

Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes

Martha Yolanda Dávila Loaiza

Resumen

El incremento en la preocupación de la población adolescente a engordar nos obliga a reflexionar acerca de la influencia del modelo estético prevaleciente en la sociedad actual y la interiorización del mismo. Es sabido que la preocupación por el peso corporal es una de las variables de más alto riesgo y que más directamente puede conducir al trastorno de la conducta alimentaria. Como menciona Heinberg, Thompson y Stormer (1995), a lo largo de la historia el ideal de belleza femenina ha cambiado de acuerdo con los estándares estéticos de un tiempo en particular, y la evidencia sugiere que las mujeres han tratado de alterar sus cuerpos en función de las demandas sociales. Sin embargo, con anterioridad los estándares de belleza se mantenían como figuras inalcanzables, mientras

que en la actualidad la manera en que son presentadas las modelos en los medios de comunicación son vistas como representantes reales de personas y no como imágenes manipuladas.

EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS

ABSTRACT

The increasing preoccupation of adolescents with weight loss compels us to ponder on the prevailing aesthetic models of modern society. It is a well known fact that this preoccupation with weight is one of the biggest risk factors in triggering eating disorders. Investigators such as Heinnberg Thomson and Stormer (1995) point out the fact that feminine beauty ideals have been changing, and evidence suggests that women have been trying to alter their bodies based on social demand. However unattainable beauty standards are now changing into models which the media are now trying to present as real people and not manipulated images.

INTRODUCCIÓN

Un paseo por la historia de la humanidad nos sugiere que la alimentación se ha considerado no solamente una manera de supervivencia, sino que ha adoptado diversos matices asociados a la cultura cuyo impacto ha afectado principalmente al género femenino a través de los tiempos. Así es como nos trasladamos desde vestigios del hombre primitivo en cuerpos femeninos voluminosos asociados a la fertilidad, el arte del Medioevo que representa a mujeres con vientres y caderas prominentes asociadas también con la fertilidad y emblemas de riqueza y salud, hasta llegar a la década de los sesenta, en plena revolución sexual, con la aparición de estereotipos de belleza relacionada con la delgadez extrema que ha prevalecido a través de los tiempos considerándose como deseable e ideal para los varones.

Si bien en sus inicios, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) fueron comunes en países desarrollados, no tardó mucho para que en algunos países en desarrollo también se presentara este tipo de problemas en edades que corresponden al final de la infancia, la adolescencia y jóvenes.

La preocupación por el aspecto físico, la sobrevaloración del cuerpo como símbolo de autoestima, afecta de manera alarmante. Esto nos lleva a la reflexión y a la acción en contra de esta búsqueda de un cuerpo perfecto, a “cualquier precio”.

Adolescencia

La palabra adolescente proviene del latín *adolescens* que es el principio activo o presente del verbo *adolescere*, que significa crecer, ir en aumento. Precisamente el participio pasivo y pasado de este mismo verbo es *adultus*, que significa “crecido”, el que ya terminó de crecer.

El inicio de la adolescencia tiene en la madurez sexual su definición biológica (pubertad), el adolescente se convierte en adulto cuando se torna económicamente y emocionalmente independiente de su grupo familiar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es un organismo internacional que establece las políticas de salud en los países y define a la adolescencia como el grupo poblacional comprendido entre los 10 y 19 años de edad. Al grupo que se sitúa entre los 15 y los 24 años lo define como jóvenes. Si sumamos los grupos de edad comprendida entre los 10 y 24 años, éstos representan 30% de la población total Latinoamericana.

Desarrollo psicosocial

Entendemos como desarrollo psicosocial al proceso de diferenciación progresiva del sistema nervioso central que permite la adquisición de funciones motoras, del lenguaje, cognitivas y sociales que facultan al sujeto para vivir con normalidad en el seno de la familia y sociedad.

De acuerdo con Cecilia Silva (2007) la adolescencia se clasifica en:

- Temprana (10 a 14 años).
- Media (15 a 17 años).
- Tardía y adultos jóvenes (18 a 24 años de edad).

Ahora bien, el desarrollo psicosocial en la adolescencia temprana (10 a 14 años) se caracteriza por:

Independencia

- Falta de interés por la actividad de la familia.
- Cambios en el estado de ánimo.

Imagen Corporal

- Importancia de la apariencia.
- Importancia de la moda.

Adopción de nuevos estilos de vida

- Generalmente tienen amigos del mismo género.

Identidad

- La relación con otras personas les facilita adoptar características de las mismas para el desarrollo de su personalidad; presentan fantasías, tienen necesidad de privacidad, todo lo cual se deriva de un proceso de reflexión interno que llamamos pensamiento cognitivo.

El desarrollo psicosocial en la adolescencia media (15 a 17 años) tiene las siguientes características:

Independencia

- Presentan conflictos familiares.
- Puesta a prueba de los valores aprendidos.

Imagen corporal

- Preocupación por el aspecto físico.

Adopción de nuevos estilos de vida (Castillo, 2001):

- Sentido de pertenencia o grupos o afinidad con sus pares.
- Le confieren mucha importancia a los valores del grupo de amigos.
- Comienzan las citas heterosexuales.

Identidad

- Habilidad intelectual.
- Sentimientos compartidos.

Por su parte, el desarrollo psicosocial en la adolescencia tardía (18 a 21 años e incluso hasta los 24 años de edad) se presenta como:

Independencia

- Aceptación de responsabilidades.
- Aceptación de consejos.

Imagen corporal

- Aceptación de su imagen.

Adopción de nuevos estilos de vida

- Ampliación de sus grupos.
- Uso y administración de su tiempo.

Identidad

- Manifiestan una vocación.
- Establecen compromisos realistas.
- Aceptan valores, morales, religiosos y sexuales.

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Fiarburn, 2003):

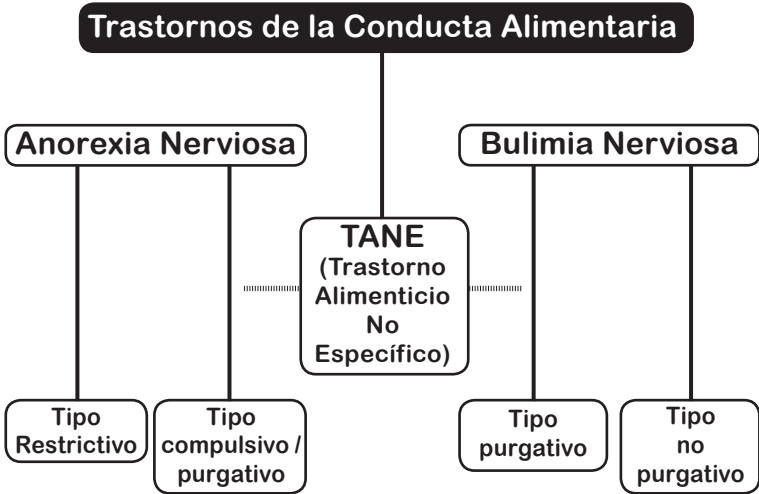
Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria.

La conducta alimentaría se define como el comportamiento relacionado con los hábitos de la alimentación, la selección de los alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas. En ella intervienen factores como la fisiológica del apetito y la saciedad, aspectos socioculturales, aspectos familiares y alteraciones del apetito.

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales en las que el miedo a engordar, la alteración de la percepción de la imagen corporal y del peso, así como del pensamiento obsesivo en la comida conllevan un grave modificación de la conducta alimentaría que ocasiona problemas médicos y nutriólogicos severos, los cuales pueden poner en riesgo la vida.

Clasificación de TCA¹:

Clasificación de TCA



A continuación se presentan los criterios diagnósticos de acuerdo con los padecimientos:

Criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa (AN) (DSM-IV, 1998):

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Peso corporal inferior al 85% del peso esperado.

¹ *El Manual de diagnóstico estadístico de los trastornos mentales* en su revisión del número IV (DSM-IV) no considera la obesidad necesariamente como un trastorno de la conducta alimentaria, ya que no se ha establecido su asociación consistente con los problemas psicológicos o conductuales.

- B. Temor intenso a ganar peso o acumular grasa, aún sin tener sobrepeso.
- C. Alteración en la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación.
- D. Ausencia de cuando menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Tipos de AN:

Tipo restrictivo: La persona no recurre regularmente a atracones o conductas compensatorias.²

Tipo compulsivo/purgativo: La persona recurre regularmente a atracones o conductas compensatorias.

Criterios de diagnóstico para la Bulimia Nerviosa (BN) (DSM – IV, 1998):

- A. Recurrentes episodios de ingesta compulsiva (atracones), acompañados de sensación de pérdida de control. Un atracón se caracteriza por:

² Algunos criterios científicos difieren entre sí, en este caso la 10 Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10) y los DSM-IV para la anorexia nerviosa. La CIE-10 requiere específicamente que la disminución de peso sea autoinducida, como resultado de la abstención de comidas grasas, y que en el varón se da una pérdida de interés y de potencia sexual (en correspondencia con lo que en la mujer sería la falta de menstruación durante tres meses consecutivos). Finalmente, a diferencia de DSM-IV donde el diagnóstico de anorexia nerviosa tiene preferencia sobre el de bulimia nerviosa, la CIE-10 excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular.

- 1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (ej. menos de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en las mismas circunstancias.
 - 2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.
- B.** Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son: provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas, ayuno y ejercicio excesivo.
- C.** Los atracones y las conductas compensatorias tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
- D.** La auto-valoración está excesivamente influenciada por la figura y el peso.

Tipos de BN:

Tipo purgativo: La persona se provoca regularmente el vómito o emplea laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: La persona recurre a otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio excesivo.

Trastorno alimentario no específico (TANE)

Se cumplen todos los criterios para AN:

- TANE 1: Peso normal.
- TANE 2: Presencia de ciclos menstruales.

Se cumplen todos los criterios para BN:

- **TANE 3:** Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

- **TANE 4:** Empleo de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

- **TANE 5:** Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

Trastorno por atracón (trastorno por ingesta compulsiva):

- **TANE 6:** Atracones recurrentes en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas.

Episodios recurrentes de atracones, donde:

- 1. Comer mucho más rápido de lo normal.
- 2. Comer hasta sentirse incómodamente lleno.
- 3. Comer grandes cantidades sin hambre.
- 4. Comer a solas.
- 5. Sentirse a disgusto consigo mismo, deprimido o culpable después de comer demasiado.

Atracones dos días por semana durante, al menos, seis meses.

No presenta otras conductas compensatorias.

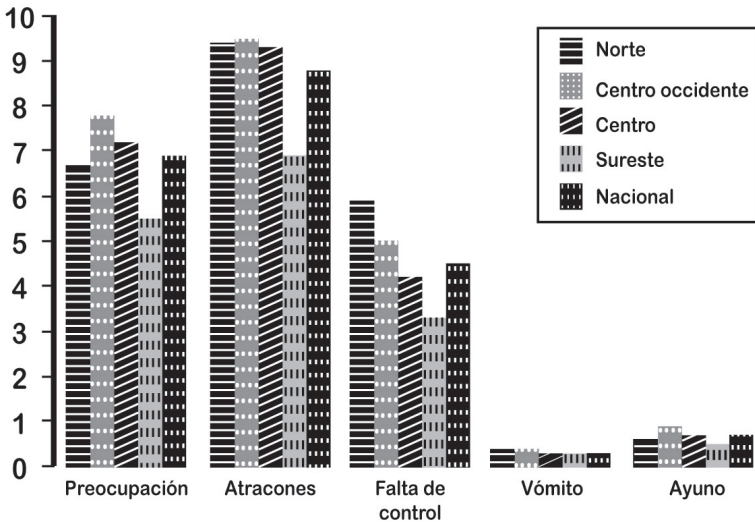
Importante: Sensación de pérdida de control

LOS TCA según la ENSANUT 2006. De acuerdo con las gráficas 1 y 2, se observa:

- La mayor prevalencia de conducta alimentaria de riesgo se encontró en los jóvenes de 15 años y las de 13 años.

- Intenso miedo a subir de peso el 6.9% de los niños y 14.8% de la niñas.
- Atracón se observó en el 8.8% de los niños y 9.4% de las niñas;
- La pérdida de control al comer en 4.5% y 5.6% respectivamente.

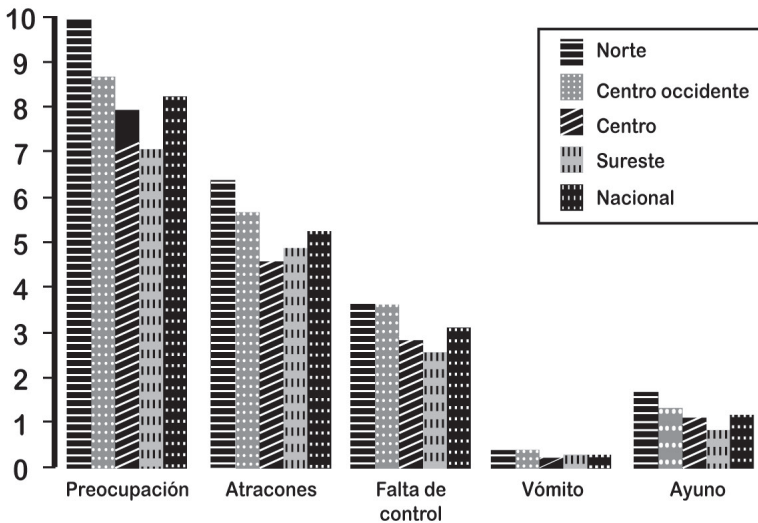
Gráfica 1. Prevalencia regional de conductas alimentaria de riesgo en hombres adolescentes



Región Norte: Baja California Norte, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas; **Región Centro-occidente:** Aguascalientes, Nayarit, Jalisco, Colima, Sinaloa, Michoacán, Guanajuato, Durango, San Luis Potosí, Zacatecas; **Región Centro:** Distrito Federal, Estado de México, Querétaro, Puebla, Hidalgo, Tlaxcala, Morelos; **Región Sureste:** Chiapas, Yucatán, Campeche, Quintana Roo, Oaxaca, Guerrero, Tabasco, Veracruz.

- Esta conducta anormal es clínicamente relevante porque se ha asociado a las enfermedades crónicas, como diabetes y obesidad.³
- La restricción de la alimentación. 1.7% de la niñas.

Gráfica 2. Prevalencia regional de conductas alimentaria de riesgo en mujeres adolescentes



Región Norte: Baja California Norte, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas; **Región Centro-occidente:** Aguascalientes, Nayarit, Jalisco, Colima, Sinaloa, Michoacán, Guanajuato, Durango, San Luis Potosí, Zacatecas; **Región Centro:** Distrito Federal, Estado de México, Querétaro, Puebla, Hidalgo, Tlaxcala, Morelos; **Región Sureste:** Chiapas, Yucatán, Campeche, Quintana Roo, Oaxaca, Guerrero, Tabasco, Veracruz.

³ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, (ENSANut 2006). México: Instituto de Salud Pública (INSP).

• Prevalencia:

- Anorexia Nerviosa: 1 a 2% (mujeres jóvenes)
- Bulimia Nerviosa: 1 a 3% (mujeres jóvenes)
- Mujeres: Varones 10:1 (AN)
- Mujeres: Varones 6:1 (BN)
- Posibilidad de recuperación: <50%
- Riesgo de morir: 6.6 a 15%

En la Ciudad de México, un 0.9% hombres y 2.8% mujeres sufren de trastornos de la conducta alimentaria.

Se ha registrado un incremento importante (DF), de conductas alimentarias alteradas, pasando en hombres de 1.3% a 3.8% y en mujeres de 3.4% a 9.6%, entre 1997 y 2003 respectivamente

Factores de riesgo (Barriguete, 2006):

Son factores predisponentes, que ponen a la persona en riesgo de padecer algún TCA. Aunque su presencia no significa necesariamente que se padecerá un trastorno alimentario, son una señal de alerta. Entre estos factores están:

- *Los factores individuales:* los hay biológicos, como el sexo, la edad, la herencia genética, y en algunos casos la obesidad; y psicológicos, como el tipo de personalidad, baja autoestima y valores enfocados primordialmente hacia el cuerpo y la figura.
- *Los factores familiares:* cuando las alteraciones en el entorno familiar pueden ser problema de fondo que lleven a una joven a caer en trastornos alimentarios.

- *Los factores socioculturales* principalmente, una sociedad obsesionada con la delgadez, obsesión que provoca una insatisfacción con la propia imagen corporal.

Sexo: aunque los TCA se presentan predominantemente en las mujeres, últimamente se ha observado que el número de hombres que los padecen va en aumento. La exigencia de tener un cuerpo excesivamente musculoso los ha orillado a sufrir de insatisfacción con su propia imagen corporal y a padecer también un trastorno llamado disformia muscular o vigorexia en el que los hombres musculosos se perciben así mismos delgados o poco desarrollados. Este desorden se ha asociado con baja autoestima, ansiedad, cambios de humor y desórdenes alimentarios, lo que los impulsa a pasar un tiempo excesivo en los gimnasios y a consumir esteroides anabólicos, con las graves consecuencias que implica su uso, los cuales pueden incluir la muerte (Romin, 2005).

Genéticos: por razones neurobioquímicas las mujeres parecen ser más susceptibles que los hombres de padecer algún TCA. Además, se ha observado que existe predisposición genética relacionada con los trastornos alimentarios. Esta disposición biológica, sumada a la presión social para adelgazar, provoca el que el número de mujeres que sufren TCA sea mucho mayor que los hombres (Romin, 2005).

Edad: los TCA se presentan principalmente en la adolescencia o en la juventud temprana, en edades que suelen situarse entre los nueve y los veinticinco años. La

bulimia nerviosa tiene un comienzo más tardío, alrededor de los 18 a 20 años de edad, a lo cual contribuye el hecho de que un buen número de casos de bulimia nerviosa se dan en pacientes que han sufrido anorexia nerviosa previamente.

Sin embargo, igualmente los problemas para comer en la temprana infancia y problemas digestivos, relacionados con síntomas de miedo a subir de peso al crecer, se relacionan con los trastornos de la conducta alimentaria.

Psicológicos: las pacientes anoréxicas presentan rasgos de personalidad obsesiva-compulsiva; introversión, rigidez, timidez, irritabilidad, así como autoexigencia muy elevada. Por su parte, las pacientes bulímicas presentan frecuentemente trastorno antisocial, trastorno límite de la personalidad, que se caracteriza por la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, una notable impulsividad y ansiedad, así como uso de drogas.

Factores familiares (J.L. Salinas, 1992):

La familia es generadora de interacciones entre sus miembros, así como transmisora de creencias y mitos que pasan de generación en generación.

El individuo que desarrolla el trastorno alimentario afecta a todo su contexto familiar, generando por un lado una serie de problemas relacionados con su enfermedad y exigiendo, por otro, una serie de adaptaciones para la adecuada resolución de su conflicto.

La conducta de sus miembros bien puede contribuir a mitigar los síntomas y promover salidas más saludables para el paciente y sus familiares, o bien enredarse de modo tal que refuerce, exacerbe e incluso detone la enfermedad.

En varios estudios se han detectado problemas familiares en los pacientes con TCA. Se trata de familias con conflictos y con incapacidad para establecer relaciones de ayuda mutua.

El paciente puede ser la consecuencia de una familia que exige un tratamiento global mediante una terapia familiar.

También influye el que los hijos han pasado de una posición periférica al interior de la familia a una posición absolutamente central: los padres giran en torno a las necesidades de sus hijos y son evaluados como “buenos o malos padres”.

La prolongación de la fase de dependencia de los hijos con respecto a los padres, genera una postergación de las responsabilidades de auto cuidado en el ciclo vital de los hijos.

Es común encontrar las siguientes características entre las familias con un miembro que presenta síntomas anóxicos y bulímicos, principalmente: (J.L Salinas, 1992):

- Padres sobre protectores y sobre exigentes.
- Padres con roles tradicionalmente complementarios y rígidos.
- Familias que tienden a evitar conflictos.

- Familias con patrones rígidos de comunicación donde los mensajes verbales contradicen los mensajes no verbales. Por ejemplo, “Me da mucho gusto que vayas a salir” (dicho con tono lastimoso).
- Familias “entrelazadas”, con falta de límites al interior.
- Familias muy cerradas hacia el exterior (“somos diferentes y lo nuestro es mejor”).
- Familias con estructuras jerárquicas difusas.
- Padres poco implicados en el cuidado y protección de los hijos, así como en su proceso educativo.
- Renuencia al cambio pensando que el único problema de la familia es la enfermedad del miembro sintomático.

Además dentro de la familia hay costumbres que son transmitidas y que pueden tener una repercusión significativa en el peso, como el régimen alimentario, que se refiere a lo que se ingiere de rutina, los horarios y lugares en los que se come, etc.

La responsabilidad de los padres, es ofrecer una alimentación sana, pero es a los hijos a quienes toca decidir cuánto comer.

Factores socioculturales: como la cultura de la delgadez, ésta se sobrevalora al igual que la imagen corporal perfecta, por lo que los trastornos alimentarios pueden considerarse como una enfermedad socialmente promovida. (H. Madrigal, 1999).

La moda impone con tal fuerza que influye de modo alarmante en el desarrollo de estos trastornos, los cuales pueden conducir hasta la muerte.

Los medios de comunicación masiva, a través de las revistas, la moda, la televisión, etcétera, son en gran medida responsables de ejercer una influencia sociocultural que favorece la delgadez extrema y la imagen corporal “perfecta” como valores muy deseables.

Por otro lado, los cambios sociales han influido en el aumento de este problema, con la activa participación de la mujer y el rápido cambio de roles pareja, familia, trabajo, sociedad, etc., generando una alta exigencia social y altos niveles de presión y autoexigencia, desde edades muy tempranas; aunado a modelos estéticos físicamente ideales en mujeres, mayormente que en varones.

Los trastornos de la alimentación son conductas de riesgo que puedan llevar a otros padecimientos como: obesidad, adicción al tabaco, alcohol y sustancias psicotrópicas.

Para evitar el padecimiento de los TCA se recomienda una alimentación saludable en los adolescentes, que cumpla con las siguientes características (NOM-Oficial-043):

Adecuada: se adapta al tamaño corporal, edad, actividad, estado de salud, posibilidades económicas y zona climática donde se vive.

Completa: que contenga todos los nutrimentos. Se recomienda incluir en cada comida de los 3 grupos de alimentos.

Equilibrada: que incluya todos los grupos de alimentos (Grupo I, Frutas y Verduras, Grupo II, Cereales y Tubérculos, Grupo III, Alimentos de Origen animal y Leguminosas) en las proporciones adecuadas entre sí.

Es decir evitar exceso o deficiencias.

Variada: que se ingieran diferentes alimentos de cada grupo.

Suficiente: que cubra todas las necesidades de todos los nutrimentos, de tal manera que el sujeto adulto tenga una buena nutrición y un peso saludable y en el caso de los niños, que crezcan y se desarrollen de manera adecuada.

Sana: es decir normal, aquélla que resulta imperfecta, es decir, que de vez en cuando incluye alimentos que no son tan sanos. Está libre de obsesiones, es totalmente individual y adaptada a cada persona.

Inocua: Libre de microorganismos patógenos que afecten la salud.

Es cíclica, es decir; podemos cambiar de gustos por semanas meses o temporadas del año.

Es rítmica, lo cual significa que obedece a ritmos en los que nos sentimos hambrientos antes de cada comida y totalmente satisfecho después de ésta.

También es necesario tener moderación en el consumo de aceites, mayonesas, semillas (cacahuates, almendras, nueces), aguacate, crema y mantequilla por su elevado contenidos de lípidos; asimismo se recomienda tener precaución en la inclusión de refrescos, jugos y postres por su considerable aporte de hidratos de carbono simples.

Una vez que se han logrado identificar las características de la alimentación correcta hay que ponerlas en práctica, tanto dentro como fuera de casa y, sobre todo, compartirlas con la familia.

Es importante integrar el placer de comer.

Hay ciertas conductas que marcan la diferencia entre tener un trastorno de la alimentación o no tenerlo. Se puede considerar que sí lo hay cuando la conducta se rige a través de la comida y el peso (Herscovici, 1996).

Para determinar si existe un trastorno es preciso plantearse algunas preguntas (Gerard Rusell, 2003):

- ¿Has pospuesto vacaciones por “no haber bajado lo suficiente”?
- ¿Tienes un régimen de alimentación autoimpuesto y restrictivo?
- ¿Frecuentemente comes para sentirte más tranquila, para después sentirte culpable por haberlo hecho?
- ¿Buscas comer a solas o te escondes para comer?
- ¿Tomas mucha agua para sentirte “llena”?
- ¿Tardas mucho en comer y desmenuzas cuidadosamente tu alimento?
- ¿Constantemente estás pensando en la comida o en tu peso?⁴
- ¿Te pesas diariamente o incluso varias veces al día?
- ¿Consideras que el control sobre la comida demuestra tu autocontrol en otros aspectos de tu vida?
- ¿Piensas que tus problemas se mejorarán tan sólo llegues a tu “peso ideal”?
- ¿Te percibes con sobrepeso mientras que otros no coinciden contigo?

⁴ Cuando las personas padecen algún trastorno alimentario, generalmente pierden la capacidad de reconocer cuándo tienen hambre y en qué momentos están satisfechos. Es decir, han perdido las señales de hambre y saciedad, estímulos neurobiológicos que hay que respetar para poder regular nuestro consumo de alimentos, que se refleja en el peso corporal.

El contestar sí a estas preguntas, indican algún grado de problema con la alimentación. Pero lo importante es entender que el primer riesgo es el aprendizaje por parte de las niñas y adolescentes de esta actitud, transmitido en un lenguaje verbal y no verbal por parte de la madre.

La madre quiere controlar la alimentación de la hija; ella puede aceptar el control, o rebelarse, ambas son reacciones negativas en la relación con la alimentación.

Aunque las dietas son socialmente normales, no necesariamente son reflejo de una conducta sana.

Y por ello resulta complicado reconocer que se tiene un trastorno, y es más complicado aún acercarse a alguien para pedir ayuda. La manera de tener una alimentación saludable comienza dentro de la familia, en la infancia, siguiendo las siguientes recomendaciones (Nicholls, 2005):

- Procurar no darle a la comida otro valor más que el de sus propiedades nutritivas, desde bebés. No usar la comida como premio, como un sustituto de sentimientos o como castigo.
- Darle al niño amor incondicional, quiéralo por lo que él es, no por lo que él hace, o por cómo es.
- Poner atención a los hábitos alimentarios de sus hijos, sobre todo si deciden hacer dietas restrictivas.
- NUNCA comentar a sus hijos adolescentes acerca de su peso en forma peyorativa.
- Si hay un problema real de sobre peso, ellos solos se darán cuenta y lo manejarán cuando estén listos para hacerlo.

- El significado del alimento ha cambiado de generación en generación.
- Es importante proporcionar una alimentación balanceada, sin insistir en la cantidad o calidad que cada persona consume.

CONCLUSIONES

Es importante entender que debido a los estándares de belleza hoy manipulados por los medios de comunicación, el proceso de comparación social puede tener un impacto negativo en la insatisfacción de la figura corporal de las mujeres y, como se observa en los datos, también en los hombres. En México, en particular, hay que tomar en cuenta que el tipo de físico difiere de manera importante con respecto al ideal prevaleciente, como se puede constatar en los siguientes datos: La estatura promedio de la mujer mexicana es de 152.9 cm, característica que se da más en detrimento de la longitud de las piernas, además que a menor talla aumenta el IMC índice de masa corporal; y, por otro lado, como indican los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición⁵, las mujeres mexicanas con sobrepeso y obesidad representan porcentajes importantes de adiposidad central, lo que contribuye a alejar-

⁵ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, (ENSANut 2006). México: Instituto de Salud Pública (INSP).

las de la figura ideal promovida por los medios masivos de comunicación y que aunado a la estigmatización de la gordura puede contribuir al desarrollo de TCA.

Por último, el culto hacia la delgadez, a la figura ideal, a modelos con determinada estatura y complejión física, hace que muchas personas, en particular los jóvenes, se sientan descontentos con su figura, con su propio cuerpo, que rechazan por completo o a alguna de sus partes. Esto provoca diversos malestares que pueden llevar a la aparición de ciertos trastornos emocionales, acompañados de distorsión de la propia imagen corporal y de la búsqueda, a toda costa, del ideal de belleza; que no siempre resulta accesible o racional en función del genotipo u otras razones genéticas o culturales.

Se trata sencillamente de que los adolescentes busquen de manera racional la belleza y el atractivo personal, que se consigue mediante la adopción de hábitos correctos de aseo personal; realización de ejercicios físicos de manera racional; una dieta correcta y adecuada, así como también mediante el cultivo de la armonía y la tranquilidad interior.

Algunas instituciones en México que ofrecen apoyo en trastornos de la conducta alimentaria son: Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Medicas Salvador Zurbirán , www.innsz.mx; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón del Fuente www.inpr.org.mx; Instituto Nacional de Pediatría, www.pediatria.gob.mx; Clínica Avalón, www.avalon.com.mx; Clínica Juval Ellen West, www.juval.com.mx. (Cecilia Silva, 2007).

FUENTES DE CONSULTA

- Barriguete, J. A.; Viladoms, A. (2008). "Trastornos de la conducta alimentaria" en *Revista Odontológica Mexicana*, Vol. 12, Núm. 2, Junio, 2008.
- Castillo, Gerardo (2001). *Los Adolescentes y sus problemas*. México: Editorial Minos.
- Encuesta Nacional de Nutrición 2006 (ENSANut 2006)*. México: Instituto de Salud Pública.
- Fiarburn, C.; Harrison P. (2003). "Eating Disorders". *The Lancet*, 361:407-416.
- Franco, D.; Thompson, D.; Bauserman, R.; Affenito, S.; Streigel-Moore, R. (2008). "What's love got to do with me? Family cohesion and healthy eating behaviors in adolescents girls". *International Journal of Eating Disorders*, 41:360-367.
- Gorab, Alicia; Iñarritu, Ma. Del Carmen (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y Bulimia*. México: Dirección de Divulgación de la Ciencia, UNAM.
- Heinberg, I. J. *et al.* (1995). "Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire". *International Journal of Eating Disorders*, 17:81-9.
- Herscovici, Cecile R. (1996). *Esclavitud de las Dietas*. Argentina: Paidós.

- Madrigal, H.; De Irala, J.; Martínez, M.; Kearney, J.; Gibney, M.; Martínez, A. (1999). "Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición". México: *Salud Pública*, 41: 479-486.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV(1998)*. México: Mason.
- Nicholls, D.; Viner, R. (2005). "Eating disorders and weight problems". *BMJ*, 330:950-953.
- Norma Oficial Mexicana 043-SSA2-2005. Servicios Básicos de Salud. Promoción y educación para la salud alimentaria.
- Romín (2005). *Todo sobre los Trastornos de la Alimentación*. Argentina: Dos Tintas Editores.
- Russell, Gerard F.M. (2003). "Evolución Histórica y Síntomas Nucleares en la AN", en: Rojo L., Cava G. (Eds.). *Anorexia Nerviosa: Desde Sus Orígenes Al Tratamiento*. Madrid: Ariel.
- Salinas, J.L.; Pérez P.; Viniega, L.; Barriguete, M. J. A.; Casillas, J.; Valencia, A. (1992). "Modelo Psicodinámico Sistémico de Evaluación Familiar". *Revista Investigación Clínica*, Vol 44, No.2. México. p 169-188.
- Silva, Cecilia (2007). *Cómo prevenir, detectar y qué hacer si se presentan Trastornos Alimentarios*. México: Editorial Pax.

Copyright of Hospitalidad ESDAI is the property of Universidad Panamericana and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.