

FACTORES DE RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA, ABUSO SEXUAL Y EMBARAZO EN
ADOLESCENTES

Lina Clemencia Estrada Henao

Universidad de La Sabana

Chía, Enero 2006.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo presentar una revisión teórica sobre los trastornos alimentarios que más se presentan en la adolescencia, como lo son la Bulimia y la Anorexia, estableciendo una relación con los efectos que existen en el embarazo y/o sus posibles consecuencias negativas como la infertilidad; la incidencia de haber sido víctima de un abuso sexual y luego padecer un trastorno alimentario. Igualmente, se hace una breve reseña teórica acerca del embarazo en la adolescencia y sus cuidados, del abuso sexual y las repercusiones negativas que estos problemas traen en el organismo biológicamente y psicológicamente. Es así como se puede evidenciar la influencia que hay entre los trastornos alimentarios y las problemáticas anteriormente mencionadas.

Palabras claves: Trastornos alimentarios, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, adolescencia, abuso sexual, embarazo.

Abstract

This article aims basically to present from a theoretical perspective the leading factors that cause inadequate nutrition behavior such as anorexia and bulimia in teenagers. It's focused to explain the influence of pregnancy and/or sexual abuse (during this period of life) over nutrition disorders, analyzing the personal development of patients exposed to these experiences. It also looks forward to establish the consequences of pregnancy and sexual abuse in premature stages of life, over other areas of the human psychological development.

Key Words: Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Adolescence, Sexual Abuse, Pregnancy.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, ABUSO SEXUAL Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Los trastornos alimentarios como la Bulimia y la anorexia, son problemas que a lo largo del tiempo han ido causando estragos en la salud de las personas diferenciándolas de su género. Ramírez (2003) citado por Cala-Mejía, León-Velasco, Martínez-Vergara y Ocando-Britto (2004); dice que la prevalencia de enfermedades mentales cada vez es mayor en mujeres que en hombres. En particular, los estudios realizados sobre Anorexia y Bulimia, mencionan que de 100 personas, 98 son mujeres. Igualmente Becker et al (1999) citado por Cala-Mejía, et al. (2004), plantean que los trastornos alimentarios afectan a millones de personas cada año, y Andersen (1995), citado por Cala-Mejía et al. (2004), en general estos trastornos afectan a mujeres adolescentes y mujeres jóvenes; sin embargo entre el 5 y el 15% son varones.

La incidencia de estos trastornos se manifiesta especialmente en la población femenina y en la etapa de la adolescencia. Aunque con frecuencia se cree que estos trastornos son problemas que afectan a los adultos, lo cierto es que en la mayoría de los casos el trastorno comienza en la adolescencia, cuando todavía suelen vivir con su familia de origen. Esto ocurre porque en las edades tempranas del ciclo vital empiezan a aparecer ciertos cambios a nivel biológico, cognoscitivo, social, etc. que orientan su desarrollo individual a obtener ciertas conductas que podrían ser positivas y/o negativas para su desarrollo integral.

Una investigación realizada por Torres, Forero, Rodríguez (2004), acerca de la población de mujeres de Bogotá entre los 16 y 19 años y entre los 20 y 24 años de edad, que tenían un trastorno de la alimentación, arrojó los siguientes resultados entre los

factores de riesgo significativos en la presencia de un trastorno alimentario, los cuales fueron los siguientes: La presencia de trastornos de conducta alimentaria en la madre; dificultades en la comunicación con la madre; antecedentes de obesidad en la familia; patrón de crianza con sobreprotección; y antecedentes de de dificultades en la alimentación, previos al inicio de la Anorexia nerviosa.

De esta forma se plantea e informa acerca de la relación existente entre los Trastornos Alimentarios, Bulimia y Anorexia; con el embarazo en las adolescentes y la incidencia de abuso sexual en estos, con los trastornos alimentarios ya mencionados, como también con sus factores de riesgo y la prevención de futuros problemas de está índole para la población tratada.

También se hace referencia e importancia a la definición y operacionalización de la etapa de la adolescencia y como sería su buen desarrollo, la definición de los trastornos alimentarios, especificados en Bulimia y Anorexia y las consecuencias negativas frente a un embarazo problemático o a problemas de infertilidad; como también la incidencia de los trastornos alimentarios después de haber sido víctima de un abuso sexual en una edad temprana.

Es por esta razón que se pretende evitar la evolución de los trastornos de la alimentación especialmente en la adolescencia y generar impacto en la población presentando una información teórica acerca de las consecuencias negativas que esta puede traer en las problemáticas ya mencionadas y delimitadas anteriormente.

Es de gran ayuda saber y poder diferenciar, según comenta González (2001), que el arte del diagnóstico es discriminar, discernir y comprender, pero sobre todo es un recorrido que debe asegurar el acceso más allá del síntoma y del signo, y que conduzca a lo que la persona (en este caso al adolescente) quiere comunicar pero que por el

momento no puede transmitir de una manera menos dolorosa para él y para quienes lo rodean. Así esto podrá ayudar a diferenciar los trastornos a los que son vulnerables los adolescentes.

Desde el enfoque cognoscitivo-conductual, Kohlberg (1966), citado por Aguirre (1996), plantea que la tipificación sexual se fundamenta en el desarrollo cognoscitivo del mundo social, por lo que el sujeto humano desarrolla una autocategorización cognitiva de “identidad de género”, que se constituye en el organizador de la información del mundo externo, de sus actitudes y de sus conductas futuras. El proceso de identificación psicosexual implicaría, en primer lugar, un desarrollo cognoscitivo de la identidad/constancia de género, en segundo lugar la elección de sujetos del mismo sexo como modelos a imitar en sus roles y estereotipos sexuales y, finalmente, la adhesión a los modelos a los cuales imita.

A continuación se pretende definir ciertos conceptos y palabras claves en las cuales se dirigirá este artículo científico-teórico, entre ellos: La adolescencia y los trastornos alimentarios Anorexia y Bulimia Nerviosa.

Adolescencia:

Tal y como plantea González (2001), la adolescencia es una época de la vida de la que se guardan en la memoria recuerdos imborrables de los cambios y las turbulencias emocionales que implica. El adolescente necesita tiempo para integrar aspectos de su personalidad, definir su posición frente a la vida, sus valores, sus objetivos de vida, su posición psicosexual, etc.

Para la Organización Mundial de la Salud, desde el punto de vista cuantitativo, adolescencia es un período erario que se extiende entre los 10 y 19 años, sin embargo,

desde el punto de vista biológico, psicológico y social, el término de adolescencia está sujeto a definiciones, análisis y consideraciones diversas. Así, se señala que psicológicamente la adolescencia es un período de transición entre la niñez dependiente y el adulto suficiente; es una época de ajustes, que termina por diferenciar la conducta del niño frente al adulto. Buitrago, Beracasa, Calderón, Cortés, Echeverri y Gracia (2001).

A partir de la pubertad, la secuencia de fenómenos biológicos, psicológicos y sociales que conducen a la madurez del niño hasta que se convierte en adulto, constituyen la adolescencia. Es un período de la vida que se extiende desde los 10 hasta los 19 años de edad y comprende una serie de cambios y modificaciones de carácter físico y psicológico, que incluyen el crecimiento y desarrollo de los caracteres secundarios, así como también la presencia de patrones evolutivos de conducta. Buitrago et al. (2001)

La pubertad, según García (2002), es concebida a partir de lo biológico como el período en que se alcanza la madurez sexual y se adquiere la capacidad de tener hijos. Este período se acompaña también por cambios psicológicos, los cuales han sido ampliamente reportados por la Psicología. Un asunto importante de la adolescencia lo constituye el logro de la identidad en diversas facetas: sexuales, físicas, ideológicas, vocacionales, sin que ello indique que todas estas se logren simultáneamente.

También, esta etapa de la pubertad acusa importantes cambios en el cuerpo, en los que sobresalen el crecimiento y las manifestaciones secundarias del cambio sexual (senos, vello púbico, cambio de voz, menstruación, etc.)

Es así como en la adolescencia, crece el culto a la corporalidad que se refleja en la preparación para el deporte y en la defensa de la delgadez. Esta actitud ante el propio

cuerpo, que es a la vez ética y estética. La ética corporal es para el adolescente una racionalización de valores sobre su identidad corporal en la que lo obeso es sentido como desagradable y poco aceptado. La estética corporal crea modelos publicitarios, de aquí el culto femenino a la delgadez, a la silueta, la cual se expresa en términos de desórdenes alimenticios como lo son la Bulimia y la Anorexia. Aguirre (1996)

De acuerdo con González (2001), la adolescencia es el período de transición entre la niñez y la edad adulta. Se considera un estado trascendente en la vida de todo ser humano, ya que es una etapa en la cual hombres y mujeres definen su identidad afectiva, psicológica y social. Adolescente significa crecer. Puede considerarse dentro del período de evolución que lleva al ser humano desde el nacimiento hasta la madurez y en el cual se presenta una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social que se manifiesta en diferente intensidad en cada persona.

Por otro lado, García (2002), plantea que la adolescencia es vista en general como una época de crisis y de mucho conflicto, lo cual ha inducido a que muchas investigaciones tengan una mirada sesgada hacia la población que se halla en este estado, visualizando solo lo negativo. De ahí que el tema de la salud sexual y reproductiva suela ser vista también bajo esta óptica, lo cual constituye una mirada incompleta.

Ahora es importante hablar acerca de una de las problemáticas mas significativas que se presentan en la adolescencia:

Trastornos Alimentarios:

Los trastornos de la conducta alimentaria, tal y como mencionan (Caballo y Simón. 2001), harían referencia a todas aquellas circunstancias que supongan una disfunción en el comportamiento alimentario del afectado. No solo hace referencia a un

mal hábito alimentario, o a un deseo excesivo de adelgazar, sino que debajo de esto existe una patología que incluye aspectos como desequilibrios emocionales, trastornos de la personalidad, conductas autolíticas, distorsiones perceptivas, pensamientos obsesivos, autovaloraciones negativas y muchos mas componentes que dan idea a la complejidad del trastorno en sí.

(Gómez-Restrepo, Hernández-Bayona, Rojas-Urrego, Santacruz-Oleas y Uribe-Restrepo. 2002), citan a (Rodríguez y Gempeler., 2002), quienes definen los trastornos alimentarios como síndromes que están clasificados sobre la base de grupos de signos y síntomas que incluyen pensamientos, sentimientos y acciones irracionales referidas al peso, la comida y la imagen corporal, los cuales se acompañan de alteraciones de la salud física y mental secundarias, debidos, por una parte a la malnutrición o a patrones dietéticos caóticos y, por otra, a vulnerabilidades biopsicológicas. Por otro lado coincidiendo un poco con la definición anterior, los trastornos alimentarios como la Anorexia y la Bulimia nerviosa implican trastornos anormales del consumo de alimentos, junto con una preocupación excesiva por la imagen corporal y por el control de peso. (Cala-Mejía et al., 2004)

Todas las definiciones tienden a coincidir en la definición de los trastornos alimentarios como que estos desórdenes se caracterizan por la preocupación por la comida y la distorsión de la imagen del cuerpo. Desgraciadamente, muchas adolescentes esconden estos desórdenes serios y a veces fatales a su familia y amigos. Una pre-adolescente con anorexia puede perder o bien no llegar a desarrollar por completo algunas de las características físicas de una mujer adulta, tales como el vello púbico, los pechos y los ciclos menstruales. (Gleaves, Lowe, Snow, Green y Murphy-Eberenz., 2000)

Otros factores relacionados con los trastornos alimentarios que se encontraron en la investigación acerca de la descripción de los indicadores de Anorexia y Bulímica, realizada por (Torres, Forero, Rodríguez., 2004), son los siguientes: separación de los padres, maltrato físico, sobrepeso real durante la pubertad y abuso sexual.

Sobresalen también obsesiones agresivas, las de orden, simetría y exactitud, contaminación y los rituales compulsivos de conteo, verificación, aseo y repetición de tareas. A si mismo en esta investigación, se encontró que en 12 pacientes con TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo), las obsesiones y compulsiones habían aparecido antes que los síntomas de conducta alimenticia, casi todos durante la niñez. Torres, Forero, Rodríguez., 2004).

En esta misma línea, para conocer si una persona está desarrollando o tiene un trastorno alimentario, se debe llevar a cabo una evaluación psicológica y fisiológica de la persona que está teniendo problemas con su alimentación y su salud. (Stice, 2001)

Cuando se habla de evaluación de trastornos se refiere a un ámbito clínico en el que el primer paso es el diagnóstico, la diferenciación de otros trastornos y posteriormente se hace una descripción personalizada de la conducta perturbada. (Raich, 1998), citado por (Torres, Forero, Rodríguez, 2004)

La evaluación de los trastornos alimentarios anorexia y bulimia nerviosa requiere cerciorarse del diagnóstico de acuerdo a los criterios fijados por el DSM IV. El diagnóstico diferencial entre anorexia y bulimia nerviosa, y aún en sus subclasificaciones, debe realizarse basado en el peso, los episodios de sobreingesta, método de control de peso preferido, distorsión perceptiva, insatisfacción y evitación de situaciones por la imagen corporal, comidas prohibidas y ansiedad después de comer. Raich (1998), citado por Torres et al. (2004).

(Gáfaró, 2001) citado por (Díaz-Gracia et al., 2003), habla de algunas consecuencias físicas que pueden traer consigo los trastornos alimentarios; son las siguientes: deshidratación, desbalance del nivel normal de electrolitos en el cuerpo, incluida la alteración de los niveles de sodio y potasio; úlceras en la garganta y el esófago; insuficiencias renales; desórdenes en el sistema gastrointestinal, incluso puede presentarse ruptura en el estómago; problemas dentales y descalcificación de los dientes; alteraciones del ritmo cardíaco; deficiencias en los niveles de vitaminas y minerales; sinusitis y otras afecciones renales.

Hay ocasiones en que la alteración del patrón alimenticio no se ajusta a las características típicamente definitorias y diagnósticas de los sistemas de clasificación. (Molina y Luciano, 1995)

Por otro lado se ha visto claramente en la actualidad que los problemas de desnutrición reciben menor atención en el mundo desarrollado, de pronto porque estos se han visto relacionados con causas y soluciones socio-económicas y alejadas geográficamente, como en países de África que se reconocen por su pobreza y la desnutrición de la población. El hecho, la restricción calórica, el consumo excesivo de alimentos, y a veces el bajo acceso a algunos víveres son consecuencias críticamente importantes en la salud física, psicológica, y sociocultural de las mujeres. (Stotland y Stewart, 2000). Esta falta calórica afecta principalmente, entre otras, a la reproducción de la mujer.

Las adolescentes que están entrando en la pubertad y las que ya están pasando por ella, actúan como si quisieran ser modelos de pasarelas, queriendo ser cada vez más delgadas, promoviendo la idea de que esa es la figura ideal para una niña. Y la excesiva

delgadez puede borrar las curvas que forman la silueta de la mujer en la adultez. (Stotland y Stewart, 2000).

El concepto de la dieta se puede observar como un signo de control interno, las mujeres delgadas se pueden ver como más disciplinadas y con más control de las que no lo son, lo cual genera una creencia falsa y sobretodo más para las mujeres adolescentes que se suelen identificar con cierto icono o figura de su agrado. (Stice, 2001)

Para dar una demostración teórica de investigaciones realizadas se encontró que a los 14 años de edad ya hay conciencia de la imagen corporal y del peso; las adolescentes empiezan a centrar su atención en distintas partes del cuerpo, especialmente la cintura, las caderas, los glúteos y los muslos, y si sobredimensionan la importancia de una de estas partes, pueden sentirse muy gordas, a pesar de verse muy bien. A los 15 años usan métodos seguros para bajar de peso, como los ejercicios o tratar de ordenar las comidas; a los 16 años aparecen las dietas en forma común, y a los 17 años muchas niñas ayunan durante días, comiendo sólo una vez al día; el 3% de ellas se provoca vómitos, costumbre que va aumentando en frecuencia y que está apareciendo a edades cada vez más tempranas, siendo aceptada dentro del grupo de amigas. A los 18 años, el 46% de las mujeres tiene atracones en forma habitual, que se ven en niñas que no tienen trastornos alimentarios y que terminan vomitando para compensar. Uno de cada 20 adolescentes vomita una vez a la semana y entre 1% y 5% usan laxantes, aunque esto va en disminución, porque ya se sabe que éstos no constituyen un buen método para bajar de peso. (López, 2004)

(Jakobovits, 1977) citado por (Stotland y Stewart, 2000), manifiesta que las presiones acerca de la delgadez resultan de un incremento general en la conciencia del cuerpo que está mucho más marcada en mujeres que en hombres. Resultados en

estudiantes de colegios de bachillerato indicaron que las mujeres siempre quieren pesar menos de lo que pesan realmente.

Lo anteriormente expuesto pone de manifiesto cómo la nutrición juega un papel importante durante el período de crecimiento, en especial en la adolescencia. (Aguirre, 1996)

Muchas pacientes con desórdenes alimentarios desarrollan amenorrea y la atención se ha focalizado en la posible infertilidad que pueden adquirir estas mujeres, aunque se ha demostrado que algunas de ellas si pueden quedar embarazadas. El embarazo es un estresor específicamente de las mujeres con algún trastorno alimentario. (Stotland y Stewart, 2000)

Algunos estudios han demostrado que el período post-parto y la alimentación de pecho son de alto riesgo para los desórdenes alimentarios. (Foster et al., 1996); (Jenkin et al., 1997); (Steind et al., 1996), citados por Stotland y Stewart, 2000)

También existe la pérdida del cuerpo conocido, ya que éste cambia a nivel morfológico, endocrino y funcional, lo que hace que aparezcan nuevas necesidades y distintos requerimientos nutricionales; o sea, el adolescente necesita cosas distintas a cuando era niño. Todo esto genera una sensación de vulnerabilidad. (López, 2004)

Ahora se dará campo para hablar mas a fondo acerca de uno de los dos trastornos alimentarios padecidos en su mayoría según las estadísticas científicas por mujeres en la edad de la adolescencia:

Anorexia Nerviosa:

La anorexia generalmente comienza en la mitad de la adolescencia (de los 13-19 años) y afecta a una de cada 150 niñas de 15 años de edad. Ocasionalmente puede

comenzar antes, en la infancia, o con posterioridad, en la década de los 30 a los 40 años. Las niñas procedentes de familias de profesionales libres o empresarios suelen tener una mayor probabilidad de desarrollar estos trastornos que las procedentes de las familias de clase trabajadora o asalariados. (Pillen, Taylor, Hayward, Haydee, Wilson, Hammer, Kraemer, Blair-Greiner y Strachowski, 1996)

Uno de los desórdenes alimentarios más conocidos es la anorexia nerviosa, caracterizado por la pérdida de peso debido a un ayuno permanente, miedo intenso a ganar peso, una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo, y rechazo al reconocimiento de la existencia de una enfermedad. (Ducker et al., 1992); (Saldaña, 1994); (American Psychological Association APA, 2002); citados por (Díaz-Gracia y Rocha-Nieto, 2003)

La Anorexia es una enfermedad psicológica con consecuencias físicas. Es el resultado de una intrincada interacción de factores bio-psico-sociales (Biológicos, psicológicos y sociales). Usualmente la enfermedad se hace evidente (marcada delgadez, desordenes en la personalidad, etc.), y puede "dispararse" en medio de una crisis generada por circunstancias adversas en la vida de la persona. La Anorexia desencadena desordenes en el comportamiento alimenticio que alteran de forma total la vida personal, familiar y social del ser afectado. (Martinatto, 2003), tomado de internet. (<http://www.ilustrados.com>)

Las anoréxicas a menudo pierden la menstruación (amenorrea), se les cae el pelo o se les pone seco, quebradizo y pierde color, mientras que la piel se les enrojece o se seca y se les vuelve áspera y descamada. El sistema simpático también se resiente y con él su efecto: prepararse para situaciones urgentes o peligrosas. En casos muy graves se

dan arritmias cardíacas y bradicardias, osteoporosis, daños renales y hepáticos, infarto y finalmente la muerte producto de una disfunción orgánica. La anorexia retarda o impide el crecimiento y detiene el desarrollo de la pubertad. Cuando la anorexia empieza antes de que la niña llegue a la pubertad, no pasa por los cambios puberales esperados. Una niña de once años que se vuelve anoréxica grave, no crece de talla y no experimenta los demás cambios óseos y de forma corporal que la pubertad ocasiona, de modo que su pelvis sigue siendo estrecha y sin forma. Su pelo y su piel son los de una niña. No desarrolla los pechos, las caderas, y los glúteos características en una mujer. Como sus hormonas continúan siendo las de una niña, no se produce la menstruación y no experimenta el despertar del interés sexual que originan los cambios hormonales de la pubertad. (Martinatto, 2003)

Para (Barlow y Durand, 2001), en la anorexia nerviosa, la persona no ingiere más que cantidades mínimas de alimento, de modo que su peso corporal se reduce a veces a ciertos riesgos.

A diferencia de lo que ocurre en las dietas normales, que finalizan cuando el peso deseado es alcanzado, en la anorexia la dieta y la pérdida de peso continuará llevando el peso de la paciente por debajo del límite normal correspondiente a su edad y altura. La paciente anoréxica ingiere una mínima cantidad de calorías al día que puede contrastar con las grandes cantidades de frutas, vegetales y ensaladas que ingiere. Aunque técnicamente la palabra "anorexia" significa "pérdida de apetito", las pacientes con anorexia realmente tienen un apetito normal, a pesar de que controlen de forma drástica lo que comen. Según transcurre el tiempo, sin embargo, la adolescente con anorexia puede también desarrollar algunos síntomas de bulimia. Ellas pueden

provocarse el vómito o utilizar laxantes como forma de controlar su peso. A diferencia de lo que ocurre en las bulímicas puras, su peso continuará siendo muy bajo. (Caballo y Simón, 2001)

En su afán por adelgazar, la joven se está matando debido a su régimen de hambre. Esto llega al punto de hacerle un daño muy serio a su cuerpo y en ocasiones hasta puede llevar a la muerte.

En las mujeres con anorexia se pueden dar falta de deseo sexual, anorgasmia, vaginismo y falta de lubricación vaginal. La falta de elementos plásticos, energéticos y oligoelementos en la alimentación lleva al varón a la pérdida del deseo sexual y a dificultades erectivas o eyaculación precoz.

Criterios diagnósticos del DSM IV-TR Breviario (2004) para F50.0 Anorexia nerviosa (307.1):

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 percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de 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 el tipo:

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

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

El otro trastorno alimentario de gran importancia para la investigación de la presencia de anomalías en el organismo de una persona que está pasando por la etapa de la adolescencia y que dicta datos importantes acerca de la psicología y biología de la persona que lo padece es la Bulimia Nerviosa:

Bulimia Nerviosa:

Otro de los trastornos del comportamiento alimentario que se ha incrementado notablemente en los últimos años es la bulimia nerviosa, constituyéndose en motivo de gran preocupación y estudio para los profesionales y científicos interesados en esta área. (Díaz-Gracia y Rocha-Nieto, 2003)

Por otra parte (Turón, 1997) indica que los pacientes con trastorno alimentario de bulimia, al igual que los anoréxicos, presentan una importante preocupación por la figura y el peso, siendo este el síntoma clave de los dos trastornos.

Las purgas de la bulimia presentan un peligro muy serio a la salud física del paciente, incluyendo la deshidratación, el desequilibrio hormonal, el agotamiento de minerales importantes y el daño a los órganos vitales. En la bulimia nerviosa, los episodios alimentarios desenfrenados, o comilonas, van seguidos de vómito autoinducido, consumo excesivo de laxantes u otras tentativas de “purga” (eliminación) de lo ingerido. (Barlow y Durand, 2001)

Esta condición generalmente afecta a un grupo de edad ligeramente superior al de las pacientes anoréxicas, con frecuencia mujeres con poco más de 20 años que también han tenido un problema de sobrepeso en la infancia. Afecta a tres de cada 100 mujeres en algún momento de sus vidas. Al igual que en las anoréxicas, las pacientes con bulimia sufren de un miedo exagerado a estar gordas. A diferencia de las anoréxicas, las bulímicas generalmente se las arreglan para mantener su peso dentro de los límites normales. (Martinatto, 2003)

Este desorden del comportamiento alimenticio es el resultado de una intrincada interacción de factores bio-psico-sociales, este mal llega a alterar de forma total la vida personal, familiar y social del afectado; se convierte en un problema costoso, psicológicamente dañino y físicamente peligroso.

El tratamiento para los desórdenes de la alimentación generalmente requiere de un tratamiento en equipo; incluyendo la terapia individual, la terapia de familia, el trabajo con el médico general, el trabajo con un nutricionista y los medicamentos. Muchos adolescentes sufren de otros problemas; incluyendo la depresión, la ansiedad y

el abuso de sustancias. Es importante el que se reconozcan estos problemas y se les dé el tratamiento apropiado. Las investigaciones demuestran que la identificación y el tratamiento a tiempo tienen resultados favorables.

<http://www.aacap.org/publications/apntsFam/eating.htm> (2004)

Criterios diagnósticos del DSM IV-TR Breviario (2004) para F50.2 Bulimia nerviosa (307.51):

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

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

Entrando más en el tema es importante y necesario hablar acerca de otra de las problemáticas significativas que se presentan hoy en día en la adolescencia como es el tema del embarazo en adolescentes, y para especificar más el tema a evaluar, encontrando las relaciones a los factores pertinentes que interfieren en la problemática a tratar:

Embarazo en la adolescencia:

(García, 2002) En su investigación, comenta que en el 2001, los estudios de Profamilia en Colombia, mostraron que la fecundidad de las adolescentes sigue siendo alta. El 15% de las adolescentes investigadas (de 15 a 19 años), ya han sido madres y el 4% están embarazadas de su primer hijo para un total de 19%. Todo esto comparado con el 17% de la encuesta de 1995, indica el incremento de fecundidad en adolescentes.

Así mismo, este mismo autor, comenta que una situación particular que se encuentra es la transmisión intergeneracional de la vulnerabilidad y la precariedad: las

mujeres que inician su maternidad en edades tempranas, a menudo provienen de familias donde ésta ha sido una práctica preexistente.

Un estudio realizado por (Buitrago et al., 2001), en el centro y noroccidente de Bogotá, arrojó resultados acerca del embarazo en las adolescentes, lo cual se encontró que el rango de edad de las adolescentes gestantes es de 12 a 20 años, el estado civil es en su mayoría unión libre, el grado de escolaridad es en su mayor parte bachillerato sin completar y la ocupación mas común es el hogar, la menarquia muestra una mayor frecuencia en edades entre los 12 y los 14 años, y el tiempo entre la menarquia y el primer embarazo es mayor a 2 años.

En el mismo estudio, (Buitrago et al., 2001), encontraron que la edad de inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia oscila entre los 14 y 18 años en su mayoría. Se presentó un índice importante de embarazo previo al actual en las adolescentes gestantes. Muy pocas conocían o usaban métodos anticonceptivos. Además se encontró un índice significativo de abuso sexual o violación.

Otro aspecto para resaltar, es que la reacción de las familias y amigos, al enterarse de la situación de embarazo en la adolescente, es el primer factor de riesgo al que se ven enfrentadas, y esto hace que el período gestante sea traumático y de crisis que por si sola la adolescente no es capaz de superar. (Buitrago et al., 2001)

Citando a los mismos autores, otro factor de vulnerabilidad que se puede sumar al embarazo en la adolescencia, se menciona en este mismo estudio y es que no solamente el riesgo del maltrato termina en el período de gestación, muy seguramente su nuevo riesgo de maltrato es la sociedad, pues al intentar reincorporarse a la vida cotidiana en la sociedad juvenil de hoy, es algo que no le es fácil de lograr. Sus pares limitan su participación en actividades sociales, pues el pensar en establecer de nuevo

un vínculo de pareja o de intentar tener amistades, se ve limitado por el hecho de tener un hijo.

Continuando en esta línea, (Buitrago et al., 2001), plantean que el aumento cada vez mayor de las adolescentes que se embarazan es considerado como un problema social que se agrava cuando ocurre en menores de 15 años, siendo este grupo el mas vulnerable por las implicaciones relacionadas con su crecimiento físico, además de aquellas inherentes a la madurez psicológica, al abandono familiar, a los desajustes en su estabilidad social y económica como la pérdida de la escolaridad y desempleo. En la mayoría de los casos, estas jóvenes son abandonadas a su suerte, siendo vulnerables para el mercado de la prostitución o de la explotación laboral por su incapacidad intelectual y de preparación para el trabajo.

Por otra parte su condición de estudiante debe interrumpirse en muchos de los casos y la nueva demanda económica que genera un hijo en esta etapa es demasiado influyente e iniciadora de enfermedades psicosomáticas como el estrés, etc.

(Molina et al., 2002), que a su vez citan a (Sedman, 1990); quien afirma que la maternidad no es solamente la expresión de un fenómeno biológico, “es también un complejo psicológico que comprende numerosas experiencias individuales, recuerdos, deseos, temores que han precedido a la experiencia real de varios años. Seguida la experiencia psicosomática de los fenómenos psicológicos es particularmente evidente la actividad reproductora de la mujer.

La maternidad en adolescentes y adultas tempranas, como plantean (Molina et al., 2002), implica un impacto y crea una crisis que se agudiza cuando el embarazo no es planeado. Esta nueva noticia, trae consigo una serie de cambios que la mujer debe

realizar en todas sus áreas de ajuste como lo son: la familiar, personal, social, académica y afectiva.

Aunque el embarazo adolescente se presenta en todos los grupos socio-económicos, es más frecuente en los estratos más bajos. (Ramírez y Cumsille, 1997)

Algunas de las categorías que influirían en el embarazo de las adolescentes serían: la autoestima, que refleja el amor que se tienen las mujeres en este caso, a sí mismas; está vinculada con la motivación y autorregulación. Aquí se pretende identificar cómo se afecta o altera la autoestima con la llegada de la maternidad; en la autoimagen, que es otra categoría importante en el embarazo adolescente, se tendrán en cuenta los cambios físicos que originan la maternidad; cómo cada una de las mujeres asume este cambio y cómo se adaptan a ellos. A esto se agregan los malestares que el embarazo implica y que van desde el exceso de sueño y el cansancio hasta los antojos, en algunos casos. (Molina et al., 2002)

La madre adolescente, tal y como lo plantean (Molina et al., 2002) y (Ramírez et al., 1997), es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve inmersa en un mundo completamente adulto para ella, sin estar preparada para esto. Esta nueva situación da origen a problemas psicológicos como lo son la depresión y ansiedad, ya que la aceptación de ser madre es un gran paso para el que esta persona no estaba preparada y hace que se sienta frustrada en sus expectativas de futuro.

El embarazo puede traer una disminución en las condiciones físicas por lo tanto es una buena razón para un buen control y cuidados prenatales y de la salud en general. Es importante que la mujer embarazada tenga una dieta balanceada, esté bien hidratada, tome sus vitaminas prenatales y se encuentre en un ambiente sin estrés. <http://saotaobesidad.org.ar/embarazoypesocorporal.htm> (2004)

Respecto al hijo del adolescente, existe una mayor probabilidad de muerte, bajo peso al nacer y desnutrición. Y respecto a la propia adolescente, existe una alta probabilidad de aborto inducido. (Ramírez et al., 1997). A su vez estos autores citan a (Castro, 1994), quien reporta que la prematurez y el bajo peso al nacer son dos veces mas frecuentes en hijos de madres adolescentes que en los de madres de mayor edad.

Trastornos alimentarios y efectos en el embarazo en la adolescencia:

La idea a continuación, es relacionar la problemática que se genera al presentarse un trastorno alimentario en el momento de quedar embarazada y también cuando se ha presentado un trastorno alimentario antes de que la adolescente quede en estado de embarazo.

Se conoce muy bien, respecto a la teoría mencionada anteriormente, que los trastornos alimentarios tienen ciertas implicaciones negativas en el desarrollo físico, psicológico, sexual, social, etc. de las personas que los padecen. Por esta misma razón es preciso mencionar estos efectos en el embarazo en la adolescencia, para prevenir y/o hacer promoción de estas conductas inapropiadas para la salud y edad física y mental de estas personas que todavía son inmaduros cognoscitivamente y que están atentando contra su cuerpo y ahora con una nueva vida que se encuentra en gestación y otra que posiblemente se podría estar gestando.

Los trastornos alimentarios pueden desarrollarse por primera vez en el embarazo; también muchas adolescentes mujeres y mujeres jóvenes pueden quedar embarazadas aún cuando presentan síntomas activos de tales trastornos. Las conductas asociadas a los trastornos del comportamiento alimentario incluyen una ingesta nutricional inadecuada, atracones, distintos procedimientos purgativos y el uso y el

abuso de algunos fármacos teratogénicos (benzodiazepinas, ciertas dosis de litio, etc.). Todo ello puede provocar complicaciones fetales o maternas. (Powers, 1997), citado por (Psiquiatría editores, 2001)

A sí mismo, como afirma (Psiquiatría editores, 2001), la asistencia de una paciente embarazada con un trastorno del comportamiento alimentario resulta difícil y habitualmente requiere la colaboración de un psiquiatra y de un obstetra especializado en embarazos de alto riesgo.

Aunque algunas mujeres son capaces de comer normalmente y disminuir los atracones y las purgas durante el embarazo, es preferible tratar el trastorno del comportamiento alimentario antes del embarazo, si es posible. Entre las pacientes cuyos síntomas se reducen durante el embarazo, se ha comprobado que éstos suelen reanudarse después del parto. Por otro lado, las mujeres con historias de anorexia nerviosa durante la vida no necesariamente tienen disminuida su fertilidad, tanto las mujeres activamente anoréxicas durante el embarazo como las que tienen una historia anterior de anorexia nerviosa parecen presentar riesgos de mayores complicaciones perinatales que los sujetos de comparación y de dar a luz bebés de peso más bajo al nacer. (Bullick et al., 1999), citado por (Psiquiatría editores, 2001)

Tal y como lo afirman (Agras et al., 1999) y (Stein et al., 1994), citado por (Psiquiatría editores, 2001); las madres con trastornos del comportamiento alimentario, comparadas con otras madres, pueden tener más dificultades para alimentar a sus bebés y niños pequeños y es posible que necesiten orientación, asistencia y control adicionales durante la maternidad.

(Schmidt et al., 1995); citado por (Stewart, 2000), proponen que los pacientes con desórdenes alimenticios demostraron retrasos en varios aspectos del desarrollo psicosexual incluida la edad del primer beso, masturbación, la primera relación sexual y las primeras caricias. A su vez, (Morgan et al., 1999); citado por (Stotland y Stewart, 2000), reportan que los embarazos no planeados son la norma en mujeres con bulimia nerviosa, especialmente resulta de las creencias erróneas acerca de la fertilidad.

(Abraham et al., 1990); citado por (Stotland y Stewart, 2000), se plantean la pregunta que si la ovulación se debe inducir en las mujeres que sufren o que se recuperan de un desorden alimentario en vista de su pobre pronóstico en el embarazo; y encontraron, que de 14 mujeres que se les había inducido la ovulación, 13 resolvieron los criterios para un desorden alimentario en un cierto tiempo, con cinco mujeres satisfaciendo actualmente estos criterios.

(Stotland y Stewart, 2000), proponen que los psiquiatras que trabajan con las pacientes que sufren de infertilidad, pueden proporcionar fuentes importantes para la identificación y tratamiento de los desordenes alimentarios que mas se presentan hoy en día que se dedica mas que todo en conocer todo el criterio diagnóstico de estos trastornos y no de cómo tratarlos.

(Turton, 1999); citado por (Stotland y Stewart, 2000), realizó un estudio con 530 mujeres embarazadas, en donde se planteó obtener resultados acerca de la prevalencia de los trastornos alimentarios en el embarazo. Aplicó el Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test) y encontró que el 4.9% de las mujeres encuestadas puntuaron sobre el umbral recomendado. La sintomatología de los desordenes alimentarios se asociaron con las edades jóvenes, sintomatología previa, baja educación, pobreza, desempleo y aborto.

El embarazo requiere de un aporte extra de alimentos que produce cambios en el peso corporal. Durante el primer trimestre el peso puede no modificarse o aumentar 1 a 2 Kg. En el segundo y tercer trimestre "debe" producirse ganancia de peso. En el segundo, debido en su mayor parte al crecimiento del útero, mamas, etc., mientras que en el tercero, el aumento se debe principalmente al feto. En estos dos trimestres se debe aumentar unos 400 gr. por semana. El peso de la madre "antes" del embarazo influye sobre la ganancia de peso aconsejable. Orientando así, para una mujer de peso normal, corresponde una ganancia de unos 12 Kg. durante todo el embarazo. Las que tienen bajo peso deben aumentar más y las obesas menos. De ninguna manera se aconseja bajar de peso en el embarazo. <http://saotaobesidad.org.ar/embarazoypesocorporal.htm> (2004)

Problemas alrededor del nacimiento. En algunas personas con anorexia, se mostró una incidencia alta de problemas durante el embarazo de la madre o después del nacimiento lo cual pudo haber desempeñado un papel en el desarrollo posterior de trastornos del comer. (Martinatto, 2003)

Tal y como lo afirma el sitio en internet especializado en desórdenes alimentarios (Website on Eating Disorders, Something Fishy) <http://www.something-fishy.org/dangers/pregnancy-s.php> (s.f); las mujeres que sufren de Anorexia, Bulimia y sobrealimentación compulsiva que se embarazan tienen una mayor predisposición a experimentar abortos espontáneos, embarazos de alto riesgo y complicaciones, defectos congénitos incluidos los que pueden provocar la muerte del bebé y de la madre.

Tener un trastorno de la alimentación puede incrementar las chances de no poder quedar embarazada, y cuanto más prolongado sea el trastorno mayor será el riesgo de algún tipo de infertilidad. (Website on Eating Disorders, Something Fishy) <http://www.something-fishy.org/dangers/pregnancy-s.php> (s.f)

La siguiente descripción acerca del embarazo en la adolescencia relacionado con los desórdenes alimentarios, es también arrojada por la página de internet especializada en estos trastornos <http://www.something-fishy.org/dangers/pregnancy-s.php> (s.f); El bebé que está creciendo en el vientre necesita una buena nutrición y un ambiente tranquilo para su pleno desarrollo. Debido a la salud física y emocional de las mujeres que sufren un trastorno alimentario, aquellas que quedan embarazadas tienen un mayor riesgo de las siguientes complicaciones: Riesgos para el bebé: retraso del crecimiento fetal, bajo peso al nacer, defectos congénitos, anomalías fetales como labio leporino, ictericia (enfermedad producida por la mala eliminación de la bilis y caracterizada por amarillez en la piel. (Pequeño Larousse, 1964), dificultades respiratorias inmediatamente después del parto, aumento de muerte fetal en el último trimestre del embarazo o dentro del primer mes de vida (muerte perinatal), etc. Otros riesgos para la madre y el bebé son: abortos espontáneos, diabetes gestacional, preeclampsia (toxemia), disminución de la cantidad de líquido amniótico, separación de la placenta, complicaciones durante el trabajo de parto (como presentación del feto "sentado"), cuello del útero incompetente y abortos espontáneos después del segundo trimestre, aumento del riesgo de daños renales y cardíacos en la madre.

Otro tema de innegable importancia en cuanto a la relación de los efectos de las problemáticas que ya se han venido tratando en cuanto al período del ciclo de vida de la adolescencia, es el siguiente:

Abuso sexual en adolescentes y los efectos en los Trastornos Alimentarios:

La incidencia de haber sido víctima de un abuso sexual a edades tempranas puede constituirse un factor de riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en la adolescencia.

Por abuso sexual infantil y adolescente se entiende cualquier actividad sexual con un menor. Incluye el contacto sexual acompañado por la fuerza o la amenaza de utilizarla, con independencia de la edad de los participantes, y cualquier contacto sexual entre un adulto y un niño, con independencia de que haya engaño o de que la víctima comprenda la naturaleza sexual de la actividad. El contacto sexual entre un adolescente y un niño más pequeño también se puede considerar abusivo cuando exista una disparidad significativa de edad (cinco o más años), de desarrollo o de tamaño que haga con el más pequeño no esté en condiciones de dar un consentimiento informado. (Caballo y Simón, 2001)

Parece que existe entre las mujeres con trastornos alimentarios una incidencia mayor de abuso sexual; los estudios han reportado tasas de abuso sexual de hasta un 35% en las mujeres con bulimia. (Martinatto, 2003)

(Smolak y Murnen, 2001), citan a (Wooley, 1994), quien manifiesta que los clínicos, particularmente las terapeutas feministas, han discutido a lo largo que el abuso sexual del niño es un factor de riesgo para el desarrollo de los desórdenes alimenticios. Hay muchas perspectivas teóricas que pudieron explicar tal acoplamiento: Los abusos sexuales infantiles pudieron dar lugar a un estilo disociativo al hacer frente, (Perry, Pollard, Blakley, Baker, y Vigilante, 1995); citado por (Smolak y Murnen, 2001), que se exhiben eventualmente en los impulsos del comer; a que se dé lugar a una autoestima pobre, de hecho el odio personal puede conducir a castigar el propio cuerpo; o puede

ser que exista una cierta sensación como si su vida estuviera fuera de control, conduciendo a una necesidad de ejercer un control del hambre con uno mismo. (Kearney- Cooke y Striegel-Moore, 1996); (Schwartz y Alegre, 1996); citados también por (Smolak y Murnen, 2001)

Es posible que los efectos de Abuso Sexual Infantil se diferencien de la edad y del estado clínico. Por lo tanto, entre estimaciones separadas eran calculados para determinar el papel de la edad y del estado clínico en la relación entre Abuso Sexual Infantil y Desórdenes Alimentarios. Datos teóricos arrojados por la investigación de (Smolack y Murnen, 2001). Ha habido una controversia considerable referente a la relación entre el abuso sexual infantil y el desarrollo de la bulimia y la anorexia nerviosa. El propósito de esta investigación estaba primero examinando la magnitud y consistencia de la relación del Abuso Sexual Infantil con los desórdenes alimentarios en los adolescentes, usando un meta-análisis. Se presumió que habría una relación significativa pero que sería marcada por la heterogeneidad substancial. Por lo tanto, la segunda meta principal era examinar la contribución potencial de factores metodológicos a esta inconsistencia prevista.

Por otra parte (Schwartz y Gay, 1996), citados por (Smolack y Murnen, 2001); manifiestan que si los efectos del abuso sexual infantil se reflejan sobre todo en una carencia del control o en experiencias disociativas, después de medir la bulimia nerviosa, son mucho más apropiados. Es significativo que los efectos previstos del abuso sexual infantil puedan depender de factores que median o de moderaciones; incluyendo edad, la hora de abuso, tipos específicos del abuso (ejemplo: incesto en curso contra un solo episodio de un abuso más extraño), e importante, de experiencias

subsecuentes de la persecución. La clave es el desarrollo de los modelos que especifican los acoplamientos.

En otro estudio realizado por (Wonderlich, Crosby, Mitchell, Thompson, Redlin, Demuth, Smyth, Haseltine, 2001), los resultados arrojados en la investigación indican que las víctimas de abuso sexual difieren de los controles de las medidas de los desórdenes alimentarios y de los individuos que han presentado ambas, abuso sexual y desórdenes alimentarios. Las víctimas de abuso sexual también presentan altos niveles de comportamientos alimentarios inadecuados más múltiples formas de impulsos en contra de la autodestrucción. Igualmente una reciente investigación, (Wonderlich, Brewerton, Jolic, Dansky y Abbott, 1997), citado por (Wonderlich et al., 2001); indica que los abusos sexuales en niños están muy relacionados con ser un alto factor de riesgo para desarrollar desórdenes de la conducta alimentaria.

Estos mismos autores mencionados anteriormente, comentan en su investigación que las víctimas de violación demostraron la evidencia de los comportamientos de los desordenes alimentarios, pero ésta es excedida por el nivel de la patología del desorden alimentario en víctimas de abuso sexual en la niñez; los individuos que han experimentado episodios de violación y abuso sexual en la niñez demostraron niveles perceptiblemente más altos de desórdenes alimentarios que los individuos que han experimentado únicamente cualquiera de estas condiciones, y la conducta de bulimia nerviosa multi-impulsiva, será la más común en las víctimas de abuso sexual en la niñez, particularmente estas que han sido abusadas sexualmente en la edad adulta. También en esta investigación, los resultados arrojaron datos significativos al reportar que el abuso sexual y los desórdenes alimenticios coincidían al mismo tiempo que el abuso sexual desencadena estos desórdenes.

Comparado con las personas que no presentan ningún trastorno alimentario, las mujeres bulímicas divulgaron niveles más altos del abuso en la niñez. Aunque las mujeres bulímicas demostraron más psicopatología que mujeres no bulímicas, había una correspondencia entre la presencia y la severidad del abuso y la severidad de síntomas psicopatológicos concurrentes. (Le´onard, Steiger, Kao, 2002)

(Wonderlich et al., 2001), citados por (Le´onard et al., 2002); encontraron que los individuos que fueron víctimas en la niñez y en la adultez de abuso sexual demostraron una marcada sintomatología e impulsividad en los desórdenes alimentarios, comparados con los individuos que no experimentaron ningún abuso, con los individuos que fueron abusados sexualmente solamente en la niñez, o con los individuos que fueron abusados sexualmente solo en la edad adulta. Estos resultados sugieren que el abuso repetido se puede asociar a desórdenes alimentarios más severos y a síntomas generalizados. Desde su conocimiento, ninguna otra investigación ha estudiado las implicaciones del abuso repetido en mujeres bulímicas.

CONCLUSIONES

El embarazo y la maternidad en adolescentes es un problema que preocupa a las sociedades, tanto por su frecuencia como por los efectos que tiene en la madre y el hijo.

La salud sexual y reproductiva está vinculada al tema de derechos humanos, entendiéndolos como principios reguladores de las relaciones de los (as) ciudadanos (as) con el Estado, de hombres y mujeres y de las relaciones entre las generaciones. Los derechos humanos se fundamentan en la dignidad de la persona. La dignidad es el valor del ser humano independientemente de su nacionalidad, sexo, raza, religión, política, nivel intelectual, orientación sexual, etc. Dado que las relaciones familiares, así como las relaciones entre hombres y mujeres y entre las generaciones son escenarios del ejercicio del poder, y que éste puede dar lugar a abusos, los derechos sexuales y reproductivos surgen como límites a estas violaciones y se constituyen en propuestas claves en el campo de la sexualidad y la reproducción. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo (1994); citado por (García, 2002).

Al respecto, la población adolescente como todas las personas, independientemente de su etnia, sexo, condición económica, etc. tiene derechos sexuales y reproductivos, los cuales posibilitan alcanzar un alto nivel de salud sexual y reproductiva. Para la adolescente el tema de los derechos es muy importante dada la situación social en que se encuentra, que facilita la apropiación de su cuerpo por parte de otros. En síntesis la posibilidad de regular su sexualidad y la capacidad reproductiva, o sea, el control sobre su cuerpo por parte de las mujeres, implica que los hombres no se consideren dueños de ese cuerpo, que las mujeres tengan poder para resistir la imposición por parte de otros, etc.

Por eso la preocupación en cuanto al abuso sexual en la infancia y adolescencia es tan relevante en este caso, como se pudo analizar anteriormente con la teoría mencionada y ciertas investigaciones llevadas a cabo por diferentes autores, que se puede dar cabida a la relación que tiene el haber sido víctima de un abuso sexual para mas adelante presentar un trastorno alimentario en la adolescencia o en la edad adulta, ejerciendo así una fuerza negativa en el desarrollo de ciertas características físicas propias del cuerpo humano, como también la preocupación por un desarrollo cognoscitivo, conductual, etc. inadecuado para la edad de la persona que ha sido abusada.

Por otra parte es importante rescatar que los trastornos alimentarios como la anorexia retarda o impide el crecimiento y detiene el desarrollo de la pubertad. También, como sus hormonas continúan siendo las de una niña, no se produce la menstruación y no experimenta el despertar del interés sexual que originan los cambios hormonales de la pubertad. Generando así, que esta adolescente no pueda quedar embarazada; y si por el contrario empieza a obtener comportamientos alimentarios indebidos en el proceso de gestación no solo se hará daño a sí misma sino también a su bebé, haciendo que este nazca con problemas de salud y cognoscitivos.

Se considera que la inmadurez de la adolescente es un hecho a tenerse en cuenta al tratar todo lo relacionado con su embarazo. Un hecho íntimamente ligado al embarazo en adolescentes es la inadecuada información sexual que existe en los diferentes contextos sociales en los cuales estas personas se desenvuelven, como es el caso de las personas de estratos más bajos y las que viven bajo estilos de vida muy precarios a nivel intelectual y/o de escolaridad baja.

Y en cuanto a los problemas que genera el abuso sexual al inducir un trastorno alimentario, puede caber aquí que el problema básico giraría en torno a los problemas cognoscitivos que le generarían a la adolescente por el hecho de haber sido abusada sexualmente por una persona sin su consentimiento, sintiéndose culpable, “impura” e insegura frente a la interacción con otras personas y posiblemente podrán desarrollar conductas negativas como lo son las de los trastornos o desórdenes alimentarios.

Una alternativa que se podría presentar para que las adolescentes caigan en cuenta de lo que les está sucediendo y la gravedad que eso implica, sería asistir a terapia psicológica y si ya pasa a un segundo grado, al psiquiatra. Para esto se podría implantar la siguiente terapia en psicología:

Terapia cognoscitiva-conductual

Combina los mejores aspectos de la psicoterapia tradicional y la modificación de la conducta. Este método requiere conocimiento y desafío de las conductas y pensamientos autodestructivos, seguido de apropiados cambios en la conducta. De esta manera la paciente trabaja simultáneamente en las motivaciones interiores y las manifestaciones exteriores. Esta teoría implicaría los siguientes pasos:

- Intensificar el conocimiento de la paciente de sus propios patrones de pensamientos.
- Enseñarle a reconocer la conexión entre ciertos sentimientos, los pensamientos autodestructivos y la conducta de la ingesta trastornada.
- Examinar la validez de ciertos pensamientos o creencias.
- Sustituir las creencias erróneas por ideas más apropiadas.

- Cambiar gradualmente las suposiciones fundamentales que subyacen en el desarrollo de los trastornos de la ingesta.

Es así entonces como también crece la preocupación por tratar en unos casos de hacer intervención preventiva cuando se pretenden describir aquellas medidas que son llevadas a cabo antes de que un trastorno de conducta se manifieste definitivamente, su objetivo es evitar la aparición de factores de riesgo; e intervención correctiva se usa para describir medidas empleadas cuando la desviación ya se ha manifestado. Se dirige hacia los problemas de conducta que ya se han marcado; usa medidas apropiadas con le objetivo de cambiar e invertir estas conductas.

Referencias

Aguirre, A. (1996). *Psicología de la adolescencia*. Editorial Alfaomega. México, DF

Ars Médica (Psiquiatría editores) (2001). Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario. 2ª edición. Psiquiatría editores, S L. Washington DC y London, England.

Barlow, D. y Durand, V.M. (2001). *Psicología anormal*, un enfoque integral. Editorial Thomson Learning. México.

Buitrago-León L., Beracasa, N., Calderón, A., Cortés, M., Echeverri, M., Gracia, P. (2001). Vivencia de la maternidad y la paternidad en la adolescencia. *Cuadernos hispanoamericanos de Psicología*. Volumen 1, N° 83-95.

Caballo, V. y Simón, M. (2001). *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente*. Trastornos Generales. Madrid, España. Ediciones Pirámide.

Cala-Mejía, M., León-Velasco, M., Martínez-Vergara, M. y Ocando-Britto E.,. (2004). Diseño, construcción y validación de un instrumento para detectar tendencias hacia trastornos alimentarios como: La anorexia y bulimia nerviosa. *Cuadernos hispanoamericanos de Psicología*. Volumen 4, N° 1, 51-60

- Díaz-Gracia, L. y Rocha-Nieto, L. (2003). Estudio descriptivo del comportamiento alimentario en jóvenes universitarios. *Cuadernos hispanoamericanos de Psicología*. Volumen. 3, Nº 1, 93-108
- García, Y. (2002). Fundamentos del eje temático salud sexual y reproductiva de la población adolescente de la Costa Caribe colombiana. *Revista psicogente*. Nº 10, 10-25
- Gleaves, D., Lowe, M., Show, A., Green, A., Murphy-Eberenz, K. (2000). Continuity and discontinuity models of bulimia nervosa: a taxometric investigation. *Journal of abnormal Psychology*. Vol. 109, Nº 1, 56-68
- Gómez-Restrepo, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H. y Uribe, M. (2002). *Fundamentos de psiquiátrica clínica: niños, adolescents y adultos*. Centro editorial Javeriano, colección biblioteca del professional. Bogotá.
- González, J. (2001). *Psicología de la adolescencia*. México, D.F. Editorial Manual moderno.
- Killen, J., Taylor, C., Hayward, c., Wilson, d., Haydel, K., Hammer, L., Simmonds, B., Robinson, T., Litt, I., Varady, A. y Kraemer, H. (1994). Pursuit of thinness in a community sample of adolescent girls: A three-year prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 227-238.

Le´onard, S., Steiger, H y Ka, A. (2002). Childhood and Adulthood Abuse in Bulimic and Nonbulimic Women: Prevalences and Psychological Correlates. 2003 by Wiley Periodicals, Inc.

Martinatto, H. (2003). Trastornos alimentarios.

<http://www.ilustrados.com/publicaciones/EpypuZVpFkxMNjvIl.php>

Masson (2004). *DSM-IV-TR*, Breviario. Barcelona, España

Molina, J., Barrera, L., Cardozo, M., Gómez, L. (2002). Significado de la maternidad en adolescentes y adultas jóvenes. *Cuadernos hispanoamericanos de Psicología*. Volumen 2, Nº 2, 51-60

Ramírez, V. y Cumsille, P. (1997). Evaluación de la eficiencia de un programa comunitario de apoyo a la maternidad adolescente. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Volumen 29 - Nº 2, 267-286

Smolak, L. y Murnen, K. (2002). A Meta-Analytic Examination of the Relationship Between Child Sexual Abuse and Eating Disorders. Department of Psychology, Kenyon College, Gambier, Ohio. Wiley Periodicals, Inc. 2002

Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol.110, Nº 1, 124-135.

Stotland, N. y Stewart D. (200). *Psychological aspects of women's health care*. The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology. Second edition. Ed. American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC. London, England

Torres, J., Forero, D. y Rodríguez, J. (2004). Descripción de los indicadores de riesgo para anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes que cursan primer semestre de una universidad privada durante el primer período académico del año 2003. *Cuadernos hispanoamericanos de Psicología*. Volumen 4, N° 1, 61-90

Wonderlich, S., Crosby, R., Mitchell, M., Thompson, K., Redlin, J., Demuth, G., Smyth, J. y Haseltine, B. (2001). *Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood*. Jhon Wiley and Sons, Inc. 2001

<http://www.aacap.org/publications/apntsFam/eating.htm> (2004)

(Website on Eating Disorders, Something Fishy)

<http://www.something-fishy.org/dangers/pregnancy-s.php> (s.f)