

ASPECTOS GENERALES DE LA ANOREXIA EN LA ADOLESCENCIA.

Natalia Carrillo Luna

Universidad de La Sabana

Resumen

Este artículo pretendió realizar una profunda revisión teórica por medio de investigaciones recientes y fuentes literarias de mucha trascendencia, que permitiera dar a conocer el impacto real de la anorexia como trastorno de conducta alimentaria, ya que esta enfermedad ha aumentado su incidencia y prevalencia en los últimos años y esta afectando especialmente a mujeres adolescentes (Díaz, M., Rodríguez, F., Martín, C. , 2003). Se puede hallar que al definir este trastorno con sus respectivos síntomas, indagar sus causas, atender a un riguroso estudio, tratando a la población adolescente como núcleo de análisis, exponiendo los últimos tratamientos y las investigaciones más recientes al respecto, se pueden encontrar diversas concepciones que ayudan a definir este trastorno

Palabras clave: anorexia nerviosa, prevención, intervención, adolescencia, prevalencia.

Abstract

This article seeks to have a deep theoretical examination of recent research and literally sources of great important. This examination let's know, the real impact of anorexia as deviant behavior related to food. This is so because this sickness has got greater effects and important in the last years and many female teenagers are suffering from it. After defining this deviant behavior with its systems, searching for it causes and establishing a serious searching, a searching considering adolescent people as object analysis and considering the last treatments and research providing an account of this deviant behavior , it is evident that they are many assertion when defining anorexia.

Key words: anorexia nervosa, prevention, intervention, adolescence, prevalence.

ASPECTOS GENERALES DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN LA ADOLESCENCIA.

Desde el comienzo de la Humanidad el cuerpo humano se a considerado una obra de arte, comenzando por la divinización estética del hombre por parte de los griegos, los cuales humanizaban a sus deidades bajo una óptica de perfección tal que parecían *Sobrehumanos*, hasta nuestros días en donde la belleza física es idealizada a tal punto que es preferible verse *bien a estar sano* (Barlow y Durand, 2001).

Esta idealización a traído consecuencias devastadoras en la sociedad actual, especialmente en los jóvenes, los cuales en la búsqueda de esta *perfección estética* han desarrollado trastornos alimenticios como: la Anorexia, Bulimia y otros como la obesidad. Pero, ¿por qué los adolescentes son los más vulnerables ante los paradigmas de la sociedad moderna?. Es por tal inquietud, que éste artículo adquiere relevancia, ya que pretende dar a conocer el impacto real de la anorexia como trastorno alimentario en la población adolescente, por lo cual, presenta diversas concepciones que ayuden a definir dicho trastorno con sus respectivos síntomas, indaga sus causas, y atiende a un riguroso estudio que trata a la población adolescente como núcleo de análisis, además, expone los últimos tratamientos y las investigaciones más actuales que dan cuenta de este trastorno.

Trastornos Alimenticios

Los trastornos alimentarios “implican trastornos anormales de consumo de alimentos junto con una preocupación excesiva por la imagen corporal y el control del peso” (Papalia, Olds, Feldman, 2003), dentro de este tipo de trastornos se encuentran la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La anorexia nerviosa se puede considerar como una alteración por defecto, de los hábitos y/o comportamientos involucrados en la alimentación mientras que la bulimia consiste en “la aparición de episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas” (García, 2001). Acogiendo la conceptualización que hace García (2001), sobre otros trastornos

alimentarios, se dice que también se manifiesta el generado por atracón el cual consiste en atracones de comida recurrentes sin las características compensatorias propias de la bulimia nerviosa, la pica la cual se define como la ingestión persistente de sustancias que no constituyen alimentos como pueden ser: tierra, trozos de cal, etc., y la rumiación que consiste en la regurgitación de comida del estómago a la boca.

En la última década los trastornos alimenticios han influido de manera considerable en la sociedad occidental, como se observa en la prevalencia de TCA (trastornos del comportamiento alimentario) la cual es del alrededor del 1-4% en adolescentes y mujeres jóvenes, correspondiendo el 0.5-1% a la anorexia (Gil, Candela y Rodríguez, 2003). El 20% de los pacientes que sufren de este tipo de trastorno mueren como consecuencia de este y poco más del 5% fallece antes de 10 años. (Barlow y Durand, 2001), siendo esta una enfermedad mortal.

Anorexia Nervosa

La denominación de anorexia (del griego *an*: Sin *orexis*: deseo), no quiere decir falta de apetito como comúnmente se cree. No es que la persona no tenga hambre, sino todo lo contrario, lo que hacen es castigarse negando si se les pregunta. La sensación que ellas tienen de hambre les demuestra que están cumpliendo con las normas que se han auto impuesto rigurosamente. Pero por otra parte el hambre las atormenta hasta tal punto que no pueden pensar en dejar de comer o en comer.(Gerlinghoff y Backmund, 2004).

Es importante ilustrar con un caso, la percepción de una enferma de anorexia, como lo expone (Gerlinghoff y Backmund , 2004), en donde la adolescente se expresaba así: “Tengo 19 años y hace dos tuve anorexia. Podríamos decir que era un principio de anorexia. Mido 1,63 cms y pesaba 45 kilos, claro que a veces subía, sobre todo en los veranos, para que mis padres no se dieran cuenta, además de usar más ropa de lo normal en invierno. He tenido dos recaídas y el año pasado tuve una excelente mejora, llegue a

pesar 56 kilogramos, lo cual no me preocupó mucho, pero este año empecé con el mismo problema y me asuste mucho. Yo comía muy poco durante unos dos años (16 y 17 años); soy muy perfeccionista y no sé como se inició todo, pero actualmente he visto fotografías mías de ese entonces y las encuentro horribles”. Casos como el de Fernanda, se presentan todos los días en los adolescentes y aún más sorprendente es que este trastorno no es exclusivo del sexo femenino como se podría pensar, el varón también padece de ello aunque en una proporción mucho menor (el 10% de los casos corresponde a varones). (Gerlinghoff y Backmund , 2004).

El rasgo común de Fernanda así como también de todos los adolescentes que padecen este desorden alimenticio, es el intentar a como de lugar, mantener el control sobre la cantidad de comida que se ingiere. Periodos de ayuno, conteo obsesivo del contenido calórico de los alimentos, el ejercicio compulsivo, y/o la purgación después de una comida regular, son algunos síntomas. En muchos casos estas personas aparentan tener hábitos alimenticios normales con algunos períodos de restricción. Los anoréxicos son conocidos por comer *galguerías*, particularmente dulces, toman grandes cantidades de café y/o fuman (Torres, Forero y Rodríguez, 2003).

Un error que se comete comúnmente es la creencia que la anorexia es un problema que afronta recientemente la sociedad postmoderna. Uno de los primeros casos reportado de anorexia nervosa (aunque en ese tiempo se desconocía este trastorno) se presentó en el siglo XIV, cuando la Santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, ayunó y rezó a Dios rogándole le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres. Vale aclarar que Gull fue quien utilizó por primera vez la expresión anorexia nerviosa en una conferencia Pronunciada en Oxford. En la misma época, y de modo casi Simultáneo, se produce la descripción de la enfermedad, calificándola de inanición histórica y

considerándola al igual que Gull, una enfermedad psicógena. (Torres, Forero y Rodríguez, 2003).

Si bien Gull (Torres, Forero y Rodríguez, 2003) ,fue el primero en nombrar este desorden alimenticio, en la actualidad este concepto se ha expandido a tal punto que se identifican dos tipos de anorexia nervosa, a) el restrictivo y b) el purgativo. El primero de estos se caracteriza por la poca incurrencia del individuo a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas), en tanto que el segundo recurre frecuentemente a estos (DSM-IV-TR, 2002).

Si bien se han identificado varios tipos de anorexia nervosa, la CIE-10 y el DSM-IV difieren en diversos aspectos en cuanto a los criterios diagnósticos. La CIE-10 (1993), requiere específicamente que la pérdida de peso resulte autoinducida mediante la evitación de alimentos que engordan y señale como síntoma principal en el varón la pérdida del interés y la potencia sexual, y en las adolescentes le produce amenorrea al igual que la disminución sexual, por otro lado el DSM-IV -TR (2002), plantea que el diagnóstico de anorexia prevalece sobre el de bulimia, la CIE-10 excluye el diagnóstico de anorexia, si se han dado atracones de forma regular. (García, 2001)

Indiferente de lo establecido por la CIE-10 y el DSM-IV las adolescentes en general se han caracterizado por presentar los siguientes síntomas:

1. Hay una negativa a mantener el peso corporal por encima de un estándar normal mínimo para la edad y altura, por ejemplo, pérdida de peso dirigida a mantener el peso ,15 por ciento por debajo de lo esperado.
2. Intenso temor a aumentar de peso o engordar, aún cuando tenga peso insuficiente.
3. Percepción distorsionada del peso, tamaño o figura de su cuerpo.

4. En las mujeres, la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos [Amenorrea], (Torres, Forero y Rodríguez, 2004).

Su sintomatología se amplía, ya que la conducta común de las anoréxicas es el pasar hambre, debido a que intentan desesperadamente aproximarse a un ideal de belleza. Muchas de ellas buscan en la dieta la mejor manera de lograr este objetivo teniendo como resultado el adelgazamiento; sin darse cuenta pasan de un adelgazamiento que puede ser considerado normal a uno mucho más severo, teniendo una reducción de entre un 85 y un 45 por ciento de su peso ideal. Al comenzar la dieta sus alimentos empiezan a ser escasos en hidratos de carbono y grasas, suprimiéndolos por completo más adelante, mientras que al final de la misma consumen alimentos bajos en calorías.

En ciertos casos ésta deja de ser un método para adelgazar y se convierte en un rito donde sus platos son preparados de forma idéntica, tomándolos a la misma hora, llegando a ser molesto que las demás personas preparen sus alimentos ya que se perdería el control sobre la proporción a ingerir (Gerlinghoff y Backmund, 2004).

Adicionalmente al abstenerse de comer, las anoréxicas lo complementan con quema de calorías. Ellas aumentan su actividad física con la finalidad de perder peso, ya intensificando la actividad deportiva que venían practicando o acudiendo a otros deportes que les exigen mayor esfuerzo. Complementario a esto, a veces reducen drásticamente las horas de sueño, evitan los ascensores y permanecen de pie cuando están leyendo o están haciendo algún trabajo manual; al principio ocultan la verdadera intención de estas actividades, pero se puede ver el trastorno, cuando hay una extrema delgadez y estas actividades físicas que ocupan todas las horas de su jornada.

En adición, acuden a ciertas medidas de control como: las tablas de calorías, la balanza de cocina, la calculadora de bolsillo entre otras son instrumentos utilizados comúnmente por las personas anoréxicas. Aunque saben que composición calórica

contiene cada alimento, leen con detenimiento las etiquetas de los envases o pesan la comida. Es tal su grado de perfeccionamiento que son capaces de decir a cualquier hora del día, el número de calorías consumidas.

Otro aspecto que caracteriza a las adolescentes que padecen anorexia, hace referencia a las mentiras. La mayoría de las anoréxicas procuran comer con el fin de que nadie las esté viendo, evitando así que se enteren de lo que está pasando, también evitan la mesa familiar debido a que les parece desagradable la forma como sus familiares comen en grandes cantidades.

Además de los síntomas antes mencionados existen algunos en donde hay implicación de complicaciones orgánicas como: trastornos cardíacos, circulatorios gastrointestinales y afecciones dentales como pérdida de dientes, caries, erosión del esmalte (posiblemente a causa de la exposición a los ácidos que trae el vómito), frío, pérdida de cabello y lanugo, el cual hace referencia a un vello muy fino que aparece en las mejillas en la parte inferior de la espalda en los antebrazos; y por último la piel se torna reseca y escamosa, además de una coloración azulada que adoptan manos y pies, debido a trastornos circulatorios. (Gerlinghoff y Backmund, 2004)

Causas

La anorexia no se puede atribuir solamente a un factor sino a varios, a continuación se nombran algunos de ellos:

Factores Socioculturales

Modas que implican un tipo de vestimenta, un tipo de formas y la realización para conseguirlas de determinadas dietas, cabe reconocer la influencia en todo esto de los medios de comunicación (García, 2001).

Según las estadísticas, el noventa por ciento de quienes padecen anorexia y bulimia son mujeres de temprana edad -entre los 12 y los 25 años- dentro del sistema educativo,

entre el 15 y el 20 por ciento presentan desordenes de la alimentación. La vida continua sugiere otras referencias. En contraposición a la delgadez de las modelos que se transforman en ideal, recientes investigaciones han dado cuenta de que en la últimas tres décadas el peso promedio de las adultas jóvenes se ha incrementado (Díaz, Rodríguez, Martín y Hiruela, 2003). Cada vez es mayor la brecha entre la realidad y el campo ideal. Así, la delgadez se transforma más que en una expresión de un modelo social, en un producto vendido con exagerada insistencia a través de los medios de comunicación.

Por ende, el problema con los estándares en la actualidad es que son cada vez más difíciles de lograr, debido a que el peso y el tamaño de la mujer promedio, ha aumentado radicalmente durante estos años con el mejoramiento de la alimentación. Además, se ha presentado un aumento de estatura general en toda la historia (Barlow y Durand, 2001). Así, uno de los efectos más importantes pero negativos, es que las mujeres ya no se sienten tan satisfechas con lo que tienen corporalmente y con la forma en cómo se perciben.

Como se ha revisado entonces, en el caso de la mujer, la presión es, sin duda alguna, mucho mayor. La sociedad exige la delgadez para triunfar, pero es una delgadez caracterizada por un cuerpo asexual, rectilíneo, más propio de un cuerpo de niña que de mujer, una moda incoherente que es casi imposible de seguir ya que está en contra de toda naturaleza lógica, tal como Torres, Forero y Rodríguez lo expresan en su artículo sobre la *Descripción de los indicadores de riesgo para anorexia y bulimia en estudiantes universitarios y adolescentes* (2003).

En esta misma línea, han mostrado que las anoréxicas y adolescentes valoraban a la mujer delgada como más atractiva, saludable, segura de sí misma y popular que las mujeres adultas.

Influencia De Los Medios De Comunicación.

También contribuyen los medios de comunicación con la publicidad de prendas de vestir, cosméticos etc. y la presencia de estrellas del espectáculo y modelos de moda que lleva a muchas mujeres a pensar: "si ella tiene ese aspecto yo también lo tendré" (Barlow y Durand, 2001). Además, en esta sociedad de consumo donde el modelo de delgadez se vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito, las jóvenes reciben otro mensaje contradictorio que promueve el consumo de alimentos: *fast food*, gaseosas, golosinas, cada vez más tentadores pero de poco valor nutritivo y de alto valor engordante (Torres, Forero y Rodríguez, 2003).

Víctima de todos estos mensajes la joven queda en muchos casos atrapada en esta trampa que le tiende la cultura occidental. Desde luego que esto sólo no basta porque todo el mundo se ve afectado por estas presiones pero no todo el mundo desarrolla un trastorno alimentario.

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

Por eso es importante estar alerta e informar a través de campañas publicitarias para contrarrestar los efectos dañinos de otras. De hecho, mas allá del trabajo de médicos, psicólogos, nutricionistas y educadores para esclarecer e informar, ya se ven algunos intentos como la firma de ropa SAIL que incluye en sus campañas gráficas o televisivas advertencias sobre estas enfermedades (Díaz, Rodríguez, Martín y Hiruela, 2003) .

Tampoco debe olvidarse que debajo de esta moda se encuentra toda una *industria de adelgazamiento* que se mueve por intereses económicos, sin importarle las terribles consecuencias que de ello se puedan derivar. Así, la sociedad se ve expuesta a un sin número de anuncios de publicidad que proponen dietas milagrosas, productos "light", etc.

fomentando la idea de que el secreto de la felicidad se encuentra en conseguir un cuerpo femenino delgado y un cuerpo musculoso y atlético en varones.

Factores Educativos.

La familia interpreta aquí un papel muy importante (Barlow y Durand, 2001)

A veces el exceso de proteccionismo deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando en contraveniencia, la falta de habilidades para tomar decisiones progresivamente más importantes.

En contraposición, a veces la propia sociedad en que vivimos nos lleva a un nivel de exigencias desmedidas.

Factores Familiares.

Los factores negativos dentro de la familia, posiblemente tanto hereditarios como ambientales, desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos del comer (Gerlinghoff y Backmund, 2004).

Un estudio encontró que el 40% de las niñas entre las edades de 9 y 10 años están tratando de perder peso, generalmente por recomendación de las madres (García, 2001). Algunos estudios han encontrado que las madres de los anoréxicos tienden a estar sobre involucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son críticas y distantes. Aunque las madres pueden tener una influencia grande sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos del comer, los padres y los hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de anorexia en las niñas. Puede inferirse entonces, que la dependencia entre madre e hija, puede relacionarse con el deseo de querer permanecer en cierta etapa de la niñez, por cuanto las adolescentes casi inconscientemente, desarrollan anorexia por un intento de preservar su ser de niña.

Acogiendo lo dicho por Gerlinghoff y Backmund (2004), las relaciones establecidas entre madre e hija son fundamentales. Da la impresión de que no existe relación alguna que no pase por la persona de la madre. Ella es quien manipula y direcciona y es de ella de quien depende que se establezcan y presenten nuevas amistades, si son toleradas.

La adolescente anoréxica suele entonces, ser aliada de la madre, y no tan frecuentemente del padre, lo que no quiere decir que no pretenda relacionarse con él.

A su vez, la relación madre e hija puede llegar a ser muy íntima, casi como una relación simbiótica, por parte de la madre como de la adolescente anoréxica.

Otros estudios reportan también (García, 2001), que las personas con cualquiera de los trastornos del comer tienen mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo o abuso de sustancias que la población en general.

Parece que existe entre las mujeres con trastornos del comer una incidencia mayor de abuso sexual; estos estudios han reportado tasas de abuso sexual de hasta un 35% en las mujeres con bulimia (Gerlinghoff y Backmund, 2004). Las personas con bulimia también tienen una mayor probabilidad que las personas con otros trastornos psiquiátricos de tener un padre obeso o de haber sido ellas mismas obesas en la niñez.

Factores De Vulnerabilidad Personal

No aceptarse como persona, tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionistas, tener autoexigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de sí mismo, percibir que se tiene poco control sobre la propia vida, ser poco hábiles en las relaciones sociales, constituyen el perfil psicológico que conforma el caldo de cultivo adecuado para el desarrollo de este tipo de patologías (Barlow, 2001)

Factores Temporales.

Experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones/divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura (viajes al extranjero), aspectos todos ellos, que pueden desbordar a una persona con falta de madurez (Gerlinghoff y Backmund, 2004).

Estos factores, inciden en la aparición y desarrollo de la anorexia, debido a que son circunstancias que llegan inesperadamente o que traen consigo, cambios drásticos y casi críticos, los cuales dificultan una buena resolución de dichos problemas o tópicos que representan una toma de decisión fundamental, por lo cual, recurrir a controlar una mínima parte de la vida (como es la parte corporal), en contraposición de no tener control sobre lo que ocurre alrededor, es una salida más viable, aparentemente.

Otros Factores.

Tener familiares obesos o que padezcan también alguna de estas enfermedades y en definitiva convivir con personas que le den mucha importancia al peso y a la apariencia física, pueden constituir un factor que definitivamente afecta el mundo del adolescente y lo pone en riesgo de sufrir esta enfermedad.

Asimismo, el factor genético también influye, y se corrobora con lo que Torres, Forero y Rodríguez (2003) hallaron con relación a que la anorexia nerviosa es ocho veces más común en las personas que tienen parientes con el trastorno, aunque los expertos no tienen un conocimiento exacto sobre cuál podría ser el factor hereditario.

Diversos hechos manifestados por García (2001), han constatado lo planteado anteriormente, y hacen pensar en una influencia genética sobre los trastornos de la conducta alimentara, y se hay comprobado que las mujeres familiares de éstos pacientes, poseen mayor riesgo de desarrollarlo, por encima de la población promedio, tanto en la

bulimia como en la anorexia nerviosa. En el estudio de García, se cifró la prevalencia de anorexia y bulimia en familiares de pacientes en 5,1% y 4,3%, respectivamente.

Factores Emocionales.

Los trastornos del comer van con frecuencia acompañados de depresión, trastorno de ansiedad o ambos, pero no se sabe si los trastornos emocionales son causas o resultados de los trastornos del comer (Barlow y Durand, 2001).

Entre un 40% y un 80% de todos los pacientes con trastornos del comer experimentan depresión, y la depresión es común en las familias de los pacientes con trastornos del comer. Algunos expertos sostienen que la depresión no desempeña un papel causal, en particular en la anorexia, ya que los trastornos del comer rara vez se curan cuando se administra medicación antidepresiva como el único tratamiento. La sintomatología depresiva, puede ser consecuencia de la falta de nutrición. (García ,2001)

Además, el estado de animo de los pacientes mejora después de que los pacientes anoréxicos empiecen a aumentar de peso.

Por otro lado, los estudios han revelado cantidades bajas de ciertos neurotransmisores --mensajeros químicos en el cerebro-- en algunas personas con anorexia y bulimia severas, que permanecen bajas incluso después de que han recuperado el peso. Niveles reducidos de estos neurotransmisores, la serotonina y la norepinefrina, también se encuentran en las personas con depresión, y se ven anomalías de serotonina en las personas con trastorno obsesivo-compulsivo (Carter, 1998).

Un estudio reciente ha encontrado que los niveles sanguíneos bajos del aminoácido triptofano, un componente en la comida que es esencial en la producción de serotonina, pueden producir depresión. Las personas que comen excesivamente después de una dieta severa pueden estar respondiendo a este estado emocional de estímulo proteínico (García, 2001).

La estación a menudo afecta la depresión y los trastornos del comer. En varias personas, la depresión es más severa en los meses de invierno más oscuros; en forma similar un subgrupo de los pacientes bulímicos sufren de una forma específica de bulimia la cual empeora en el invierno y el otoño; tales pacientes tienen una mayor tendencia de haber empezado a comer excesivamente a una edad más temprana y a comer excesivamente con mayor frecuencia que aquellos cuya bulimia es más consistente durante todo el año. El inicio de la anorexia parece llegar al máximo en mayo, el mes con mayores índices de suicidio (García, 2001).

Los trastornos de ansiedad son muy comunes en la anorexia. Las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo preceden por lo general el inicio del trastorno del comer, y así mismo el trastorno de pánico tiende a seguir. Las fobias sociales, en las cuales una persona tiene miedo de ser públicamente humillada, son comunes en ambos trastornos del comer (Barlow y Durand, 2001). Las personas con anorexia, sin embargo, están especialmente propensas al trastorno obsesivo-compulsivo. Las obsesiones son imágenes, pensamientos o ideas mentales recurrentes o persistentes que pueden resultar en comportamiento compulsivo --rutinas repetitivas, rígidas y autoprescritas cuyo propósito es prevenir la manifestación de la obsesión. Las mujeres con anorexia pueden volverse obsesivas con el ejercicio, la dieta y la comida.

A menudo desarrollan rituales compulsivos --por ejemplo, el pesar cada pedazo de comida, cortándola en pedazos diminutos, o poniéndola en envases diminutos. La presencia del trastorno obsesivo-compulsivo con anorexia (García, 2001), no parece ejercer un efecto negativo en las perspectivas a largo plazo, aunque la mejoría en el trastorno del comer a menudo es paralela a la mejoría en la ansiedad.

Actividad Física.

La actitud cultural hacia la actividad física va mano a mano con la actitud desordenada en lo referente al comer (Gerlinghoff y Backmund, 2004). A los estadounidenses se les anima a que admiren la actividad física sólo como un esfuerzo competitivo intenso que pocos pueden lograr, dejando a la mayoría de las personas como espectadoras. En la pequeña comunidad de atletas, el ejercicio excesivo desempeña un papel principal en muchos casos de anorexia (y, a un grado menor, en bulimia).

El término "tríada de atletas mujeres" ahora se emplea para describir la presencia de disfunción menstrual, trastornos del comer y osteoporosis, un problema cada vez más común en las atletas mujeres jóvenes y bailarinas (Gerlinghoff y Backmund, 2004). La anorexia pospone la pubertad, permitiéndoles a las atletas mujeres jóvenes retener una figura muscular añorada sin la acumulación normal de tejidos grasos en los senos y las caderas que podría mitigar su estímulo competitivo. Los entrenadores y profesores agravan el problema recomendando el conteo de calorías y la pérdida de grasa en el cuerpo y controlando en exceso las vidas de los atletas. Algunos son inclusive abusivos si sus atletas sobrepasan el peso límite y los humillan en frente de los miembros del equipo o precisan castigos.

En las personas con trastornos de la personalidad que los hacen vulnerables a esta crítica, los efectos pueden ocasionar el que pierdan peso excesivo, lo cual se sabe ha sido mortal inclusive entre atletas famosos (Gerlinghoff y Backmund, , 2004).

Anormalidades Pituitarias De Hipotálamos.

Existen dudas sobre si las anomalías típicas observadas en los sistemas neurológicos y hormonales de las personas con trastornos del comer son resultados o causas de los trastornos.

El entorno clave de estas anomalías se origina en el área del cerebro conocida como el hipotálamo (Carter, 1998), el cual regula la glándula pituitaria, a veces conocida como la glándula maestra debido a su importancia en la coordinación de los sistemas nerviosos y hormonales. Los estudios a base de imágenes de los cerebros de pacientes anoréxicos han encontrado altos niveles de proteínas conocidas como factores de secreción de corticotropina (CRF), las cuales se secretan durante períodos de estrés y bloquean la sustancia neuropéptido Y (NPY), un estimulante de apetito potente. Estos productos químicos relacionados con el apetito pueden servir como los enlaces biológicos entre las enfermedades estresantes extremas en la vida de una persona joven y el desarrollo posterior de anorexia, aunque algunos estudios por imágenes indican que estas anomalías ocurren después de desarrollada la anorexia.

Otro estudio (García, 2001), vincula niveles inestables, generalmente bajos, de leptina con la anorexia; esta sustancia está bajo escrutinio por su papel en la obesidad.

El sistema pituitario del hipotálamo es también responsable de la producción de hormonas reproductivas importantes que se agotan severamente en la anorexia, dando lugar a la cesación menstrual (Carter, 1998). Altos niveles de la hormona masculina testosterona también se han detectado en las mujeres con trastornos del comer.

Aunque la mayoría de los expertos creen que estas anomalías reproductivas son resultado de la anorexia, otros han reportado que en un 30% a 50% de las personas con anorexia, los trastornos menstruales ocurrieron antes de ocurrida la malnutrición severa y se convirtieron en un problema por mucho tiempo después del aumento de peso, indicando que las anomalías pituitarias de hipotálamo se dan antes al trastorno del comer mismo.

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 (García, 2001).

Estos problemas incluyen infecciones, trauma físico, convulsiones, bajo peso al nacer y mayor edad materna. Las personas con anorexia a menudo tuvieron problemas del estómago e intestinales en edades muy tempranas.

Infecciones.

La investigación ha encontrado un enlace entre la anorexia y las bacterias del grupo A beta-hemolítico estreptocócico (GABHS, por siglas en inglés), la causa de la inflamación séptica de la garganta. GABHS ya se ha identificado como un factor causante de una forma rara de trastorno obsesivo-compulsivo (OCD, por siglas en inglés) en los niños; OCD y anorexia tienen varios comportamientos en común. Epstein Barr, el virus que causa la mononucleosis también ha sido asociado con el desarrollo de anorexia (García, 2001). Una teoría que explica estos vínculos es que los anticuerpos provocados por los organismos pueden accidentalmente lesionar el cerebro durante el proceso de lucha contra la infección. Los antibióticos, la terapia inmunológica y una vacuna experimental contra la fiebre reumática pueden inclusive ayudar a tratar la anorexia en estos pacientes.

Factores genéticos.

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

Población Adolescente Como Núcleo De Acción

Si bien se ha hablado de la anorexia y que esta afecta en su gran mayoría a la población adolescente no se ha identificado la razón primordial por la cual esta es la más susceptible a estos trastornos. Por lo general aparece en la pubertad, durante la adolescencia y al inicio de la juventud con cifras muy bajas antes de los 9 años y después de los 25. Aunque existen casos atípicos en los que aparecen entre los 7 y los 12 años. (García, 2001)

La adolescencia es una época de cambios, en donde el joven se enfrenta a nuevas experiencias y afronta problemas nuevos que pueden llegar a ser de gran angustia para él. En éste tema coinciden varios expertos como Gerlinghoff y Backmund (2004), los cuales opinan que el periodo de la pubertad tiene importantes cambios, en donde comienza una nueva fase vital y se termina la escolarización, esto puede causar fuertes desbalances porque la persona debe tomar decisiones de gran relevancia que son bajo la responsabilidad de ella. Cualquier otro acontecimiento que ocurra durante esta etapa hace que esta se sienta enfrentada a cambios en donde siente que no está en capacidad de lograrlos; entonces el abstenerse de comer es un acto de voluntad con el que demuestran su capacidad para dominar sus conductas. Este comportamiento busca que la sociedad lo reconozca a fin de superar sus sentimientos de inferioridad e inseguridad.

No basta que el adolescente tenga que afrontar sus problemas internos, también debe sobrellevar los cambios externos que le ocurren a su alrededor, como se puede observar desde temprana edad las jóvenes están sometidas a grandes presiones para satisfacer ciertos criterios de belleza que la moda impone con rigor y sin consideraciones.

Para los varones esto ocurre en menor medida. Aunque se cree que han ido aumentando los casos de anorexia nerviosa en los varones. La presencia de esta

enfermedad, es mas frecuente en grupos que practican actividades como gimnastas, bailarines, patinadores, etc. (García, 2001)

La tendencia en la moda exige máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos. Así, la delgadez se transforma en un modelo social, en un producto vendido por los medios de comunicación

Otro producto ofrecido por los medios de comunicación son los estereotipos sexuales que la sociedad impone a los adolescentes, este ha mostrado reiterativamente a la belleza como un punto central en la feminidad dando como resultando el aumento de la necesidad de seguir un estereotipo impuesto por estos medios. Demostrando con ello la falta de una orientación interpersonal clara, haciéndolas más vulnerables a las opiniones y comportamientos de los otros (García, 2001).

En un mundo globalizado donde los medios de comunicación juegan un papel fundamental y la sociedad consumista es cada vez mayor, la población adolescente constituye uno de los principales grupos de riesgo nutricional sobre todo en los últimos años debido a los cambios culturales, demográficos y sociales que han experimentado los países industrializados a través de los años, en donde el mercado cada vez tiene más influencia sobre el poder de decisión de la población (Díaz, Rodríguez, Martín y Hiruela, 2003).

En el hemisferio occidental el verse bien y el tener un bienestar social es sinónimo de atractivo físico. De hecho para las jóvenes de ambientes competitivos de clase media alta la valía personal, la felicidad y el éxito están determinados por las medidas corporales y el porcentaje de grasa en el cuerpo, factores que a la larga tienen ninguna o poca relación con el éxito personal (Barlow y Durand , 2001).

Los factores internos y externos a los que son sometidos los adolescentes en donde sufren cambios cognoscitivos, sociales, emocionales y físicos, influyen considerablemente

en las personas que presentan anorexia ya que observan un nuevo mundo ante sus ojos y en muchos casos lo perciben como inseguro.

Tratamientos.

Los tratamientos de anorexia han sido realizados por mucho tiempo, pero no han tenido un buen desarrollo (Barlow y Durand ,2001). Hoy día hay muchos más y con mayor eficacia pudiéndose realizar en diferentes contextos: a nivel ambulatorio, prestando al paciente consejos nutricionales, tratamiento médico, y psicoterapia, ya sea a nivel hospitalario, en forma de ingreso parcial o total. La hospitalización debe considerarse como un programa integrado en el que va dirigido a la recuperación del paciente y con ayuda multidisciplinaria (García, 2001).

Un tratamiento que ha sido muy popular es el cognitivo-conductual. Este lo que trata de hacer es producir cambios en las conductas, creencias, actitudes y emociones distorsionadas de los pacientes. Además, este tratamiento psicológico se enfoca en conseguir unos cambios duraderos en los pensamientos y emociones que están relacionados con el peso corporal, la silueta y el tamaño corporal, de manera que el paciente logre disminuir la importancia que le da a la delgadez y la comida deje de ser respuesta ante los problemas que le vayan pasando en la vida. Este tratamiento tiene tres grandes fases:

Primera fase: *Cuidados y protección*, en la cual lo primordial es tratar de proteger la vida de los pacientes, incrementar la autoconciencia y proveerles de algunos recursos y herramientas. La intervención debe ser multidisciplinaria, en donde se logre una colaboración sincera del paciente y logre tener cambios en la atribución que le da a la enfermedad.

Segunda fase: Esta se enfoca en el *tratamiento*, en donde se le pide al paciente que haya una responsabilidad en su auto cuidado y que pueda lograr afianzar sus habilidades de afrontamiento.

Tercera fase: *Prevención de recaídas*, aquí el paciente tiene que afrontar situaciones de alto riesgo en los que puedan surgir de nuevo las conductas anteriores o se pueden manifestar aspectos que quedaron inconclusos en el tratamiento (García, 2001).

Otro tipo de tratamiento para la anorexia nerviosa es el *farmacológico*. En la actualidad no se ha descubierto que los tratamientos con fármacos sean eficaces en la anorexia nerviosa. El objetivo para utilizarlos es para recuperar y mantener el peso y las conductas alimentarias normales, así como para tratar los síntomas psiquiátricos asociados a este trastorno alimentario. Indudablemente el tratamiento psicofarmacológico de estos pacientes debe integrarse siempre con un programa de terapia individual (Yager ,2000).

Los psicofármacos que más se han utilizado son los antidepresivos, debido a que las observaciones de algunos autores han llevado a relacionar esta enfermedad con los trastornos afectivos. De hecho los pacientes anoréxicos presentan con frecuencia síntomas depresivos asociados a este trastorno, pero se puede decir que estos no han tenido mucho efecto para la recuperación del peso, además no suelen administrarse en la fase aguda del tratamiento debido a que no han presentado ventajas en la recuperación de los pacientes (Yager,2000).

Otros fármacos muy utilizados son los neurolépticos, fueron de los primeros empleados y las benzodiacepinas, que trata la ansiedad, la cual es un acompañante de la anorexia como consecuencia de la presión que le ejerce el medio para que ganen peso y su resistencia para lograrlo (García, 2001).

La terapia familiar, se explica también como otra alternativa dentro de los tratamientos pero, ha demostrado escasa utilidad cuando se utiliza como único

instrumento, es necesario para que sea de gran utilidad combinarlo con terapia individual y grupal. Lo primero que se debe hacer es convocar a la familia por vía telefónica, explicando el contexto de trabajo. Se les explica que si no vienen todos los miembros de la familia, la entrevista no se realizará. Así, se reafirma el compromiso de trabajar con toda la familia (Gerlinghoff y Backmund, 2004).

Espina, A., Joaristi, L., Ortego, M., Ochoa, I. (2003), refieren que la terapia familiar es más efectiva para los pacientes que están empezando la adolescencia y se recomienda que sean de larga duración, focalizándose en la estructura de la personalidad y las relaciones interpersonales, además de los síntomas que se puedan presentar.

Adicionalmente, existen unas escalas de evaluación que son muy utilizadas: el Eating Disorders Inventory (EDI-2), es la versión revisada mantiene 64 elementos originales y 27 que dan lugar a tres nuevas escalas. Es un cuestionario autoaplicado que tiene en total 91 ítems, utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. El instrumento original, fue diseñado por Garner y Cols en 1983, (García, 2001). La versión revisada (EDI-2) mantiene 64 elementos originales y 27 que dan lugar a tres nuevas escalas, incluía tres escalas que evaluaban actitudes y conductas (García, 2001).

Una segunda escala es la Eating Attitudes Test (EAT-40), el cual es un cuestionario autoaplicado elaborado por Garner y Garfinkel en 1979, (García, 2001), compuesto por 40 ítems que se refieren a síntomas y conductas muy característicos de la anorexia nerviosa y por último esta la Escala De Observación De Conducta Anoréxica para padres y cónyuge, esta fue desarrollada por Vandereycken en 1992, es un cuestionario autoaplicado para conocer la información que tiene los pacientes con TCA (García, 2001).

Investigaciones

A través de la revisión teórica del presente artículo, se observa que pocos estudios se han realizado en países de Sudamérica. Sin embargo, Carago, Sisslak y Estes, citados por Oswalt y Weell son de los pocos autores que han abordado el tema que hace referencia a la prevalencia de los trastornos de alimentación en América Latina y por ende, afirman que mujeres Hispanoamericanas presentan un número de patrones de alimentación inadecuados, igual al que presentan mujeres caucásicas americanas. (Yager, 2001).

Para la pertinencia de la información que se presenta, específicamente en Colombia, los estudios sobre prevalencia de alimentación son escasos, pero Mendoza y Mendoza, Posada, Garcia, (2001), recopilan en su documento *Prevalencia y población afectada de Anorexia, Bulimia y otros trastornos de alimentación*, tres de los más recientes estudios sobre el tema en el país.

La primera investigación que nombran en su estudio, fue realizada en la Universidad Nacional en 1995. Sus conclusiones se aplican a la población estudiada correspondiente a universitarios. So pena, dos de las más relevantes proponen lo siguiente: la prevalencia de los trastornos de alimentación en el grupo universitario estudiado, es similar a la informada en países desarrollado además, exponen que es necesario realizar estudios en poblaciones más amplias y en riesgo, para conocer la realidad nacional y diseñar políticas para su detección y tratamiento.

El segundo estudio corresponde a las pruebas pilotos realizadas por la psiquiatra Nora Bartolini, en colegios de Bogotá, en el cual se halló un porcentaje de niñas anoréxicas similar al que se observas a nivel mundial, del 1% al 4%. Sus estudios también muestran que después de haber analizado 500 estudiantes se encontraron colegios donde hay hasta seis alumnas con bulimia avanzada.

Y el último estudio, expone que el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia estimó para el segundo semestre del año 2000 que, cerca de un porcentaje correspondiente al dos por ciento de las colombianas, padece anorexia.(Mendoza, Posada y García, 2001)

Otra investigación que complementa la rigurosidad de esta revisión teórica, también señala hallazgos en Colombia, la cual se refiere al estudio que Torres, Forero y Rodríguez (2003) realizaron sobre la descripción de indicadores de riesgo para anorexia y bulimia en 32 estudiantes de primer semestre de Psicología de la Universidad del Bosque (87.5% mujeres y 12.5% hombres, entre 16 y 22 años), por medio de la prueba EDI2, que a su vez mostró que las escalas sobre las cuales debe trabajarse son: perfeccionismo, miedo a la madurez, desconfianza interpersonal y conciencia introceptiva. Esto puede indicar que el índice de la prevalencia de los trastornos alimenticios ha subido, por lo cual debe tenerse en cuenta tal aspecto para proyectar campañas de prevención en la población adolescente.

Se hizo otro estudio para conocer e identificar el índice de prevalencia de trastornos alimentarios como la anorexia y bulimia en los estudiantes que cursaban entre primero y cuarto semestre de Psicología de la Universidad de La Sabana, en donde se reveló que un índice de 1,84 casos por cada 100 personas, señala una baja prevalencia de trastornos alimentarios en la población objetivo (Granados y Nieto, 2003).

Lo anteriormente expuesto, posibilita manifestar que se presenta una nueva inquietud y se prepara el terreno en investigación para realizar más estudios sobre el tema, específicamente en Colombia, que traten de dar cuenta de todos los factores que inciden en su prevalencia pero que además, puedan servir como herramienta para tratar el problema y disminuir su negativo impacto.

Por otra parte se realizó una investigación, en la cual se evaluó la eficacia de dos tipos de intervenciones, la terapia familiar sistémica y grupo de apoyo de padres en grupo

en función de los cambios producidos en los perfiles de personalidad del MMPI, que son : hipocondríasis, depresión, histeria, desviación psicótica, masculinidad feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, manía y introversión social. Esta se llevo acabo con pacientes con trastorno alimentario, con una muestra de 15 de ellos con anorexia bulímica y 23 con bulimia nerviosa. Ambos tratamientos mostraron disminuciones significativas en las puntuaciones del MMPI. A su vez, en las escalas de depresión se encontraron 35 casos, de histeria 22 casos, de desviación psicopatica 11, de paranoia 25 y de esquizofrenia 16 casos, aunque estas intervenciones breves no fueron suficientes para normalizar todas las escalas. Las intervenciones mostraron además, que hubo mejoría de los perfiles de la personalidad en los pacientes con TA.

Es importante para los tratamientos de las personas que sufren de este trastorno, que se pueda intervenir a tiempo y no cuando la enfermedad esta muy avanzada, para eso es necesario dar información a cerca de esta enfermedad. (Espina, Joaristi, Ortego, y Ochoa, 2003).

Se pudo realizar otro estudio transversal en el 2001 en la provincia de Sevilla, cuyo objetivo fue detectar los factores de riesgo relacionados con los trastornos alimentarios en una comunidad de escolares. Para tal efecto sus objetivos específicos fueron: evaluar el estado nutricional y el tipo de alimentación en una población de escolares de 10 a 15 años, explorar los hábitos familiares y culturales, e identificar el grado de influencia de los medios de comunicación. (Díaz, Rodríguez, Martín y Hiruela , 2003) . Se pudo encontrar que el 42% de los padres opina que la conducta de sus hijos es estudiar mucho o trabajar; el 32.4% de los padres opinan que es muy importante tener éxito en la vida y triunfar, en relación a los hábitos alimenticios respecto a realizar una lista para comprar alimentos, el 83.5% dijo que lo hacía, además, el 52% escoge alimentos azucarados más que bajos en grasa y la mayoría de las personas con un 43% se reúne dos veces con su familia para

comer y prefiere un desayuno ligero. Con ésto se puede concluir que es necesario desarrollar intervenciones psicoeducativas de una manera más selectiva y por lo tanto que sea más eficaz para que se puedan disminuir la incidencia y prevalencia de los trastornos alimentarios.

De igual modo, se realizó un estudio en la ciudad de Bogotá con estudiantes pertenecientes a colegios urbanos, que cursaban grado sexto y séptimo de bachillerato; éstos se escogieron al azar con una población homogénea de estratos 2, 3 y 4 y se utilizó una escala llamada EAT-2 como instrumento. El objetivo de esta investigación fue observar la incidencia de los medios de comunicación en los trastornos alimentarios y se encontró que las personas que ven más tiempo televisión de las que realizan otra actividad, sí son marcadas por este trastorno, pero no se deben descartar otros factores que son importantes tales como: el ambiente familiar, la relación con la madre, relación con los amigos y demás factores que pueden influir, y más aún cuando la personalidad de la adolescente se está fortaleciendo durante esta etapa (Guayazán., Hernández, y Jaimes, ,2003).

Conclusiones

El presente artículo pretendía presentar por medio de una revisión teórica de múltiples investigaciones y fuentes literarias, los aspectos generales de la anorexia nerviosa como un trastorno alimentario, en la población adolescente.

Fue posible entonces observar, como los estudios más actuales señalan que existen diversos trastornos alimentarios como la bulimia, anorexia y obesidad, entre otros, pero que en los últimos años su incidencia ha aumentado relevantemente, afectando específicamente a la población adolescente femenina. Sin embargo, no es un trastorno exclusivo para las mujeres, también pudo conocerse que por la presión laboral y los tipos de cargos y trabajos, los hombres se han visto igualmente afectados.

Es importante destacar además, que en el desarrollo de esta enfermedad, se manifiestan diferentes síntomas, psicológicos y físicos u orgánicos, que en el transcurso de la patología van deteriorando el estado mental y biológico de la persona, pero peor aún, son altamente riesgosos y pueden llegar a la muerte.

A su vez, es necesario expresar que existen varias causas que hacen que se presente tal patología.

En este punto, debe decirse que la causa que más incide es el factor sociocultural, indudablemente, toda vez que la transformación sociocultural por la que el mundo en general ha tenido que pasar, conlleva nuevas tendencias y parámetros de belleza que rigen los nuevos estándares de la sociedad. Por ende, la presión, las demandas y exigencias del medio, hacen que las adolescentes lleguen a extremos para poder pertenecer al modelo de mujer que se les pide. En este proceso, se hacen más vulnerables y consecuentemente, padecen de forma más aguda el trastorno.

En éste sentido, los medios de comunicación son una herramienta negativa, ya que son la fuente precisa para exhibir los nuevos prototipos que quieren imponerse, además, la

televisión, por ejemplo, es un elemento al cual la mayoría de personas acceden y hacen que lo acojan por mayores períodos de tiempo. Esto indica, que al permanecer por más tiempo viendo televisión, con sus programas nocivos y las propagandas que tan sólo señalan parámetros exagerados de delgadez, las adolescentes se obsesionen y preocupen por dar cumplimiento a los mismos. Además, este comportamiento no permite que puedan realizar nuevas actividades que aborden otros temas los cuales hagan que piensen en diferentes cosas aparte de su figura estética.

Otro aspecto en éste mismo factor, correspondiente al nuevo ritmo de vida, hace que las adolescentes en su afán de vivir más aceleradamente y de cumplir con las múltiples actividades de sus jornadas, coman con más frecuencia comidas rápidas y ligeras, las cuales no facilitan una correcta alimentación.

Adicionalmente, el factor familiar también puede ser un factor de riesgo y desencadenante, ya que principalmente, la madre desempeña un rol fundamental en la presentación de la anorexia, debido a que en general, exige de manera muy estricta a la adolescente el que adopte ciertas conductas, o su perfil psicorígido lo proyecta en la hija y espera que cumpla exactamente con lo que le exige.

También cabe destacar, que aparte de estas causas, la anorexia es antecedida especialmente por el trastorno obsesivo compulsivo, ya que necesitan tener control sobre algún aspecto, y para ellas, qué mejor que su propio cuerpo, lo que hace que su rigidez mental y comportamental se incremente en extremo.

Es importante detenerse y resaltar además, que dentro de esta enfermedad, (habiendo visto las más importantes causas), los tratamientos que se hallaron más efectivos son el farmacológico y el conductual. Sin embargo, aún se esperan mejores resultados del farmacológico y se siguen observando excelentes del conductual.

Finalmente, y a manera de advertencia o alerta, las investigaciones han corroborado que la anorexia es un trastorno mortal, que afecta en su mayoría a adolescentes femeninas, pero que sorprendentemente, está apareciendo en hombres y niños, situación que debe dar luz para empezar a actuar de inmediato y detener la cadena de muerte que conlleva esta enfermedad, para que no traiga más víctimas (incluyendo a las familias de los afectados).

Referencias.

- Barlow,D, Durand, M (2001). Psicología Anormal. Un enfoque integral (2da ed). México:Thomson. (Trabajo original publicado en 1999)
- Carter, R. (1998).El nuevo mapa del cerebro. Barcelona: Integral.
- CIE 10, Trastornos mentales y de comportamiento. (1993). Madrid.Meditor.
- Díaz, M., Rodríguez, F., Martín, C., y Hiruela, M.V. (2003).Factores de riesgo relacionados, con trastornos en la conducta alimentaría en una comunidad de escolares. Atención primaria, 32(7), 403-409.
- DSM-IV- TR.(2002). España. Masson. (Trabajo original publicado en el 2000)
- Espina, A.,Joaristi ,L., Ortego, M.,Ochoa, I. (2003). Trastornos alimentarios, intervenciones familiares y cambios en los perfiles del MMPI. Un estudio exploratorio. Estudio de psicología, 24(3) , 359-375.
- García, E. (2001).Avances en trastornos de la conducta alimentaría. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. España: Masson.
- Gerlinghoff, M., Backmund, H.(2004) . Anorexia y bulima. Entender y superar los trastornos alimenticios. España: Grijalbo
- Gil, M., Candela, J.P., y Rodríguez, C. (2003).Atención primaria y trastornos de alimentación: nuestra actitud frente a ellos (I). Atención primaria, 31(3), 178-180.
- Gil, M., Candela, J.P., y Rodríguez, C. (2003). Atención primaria y trastornos de la alimentación ¿Qué podemos hacer nosotros? Atención primaria, 31(4), 248-251.
- Granados, M., Nieto, C. (2003). Índice de prevaecía de los trastornos alimentarios anorexia y bulimia en una universidad de Bogotá. Tesis publicada, Universidad de la Sabana.

- Guayazán, L., Hernández, A., Jaimes, L. (2003). Influencia de la televisión en la percepción corporal en estudiantes de sexto y séptimo y su relación con la anorexia y la bulimia. Tesis publicada, Universidad de la Sabana.
- Mendoza, P., Posada, E., García, H. (2001). Prevalencia y población afectada de anorexia y bulimia y otros trastornos de alimentación. Noviembre del 2001. Recuperado el 4 de Septiembre de 2002 de <http://aupec.univalle.edu.co>
- Papalia, D., Olds, S., Feldman, R. Desarrollo Humano (8va ed.). Colombia. MC Graw Hill.
- Torres, J., Forero, D., Rodríguez, J. (2003). Descripción de los indicadores de riesgo para la anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes que cursan primer semestre de una universidad privada durante el primer periodo académico del año 2003. Cuadernos de psicología, 4 (1), 61-90.
- Yager, J. (2001). Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario. (2da ed). España. Aspromedicos Ltda. (Trabajo original publicado en el 2000).