falta de apetito o el fomentar que realicen ejercicio para quemar calorías, podrían influir negativamente en la adquisición de comportamientos y actitudes alimentarias problemáticas en sus hijos.

Igualmente, uno de los elementos familiares implicados en el mantenimiento y/o empeoramiento del trastorno, son las expresiones relacionadas con comentarios críticos o señales de hostilidad dirigidos al paciente (Toro, 2004). Butzlaff y Hooley (citados en Toro, 2004), realizaron una revisión de tres estudios relacionados con la convivencia familiar y el trastorno de la Anorexia, hallaron que la elevada expresión de comentarios críticos se asocia a un peor cumplimiento de normas dietéticas, a aumentos de peso tras haber seguido tratamientos para la obesidad y a una finalización prematura del tratamiento en pacientes con AN.

- Nivel socioeconómico. Existe una alta incidencia de AN en familias que están situadas en estratos socio-económicos-culturales medios y altos (Toro y Vilardell, 2000). Con relación a las familias de clase media, Lasègue opinaba que a la prolongación de dependencia de la hija hacia sus padres se suma un amor paternal intenso, constituyéndose el escenario en el que se desarrollaba la Anorexia. Observando además que dichas familias contaban con voluntad y capacidad de invertir recursos emocionales y económicos en ellas (Toro, 1999).

- Estructura Familiar. Contar con padres separados, divorciados o viudos aumenta el riesgo de desarrollar un TCA a mediano plazo, (Toro, 2004), siendo probable que los hijos realicen comidas en solitario, lo cual sería un factor de riesgo.

Por otro lado una vez desarrollada la AN, surge en cierto momento, la unión entre los padres para cuidar y hacerle caso a su hija; siendo quizá la mayor de las atenciones que le han brindado a lo largo de su vida (Malson, 1997; Morandé, 1999; Tannenhaus,1999). Asimismo Dallos y Denford (2008) en un estudio cualitativo pudieron apreciar que el miembro con Anorexia jugaba un papel importante en los demás miembros de la familia para corregir las experiencias negativas vividas durante su infancia.

Pero el trastorno no siempre sirve como un punto de unión o quizá de mejora en la relación familiar, ya que Strada (2002), Toro (2004) y Toro y Vilardell (2000) mencionan que el trastorno desarrollado en un medio familiar particular, suscita una serie de conflictos y desajustes, generando sentimientos de enojo, ansiedad y culpa, queriendo saber en qué se falló, quién es más responsable de lo sucedido, luchas por el poder y más deterioro en la comunicación; estos desajustes suelen estar más relacionados con la evolución del trastorno que con su origen.

- Imagen materna. Ogden (2005) ha destacado el papel de la madre, debido a que descontentas con su propio cuerpo, comunican esa sensación a sus hijas, produciendo también en ellas una insatisfacción con su cuerpo. Hall y Brown (citados en Ogden, 2005), señalan que las madres de hijas anoréxicas muestran mayor insatisfacción corporal que aquellas madres de niñas sin algún TCA. Así, Ogden y Steward (citados en Toro, 2004), investigaron la influencia entre madre e hija en términos de “hipótesis de modelado” (si la madre está insatisfecha con su cuerpo, entonces la hija, también lo estará con su propio cuerpo) o de una “hipótesis interactiva” (la relación existente entre ambas). El estudio evaluó los niveles de insatisfacción corporal tanto de las madres como de las hijas y la relación existente entre ambas. En los resultados no se observó la hipótesis de modelado, sin embargo, se observó que existía una mayor probabilidad de que las hijas estuvieran insatisfechas con su cuerpo si sus madres no confiaban en su autonomía ni en la de su hija, así como una tendencia de depositar en éstas sus propias expectativas, lo cual confirma la hipótesis interactiva. Igualmente Gomez (2003), argumenta que posiblemente la inseguridad que caracteriza a las mujeres anoréxicas sea transmitida por la madre, la cual fue asimismo educada bajo las ideas de autodesvalorización y autodesprecio, sintiéndose todo el tiempo inseguras de su desempeño como madres, y necesitando casi desesperadamente la aprobación de los demás, principalmente la de su hija. Por otro lado, los resultados arrojados de una investigación muestran que en las madres de hijas con un TCA, poseen puntuaciones más elevadas en el rasgo de alexitimia, en comparación con el grupo control (Eizaguirre et al., 2001).

Malson (1997), señala además que las madres de hijas anoréxicas son comúnmente representadas como dominantes e intrometidas. Asimismo Bruch (citado en Ogden 2005), afirmaba que la Anorexia puede ser el resultado de una lucha de la niña para desarrollar su propia identidad personal en medio de una dinámica madre e hija que limita la autonomía de esta última.

Strada (2002) y Toro (2004) indican que además son poco flexibles emocionalmente para con sus hijas y suelen ser del tipo de mujeres hiperactivas que no para ni un momento, a veces sufren de arrebatos inexplicables de mal genio, se quejan de estar sometidas a mucha tensión y hacen una serie de reproches al marido, del que suelen estar distanciadas emocionalmente. También, con base en el enfoque psicoanalítico puede suceder que en la

etapa de la adolescencia de la hija, la madre tenga cierta envidia hacia ella, porque esa etapa involucra libertad y oportunidades que quizá la madre no tuvo (Gomez, 2003).

Pero a pesar de dichas características muchas anoréxicas suelen mencionar que son muy dependientes de su madre, pero sin dejar de lado su propia opinión, entre ellas tienen poca comunicación y además se sienten poco escuchadas por ellas (Strada, 2002). De hecho la anoréxica suele darse cuenta de que la madre siente preferencia por los varones de la familia, y por lo tanto pide a gritos la atención de la madre (Gomez, 2003).

Asimismo, el enfoque psicoanalítico postula que en la conflictiva relación madre-hija se distinguen de acuerdo con Gomez (2003) y Malson (1997) sentimientos ambivalentes, ya que la madre se siente alegre y conforme de que su hija ocupe una posición similar a la suya en la sociedad, pero a la vez, no puede evitar transmitirle la amargura y resentimiento que ha provocado en ella el sometimiento a ese típico rol femenino. E igualmente, aunque inconsciente por lo general de la dualidad de sus sentimientos para con su madre, la hija anoréxica parece rebelarse contra el modelo y las enseñanzas maternas, a la vez que intenta destruirse a sí misma y al cuerpo femenino que ella ha legado. Cuando el terapeuta intenta mostrarle esta realidad, la primera respuesta es esconder el conflicto, disimulando su ambivalencia afectiva hacia la madre y haciendo ver que está obsesionada por adelgazar influida por la moda; estrategia que aún suele engañar a muchos.

De igual manera Malson (1997) indica que los desórdenes alimentarios de las mujeres tienen su origen en el sentimiento de culpabilidad de la mujer, acerca de llegar a ser diferente a su madre dentro de una sociedad de desigualdad donde existen menos oportunidades de desarrollo en comparación con los hombres.

“...la madre vive en un mundo material de deberes sociales, de éxito económico, de sumisión al papel de mujer que le impone el patriarcado. Pero resulta que su hija anoréxica demanda otra cosa de ella. La mayoría de estas madres ignora incluso que haya otras cosas en la vida aparte de lo puramente material, ignorancia que sus hijas no le perdonan” (Gomez 2003, p. 22).

El conflicto madre-hija está presente y se hace evidente en cada comida. Con mucha frecuencia la hija cree que la culpable del problema es la madre. Si la madre trabaja, lo cual

es muy frecuente se siente desesperada por no estar en todas las horas de comida con su hija para cuidar de ella, sumado a esto, viejos conflictos se reactivan. Así, una vez desaprobada la madre, la hija adquiere una postura más fuerte a la vez de que se vuelve más insolente (Morandé, 1999).

- Imagen paterna. El padre no separa las situaciones duales madre-hija, carece de lugar dentro de la familia, no interviene en los conflictos y casi nunca dice un no como respuesta. Su imagen parece estar opacada por la madre (Malson, 1997; Strada, 2002; Toro, 2004).

Johnson, et al. (citados en Toro, 2004) hallaron que el escaso afecto y la poca comunicación por parte del padre, así como la pobre interacción con su hija durante la infancia, se asociaba a ayunos prolongados, dietas estrictas y consumo de fármacos para perder peso. Curiosamente, esta asociación no se presentaba, cuando en vez del padre, era la madre quien realizaba esta interacción con sus hijos. E incluso las niñas criadas en ausencia de la figura paterna de acuerdo con Gomez (2003), presentan mayor autonomía y autoestima, lo cual las protege de no desarrollar trastornos como la Anorexia, prácticamente inexistente en hijas con padre ausente.

También se ha observado que los padres de las bulímicas y anoréxicas restrictivas poseen mayor grado de alexitimia que los de anoréxicas bulímicas (Eizaguirre et al., 2001). Por otro lado Silverstein et al. (citados en Toro, 1999) realizaron un estudio con estudiantes adolescentes, de acuerdo con los resultados, se observó que cuanto más una estudiante recordaba que su padre había dudado de su capacidad intelectual, tanto más aspiraba a tener un cuerpo delgado. Además hallaron que las adolescentes que realizaban atracones y purgas compensatorias tenían padres que menospreciaban la inteligencia y capacidad de las mujeres.

Es importante mencionar que la familia puede mantener o agravar los síntomas del trastorno; reforzando de manera positiva el comportamiento del rechazo alimenticio (Toro, 2004; Toro y Vilardell, 2000). Incluso Raich (1998), ha encontrado que con la finalidad de que la muchacha deje de seguir adelgazando, los familiares en ocasiones, premian muchos comportamientos desadaptativos, por ejemplo, como lo señala Gorab e Iñarritu (2005) uno de los miembros solapa la negación de la anoréxica a acudir con el especialista, con tal de

evitar una discusión con ella o por temor al cumplimiento de sus amenazas de continuar sin alimentarse o de suicidarse.

Por último, se deben tener presentes dos aspectos importantes en torno al factor familiar. El primero es que está demostrado que la particular dinámica familiar, puede intervenir o incluso ser decisiva en el desarrollo de algún TCA, sólo si coincide con la presencia de otros factores, por ejemplo, diversos investigadores (Malson, 1997; Toro, 2004) han podido comprobar que las mujeres que habían sufrido una agresión sexual en su infancia, sumado a un ambiente familiar adverso, presentaban significativamente más síntomas de TCA, que aquellas que sufrieron la misma experiencia en la infancia pero que gozan de un ambiente familiar satisfactorio.

Y el segundo aspecto es que el pronóstico de la enfermedad de acuerdo con Morandé (1999) va a depender en gran medida de la capacidad de reacción y organización, de la búsqueda de ayuda, de la adaptación y de la perseverancia de los miembros de la familia.

2.2.3 Factores Socioculturales y Feminidad

Si la prevalencia de la AN fuera similar en los distintos ambientes socioculturales, como sucede con otros trastornos psicológicos, se podría creer que se debe a causas de tipo general y que no tendrían mucho que ver con los factores de tipo sociocultural, pero diversos estudios han demostrado lo contrario (Raich, 1998).

Los factores socioculturales que influyen de gran manera en el desarrollo de la AN en la mujer, poseen diversas variables: un modelo corporal ideal, el continuo bombardeo de tal modelo a través de distintos medios de comunicación, las expectativas relacionadas a la feminidad como rol social, el tipo de cultura, etc; todos ellos a continuación se describen.

- Modelo corporal ideal. A lo largo de la historia surgen cambios culturales, los cuales producen alteraciones en el modelo estético corporal (Toro y Vilardell, 2000). Es así como se observa que nunca, hasta el siglo XX se había concebido la figura femenina tan delgada; desde la prehistoria el cuerpo de la mujer era redondeado, voluminoso, abastecido de depósitos de grasa indispensables para la función reproductiva, este modelo universal había sido valorado positivamente (Abraham y Llewellyn-Jones, 2005; Toro, 2004). En Roma se apreciaba en la mujer su capacidad reproductiva, puesto que debían dar muchos

hijos al Estado, para preservar su existencia en defensa de sus constantes enemigos (Toro, 1999). En el siglo XVII se observaban modelos de belleza voluminosos, expresados en la pintura, como por ejemplo Manet en 1865 con su pintura “Olimpia”, mostrando una mujer desnuda de volumen corporal medio, que para algunos era excesivamente delgada para ser considerada erótica (Toro, 2004).

Y debido a que en todas las sociedades existe un ideal de belleza como objetivo a conseguir, es común la alteración en los patrones biológicos en función de normativas sociales; por ejemplo, la deformación de los pies en las mujeres chinas, el alargamiento del cuello en las mujeres karen de Burma, el ensanchamiento exagerado de los labios en la cultura ugandesa, el uso de tatuajes y los orificios lobulares de las massai etc. Incluso en diversas culturas fue común el uso del corsé, que exaltaba un trasero voluminoso, además de disminuir las medidas de la cintura (Raich, 1998).

“La relevancia del cuerpo femenino suele ser en todas las culturas significativamente superior a la del masculino, tanto a ojos de la propia mujer como de quienes le rodean” (Toro 1999, p.54).

Por lo tanto la existencia de un modelo o ideal de belleza establecido en la sociedad, genera presión en cada uno de sus miembros y aquellas personas que estén distantes de este, sufren y padecen de baja autoestima (Toro, 1999; Toro y Vilardell, 2000). Además Ballester y Guirado (2003) observaron cómo el tener que ajustarse a ciertos valores e ideales de belleza homogeneizados en el entorno social desde niños, les lleva a un estado de evaluación corporal continuo que tiene un efecto negativo, generando una gran angustia, ansiedad y tristeza. Un ejemplo de la promoción del estereotipo corporal delgado en la infancia, son las muñecas Barbie, mientras juegan con ellas, las niñas van interiorizando este estereotipo, sin embargo, si se relacionaran las dimensiones de esta muñeca a las medidas en una mujer, esta tendría una estatura de 1.63 metros, con medidas: 69-41-68; lo cual denotaría una grave desnutrición, pues una mujer saludable debería tener 30 centímetros más en cada una de estas medidas (Gorab e Iñarritu, 2005).

Los datos históricos hacen suponer que en 1920 se establece el modelo estético corporal delgado, primero en las mujeres pertenecientes a la alta burguesía británica y,

posteriormente francesa y americana, comenzando a aparecer en algunas revistas, figuras femeninas absolutamente rectilíneas, lánguidas, sin formas. Posteriormente en los años cuarenta y cincuenta, estrellas del espectáculo como Jane Russell y Marilyn Monroe, quienes eran admiradas por los hombres, por sus grandes senos, notables curvas y pronunciadas caderas, parecían romper con el modelo de la delgadez. Pero el modelo de curvas marcadas duró poco, debido a que en los años sesenta apareció por primera vez en revistas y desfiles de moda Twiggy, la cual representó el pilar del modelo estético corporal de la delgadez radical (Toro, 2004). Desde entonces ha permanecido el modelo delgado con pocas modificaciones. Estudios realizados a la revista PlayBoy entre los años 1959 y 1979 demuestran que el modelo corporal se ha ido afinando y aligerando en este periodo, a la par de un incremento en el número de personas con obesidad (Crispo Figueroa y Guelar, 1998). La existencia de la presión social hacia la delgadez a la que los adolescentes se ven sometidos, en especial las mujeres, provoca que este grupo de riesgo sobrevalore sus dimensiones corporales, se sienta insatisfecho con su cuerpo y/o apariencia física, desee perder peso y, como consecuencia, decida someterse a una dieta restrictiva con el objetivo de reducir su peso y volumen corporal (Merino, Pombo y Godás, 2001). Es así como la mayoría de los investigadores psicosociales en el campo de los TCA otorgan un lugar primordial al componente cultural basado en la obsesión colectiva por la imagen corporal y el prestigio que la moda concede a la extrema delgadez, factores considerados por la literatura científica como indicadores de riesgo en este tipo de trastornos (Acosta y Gómez, 2003; Gorab e Iñárritu, 2005). Por lo tanto, es más que coincidencia que los cambios culturales y actitudes con respecto a la forma del cuerpo femenino y las dietas, han ocurrido al mismo tiempo en que existe un aumento en el número de casos de Anorexia (Malson, 1997).

Y es que no sólo se trata de una difusión de la delgadez sino que también se critica y rechaza el sobrepeso y la obesidad atribuyéndole características cómicas o negativas (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998; Ogden, 2005; Raich, 1998). Ogden (citado en Toro, 2004), en la década de los ochenta, pudo recopilar una serie de calificativos y características que suelen atribuirse a las personas con sobrepeso, y que son expresadas por la gente que los rodea. Encontró que son considerados: menos atractivos, carentes de autodisciplina, perezosos, impopulares, poco activos, torpes, con pocas probabilidades para

alcanzar el éxito, malos deportistas, etc. Sumado a esto, Tiggermann y Rothblum (citados en Toro, 2004) señalan que, las mujeres con sobrepeso son juzgadas todavía con más severidad que los varones.

Por lo tanto, la estigmatización de la gordura al igual que la presión hacia la esbeltez, serán los causantes de una verdadera insatisfacción corporal y de la iniciativa para empezar una dieta alimenticia (Raich, 1998); ya que para la joven el no ser delgada o engordar significa fracasar, ser diferente, no agradarse, no conseguir lo que se desea sin importar el esfuerzo dado (Toro y Vilardell, 2000). Asimismo es frecuente observar que el trastorno de la Anorexia facilita las relaciones sociales de la joven que con anterioridad tenía sobrepeso, teniendo una mayor aceptación entre sus compañeros en comparación con épocas anteriores y actuando a la vez como un factor perpetuante del trastorno (Toro y Vilardell, 2000).

Shilling (citado en Toro 1999) indica que incluso las actividades deportivas para la mujer también están determinadas por el estereotipo corporal femenino, por lo que los deportes femeninos destacan preferentemente la restricción corporal en vez de la expansión propia de la masculinidad.

- Medios de comunicación. Resulta común que la difusión publicitaria, referente a tener un cuerpo delgado o a las vías para conseguirlo, en medios como son: cine, videos musicales, revistas ilustradas, prensa, radio, carteles, internet, etc.; se dirija en mayor medida a las mujeres adolescentes (Abraham y Llewellyn-Jones, 2005; Toro, 2004; Toro y Vilardell, 2000). La publicidad:

“Con sus mensajes, en general cada vez menos subliminales, incorporan el estereotipo mayoritario, lo potencian, lo concretan, intentan dar razones y motivos más o menos plausibles y amplían el mercado, y, claro está, procuran vender todo cuanto pueden” (Toro y Vilardell, 2000 p.120).

Asimismo Chesley et al. (citados en Toro, 2004) llevaron a cabo una investigación de sitios web y encontraron que cerca de 500 de estos sitios se relacionan a favor de la Anorexia, es decir, es una invitación dirigida a las jóvenes para que adopten la AN como un nuevo estilo de vida. Es un ofrecimiento muy claro; a través de mensajes se envían instrucciones claras para iniciar y mantener el trastorno, lo que deben hacer para conseguir más rápido una

pérdida de peso y para disimular los síntomas médicos, mostrando a la vez imágenes motivadoras, además de contar con “grupos de ayuda” en los cuales se compete para alcanzar la pérdida de peso deseada. Sánchez (2006) menciona la existencia de un sitio web que bajo los nombres de ‘Ana’ (referente a la Anorexia) y ‘Mía’ (referente a Bulimia) engañan a cientos o miles de jóvenes que no rebasan los 18 años, haciéndoles creer que estos trastornos no causan la muerte, sino que son un estilo de vida. La adolescente se registra como “Ana” o “Mía” según el trastorno que padece. Son jóvenes de todo el mundo, que utilizan sobrenombres para ocultar su identidad. La doctora Araceli Aizpuro, directora de Ellen West, un centro de apoyo para anoréxicas y bulímicas en México, afirma que el éxito de estas páginas radica en que muchas jóvenes que coinciden en algo tan particular como lo es el trastorno alimentario se asocian entre ellas, para crear un sentimiento de pertenencia, impulsadas por la soledad que se da en nuestra época y por la búsqueda de identidad (Sanchez, 2006).

Gorab e Iñarritu, (2005); Merino, Pombo y Godás (2001) y Toro (2004), señalan que durante los últimos años aunque se ha creído que la AN tiene mayor incidencia en las clases media y alta, en diversas investigaciones se ha visto que el trastorno se ha homogeneizado en todas las clases sociales, debido a que los medios de comunicación se han generalizado, permitiendo que todos los individuos adopten los estereotipos de moda, en el que sobresale la delgadez

Así el trastorno de la Anorexia es reforzado por la publicidad haciendo creer que el éxito es inversamente proporcional al peso: cuantos menos kilos, más logros (Abraham y Llewellyn-Jones, 2005; Crispo, Figueroa y Guelar, 1998). Y lamentablemente es muy escasa la vigilancia ejercida sobre este tipo de publicidad (Crispo, Figueroa y Guelar 1998), ya que se justifica asociándola con temas de la salud, (Malson, 1997; Toro y Vilardell, 2000), cuando en realidad se le concede más importancia al aspecto estético (Gorab e Iñarritu, 2005). Incluso Abraham y Llewellyn-Jones (2005) y Toro y Vilardell (2000) señalan un aumento en el número de artículos dedicados a los regímenes alimentarios de moda. Igualmente editores de algunas revistas ha confesado que se tienen mayores ventas si en la portada de las revistas, mencionan la palabra dieta (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

Lamentablemente la difusión y presión para alcanzar el modelo de la delgadez, hace que los desórdenes alimentarios sean considerados cada vez más, como estar en una dieta continua y normal alimentación (Malson, 1997).

- Tipo de cultura. De acuerdo con Crispo, Figueroa y Guelar (1998); Raich, (1998); Toro (1999) y Toro y Vilardell (2000) para más del 50% de la población mundial, la delgadez no es algo deseable, porque denota pobreza y falta de estatus, mientras que el ser obeso no produce rechazo, por el contrario simboliza salud, una posición económica acomodada y belleza. De igual forma Ford y Beach (citados en Toro 1999), llevaron a cabo un estudio antropológico cultural, en el cual pudieron observar que para la mayoría de las sociedades estudiadas, era más atractiva la figura de las mujeres gordas, un ejemplo de ello son las mujeres de Samoa que se embarazan frecuentemente, engordando notablemente, volviéndose signo de admiración en su cultura. Mientras que entre las culturas que prefieren la delgadez se encuentran: los gurages de Etiopía que son amantes de la delgadez; los dobuanos quienes consideran repugnante la obesidad, y las mujeres tonganas que guardan dieta porque si sus abdómenes son voluminosos pierden atractivo en su sociedad.

Sin embargo, es una realidad la extensión del trastorno a todos los niveles socioeconómicos y a diversas culturas y sociedades. Un posible factor es la aculturación, la cual Acosta y Gómez (2003) han definido como la modificación de las costumbres, hábitos, uso de lenguaje, estilo de vida y valores de una persona debido al contacto con otra cultura diferente a la suya. Varios autores señalan que los valores asociados con la delgadez y la gordura están influenciados por condiciones socioculturales y que estos valores fluyen en la medida en que las personas se mueven de una cultura a otra (Acosta y Gómez, 2003; Malson, 1997). Aunque hay que considerar que hoy día no es necesario el traspaso de fronteras para que se produzca un proceso de aculturación, debido a la influencia ideológica que conllevan las globalizaciones económicas (Acosta y Gómez, 2003).

Pero en todos los países independientemente de su desarrollo económico, factores como son: los estereotipos de belleza, la liberación sexual, el autocontrol, la competitividad; la asertividad e idealización de una clase social más alta, contribuyen al desarrollo de los TCA (Acosta y Gomez, 2003). Sin embargo Toro (2004), indica que el agrado por el modelo corporal delgado, depende en gran medida del desarrollo económico del país, así, entre

menos occidentalizado esté desde una perspectiva sociocultural, menos valoran los cuerpos delgados.

- **Feminidad.** Gomez (2003) señala que en la cultura occidental el rol femenino tradicional, gira en torno a la maternidad, cuidado de otros en general y a la vez se muestra como un ser incapaz de autorrealizarse y dependiente; adoptando una serie de actitudes, sentimientos y comportamientos de acuerdo a ese rol; y aunque en la actualidad la mujer posee la oportunidad de desarrollar su carrera profesional, tiene mayor presión para que estructure su proyecto de vida en torno a las relaciones con los hombres e incluso se le exige prioridad a la formación y cuidado de una familia. Por lo tanto Malson (1997) y Toro (1999) señalan que la feminidad está pasando por un periodo de transición, que encierra un problema, ya que el rol “antiguo” debe convivir con el contemporáneo, es decir que las mujeres son pensadas para ejercer simultáneamente el tradicional rol femenino y a la vez deben ejercer el rol de profesionistas.

Teniendo la mayoría de las mujeres que compaginar su vida laboral en similares condiciones a las del varón, pero sumadas a obligaciones cuantitativa y cualitativamente comunes a anteriores épocas; por lo que algunos autores han sugerido que el reciente incremento en la AN puede ser debido a los nuevos y casi siempre contradictorios roles y expectativas que actualmente afectan a la mujer en la sociedad moderna (Malson, 1997).

Crispo, Figueroa y Guellar (1998), indican que la mujer actual, además debe tener un cuerpo perfecto y control sobre sí mismas, señalando Dorantes y Martínez (2007) que las mujeres han sido estrechamente ligadas a sus cuerpos. El pensamiento patriarcal ha tenido un carácter dicotómico. Los varones han sido asociados con la cultura, lo público, la razón, la conciencia el pensamiento; mientras que las mujeres, se han vinculado con la naturaleza, lo privado, el cuerpo, los sentimientos y la pasión. Esta oposición ha partido de una valoración jerárquica que le ha dado preeminencia a lo masculino.

La gran mayoría de las mujeres desean alcanzar el estereotipo ideal, pero al no lograrlo se sienten culpables y fracasadas de no poder alcanzar las “únicas” expectativas que se tienen en ellas. Así es como el peso se convierte en aquello sobre el cual van a poder ejercer dominio. La idea que se tiene en sí, es que al lograr el objetivo de bajar de peso, podrá lograr tener éxito en otras áreas de su vida (Crispo, [Figueroa y Guellar](#), 1998).

Sin embargo desde la perspectiva psicoanalítica se traduce la Anorexia como el intento de huir, a ese estereotipo impuesto por la sociedad patriarcal, incluso a través de la autodestrucción, lo que intenta hacer la chica con su delgadez es evitar que esa imagen que rechaza la posea en su propio cuerpo (Gomez, 2003) “la Anorexia pues, expresa no tanto una negación a hacerse mujer como la negación a desempeñar el “papel de víctima” que conlleva a veces el rol femenino” (p. 43).

Igualmente Malson (1997) señala que la Anorexia viene a ser constituida no como un efecto del feminismo sino como una consecuencia de la continua desigualdad de géneros. Contrario a esto el doctor Morande, explica que en la pretensión de querer conseguir una igualdad entre hombres y mujeres, podría estar el origen de los actuales trastornos alimentarios (Gomez, 2003).

Es así como un dato interesante a rescatar es el hallado por Anderson et al., (citados en Toro, 2004) en un estudio transcultural, observando a 62 sociedades distintas encontraron que cuanto mayor participación económica y política tenían la mujer, más valorada era la delgadez, sobre todo en sociedades con alto desarrollo económico, mientras que en los países subdesarrollados son más valoradas las mujeres con sobrepeso, siendo su participación en el desarrollo socioeconómico y político mínima o nula. Sivertein et al. (citados en Toro, 2004) confirmaron este dato, al constatar que el modelo corporal curvilíneo disminuía a medida que aumentaba el número de mujeres con trabajos profesionales. Chernin (citado en Malson, 1997), similarmente argumenta que los estereotipos establecidos del cuerpo de la mujer delgada y aparentando rasgos masculinos reflejan poder en las relaciones de género.

Actualmente en el siglo XXI, a pesar de que la sociedad propone diversos caminos para que la mujer conserve su autoestima y el respeto por sí mismas; uno de los caminos principales sigue siendo el ofrecimiento de su cuerpo como una mercancía para que los hombres lo admiren y lo deseen. Y desde la perspectiva psicoanalítica, existe una ambivalencia de sometimiento/e intento de liberación, ya que por un lado la mujer se sigue sometiendo a los cánones de belleza establecidos de la extrema delgadez para estar a la moda, y por otro lado, sigue buscando la autodestrucción y la infertilidad como medio de liberación del estereotipo femenino (Gomez, 2003).

Un aspecto más a señalar de la feminidad estrechamente relacionado a los TCA en la mujer, son las distintas formas de comportamiento durante el comer, establecidas en el entorno sociocultural, de acuerdo al género, así se observa que para las mujeres comer mucho o de más en presencia de otras personas puede ser vergonzoso o impropio, sin embargo, sucede completamente lo contrario con los varones (Toro y Vilardell, 2000). Observándose desde el siglo XIV una serie de reglas que hacían distinción entre hombres y mujeres: en la mesa las mujeres tenían que guardar las manos bajo el mantel, debían mantener completa compostura, no podían llenar excesivamente su boca y además los mejores bocados debían de ofrecerlos al hombre de junto. Esto demuestra que la desaprobación social por los “excesos” alimentarios de la mujer tiene sus orígenes, desde hace más de seiscientos años (Toro, 1999).

Por último, debido a la gran influencia de la delgadez como estereotipo, al interés por imitar a artistas o modelos; así como el gran aumento en el número de casos de AN en las mujeres y muerte de algunas de ellas, algunos países han comenzado a tomar medidas sobre el asunto. Tal es el caso de España, que en septiembre de 2006 la Comunidad de Madrid decidió impedir a las mujeres muy delgadas desfilan en la Pasarela Cibeles, exigiendo como requisito un Índice de Masa Corporal (IMC) mínimo de 18 unidades. Por otro lado, en Italia, la ministra para las Políticas Juveniles y de Actividades Deportivas, Giovanna Melandri, aunque está en contra de que desfilen mujeres anoréxicas en sus pasarelas, descarta prohibiciones como las impuestas en la Pasarela Cibeles de Madrid, debido a que señala que ningún tipo de imposición sirve como medida preventiva, siendo mejor trabajar en equipo con los diseñadores en una iniciativa común. No obstante en la misma Italia en Milán, una campaña publicitaria perteneciente a una marca de moda, mostró a una joven, de nombre Isabelle Caro que pesaba 31 kilos, con las palabras "No-Anorexia", generó todo tipo de opiniones a favor y en contra, sin embargo, la presidente de la Asociación para el Estudio y la Investigación sobre la Anorexia, Fabiola De Clercq, opina que quienes padecen esta enfermedad podrían, incluso, sentir envidia de tal delgadez. Con todo lo anterior es claro que en diversos países se empieza a tomar conciencia sobre la gravedad del trastorno de la Anorexia, aunque aún no se ha realizado una verdadera intervención para la prevención o atención al trastorno de la Anorexia u otros trastornos alimentarios (Ramírez, 2006).

CAPÍTULO 3.

ANOREXIA EN EL HOMBRE

Aunque ha habido un aumento de la población masculina con Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), es difícil entender el porqué estos hombres persiguen la delgadez, debido a que generalmente los jóvenes persiguen el ideal establecido basado en un físico atlético, fuerte y musculoso (Abraham y Llewellyn-Jones, 2005) y que ha ido en ligero aumento (Toro, 2004).

Es así como en los antecedentes del cuerpo ideal masculino a través de los años ha tenido cambios con respecto a la forma corporal, pero no al grado de perseguir la delgadez (Rojo y Cava, 2003; Toro, 2004). No obstante, García-Camba (2002), señala que la moda de la delgadez se está extendiendo tan rápidamente que ahora también involucra a la población masculina, por lo cual se pronostica que las cifras de varones anoréxicos van a ir en aumento. “Si hasta hace poco había una relación de unas 10 mujeres frente a 1 varón, en la actualidad va creciendo el porcentaje de varones, coincidiendo con el mayor culto al cuerpo y “destape” en el varón” (Chinchilla 2003, p. 56).

De igual manera Barberá y Martínez (2004), mencionan que una cruda ironía es que mientras aproximadamente dos tercios de la población mundial pasan hambre, en las pasarelas desfilan modelos casi anoréxicos, propagando así el estereotipo de delgadez, prometedor de éxito y bienestar social. Debido a esto, la insatisfacción corporal en hombres y mujeres se está emparejando, la preocupación por el peso, la dieta y el ejercicio se ha vuelto la manera de vivir en torno al cuerpo, una cultura que idolatra al cuerpo exigiendo a las personas una uniformidad modélica.

Sin embargo, los TCA fueron considerados patologías femeninas durante gran parte del siglo XX, debido a la alta prevalencia en esta población (Mancilla y Gómez, 2006); asimismo la existencia de tales trastornos en los varones, estuvo puesta en duda por autores que consideraban la posición femenina como un agente etiológico, así como los factores en torno a ella: la presión sexual, familiar, social y laboral, e incluso la ausencia de menstruación (amenorrea) como criterio en la sintomatología (Chinchilla, 2003; García-Camba, 2002). Lo mismo sucede actualmente con algunas posturas teóricas, como el psicoanálisis, que explica el trastorno desde la condición femenina, por lo que al suponer la

existencia del trastorno en la población masculina se pondría en duda la postura de algunos supuestos teóricos (Toro y Vilardell, 2000).

Asimismo Chinchilla (2003), indica que algunos investigadores que analizaron el trastorno anoréxico desde una perspectiva endocrinológica, hallaron que la amenorrea como criterio diagnóstico, descartaba a mujeres posmenopáusicas, a las que aún no han menstruado y a los hombres; sin embargo, si se considera que la Anorexia también es padecida por hombres, entonces debían existir disfunciones endocrinológica análogas a la amenorrea, las cuales fueron señaladas en uno de los criterios de diagnóstico establecidas en 1986 por la Organización Mundial de Salud (Gómez, 2003):

El trastorno involucra a una parte del cerebro que regula el nivel de hormonas sexuales, lo cual se manifiesta en la mujer con la falta de menstruación o amenorrea, y en el varón con una pérdida del interés sexual y dificultad para la erección.

Si la aparición de la Anorexia es previa al desarrollo puberal, los caracteres sexuales propios de esta edad no hacen su aparición: en las niñas no se desarrollan los pechos ni se redondean las caderas y en los chicos los genitales permanecen con aspecto y tamaño infantil y no se produce el típico “cambio de voz” ni el ensanche de hombros.

De igual manera, la escasa casuística de Anorexia Nerviosa (AN) en el varón, hace que algunos especialistas rechacen el diagnóstico de un TCA y lo consideren como un mero trastorno de personalidad, depresión o algún trastorno psicótico, en los cuales uno de los síntomas relevantes es la alteración en la alimentación (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998; García-Camba, 2002; Toro y Vilardell, 2000). Por ejemplo, para Chinchilla (2003) lo que en ocasiones se describe y aprecia como Anorexia en el varón, no es más que un síntoma secundario a otro tipo de trastorno afectivo, en especial la depresión, debido a que si esta no es atendida se agrava, presentándose posteriormente un desinterés por alimentarse. Igualmente Farquharson (citado en Chinchilla, 2003), realizó un seguimiento de tres pacientes anoréxicos durante 20 años, observó que en uno de ellos apareció una depresión y en otro de ellos presentó un cuadro psicósomático, estos cuadros para Chinchilla eran quizá señal de otros trastornos y no precisamente de AN.

No obstante, Morton ya en el siglo XVII, al describir el trastorno anoréxico por primera vez, hacía mención del caso de un joven de 16 años que presentaba el mismo cuadro clínico observado en mujeres, apreciándose también un óptimo resultado durante el tratamiento

(García-Camba, 2002). Aunque, el número de casos conocidos en el hombre no llegaba siquiera a 100 antes de 1986 (Toro y Vilardell, 2000).

Con respecto a México, en el primer estudio realizado para determinar la presencia de síntomas de TCA en varones mexicanos, se evaluaron a 100 jóvenes universitarios; los resultados señalaron que el 2% de ellos mostraban síntomas y conductas relacionadas a trastornos alimentarios. Posteriormente se realizó otra investigación con estudiantes de bachillerato y licenciatura, residentes en un campo universitario de la ciudad de Monterrey y encontraron que el 12.7% de los varones estudiantes presentaron síntomas de TCA (Mancilla y Gómez, 2006).

Igualmente Gempeler (2006), realizó una investigación en la que halló que la presentación, comorbilidades y evolución, parecen ser bastante similares a las descritas en muestras femeninas, analizó 21 casos con distintos cuadros de TCA, con el fin de encontrar patrones que faciliten el abordaje clínico de estos fenómenos en el género masculino pudiéndolos clasificar en cuatro subtipos clínicos:

1. Restictivo. En quienes la preocupación por la forma desencadena una alteración de su ingesta alimentaria (dietas hiperproteicas), la realización de ejercicio de manera exagerada, en busca del desarrollo muscular y el consumo de esteroides

2. Impulsivo. Cuando el individuo está ubicado más en el extremo impulsivo del espectro, la restricción parece ser menos exitosa y se quiebra con sobreconsumos que pueden o no ser compensados (con purgas autoinducidas o con ejercicio).

3. Evitativo. En ellos aparece un cuadro de fobia a la comida, donde no hay preocupaciones sobre la forma ni por el peso del cuerpo, pero sí por el contenido de la comida

4. Secundario a otras psicopatologías. Uno de los casos mostró ser un cuadro psicótico en el que la preocupación delirante por la comida lo llevaba a restringir severamente su ingesta, a perder peso de manera significativa y a presentar síntomas anoréxicos claros, pero insuficientes para un diagnóstico de TCA.

Pero independientemente de la escasa prevalencia, lo importante es que la existencia de la AN en el hombre es un hecho (Toro y Vilardell, 2000); considerando además que los Trastornos Alimentarios no Específicos (TANE) parecen ser los más comunes en esta

población, seguidos por la Bulimia Nerviosa (BN) y en menor frecuencia, la AN (García-Camba, 2002; Mancilla y Gómez, 2006).

En cuanto al cuadro anoréxico en comparación con la mujer, sólo se observan en ocasiones ligeras diferencias en la sintomatología (Abraham y Llewellyn-Jones 2005; Chinchilla, 2003; Fichter, Daser y Postpischil, 1985; Gempeler, 2006; Rojo y Cava, 2003) indicando que el cuadro clínico suele empezar en el mismo periodo de edad, de la misma manera y el curso suele ser similar, así como también la comorbilidad y los antecedentes. Sin embargo, Toro y Vilardell (2000) mencionan que los medios por alcanzar la delgadez es distinta; además de que el trastorno anoréxico en el varón es más resistente ante el tratamiento (Rojo y Cava, 2003; Toro y Vilardell, 2000). No obstante, poco se ha descubierto que no se haya dicho anteriormente en mujeres con este trastorno (Rojo y Cava, 2003); siendo necesario un cuadro clínico significativamente diferente, para su distingo entre uno y otro (Toro y Vilardell, 2000).

Por otro lado García-Camba (2002) sugieren que cuando se indica atipicidad en los síntomas, es debido a que al evaluador le es más fácil identificar los síntomas en mujeres o puede mostrarse en ocasiones escéptico a tal diagnóstico por lo cual no se identifican algunos casos, alterando con ello el control en la prevalencia.

No obstante es hasta fechas recientes que se ha otorgado mayor interés a la investigación de la Anorexia en el hombre, obteniendo poco a poco datos que en ocasiones pueden llegar a ser contradictorios pero que van construyendo la base de esta nueva línea de investigación en la AN (Rojo y Cava, 2003; Tinahones, 2003).

3.1 Historia de la Anorexia en el Hombre

Gómez (2003), menciona que la AN en el varón ha sido asociada a la represión de la homosexualidad masculina, este planteamiento tiene sus bases desde tiempos anteriores, coincidiendo casi con los comienzos de la AN en las mujeres. Estando también ligada en un principio con los sentimientos de culpa y rechazo de deseos “impuros”. Desde la antigua Grecia el cuerpo varonil era considerado objeto de admiración pública y considerado más atractivo que el femenino (Toro, 1999), rigiendo en este mismo periodo el pensamiento pitagórico, en el que se establece el dualismo cuerpo-mente, el cual explica la subordinación del cuerpo ante la mente. Por lo que el ayuno buscaba superar este vínculo considerado como negativo, debido a la atadura a lo terrenal, a la necesidad (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Posteriormente en el cristianismo, algunos de los santos conocidos ponen en práctica el ayuno y la autoflagelación, con el fin de mitigar los deseos sexuales, disminuir su libido y purificar sus cuerpos (Gómez, 2003); llegando a ser tan comunes, que se convirtieron en un estilo de vida para varios patriarcas, los cuales solo se alimentaban con pan y un poco de agua, reconociéndose como trastornos anoréxicos, teniendo en común con el cuadro clínico actual: la indiferencia hacia el bienestar corporal. (Caparrós y Sanfeliú, 1997; Tinahones, 2003). Igualmente Tinahones (2003) menciona que la referencia a los ayunos prolongados en la literatura teológica, por ejemplo, en la Biblia se señala el suceso en donde Jesús se aísla en el desierto ayunando durante cuarenta días.

Rodolph Bell, quien también ha estudiado la historia de la Anorexia, señala que a diferencia de las mujeres, durante el cristianismo se consideraba que para los hombres el pecado o tentación, estaba en el exterior y sus deseos sexuales eran una respuesta “incorrecta” para dicho agente externo, por lo que la Anorexia tendría como finalidad aplacar o anular tal respuesta. Siendo en principio San Pablo, quien estableció esta nueva ética que mantenía una postura rígida en contra de cualquier tipo de expresión homosexual, considerándola como un pecado imperdonable y que ofendía a Dios de inigualable manera (Gómez, 2003). Era tal el interés por controlar y eliminar los deseos homosexuales que corría la creencia de que los antiguos dioses paganos, que se convirtieron en seguidores de Satán, se aparecían a los monjes célibes para atormentarlos con respecto a su deseo sexual. San Jerónimo, narra

en su libro “la vida de San Pablo, el primer ermitaño”, que San Antonio deseaba visitar a San Pablo, pero durante su traslado fue acosado insistentemente por el dios Pan y por el dios Dionisos, éste último era el dios del vino en la antigua Grecia y la gente temía entregarse a su sensualidad y voluptuosidad (poseía un pene exagerado en tamaño), además de representar la encarnación de la homosexualidad (Gómez, 2003).

Igualmente San Antonio menciona en sus escritos que en diversas ocasiones Satán lo tentaba con visiones de jóvenes atractivos y libidinosos, decidiendo someterse a un riguroso régimen alimentario, comiendo únicamente cinco higos secos al día y un poco de agua; y escribiendo en sus memorias que Satán temía las penitencias y ayunos realizados por los hombres nobles (Gómez, 2003). Falleciendo en el año 356 debido a los restrictivos ayunos y penitencias (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

La severa represión y control sobre el impulso sexual o placer intenso del cuerpo, se observa también durante el periodo de la Edad Media, haciéndose cada vez más exigente con respecto al criterio de lo considerado “pecado carnal”, llegando a involucrar a los considerados mejores hombres de la iglesia católica. Un ejemplo de tan exigente represión se observa en Pedro de Alcántara, franciscano español considerado santo, fue confesor de Santa Teresa a la cual le comentó que durante su estancia en un monasterio, solo reconocía a los demás franciscanos por su voz, ya que evitaba hacer contacto visual con ellos por temor a que se despertaran en él, los deseos carnales; la ceguera voluntaria, es una prueba de la represión de los sentidos. Además torturaba su cuerpo, flagelándolo y descuidando sus necesidades: no dormía más de dos horas, no se protegía ni del calor ni del frío, comía tan sólo cada tercer día y no hablaba más que lo necesario; Santa Teresa señalaba en su libro que, aunque era un hombre de cincuenta años de edad parecía un anciano, sumamente delgado, tanto que “parecía hecho de raíces de árbol” (Gómez, 2003).

Gómez (2003) señala que así como existen remedios para ciertas disfunciones o alteraciones físicas u orgánicas, durante el periodo medieval para el deseo sexual desbordado, tanto teólogos como médicos sugerían el ayuno como medio para controlar dicho impulso. Se consideraba que las comidas abundantes generaban el estímulo de esos deseos sexuales e incluso provocaban la pérdida de semen mientras la persona dormía, creyéndola “una burla del maligno”.

Durante el Medioevo no se logró inmunizar a los hombres de sus deseos sexuales, el ayuno estricto se siguió utilizando para la compensación de ese tipo de pecados. Por ejemplo, San Elredo de Rievaulx Abad de un monasterio cisterciense, es uno de los religiosos homosexuales más famosos de esa época, esto se dio a conocer en gran parte por sus cartas enviadas a su amigo San Bernardo, en las que le confesaba los estrictos ayunos y penitencias que debía cumplir después de tener un encuentro homosexual (Gómez, 2003).

También San Francisco de Asís es otro de los santos anoréxicos más conocidos, durante años sólo se alimentó de trozos de pan duro y un poco de agua; los demás frailes temían por la vida de él debido a sus extremos ayunos; sin embargo, la Anorexia en San Francisco comenzó desde la adolescencia, debido a la conflictiva relación que llevaba con su padre, el cual no apreciaba las aptitudes y cualidades de su hijo; no aceptaba que su hijo fuera sensible, débil y pacífico, que no le interesara lo que involucraba agresividad y que no se interesara en las mujeres, sino que prefería hacer labores altruistas. Los conflictos entre padre e hijo eran tales que el santo llegó a aborrecer a su padre (Gómez, 2003).

Posteriormente en la época donde surgía ya un abordaje médico con respecto a los ayunos, el primer caso registrado fue en Arabia y descrito por Avicena médico, filósofo y místico, en el siglo XI, haciendo referencia a un joven príncipe iraní de nombre Hamadham, que se negaba a comer y presentaba además un cuadro depresivo (Tinahones, 2003 y Turón, 1997). Esta es la primera descripción que se realizaba sobre el trastorno anoréxico en un texto de carácter médico; sin embargo, muy posiblemente la Anorexia era solo un síntoma secundario al trastorno depresivo (Turón 1997).

Asimismo Toro (1999), indica que Richard Morton, quien fue el primer doctor en describir el cuadro anoréxico en 1689, señaló el caso de un muchacho de 16 años de edad, quien fue perdiendo gradualmente el apetito hasta su totalidad, llegando a desarrollar una atrofia muscular y empeorando cada vez más, los motivos eran debido a la presión académica y a las pasiones de la mente (como Morton así lo llamó). De acuerdo con los escritos de Morton el paciente se curó gracias a su indicación de vivir lejos de su familia y abandonar sus estudios por un tiempo.

Durante el siglo XVII varios médicos seguían creyendo en la inanición milagrosa e incluso aún en el siglo XX se siguen considerando algunas hipótesis absurdas, por ejemplo, el prestigioso discípulo de Freud, Carl Gustav Jung, aseguraba que san Nicolás de Fie podía

alimentarse gracias a la transmisión de moléculas de albúmina de un cuerpo a otro (Vandereycken y Deth, 1994).

Ya en 1764 Whytt, un profesor de medicina de Edimburgo, menciona en uno de sus tratados el caso de un joven de 14 años de edad, que padecía de grandes periodos de restricción alimentaria y pérdida de peso, después de pasar por un grave periodo de ingestión compulsiva, por lo que Whytt consideró este tipo de trastorno de origen nervioso (Vandereycken y Deth, 1994).

Posteriormente en 1790, el dermatólogo Robert Willan, publicó el caso clínico de un muchacho que ayunó durante 78 días debido a las erróneas concepciones que poseía sobre religión. Durante esos días se alejó de cualquier contacto social y se dedicó exclusivamente a transcribir la Biblia. Después de 60 días de ayuno, cruzó por un periodo de voracidad finalizada con vómitos, muriendo días después. Lo singular de estos antecedentes médicos del cuadro anoréxico, es la inclusión de casos de varones (Vandereycken y Deth, 1994).

Y similar a lo ocurrido con las mujeres anoréxicas, Gómez (2003) señala que a partir del siglo XVIII el mal se expande y pierde su carácter religioso, llegando a padecerla jóvenes burgueses que eran seguidores del romanticismo. Y es que durante esa época, los jóvenes de las familias burguesas se mantenían fieles a tales ideales, yendo en contra de sus padres quienes sólo creían en explicaciones racionales para cualquier suceso, negando la existencia de aquello que se escapara a su comprensión. Debido a toda la represión ejercida por los moralistas, surgió una necesidad del destape o rebeldía en contra de las “buenas costumbres” y de las normas, deseando tener vivencias pasionales, ir en busca de lo irracional, además de perseguir el ideal físico del joven denominado efebo (adolescente de belleza afeminada), lampiño, que aparente ternura y fragilidad, pero con mucha energía sexual. No obstante, Toro (1999) argumenta que muchos de estos artistas, estaban motivados especialmente por el interés de lucrar, ya que era común que se exhibieran en ferias. “Este hombre “romántico”, atormentado, pálido y delicado va a encarnar como nunca el prototipo de anoréxico; y en todos los casos la consunción tuberculosa va a aparecer íntimamente ligada a esta Anorexia” (Gómez, 2003 p. 89).

Antes de que se descubrieran los antibióticos contra la tuberculosis asociada a la Anorexia, había provocado la muerte de varios literarios: Robert Louis Stevenson, D. H. Lawrence, Gustavo Adolfo Bécquer, Edgar Allan Poe, Anthony Trollope, Antón Chejov, Marcel

Schwob y Henri Amiel, entre otros. Escritores románticos quienes fueron los primeros en personificar su propio ideal. Teóphile Gautier, por ejemplo, señalaba que no hubiese aceptado como poeta a alguien que pesara más de 45 kilos. Shelley en una de sus cartas a Kafka, describía que la enfermedad que yacía en sus pulmones y la total falta de apetito eran la extensión de su enfermedad mental (Gómez, 2003).

El escritor Kafka, quien siempre fue demasiado delgado, manteniendo un peso por debajo de lo normal, mantenía ayuno, no comía carne ni bebía alcohol, además de ser vegetariano y no tener bien definida su preferencia sexual, manteniéndose en abstinencia; le agradaba mirar a otros comer y frecuentemente relataba historia de tragones; murió a los cuarenta años y aún en sus momentos de mayor debilidad física gustaba de nadar desnudo, practicaba gimnasia, corría y procuraba mantenerse activo en todo momento. Incluso, en su obra “El artista hambriento”, proyectó su vida y situación anoréxica en uno de los personajes de su relato (Toro, 1999).

El escritor Paul Auster en su obra “El arte del hambre”, señala que este anoréxico moderno, no persigue los mismos fines que aquel durante el cristianismo, ni de la misma manera, ahora ayuna no por represión sexual, ni por alcanzar una vida celestial, simplemente se rehúsa a vivir la vida que le tocó. Así cuanto mayor es el ayuno, mayor es el terreno ganado por la muerte a su vida. Aunque pareciera una contradicción, debido a que, seguir con el ayuno significa alcanzar la muerte, sin embargo, al morir se termina el ayuno, deseando estar vivo sólo para estar al borde de la muerte (Gómez, 2003).

Un ejemplo de lo anterior, es el protagonista y escritor Knut Hamsun de su novela autobiográfica “Hambre”, publicada en 1888, Knut nació en un ambiente humilde, donde existían diversas carencias, en su obra se describe como un hombre con carencias económicas en donde tenía que escribir para comer y a la vez si no comía no tenía fuerzas para escribir. A veces escribía sin haber comido y otras veces vomitaba todo lo que había comido. Cuando le ofrecieron la oportunidad de mejorar su calidad de vida, la rechazó, porque de cierta forma la sensación de hambre actuaba como una especie de droga. La mala alimentación debilitaba su mente por lo que sus pensamientos y acciones divagaban, aún así creyó poder controlar su destino rechazando el alimento. Por lo tanto, su vida era una paradoja en donde deseaba vivir enfrentándose diariamente a la muerte. Knut ganó el premio Nobel de Literatura, pero todos sus triunfos y fama no acabaron con sus problemas

de alimentación e indefinición sexual, muriendo tiempo después en un manicomio a causa de la Anorexia (Gómez, 2003).

Toro (1999), resalta la fuerte influencia en los jóvenes burgueses por parte de Lord Byron, quien era considerado un prototipo romántico e ídolo de la sociedad juvenil anglosajona. Byron ayunaba a fin de mantener su mente despejada, su alimentación eran galletas y soda principalmente, excluyendo en su totalidad la carne. Él se autodefinía como un antisocial, le tenía terror a la gordura, considerándola un símbolo de letargia, torpeza y estupidez. Su evidente conflicto con la comida parece tener origen en su obesidad original. En sus memorias se describe como un muchacho de 19 años que pesaba 93 kilos, al cumplir 20 años pesaba 77 kilos y a partir de entonces mencionó nunca haber podido disminuir tal peso aunque viviera con sensación de hambre el resto de su vida, guardando ayuno hasta por 48 horas. Para poder vencer su hambre Byron, continuamente fumaba y masticaba tabaco, en ocasiones sus restricciones alimentarias eran interrumpidas por periodos de voracidad, los cuáles a la vez los compensaba vomitando, purgándose y tomando vinagre; además de hacer ejercicio desmedidamente.

La figura del artista hambriento se popularizó de gran manera por Europa y Estados Unidos, el rechazo a alimentarse, eran considerados muestra de fuerza de voluntad y de autocontrol (Toro, 1999). Como se puede observar los antecedentes de la Anorexia en el varón, son similares a los registrados en la Anorexia en la mujer; se halla desde el ayuno como una filosofía del dualismo cuerpo-mente, el ayuno religioso y aquel ayuno que en el caso del hombre lo lleva a cabo por seguir un ideal filosófico (el romanticismo), y en algunos casos para lucrar exhibiéndose como una atracción.

3.2 Etiopatogenia de la Anorexia en el Hombre

Como se mencionó en el capítulo anterior, existen diversas causas individuales, familiares y culturales que actúan a su vez como factores predisponentes, precipitantes y/o perpetuantes en el trastorno anoréxico. Y a la vez se sabe que ninguno de los factores por sí solo, explica en su totalidad a la Anorexia, por lo que en conjunto, ayudan a comprender en el inicio, desarrollo y evolución el trastorno.

Abraham y Llewellyn-Jones (2005) y Gempeler (2006), consideran que los TCA, se encuentran de igual manera en hombres, siendo la etiopatogenia, comorbilidad y evolución, similares a las descritas en muestras femeninas. Por lo tanto la insatisfacción corporal, el empleo de métodos para la reducción de peso, en especial la restricción alimentaria, son factores que de igual manera en los hombres, influyen para el desarrollo de la AN (Mancilla y Gómez, 2006). Sin embargo, García-Camba (2002) señala que aunque existen factores comunes en hombres y mujeres, para estas existe una mayor cantidad de ellos.

Aunque existen pocas investigaciones realizadas en torno a la etiopatogenia de la AN en el varón, a continuación con base en el modelo multifactorial, se describen los factores individuales (biológicos y psicológicos), familiares y socioculturales, que influyen para el desarrollo de este trastorno.

3.2.1 Factores Individuales

Toro (2004) considera que son escasos los estudios referentes a los rasgos individuales que influyen en el desarrollo de los TCA en los hombres. No obstante, a continuación se citan diversos autores que han señalado algunos de los rasgos individuales tanto biológicos como psicológicos más sobresalientes hallados en la investigación de la Anorexia en el hombre.

3.2.1.1 Factores Biológicos

- Herencia genética. Diversos estudios han hallado que los hombres que tienen una hermana gemela son más propensos que el resto de los hombres a desarrollar AN. Por lo que para ellos es probable que este descubrimiento constituya un paso importante en la comprensión de los factores etiopatogénicos relacionados con el desarrollo de los trastornos alimentarios en el hombre. Aunque en un estudio de gemelos suecos nacidos entre 1935 y 1958, se obtuvo que en general, las mujeres gemelas eran más propensas que los hombres gemelos a desarrollar AN. La excepción se daba entre los hombres con una hermana gemela dicigótica, respondiendo a la teoría de que la exposición a hormonas sexuales femeninas en el útero podría estar asociada con un mayor riesgo de AN, lo cuál podría dar cuenta del riesgo elevado observado en hombres con hermanas gemelas (Preidt, 2007).

- Edad. Gómez (2003) y Toro (2004) mencionan que la Anorexia en el hombre al igual que en la mujer, suele aparecer durante la adolescencia. Hallándose que, entre el 25-30% de los casos corresponden a grupos prepuberales de entre 11 y 13 años de edad y la prevalencia desciende al 15-20% correspondiente a grupos con edades de entre 13-14 años. Es decir, que entre menor sea la edad mayor será la prevalencia (García-Camba, 2002). Sin embargo, Mancilla y Gómez (2006) y Bello (2006) consideran que es en edades más tardías el comienzo del trastorno en hombres, aproximadamente entre los 18 y 26 años.

- Condición fisiológica. Gómez (2003), señala que para algunos autores la falta de apetito sexual en el varón es una causa del trastorno, mientras que para otros es más bien una consecuencia de la condición anoréxica. Para García-Camba, (2002) ese deseo sexual “inadecuado” en ocasiones es previo al trastorno y por ello se tiene un rechazo al alimento. La sexualidad en los hombres con TCA, muestra ciertas dificultades y pobreza tanto en la experiencia como en las representaciones mentales. Esto muy probablemente, está relacionado con una baja en la concentración de testosterona, sin relacionarse con problemas en la identidad sexual (Gómez, 2003).

- Identidad de género. De acuerdo a lo hallado en diversas investigaciones, el desajuste en la identidad de género, identificándose con el sexo femenino, hace que se vuelva más vulnerable a padecer este trastorno (García-Camba, 2002; Gómez, 2003; Rojo y Cava, 2003); incluso tal vez se considere un factor exclusivo en los hombres con AN (Toro,

2004). Asimismo, Toro (2004), señala que el ánimo negativo y la inestabilidad emocional frecuentes en la condición homosexual también deben ser considerados.

Schneider y Agras (citados en Ogden, 2005) señalan que cerca de un tercio de los hombres que padecen AN son gays. También existen investigaciones que señalan que aproximadamente entre el 10 y el 40% de los hombres que padecen algún trastorno alimentario son homosexuales o bisexuales (Toro, 2004). Estos datos, están sustentados por diversas investigaciones, en poblaciones donde los participantes gays presentan altas frecuencias de trastornos de conductas alimentarias (Ogden, 2005; Rojo y Cava, 2003); e incluso poseen un menor índice de masa corporal (Rojo y Cava, 2003).

Además se ha hallado que el homosexual identificado con el rol femenino, posee una mayor preocupación por su aspecto y su figura corporal (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998; García-Camba, 2002); siendo característico entre las mujeres y la comunidad gay el deseo por poseer un cuerpo delgado y juvenil, (Rojo y Cava, 2003; Toro, 1999). Una posible explicación es que ambos, debido a su preferencia sexual desean ser atractivos a los ojos de los hombres, los cuales se muestran más interesados por el atractivo físico de la pareja, (Rojo y Cava, 2003).

En una investigación llevada a cabo por Epel et al. (citados en Toro, 2004), compararon las descripciones que hacían de sí mismos hombres y mujeres, dirigidos tanto a población homosexual como a población heterosexual, en 500 anuncios publicados para contactar con otras personas. Se observó que los hombres homosexuales eran quienes más frecuentemente hacían mención de sus cualidades físicas, no así las mujeres homosexuales quienes describían más sus aptitudes y cualidades personales. Además tanto las mujeres heterosexuales y los hombres homosexuales muestran agrado por el ideal corporal delgado, inclusive hacían mención de su peso y estatura en más ocasiones, en comparación con los otros grupos.

Asimismo, Mishkind et al. (citados en Ogden, 2005), han comprobado a través de investigaciones, que la población gay, suele estar más insatisfecha con su imagen corporal, en comparación con los hombres heterosexuales. Además French et al. (citados en Toro, 2004), hallaron que alrededor de los 12 años de edad, los hombres homosexuales por su insatisfacción corporal, se someten a dietas restrictivas, atracones o purgas, en comparación con los hombres heterosexuales.

Adicionalmente, en una investigación la población homosexual, manifiesta mayor depresión, menor autoestima y menos satisfacción por su orientación sexual; no obstante, el estudio indica que aún controlando estas variables, la orientación sexual por sí misma, explica en gran medida la correlación con las medidas de insatisfacción sexual y los rasgos característicos de la AN (Toro, 2004).

Por otro lado, Fichter et al. (Toro y Vilardell, 2000) señalan la importancia de precisar la posible relación de la homosexualidad con los trastornos alimentarios en el hombre; ya que aunque existe en los homosexuales una mayor fijación por el cuerpo, ya explicado anteriormente, también podría ocurrir lo contrario, es decir, tras la adopción de una postura “femenina” implícitos en la AN, la valoración *sui generis* del propio cuerpo y de las relaciones interpersonales e intersexuales pudiera facilitar la preferencia homosexual. Pero debe considerarse que se trataría de un hecho minoritario.

Asimismo, existen investigaciones en las que la relación entre TCA y homosexualidad no es clara (Chinchilla, 2003; García-Camba, 2002; Tinahones, 2003; Toro, 1999). El estudio de Olivardia, Pope, Mangweth y Hudson (1995) no encontraron una relación entre homosexualidad y TCA, al igual que en muestras femeninas, y plantean una hipótesis interesante alrededor de la posibilidad de que los hombres homosexuales busquen ayuda con más frecuencia que los heterosexuales.

Igualmente en el estudio realizado por Gempeler (2006), los hombres con AN presentaron un grado considerable de ansiedad relacionado con las actividades sexuales; sin embargo, esto no pareció estar relacionarse con problemas en la identidad sexual. En la muestra evaluada, solamente encontraron un paciente homosexual. Asimismo Mangweth et al. (citados en Rojo y Cava, 2003) han encontrado muy poca significancia en la homosexualidad como factor de riesgo en estudios comunitarios. Sin embargo, Fichter y Daser (citados en Toro, 1999) afirman que un desarrollo psicosexual normal y sin complicaciones hacen muy difícil el desarrollo de la AN en el varón.

- Obesidad. En la mayoría de los casos los varones padecieron obesidad antes de desarrollar el trastorno anoréxico (Gómez, 2003; Toro, 1999). Habiendo sido objeto de burla debido a ella y adoptando además la creencia de que al adelgazar serían más atractivos, felices y queridos (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998). Por lo que los hombres con

TCA que hacen dieta generalmente están en sobrepeso y muy a menudo, tienen antecedentes de obesidad (Gempeler, 2006).

Raevuori, Keski-Rahkonen, Hoek, Sihvola, Rissanen y Kaprio (2008) realizaron una investigación con el objetivo de describir la comorbilidad y las consecuencias de la severidad de la AN en hombres, hallaron que el sobrepeso predispone el desarrollo del trastorno anoréxico.

Gempeler (2006) comparó distintos cuadros de trastornos de TCA y fobia a la comida en varones. Halló que todos ellos tenían un antecedente de sobrepeso real, que parece actuar como un factor desencadenante de las preocupaciones por la forma del cuerpo. Además la preocupación por el peso, estuvo superada por una preocupación por la forma, lo que llevó al individuo a hacer una dieta para modificar esa forma “inapropiada”. Siendo este, para muchos hombres el inicio del trastorno, al querer tener una mayor definición muscular y evitar la sensación de flacidez que consideran poseer en diversas partes de su cuerpo (Toro, 1999).

Por lo tanto Toro (1999), señala que la experiencia clínica confirma el hecho de que los varones anoréxicos se inician en el trastorno, no por querer estar delgados, sino para evitar estar gordos, por ello es frecuente que el ansia de la delgadez se sustituye por el deseo de estar en forma o se entremezcla con él.

3.2.1.2 Factores Psicológicos

- Imagen corporal. La preocupación por la imagen corporal, fue considerada exclusivamente femenina hasta finales de los ochenta, ya que a partir de los noventa, involucró también a los hombres, lo cual despertó interés como objeto de estudio, hallando que los factores involucrados en ella, son muy distintos de los que se observan en las mujeres (Toro, 2004).

Se debe recordar que la imagen corporal no es sólo la percepción interna que se tiene de la apariencia física, sino que involucra el cómo se siente la persona con dicha percepción; por tanto la imagen corporal incluye componentes, fisiológicos, psicológicos y sociológicos (Rojo y Cava, 2003).

Es así como Shoutz (citado en García-Camba 2002), señala que entre las diferencias halladas en la perspectiva con la que valoran y evalúan los hombres sus cuerpos se observa que: los varones lo hacen de un modo más total, considerando a la vez las partes focales de atención. Y aunque diversas investigaciones, han observado que los hombres no se preocupan tanto por su aspecto; existen estudios que han hallado mayor insatisfacción en los hombres con su peso corporal, en comparación con las mujeres (Rojo y Cava, 2003).

De manera similar Mishkind et al. (citados en Toro, 2004), evaluaron varones adolescentes de entre 16 y 18 años y encontraron que el 95% se sentía insatisfecho con alguna parte de su cuerpo. Asimismo Cash, Winstead y Janda (citados en Ogden, 2005), obtuvieron de una encuesta aplicada a varios hombres, que el 34% de ellos estaba insatisfecho con su aspecto y que el 41% lo estaba con su peso.

En la infancia, de acuerdo con diversas investigaciones, los niños de 5 y 6 años se inclinan preferentemente por la forma corporal mesomorfa o atlética, en comparación con la ectomorfa o asténica (delgado) y la endomorfa o pícnica (grueso). Aunque la mayoría de los niños que poseen el biotipo mesomorfo, se inclinan por el tipo musculado, el cuerpo en forma de “V”, ancho de hombros, con pecho y brazos musculosos y cintura angosta. Este tipo de modelo corporal, existe desde la antigua Grecia y Roma, pero en la actualidad se observa aún con más volumen muscular (Toro, 2004). Sin embargo, de acuerdo con Toro (1999), se observa que hombres con TCA, la forma buscada tiende a ser más delgada, tonificada y sin grasa, aunque musculosa.

Entre los 8 y 10 años de edad, se sigue observando que los adolescentes quieren ser más gruesos, pero a partir de los 11 y 12, aproximadamente un tercio de los hombres desean ser más delgados. Aunque también existen autores que señalan que, durante la pubertad los hombres suelen tener mayor satisfacción por el aumento de peso (Toro, 2004).

No obstante, Gómez-Peresmitré et al. (citados en Mancilla y Gómez, 2006) hallaron que en jóvenes entre 14 y 24 años, el deseo por querer perder o aumentar de peso estaba correlacionado con su Índice de Masa Corporal (IMC), además de que el sentirse atractivos influyó de gran manera en la satisfacción o insatisfacción corporal. En poblaciones adultas, algunos autores mencionan que la proporción de varones que desean perder peso y los que desean ganarlo es de 50% en cada caso (Rojo y Cava, 2003).

Vázquez, López, Álvarez, Mancilla, y Oliva, (2006) compararon la insatisfacción corporal, la influencia del modelo estético corporal y la sintomatología de los trastornos alimentarios, en niños y jóvenes mexicanos, a través de la aplicación de dos cuestionarios adaptados a la población masculina. Los resultados mostraron la existencia de mayor sintomatología en los niños, aunque ninguno de ellos superó el punto de corte de las pruebas aplicadas, además de que no muestran una interiorización de modelos corporales delgados, a diferencia de los jóvenes que exhiben estar muy influenciados por los medios de comunicación y sus pares, por lo que tienen una clara interiorización del modelo de delgadez, superando el punto de corte de los Tests correspondientes.

Igualmente Baile, Guillén y Garrido (2002), analizaron cómo se distribuye la insatisfacción corporal, en un grupo de adolescentes según la edad y el sexo, y si el anonimato de respuesta influye en la tendencia de la misma. Se concluyó que el anonimato de respuesta no influye en la medida de la insatisfacción corporal. No existieron diferencias significativas en la insatisfacción corporal en ambos sexos a los 12-13 años, las diferencias significativas se aprecian en el rango de edad de 15-19; siendo las mujeres las que tienen mayor insatisfacción, lo cual corrobora la mayor incidencia de los trastornos de conducta alimentaria en mujeres. En cuanto a los hombres, no se hallaron diferencias significativas en la insatisfacción corporal, según la edad; lo cual de acuerdo a los autores se podría analizar desde diferentes perspectivas. Es posible que la insatisfacción corporal se instaure con posterioridad a los 19 años ó el test utilizado (BSQ) no es adecuado para medir esta variable en los hombres; por ejemplo, ningún ítem hace referencia a la insatisfacción por carecer de masa muscular o fuerza física, que quizá en la actualidad sea un elemento de insatisfacción en chicos.

Además de acuerdo con García-Camba (2002), la satisfacción corporal en el hombre guarda relación lineal entre la estatura y el peso. Para los hombres una estatura alta, significa ser más atractivo, tener más éxito social, académico y amoroso. Es por eso que los hombres que están inconformes con su estatura, intentarán controlar otros factores de su apariencia personal como el peso (Rojo y Cava, 2003).

Y aunque es poco frecuente que un adolescente esté preocupado por perder peso, tener una talla menos o caber en determinada prenda, es así como los hombres anoréxicos señalan

que todo comenzó, al querer modificar o darle mejor apariencia a una parte específica de su cuerpo (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

- Autoestima. La cual está estrechamente relacionada con la insatisfacción corporal (Vázquez et al., 2006). Lo anterior fue comprobado por Cohane y Pope (citados en Toro, 2004), quienes analizaron diecisiete estudios acerca de la satisfacción corporal en varones; concluyeron que, aunque existe menor insatisfacción corporal en hombres que en mujeres, en ellos también se relaciona a una baja autoestima.

- Conductas de riesgo. La presentación de la AN suele ser confusa y cautelosa, ya que los jóvenes comienzan con una simple dieta para bajar de peso o talla (García-Camba, 2002; Gómez, 2003). Por ejemplo, en una investigación realizada en México, con estudiantes varones, con edades comprendidas entre 14 y 24 años, encontraron que el 15% de ellos hacían dieta restrictiva y el 12% señalaban comer más o menos las cantidades adecuadas de alimento. Otras investigaciones confirmaron estos resultados, además de haber encontrado gran asociación entre el deseo de adelgazar y el malestar con la imagen corporal de los varones (Mancilla y Gómez, 2006).

En la investigación realizada por Gempeler (2006), en la que comparó distintos cuadros de trastornos de TCA y fobia a la comida en varones, halló que cuando la restricción alimentaria se quebraba con episodios de ingesta compulsiva realizaba conductas compensatorias tales como purgas autoinducidas o ejercicio excesivo.

Además Gómez (2003) señala que a la par de la dieta, practican ejercicio físico; que generalmente suele alargarse en largas jornadas a diferencia de las llevadas a cabo por mujeres (Toro 1999; Vázquez, et al., 2006). Una muestra de ello, es el estudio clínico epidemiológico realizado por Zribis, Chambon y Cottraux (citados en Bravo, Pérez y Plana; 2001) en España, en el que hombres diagnosticados con AN, poseen iguales síntomas que en las mujeres, aunque en ellos predominó una mayor hiperactividad. Es decir, en los varones existe mayor hiperactividad, como método para controlar su peso (Chinchilla, 2003; García-Camba, 2002). Apreciándose incluso una similitud entre los varones con TCA y los fisicoculturistas, en cuanto al perfeccionismo y control del cuerpo; y comparable además con el denominado síndrome del corredor compulsivo, referente a quienes corren más kilómetros cuando notan que se han excedido ligeramente en su alimentación (García-Camba, 2002).

Igualmente los datos obtenidos en una investigación llevada a cabo por Vázquez et al. (citados en Mancilla y Gómez, 2006), despiertan el interés por investigar la prevalencia de los TCA en los varones mexicanos, debido a que un gran porcentaje realiza restricción alimentaria, excesiva actividad física o sienten malestar con su imagen corporal.

- Afición por temas, deportes u oficios relacionados a la imagen corporal. García-Camba (2002), indica que estos hombres sienten afición por lo culinario, generalmente gustan de cocinar para otros, disfrutan de hacer compras innecesarias de alimentos, se interesan en los libros de cocina; en los contenidos nutricionales, especialmente en las calorías y se preocupan obligando incluso a los demás a comer aunque no lo deseen.

De acuerdo con diversos autores, practicar deportes u oficios en los cuales se les exige un peso límite, es también un factor a considerar en el desarrollo de la AN, como por ejemplo, modelaje, baile, luchas, gimnasia, jockey, ballet, patinaje, etc; y en especial la preferencia de estos varones por practicar *jogging*, debido a que esta actividad los hace adelgazar, sin ponerlos anchos ni musculosos (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998; Chinchilla, 2003; García-Camba, 2002; Gómez, 2003; Ogden, 2005).

Al respecto, Parks et al. (citados en Toro, 2004), evaluaron a varones deportistas para analizar factores de riesgo existentes en ellos como lo es la insatisfacción con la imagen corporal, y observaron que el 83% estaba insatisfecho con su peso corporal, el 80% de los jugadores de rugby y el 43% de los corredores a campo-travesía, deseaban aumentar de peso y el 15% y 20% respectivamente de los deportistas deseaban perderlo. Igualmente Ziegler et al. (citados en Toro, 2004), evaluaron a patinadores de ambos sexos de entre 13 y 23 años y encontraron que aunque algunos incluso consideran que su peso está por debajo de lo normal, la mayoría de las mujeres y un importante porcentaje de los varones (18%) deseaban perder peso, haciendo para ello dietas restrictivas superiores a las usuales en la población común.

También los comentarios críticos dentro de las actividades deportivas con respecto al peso corporal, influyen en la decisión de la pérdida de peso. Toro y Vilardell (2000) hacen mención de cinco casos de varones anoréxicos, cuatro practicaban una actividad deportiva; y tres de ellos iniciaron el trastorno anoréxico después de los comentarios de sus entrenadores acerca de sus kilos de más.

Y de la misma manera en que algunos autores mencionan la existencia de ciertas actividades deportivas como factor de riesgo, también existen autores, que mencionan que además se deben considerar los rasgos de personalidad que los llevan a elegir dichas actividades (García-Camba, 2002).

- Abuso de alcohol y otras sustancias. Gómez (2003) señala que aproximadamente el 20% de los varones anoréxicos suelen abusar en ocasiones de algún tipo de droga o alcohol.

- Personalidad. De acuerdo con diversas investigaciones, los hombres con AN suelen ser demasiado obsesivos, tienden a ser intelectuales, perfeccionistas y rígidos en su personalidad (García-Camba, 2002; Gempeler, 2006). Vandereyken y Van (citados en García-Camba, 2002) hallaron que los hombres son obsesivos, esquizoides y antisociales. Si por algún motivo no pudieron realizar su rutina deportiva, el nivel de ansiedad e irritación, es elevado. Sin embargo, Gempeler (2006) encontró que en hombres con AN existe menos perfeccionismo, evitación de daño, dependencia de la recompensa y cooperatividad y mayor búsqueda de novedades que las mujeres con AN.

Fichter, Daser y Postpischil (1985), realizaron una comparación del trastorno anoréxico entre hombres y mujeres ambos muestran una personalidad similar, sin embargo, los hombres anoréxicos son más extrovertidos, tienen mayor preocupación por la comida, el peso, etc, y mayor ansiedad en comparación con las mujeres.

Por otro lado, Gómez (2003) señala que los hombres anoréxicos realizan las comilonas como una fuente de placer en sí o para vencer la ansiedad, llenar carencias afectivas, etc.; el concentrarse de manera obsesiva en la pérdida de peso, es una intención de escapar de otros conflictos existentes: incomodidad con su entorno social, falta de una verdadera relación íntima, la sensación de soledad y aislamiento. Estas últimas sensaciones son en ocasiones tan intensas, que la delgadez extrema es usada para llamar la atención de los demás. Además Chinchilla (2003), considera que los varones que padecen AN, poseen rasgos en su personalidad muy semejantes a los de pacientes alcohólicos y drogadictos; representando una evasión a la responsabilidad

Además la falta de comunicación de esos jóvenes con ellos mismos y con los demás es tal, que a veces lo primordial en terapia más que la recuperación de peso, es comenzar un diálogo. En realidad se trata de una crisis con lo “imposible de decir”: “El sujeto se torna esclavo de su no decir. En un momento privilegiado de la cura, estos pacientes descubren,

asombrados, que su angustia en realidad nada tenía que ver con la comida” (Gómez, 2003 p. 83).

- Alteraciones cognitivas. Toro (1999), señala que en ocasiones los varones suelen presentar alteraciones cognitivas, que predisponen el desarrollo de la AN; por ejemplo un joven de 15 años de edad argumentó haber iniciado el trastorno, dejando de comer debido a que quería perder grasa y ser “todo músculo. Mancilla y Gómez (2006) señalan que otro de los factores cognitivos en los varones, es el sentimiento de ineficacia.

- Acontecimientos vitales. Los cuales generan estrés precipitante que interviene en el desarrollo de la AN, dicho estrés es mayor en proporción e intensidad, en comparación con las mujeres, como si al tener menor predisposición el precipitante se fortaleciera (García-Camba, 2002). Gómez (2003), menciona que los eventos vitales suelen ser: el primer encuentro heterosexual (cuando en realidad se tiene una preferencia homosexual), un examen importante, una carga pesada de trabajo y estudio, esto en gran medida por las exigencias y las expectativas de los padres.

3.2.2 Factores Familiares

Algunos rasgos del entorno familiar y de los miembros de la familia pueden actuar como factores predisponentes o precipitantes para la aparición de la AN en el varón, igual que ocurre en muchos otros trastornos psiquiátricos. Tales características son descritas a continuación:

- Características psicológicas. En comparación con las mujeres, en estas familias se encuentran más alteraciones somáticas y psiquiátricas más trastornos afectivos; y gran prevalencia de antecedentes familiares de sobrepeso (García-Camba, 2002; Toro y Vilardell, 2000).

- Dinámica familiar. Con relación a la dificultad para expresar las emociones, existe una grave falta de comunicación, debido a que el conflicto que el varón tiene con la comida y su preocupación por la imagen corporal es un dilema del cuál no siente confianza de platicarlo con sus padres y hermanos (Gómez, 2003). Dallos y Denford (2008), realizaron un estudio cualitativo con el objetivo de explorar la experiencia de cuatro familias con

algún integrante con AN. Los resultados confirman la existencia de una relación conflictiva y confusión en el proceso de comunicación.

Una muestra de la falta de comunicación e interacción familiar, es lo hallado por Rivas, Bersabé y Castro (2001) quienes realizaron un estudio para identificar conductas sintomáticas de TCA en jóvenes de España, comparando las respuestas dadas por ellos con las respuestas proporcionadas por sus padres. Los resultados mostraron una baja prevalencia en las respuestas de los padres en comparación con la de sus hijos, sólo el 1.2% de los padres detectó un TCA en sus hijos, cuando en realidad un 3.4% de los jóvenes presentaban signos de TCA.

Por otro lado, Gómez (2003) señala que en el ambiente familiar existe una lucha independencia/dependencia entre el adolescente y sus padres o uno de ellos, lo cual es un factor determinante en el surgimiento de la AN en el hombre.

- Nivel socioeconómico. Las familias de los varones anoréxicos suelen ser de clase media. Drewnowski et al. (citados en Toro, 1999), realizaron un estudio con varones y mujeres de 18 años de edad, logrando hallar diferencias significativas con relación a la clase social de sus familias, y aunque en menor medida tanto mujeres como varones pertenecientes a familias de clase alta, se encontraban más preocupados por mantenerse delgados.

- Estructura Familiar. Gómez (2003), señala que estas familias suelen poseer una estructura común, con uno o dos hermanos.

- Figura materna. En un estudio comparativo entre hombres y mujeres anoréxicas, llevado a cabo por Fichter, Daser y Postpischil (1985), se obtuvo que la única diferencia significativa entre ambos sexos fue la edad en que la madre los concibió, la cual fue notablemente menor en el caso de los varones anoréxicos. Aunque, Toro y Vilardell (2000) indican que esta variable, debe ser investigada a mayor profundidad.

Por otro lado Selvini, Cirillo y Sorrentino (1999), han hallado que el desarrollo de un trastorno comúnmente femenino en el hombre, es debido al deseo frustrado de los padres, en especial de parte de la madre, de haber querido tener una hija, por lo que tal frustración ha influido en el modo de crianza del paciente.

Asimismo es la madre quien suele justificar el aislamiento social que caracteriza a estos jóvenes, argumentando que es debido a sus responsabilidades académicas, y que por este

motivo no tiene tiempo ni para convivir con amigos o para tener novia; además de que para ella las preocupaciones de su hijo por su imagen corporal son tonterías propias de la edad, también es común que la madre sea sobreprotectora, sin embargo su papel no es tan influyente como el del padre (Gómez, 2003).

- Imagen paterna. El hombre anoréxico muestra una clara relación de desamor y desencuentro afectivo con su estricto, dominante y distante padre. Así, mientras que para la madre son sólo tonterías las preocupaciones de su hijo con respecto a su imagen corporal, el padre suele juzgarlo como “poco hombre”, por preocuparse por esos asuntos (Gómez, 2003).

Con base en el enfoque psicoanalítico la figura paterna, podría considerarse el papel central del origen del trastorno anoréxico, los castigos que el padre impone, son vividos por el hijo a manera de control y castigo. El padre suele ser desapegado con su hijo, desde la infancia evita tocarlo o besarlo, este comportamiento es interpretado por el hijo como un rechazo, creándole a la vez inseguridad haciéndolo dudar de su valía. También se ha comprobado que los niños que son evitados por sus padres, suelen tener dificultad para adaptarse a su entorno, generando graves consecuencias a la larga. Esto último debido a que desde su infancia comienzan a interiorizar el sentimiento de no ser dignos de aprecio “Comienzan a verse faltos de atractivo y acaban dudando de sí mismos como seres humanos dignos de amor. Y es que si un padre nunca le dice a su hijo “Te quiero”, éste no cree merecer que lo quieran” (Gómez, 2003 p. 84).

La falta de autoestima que se crea en este niño, va a resultar un factor importante para el desarrollo de la Anorexia; ya que para desarrollar una personalidad equilibrada y saludable, el varón necesita del apoyo, aprobación, amor y buen ejemplo por parte de su padre. Incluso psicológicamente hablando, podría decirse que el niño resulta menos afectado en ausencia del padre, en comparación con el que está presente pero que no ejerce su paternidad; por lo que a causa del rigor y distanciamiento, el adolescente comienza a evitar alimentarse, además de buscar en otros varones el cariño que su padre no le brindó. En esta búsqueda es común que fantasee encuentros sentimentales con otros hombres más fuertes y poderosos (Gómez, 2003).

3.2.3 Factores Socioculturales y Masculinidad

En la actualidad los factores socioculturales influyen de gran manera en el desarrollo de la AN en el varón, porque el entorno sociocultural en el que está introducido desde niño, involucra la existencia diversas variables como: un modelo corporal ideal, el continuo bombardeo de tal modelo a través de distintos medios de comunicación, las expectativas relacionadas a la masculinidad como rol social y el tipo de cultura; los cuales se describen a continuación.

- El modelo corporal ideal. La insatisfacción de la imagen corporal como predisponente y/o precipitante de la Anorexia en el hombre, está sustentada por diversas teorías, sin embargo, la más fundamentada empíricamente es la sociocultural, la cual explica el deseo impulsivo del individuo por poseer el modelo estético ideal producido por la misma sociedad (Rojo y Cava, 2003). Es decir que la insatisfacción corporal y la AN en el varón son consecuencia del modelo corporal ideal (Toro, 2004; Barberá y Martínez, 2004).

Rojo y Cava, (2003) señalan que de acuerdo con los resultados de diversas investigaciones, se concluye que el modelo corporal ideal en el hombre, preferente por la cultura occidental es el tipo mesomorfo muscular o el descrito por Kretschmer: el atlético o hipermuscular. Aunque, contrario a lo que creen los hombres, las mujeres no tienen preferencia por los cuerpos de gran musculatura, valorando en mayor medida rasgos tales como: el olor corporal, la energía física, el aspecto saludable, etc.

Asimismo Toro (2004), señala que aunque es alrededor de los 9 años que los niños desearían tener mayor volumen corporal, justo en esta edad es cuando las normas de talla y peso son virtualmente idénticas para niños y niñas, lo cual revela la impregnación cultural diferenciada en función del sexo. Por lo tanto desde la infancia, se promueve el modelo corporal ideal a través de determinados juegos y juguetes. Brownell y Napolitano (citados en Toro, 2004), analizaron las medidas a las que deberían someterse los varones promedio para tener las dimensiones y medidas corporales a escala del muñeco *Kent*, concluyeron que para semejar a éste, debería incrementar 50 cm de estatura, 28 cm su tórax y 20 cm la circunferencia de su cuello. También Pope et al. (citados en Rojo y Cava, 2003), descubrieron que los muñecos llamados *action toys*, han ido modificando su forma

apreciándose un claro desarrollo muscular que excede en gran medida las dimensiones de los fisicoculturistas.

De manera similar Shilling (citado en Toro, 1999) quien realizó un análisis de las actividades deportivas, halló que los deportes mayormente practicados por los hombres, son aquellos que enfatizan en el modelo corporal ideal, estimulando el desarrollo muscular.

También en el periodo de la pubertad influye el modelo corporal ideal, ya que los cambios corporales presentes en esa etapa son vividos de distinta manera por cada sexo, así mientras las mujeres sienten que se alejan del modelo, los hombres se sienten conformes con el estirón y los kilos de más ganados (Toro, 2004).

Timko et al. (citados en Toro, 1999) realizaron un estudio con estudiantes de la Universidad de Yale, y encontraron que los estudiantes que mostraban alteraciones en su conducta alimentaria, eran los que más aspiraban a los ideales estereotipados; además de que eran los que más importancia otorgaban a la apariencia física.

Por lo que Crispo, Figueroa y Guelar (1998) pronostican que debido a la presión e importancia otorgada a la delgadez y al incremento en la prevalencia de la AN en el varón, es posible un aumento de la presión estética en pro de la delgadez en vez de una figura fuerte y musculosa. Incluso Gómez (2003), menciona que aunque en los años cincuentas la figura masculina solía apreciarse con ligero sobrepeso, es hasta en años recientes que la ideología de lo delgado toma fuerza.

- Medios de comunicación. El fomento del modelo corporal ideal masculino en los medios de comunicación, es un continuo en la sociedad occidental, ya que en promedio las personas han perdido el hábito de la lectura, dedicando gran tiempo a ver televisión y a hojear revistas, estando en todo momento bombardeados por publicidad. Además Barberá y Martínez (2004), consideran que la insatisfacción corporal masculina, va en aumento debido a la existencia de estereotipos corporales observados en los medios de comunicación.

Legenbauer, Rühl y Vocks (2008) realizaron una investigación para analizar la influencia de los medios de comunicación en el estado de la imagen corporal en pacientes con TCA. Los resultados sugieren que la exposición regular a estos medios actúa como un formador del esquema de la imagen corporal.

Agliata y Tantleff-Dunn (citados en Toro, 2004) estudiaron las reacciones de los varones al ser sometidos a la contemplación de cuerpos masculinos delgados, como se muestran en la televisión y a escenas neutras de otros anuncios televisivos en jóvenes con edad media de 21 años. Los sujetos expuestos a la imagen corporal ideal presentaron un mayor índice de síntomas depresivos y más insatisfacción por su musculatura, en comparación con los sujetos expuestos a escenas neutras. Sin embargo, a diferencia de las mujeres, los hombres no hicieron algo para modificar su apariencia física. Por lo que se concluye que los varones responden al valor sociocultural de las imágenes pero no las integran a esquemas o actitudes previamente establecidos.

Sin embargo Rojo y Cava (2003), han demostrado que los medios de comunicación influyen de gran manera en los hombres para la asistencia al gimnasio, para el consumo de ciertos productos y para la adquisición de aparatos ejercitantes. Duplicando las ventas desde los años ochenta de libros, dietas y programas o tratamientos para bajar de peso.

Asimismo se aprecia que entre 1980 y 1991 las revistas de moda dirigidas al público masculino incrementaron el número de artículos relacionados a temas sobre el peso y la salud observándose también un incremento en el número de anuncios publicitarios de moda utilizando la imagen masculina (Facchini, 2006).

De la misma manera Leit, Pope y Gray (citados en Rojo y Cava, 2003) realizaron un análisis de las publicaciones de la revista *playgirl* (la versión masculina de la conocida revista *playboy*), entre los años 1973 y 1997, y observaron que la figura masculina ha sufrido cambios en su apariencia haciéndose cada vez más ancha en cuanto a musculatura. Además, Pope, Olivardia y Borowiecki (citados en Facchini, 2006) señalan que en comparación con el desnudo femenino que se ha mantenido casi estable, el masculino ha ido en aumento de manera importante en los últimos 40 años, pero en especial a partir de los años 80, los autores plantean la hipótesis de que el cuerpo masculino está aumentando en importancia como una marca de masculinidad.

- Tipo de cultura. Los trastornos alimentarios en los varones parecen ser más comunes en las sociedades occidentales (Rojo y Cava, 2003); observándose una menor prevalencia en culturas orientales. Calculando entre un 0.9 al 6% de varones con sintomatología de TCA en países occidentales (Mancilla y Gómez, 2006).

Además se ha observado que suele existir mayor prevalencia en poblaciones blancas, en comparación con la población negra y asiática como es el caso de Estados Unidos (Rojo y Cava, 2003).

Al-Adawi et al. (citados en Toro 2004) realizaron una investigación en Omán, con mujeres y varones adolescentes. Los resultados señalaron que el 29.4% de las mujeres adolescentes podrían cumplir criterios de AN, pero el porcentaje era aún mayor en los varones con un 36.4%. Los investigadores señalan que estos elevados porcentajes son una muestra de los cambios económicos y culturales sufridos en este poblado árabe.

Asimismo Platte, Zelten y Strunkard (citados en Rojo y Cava 2003) hace mención de la secta Old Order la cual tiene un *modus vivendi* contrario a la cultura occidental industrializada, en la que los jóvenes pertenecientes a ella no tienen insatisfacción corporal, aceptándose tal cual aún cuando algunos de ellos sean obesos: “En cierto modo se encuentran libres del culto al cuerpo que impera en las sociedades occidentales” (Rojo y Cava, 2003, pp. 515).

- **Masculinidad.** Aunque para los hombres el hecho de “ser hombres” resulta una condición biológica, adquirida al nacer, ellos mismos consideran que al llegar a la adultez y tras pasar por una serie de “pruebas” o experiencias lograran la masculinidad y estarán completos. Un ejemplo de ello es la heterosexualidad, como una condición para la masculinidad, por lo que deben iniciarse sexualmente con una mujer para poder reconocerse como un hombre (Lomas, 2004). De igual manera Valdés y Olavaria (citados Lomas, 2004) y Vázquez et al. (2006), señalan algunas de las características que deben poseer los hombres con base en la masculinidad: deben ser rectos, responsables, protectores de los débiles (niños, mujeres y ancianos); deben ser autónomos e independientes, libres, a diferencia de las mujeres que dependen siempre de ellos; deben ser fuertes emocionalmente sin ser expresivos; demostrar su fortaleza a través de su cuerpo, el cual resiste las exigentes jornadas laborales y la fatiga; deben estar dispuestos a competir con otros hombres para demostrar sus capacidades físicas; de él se espera que discipline su cuerpo para resistir las molestias físicas al límite de su capacidad. Por ello la voluminosidad muscular, la imagen de fuerza/potencia física son rasgos comúnmente atribuibles al estereotipo masculino, en casi la totalidad de las sociedades (Toro, 1999). Además de existir creencias respecto al cuidado de la apariencia, siendo más varoniles aquellos que no se preocupan por su aspecto,

debido a que es considerado sólo cosa de mujeres; (Rojo y Cava, 2003; Selvini, Cirillo y Sorrentino, 1999; Toro, 1999).

Por lo tanto, de acuerdo con Gómez (2003) la sociedad establece que el hombre debe seducir a través de la ostentación de su fuerza física, de su poder, triunfo profesional y económico, es decir, la seducción a través los valores tradicionalmente asignados al varón. Igualmente, en las actividades deportivas se observa la influencia de la considerada masculinidad, por lo que con relación a las actividades físicas intensas, es común que los hombres experimenten mayor presión social al respecto, en comparación con las mujeres.

Por otro lado la consideración de la AN como un trastorno femenino, podría reflejarse en la estigmatización que padecen los hombres anoréxicos y por lo cual no acuden a pedir ayuda especializada (García-Camba, 2003). Gómez (2003), señala que estos varones tienen una presión distinta a las mujeres, siendo que, mientras ellas son bien vistas por sus amistades y familiares sobre el tema de perder peso, los hombres rara vez pueden mencionar o recibir apoyo de parte de amigos y familia, debido a que es considerado “tema de mujeres” y por lo tanto solo provocarían risa y burlas.

De hecho contrario a las mujeres, los excesos alimentarios en los hombres no son mal vistos. Toro y Vilardell (2000) mencionan que en el caso de los varones, las comilonas o el comer en exceso es aceptado socialmente, como si la cantidad de alimento se asociara a su masculinidad, su poder y su fuerza.

Por lo tanto, como lo señala Lomas (2004), la masculinidad en vez de diversificar a los varones, los constituye; es decir, que sólo existe una manera de representar la masculinidad y si el varón no corresponde con ella entonces no es un “hombre de verdad”.

Sin embargo, desde el enfoque psicoanalítico, la Anorexia en el varón puede ser interpretada como un rechazo a desempeñar la imagen tradicional masculina impuesta por la sociedad, por lo que estos varones anoréxicos persiguen una imagen completamente opuesta: una figura esbelta, fina y delicada. Contrario a esto, Toro (1999) señala que es la feminidad, la que representa un factor predisponente para la Anorexia, y por lo tanto la masculinidad no, ya que el patrón estético corporal que persigue la delgadez, tiene mayor prevalencia entre las mujeres, y en especial entre aquellas que asumen plenamente su papel sociosexual estereotipado o entre los varones que tienden a asumirlo de algún modo.

DISCUSIÓN

El estudio de la Anorexia Nerviosa realizado por diversos investigadores, ha generado una amplia visión del trastorno, surgiendo planteamientos y resultados diversos que en ocasiones caen en contradicción o difieren en particularidades. Es así como basado en la investigación realizada en este proyecto, se obtuvo el siguiente análisis.

El trastorno Alimentario conocido como Anorexia Nerviosa, ha sido clasificado con base en los criterios de diagnóstico del DSM-IV en: a) tipo restrictivo, en la que se reduce el peso a través de una severa restricción alimentaria; y b) el tipo purgativo, en la que se interrumpen el periodo restrictivo con episodios de sobreingesta, empleando métodos purgativos para compensar la sobreingesta. Sin embargo, Nardone, Verbitz y Milanese (2002) señalan que no existe un acuerdo al considerar los episodios bulímicos como un subtipo de la Anorexia o un continuo del trastorno, que denota una mayor severidad y cronicidad.

En cuanto al diagnóstico del trastorno, Rojo y Cava (2003) cuestionan la fobia al peso como un criterio imprescindible, esto debido a la existencia de pacientes que se niegan a ingerir alimentos sin tener fobia a la gordura, lo cual en gran parte se debe a la influencia cultural. Y en el mismo sentido Toro (1999) señala que la aplicación rigurosa de este criterio que surge a finales del siglo XIX, descartaría a la gran mayoría de los casos.

La explicación del trastorno anoréxico se ha basado en diversos modelos: el modelo psicoanalítico, el modelo familiar sistémico, el modelo cognitivo conductual, el modelo genético y el modelo sociocultural; sin embargo para Ogden (2005), cada uno de ellos posee deficiencias particulares que no explican en su totalidad el trastorno, siendo el modelo biopsicosocial o multifactorial, el que posee una visión más amplia al considerar la interacción de factores individuales (biológicos y psicológicos) sociales, familiares y culturales; aunque para este autor, aún no queda clara la estructura de tal modelo.

Con respecto al estudio de la Anorexia Nerviosa en la mujer se obtuvo lo siguiente:

- Factores biológicos. En la explicación genética de la Anorexia Nerviosa en la mujer, Gorab e Iñarritu, (2005) señala que las jóvenes con madres anoréxicas tienen de siete a doce veces más riesgo de padecerla. Aunque Toro y Vilardell (2000) y Tannenhaus (1999)

argumentan que existen estudios familiares que no han podido confirmar tales datos, pero sí han hallado una significativa prevalencia de anorexia entre hermanas.

Estos autores también señalan que la insatisfacción corporal a causa de la obesidad, puede ser un factor para el desarrollo del trastorno anoréxico, ya que un porcentaje considerable de las mujeres anoréxicas suelen tener antecedentes de sobrepeso antes del comienzo del trastorno. Aunque Giménez, Ardevol y Fernández (2002) señalan que no existen diferencias en la sintomatología alimentaria entre pacientes con AN, con o sin obesidad o sobrepeso.

- Factores psicológicos. Espina et al. (2001) señalan que las alteraciones de la imagen corporal incluyen dos aspectos relacionados: distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo y la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura. Sin embargo Tannenhaus (1999) indica que sus percepciones pueden ser correctas, sin embargo sus ideas y sentimientos acerca de su aspecto son inapropiadas. Aunado a esto Espina et al. (2001) hallaron insatisfacción con la imagen corporal significativamente mayor en las mujeres con algún trastorno alimentario en comparación con aquellas sin trastorno. Mientras que, Sepúlveda, Botella y León (2001) encontraron diferencias poco significativas entre estos dos grupos.

En cuanto a los rasgos de personalidad, que influyen en el desarrollo de la Anorexia en la mujer, Malson (1997) señala que generalmente carecen de control. Sin embargo, Tannenhaus (1999) afirma que es común que posean una personalidad rígida, procurando tener las circunstancias bajo control, pero con baja percepción de ello según Lugli-Rivero y Vivas (2001).

Por otro lado, Toro (2004), basado en una investigación sugiere que las mujeres dedicadas al modelaje pueden obtener satisfacción corporal y autoestima altas por el prestigio adquirido mediante su profesión, por lo cual difícilmente desarrollarían algún TCA. Sin embargo, aunque existe una carencia de estudios, en años recientes han surgido una serie de noticias mundiales relacionadas con la muerte de diversos modelos debido a este tipo de trastornos.

- Factores familiares. Para Malson, (1997) y Toro (2004) es difícil distinguir la familia anoréxica de la familia normal o de otras familias psicosomáticas encontrando diferencias muy poco significativas en diversos estudios. Además de acuerdo con Morandé

(1999) y Crispo, Figueroa y Guelar (1998) es difícil diferenciar las características previas, de las adquiridas una vez desarrollado el trastorno, considerando también que la percepción de la dinámica familiar depende del estado emocional de la anoréxica. Aunque para Toro y Vilardell (2000) y Toro (2004) existe la posibilidad de un tipo de familia específica para el desarrollo de la AN, entendida como aquella donde los padres posean determinadas características psicológicas, o exista cierto patrón interactivo concreto, o ambos.

- Factores socioculturales. Acosta y Gomez (2003), señalan que el desarrollo de los TCA en los países no depende de su desarrollo económico, sino de los valores y principios existentes. Toro (2004), difiere al indicar que el agrado por el modelo corporal delgado, depende en gran medida del desarrollo económico del país, así, entre menos occidentalizado esté desde una perspectiva sociocultural, menos valoran los cuerpos delgados.

Por otro lado, Malson (1997) señala que la Anorexia no es un efecto del feminismo sino una consecuencia de la continua desigualdad de géneros. No obstante, Morande (citado en Gomez, 2003) explica que en la pretensión de querer conseguir una igualdad entre hombres y mujeres, podría estar el origen de los actuales trastornos alimenticios. Por otro lado, Crispo, Figueroa y Guellar (1998), indican que la mujer actual, al sentirse fracasada en no alcanzar el estereotipo ideal y culpable en no lograr las “únicas” expectativas que se tienen en ellas, el control en su pérdida de peso, lo considera como una garantía de éxito en otras áreas de su vida. Sin embargo Gomez (2003) y Fendrik (2004) señala que la Anorexia también se traduce como el intento de huir, a ese estereotipo impuesto por la sociedad patriarcal, incluso a través de la autodestrucción, lo que intenta hacer la chica con su delgadez es evitar que esa imagen que rechaza la posea en su propio cuerpo.

En cuanto a la predisposición del sexo femenino, Turón (1997) considera una mayor influencia de los factores socioculturales para ello, aunque también plantea la probable existencia de condiciones biológicas determinantes, debido a que la distribución por sexos se ha mantenido constante a pesar de las variaciones en los factores psicosociales involucrados en la AN. Sin embargo, Gorab e Iñarritu (2005) señalan que a lo largo de la historia en distintas culturas, el estereotipo de belleza asociado al cuerpo ha afectado principalmente al género femenino a través de los tiempos.

En cuanto a la Anorexia Nerviosa en el hombre se obtuvo lo siguiente:

Aunque en la actualidad existe evidencia de que la Anorexia Nerviosa es también padecida por hombres, autores como Chinchilla (2003) y algunos citados por García-Camba (2002), Toro y Vilardell (2000) y Crispo, Figueroa y Guelar, (1998) consideran que la Anorexia en el varón, no es más que un síntoma secundario a otro tipo de trastorno afectivo, en especial la depresión, debido a que si esta no es atendida se agrava, presentándose posteriormente un desinterés por alimentarse. Sin embargo Malson (1997), señala que esto también sucede con el diagnóstico en las mujeres, considerándola como una variante de la depresión, puesto que hay algunas sintomatologías que coinciden en ambos trastornos y hallando además que la depresión es más prevalente en ellas que en hombres.

- Factores biológicos. Gómez (2003), Toro (2004) y García-Camba (2002) consideran que la Anorexia en el hombre al igual que en la mujer, suele aparecer durante la adolescencia. Sin embargo, Mancilla y Gómez (2006) consideran que es en edades más tardías el comienzo del trastorno en hombres.

Por otro lado Gómez (2003), menciona que existen autores que consideran la falta de apetito sexual en el varón como una consecuencia de la condición anoréxica, mientras que para García-Camba, (2002) esa falta de deseo sexual en ocasiones es previo al trastorno y por ello se tiene un rechazo al alimento.

El desajuste en la identidad de género identificándose con el sexo femenino, hace que el varón se vuelva más vulnerable a padecer el trastorno anoréxico, Gómez (2003); Toro (2004) y Selvini, Cirillo y Sorrentino (1999), encuentran gran prevalencia en varones homosexuales y bisexuales; aunque Tinahones (2003); García-Camba, (2002); Chinchilla (2003); Rojo y Cava (2003) y Toro (1999) señalan que no existen datos epidemiológicos estables que lo demuestren. Con relación a esto mismo Toro y Vilardell (2000) plantean la hipótesis de que aunque se tratara de un hecho minoritario, tras la adopción de una postura “femenina” implícitos en la AN, la valoración *sui generis* del propio cuerpo y de las relaciones interpersonales e intersexuales, se podría facilitar la preferencia homosexual.

Por otro lado, Olivardia et al. (1995) plantean la hipótesis de que quizá los hombres homosexuales al buscar ayuda con mayor anticipación y frecuencia que los heterosexuales, haría notar la relación entre condición homosexual y los TCA.

Con relación a la obesidad, Toro y Vilardell, (2000) y Rojo y Cava (2003) hallaron que los varones no aceptan la obesidad, pero persiguen un modelo corporal de mayor masa muscular, prefiriendo ganar más peso en masa muscular; sin embargo, en una investigación señalada por Ogden (2005), hallaron en un grupo de hombres mismos porcentajes entre los que deseaban ser más musculosos y los que deseaban ser delgados.

- Factores socioculturales. De acuerdo con una investigación citada en Toro, (2004) los hombres que se deprimieron y sintieron insatisfacción corporal al contemplar cuerpos masculinos delgados, hallaron que a pesar de su reacción no hicieron algo para modificar su apariencia física. Sin embargo Rojo y Cava (2003) han demostrado que las imágenes e información en los medios de comunicación influyen de gran manera en los hombres, para la asistencia al gimnasio, para el consumo de ciertos productos y para la adquisición de aparatos ejercitantes.

Para Gomez (2003) la Anorexia en el varón puede ser interpretada como un rechazo a desempeñar la masculinidad, como estereotipo ideal impuesto por la sociedad, persiguiendo una imagen completamente opuesta: una figura esbelta, fina y delicada. Contrario a esto, Toro (1999) señala que al ser la feminidad un factor predisponente para la Anorexia, la masculinidad que no persigue el modelo corporal de la delgadez, se consideraría entonces un factor protector para el desarrollo del trastorno.

CONCLUSIONES

La Anorexia Nerviosa (AN), entendida como un Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA), ha sido ampliamente estudiada, desde distintas posturas teóricas. Los antecedentes del trastorno anoréxico en la mujer, guarda similitudes con los del varón. En un comienzo, en el periodo conocido como “Anorexia santa”, las mujeres llevaban a cabo rigurosos ayunos con fines religiosos, manteniendo su virginidad para conservar la pureza de sus cuerpos, ya que estos eran considerados una tentación para los hombres. Mientras que en los hombres, los prolongados ayunos eran realizados por religiosos para mantener el control de sus deseos homosexuales, debido a que la homosexualidad era considerada un pecado. Por lo tanto, la Anorexia tanto en mujeres como en hombres, estuvo vinculada al entorno religioso, en sus comienzos; sin embargo, en la mujer el pecado estaba en el interior, era su propio cuerpo; y en el hombre el pecado se hallaba en el exterior, al ser otros hombres los que despertaban en él la tentación.

Posteriormente existe un periodo en el que las mujeres anoréxicas obtenían fama y beneficios, debido a sus ayunos extremos, sin encontrar explicación científica a su sobrevivencia. En los hombres en cambio, surgió un periodo en el que la corriente filosófica del romanticismo, los motivó a rebelarse y a mantener una apariencia de joven efebo (delicada, afeminada) con una marcada delgadez, algunos de ellos fueron famosos escritores quienes por complicación de la Anorexia, adquirían tuberculosis y fallecían posteriormente, considerándola “Anorexia tuberculosa”, mientras que otros hombres lo utilizaban al igual que las mujeres, para tener fama y beneficios.

Por último y hasta la actualidad, la Anorexia Nerviosa es considerada en términos médicos, como un trastorno que se caracteriza primordialmente por una negativa conciente y rotunda a no alimentarse, una baja considerable de peso; acompañado de una alteración cognitivo-afectiva en la percepción de la imagen corporal; así como un supuesto temor a engordar. Supuesto en el sentido de que existen casos en los que no presentan este temor, el cuál parece estar ligado a sociedades en las que se aprecia la delgadez y se rechaza la gordura.

El diagnóstico del trastorno, deberá estar basado en los criterios establecidos en el DSM-IV y el CIE-10, este último considerando a ambos géneros; así como llevar a cabo entrevistas con él/la paciente, sus familiares y amigos, para la obtención de datos complementarios del desarrollo del trastorno; y la exploración médica auxiliada por análisis y estudios

especializados para descartar algún otro trastorno fisiológico que esté originando el trastorno anoréxico.

Asimismo es observable que la mayor parte de lo que se ha publicado sobre las causas de Anorexia Nerviosa constituyen hipótesis que necesitan verificación empírica. Aunque su estudio ha permitido establecer diversos modelos teóricos para la explicación del origen del trastorno, siendo el modelo multifactorial el de mayor amplitud, considerando factores: individuales (biológicos y psicológicos), familiares (biológicos y psicológicos) y socioculturales; todos ellos actuando en determinado momento como predisponentes, precipitantes y/o perpetuantes del trastorno. Tal modelo ha permitido también, el análisis diferencial de los factores que influyen en hombres y mujeres (Ver Anexo 3).

Con base en lo anterior se obtiene la siguiente distinción de factores:

1. Factores individuales.

- La herencia genética en las mujeres está mayormente determinada por familiares de primer grado y hermanas, mientras que en los hombres se atribuye más a la exposición a hormonas sexuales femeninas en el útero durante el embarazo de gemelos monocigotos.
- Identidad de género. En los hombres el tener una preferencia homosexual, identificándose con el género femenino lo hace más susceptible a desarrollar el trastorno anoréxico, aunque también existen estudios que no coinciden con ello.
- Obesidad. En ambos existe antecedentes de obesidad, sin embargo en los hombres es mayor la prevalencia de este antecedente, iniciando el trastorno con el objetivo de evitar la obesidad, sin pretender alcanzar la delgadez como sucede con las mujeres.
- Imagen corporal. Existen datos que comprueban insatisfacción de la imagen corporal, en hombres como en mujeres. Sin embargo, las mujeres son más susceptibles a la alteración perceptiva-afectiva de la misma, el cual actúa como un mayor predisponente para el desarrollo de la Anorexia, en comparación con el hombre.
- Conductas de riesgo. Tanto en hombres como en mujeres la insatisfacción de la imagen corporal es motivo para comenzar una dieta alimenticia, volviéndose cada vez más estricta; realizando a la par excesivo ejercicio físico, el cual es más extenuante en los hombres. Mientras que las mujeres realizan conductas compensatorias en mayor medida, como el vómito, uso de laxantes y diuréticos.

- Personalidad. Ambos poseen una personalidad rígida, hiperactiva, obsesiva y perfeccionista. Sin embargo, las mujeres suelen ser más depresivas, con temor a la independencia, con inestabilidad emocional, manifestando alexitimia emocional, además de una falta de percepción en su autocontrol. Mientras que los hombres poseen en mayor medida un sentimiento de soledad e incompreensión, aislándose. Todo esto quizá se deba en algunos de ellos a su preferencia homosexual.

Asimismo factores como: la autoestima, el abuso de alcohol y otras sustancias, la edad, los acontecimientos vitales, la afición por temas, deportes u oficios relacionados a la imagen corporal y los pensamientos irracionales o disfunción cognitiva, suelen actuar de similar manera en hombres y mujeres, para el desarrollo de la Anorexia.

2. Factores Familiares

- Características psicológicas. Los hombres en comparación con las mujeres suelen tener en mayor medida familias con alteraciones somáticas y psiquiátricas en alguno de sus miembros, en especial los de primer grado. Alteraciones como depresión, ansiedad, consumo de alcohol

- Figura paterna. El rol que ejerce el padre es más influyente para el hombre en comparación con la mujer, debido a que existe una relación de desamor y desencuentro afectivo entre ellos, esto debido a que el padre suele ser estricto, dominante y distante, además de juzgar la virilidad su hijo debido a la preocupación de éste por su imagen corporal. Mientras que en la mujer la figura paterna parece no tener relevancia ya que se muestra opacado ante la imagen materna o suele expresar preferencia por los varones y menospreciar la figura femenina.

- Figura materna. La madre posee un papel importante para la mujer que desarrolla el trastorno anoréxico, viviendo una conflictiva relación con sentimientos ambivalentes de amor-desamor, debido a que existe una querencia pero también un rechazo a ejercer el mismo papel que su madre. La madre suele ser demasiado rígida e igualmente posee sentimientos ambivalentes hacia su hija, además de transmitirle la insatisfacción corporal que también experimenta ella. En el hombre la figura materna también influye para el desarrollo del trastorno anoréxico, debido a la frustración de la madre por no haber tenido una hija.

Igualmente factores como: la dinámica familiar y el nivel socioeconómico influyen de similar forma en hombres y mujeres.

3. Factores socioculturales

Cabe mencionar que en el estudio de la Anorexia Nerviosa, se encuentra que la etiopatogenia del trastorno ha dependido del contexto sociohistórico, por ello el misticismo religioso, los poderes demoníacos, el adquirir fama, el afán por una ideología filosófica, fueron en un momento dado la explicación al origen del trastorno. En la actualidad, factores socioculturales como: la existencia de un modelo corporal ideal, el bombardeo publicitario de ella a través de los distintos medios de comunicación, el tipo de cultura y la feminidad y masculinidad entendidos como roles estereotipados; afectan por igual a hombres y mujeres, siendo estos los factores principales para el desarrollo y gran aumento de número de casos de Anorexia Nerviosa, de acuerdo a lo hallado en investigaciones recientes.

A la mujer actual desde la infancia le es planteada la expectativa de ejercer el rol femenino tradicional: ser madre, cuidar de otros, atender y apoyar a la pareja, así como ejercer las labores domésticas; pero además deben cumplir con rol femenino contemporáneo: el cuál exige de ellas una profesión, ocupar altos puestos y poseer el modelo corporal ideal de la delgadez. Sin embargo, sus cualidades y atributos físicos, a través del tiempo y en distintas culturas, ha tenido mayor relevancia en comparación con el masculino, ejerciendo más presión en ellas sobre el cuidado de su apariencia, lo cual es más valorado que su inteligencia u otras aptitudes.

El continuo bombardeo del cuerpo delgado, la prohibición de excesos alimenticios en la mujer, el rechazo a la obesidad, así como la absurda garantía de éxito en la vida a través del atractivo físico; es una constante en la vida de miles de mujeres, en especial en culturas occidentales, viéndose sometidas a alcanzar y cumplir estos estereotipos, por lo cual recurren a estrictos regímenes alimenticios, al ejercicio excesivo y al uso de laxantes y diuréticos, dando inicio al trastorno anoréxico.

Existe también la hipótesis desde la postura psicoanalítica, que a tal presión por cumplir este rol estereotipado, que involucra en ocasiones la victimización, la Anorexia se interpreta como un escape, una autodestrucción por no querer ejercer tal rol. Sin embargo, no se ha considerado que otro posible rechazo a ejercer tal rol es la obesidad, lo cuál iría en contra de lo establecido, además de ser también un acto de autodestrucción.

En cuanto al hombre, éste también desde la infancia aprende a actuar y comportarse de acuerdo al rol masculino, el cuál establece que un hombre debe ser independiente, dar protección a los débiles (niños y mujeres), abastecedor, inexpresivo en sus emociones, en especial los referentes a la sensibilidad; en él a diferencia de la mujer su cuerpo debe demostrar fortaleza, tolerando el dolor y el cansancio físico, por lo cual el modelo corporal ideal es musculoso y atlético.

La presión social por ejercer y cumplir con ese rol es constante, a excepción de la presión por alcanzar tal modelo corporal debido a que en la masculinidad, el reconocido hombre no se preocupa por su apariencia, aunque en realidad suceda lo contrario, en especial si posee sobrepeso u obesidad. Esto último íntimamente relacionado con el rechazo a la obesidad, estereotipada de manera negativa y tan común en sociedades también occidentalizadas. De ahí que la mayoría de los hombres anoréxicos tengan antecedentes de sobrepeso, lo cual es una prueba más, de la gran influencia del factor sociocultural.

Igualmente existe la hipótesis psicoanalítica de que el hombre anoréxico busca la delgadez extrema, como una autodestrucción y un rechazo al estereotipo del modelo corporal musculoso. Sin embargo, sucede lo mismo que con las mujeres, al no considerarse que la obesidad también sería un rechazo y rebeldía en contra del modelo establecido. Por otro lado el modelo corporal de la delgadez, parece afectar en gran medida a los hombres homosexuales que se identifican con el rol femenino, siendo más susceptibles de desarrollar el trastorno anoréxico.

Por lo tanto en la actualidad, los factores socioculturales influyen de gran manera en hombres y mujeres para que desarrollen algún tipo de trastorno alimenticio, siendo cada vez más común estar en continua dieta alimenticia, así como el lamentable incremento de muertes a causa de estos trastornos, es por ello que es necesario tomar medidas al respecto atendiendo en mayor y mejor medida la salud de las personas, evitando la sobrevaloración de la estética y belleza, inculcando y promoviendo otros valores y atributos personales.

Atendiendo los objetivos planteados en el comienzo de la investigación, en lo referente a si los criterios de diagnóstico, son idóneos para identificar con igual validez la Anorexia en el hombre como en la mujer, se concluye que el DSM-IV, hace referencia a la ausencia de menstruación, pero no señalan alguna alteración endocrina análoga para los hombres. Contrario al CIE-10 el cual menciona las alteraciones propias de la población masculina y

femenina. Además el DSM-IV, establece un tiempo de duración de la amenorrea, mientras que para el hombre no se establece un tiempo determinado de la falta de interés y potencia sexual. Por lo tanto, quizá es necesario precisar y explorar los criterios diagnósticos para identificar con igual validez el trastorno en hombres y mujeres.

El segundo objetivo, que hacía referencia a comparar y analizar de qué forma actúan en hombres y mujeres los factores individuales, familiares y socioculturales para el desarrollo de la Anorexia Nerviosa, de acuerdo a lo previamente analizado, se pudo observar que algunos de estos factores influyen de distinta manera de acuerdo al género, así como también existen factores presentes para un género pero ausentes o sin relevancia para el otro.

Por último, en cuanto al estudio del trastorno anoréxico en la población masculina, se aprecia que ha sido explorada y considerada en menor medida en comparación con lo referente a la población femenina, por lo cual con base en esta investigación, es necesario que posteriores investigaciones exploren en mayor medida la afección en esta población, desde los factores que influyen en su origen, mantenimiento y desarrollo, las alteraciones fisiológicas y psicológicas a consecuencia del trastorno, así como los tratamientos psicológicos y médicos adecuados para su recuperación. Además, también es necesario que en México se lleve a cabo un análisis estadístico que involucre la prevalencia y comportamiento de los Trastornos Alimentarios en su población, esto con la finalidad de facilitar, precisar y profundizar en mayor medida la investigación, evaluación, diagnóstico y tratamiento en torno a ellos.

REFERENCIAS

- Abraham, S. y Llewellyn-Jones, D. (2005). **Anorexia y Bulimia**. Madrid: Alianza.
- Acosta, G. M. V. y Gomez, P. G. (2003). "Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México". **Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud**. 1 (3), 9-21.
- Álvarez, R. G., Mancilla, D. J. M., Martínez, M. M., López, A. X. (1998) "Aspectos Psicosociales de la alimentación". **Psicología y Ciencia Social**. 2(1), 50-58.
- Baile, A. J. Guillén, G. F. y Garrido, E. L. (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**. 3 (2), 439-450. Extraído el día 15 de mayo de 2008 desde http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-49.pdf
- Ballester, A. R. y Guirado, M. C. (2003). Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. **Psicothema**. 4 (15), 556-562. Extraído el día 15 de mayo de 2008 desde <http://www.psicothema.com>
- Barberá, E. y Martínez, B.I. (2004). **Psicología y género**. Madrid: Pearson educación.
- Behar, R. (2004). Consumo de alcohol y trastornos de la conducta alimentaria: evidencia, similitudes e implicancias. *Revista Chilena Neuro-Psiquiátrica*. 42 (3), 183-194. Extraído el día 15 de mayo de 2008 desde <http://www.scielo.org>
- Bello, D. R. E. (2006). **Trastornos de la Conducta Alimentaria en Hombres. Anorexia y Bulimia Nervosa. Caso Clínico**. Extraído el día 27 de agosto de 2008 desde <http://www.portalesmedicos.com>
- Borda, M. Del Rio, y Torres, I. (2003). Creencias irracionales en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. **Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace**. 65, 16-28. Extraído el día 15 de mayo de 2008 desde <http://www.editorialmedica.com>
- Bravo, R. Pérez H. A. y Plana, B. R. (2001). Anorexia nerviosa: características y síntomas. **Revista cubana pediátrica**. 72 (4), 300-305. Extraído el día 15 de mayo de 2008 desde <http://www.scielo.org>

- Cabetas, H. I. (2004). Desnutrición en Anorexia Nervosa: enfoque psicosomático y tratamiento multidisciplinar. **Nutrición Hospitalaria**. 19 (4), 225-228. Extraído el día 15 de mayo de 2008 desde <http://www.nutricionhospitalaria.com/mostrarfile.asp?ID=3485>
- Caparrós N. y Sanfeliú, I. (1997). **La anorexia, una locura del cuerpo**. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Chinchilla, M. A. (2003). **Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas obesidad y atracones**. España: Masson.
- Crispo, R., Figueroa, E., y Guelar, D. (1998). **Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado**. España: Gedisa.
- Cruz, M. F. (2007). Guerra mundial contra la anorexia. **El universal**. Obtenido el día 13 de marzo de 2008 desde <http://www.eluniversal.com.mx/estilos/51914.html>
- Dalle, G. R. y Calugi, S. (2008). Eating disorder not otherwise specified in an inpatient unit: the impact of altering the DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa. **European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association**. 15 (5), 340-349. Obtenido el día 27 de agosto de 2008, de la base de datos <http://www.unboundmedicine.com>
- Dallos, R. y Denford, S. (2008). A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. **Journal Clinical Child psychology and psychiatry**. 13(2), 305-322. Obtenido el día 27 de agosto de 2008, de la base de datos <http://www.unboundmedicine.com>
- Dorantes, G. M. A. y Martínez, R. M. (2007). La autoestima y las creencias sobre imagen corporal en mujeres: un acercamiento desde la perspectiva de género. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**. 10(3), Extraído el día 27 de agosto de 2008, desde <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>
- Eizaguirre, A. E., Ortego, S. M. A., Ochoa, A. I., Martínez, A. y Alemán, M. A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. **Anales de psicología**. 1 (17), 139-149. Extraído el día 15 de mayo de 2008 desde <http://www.psiquiatria.com>
- Espina, A., Ortego, M. A., De Alda, O. I., Yenes, F., y Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. **Psicothema**. 13(4), 533-538. Extraído el día 27 de agosto de 2008 de la base de datos <http://www.psycothema.com>

- Espina, A. (2003). Trastornos alimentarios y perfiles del MMPI en una muestra española. **The European journal of psychiatry**. 4 (17). Extraído el día 15 de mayo de 2008 desde <http://www.psicodocumentosudd.cl>
- Facchini, M. (2006). La imagen corporal en la adolescencia ¿es un tema de varones?. **Archivo argentino pediátrico**. 104 (2), 177-184. Extraído el día 15 de mayo de 2008 desde <http://www.scielo.org>
- Fendrik, S. (2004). **El país de nunca comer**. Buenos Aires: Libros Zerzal.
- Fernández, A.F. y Turón, G.V. (2002). **Trastornos de la alimentación. Guía básica del tratamiento en anorexia y bulimia**. España: Masson.
- Fichter, M. M., Daser, C. y Postpischil, F. (1985). Anorexic syndromes in the male. **Journal of psychiatric research**. 19(2-3), 305-13, Extraído el 27 de agosto de 2008, desde la base de datos <http://www.unboundmedicine.com>
- Franco, D. L., Dorer, D. J., Keel, P. K., Jackson, S., Manzo, M. P., y Herzog, D. B. (2008). Interactions between eating disorders and drug abuse. **The Journal of nervous and mental disease**. 196(7), 556-61. Extraído el 27 de agosto de 2008, desde la base de datos <http://www.unboundmedicine.com>
- Freud, S. (1985). **Obras Completas de Freud. Primeras publicaciones psicoanalíticas**. México : Iztaccihuatl,
- García-Camba E. (2002). **Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad**. España: Masson.
- Gempeler R. J. (2006). Trastornos de la alimentación en hombres: cuatro subtipos clínicos. **Revista Colombiana de Psiquiatría**. 3 (25), 352-361. Extraído el día 15 de mayo de 2008 desde <http://www.scielo.org>
- Giménez, M. Ardevol, C. y Fernández, A. (2002). Antecedentes de obesidad y/o sobrepeso en anorexia nerviosa: un estudio piloto. **Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace**. 64, 19-25. Extraído el día 15 de mayo de 2008 desde <http://www.scielo.org>
- Gomez, P. (2003). **Lo que nunca te han contado sobre la anorexia**. Valencia: Ediciones Tilde.
- Gorab, A. e Iñarritu, Ma. del C. (2005). **Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y Bulimia**. México: UNAM. Dirección General de Divulgación

- Guillemont, A. y Laxenaire, M. (1994). **Anorexia y Bulimia. El peso de la cultura.** España: Masson
- Lameiras, M. Calado, O. M. Rodríguez, C. Y. y Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. **Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud.** 1 (3), 23-33. Extraído el día 15 de mayo de 2008 desde http://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-58.pdf
- Legenbauer, T., Rühl, I., y Vocks, S., (2008). Influence of Appearance-Related TV Commercials on Body Image State. **Behavior modification.** 32(3), 352-71. Extraído el 27 de agosto de 2008 desde la base de datos <http://www.unboundmedicine.com>
- Lomas, C., (2004). **Los chicos también lloran. Identidades masculinas. Igualdad entre sexos y coeducación.** Barcelona: Paidós.
- Lugli-Rivero, Z. y Vivas, E. (2001). Trastornos de alimentación y control personal de la conducta. **Salud Pública de México.** 1 (43). Extraído el día 15 de mayo de 2008 desde <http://www.scielo.org>
- Malson, H. (1997). **The thin woman: feminism, post-structuralism, and the social psychology of anorexia nervosa.** New York: Routledge.
- Mancilla, D. M. y Gómez, P-M. G. (2006). **Trastornos alimentarios en Hispanoamérica.** México: Manual moderno UNAM-Iztacala.
- Merino, M. H. Pombo, G y Godás, O. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. **Psicothema.** 4 (13), 539-545. Extraído el día 15 de mayo de 2008 desde <http://www.psicothema.com>
- Morandé, G. (1999). **La anorexia. Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes.** España: Temas de hoy
- Nardone, G. Verbitz, T. y Milanese, R. (2002). **Las prisiones de la comida. Vomiting, Anorexia, y Bulimia. Terapia breve.** España: Herder.
- Ogden, J. (2005). **Psicología de la alimentación.** Madrid: Ediciones Morata.
- Olivardia, R., Pope, H., Mangweth, B., y Hudson, J. (1995). Eating disorders in college men. **American Journal Psychiatry,** 152(12) 79-85. Extraído el día 27 de agosto de 2008 desde <http://www.unboundmedicine.com>

- Oliveira, F. P. Bosi, M. L. Vigario, P. S. y de Silva, V. R. (2003) Comportamiento alimentario e imagen corporal de los atletas. **Revista Brasileña de Medicina del deporte**. 6 (9), 348-356. Extraído el día 15 de mayo de 2008 desde <http://www.scielo.org>
- Preidt, R. (2007). Tener una hermana gemela aumenta el riesgo de anorexia en los hombres. **Health Day News**. Extraído el día 15 de marzo de 2008 desde <http://www.sharpenespanol.com/news/newsArticle.cfm?articleID=4752&channelID=39>
- Preti, A., Usai, A., Miotto, P., Petretto, D. R., y Masala, C. (2008). Eating disorders among professional fashion models. 2008 Mar 18 **Psychiatry research**. Extraído el día 27 de agosto de 2008 desde <http://www.unboundmedicine.com>
- Raevuori, A., Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Sihvola, E., Rissanen, A. y Kaprio, J. (2008). Lifetime anorexia nervosa in young men in the community: Five cases and their co-twins. **The International journal of eating disorders**. Extraído el día 27 de agosto de 2008 desde <http://www.unboundmedicine.com>
- Raich, E. R. M. (1998). **Anorexia y Bulimia. Trastornos alimentarios**. Barcelona: Ediciones pirámide.
- Ramírez, C. (2006). ¿Se acaban las esqueléticas?. **El Universal**. Obtenido el día 20 de septiembre de 2007 desde la base de datos <http://www.eluniversal.com.mx/notas/384150.html>
- Rivas, T. Bersabé, R. y Castro S. (2001). Prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España). **Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal**. 24 (002), 25-31. Extraído el día 15 de mayo de 2008 desde <http://www.editorialmedica.com>
- Roberto, C. A., Steinglass, J., Mayer, L. E., Attia, E y Walsh, B. T. (2008). The clinical significance of amenorrhea as a diagnostic criterion for anorexia nervosa. **International journal of eating disorders**. Extraído el día 27 de agosto de 2008 desde <http://www.unboundmedicine.com>
- Rojo, M. L. y Cava G. (2003). **Anorexia nerviosa**. España: Ariel Ciencias Médicas.
- Saldaña, G. C. (1994). **Trastornos del comportamiento alimentario**. Madrid: Fundación Universidad-empresa.

- Sánchez, C. (2006). Anorexia y bulimia: alientan desde internet círculo de mentiras. **El Universal**. Obtenido el día 3 de Enero de 2007 desde la base de datos <http://www.eluniversal.com.mx/notas/384150.html>
- Selvini, P. M. Cirillo, S. y Sorrentino, A. M (1999). **Muchachas anoréxicas y bulímicas**. España: Paidós.
- Sepúlveda, A. R. Botella, J. y León, J. A. (2001). “La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis”. **Psicothema**. 1 (13), 7-16.
- Strada, G (2002). **El desafío de la anorexia**. España: Editorial Síntesis.
- Tannenhaus, N. (1999). **Anorexia y bulimia**. Barcelona: Plaza y Janes.
- Tinahones, M. F. J. (2003). **Anorexia y Bulimia. Una experiencia clínica**. España: Díaz de Santos.
- Toro, J. (1987). **Anorexia Nerviosa**. Barcelona: Martinez Roca.
- Toro, J. (1999). **El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad**. Ariel: Barcelona.
- Toro, J (2004). **Riesgo y causas de la anorexia nerviosa**. España: Ariel.
- Toro, J. y Vilardell, E. (2000). **Anorexia nerviosa**. Barcelona: Martinez Roca.
- Turón, G.V.J. (1997). **Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad**. España: Masson.
- Vandereycken, W. y Van Deth (1994). **From Fasting Saints to Anorexic Girls: The History of Self-Starvation. London**. The Atholone Press.
- Vaz, F. J. García-Herráiz, M. A. López-Vinuesa, B. Monge, M, Fernández-Gil, M. A. y Guisado, J. A. (2003). Conductas purgativas y estado nutricional en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. **Nutrición Hospitalaria**. XVIII (5), 253-258. Extraído el día 15 de mayo de 2008 desde <http://www.scielo.org>
- Vázquez, A. R. López, A. X. Álvarez, R. L. Mancilla, J. M. y Oliva, R. A. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos corporales en niño y jóvenes varones mexicanos. **Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal**. 001 (11), 185-197. Extraído el día 15 de mayo de 2008 desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/292/29211113.pdf>

Velazco, C. E. (2008). Casos de anorexia y bulimia se han quintuplicado en México. **La Jornada**. Obtenido el día 10 de agosto de 2008, desde <http://www.jornada.unam.mx/2008/01/29/index.php?section=sociedad&article=042n2soc>

ANEXO 1

**Criterios diagn3sticos de la Anorexia
Nerviosa (DSM-IV)**

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la manera en que el sujeto vive el peso o la forma del cuerpo, o excesiva influencia del peso y de la forma del cuerpo en los niveles de autoestima, o rechazo a admitir la gravedad de la actual condición de peso inferior a la normalidad.

Los sujetos anoréxicos presentan una alteración de la imagen corporal en lo relativo a la forma y las dimensiones corporales: la percepción y el valor atribuidos al aspecto físico y al peso corporal resultan distorsionados. Algunos sujetos se sienten gordos con relación a la totalidad de su cuerpo, otros, aunque admitan la propia delgadez, perciben como demasiado gordas algunas partes del cuerpo, en general el abdomen, los glúteos y los muslos. Los niveles de autoestima están excesivamente influenciados por el peso y la forma del cuerpo.

- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).

Especificar tipo:

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

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

ANEXO 2

**Criterios diagn3sticos de la Anorexia
Nerviosa (CIE-10)**

El diagnóstico de la anorexia nerviosa debe realizarse de una forma estricta, de modo que deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

- A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17.5). Los enfermos pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
- B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de *a)* evitación de consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de uno de los síntomas siguientes; *b)* vómitos autoprovocados; *c)* purgas intestinales autoprovocadas; *d)* ejercicio excesivo, y *e)* consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- C. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con que el enfermo se impone a sí mismo permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia del sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea anomalías en la secreción de insulina.
- E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía

ANEXO 3

	HOMBRES	MUJERES
	<p>a) Biológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desajuste en la identidad de género, identificándose con el sexo femenino, • Falta de apetito sexual • Los hombres que tienen una hermana gemela son más propensos a desarrollar el trastorno. • Durante la pubertad existe un mayor riesgo. • La mayoría de los hombres poseen antecedentes de sobrepeso y obesidad. 	<p>a) Biológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por razones neurobioquímicas la mujer es más susceptible a padecer algún tipo de trastorno alimenticio. • Las jóvenes con madres con AN tienen más riesgo de padecerla • Durante la pubertad existe un mayor riesgo. • Un considerable porcentaje de las mujeres anoréxicas han tenido antecedentes de sobrepeso u obesidad.
FACTORES INDIVIDUALES	<p>b) Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción corporal. • Ejercicio en exceso. • Baja autoestima • Abuso de alcohol y otras sustancias. • Personalidad. Suelen ser hiperactivos, obsesivos, perfeccionistas, antisociales, aislados, además de sentirse incomprendidos. • Poseen pensamientos irracionales que mantienen el trastorno. • Afición por temas, deportes u oficios relacionados a la imagen corporal. • Acontecimientos vitales tales como el primer encuentro sexual, pérdida de algún familiar, separación de los padres, etc. 	<p>b) Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor susceptibilidad a la insatisfacción y alteración de la imagen corporal • Realizar dietas, además de utilizar laxantes y diuréticos, para el control del peso. • Baja autoestima, la cual esta asociada a la apariencia o imagen externa. • Abuso de alcohol y otras sustancias • Personalidad. Suelen ser hiperactivas, obsesivas, depresivas, perfeccionistas, dependientes, inestables emocionalmente y con dificultad para expresar sus emociones. • Poseen pensamientos irracionales que mantienen el trastorno. • Afición por temas, deportes u oficios relacionados a la imagen corporal. • Acontecimientos vitales tales como el primer encuentro sexual, pérdida de algún familiar, separación de los padres, embarazo no deseado, término del noviazgo, abuso sexual, etc.
FACTORES FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • Familias con más alteraciones somáticas y psiquiátricas más trastornos afectivos; y gran prevalencia de antecedentes familiares de obesidad • Familias con alto grado de dificultad para expresar las emociones. • Conflictiva relación con el padre, debido al desapego y falta de aprobación por parte de éste. • El padre suele ser estricto, dominante y distante • Evitación de contacto por parte del padre. • Frustración de la madre por no haber tenido una hija. 	<ul style="list-style-type: none"> • Familiares de primer grado con padecimiento de algún trastorno emocional como depresión así como manifestaciones psicósomáticas múltiples, ansiedad y consumo de alcohol • Familias exigentes, con altas expectativas en sus hijos, tendencia a ser aislados, poco unidas, con padres sobreprotectores, con pobre comunicación e interrelación entre sus miembros, con dificultad para expresar sentimientos (alexitimia) y con conflictividad conyugal. • Conflictiva relación con la madre, debido a sentimientos ambivalentes de amor-desamor • Transmisión por parte de la madre, de la insatisfacción de la imagen corporal. • Elevado grado de alexitimia en la madre. • Imagen paterna opacada por la madre • Desvaloración por parte del padre, de la figura femenina. • Familias con conflictividad o separación conyugal
FACTORES SOCIO-CULTURALES	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo o deseo impulsivo del individuo por poseer el modelo corporal ideal (musculoso-atlético) producido por la misma sociedad. • Continuo bombardeo publicitario, del modelo corporal ideal y de los estereotipos relacionados con la masculinidad. • Rechazo y atributos negativos a la obesidad. • Cultura occidental • Deseo impulsivo por cumplir con el rol de masculinidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo o deseo impulsivo del individuo por poseer el modelo corporal ideal (delgado) producido por la misma sociedad. • Continuo bombardeo publicitario, del modelo corporal ideal y de los estereotipos relacionados con la feminidad. • Rechazo y atributos negativos a la obesidad. • Cultura occidental • Deseo impulsivo por cumplir con el rol de feminidad. • Sobrevaloración de la estética y cuidado de la imagen, anteponiéndolo a otras cualidades y aptitudes femeninas. • Desigualdad de género.

Tabla descriptiva de los factores individuales, familiares y socioculturales que influyen en el desarrollo de la AN en hombres y mujeres. Elaborada a partir de la información teórica y experimental