

INFLUENCIA CONTEXTUAL SOBRE LA ANOREXIA

Paola Andrea. Quiñónez Galeano

Universidad de La Sabana

Resumen

En la actualidad, es habitual que los adolescentes se preocupen por el peso corporal, por la figura o por las dietas. En algunos adolescentes esa preocupación puede llegar a convertirse en una obsesión irracional y la relación que tienen con los alimentos o con su propio cuerpo, puede hacerse tormentosa hasta el punto de afectar de forma grave su salud.

La anorexia es una enfermedad en la que la persona tiene una percepción distorsionada de su cuerpo, es un problema de la familia de los desordenes alimenticios, y un estado de inanición (hambre) y de emaciación (adelgazamiento); que puede ser realizado con seguir una dieta muy severa o con purgar; es una enfermedad compleja que en la actualidad se ve influenciada por los medios de comunicación, y que pone en riesgo la salud física y mental de los adolescentes.

Palabras Clave: Anorexia, Medios de Comunicación, Percepción Obsesión.

Abstract

In Fact. is very normal that now days adolescents worry about their weight and the way they look. In some adolescents that worry can be an irrational obsession and therefore the relation between food and body could be turned into a dramatic way that it will affect the health of the person in a severe way. Anorexia is an illness in which the person has a distortion perception of it's body, it is a problem of the family where involves eating disorders and it is a state where the body is deprived of food (hunger) and loss of weight (thinness); that could be done by following a severe diet or purging the body, is a complex illness that in currents days it is affected by the media and put in risk the mental health of the adolescents.

INFLUENCIA CONTEXTUAL SOBRE LA ANOREXIA

Todas las personas o la mayoría, han escuchado hablar de la anorexia y parece que muy pocos entienden lo que significa realmente. El interés de este artículo, es dar una mirada a la influencia que ejerce el contexto sobre esta enfermedad; teniendo en cuenta la influencia que impone la moda sobre los adolescentes, por la ardua búsqueda de localizar su identidad; esta identidad se ve bombardeada por estereotipos comerciales, culturales y sociales, los cuales forman en el joven una necesidad de aceptación que muchas veces no se tiene en cuenta y que es vital en esta difícil etapa de la vida. En forma social, la presión que tienen los adolescentes para estar delgados es enorme, no hay control en los productos para adelgazar, ni suficiente educación nutricional. Una de las cuestiones que más preocupa a la sociedad es ¿Qué la provoca? La mayoría de las ocasiones la anorexia es provocada por la influencia que ella misma impone (la sociedad), como es también que las personas de carácter vulnerable no pueden soportar esta presión.

Hoy en día, es muy importante tener en cuenta esta problemática psicosocial que rodea a los adolescentes debido a que ésta es una enfermedad que pone en riesgo la vida de jóvenes que carecen de información para afrontarla; pues la persona que padece algún trastorno en su alimentación, en este caso anorexia, basa en la comida un particular significado, al cual le otorga un significado específico de acuerdo a diversos factores psicológicos y evolutivos que convierten a la comida en el eje a partir del cual gira la vida. Por lo general, los trastornos provienen de problemas psicológicos internos arraigados en la persona desde la infancia y posiblemente acentuados por las circunstancias socioculturales que

impone el contexto, pero es importante aclarar que este tipo de aspectos tienen una gran influencia pero de ninguna manera son el origen de un trastorno alimentario. Actualmente, se ha construido una cultura de consumo muy fuerte alrededor de la comida, donde los alimentos abundan pero para la industria la mejor manera de vender es a través de la publicidad, puesto que día a día miles de imágenes y anuncios publicitarios invitan a comprar un producto alimenticio que ofrece satisfacción, alegría, éxito, etc. Es decir, un gran número de avisos juega con los afectos y deseos internos del ser humano para ser más bello, más famoso o más aceptado en una cultura de consumo creada por los medios de comunicación, debido a que en la actualidad se encuentra una gran influencia de los medios de comunicación que incitan a las personas a estar delgadas, ya que eso es lo estético, lo bonito, lo adecuado y en último término, lo saludable.

La delgadez se ha convertido para algunas mujeres cada vez más jóvenes y también para algunos jóvenes en una especie de culto del que no pueden prescindir sacrifican horas enteras al ejercicio físico para conseguir adelgazar. Se someten a privaciones con dietas difíciles de cumplir y terminan desarrollando una verdadera obsesión por estar delgadas o delgados que en algunos casos da lugar a una enfermedad por dependencia; esto ocurre con las anoréxicas quienes pueden llegar a morir de hambre con tal de verse delgadas. Sin embargo a pesar de lo que se cree, la anorexia no está motivada por un sentimiento o un deseo de verse delgado o hermoso, por el contrario, la obsesión que los anoréxicos desarrollan por no ganar peso es porque se sienten poco atractivos, feos, no merecedores de nada bueno en la vida, e inadecuados para ser felices. Adicionalmente estos adolescentes en sus testimonios suelen atribuir gran culpabilidad de su enfermedad a las personas que

los rodean ya que afirman sentirse juzgados por sus amigos o padres quienes en lugar de prestar una ayuda se convierten en un factor amenazante para ellos. Para profundizar sobre la anorexia, es necesario tener una idea clara con respecto a este tipo de enfermedad en cuanto a sus síntomas, factores predisponentes, clases, y consecuencias sobre la persona que la padece; y a su vez, conocer a partir de diferentes fuentes de información, la influencia que ejerce el contexto sobre esta enfermedad.

Gáfaró (2001) afirma que cuando se habla del comportamiento alimenticio de una persona se está haciendo referencia a los hábitos regulares que ésta tiene para ingerir sus alimentos. Es decir, qué come, cuánto come, cuando, dónde y con quien come. Así el comportamiento alimenticio de una persona incluye todas las relaciones que ella establezca con la comida, por lo general las personas que no tienen un comportamiento normal o común con la comida debido a alguna enfermedad, son las que presentan un trastorno del comportamiento alimenticio.(p.45)

El término trastorno, significa alterar el orden regular de un hecho, en este caso del comer, no por voluntad propia sino motivado por una enfermedad. De igual forma, este término es muy amplio y por ello es necesario remitirse a la definición que aparece en el DSM IV. Este es un manual que se edita anualmente en Estados Unidos y que contiene las referencias oficiales para establecer diagnósticos psiquiátricos. La denominación de trastornos del comportamiento alimentario, (TCA) incluye un par de entidades nosológicas como son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa con criterios diagnósticos bien definidos en la

actualidad y sobre los cuales existe acuerdo internacional.

Vásquez, (2000) afirma que los TCA son un tema de gran actualidad no solo entre el gremio de la salud, sino en la población general, con un gran impacto publicitario que involucra todos los medios masivos de comunicación, dada la espectacularidad de su sintomatología, especialmente tratándose de la anorexia nerviosa. (p.71)

La influencia de los medios de comunicación actúa como un desencadenante de la necesidad de los jóvenes de pertenecer al grupo, de aspirar a tener una apariencia como la de las modelos delgadas, que lleva muchas veces a pensar “si ella tiene ese aspecto yo también lo tendré” a toda costa; es decir, su entorno se ve altamente atacado por factores superficiales que les impide expresarse de manera natural y tener una identidad propia. Además, vivimos en una sociedad de consumo donde el modelo de delgadez se vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito; pero es aquí donde los adolescentes víctimas de todos estos mensajes quedan en muchos casos atrapados en un contexto cultural que de una manera u otra les presiona para mantener un determinado tipo de figura que los conduce y sumerge a un callejón sin salida.

Masson (1994) afirma en el manual diagnóstico (DSMIV), que una persona tiene anorexia nerviosa cuando se niega a mantener el peso normal que le corresponde según su altura y edad, es decir, pesa menos de 85% de lo que debería pesar según su estatura y edad, presenta una suspensión de ciclo menstrual por tres periodos consecutivos o no desarrolla el ciclo menstrual si se trata de una niña

en etapa premenstrual, tiene miedo intenso de ganar peso o engordar, niega frente a los demás estar muy delgada, permanentemente se siente gorda a pesar de su bajo peso, no le da importancia a su bajo peso, ni a su apariencia física y no tiene ninguna enfermedad física que sea motivo de su bajo peso.(p. 259).

Este manual diagnóstico, reconoce que existen trastornos mentales relacionados con la ingesta alimentaria, caracterizados por una intensa preocupación por el peso, los alimentos y las alteraciones de la figura corporal; estos trastornos conforman una categoría diagnóstica “trastornos de la conducta alimentaria”. Y así mismo se presentan con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes de sexo femenino, especialmente aquellas con ocupaciones que requieren un estricto control de peso como el modelaje y el ballet. La alta prevalencia en mujeres esta aparentemente relacionada con los ideales socioculturales, los cuales las presionan para ser delgadas y así ser consideradas atractivas. Las dietas estrictas, presión de los padres y el control de peso son factores predisponentes para el desarrollo de estos trastornos, en el caso de los padres y la presión que ejercen hay muchos quienes por una carencia esta preocupación por la delgadez se ha descrito como propia de los países occidentales. El énfasis cultural sobre la figura delgada puede aumentar el riesgo, pero estas presiones culturales no parecen una condición necesaria para el desarrollo del trastorno otro factor de riesgo incidente, es pertenecer a una clase socio-económica media alta y alta de países industrializados, aunque puede ser observado en todas las clases sociales. El sesgo de la clase social puede deberse a que las personas de bajos recursos tienen dificultades de acceso a los servicios de salud. Por otro lado,

se puede observar que existe alguna asociación entre ciertas características psicológicas y los trastornos de comportamiento alimentario, por ejemplo estas personas constantemente exhiben perfeccionismo y un alto grado de auto – exigencia en materia de trabajo y estudio, como también en comida y peso. Sin embargo, estos trastornos se dan tanto en individuos con diferentes trastornos de personalidad, como en aquellos trastornos de personalidad previa.

Cervera (1996) afirma que se han descrito como factores de riesgo la depresión, una pobre imagen corporal y factores familiares como causantes y perpetuadores de estos trastornos, debido a que algunos parientes de los pacientes que padecen estas enfermedades, pueden ser rígidos y poco inclinados a la expresión de las emociones; otros pueden tener elementos disfuncionales como alcoholismo, depresión o trastorno de control de impulsos. (p.98)

Turón (1997), postula que no se puede señalar con seguridad absoluta que persona es más susceptible de desarrollar trastornos del comportamiento alimentario. Las causas son múltiples y distintas en cada caso. Sin embargo, las estadísticas muestran lo siguiente: Entre el 90 y 95% de los casos son mujeres, mientras que los pacientes hombres sólo alcanzan entre el 5 y 10% de los casos de anorexia nerviosa; así mismo, la anorexia se presenta más en los adolescentes, aunque en los últimos años los casos en personas mayores han aumentado, en algunos casos se ha encontrado que son más propensas las personas con personalidades obsesivas, compulsivas y adictivas. La enfermedad se manifiesta más en personas con un historial de sobrepeso real o percibido. Percibido se refiere a aquellas personas que se sienten gordas sin serlo así mismo las personas que

constantemente están haciendo dieta suelen aunque no siempre desencadenar trastornos de la conducta alimenticia ya que creen que estar flacas es la solución a sus problemas; así mismo son más propensas para evolucionar en una anorexia las personas que están viviendo una etapa emocional fuerte en su vida. Por lo general, hay una relación directa entre el comer y los factores emocionales.

Por otro lado cuando se habla de factores predisponentes en un trastorno de alimentación (Morandé, 1999) se deben tener en cuenta tres ámbitos, el primero de ellos es el psicológico (aspectos familiares, de personalidad y circunstanciales), el sociocultural y el biológico. En el ámbito psicológico a nivel familiar, se ha encontrado que varios pacientes con trastornos alimenticios, presentan en su historia familiar aspectos similares. Estos se citan porque suelen ser comunes, pero no necesariamente son determinantes en la evolución de la enfermedad. Por lo tanto, pueden estar presentes y no desencadenar un trastorno alimenticio, así como pueden no haber estado presentes nunca en la historia de una persona con un trastorno. Estos aspectos son: (a) Padres muy exigentes e impositivos además muy rígidos para establecer límites e imponer disciplina a sus hijos. (b) Preexistencia de algún familiar con trastornos alimenticios o adicciones. (c) Padres con problemas para establecer interrelaciones con otras personas. (d) Padres ambiciosos. (e) Padres muy preocupados por las apariencias externas o padres sobreprotectores. (f) Familias que no resuelven sus conflictos, que evitan hablar de los mismos y evaden cualquier situación crítica o que pueda desestabilizar la aparente armonía del hogar. En este tipo de familias el paciente suele ser usado para desviar los problemas de los padres; es decir los padres lo toman como excusa de sus dificultades o se excusan en él haciéndolo tomar partido en ciertas circunstancias por ejemplo, una

separación; (g) En algunos casos las familias pueden ser familias con problemas graves y relaciones caóticas por ejemplo, un padre abusivo, madres maltratadas físicamente, abandono, etc. A nivel de la personalidad, se ha encontrado que varias de las personas con trastornos del comportamiento alimenticio, tienen algunas características comunes en su personalidad y carácter. Igualmente, éstas no son determinantes en el desarrollo de un trastorno, como también pueden no presentarse en la personalidad de una persona con trastorno; estas características son: (a) Controladores, es decir aquellas personas que tienen temor a perder el control de diversos aspectos en su vida, por ejemplo los estudios, la familia, sus relaciones interpersonales, etc. Necesitan tener algún aspecto en su vida bajo control. (b) Pensamientos polarizados o muy radicales en donde no existen los puntos medios entonces los juicios que se emiten sobre las personas y las cosas son de estilo flaco-gordo, inteligente- tonto etc. (c) escrupulosidad, (d) Irritabilidad, (e) aislamiento Social. (f) perfeccionismo, en el cual se hayan personas que se fijan metas muy altas y se sobreexigen; (g) autoestima dependiente de su peso y figura ,en donde es habitual que las personas con un trastorno alimenticios pregunten constantemente a los otros sobre su aspecto físico; (h) insatisfacción con su cuerpo, es decir que nunca están contentos con la forma y el tamaño de su cuerpo. Siempre consideran que hay algo que cambiarle, existe un deseo permanente por ser flaco, a pesar de que lo estén; (i) personalidad Compulsiva, Obsesiva o Adictiva, (j) variabilidad del ánimo: las personas con trastornos alimenticios suelen presentar fluctuaciones fuertes en su estado de ánimo. Pueden pasar con facilidad de la alergia intensa a la tristeza profunda; (k) inseguridad: la persona anoréxica, tiene una alta necesidad de aprobación externa, es decir que los demás aprueben y

aplaudan sus acciones. Alta necesidad de complacer y acomodarse a otros; (l) imagen corporal distorsionada, en donde no se ven a sí mismos como son, (m) fuertes sentimientos de inferioridad, (o) ansiedad: personas que creen que solo el trastorno alimenticio los mantiene en su peso, por lo tanto, muchas veces no quieren salir de su problema. A nivel circunstancial, muchas circunstancias que rodean la vida de varios pacientes con trastornos de alimentación se asemejan. Puede que éstas influyan en el desarrollo de la enfermedad como también puede que no. Estas circunstancias suelen ser: Estar viviendo una etapa dura en la vida o una etapa de transición, por ejemplo la adolescencia, un duelo, una separación, la pérdida de un empleo, la ruptura de una relación amorosa. El cambio de colegio a universidad, etc. También se encuentran posibles víctimas de traumas emocionales en la infancia o en la adolescencia, pueden haber sido “niños problema” en la infancia, sobre todo en los casos de bulimia, haber sufrido de algún tipo de adicción. Las personas con trastornos suelen sentir que algo está fracasando en su vida y creen que la causa del fracaso es el sobrepeso; es decir piensan que si pueden controlar el peso, pueden conseguir lo que desean en la vida.

En el ámbito sociocultural, hoy es muy común escuchar que los trastornos de la alimentación son enfermedades inducidas por la presión social de ser flaco, a tener determinado físico o a las exigencias establecidas por los estereotipos publicitarios: modelos muy flacas, cuerpos esbeltos, “saludables” y ejercitados. Sin embargo, argumentar esto, es llegar a conclusiones apresuradas. Es importante tener presente, que los trastornos de la alimentación no son enfermedades exclusivas de los últimos años y menos que son producto de la sociedad de consumo. Es cierto que los nuevos parámetros estéticos influyen notablemente en la persona que tiene

un trastorno, pero de ninguna manera son los únicos culpables de dichas enfermedades. De lo contrario, el índice de personas afectadas sería mayor, y solo el 5% de la población general padece algún trastorno de la conducta alimenticia. También es cierto que en los últimos años se han presentado más casos de trastornos y que las cifras de casos siguen creciendo. Pero no se puede establecer que esto sea específicamente por la presión social y de ninguna manera que ésta sea el origen de los trastornos alimenticios; éstos suelen prevalecer en las sociedades industrializadas donde la delgadez es considerada como uno de los mayores atractivos, y donde la oferta de alimentos es alta. Pero esto tampoco significa que en otro tipo de sociedades no se den también los casos. Si los aspectos socioculturales promueven el desarrollo del trastorno en una persona es porque ésta tiene ciertas disposiciones psicológicas y físicas, no porque la sociedad lo induzca a ello. Ejemplos muy claros de los aspectos socioculturales que pueden influir en el desarrollo de los trastornos son la presión social por parte de una persona significativa y cercana en la vida del paciente, como por ejemplo un novio, o un entrenador; y una cultura que día tras día enaltece los valores de la delgadez y la salud como parámetros de éxito y triunfo en la vida. Posiblemente practicar actividades en las que el peso y la apariencia física sean importantes, como por ejemplo el modelaje, la actuación, la gimnasia olímpica y el ballet, etc. La nueva cultura de "la vida sana", considera "sana" a la persona que come "saludablemente" (muchas veces no es realmente saludable. Hoy la palabra saludable es sinónimo de dieta). Por esta razón es que en el mercado proliferan los productos alimenticios libres de grasa, cero colesterol, sin sodio, etc. También se evidencian prejuicios sociales contra las personas con sobrepeso; estas personas son discriminadas, son

víctimas de burlas y son rechazadas por su figura. El común de la gente, piensa que las personas con sobrepeso no son buenos trabajadores, que o son susceptibles de ocupar cargos importantes, que la imagen que proyectan no es positiva para la compañía donde trabajan y que son perezosos. A diario los terapeutas reciben en su consultorio personas con sobrepeso con serios traumas psicológicos ocasionados por comentarios, burlas, malos tratos, chistes y todo tipo de ofensas. Por otra parte, el incremento incontrolado de dietas, métodos y programas para adelgazar son algunos de los cuales encuentran en la actualidad y prometen bajar de peso a las personas con sobrepeso. La gran mayoría de estos tratamientos no son saludables, muchos incluso son peligrosos para la salud y varios tienen como fin el lucro. Es decir, hoy hay un gran negocio alrededor de las dietas y de planes para reducir el peso. La presión de los medios masivos con estos “productos” es abrumadora. Se ha manifestado que el mayor impacto de la publicidad por adelgazamiento se produce en la población femenina entre 14 y 24 siendo esta una población interesada por publicaciones relativas al peso y al adelgazamiento. En este tipo de publicidad se asocia el producto adelgazante con el cuerpo deseable, es decir, al estereotipo delgado actualmente vigente. El producto se acompaña de imágenes visuales o palabras que describen del modo más encantador posible el cuerpo delgado. El prestigio de tal cuerpo ya está enraizado en el medio social, pero tal permanente reiteración contribuye a incrementar su interiorización individual y colectiva. Por otra parte, para muchas mujeres existe una gran presión social para ser aceptadas por un hombre. La delgadez es casi un requisito para ser aceptada y admitida por los hombres. En colegios y universidades es normal encontrar que la bulimia nerviosa se presenta en grupos de amigas que cometen atracones juntas y

luego compensan juntas, por ejemplo van en grupo a vomitar al baño. En el ámbito biológico, a pesar de los avances médicos no se ha determinado una causalidad genética clara en los trastornos de la alimentación. Esto quiere decir que aún no se ha podido encontrar ningún gen responsable del desarrollo de cualquier trastorno alimenticio. Sin embargo, sí se cree que hay una vulnerabilidad mayor en ciertas personas más que en otras por ejemplo, el hecho de que sea muy usual encontrar la comorbilidad, es decir que al mismo tiempo se presentan otras enfermedades además del trastorno alimenticio como los trastornos de ansiedad o afectivos, ha llevado a los investigadores a pensar que puede hablarse de una predisposición genética. La evidencia empírica actual ha determinado que hay factores de personalidad que se heredan. Este tipo de factores pueden facilitar en un momento dado un trastorno de la alimentación. Por eso podría afirmarse que hay factores biológicos que hacen mas vulnerables a una persona, lo que sucede es que no son tan fáciles de determinar como en otros casos. De todas maneras, las investigaciones sobre los trastornos alimenticios continúan. Sobretudo en el ámbito psico-fisiológico recientemente se han determinado los mecanismos que están involucrados en la generación de la sensación de hambre y de la sensación de saciedad en el cerebro. Estos descubrimientos podrán en un futuro ayudar a dilucidar el origen de los trastornos alimenticios.

Saldaña (1994) afirma que existen factores sociales y personales en la aparición de un trastorno alimentario como por ejemplo: El influjo familiar, en el cual suele haber un mayor número de trastornos en el comportamiento alimenticio entre los familiares de anoréxicos y bulímicos. En muchos casos, las obsesiones por el cuidado del

cuerpo están presentes desde la infancia, y así mismo el deseo de éxito social ya que se cree, que los niños identifican la esbeltez como éxito y aceptación social y, al iniciar la escuela primaria, muchos de ellos buscan la entrada en el grupo mediante el adelgazamiento. Es decir, el ayuno se practica en función de la belleza corporal; La insatisfacción, pues las restricciones alimenticias se llevan a cabo con la intención de adelgazar, lo que supone un mayor o menor grado de insatisfacción ante la propia imagen corporal; y por último, la falta de autoestima, debido a que los afectados tienen una autoestima negativa, teniendo en cuenta que pueden llegar a ser personas perfeccionistas y rígidas con una dedicación al estudio superior a lo normal y que cuando practican una actividad deportiva, suelen tener elevadas aspiraciones. (p.52)

Según Toro (1987) los trastornos del comportamiento alimenticio (TCA) aparecen especialmente en la adolescencia, entre los 14 y los 20 años, ya que es una etapa en la que el cuerpo se está desarrollando y cambiando abruptamente y la imagen mental que tenemos del propio cuerpo es más lenta que su evolución biológica. La responsabilidad de un adolescente enfermo recae generalmente sobre la publicidad y los medios, que muestran modelos perfectos del hombre y la mujer, delgados y bellos, o sobre la misma familia, pero lo cierto es que ambos núcleos sustentan, por así decirlo, la evolución que realiza la enfermedad en un adolescente en plena formación física y psíquica, y son a la vez quienes pueden ir

erradicando la enfermedad de quienes la padecen y de la sociedad. Los (TCA) son enfermedades comúnmente familiares que tienen como síntoma a uno de sus miembros padeciendo bulimia o anorexia. Se deben aceptar como enfermedades que se originan en el seno mismo de la familia, y que pueden actuar como síntoma de conflictos internos, personales y de tensiones en las interrelaciones padres-hijos y hermanos. Esta problemática bio-psico-social, debe alertar a los adultos en general y a los padres en especial acerca de los adolescentes inmersos dentro de los pseudomodelos y valores vigentes en nuestra cultura de hoy, teniendo en cuenta que existen adultos y padres que muchas veces actúan ciegamente o simulan estar ciegos ante situaciones dolorosas de este tipo, aun más cuando se trata de padres con respecto a una hija o un hijo, en una no-aceptación de su. Por ello, No se debe que negar lo que sucede, hay que asumir la situación, sentirse parte de ella y actuar en consecuencia. (p. 94)

Garfinkel y Gardner, (1982) señalaron que cuando se citan (TCA), es usual hablar de anorexia nerviosa, bulimia y otros desórdenes alimenticios no especificados en el caso de la anorexia nerviosa, se encuentran personas que se caracterizan por poseer una imagen corporal lo suficientemente distorsionada como para considerarse a ellas mismas como personas con un exceso de peso, a pesar de encontrarse objetivamente por debajo de su peso normal. A menudo se rehúsan a comer, practican ejercicio de forma compulsiva y desarrollan patrones de comportamiento típicos, como el hecho de evitar comer en presencia de otros,

perder enormes cantidades de peso corporal, e incluso privarse de todo tipo de alimentos hasta llegar a fallecer. El trastorno que por norma general suele comenzar entre las más jóvenes alrededor de la adolescencia, provoca -entre otras consecuencias- una pérdida de peso extrema, al menos un 15% por debajo del peso habitual para su edad y estatura. Cuando la anorexia nerviosa es diagnosticada a tiempo y tratada con efectividad, es susceptible de curación, se estima que entre el 10 y el 15% de los pacientes fallecen usualmente después de perder, al menos, la mitad de su peso normal. Sin embargo, ya que la mayoría de los casos no extremos están probablemente ocultos y no diagnosticados, las cifras reales de prevalencia y mortalidad son desconocidas.

Figuroa (2001), afirma que existen 2 tipos específicos en que puede presentarse la anorexia: (a) Anorexia restrictiva, donde los individuos se someten a una dieta para limitar su ingestión de calorías; es decir, comienzan a restringir dramáticamente la ingestión de alimentos hasta un punto en que prácticamente no comen nada; (b) Anorexia Purgativa; en donde los pacientes además de limitar el consumo de alimentos, se purgan con diuréticos, lavados intestinales, laxantes o se inducen el vómito para evitar que el organismo asimile adecuadamente los alimentos ingeridos y así poder eliminarlos rápidamente. Las personas con anorexia no suelen tomar este tipo de medicamentos de manera controlada, por el contrario abusan de estas sustancias. Algunos de los síntomas que se presentan en la anorexia son el estreñimiento, hinchazón en algunas partes del cuerpo, piel reseca y amarillenta o verdusca, hipotermia, manos y pies azulosos, debilidad, fatiga, pérdida considerable de cabello, depresión, fracturas frecuentes, obsesión por la comida y el peso, ansiedad, palidez y expresión constante por una preocupación de

estar gordos. La anorexia nerviosa esta catalogada como una enfermedad psiquiátrica en la que la persona tiene una percepción distorsionada de su cuerpo y no se ve ni se percibe a sí misma físicamente como realmente es. Las personas con anorexia, tienen mucho miedo a engordar. No importa qué tan delgados estén, siempre se ven “gordas” frente al espejo. Para ellas estar gordas es un problema muy grave que desencadena otros más, como ser rechazado por los demás o no triunfar ni tener éxito en la vida. Debido al inmerso temor por ganar peso que sienten, estas personas dejan de comer, hacen mucho ejercicio e incluso recurren a purgantes o vómitos inducidos para no asimilar los alimentos ingeridos. Por lo general los anoréxicos son personas de carácter fuerte, de manera que se mantienen firmes en sus convicciones de no ganar peso. Para ellos es un logro y un éxito poder controlar de manera estricta la ingesta de alimentos. Por el contrario, ganar un gramo de peso es un fracaso y engordar es una vergüenza.

Barlow y Durand (2001) afirman que aunque la disminución de peso corporal es la característica más notable de la anorexia nerviosa, no es el punto central del trastorno, muchas personas pierden peso por un problema de salud, pero las que sufren anorexia tienen un intenso temor a la obesidad y buscan de manera incansable estar delgadas. Una adolescente con anorexia nunca esta satisfecha con lo que ha bajado de peso. Quedarse en el mismo peso de un día a otro o subir, por mínimo que sea, tal vez le provoque pánico intenso, ansiedad y depresión. Solo es satisfactoria la pérdida continua de peso cada día durante semanas sin fin. De hecho para las adolescentes de ambientes competitivos de clase media alta la valía personal, la

felicidad y el éxito están determinados en gran medida por las medidas corporales y el porcentaje de grasa en el cuerpo, factores que a la larga tienen o poca o ninguna relación con la felicidad y el éxito personales. El imperativo cultural de delgadez da por resultado directamente la dieta, el primer paso peligroso hacia la anorexia. (p 78).

Abraham, (1994) postula que una de las características más graves de la anorexia son sus consecuencias físicas, ya que debido a la falta de una alimentación adecuada el cuerpo puede verse seriamente afectado. La desnutrición causada por la restricción de alimentos ocasiona problemas muy graves en el organismo que pueden llevar a la muerte a quien los padece. Estas alteraciones físicas son: desordenes en el funcionamiento de algunos órganos del cuerpo como los riñones y el hígado, complicaciones cardiovasculares en el ritmo cardíaco presión baja y ritmo cardíaco bajo, dolor abdominal, anemia, descalcificación de dientes y problemas en el esmalte dental causados por los ácidos gástricos del vómito, cabello delgado y opaco, problemas para dormir, desmayos y mareos. La anorexia nerviosa cuenta con una serie de factores de riesgo, que permiten reconocer los síntomas. Dentro de los factores más comunes se encuentran los siguientes: (a) miedo, el cual se caracteriza por temer a un aumento de peso, a pesar de que éste disminuya alarmantemente, (b) negación; donde usualmente el afectado carece de una conciencia clara de esta grave enfermedad,

(c) irritabilidad; en el cual se observa que la malnutrición y el progresivo ingreso en la situación cada vez más estresante provoca también tristeza, aislamiento social progresivo e ideas de muerte y de suicidio; (d) rechazo de los alimentos, en general el enfermo anoréxico corta la comida, la exprime, huele o almacena; es decir, la somete a cualquier tipo de manipulación, pero no se la come. (p.98).

Craig, (1997) postula que para reconocer una persona que padece el trastorno es importante tener en cuenta el perfil psíquico que comúnmente cuenta con las siguientes características: Sufrimiento Mental en forma de depresiones, pensamientos suicidas y conductas obsesivo-compulsivas. Según algunos especialistas, muchos de los anoréxicos viven al borde de la locura, bastante cercanos a la esquizofrenia. Aparición de Alexitimia; esta enfermedad consiste en la incapacidad para darse cuenta de sus emociones. Anhedonía; en la cual hay imposibilidad para disfrutar y sentir placer. Indiferencia; donde no es relevante la opinión de la gente o sus familias sobre su enfermedad puesto que la adolescente o persona que padece la enfermedad, está al margen de todo comentario. (p.34)

Gáfaró (2001) afirma que para identificar a una persona con anorexia nerviosa se hace necesario encontrar señales claras en el comportamiento de la persona con anorexia que pueden indicar que algo no es normal. Dentro de las señales se encuentra una persona que ha perdido drásticamente en los últimos meses, su

apariciencia no es la de una persona simplemente delgadas sino que comienza a verse excesivamente flaca, casi esquelética, las extremidades, sobre todo, se ven muy delgadas. Toman apariencia de “palos” o “estacas”, estas personas dejan de comer en público o siempre tienen excusas para no comer con la familia, y se evaden con argumentos como “Estoy enferma del estómago”, “No me siento bien”, “comí en casa de mi amiga” etc. Algunos van al baño inmediatamente después de comer y regresan con los ojos rojos y llorosos. Esto es porque se han forzado a vomitar, preguntan mucho a los demás si se ven gordos o cómo se ven físicamente, comienzan a obsesionarse por las dietas, la comida y el peso, se pesan y se miden a diario. No solamente usan un metro, sino que también verifican, por ejemplo, que las entrepiernas no se les peguen, revisan si pueden tocarse algunos huesos como las clavículas o se miden el tamaño de la muñeca con la mano contraria. Los ojos comienzan a vérselos hundidos dentro de la cara y ésta a su vez comienza a “chuparse” demarcando mucho los pómulos, se aíslan socialmente, comienzan a usar ropa ancha o ropa muy pegada, constantemente están con frío, así este haciendo calor, tiene moradas las uñas, las manos y los pies, pueden volverse drásticas de estado de ánimo y por último comienzan a deprimirse fácilmente. (p. 75).

Por otro lado Fernández (1998) postula que algunas de las consecuencias físicas de la anorexia nerviosa en el cuerpo son: El gasto energético, se encuentra disminuido como adaptación a la baja ingesta de calorías. Esto quiere decir que el

cuerpo “sabe” que no está entrando suficiente combustible para el consumo de energías; Temperatura, hay disminución como resultado de la depreciación del gasto energético; El cuerpo, en el intento de economizar las pocas energías que le quedan, disminuye también la temperatura corporal porque ésta disipa la energía en forma de calor. Por este mecanismo de adaptación del organismo es que muchas jóvenes con anorexia se quejan de sentir frío. Por otra parte, el aparato cardiovascular también se ve afectado ya que a partir de la disminución del gasto energético es muy frecuente la disminución de pulsaciones cardíacas que se denomina bradicardia; y la presión arterial que se denomina hipotensión (baja tensión) siendo este uno de los elementos que provoca esas descomposturas repentinas de las que hablan los jóvenes, cuando relatan que se levantan de golpe de una silla, como lo haría cualquier joven a su edad, o estando acostados, intentan incorporarse y se les pone todo negro. Las paredes del corazón disminuyen en su grosor, en especial el ventrículo izquierdo (se debe a la disminución del músculo cardíaco) y es posible que aparezcan arritmias cardíacas provocadas por el déficit de determinados nutrientes, como calcio, potasio magnesio. En cuanto a la piel, ésta se encuentra seca, áspera y quebradiza, también como consecuencia de los déficit nutricionales, y fría como efecto de la disminución del gasto energético que se describía anteriormente. También puede hallarse un color amarillento en las palmas de las manos y las plantas de los pies debido a la ingesta excesiva de calabaza y zanahoria propias de la dieta que llevan este tipo de pacientes. También es posible observar en zonas que normalmente no tienen vello (espalda, brazos, mejillas) la aparición de un vello finito, tipo pelusa, llamado lanugo. En el aparato digestivo, es frecuente el retardo de la evacuación gástrica por dificultades en la contracción

normal del tubo digestivo, ocasionada por el déficit de nutrientes que se describían anteriormente (calcio, potasio y magnesio). La consecuencia lógica es que aparece una sensación de saciedad precoz “me lleno enseguida no me entra nada”, que favorece aun más la perpetuación del cuadro anoréxico. Esta situación se revierte mediante la realimentación progresiva y pautada. En el intestino, también hay disminución como consecuencia del déficit de calcio, potasio y magnesio. Esto junto con la baja ingestión de alimentos, favorece la aparición de constipación pertinaz, que en ocasiones puede requerir la utilización de enemas evacuantes. En el aparato genital uno de los síntomas distintivos de la anorexia, es la ausencia de menstruación a amenorrea, por un periodo de tres meses o más, con niveles bajos de estrógenos. La amenorrea se debe no solo a la pérdida de peso sino también al estrés psicológico permanente que ocasiona el control alimentario riguroso típico de esta clase de pacientes. En cuanto a la fertilidad, algunos investigadores han comunicado que puede ocurrir una disminución en la ésta, como consecuencia de una alimentación restrictiva prolongada. En el sistema óseo, es posible que se produzca una disminución del calcio en los huesos: generalmente en las caderas y la columna lumbar, con la posibilidad de fracturas espontáneas. Esto se llama osteoporosis, porque los huesos se visualizan como agujereados. Se debe a una ingesta de calcio disminuida por la mala alimentación y agravada por la dificultad de fijación de calcio en los huesos, como consecuencia de la baja producción de estrógenos. La osteoporosis es común en las mujeres menopáusicas justamente por la baja producción de estrógenos propia de esta etapa vital, y es irreversible. Esto significa que una niña de 14 o 15 años tendrá un sistema óseo con las características de una mujer de más de 50. En el tejido celular subcutáneo, es factible encontrar

edemas en determinadas partes del cuerpo, generalmente en piernas y pies, sobretodo cuando la paciente comienza a realimentarse. El edema es una retención de líquido en el tejido celular subcutáneo. Se produce por un aumento en la retención de sodio, debido al aumento de la sensibilidad renal a la aldosterona y a la acción de la insulina en los túmulos renales durante la realimentación; esta suerte de hinchazón es casi inevitable en el periodo de recuperación por los ajustes que debe hacer el organismo. A menudo las pacientes lo toman como “gordura”, con la consecuente angustia que eso desencadena. Es importante saber que es algo transitorio, pero que desaparecerá si el organismo funciona normalmente por suficiente tiempo. Y finalmente la sangre tiene la frecuente presencia de anemias por déficit de hierro, lo cual aumenta la sensación de cansancio y un estado de tipo depresivo por la falta de fuerza. También es frecuente el aumento del colesterol (hipercolesterolemia).

Calvo (2002) afirma que el enfoque preventivo es esencial para la disminución en la aparición de nuevos casos en este tipo de trastornos. La labor en cuanto a información que se da en la escuela, pasando por la familia, formación en valores, y los propios medios de comunicación, se debe realizar y no menospreciar; por el contrario, se debería considerar como prioritaria es decir como una estrategia de intervención frente a este tipo de problemas. Nunca se insistirá lo suficiente en la necesidad de una pronta detección y tratamiento de este tipo de trastornos relacionados con la alimentación. A medida que la duración de estos trastornos aumenta sin ser detectados, ni recibir tratamiento adecuado, las posibilidades

de curación se reducen y los efectos, tanto físicos como mentales, se incrementan de forma dramática. La compleja interacción de factores fisiológicos y emocionales, tanto en su origen como en el desarrollo de la enfermedad, hace necesaria una intervención multidisciplinar para el tratamiento de este tipo de trastornos, un equipo de profesionales que incluiría, al menos idealmente, a médicos, tratamiento de las secuelas físicas-psiquiatras, psicofármacos, psicólogos, intervención psicosocial y especialistas en hábitos de nutrición. Una imprescindible combinación y coordinación de recursos personales y materiales no siempre fáciles de conseguir en la realidad. A su vez, La incorporación de la familia en el proceso terapéutico, es esencial para asegurar ciertas garantías de éxito y prevenir las posibles recaídas. La información básica sobre las características de la enfermedad y el aprendizaje de técnicas para la solución de conflictos serían algunas de las posibles líneas de actuación, teniendo en cuenta que actualmente los grupos de apoyo, en los últimos años, se están configurando como una herramienta terapéutica de especial utilidad, para el tratamiento de este tipo de trastornos.(p.54)

El hecho de brindar a los adolescentes una educación oportuna y adecuada con relación a los trastornos de alimentación, genera grandes posibilidades de receptividad a los estudiantes ya que el transmitir estrategias efectivas puede formar el desarrollo de un concepto positivo de si mismo y de los demás, y a su vez adquirir conocimientos básicos de nutrición y comportamientos adecuados para una

alimentación equilibrada; esto con el fin desarrollar habilidades sociales de manera didáctica y comprensiva puesto que los adolescentes van a percibir la información de forma clara la cual llega a ser producto de un aprendizaje significativo con un problema que hoy en día se evidencia en la vida de los adolescentes y que es de gran relevancia conocer a fondo.

Rincón, (1996) afirma que desde una perspectiva cognitivo conductual, el tratamiento a realizar con una paciente anoréxica debe estar dirigido a cubrir los siguientes objetivos: (a) establecimiento o Incremento de la cooperación por parte del paciente por ejemplo un contrato de conducta, (b) establecimiento de hábitos de comida y peso adecuados (mediante refuerzo diferencial - medio hospitalario o familiar-), (c) modificar las actitudes hacia la apariencia corporal, la comida y el peso (técnicas de inundación o desensibilización), (d) hacer desaparecer los episodios de bulimia (técnicas de exposición o prevención de respuesta), (e) Modificar el factor sumisión-dependencia (técnicas cognitivas -eje., Terapia Racional Emotiva de Ellis); (f) eliminar el miedo al contacto corporal, a las relaciones sexuales (Exposición, desensibilización sistemática), (g) modificar las relaciones familiares, (h) mantenimiento de los resultados a largo plazo (seguimiento de 1 ó 2 años). (p. 75).

Para finalizar es importante citar algunos artículos encontrados con respecto a la anorexia nerviosa; por ejemplo Rubio, Fernández, Turón y Vallejo (1996) encontraron una clara relación entre los trastornos de alimentación y el trastorno

obsesivo compulsivo, y han agrupado estudios en distintos apartados según similitud clínica, neurobiológica, genética y otros aspectos.

Estos autores, afirman que aunque existan relaciones de comorbilidad o neuroquímicas, piensan que ni desde un punto de vista fenomenológico, ni por los resultados de los distintos estudios, puede sustentarse que los trastornos de alimentación se contemplen como trastornos obsesivos. La anorexia nerviosa (AN) es contemplada como una entidad propia, y así se refleja en los distintos sistemas diagnósticos actuales (CIE 10 y DSM IV). Sin embargo no siempre ha sido tan evidente la independencia nosológica de la AN. Las características de reiteración, constancia e intrusismo de los pensamientos relacionados con comida, peso e imagen corporal, recuerdan fenómenos de la patología obsesiva. Así mismo ciertas conductas relacionadas con peso y comida, que son extravagantes repetidas y ritualizadas, podrían remedar las compulsiones. Estos autores afirman que bajo esta perspectiva se ha intentado relacionar la anorexia nerviosa y últimamente la bulimia nerviosa (BM), con la patología obsesiva. La relación entre ambos trastornos por semejanza clínica, se ha dividido en 3 subapartados que son la fenomenología, psicometría y comorbilidad. Se cree que desde un punto de vista psicopatológico como fenomenológicamente, no se puede sustentar la hipótesis de la que la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa sean un trastorno obsesivo. Los pensamientos que una persona anoréxica tiene acerca de su cuerpo, su peso, su necesidad de control, etc, son reiterados y constantes, tienen carácter intrusivo pero no siempre causan displacer. Al ser coherentes con sus valores e intenciones conscientes, el grado de extrañeza y de intrusividad subjetiva es relativo; es decir que la persona no los ve como ajenos a sí mismo. Este estudio demostró que las

preocupaciones anoréxicas se distinguen de los pensamientos auténticamente obsesivos porque son egosintónicas, generalmente no provocan resistencia ni causan displacer. En la bulimia nerviosa, aunque los pensamientos son más egodistónicos causan displacer y existe cierto grado de resistencia, prevalece la impulsividad frente a la compulsividad; es decir que esta entidad estaría más cerca fenomenológicamente de los trastornos por falta del control de los impulsos que del trastorno obsesivo compulsivo. El peso de la fenomenología debe ser crucial para la delimitación nosológica; por ello no se cree que los trastornos de alimentación puedan ser contemplados como trastornos obsesivo-compulsivos si se tienen en cuenta las consideraciones precedentes.

Fernández, Turón y Mechón (1996), afirman que la ansiedad social y las dificultades interpersonales se ven implícitas en la anorexia nerviosa debido a que en las pacientes con anorexia nerviosa se observan con frecuencia dificultades en sus relaciones interpersonales y su tendencia al aislamiento social. Sin embargo, estos síntomas y sus posibles factores desencadenantes han sido hasta ahora poco investigados. Estos autores analizaron el desajuste interpersonal, depresión, autoestima, y sintomatología alimentaria en un grupo de 30 pacientes con anorexia nerviosa con el objetivo de establecer posibles asociaciones entre estas variables.

Como en otros trastornos de alimentación la anorexia nerviosa ha visto aumentada notablemente su incidencia en las últimas décadas principalmente en adolescentes y adultos del sexo femenino, estos pacientes presentan un aislamiento social frecuente el cual es un hecho que se ha observado igualmente en pacientes con bulimia nerviosa. El objetivo de este estudio consistió por un lado en analizar la importancia real de la ansiedad y/o fobia sociales en pacientes con anorexia

nerviosa y las relaciones entre éstas y otros factores psicológicos diferenciales, en función de la presencia o no de ansiedad social, en estos pacientes. A partir de este estudio, se pudo observar que el desajuste interpersonal en las pacientes con anorexia nerviosa, se encuentra asociado a su grado de depresión y baja autoestima. Así mismo, observamos que en el 80% de los casos existía ansiedad social e insatisfacción con sus relaciones interpersonales. Estos resultados son consistentes con los estudios realizados anteriormente. De igual forma, los resultados del presente estudio, sugieren que las pacientes con dificultades interpersonales y sin dificultades interpersonales no difieren en sus conductas alimentarias, pero sí lo hacen significativamente en cuanto a su nivel de autoestima. Es decir, el subgrupo con dificultades interpersonales presentaría una tendencia a mostrar una más baja autoestima que el grupo de pacientes sin ansiedades sociales. A partir de los resultados se logró concluir que en las pacientes con anorexia nerviosa, y en especial en aquellos que poseen “dificultades Interpersonales” estaría indicado el emplear técnicas adicionales con el objetivo de mejorar estas conductas deficitarias entorno a las relaciones sociales. En este sentido, para mejorar el funcionamiento social de estas pacientes se debería dirigir el tratamiento a dos áreas: por una parte, programas de habilidades sociales y por otro lado, técnicas cognitivas para mejorar el nivel de autoestima y concepto de sí mismas. Y en los casos en los que se cumplan los criterios adicionales de una fobia social, sería indicada la aplicación de un tratamiento adicional paralelo de exposición in-vivo.

Finalmente, estos autores hacen énfasis en que es importante tener en cuenta que futuros estudios a realizar, deberían valorar las ansiedades sociales antes y después de un tratamiento debido a que únicamente la comprensión de múltiples

factores que influyen en el síndrome anoréxico, permitirán desarrollar programas terapéuticos más efectivos.

Otro artículo determinante, es La Importancia del Análisis Funcional en la Etiología de la Anorexia y Bulimia Nerviosa. Aceituno, (2000). En el cual se afirma que un trastorno de conducta alimenticia haría referencia a todas aquellas circunstancias que supongan una disfunción en el comportamiento alimentario del afectado. Pero, en realidad, cuando se habla de problemas en la conducta alimentaria no se hace referencia solamente a la comida, sino que detrás hay toda una serie de dificultades como un inadecuado hábito alimentario, un exceso de deseo de no engordar, unos desequilibrios emocionales, unas autovaloraciones negativas y todo un sin fin de componentes que dan una visión de las características conductuales de este problema. Existen ciertos modelos explicativos a este problema que son los factores predisponentes, factores desencadenantes, y factores de mantenimiento; en los primeros se ven involucrados los genéticos, trastornos afectivos, personalidad, obesidad, elementos socioculturales y contexto familiar. En los factores desencadenantes se mencionan las situaciones aversivas, separación y pérdidas, contactos sexuales, y otros. Y en los factores de mantenimiento, existen consecuencias físicas, interacción familiar e interacción social.

Tradicionalmente, se ha propuesto la anorexia y bulimia nerviosa como trastornos o enfermedades mentales que dan pie a una serie de síntomas o manifestaciones. Pero esos síntomas o manifestaciones explican la verdadera causa del problema? o solo se limitan a describir este sin proponer un elemento o elementos explicativos reales y científicos de la causa o causas. Por ende, el problema realmente sería el miedo a engordar (no, puesto que eso solo es un

síntoma), será la percepción distorsionada de la imagen corporal (de nuevo es un síntoma). Una enfermedad no puede ser lo mismo que los síntomas a través de los que se manifiesta; luego entonces que son la anorexia y la bulimia aparte de sus síntomas?. La anorexia y la bulimia son un conjunto de conductas y respuestas emocionales arbitrariamente seleccionadas. Lo demás son simples nombres con los que se identifican los síntomas pero eso no es más que un nombre, “un desorden alimentario es un patrón de conducta anormal respecto a la ingesta de alimentos y el balance energético”.por ello, en este estudio se propone el repaso de algunas de las posibles causas de la “anorexia y bulimia nerviosa” y su explicación científica. Se trata por tanto, no de establecer programas de tratamiento aplicables a cualquier persona con una relación no natural con la comida sino de definir operacionalmente las conductas del paciente y las consecuencias que recaen sobre sus emociones (estas emociones en términos de reforzadores mantendrán o eliminarán esa conducta). Así se ahorrarán técnicas que no tienen por que aplicarse ya que el paciente no las necesita. En este análisis se pueden observar algunas de las funciones de la reducción de la ingesta que son: (a) evitar la obesidad, la cual consiste en que el hecho de estar gorda viene asociado a una gran cantidad de consecuencias aversivas, así ante la anticipación de esa conducta se realizaran conductas de evitación como dejar de comer, practica ejercicio etc. Proceso este el similar a una fobia en el cual las conductas de evitación reducen la ansiedad anticipatoria de la conducta miedo a engordar. Esta función seria la mas extendida y donde se producen la mayoría de errores ya que se piensa que todas las niñas tienen miedo a engordar; (b) adelgazar, es decir verse delgada. Las emociones agradables que proporciona el contemplarse delgada facilitan el acceso a reforzadores

frecuentes e intensos. La delgadez actúa como un estímulo ante el cual va seguido un reforzador positivo con lo cual el condicionamiento es claro y su aprendizaje inmediato relacionado conductas que le llevan a acceder a la delgadez y, a su vez, a los reforzadores positivos; (c) sentir control, esta es una sensación que se experimenta cuando las descripciones verbales de una conducta se transforman en movimiento motor en relación con el ambiente. La sensación es agradable. Las conductas relacionadas con la comida son importantes fuentes de control y la consecución de estas elicitan una respuesta de bienestar al sentir la capacidad para controlar la conducta en este caso alimentaría. En esta función de la conducta no natural con la comida, y el hambre actuarían como un potente reforzador positivo que premiaría su sensación de control; la expectativa de contingencia de reforzamiento de delgadez y la no aparición de la obesidad, actuarían a su vez como refuerzo negativo de la sensación de control. Esto se puede operacionalizar, por ejemplo, con los kilos que la persona va perdiendo que también reforzarían negativamente la sensación de control. Se han descrito las funciones que con mayor frecuencia explican las relaciones no naturales con la comida su inicio y su mantenimiento con el fin de establecer tratamientos a la medida del paciente tras la identificación de las funciones de las conductas no naturales con la comida que se suceden a cada paso en particular y a su vez, mencionar que el apoyo en el análisis funcional es esencial para determinar las causas del problema conductual etiquetado como “anorexia o bulimia nerviosa”.

CONCLUSIONES

En conclusión, pertenecer a un mundo donde solamente se logra vivir a dieta y considerando que la única motivación en la vida es el mantenerse esbelto por lo que pueda decir la sociedad, no deja de donde escoger a las adolescentes quienes son las que más se ven enfrentadas a continuos ataques a su propia personalidad. Es alarmante ver que un gran número de adolescentes cae en problemas de trastornos alimenticios, teniendo en cuenta que existe muy poca información y divulgación de este tema, y así mismo es muy poco el cuidado que se da en el manejo de los tratamientos de disminución de peso como lo son los diuréticos y laxantes, entre otros medicamentos. Con este gran problema, la población de adolescentes se ve mucho más vulnerable ante un fenómeno que se ha incrementado durante esta última década, teniendo en cuenta que el deseo por lograr la delgadez extrema de muchas jóvenes representa un problema físico-mental que por su aumento impresionante en los últimos tiempos se ha convertido en una situación que preocupa tanto a especialistas como a personas que conocen acerca del tema.

Mantener una figura atractiva no justifica caer en extremos que afecten la propia salud, y la vida. Los trastornos alimenticios, tienden a ser un verdadero drama social si no se impone un límite, que permita a la persona ser alguien auténtico, y no parecer lo que muchas veces no se puede llegar a ser; teniendo presente que debe ser la misma sociedad la que imparta esta idea, para no seguir siendo cómplices del contexto. La anorexia es una forma para expresar cierta presión interna que arrastra a muchos adolescentes y que la sociedad ejerce sobre

los mismos. En la actualidad, la moda exige a la juventud que el cuerpo sea esbelto y delgado para ser partícipes de un “mundo” que indica que para ser bello, hay que asemejarse a los modelos que los medios publicitarios presentan. Es importante tener en cuenta que una persona “gorda” no debe sentirse menospreciada mas bien debe valorarse tal y como es, pues su belleza y cualidades están en su interior. Hay que resaltar que una buena alimentación es un factor fundamental para mantenerse saludable, también es importante reconocer que los extremos como el sobrepeso y la desnutrición llegan por lo general a convertirse en una enfermedad. Por esta razón debe buscarse un equilibrio nutricional para no caer en un trastorno alimentario. No hay que olvidar que se debe prestar más atención a la recuperación de las personas que padecen este tipo de trastornos, pues, es fundamental el apoyo de la familia tanto en el tratamiento para la recuperación, como para aquellos que son más propensos a desarrollar este tipo de enfermedades.

La distinción entre las causas y los factores desencadenantes de estas enfermedades, demuestran la necesidad de contar con programas de prevención y ofrecer tempranamente el tratamiento correspondiente ya que la discriminación estética - cultural es un punto de partida a estos trastornos alimentarios. En la medida en que los medios potencian un canon de belleza relacionado con el contexto social existente, se predispone el desarrollo de un trastorno alimentario. Algo que es realmente alarmante, es que el medio no sólo no es ajeno a la creación y reproducción de imágenes sociales de realidad, sino que constituye hoy día una de las fuentes prioritarias de conocimiento para el individuo. Es evidente que no existe una teoría general sobre los trastornos alimentarios, concretamente sobre la

Anorexia. Por el contrario, abundan numerosas investigaciones que abordan dicho fenómeno no como algo global, sino desde una perspectiva concreta; como se menciono a lo largo de éste artículo, la Anorexia constituye una realidad muy compleja, compuesta por muchos factores, con diversos elementos implicados y atravesada por una variedad de dimensiones, dando lugar a situaciones y experiencias muy diferentes entre sí.

Finalmente, se debe tener cuidado con la influencia que ejercen los medios de comunicación sobre los adolescentes; esto con el fin de llevar una vida feliz siendo conforme tal y como se es, ya que muchas veces estas enfermedades son provocadas por el que dirán, la estética y no por lo que realmente se siente sobre si mismo.

REFERENCIAS

- Aceituno, J. (2000) La importancia del análisis funcional en la etiología de la anorexia y bulimia nerviosa. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 32, 11-26.
- Abraham, S (1994) *Anorexia y bulimia*. Alianza. Madrid.
- Ángel, L. Vásquez, R. Martínez, L (1997). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 26, 115-124.
- Barlow, D. Durand, V. (2001). *Psicología anormal*. Thompson, S.A. Mexico.
- Calvo, R. (2002) *Anorexia y Bulimia; Guía para padres educadores y terapeutas*. Planeta. España.
- Craig, G. (1999) *Desarrollo Psicológico*. Prentice Hall. México. Roca. Barcelona.
- DSM IV (1994). *Manual Diagnóstico de los trastornos mentales*. Masson. U.S.A
- Fernández, A. Turon, G. (1998). *Trastorno de la alimentación*. Barcelona.
- Fernández, F. Turón, J. Menchón, S. Vidal, J. Vallejo, J. (1996). Ansiedad social y dificultades interpersonales en la anorexia nerviosa. Consideraciones terapéuticas. *Revista de Psiquiatría*. 23,1, 30-35.
- Cervera, M. (1996) *Riesgo y Prevención de la Anorexia y Bulimia*. Martinez.
- Figuroa, E. Crispo, R. Guelar, D. (2001). *Anorexia y bulimia lo que hay que saber*. Gedisa, S.A. Barcelona España.
- Garfinkel, P .Gardner, D (1982). *Anorexia nerviosa: Una perspectiva multidimensional*. Nueva York.

- Morandé, G.(1999). *La anorexia*. Gedisa, S.A. Madrid.
- Gáfaró, A (2001). *Anorexia y bulimia*. Norma S.A. Colombia.
- Rincón, A. (1996). *Trastornos de la conducta alimentaria en relación con la imagen*. España.
- Rubio, S. Fernández, F. Turón, V. Vallejo, J. (1996). Trastornos de la alimentación y trastorno obsesivo compulsivo: Revisión de la literatura.
Revista de Psiquiatría 23,4, 104-113
- Saldaña, C. (1994). *La obesidad y sus problemas: Marco conceptual y factores implicados*. Graña. Madrid.
- Turón, V (1997). *Trastornos de la alimentación*. Masson. Barcelona España.
- Toro, J (1987). Vilardell, E. *Anorexia nerviosa*. Martínez Roca S,A.
Barcelona España.

