

[9]

Alimentación y nutrición



María del Rocío Ortiz Montcada

- [Universidad de Alicante - Universidad del Atlántico (Colombia)] -

20 kg

4

Nutrición:

trastornos de la

conducta

100 kg

alimentaria

0 kg

50 kg

60 kg

70 kg

80 kg

90 kg

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades que posiblemente hayan existido siempre. Según las diferentes épocas históricas, sus descripciones han determinado la justificación en los comportamientos actuales de los TCA. Es reconocido que las mujeres desarrollan con mayor frecuencia desórdenes de la conducta alimentaria que los hombres, y el género femenino generalmente es considerado un factor de riesgo importante para los TCA. Al contrario de lo biológico, el rol del género es un constructo social del estereotipo cultural de lo que se considera como un comportamiento típicamente masculino o femenino. La mayoría de trabajos reconocen la importancia de los fenómenos sociales y culturales en el origen y el mantenimiento de los trastornos alimentarios. Sin embargo, existen pocas investigaciones empíricas en el ámbito español que se aproximen al fenómeno desde una perspectiva social y cultural con el enfoque de género.

Por tanto, el objetivo de la unidad es sensibilizar a los participantes de la importancia del enfoque de género en los trastornos de la alimentación como una patología especialmente reconocida en mujeres. Se revisarán conceptos básicos en salud con enfoque de género. Desde ésta perspectiva, se invita a todos los actores implicados en la formación de los TCA, a analizar la literatura científica con un sentido crítico, que conduzca al avance tanto en la prevención de estos trastornos como en la promoción de prácticas saludables. Principalmente, se requiere de un mayor desarrollo de evaluación de las estrategias preventivas y de promoción de la salud, donde participen diferentes actores. Especialmente la voz de las mujeres quienes tienen qué decir, de manera que no solamente se visibilicen como protagonistas de la enfermedad, sino que se visibilicen como gestoras en el cambio de su propia realidad como mujeres.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD

Al finalizar el estudio de esta unidad los/las participantes de este curso serán capaces de...

- 1.- **Evidenciar** la relación y significado de la alimentación y nutrición y su asociación con el comportamiento alimentario motivados por factores que lo condicionan.
- 2.- **Analizar** las diferentes definiciones conceptuales y significados de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) desde la construcción científica.
- 3.- **Explorar** las posibles conductas de tratamiento y prevención.
- 4.- **Reflexionar** desde el enfoque de género las posibles razones de la especificidad femenina de los trastornos alimentarios.



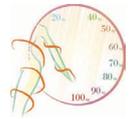
1. Introducción al significado de la alimentación y su asociación con el comportamiento alimentario

Comer es una necesidad primaria que todos los seres requieren para vivir, siendo el alimento la necesidad y los nutrientes los requerimientos para vivir. Alimento y nutrientes son diferentes conceptualmente, ya que el primero es lo que vemos y nos atrae para comer, mientras que los nutrientes no los vemos, forman parte intrínseca de los alimentos, que permite nutrarnos. Cumplen una función fisiológica que engloba la alimentación y nutrición. Este proceso interno requiere a su vez de un contexto externo de disponibilidad y acceso a los alimentos para su consumo. La ingestión del alimento requiere de un proceso de digestión que, en últimas, es la descomposición del alimento en sus nutrientes y la absorción de los mismos para la construcción y mantenimiento de todos los tejidos del organismo (metabolismo).

Pero los alimentos no sólo se componen de nutrientes, sino también de significaciones. Su función no es estrictamente fisiológica, sino también social –se come también para compartir con otras personas-. Y no se digieren de forma exclusiva mediante procesos internos metabólicos, sino también a través de representaciones que le vienen de fuera y que han sido generadas por el entorno cultural. De este modo, el ser humano no come todo lo que está a su alcance, ni su organismo es capaz de absorber todo lo que esta disponible en los alimentos. En su necesidad de alimentarse, come alimentos de origen diferente, pero entre las opciones que le presenta el medio. Así cada individuo, a partir de la disponibilidad de alimentos, clasifica lo que es comestible y no comestible, lo que prefiere y no prefiere, lo recomendable y no recomendable para su salud, lo que tolera y lo que rechaza, y a los que puede acceder para comprar o los que no puede adquirir. Aprende y se acostumbra a seleccionar y a jerarquizar los alimentos. Es selectivo a partir de su condición individual y personal.

Desde estas perspectivas, el comportamiento alimentario de los seres humanos se mueve dentro de un círculo que le da su especificidad biológica, social y cultural, acorde con el significado que entraña la alimentación.

En este sentido existe literatura documentada proveniente tanto del sector sanitario, como desde la antropología y la sociología, que relacionan el comer y no comer con los problemas asociados con el comportamiento alimentario. En la cotidianidad de los individuos comer mucho o poco es complejo en sí mismo, pues está matizado por la subjetividad social y delimitado por cada cultura⁽¹⁾ Ya que no todos los individuos tendrían que conocer en términos de peso la cantidad que deben ingerir. El comer/no-comer fija jerarquías asentadas en la clase, casta, etnia, religión y género, que se mantienen a través del control diferencial en el acceso, distribución y uso de los alimentos.⁽²⁾ Así como el comer reviste diferentes significados sociales, culturales y psicológicos, más allá de lo nutricional, lo mismo sucede con el



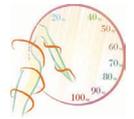
no comer⁽³⁾. En muchos países existen restricciones a determinados alimentos o comidas, como prohibiciones colectivas, en otras ocasiones son punitivas que se relacionan con tabúes establecidos y justificados ya sea por la religión, la historia, la economía, la geografía y la salud y nutrición⁽⁴⁾. Por ejemplo los judíos tienen prohibido comer carne de cerdo, los musulmanes carne de cerdo y alcohol y los hindúes comer carne de vaca y cuajada.

Comer o no comer, es una respuesta desde el punto de vista de salud-nutrición una respuesta fisiológica al hambre, además está determinada por otros símbolos y valores, que condicionan el contexto relacionado con: 1. el ambiente y su disponibilidad alimentaria, 2. con las costumbres culturales, 3. sus determinantes sociales que estipulan las formas corporales, 4. las conductas alimentarias como a la decisión individual de comer o no comer. Por tanto es importante plantearse a la hora de explicar los trastornos del comportamiento alimentario las diferencias de símbolos y valores existentes entre diferentes clases sociales, grupos étnicos y religiosos, grupos de edad y de género, así como las diferencias entre los individuos. El hecho de comer o no comer, lleva implícito consecuencias en el exceso, o en la restricción, ocasionando enfermedades como la obesidad, la anorexia y la bulimia nerviosa, ya sea por exceso por defecto. Denominadas también patologías de la sociedad de abundancia o del bienestar, que terminan siendo paradójicas⁽⁵⁾.

Hoy en día la anorexia y la bulimia son agrupadas entre los problemas mentales, debido a que se han considerado principalmente de origen psicológico, mientras que la obesidad, ha sido clasificada como una enfermedad de tipo metabólico. Sin embargo, la obesidad se ha considerado en estudios vinculada de forma global con el resto de los TCA por sus claros orígenes y consecuencias sociales que la hacen susceptible de ser considerada en numerosos casos como un trastorno cultural⁽⁶⁾. Para el propósito de esta unidad, sólo se hará referencia a la bulimia y a la anorexia, sin incluir el estudio de la obesidad, por la magnitud y especificidad de cada patología.

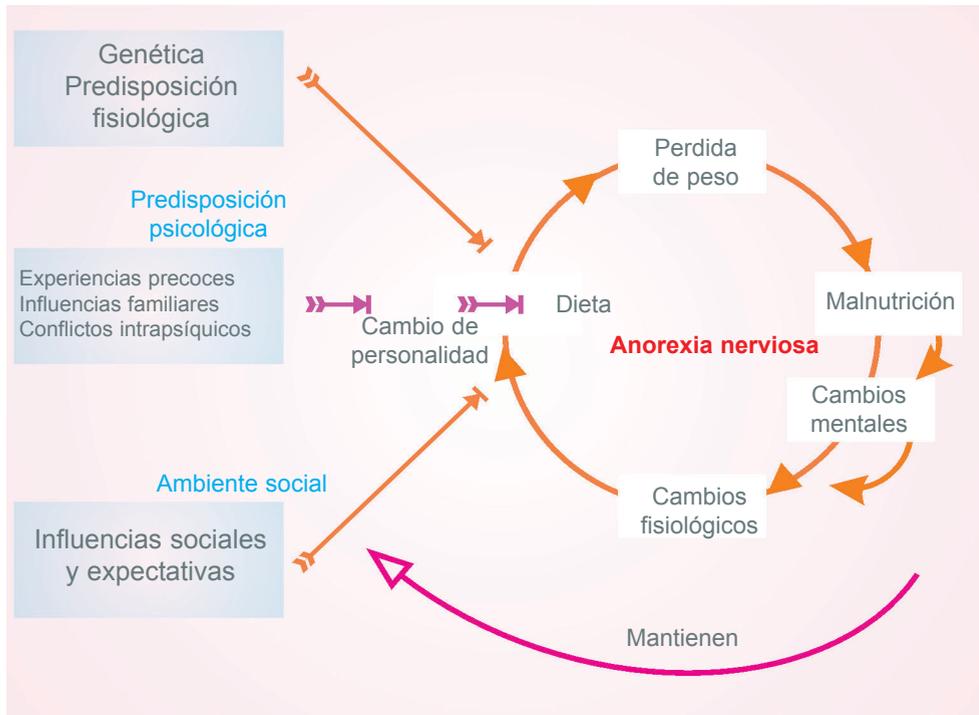
2. Modelos Conceptuales

No hay un único mapa conceptual que represente un Modelo Explicativo. Las corrientes para explicar los determinantes de los TCA son variadas, según del campo del que procedan, con mayor énfasis en algunos factores que en otros. En general las corrientes están basadas de teorías psicológicas aceptadas y estudiadas por médicos, psiquiatras y psicólogos. Entre los modelos explicativos se encuentra el Psicoanálisis Clásico, el modelo Conductual y los modelos Multicausales. Este último grupo de modelos multicausales son los más referidos, sin embargo dependiendo del tipo de estudio se utiliza uno u otro.



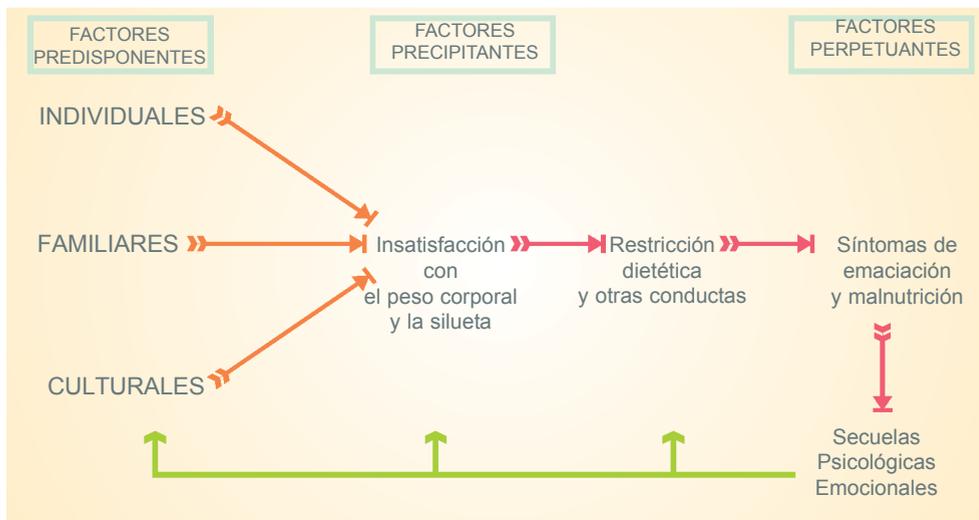
ción de tres tipos de factores, predisponentes, precipitantes y perpetuantes, como un proceso que desencadena la sintomatología final, como se observa en la Fig. 3.

Figura 2. Modelo biopsicosocial de Ploog y Pirke



Fuente: Ploog y Pirke, citado por Lechuga JL et al, 2000

Figura 3. Modelo biopsicosocial de Garne DM, para la Anorexia Nerviosa



Fuente: Garner DM. Citado por Gandarillas y Febrel, 2000

Algunos estudios han propuesto conocer la contribución relativa de los diferentes factores de riesgo en el desarrollo de los TCA, así como definir cuales son específicos de la Anorexia Nerviosa (AN) y de la Bulimia Nerviosa (BN). Algunos estudios de casos y controles,^(12,13) concluyen que una serie de factores comunes a la AN y a la BN, a la población sana, como también



son compartidos por otros trastornos psiquiátricos. Los factores relacionados con el ser personas perfeccionistas y la baja autoestima, parecen ser frecuentes en los trastornos de AN y BN. En el desarrollo de la BN los factores que incrementan la probabilidad de hacer dieta parecen tener mayor importancia que en la AN, así como también el antecedente de obesidad en los padres parece ser un factor diferenciador de mayor riesgo en la BN. La timidez, soledad y sentimientos de inferioridad se manifiestan más en la BN, mientras que la evaluación negativa de sí mismos es un factor de riesgo para sufrir AN⁽¹⁴⁾.

2.1.1 MODELO CONCEPTUAL DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Los modelos de origen multifactorial o multicausal son aceptados en la actualidad, para explicar los factores implicados en los TCA. Específicamente para la AN se acusa a los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes o mantenedores que interactúan desencadenando la sintomatología propia de la AN.

2.1.1.1 Factores predisponentes

Factores individuales: relacionados con factores genéticos, biológicos⁽¹⁵⁾ y psicológicos. Entre los factores genéticos se encuentra la presencia de hermanos de enfermos, y la presencia de obesidad en las madres de las anóricas entre otros⁽¹⁶⁾. Entre los biológicos se relacionan a los factores de mujer adolescente, pubertad, llegada a la menarquia con un índice de masa corporal (IMC) alto o bajo. Los factores psicológicos relacionados con traumas psicológicos o físicos, rasgos personales (baja autoestima, perfeccionismo, trastornos afectivos y elevado rendimiento escolar).

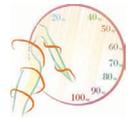
Factores familiares: Historia de TCA en familiares de primer orden de sexo femenino, Trastornos afectivos y Abuso de alcohol y otras drogas.

Factores culturales: Presión social primando modelos de delgadez.

2.1.1.2 Factores precipitantes

Estos factores se conocen con menor claridad, por la dificultad en determinarlos en forma precisa durante el proceso de la enfermedad. Se hace difícil distinguir entre los factores predisponentes y los precipitantes. Algunos autores⁽⁹⁾, han incluido dentro de estos factores precipitantes otros ya incluidos dentro de los predisponentes como los factores de origen social y cultural asociados a problemática familiar. Una excepción es la restricción dietética que invariablemente se presenta como elemento precoz para contrarrestar la insatisfacción corporal.

Otros factores precipitantes descritos son los acontecimientos ante situaciones de estrés (como el abandono del hogar, historia de abuso sexual, estancia en el extranjero, entrada a la universidad, sentimiento de pérdida y el embarazo). Como también situaciones que pueden provocar restricción dietética (obesidad percibida, comentarios críticos sobre la estética corporal y la depresión)⁽¹⁴⁾.



2.1.2 BULIMIA NERVIOSA

2.1.2.1 Factores predisponentes

Exceso de peso, ayuno, baja autoestima, trastornos de la personalidad, predisposición biológica y, conflictos familiares, entre otros

2.1.2.1 Factores desencadenantes

Presencia de situaciones estresantes, trastornos emocionales, restricción alimentaria y anorexia nerviosa.

2.1.2.3 Factores de mantenimiento

Realización de dietas permanentes, conductas alimentarias anómalas, e imagen corporal negativa.

2.2 PSICOANÁLISIS CLÁSICO

La corriente psicoanalítica inicia su desarrollo desde la década de los 30, con Sigmund Freud, relacionando con factores que parten de la psiquis de cada individuo. Consideró que el apetito era una manifestación de la libido, relacionando las prácticas restrictivas con problemas sexuales no resueltos, incluyendo la anorexia dentro del grupo de conductas neuróticas.⁽¹⁷⁾ Algunos autores centran los factores en el deseo y el objeto.⁽¹⁸⁾

En el modelo del psicoanálisis los factores familiares son determinantes en el desarrollo de los TCA. La relación familiar, especialmente la de madre-hija, desarrolla una relación proteccionista, con consecuencias comportamentales complejas en la hija, de actitudes vinculantes con y el alimento⁽¹⁹⁾. Estos modelos han sido criticados por, la falta de rigor científico en sus interpretaciones y por la falta de estudios controlados que verifiquen sus postulados. La ausencia de estudios empíricos que demuestren la relación causa-efecto de las relaciones familiares conflictivas en la infancia de los pacientes y sus repercusiones en la edad adulta, no permiten generalizar este modelo a toda la población⁽¹⁰⁾.

2.3 MODELOS CONDUCTUALES

En el enfoque conductual se consideró la conducta como aprendida ya fuera positiva o negativa, con la presencia de procesos cognitivos. No se reconocía en la conducta la existencia de los procesos interiores como se tenía en cuenta en el psicoanálisis. Los trastornos alimentarios forman un complejo patrón conductual caracterizado por conductas que se adquieren y se mantienen en el tiempo como consecuencia de reforzadores y castigos externos y/o internos. En la anorexia se producen refuerzo y aversión de estímulos y ansiedad, provocadores de la respuesta de la no alimentación. El refuerzo positivo de la conducta anterior sería la delgadez y su consecuente sensación de autocontrol⁽²⁰⁾.

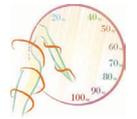
Dentro de los modelos conductuales, se incluyen los planteamientos conductual-cognitivo. Se plantea que los pensamientos median entre las variables estímulo y respuesta de los sujetos. Las conductas características de los sujetos con trastornos alimentarios son en parte el resultado de las distorsiones cognitivas y las alteraciones de la imagen corporal. Específicamente el propuesto para explicar la BN con su secuencia de acontecimientos hasta producirse el atracón y conducta purgativa, así como el ciclo bulímico. Figura 4. La ansiedad es el factor más importante en la enfermedad, la conducta atracón-purgación acentuado por la ansiedad, se desarrollan en un círculo vicioso donde ésta, genera la conducta de atracón y posteriormente se genera mayor ansiedad ante el miedo a engordar por lo que la respuesta será el vómito. Según Fairburn y Beglin⁽²¹⁾, lo más importante en el tratamiento era destruir la dinámica de dieta restrictiva-atracón-vómito, e instaurar un patrón de ingesta adecuado, modificando los pensamientos y creencias distorsionadas y erróneas, identificando la naturaleza de los problemas que precedían a los atracones para intentar solucionarlos⁽²²⁾.

Figura 4. Modelo conductual-cognitivo de Fairburn CG et al., para la Bulimia Nerviosa



Fuente: Fairburn CG citado por Gandarillas y Febrel, 2000

Los enfoques conductuales proponen factores causales únicos, sin relacionarlos con otros factores, lo cual no pueden dar cuenta de todos los determinantes implicados en los trastornos de la alimentación pues es improbable reducir a un único factor su complejidad. Específicamente en la bulimia este enfoque conductual-cognitivo puede desarrollarse en personas que no parecen tener otros problemas pero desarrollan conductas bulímicas debido a factores culturales, o como síntoma asociado a trastornos afectivos, o



a otros determinantes. Por otro lado, en estos enfoques parece haber pocos instrumentos de evaluación específicos, centrándose especialmente en el desarrollo de técnicas de tratamiento.

2.4 MODELO EXPLICATIVO DE STRIEGEL-MOORE CON ENFOQUE DE GÉNERO

Hay otros modelos explicativos, como el desarrollado por Striegel-Moore⁽²³⁾, quien elaboró un modelo evolutivo para explicar la aparición del trastorno en la adolescencia y su mayor ocurrencia en mujeres. Señala que el conjunto de factores socioambientales, la interiorización del rol sexual, unido a la presión estresante de la adolescencia y la creencia y adopción del mito de la **superwoman** podrían explicar la aparición de un trastorno de la alimentación.

3. Clasificación y definiciones de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA)

El término de eating disorders, es traducido al castellano como trastornos del comportamiento alimentario. En una primera aproximación los TCA revelan conceptualmente una orientación básicamente psicomédica en términos de problemas de conductas desordenadas, confusas y poco normales. A pesar de las críticas que ha recibido éste término, es el utilizado por las disciplinas que se han dedicado a su estudio y abordaje⁽²⁾.

La clasificación de los TCA ha ido cambiando a través de la historia, originariamente con una mirada clínica.

3.1 CONSTRUCCIÓN Y EVOLUCIÓN DE LOS TCA DESDE EL DISCURSO MÉDICO-CLÍNICO Y SU IMPLICACIÓN CON EL GÉNERO

Desde finales del siglo XIX, los aportes de los médicos William W. Gull⁽²⁴⁾, (internista inglés) y Charles Laségue⁽²⁵⁾ (neurólogo francés) en 1873 ofrecen las primeras aportaciones para la definición y orientación diagnóstica de la anorexia. La Tabla 1., muestra comparativamente las conclusiones a que llegan sus respectivos trabajos realizados en forma paralela en Inglaterra y Francia. Para los dos médicos la anorexia se centra en las mujeres, con una estigmatización social que incluye solo a las mujeres burguesas. La definición de la anorexia por cada autor depende del campo donde proviene, así Gull, la define desde el punto de vista orgánico como **anorexia nerviosa**, y Laségue como **anorexia histérica**. Gull especifica un tratamiento con una orientación médica y de aislamiento. Se podría decir que con estos autores se inicia el proceso de medicalización para las mujeres.



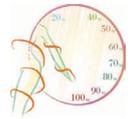
Contreras y Gracia (2005)⁽⁵⁾ hacen un análisis crítico con un enfoque de género, sobre la forma de interpretación de las conductas femeninas que Lasègue y Gull le dan a las mujeres como conductas **desviadas**. Consideran que estos médicos discurren desde un pensamiento lógico y racional masculino, con argumentos androcéntricos, mostrando a las mujeres como personas emocionales y propensas a la desviación y locura. Comentan que Lasègue y Gull para objetar científicamente sus teorías, asumen la naturaleza irracional de las mujeres como propia. Situaron la anorexia en el discurso de la feminidad y la presentaron como una perversión mental, propia de mujeres jóvenes inherentemente irracionales y emocionalmente inestables. Además estos médicos estudiaron causas orgánicas en las mujeres anoréxicas intentando buscar explicaciones, pero no tuvieron éxito. Por tanto centran su atención en la mente, atribuyendo sus causas al estado psíquico provocados por la vida marital, sexual y emocional de las mujeres, que las acarrea a una especie de locura.

En las dos décadas siguientes, los criterios de Gull fueron aplicados en la práctica clínica por especialistas psiquiatras, y el tratamiento en régimen de aislamiento se extendió como el sistema más eficaz. Se asume que el entorno social y familiar es decisivo en su emergencia, que justifica el internamiento manicomial (como en la histeria)⁽¹⁷⁾.

Se explican nuevas hipótesis causales de la anorexia desde un punto de vista somático y endocrino, explicadas por disfunción de la hipófisis. O desde el psicológico como trastornos de conductas neuróticas. Básicamente la definición y tratamiento se encuentra entre lo orgánico y psicosomático^(26,27). Durante varias décadas (1940-1970) se realizaron numerosas investigaciones para determinar los orígenes causales en diversos ajustes neuroendocrinos. Los estudios psicoanalíticos realizados desde la psiquiatría, la psicología, la neurología y la endocrinología^(28,29,30).

Tabla 1.- Construcción histórica de la anorexia en 1873

William W. Gull	Charles Lasègue
Anorexia nerviosa	Anorexia histérica
Origen: enfermedad diferente a la inanición y a las enfermedades orgánicas (cáncer). Afectaba a la mujeres burguesas entre 16 a 30 años.	Origen: la anorexia era un tipo de histeria, relacionada a la histeria del centro gástrico, que afectaba a mujeres jóvenes burguesas.
Orientación: su propósito fue tener mayor comprensión de los síntomas para establecer diagnósticos clínicos.	Orientación: su propósito fue contribuir al estudio de la histeria, entendida como una enfermedad neurológica, y sus distintas formas clínicas.
Factores determinantes: edad, modo de vida, relaciones familiares y sociales.	Factores determinantes: edad, modo de vida, relaciones familiares y sociales.
Tratamiento: seguimiento estricto de la dieta calórica, cuidados físicos y reposo bajo la tutela de una enfermera experta, con aislamiento de familiares y amistades.	Tratamiento: no fue explícito. Señalo la dificultad de restablecer el funcionamiento de un estómago atrófico.



A partir de la profesionalización de la disciplina médica y de los psiquiatras, las enfermedades mentales se fueron extendiendo y perfilando, hasta la clasificación final de los TCA, teniendo en cuenta la edad de las mujeres y la aparición de síntomas psicóticos.

La difusión del conocimiento como definición normada de los TCA se lleva a cabo a partir del proceso de clasificación de las enfermedades mentales, realizado por el comité de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association -APA-) en 1952. Para ser utilizado en el campo clínico el APA se publica en forma de manual oficial con el nombre de Manual Diagnóstico y Estadístico y de las Enfermedades Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -DSM-). Esta clasificación de enfermedades mentales se incluye en la clasificación Internacional de Enfermedades -CIE-, para una nomenclatura uniforme de causas de mortalidad aplicables a todos los países. Posteriormente, en la sexta edición del CIE se encarga la Organización Mundial de la Salud -OMS-, quien por primera vez incluye las enfermedades mentales en un apartado específico. Finalmente, las TCA adquieren identidad propia, bajo el nombre de Trastornos de la Conducta Alimentaria en el DSM-III. Se incluyen dentro de los Trastornos de Inicio de la Infancia, la Niñez y la Adolescencia -TINA-. Los DSM se acuerdan para diagnosticar los trastornos mentales con el fin de instaurar tratamientos y adoptar decisiones en las diferentes situaciones clínicas. El trastorno mental ha sido definido como un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar, a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

La definición de los TCA dada en las DSM ha sido un proceso de construcción a través del tiempo que ha traído consigo beneficios como avances en la tecnología para el estudio diagnóstico, el interés por los estudios clínicos y epidemiológicos, como también aproximaciones terapéuticas. Desde el punto de vista del género, se ha impuesto un discurso médico de los TCA centrado en un estereotipo de la mujer, relacionado con el peso, la figura corporal y alteraciones psíquicas. Gil E.⁽³¹⁾ en su tesis doctoral hace una disertación muy interesante sobre éstos aspectos.

La tabla 2., muestra la evolución en la construcción de TCA, específicamente como ejemplo la AN, a través de las diferentes revisiones de los DSM que ayudaron a la definición clínica de la misma. Sin embargo es necesario reflexionar sobre el significado implícito de algunos criterios clínicos que han tenido importantes variaciones en periodos cortos. Esto posiblemente ha influido en una mirada sesgada sobre el género.

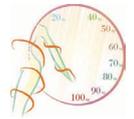
Todos los DSM sitúan a la AN especialmente como trastorno centrado en la mujer. Dependiendo de cada revisión afecta a un grupo de edad diferente. Por ejemplo, en el DSM-III⁽³²⁾ y DSM-III-R⁽³³⁾ estaba considerada como trastornos de mujeres entre los 12 y 18 años -infancia y adolescencia -. Mientras que en el DSM-IV⁽³⁴⁾ y DSM IV-TR⁽³⁵⁾, al aumentar la categoría de TCA con los TCA no-específicos (TCNE), la población que puede estar afectada se amplía a todas las mujeres. Esto podría resultar en un sesgo en el aumento de la frecuencia de aparición de estos trastornos, dado por el cambio en la focalización de la población, siendo en un principio adolescen-

tes y jóvenes, y posteriormente a mujeres de todas las edades.

Otro criterio significativo es el valor de pérdida de peso corporal considerado como patológico en los DSM. Se observa en la Tabla 2 que en el DMS-III se considera anormal una pérdida de peso hasta de un 25% por debajo del deseado teóricamente, y 7 años más tarde -DSM-III-R- el criterio cambia con un valor en la pérdida de peso de 15% por debajo del peso teórico. Esto podría tener implicaciones en la frecuencia de aparición de la enfermedad al extender la posibilidad de diagnosticar más pacientes que presentan al momento del diagnóstico una pérdida de peso del 15% y no del 25%. En relación con la nueva clasificación que se realiza en el DSM IV-TR, donde aparece una nueva categoría diagnóstica –TCANE–, también puede aumentarse la frecuencia de los TCA. Gil E. ilustra que según la definición de los TCANE, se trataría exclusivamente de mujeres que cumplen con los criterios diagnósticos, y su peso está entre los límites normales, con menstruaciones regulares. Por tanto con estos criterios se podría diagnosticar como enfermas a mujeres que tienen peso normal y menstruaciones regulares.

Tabla 2.- Construcción y evolución de la Anorexia Nerviosa desde el discurso médico-clínico, definidos a través de los Manuales Estadísticos y Diagnósticos de las Enfermedades Mentales (DSM)

DSM III 1ª ed. 1980	DSM III-R 2ª ed. 1987	DSM IV 3ª ed. 1994	DSM IV-TR 4ª ed. 2002
Miedo intenso a engordar, que no se pierde cuando se baja de peso	Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal	Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal	Intenso miedo a ganar peso
Alteraciones de la imagen corporal	Alteraciones en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal. Como por ejemplo una persona que se queja de ser obesa aun estando por debajo del peso normal	Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal. Exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal	Alteración de la imagen corporal
Negativa a mantener peso corporal por encima del mínimo normal según edad y talla. Pérdida de peso de al menos 25% del peso original. Por debajo de los 18 años, a la pérdida inicial hay que añadir el peso que correspondería ganar de acuerdo con el proceso de crecimiento y comprobar si entre los dos alcanza ese 25%	Rechazo contundente a mantener peso corporal por encima del mínimo normal según edad y talla. Pérdida de peso hasta un 15% por debajo del peso teórico o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el período de crecimiento, resultando un peso corporal de un 15% por debajo del peso teórico	Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla. 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	Negación o rechazo a mantener un peso corporal por encima del 85 % que es normal comparado con otras personas de la misma edad y sexo.
Ausencia de enfermedades que lo justifican	En mujeres, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos –amenorrea primaria o secundaria	En las mujeres pospuberales presencia de amenorrea. Por ejemplo ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos	En mujeres, ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos postmenarquia
		Se especifica el tipo: Anorexia: Tipo restrictivo y tipo compulsivo TCANE: peso normal	Bulimia: Tipo purgativo y tipo no purgativa



3.2 CLASIFICACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE LOS TCA

Según la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría⁽³⁷⁾ y el Manual de Estadística de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM IV-TR, 2002)⁽³⁵⁾, dentro de los TCA se incluyen tres grandes grupos: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos de la conducta alimentaria no específica.

3.2.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA (AN):

- Negación o rechazo a mantener un peso corporal por encima del 85% que es normal comparado con otras personas de la misma edad y sexo.
- La pérdida de peso esta originada por el propio enfermo a través de 1) evitar el consumo de alimentos con alto contenido calórico y por uno o más de los siguientes síntomas 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales provocadas, 4) ejercicio físico excesivo o 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- Intenso miedo a ganar peso.
- Alteración de la imagen corporal.
- Ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos o presencia de menstruación únicamente si se administran estrógenos en mujeres postmenarquia.

Con los criterios diagnósticos actuales, se distinguen dos tipos de AN.: 1. Tipo restrictivo: los pacientes durante el episodio de la AN regularmente no tienen comportamientos purgativos, es decir, no se provocan el vómito o no usan laxantes, diuréticos, ni enemas. 2. Tipo purgativo: los pacientes durante el episodio de la AN regularmente presentan purgas o atracones, a través de la provocación de vómito con uso de laxantes, diuréticos, o enemas.

3.2.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA BULIMIA NERVIOSA (BN):

- Episodios recurrentes de pérdida de control en la ingesta de alimentos.
- Comportamientos compensatorios recurrentes inapropiados para prevenir la ganancia de peso, tales como provocarse el vómito, uso de laxantes, diuréticos, enemas, ayuno o ejercicio físico excesivo.
- Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados ocurren al menos dos veces por semana durante tres meses.
- La autoevaluación está básicamente influida por el peso y la silueta corporal.
- La alteración del comportamiento no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN.

Con los criterios diagnósticos actuales, se distinguen dos tipos de BN.: 1. Tipo evacuador: durante los episodios de BN el paciente se induce el vómito o usa laxantes, enemas o diuréticos. La CIE-10 la denomina también tipo purgativo. 2. Tipo no evacuador: durante los episodios de BN el paciente ayuna o realiza ejercicio físico excesivo como conductas compensatorias, y no recurre regularmente a provocarse el vómito. Según la CIE 10, es llamada también tipo no purgativo.

3.2.3 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LOS TCA NO ESPECÍFICOS (TCANE):

- En mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN excepto el trastorno menstrual.



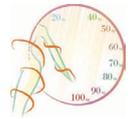
- Se cumplen todos los criterios de AN excepto que a pesar de existir una pérdida significativa de peso, el peso de los individuos se encuentra entre los límites de normalidad.
- Se cumplen todos los criterios para la BN excepto la frecuencia de atracones y mecanismos compensadores.
- Uso regular de mecanismos compensadores en un individuo de peso normal tras ingerir pequeña cantidad de comida.
- Trastorno rumiativo: mastica la comida y luego la escupe sin tragar.
- Trastorno por atracones: episodios recurrentes de atracones en ausencia de mecanismos compensadores para perder peso.

Los TCA adquieren una identidad clínica propia y separada en las diferentes revisiones de los manuales. Hasta antes de los años 80, la bulimia fue considerada como un trastorno secundario de la AN. Por las diferencias encontradas en los criterios diagnósticos se consideró como una entidad psicopatológica distinta a la AN, y fue apartada de la anorexia y de otras enfermedades psiquiátricas en el DSM-III. En 1987, en el DSM III-R aparece el nombre de bulimia nerviosa^(38,39). En 1994 en el DSM-IV se especifican otras categorías –TCANE-. Existen muchas discusiones diagnósticas y definiciones que han e irán cambiado e irán haciéndolo con el tiempo. Aportes provenientes de investigadores produjeron modificaciones en los criterios diagnósticos, tanto de anorexia como de bulimia nerviosa. En el DSM-IV 1994, se incluye en una categoría aparte el BED (Binge Eating Disorders) y agrupa como trastornos alimentarios no especificados, un conjunto de alteraciones que no cumplen en su totalidad con los criterios establecidos.

Se ha argumentado que debido a la variedad de trastornos y a su dificultad de clasificación los criterios para describir los TCA varían. Específicamente en España, los trastornos alimentarios están pluriestablecidos, siendo explicados por modelos bio-psico-sociales. Algunos investigadores se han centrado en buscar las causas, la sintomatología y el tratamiento desde discursos médicos y nutricionales^(40,20). Otros han buscado la causa de la enfermedad en hábitos y valores socioculturales como la cultura de la delgadez y de la condición femenina, que determinan y definen unos estereotipos estéticos que favorecen la aparición de la anorexia. Además de la presión de la publicidad comercial que favorece el uso y consumo de productos adelgazantes^(41,42,5).

Algunos autores han criticado este discurso médico de los TCA a porque consideran que estos trastornos se hallan situados exclusivamente en el cuerpo de la mujer, determinando los parámetros anormales, patológicos y las conductas que deben corregirse en los tratamientos, para que las mujeres desempeñen tareas y roles asignados socialmente⁽⁴³⁾.

Desde el enfoque de género, se hace una reflexión crítica sobre la idea de centrarse en el peso como criterio importante dentro de las categorías diagnósticas de los TCA. Perpiñá C⁽⁴⁴⁾., considera que el problema no radica en el peso en sí, sino en las actitudes y creencias que se tengan respecto al peso, así como la necesidad de reducirlo. Centrarse especialmente en el peso y en los patrones alimentarios dificulta establecer los límites difusos entre la población clínica y la población no clínica. Conceptúa que la idea



sobrevalorada de adelgazar, es un determinante que explica la gran disparidad de los criterios clásicos utilizados. Propone la posibilidad de conceptualizar la totalidad de los trastornos alimentarios como un continuo de gravedad respecto a la preocupación por el peso y las conductas de dieta.

Con una perspectiva psicoanalítica, López L⁽⁴⁵⁾. critica la clasificación psiquiátrica que convierte la anorexia en una entidad autónoma, una estructura clínica per se. Considera la anorexia como un síntoma, o conjunto de síntomas que se pueden desarrollar en personas con diversos cuadros psicopatológicos y diferente estructura de personalidad. La anorexia es, desde esta perspectiva, el resultado de un conflicto psíquico, una forma sintomática de presentación. Al ser un síntoma que puede aparecer en diversas patologías, no es percibido como un trastorno característico de las mujeres, aunque sean las mujeres quienes la padezcan con más frecuencia. Evita hacer del patrón hormonal femenino, y de algunos de sus efectos como la amenorrea, el elemento constitutivo esencial. Desde esta óptica el rechazo al alimento es algo que puede quedar englobado dentro de cualquier estructura clínica, como la melancolía, la paranoia o los estados catatónicos (citado en Gil, E ., 2005).

4. Epidemiología de los TCA en España

4.1 CONSIDERACIONES PARA REALIZAR LOS ESTUDIOS DE PREVALENCIA

Se han llevado a cabo investigaciones de la epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en poblaciones clínicas y no clínicas españolas⁽⁴⁶⁾. En los estudios clínicos, utilizan herramientas como la entrevista, la exploración y pruebas complementarias. En la entrevista se realiza una historia clínica para describir signos y síntomas. Se recurre a diferentes cuestionarios para determinar los criterios diagnósticos de los TCA como EAT, EDI-1 y EDI-2, COOPER entre otros. Algunos estudios utilizan cuestionarios de autoinforme donde se evalúan actitudes ante la alimentación, peso y figura corporal. En la exploración física, se recogen datos como peso, talla, índice de masa corporal –IMC-, tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria. Entre las pruebas complementarias, están el hemograma, pruebas bioquímicas, electrocardiograma, estudio hormonal (LH, FSH, GH, tiroideas) y estudio radiológico. Por último un diagnóstico diferencial con trastornos psiquiátricos y trastornos orgánicos.

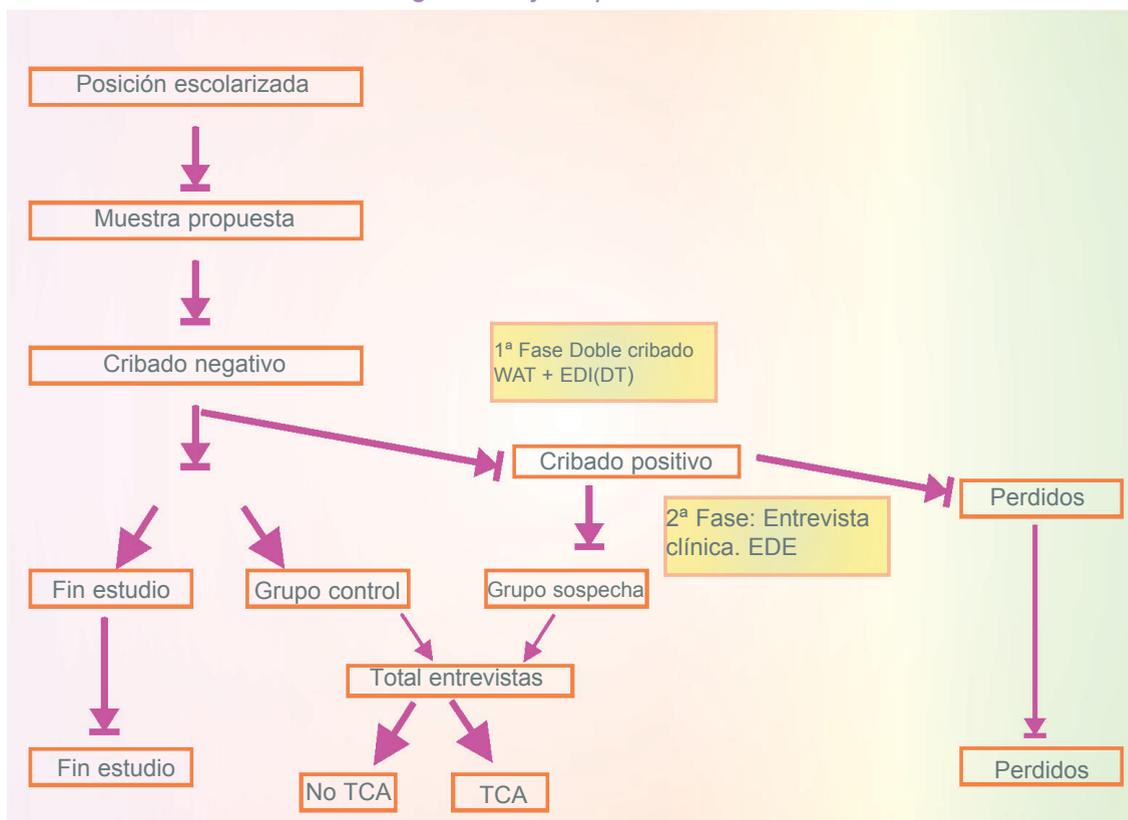
Los estudios epidemiológicos poblacionales, reportados en la literatura , muestran en el método la realización de dos fases para determinar la prevalencia. En una 1ª fase se aplica un cuestionario de barrido como por ejemplo el EAT -Eating Attitudes Test⁽⁴⁷⁾. Aquellos pacientes con puntuación mas alta de 30 (es el punto de corte establecido por los autores del cuestio-

nario EAT, a partir del cual la población anoréxica), pasan a una 2ª fase donde se aplica una entrevista diagnóstica de TCA, para determinar si cumplen los criterios DSM IV.

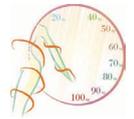
Entre los Tipos de Cuestionarios, se reportan varios modelos: EAT: **Eating Attitudes Test**, EDI: **Eating Disorders Inventory**⁽⁴⁸⁾, BSQ: **Body Shape Questionnaire**, GHQ: **General Health Questionnaire**, CIMEC: **Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal**, EDDQ: **Eating Disorders Diagnostic Questionnaire**, EDE (12 ed.): **Eating Disorder Examination**.

La figura 5, muestra un ejemplo de un estudio para determinar la prevalencia de los TCA en una población escolar⁽⁴⁹⁾. En este caso consistió en la aplicación de dos cuestionarios de cribado a todos los alumnos y alumnas que componen la muestra. La puntuación obtenida clasifica a los sujetos en dos grupos, aquellos cuyas puntuaciones no superan el punto de corte en ninguno de los dos cuestionarios (Cribado negativo), y aquellos cuyas puntuaciones han superado el punto de corte en cualquiera de los dos cuestionarios (Cribado positivo) y que por tanto presentan actitudes de riesgo (EAT-40: puntuaciones superiores a 29 puntos, y escala DT del EDI-2 Obsesión por la Delgadez, con puntuaciones superiores a 12 puntos). Los que tienen cribado positivo pasan a la 2ª fase. Con la entrevista y su posterior valoración se establece el diagnóstico clínico del sujeto de acuerdo con las categorías del manual DSM-IV-TR.

Figura 5.- Proceso de selección de la población para la determinación diagnóstica y de prevalencia de los TCA



Fuente: Villema J, Castillo M. Prevalencia de los TCA en Jóvenes escolares Castilla- La Mancha, 2004



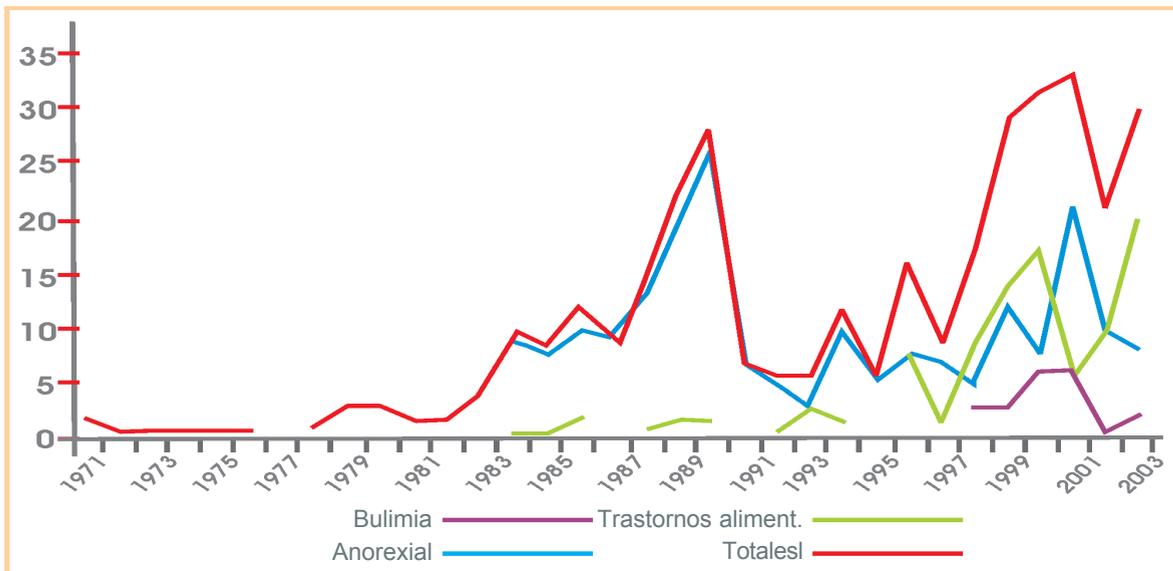
4.2 PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

4.2.1 Tipos de estudios y su validez

En España la literatura científica reporta una producción vertiginosa de estudios sobre la epidemiología de los TCA, de incidencia y prevalencia en poblaciones específicas por edad y sexo en diferentes comunidades autónomas. También estudios en grupos específicos de población enferma, en riesgo, comunitarios y sobre los factores de riesgo asociados^(50,51,52,53). Gil E.⁽³¹⁾ realizó una revisión bibliográfica utilizando la base de datos de biomedicina –Índice Medico Español- entre 1971-2003. Muestra que la producción científica se inicia cuando aparece el DSM-III en 1980, y alcanza su máxima difusión científica en los años posteriores a la publicación de DSM III-R y DSM-IV, y después a partir del año 2000, cuando se inician estudios propios de la bulimia. Es decir, aumenta la producción a medida que los criterios diagnósticos cambian, y entran otras disciplinas, -además de la psiquiatría, pediatría, endocrinología ya existentes-, a dar aportes científicos como la nutrición y la medicina familiar, la etnopsicología y la educación física.

Gráfico 1. Artículos que incluyen las palabras anorexia, bulimia y trastornos alimentarios utilizando la base de datos del Índice Medico Español –IME-

Fuente: Gil E, 2005⁽³⁴⁾



Algunos estudios de revisión sobre la epidemiología de los TCA, muestran un amplio rango de variación en las tasas de prevalencia publicadas en adultos y adolescentes debidos en general a problemas inherentes a los estudios epidemiológicos.

Entre los posibles sesgos y errores en los estudios de prevalencia se puede mencionar los siguientes:



Utilización de cuestionarios que determinan el tipo de estudio. Si es de prevalencia o si se está determinando población a riesgo: es decir, si los estudios poblacionales se realizan en una sola fase (con cuestionario autoadministrado de actitud) o en dos fases prospectivas (con cuestionario seguido de entrevista clínica), los resultados variarán y debe tenerse en cuenta si se realizan comparaciones⁽³⁶⁾. Como ya se explicó en el punto anterior el hecho de aplicar sólo cuestionarios de actitud (ya que estos evalúan actitudes alimentarias, peso y figura corporal), tipifica sólo población a riesgo, y no prevalencia.

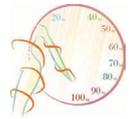
Una dificultad de los TCA surge por su relativa baja tasa de prevalencia, lo que requiere un tamaño de muestras poblacionales grandes para evitar errores aleatorios⁽³⁶⁾. Hay muchos estudios cuyas muestras no son representativas de la población, sino que se realiza sobre población a riesgo o sobre población enferma, por lo que no se pueden extrapolar los resultados, ya que se introduce un sesgo por la heterogeneidad de las muestras analizadas. En chicas adolescentes y mujeres jóvenes como grupo de alto riesgo sin tener en cuenta población masculina, lo que impide extrapolar los resultados a toda la población.

La definición de caso, es un sesgo de información que limita a los estudios epidemiológicos. En algunos trabajos que han utilizado entrevista diagnóstica, sólo se ha entrevistado a aquellos sujetos que han superado el punto de corte establecido en el instrumento de barrido, sin calcular valores de sensibilidad (por ejemplo, falsos negativos) por lo que es posible que las cifras que presenten no reflejen de forma adecuada la realidad epidemiológica de estos trastornos. Su precisión en el marco hospitalario es alta, pero más difícil es definir los casos menores en el marco comunitario, donde es evidente la gravedad gradual de la pérdida de peso y de la psicopatológica. A esto hay que añadir las modificaciones en los criterios de definición de caso ocurridas a lo largo de las últimas décadas. Como ya se describió, se modificó el criterio del peso para la AN pasando de una pérdida del 25% a una del 15%^(36,14).

Problemas en la validación de los instrumentos utilizados para determinar el diagnóstico, como el EAT-40 que tiene un punto de corte de 30. Sus autores⁽⁴⁶⁾, estimaron 100% de sensibilidad y 93% de especificidad. Otros autores, validaron el mismo instrumento para España, y encontraron 67,9% de sensibilidad y 85,9% de especificidad. Utilizaron la puntuación de 20 como punto de corte, y encontraron el 91% de sensibilidad y el 69,2% especificidad. Al utilizar un punto de corte de 30, entra un mayor número de pacientes, lo que aumenta la prevalencia.

También cabe reseñar la dificultad en la detección de casos, dada la frecuente naturaleza secreta de los TCA que puede afectar seriamente las tasas de participación. La falta de entrevista diagnóstica a una muestra de probables controles constituye una limitación a nivel metodológico, ya que de esta manera no es posible estimar el porcentaje de falsos negativos. Este dato resulta de suma importancia en los estudios epidemiológicos de los TCA, dada la tendencia de los sujetos afectados a falsear y ocultar su sintomatología⁽³¹⁾.

Por último, se puede relacionar los criterios diagnósticos con sesgos de



género, ya que al considerar como patológicas determinadas prácticas y conductas que se asocian a las mujeres, son ellas las que van a recibir los tratamientos. Sumando a ello el hecho que en los TCANE, los criterios diagnósticos no son definidos, entran a ser consideradas tales como enfermas mujeres que son sanas. Y que por tener comportamiento como estar a dieta o preocuparse por el peso se convierten en conductas patológicas, y por tanto medicalizables. Expresa Gil E. (2005)⁽³¹⁾, que existen comportamientos que llevan mayores riesgos para la salud, pero que lo realizan en mayor medida los varones y que no son medicalizados, como por ejemplo el gusto por la velocidad en la conducción^(57,58). El hecho de que se difunda un aumento aparente en la incidencia y prevalencia de las TCA, que se realizan sobre población adolescente femenina, está favoreciendo la construcción del problema social de los TCA.

Por lo expuesto anteriormente pueden entenderse con facilidad las razones de la controversia actual entre autores acerca del incremento de la incidencia de la AN en los países occidentales a lo largo de los últimos años⁽¹⁴⁾. En cuanto a la BN se discute si su aparición refleja el desarrollo de un nuevo desorden o el reconocimiento actual de uno existente con anterioridad, o si refleja la transformación de la AN como consecuencia del incremento de población con TCA⁽⁵⁴⁾. Desde 1990 y a partir de estudios más rigurosos, se concluye que la incidencia y prevalencia de la AN permanece estable, aunque los casos atípicos, con frecuencia autoresolutivos, evolucionarían al alza. Estos estudios llegan a la conclusión de la existencia de un síndrome anoréxico completo que no habría variado en el curso de decenios y demuestran también la emergencia de un síndrome anoréxico transitorio, a menudo espontáneamente resolutivo, y tributario de presiones socio-culturales, que sería más reciente⁽¹⁴⁾.

4.2.2 Situación actual

En la actualidad se consideran cifras internacionalmente aceptadas de prevalencia de cuadro completo de AN en chicas adolescentes y jóvenes adultas, de 0,5% a 1% y sufren cuadro completo de BN en esta misma población entre el 1-3%. Asimismo se acepta que de un 3 a un 5% padecen un síndrome subclínico de TCA⁽⁵⁹⁾. En cuanto a la incidencia de AN en la población general sería de 1/100000, y en mujeres entre 10 y 34 años oscilaría entre 20-30/100000⁽²⁸⁾. Para la BN existen pocos estudios que la refieran, destacando las cifras estimadas por Lucas et al.,⁽⁷⁾ de 26,5/100000 en mujeres y 0,8/100000 en varones.

Entre los trabajos llevados a cabo en España, existen algunos que incluyen en su metodología la entrevista clínica. Villema y Castillo⁽⁴⁸⁾, recogen en la Tabla 4., las principales características de estos estudios. Cinco de ellos utilizan en su diseño metodología de doble fase. Sólo en uno de los estudios, se entrevista a toda la muestra seleccionada. Los resultados son heterogéneos, con tasas de prevalencia global (ambos sexos) de TCA que oscilan entre 2,91% y 3,71%. Las tasas de TCA referidas a adolescentes de sexo femenino varían entre 3,4% y 6,4% y las correspondientes a adolescentes de sexo masculino lo hacen entre 0,60% y 0,90%. La prevalencia de anorexia nerviosa femenina oscila entre 0,14% y 0,69%. Sólo los trabajos de Morandé⁽⁶¹⁾ y Rodríguez⁽⁶³⁾ proporcionan tasas en varones, que resultaron ser de 0%. El rango de prevalencias de bulimia encontrado en la población

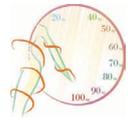
femenina es de 0,55% a 1,38%. En cuanto a las formas parciales (TCANE), la prevalencia oscila entre 2,10% y 4,86% para chicas y entre 0,54% y 0,60% para chicos. En todos los estudios cabe destacar la baja prevalencia de cuadros completos de AN y BN en relación con las formas de presentación incompleta, que es muy superior⁽⁴⁸⁾.

Tabla 3.- Estudios de prevalencia en España

Autor principal	Ruiz, P.M.	Morandé, G.	Perez-Gaspar, M	Rojo, L.	Garandillas, A.	Rodríguez, T.
Año publicación	1998	1999	2000	2003	2003	En prensa
Tipo de estudio	Doble fase femenino	Doble fase mixto	Doble fase femenino	Doble fase femenino	Entrevista universal femenino	Doble fase con cribado en 2 momentos controlado, ciego mixto
Muestra						
Año de datos	1997	1993-94	1997	1999	2000-01	98/99 y 00/01
Población	C. Zaragoza	Mostoles	CC. Navarra	Prov. Valencia	CC. Madrid	CC. Cd. Real
Edad	12-18	12,13	12-21	12-18	15-18	14,15
Curso	7º, 8º EGB, FP, BACH, COU	1º,2º ESO	ESO y BACH	ESO y BACH	3º,4º ESO, 1º,2º BACH, FPI-II	4º ESO
Poblac. diana						
Total		1314				1765
Mujeres	2598	731	3742	544	1534	887
Hombres		583				878
Cribado						
Instrumento cribados	EAT	EDI,DT,Bul, IMC	EAT	EAT	NO	EAT, BITE
Diagnóstico						
Instrumento diagnós.	SCAN	Entrev. semiest.	Entrev. semiest	Entrev. clin TCA	EAT26,,EDI,EDE	SCAN (spñ)
Control	NO	NO	NO	NO	Entrevista	NO
Resultados						
TCA global				2.91%		3.71%
TCA (mujer)	4.51%	4.69%	4.19%	5.17%	3.49%	6.40%
AN (mujer)	0.14%	0.69%	0.3%		0.6%	0.10%
BN (mujer)	0.55%	1.24%	0.8%		0.6%	1.38%
TCANE (mujer)	0.83%	2.76%	3,19%		2.1%	4.86%
TCA (mujer)		0.9%		0.77%		0.60%
AN (mujer)		0.00%				0.00%
BN (mujer)		0.36%				0.00%
TCANE (mujer)		0.54%				0.60%

Fuente: Villema J, Castillo M. 2004

Los diferentes autores coinciden en que la AN sigue afectando en mayor prevalencia al sexo femenino, como se ha venido mencionando. Se ha determinado una prevalencia en varones de de 0,2%, con una relación hombre/mujer de 1:9. Es más frecuente en bailarinas 30%, gimnastas 18%, modelos 13% y atletas y deportista de alta élite, especialmente corredoras. La edad más frecuente para la AN es la preadolescencia situándose la mayor prevalencia entre los 15 y los 25 años. La BN se manifiesta con más frecuencia entre los 24 y los 40 años. Tradicionalmente se consideran más frecuentes en la raza caucásica y en nivel socioeconómico elevado. Sin embargo, en la actualidad la incidencia de la enfermedad está aumentando



y afecta a todas las razas y clases sociales. En cuanto a su relación con el nivel socioeconómico, hay divergencia de asociación entre TCA y clase social, pero hoy se acepta que no hay diferencias en los TCA por nivel socioeconómico⁽⁶⁵⁾.

4.3 POBLACIÓN EN RIESGO

Para determinar la población en riesgo se utilizan cuestionarios de actitudes como se mencionó anteriormente. En España no se encuentran estudios poblacionales a nivel nacional, estos son realizados a nivel de comunidades autónomas.

Un estudio realizado en Tenerife (Canarias), para estimar el porcentaje de población en situación de riesgo de presentar o desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, muestra que la subescala de obsesión por la delgadez es mayor en mujeres que en hombres⁽⁶⁶⁾. A una muestra aleatoria y representativa de estudiantes de Secundaria (n = 1190; mujeres 48,1% y hombres 51,6%) se aplicó el EDI-2. Las edades oscilaron en un rango entre los 11 y los 25 años. En la Tabla 4, se presentan los porcentajes de adolescentes en situación de riesgo, de acuerdo a tres variables sociodemográficas. Las mujeres presentan porcentajes más altos que los varones en las tres variables, al igual que concluyen otros estudios. Los porcentajes de varones en riesgo obtenidos en este trabajo son los más altos de todos los estudios considerados, y más próximos a los obtenidos por otros estudios españoles que los ofrecidos por los del resto del mundo, lo que podría estar indicando la presencia de factores culturales diferenciales. Cuando se considera el curso académico, las mujeres presentan, mayores porcentajes de riesgo en tercero de la ESO cuya media de edad se sitúa en 14,30 años, mientras que los hombres, presentan mayores porcentajes en primero de la ESO cuya edad media es de 12,30 años. Estos resultados coinciden con la literatura que señala la existencia de mayores riesgos en estas edades tanto en mujeres como en varones.

Por lo que se refiere al tipo del centro, -público/privado concertado- existe gran controversia si hay asociación de desarrollar AN con el nivel socioeconómico. Los porcentajes de adolescentes en situación de riesgo son mayores en los centros privados concertados que en los públicos, sin embargo, no hubo diferencias significativas entre centros públicos y privados en las puntuaciones medias de las variables más directamente relacionadas con la anorexia nerviosa (Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal). A la luz de las diferentes interpretaciones con otros estudios, se podría discutir que: 1. La AN es un trastorno más frecuente en las clases sociales altas que en las bajas como se ha especificado tradicionalmente en otros estudios^(67,16,5). 2. Hoy en día no existen diferencias en la prevalencia de la anorexia en función de la clase social^(68,69). 3. O las diferencias socioeconómicas todavía no han sido probadas⁽⁷⁰⁾. 4. También podría significar, que el tipo de centro público-privado concertado, no es un buen indicador del nivel socio-económico.

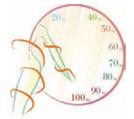
No se observó asociación entre género y zona geográfica. En cambio, se observó que los adolescentes de la zona metropolitana de ambos géneros presentaban puntuaciones más altas en bulimia, desconfianza interpersonal

y ascetismo que los pertenecientes a los municipios del norte de la isla de Tenerife. Los adolescentes del área metropolitana presentan un mayor porcentaje de personas en riesgo, sobre todo en el caso de los varones; posiblemente porque los varones que residen en la zona metropolitana podrían estar sometidos a mayor presión para mantenerse dentro de los estándares adecuados de peso. Podría argumentarse que la cultura metropolitana fomenta más el autocontrol, la autodisciplina y la superación de las necesidades corporales, así como la desconfianza interpersonal, que la cultura rural, lo que explicaría las diferencias encontradas en ascetismo y desconfianza interpersonal a favor de la muestra metropolitana. Estas dos variables se han relacionado con la génesis de los trastornos de conducta alimentaria, aunque en las últimas décadas las motivaciones ascéticas para perder peso parecen haber perdido influencia en la génesis y mantenimiento de estos trastornos en favor de otros factores como la obsesión por la delgadez o la insatisfacción corporal. En general, en la literatura no existe evidencia a favor de que la zona geográfica influya de manera significativa en las actitudes y conductas relacionadas con la alimentación^(71,14,11).

Tabla 4. Porcentaje de adolescentes de Tenerife en situación de riesgo según diferentes criterios basados en la subescala obsesión por la delgadez (EDI) según variables sociodemográficas

Variables demográficas		CRITERIOS DE RIESGO							
		Morandé et al. (1999)		Gandarillas y Febrel (2000)		Garner (1998)		Norrington y Sohlberg (1998)	
		EDI +50 DT +10		DT +11		DT +14		DT +17	
		M	H	M	H	M	H	M	H
Curso	1º ESO	10.80	10.90	11.80	9.50	4.30	6.60	0.00	1.50
	2º ESO	14.70	8.50	17.50	6.80	10.50	4.30	6.30	0.90
	3º ESO	17.20	5.50	23.30	3.90	15.50	2.30	5.20	0.80
	4º ESO	16.20	1.60	17.10	2.40	9.00	0.80	6.30	0.00
	1º Bachillerato	16.10	3.20	20.40	3.20	10.80	1.60	3.20	0.00
	1º Ciclo form.	7.70	4.70	15.40	4.70	0.00	2.30	0.00	0.00
Titularidad del Centro	Público	13.40	4.90	16.80	3.60	9.50	2.30	4.60	0.50
	Privado	17.00	8.40	19.90	8.40	10.80	4.90	4.10	0.90
Zona	Metropolitana	14.70	7.50	18.80	6.30	10.00	4.00	5.30	1.00
	Resto	15.30	3.80	17.00	3.80	10.00	1.90	3.10	0.00
		M=Mujer; H=Hombre; DT=Obsesión por la delgadez.							

Fuente: Herrero M, Viña Conrado M., 2005



5. Tratamiento de los TCA

En las revisiones de la literatura sobre el tratamiento de los TCA, no hay un acuerdo único de abordaje, pues existen tantos enfoques como modelos explicativos hay, que van desde modelos psicoanalíticos⁽¹⁸⁾, cognitivo-conductuales^(72,73), psicofarmacéuticos⁽⁷⁴⁾, integrales o sistémicos, hasta enfoques multidisciplinarios^(79,80,81). También en el tratamiento se ha considerado apoyo asistencial como estancias hospitalarias, tratamiento en hospitales de día, seguimiento en consulta externa, así como grupos de autoayuda^(82,83).

Algunos estudios muestran que con frecuencia el tratamiento de los pacientes con TCA es de larga duración, siendo el riesgo de recaídas elevado, llegando a convertirse en muchos casos en enfermedades crónicas, señalando la necesidad de desarrollar estrategias de seguimiento ambulatorio⁽⁸⁴⁾.

A continuación se presenta una serie de recomendaciones;

El tratamiento debe ser interdisciplinario con un modelo integrado. Debe incluir las posibles complicaciones orgánicas, la rehabilitación nutricional y la recuperación de las pautas normales de alimentación. Además, debe abordar el estudio de los posibles problemas psicológicos, familiares, sociales y conductuales que presente cada enfermo, con el fin de establecer las adecuadas intervenciones psicoterapéuticas individuales o familiares y la valoración de la conveniencia o no de utilizar psicofármacos.

En la medida de lo posible, el tratamiento de los pacientes con TCA deberá realizarse en régimen ambulatorio. Será necesario cuestionarse la posibilidad de ingreso en los pacientes con disminución del peso por debajo del 70% del peso habitual, presencia de complicaciones médicas graves, trastorno psiquiátrico grave, dinámica familiar disfuncional o fracaso del tratamiento ambulatorio.

El contacto con un psiquiatra o un psicólogo familiarizado con los TCA es imprescindible, tanto en el paciente ambulatorio como en el hospitalizado. La psicoterapia ira encaminada a conseguir que el paciente, no sólo cambie su conducta, sino que también debe cambiar la actitud hacia su cuerpo y su peso y favorecer su estima. Es útil informarles acerca de los efectos de la inanición y de las posibles complicaciones de la enfermedad. En los pacientes emancipados, durante la fase aguda, la mayoría de los autores consideran que los distintos modelos de psicoterapia son ineficaces. La mayoría de los programas de psicoterapia incluyen técnicas de modificación del comportamiento, tanto para el paciente como para su familia, tratamiento farmacológico y terapia de grupo después del alta. Actualmente los mejores resultados en el tratamiento de los pacientes con TCA se dan cuando se aborda el problema desde una perspectiva multidisciplinar, que incluye la recupera-



ción y estabilización del peso, una adecuada psicoterapia individual y/o familiar, el consejo nutricional y, los aspectos de educación para salud son esenciales tanto para los pacientes como para la familia y su entorno.

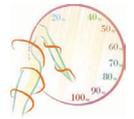
6. Prevención de los TCA

Hay variedad de enfoques de prevención y promoción de la salud. Estas estrategias van desde el trabajo de la autoestima y asesoramiento familiar^(85,86), estereotipos culturales, orientación psicológica y educación sexual^(87,88), educación para la salud^(89,90), hasta el consejo dietético⁽⁹¹⁾. Se propone el uso de técnicas cualitativas, especialmente grupales para llevar a cabo las estrategias de prevención y promoción que se aplican en diferentes niveles asistenciales del Sistema de Salud.

March JC. et al.,⁽⁹²⁾ realizaron un estudio en España para conocer las opiniones y expectativas relacionadas con la prevención y tratamiento de los TCA, desde la perspectiva de los principales actores sociales implicados. Las debilidades percibidas por los actores, principalmente se relacionaron con la falta de recursos y conocimientos sobre los TCA, la escasez de programas transversales y la insuficiente coordinación entre las instituciones. Los actores en general sugieren que para llevar a cabo el tratamiento se requiere mayor dotación de recursos humanos y materiales, aumentar la cobertura de servicios especializados, fomentar la formación específica de recursos humanos y mejorar la coordinación. Los representantes de las asociaciones denuncian el tratamiento actual en psiquiatría, la falta de libre elección y continuidad del equipo profesional, así como la escasez de ayudas económicas y condiciones tangibles adecuadas para los cuidadores informales, mientras los profesionales del campo educativo critican la imposibilidad de una derivación directa desde el ámbito escolar y la falta de programas multidisciplinarios. La atención en Hospitales de Día se considera como una de las modalidades de tratamiento más adecuadas. Entre las medidas de prevención se resaltan los movimientos asociativos, la educación y la familia, así como el desarrollo de programas multidisciplinarios. Los programas pilotos interdisciplinarios fueron evaluados con éxito.

Hay una riqueza de material educativo para orientar la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario, teniendo en cuenta los factores que los determinan⁽⁹³⁾. A modo ejemplo, el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, ha editado un manual completo, dirigido a profesores⁽⁹⁴⁾.

Las principales estrategias de intervención se realizan en los diferentes niveles de prevención, primaria, secundaria y terciaria⁽⁹⁵⁾. Desde la prevención primaria, se realizan intervenciones enfocadas a disminuir los factores de riesgo y evitar nuevas incidencias. Específicamente sobre: la población



adolescente e infantil, favoreciendo la autoestima, autoimagen, autonomía personal y su juicio crítico; el marco familiar, madres y padres, facilitando la adopción de modelos flexibles para que se facilite la comunicación interpersonal, un ambiente afectivo, y el fomento de valores éticos. Desde el punto de vista de los factores culturales, dirigir actuaciones preventivas para disminuir las presiones del culto a la imagen, especialmente hacia la esbeltez y la delgadez, y la relación de ésta con el éxito social. Como a su vez un mayor control en los medios audiovisuales que están difundiendo estos modelos. Por ello es esencial desarrollar el juicio crítico.

Llama la atención, que en los estudios anteriores, el enfoque de la prevención es básicamente médico. Pocos estudios se encuentran sobre la mirada de las propias mujeres sobre las estrategias de prevención, a partir de sus propias percepciones. Los análisis que se encuentran con enfoque de género, provienen de las ciencias humanas como la antropología, la sociología y de las teorías feministas.

7. Construcción social de los trastornos de la conducta alimentaria: enfoque de género

La aceptación generalizada del origen multicausal o multifactorial de los TCA, posiblemente ha reforzado las interpretaciones psicopatológicas e individualizantes con que se aborda el autoayuno, eliminando con ello su comprensión global. Los TCA son problemas de construcción social modernos, que se diferencian del contexto histórico de los ayunos. Sin embargo están vinculados a un contexto social y cultural específico de construcción de un estereotipo de género y de imagen del cuerpo. No obstante, su permanencia actual como patologías, hace pensar que reside internamente en ese continuo histórico relacionado con el medio cultural del comer/no-comer del que no se puede desligar y donde la clase social y el género han jugado un papel preponderante.

Los estudios del Siglo XIX, situaron la anorexia en el discurso de la feminidad y la presentaron como una perversión mental, propia de mujeres jóvenes inherentemente irracionales y emocionalmente inestables. Esto hace pensar que la medicina contribuyó en la construcción y legitimación de un estereotipo de género. Posteriormente, los psiquiatras atribuyeron estas conductas a trastornos mentales provocados por la vida marital, sexual y emocional de las mujeres, con posibles sesgos en la interpretación de los síntomas y la manifestación de las patologías de los TCA⁽⁵⁾.

Los factores socioculturales podrían servir para explicar por qué son las mujeres, y especialmente algunas (edad, cultura, ocupación, familia, valores), las personas más susceptibles a sufrir TCA. Aunque lleva un lastre histórico, actualmente se tiene la idea generalizada de que las mujeres son



simple reproductoras de las imágenes del cuerpo y de la feminidad socialmente construidas. La incidencia femenina de los TCA podría atribuirse a la construcción de la identidad corporal y a las responsabilidades y valores asumidos a lo largo de la historia. El incremento de los TCA incluyendo la obesidad, podrían estar vinculados con la posición de desigualdad que el género femenino ocupa en numerosos ámbitos de la vida social y con el hecho de que el cuerpo sea una medida de evaluación social y personal más determinante para las mujeres que para los hombres⁽⁵⁾.

Los conceptos sobre la delgadez parecen constituirse en un objeto importante que recae sobre la feminidad de las mujeres, comenzando a favorecerse desde la década de los 70. Hay estudios que describen sobre lo diferente que es la experiencia de la obesidad entre sexos. Indican que las mujeres son más propensas que los hombres a percibirse gordas y a intentar perder peso. Una de las explicaciones, es la contribución de la industria farmacéutica de productos para adelgazar y la imagen de las mujeres en los medios de comunicación en las sociedades industrializadas occidentales. Se ha discutido que los médicos tienden más a ofrecer consejos y tratamiento a las mujeres que a los hombres con el mismo problema. Tener unos kilos de más es una experiencia mucho más negativa y que deja una huella más profunda en las mujeres que en los hombres. Estas mujeres se han encontrado con que se les ha asignado características desagradables en base a su tamaño. Están discriminadas en los mercados laborales y excluidas de una participación social completa. La desaprobación social de la gordura está centrada principalmente en las mujeres, puesto que hay mayor presión social sobre las mujeres para ceñirse a las nociones culturales sobre ser atractivas⁽⁹⁶⁾.

7.1 ENFOQUES FEMINISTAS SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los enfoques de género conciben la anorexia y la bulimia nerviosa como consecuencia del menor estatus de las mujeres y de su instrumentalización como objetos en una sociedad patriarcal y dominada por los hombres. Las ideas sobre las prácticas alimentarias y el cuerpo reflejan las relaciones de poder y subordinación entre hombres y mujeres. En las sociedades occidentales, las mujeres hace más de ocho siglos que han usado la comida simbólicamente como una forma de control y de poder⁽⁵⁾.

El feminismo señala la imagen social de las mujeres como la causa principal de los problemas del comportamiento alimentario. Entre las razones que se aducen están, el compromiso social que recae sobre ellas de ser convencionalmente delgadas, la participación de los medios de comunicación sobre la idealización del cuerpo femenino anormalmente esbelto, y la presión social para que las mujeres se esfuercen por ser buenas esposas, madres, trabajadoras y amantes atractivas –superwoman-. El culto a la belleza funcionaría como un arma destinada a detener la progresión social de las mujeres, y el insistir en el cuerpo y en sus cuidados para mejorar la representación hace perder a las mujeres la confianza en sí misma y absorberlas en preocupaciones estético-narcisistas^(97,98).

El modelo cultural/feminista, sugerido por autoras feministas, resalta la inter-



acción de la cultura con la familia, el desarrollo económico e histórico y las construcciones psicológicas del género^(99,100). Se cuestiona la designación de trastornos de la conducta alimentaria como psicopatologías.

Según Kim Chernin⁽⁹⁸⁾, los trastornos de la alimentación basados en explicaciones psicoanalíticas, en relación al vínculo madre/hija y a las relaciones de poder del hombre sobre la mujer. Comenta que la AN se reconoció como enfermedad social entre las mujeres en la década de los 70, que coincide con el resurgimiento del movimiento de las mujeres. Un aspecto esencial fue la dominación de la delgadez, que limitó a las mujeres a nivel personal, social y físico, obligándolas a avergonzarse de su propio cuerpo, por esto las anoréxicas rechazan la feminidad. Las mujeres se ven forzadas a imitar a los hombres para acceder al poder, adoptando la expresión masculina en los centros de trabajo y explica el desajuste psicológico surgido en ellas por la influencia del entorno sociocultural. De manera que el conflicto entre las mujeres y la alimentación estaría manifestando los problemas que las mujeres tienen para asumir los valores culturales predominantes en un momento de la lucha por redefinir su propia identidad social, principalmente en la adolescencia. También los conflictos con la comida son manifestaciones de problemas de identidad que esconden una lucha de separación entre madre/hija adolescente, especialmente cuando se espera que la hija supere a la madre en la inserción social. La situación sociocultural de las mujeres se va transformando y las actitudes cambian, especialmente con la formación académica donde comienza a valorarse más las responsabilidades productivas que las reproductivas. La hija debe de sentirse sujeto femenino, físicamente, pero también sujeto social.

Por otra parte Susan Bordo⁽⁹⁹⁾, explora aspectos culturales presentes en los trastornos de la alimentación. Entre ellos la valoración de la delgadez en la cultura occidental, el rol de la cultura de consumo, las representaciones culturales de las mujeres, de la abstinencia y de la comida y la medicalización de los desórdenes alimentarios. Plantea un proceso dialéctico en contraste con los modelos causales dualísticos que aporta la visión médica, como normal/desviado. Ya que expresa que se estigmatiza a las mujeres anoréxicas, como personas imperfectas, con miedos desmesurados, lo cual no es aconsejable. Hace una crítica al modelo médico, ya que considera que el peso de las mujeres y las conductas dietéticas voluntarias normales, permanecen en el mismo continuo que los desordenes femeninos. Resalta que, la atención de la mujeres hacia la dieta y la delgadez no debería instituirse como patológica ni fuera de la norma, sino que debería rescatarse como normal, asegurando la producción de cuerpos dóciles, autodisciplinados y autocontrolados. Considera peligroso que, el hecho de que muchas adolescentes tengan preocupación por cuidar las formas corporales y realicen dietas, pueda ser considerado por los médicos como una expresión parcial o ligera de las enfermedades relacionadas con los TCA, y por consiguiente da la impresión, de querer medicalizar a la mayoría de las mujeres adolescentes.

Los enfoques cultural/feminista, consideran que el incremento de estos trastornos presenta un cimiento en los factores estructurales vinculados a los antecedentes en el desarrollo histórico de la sociedad patriarcal, represen-

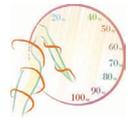


tado mediante formas diversas de regulación social del cuerpo femenino. Los cuales han puesto un impacto importante en las creencias culturales, contribuyendo a construir y a promocionar un ideal de belleza femenina que afecta directamente a la socialización de los géneros. Consideran que en la medida que la delgadez se convierte en un sinónimo de salud y conformidad social, el cuerpo femenino se constituye progresivamente en un blanco disponible por diferentes intereses materiales y sanitarios. Otras teorías feministas postestructurales consideran que más que asumirse como determinantes absolutos, se recomienda abordar la subjetividad femenina y conocer el papel que ésta juega en la complejidad de la construcción social de los cuerpos femeninos⁽⁵⁾.

Estas teorías feministas han sido cuestionadas. No existe unanimidad desde los diferentes campos del conocimiento, acerca de cuales son los determinantes sobre los que se debería de trabajar desde un enfoque de género. Por ejemplo Brumberg⁽¹⁰¹⁾, ataca la corriente feminista, argumentando que los modelos culturales fracasan para explicar por qué tantas personas no desarrollan la enfermedad, aunque hayan estado expuestas al mismo entorno cultural Bordo dice: “no todos estamos expuestos de igual manera a este entorno cultural, sino que dicha exposición se ve condicionada por factores como la etnia, la clase social, la edad, la educación, la religión, la orientación sexual, la familia, o la estructura genética, de tal forma que se producen interacciones personales con las imágenes culturales y en consecuencia, interpretaciones y respuestas diversas.”

Los modelos acerca de las causas y el abordaje de los TCA van y vienen, oscilando entre las corrientes que ponen su énfasis en el tratamiento individual/psicológico, aun reconociendo la contribución de las presiones del entorno, y en las que fijan su interés en los resultados de la tensión cultura/persona, reclamando una mayor intervención sobre el plano social, como origen primario de estas conductas. ¿Qué aceptación han tenido cada una de estas perspectivas?, es decir, ¿cuanto éxito ha tenido el modelo feminista/cultural frente a las presiones médicas (basadas en las disfunciones individuales, desviación y estigma, legitimados además, por los medios, los organismos corporativos la industria de la cosmética o la moda como al verdad objetiva)? Se dice que en el debate público y en el abordaje clínico prevalece el que más poder y reconocimiento social tiene, y en este caso, no cabe duda que el modelo medico y psiquiátrico hegemónico es el que cuenta con mayor legitimación. (citado en Contreras y Gracia, 2005)

Desde el conocimiento en el campo sanitario y de las ciencias sociales, existen muchos estudios que reconocen la importancia de los fenómenos sociales y culturales en el origen y el mantenimiento de los trastornos alimentarios. Sin embargo, existen pocas investigaciones empíricas en el ámbito español que se aproximen al fenómeno desde una perspectiva social y cultural.



Desde este punto de vista el estudio de Gil E⁽³¹⁾, presenta aportaciones sobre las percepciones de las mujeres diagnosticadas con anorexia y bulimia, a quienes entrevistó, llegando a resultados interesantes. “Las mujeres entrevistadas que han sido diagnosticadas de anorexia son agentes racionales reflexivos, actúan con motivos e intenciones propias en un contexto determinado y lo explican discursivamente. Han sido socializadas en un sistema de dominación sexual que favorece la construcción de una identidad a partir de la satisfacción en el cumplimiento de las expectativas de los otros y otras y de la necesidad de ser aceptadas y reconocidas. Experimentan la cotidianidad como un lugar en el que equilibrar intereses diversos y aunque sienten dificultad para experimentar el control de situaciones cotidianas, tratan de actuar y buscar un espacio propio que encuentran en el estudio y en su cuerpo. Desempeñan roles femeninos que aceptan con dificultad. Experimentan una fractura en la aceptación del rol del otro generalizado, y en la construcción de su identidad. Muestran un deseo de aprobación de sus madres y ideología patriarcal y al sistema de dominación que encarna. Se muestran resistentes al modelo hegemónico de feminidad y esto les origina conflictos, estrés e incertidumbre. Experimentan una conciencia bifurcada, rechazan explícitamente la ideología sexual pero, a su vez, interiorizan un marco de percepción de género y, con él, la dominación. El rechazo al alimento es una decisión racional que busca conseguir seguridad y aprobación y esconde una lucha por la propia autonomía. La decisión de adelgazar es una estrategia para mejorar las relaciones sociales, un ejercicio de afirmación y una expresión de control. Es una crítica metafórica y material que expresa una búsqueda de reconocimiento social. Las reacciones emocionales de tristeza, tensión, enojo y ansiedad que expresan estas mujeres hacia sus condiciones de vida se han medicalizado y han obtenido el estatus de enfermedad.

En este proceso, las mujeres son percibidas por el discurso médico como débiles, dependientes y emocionalmente incontrolables, un estereotipo de fragilidad y vulnerabilidad que en muchos casos ellas también han internalizado.

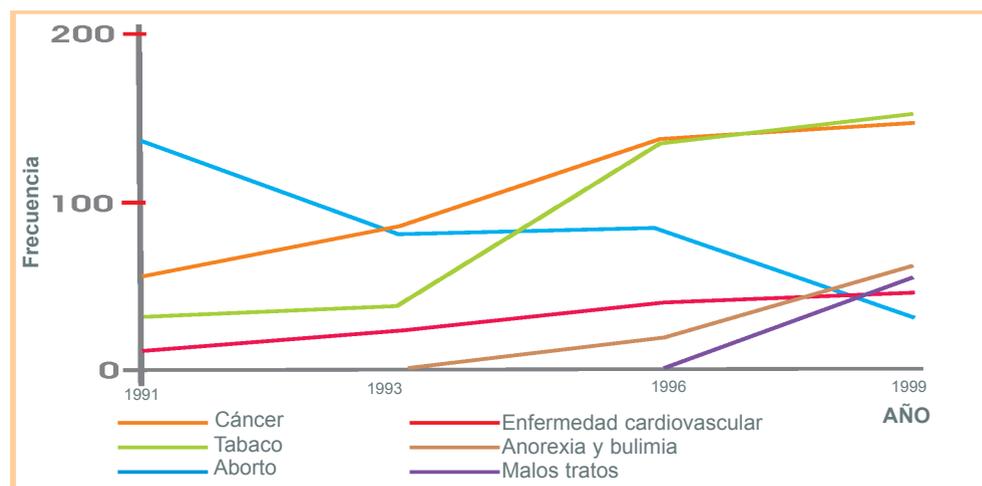
7.2 CONSTRUCCIÓN MEDIÁTICA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL CONTEXTO ESPAÑOL

Aunque la construcción científica de los TCA alcanzó su máxima producción finalizando e iniciando las décadas: 80-90 y 90-00, sin embargo, su construcción mediática no se ha comportado de manera igual.

En un estudio desarrollado por Ruiz-Cantero MT et al.,⁽¹⁰²⁾ se muestran las frecuencias de aparición de las noticias (en el titular o contenido) en relación a la anorexia y otros aspectos como cáncer, infarto, malos tratos, aborto y tabaco, en tres diarios de tiraje nacional: El País, ABC y El Mundo. El gráfico 2., representa estas frecuencias, donde se destaca que, la anorexia se hace visible especialmente en 1996, cuando comienza el ascenso en el número de noticias.

Grafico 2.- Frecuencias de las noticias según los temas de salud estudiados entre 1991 y 1999.

Fuente: Ruiz MT, et al., 2004



Los problemas públicos como la anorexia se han construido a través de la historia de las noticias en la prensa escrita, lo que se ha denominado ciclo de la noticiabilidad, que es lo que ha hecho que la anorexia sea visible o invisible a través de tiempo. Esta construcción, la describen en diferentes fases para su comprensión.

En la primera **-Fase preproblema-** consideran que las noticias sobre la anorexia eran ocasionales hasta antes de 1999. Cuando la anorexia es conocida principalmente por sectores concretos de población, como son las personas afectadas y expertos(as), los periodistas detectan los problemas en éste momento. En 1996 aumentan las noticias, enfocándolas como suceso anecdótico, lejano y glamuroso que afectaba a jóvenes modelos, o como problema médico en las secciones de ciencia y salud. Esporádicamente se explicita la responsabilidad que tiene otros sectores, como el de la moda o publicidad. En 1999, al indicar el riesgo, los medios de comunicación ponen en marcha el ciclo de interés público, llamado por las autoras(es) como **Fase de descubrimiento alarmante del problema**. Se caracteriza porque aparecen casos trágicos de modelos y deportistas que produjeron una concentración de noticias que visibilizaron la anorexia en los medios. El discurso cambia y se presenta como un verdadero problema social con dimensiones políticas, y es éste el momento en que la comunidad –incluyendo al político– descubre la gravedad del problema. Desde este momento, el tema traspasa la intimidad de las afectadas a la arena pública, es decir, deja de ser un problema de las pacientes, y pasa a ser un problema visiblemente público. Durante el debate político realizado en el Senado, los medios formularon el problema de la anorexia en términos de juicio público, donde presentaron al bando acusador (fundamentalmente afectadas/os y los políticos/as) y al de los acusados (sector de la moda, deporte y los propios medios de comunicación). Aparecían noticias ocasionales con soluciones rápidas para paliar el problema. Esta fase, se ha llamado **Fase de toma de conciencia de los costes de las soluciones**.

La 4ª fase la han denominado, **Fase de decrecimiento gradual del interés** donde comentan que aunque al comienzo del debate los colectivos directa-



mente señalados (sobre todo la moda) se defendían y eximían de responsabilidades, al final las asumieron públicamente. En noviembre de 1999 se publicó el documento final sobre los trastornos de la alimentación elaborado por la Comisión del Senado (referido en casi todos los periódicos). En diciembre se observa un decrecimiento gradual de las noticias de anorexia. Por último, en la **Fase posproblema**, la atención sobre la anorexia baja de interés. Los medios, que ya tienen en sus agendas otros problemas, contribuyen a que la población enfoque su atención hacia un nuevo tema. Frecuentemente, si en este período las instituciones o grupos interesados programan el tratamiento del tema, los medios pueden realizar una función de recuerdo, reiniciando una y otra vez el ciclo de noticiabilidad.

El posicionamiento de los medios observado, fundamentalmente en el modo en que muestran y tratan los temas de salud –tanto de forma positiva como negativa, o disminuyendo su presencia–, enseña a la audiencia pautas de valoración y procesos de afrontamiento de estos problemas de salud, aunque también culpabiliza a parte del público. Se recomienda que más allá de mostrar el estereotipo de mujeres pacientes, aumentando la **visibilidad** y la voz de las mujeres con otros roles, los medios podrían contribuir a la defensa de sus derechos, al incremento de la pluralidad y diversidad de las fuentes de información y al aumento de la conciencia en la opinión pública, los partidos políticos y el resto de las instituciones sociales sobre la existencia de problemas de salud.

Después de éste análisis, las(os) investigadoras(es) presentan una serie de recomendaciones útiles para la elaboración de noticias de salud con enfoque de género, siendo muy aplicables al caso de los trastornos de la conducta alimentarias. Tabla 5.

Tabla 5.- Recomendaciones para la elaboración de noticias de salud con enfoque de género

- 1.- Equiparar el tratamiento dado a los hombres y las mujeres en las noticias, tanto si se les sitúa en la esfera doméstica como en el espacio público. Reflejar la diversidad de roles que las mujeres desempeñan en relación con la salud en el ámbito privado y en el público.
- 2.- Preguntarse rutinariamente sobre la presencia de mujeres en las noticias, y si no aparecen, manifestarlo de forma explícita. No olvidar que las mujeres son la mitad de la población y el 75% (3 de cada 4) de quienes proporcionan cuidados “informales” de salud.
- 3.- Diversificar las fuentes de información al tratar las noticias de salud-enfermedad para ofrecer un enfoque lo más multidimensional posible. No olvidar que las personas afectadas y su entorno son expertas en la resolución de sus problemas de salud y en procurarse calidad de vida; por tanto, es recomendable reconocer su autoridad e incluir en la noticia sus opiniones. Desplazar la mirada e identificar nuevas fuentes en entornos diferentes (familia, sociedad civil, asociaciones de pacientes, de familiares de pacientes) a las instituciones oficiales.
- 4.- Dar énfasis a la dimensión humana en el tratamiento de los problemas de salud. En la descripción de la noticia es conveniente incluir, además de términos médicos o técnicos, la dimensión emocional de los protagonistas de la noticia, así como su impacto social. Lo personal no tiene que ser menos riguroso; es conveniente encontrar el valor añadido en el relato de quienes tienen un problema de salud.
- 5.- Para divulgar conocimiento e incorporarlo al discurso social, es necesario hacer comprensibles los problemas de salud, sin prescindir del uso de términos técnicos propios y específicos, pero adjuntando su debida explicación. Utilizar despices gráficos con guías y con preguntas concretas que se pueden realizar a los especialistas próximos a la audiencia. También, incluir en las noticias referencias a fuentes directas, contrastando previamente su operatividad.
- 6.- Construir una imagen positiva del proceso de cualquier enfermedad sin clichés androcéntricos. Tener en cuenta que la audiencia no es neutra y realiza inferencias personales a partir de la información obtenida, sea estadística o a partir de un caso concreto.
- 7.- En la selección de temas y la redacción de noticias, evitar fomentar falsas expectativas y demandas innecesarias, evitando dar información que cree ansiedad, miedo y frustración (fomenta el sensacionalismo). Aplicar la prudencia en situaciones de crisis.
- 8.- Sacar a la luz pública los problemas de salud derivados de estereotipos de género, e interpretar la información con perspectiva de género. La violencia ejercida contra la mujeres es un problema generado por una concepción masculina de la violencia, de las que ellas y ellos salen perjudicados.
- 9.- Considerar la existencia y la forma que adoptan el sexismo de quien escribe y sexismo de la audiencia. Revisar los textos comprobando si el lenguaje respeta la “visibilidad” de hombres y mujeres. Frecuentemente, se oculta el sexo de quienes protagonizan las noticias (investigadores, enfermeras, pacientes...). Algunas acciones que evitan la ambigüedad son: a) utilizar la dualidad de género (médico/ médica, enfermero/ enfermera); b) emplear los plurales masculinos y femeninos para reflejar lo más fielmente posible la composición del grupo de referencia; c) feminización de las profesiones; d) servirse del contexto para especificar la verdadera composición del grupo; e) recurrir a expresiones gramaticales que carezcan de género-adjetivos (sus), pronombres (quién/ quienes)...-, y f) centrarse en la acción o profesión más que en los protagonistas o profesionales, y en los genéricos colectivos (“equipo”) más que en la función de sus participantes.
- 10.- Describir a las personas con problemas de salud y a su realidad con palabras y expresiones que las representen con dignidad, y dejar de tratar las desviaciones de la norma como anomalías. Supone: a) describir a la persona, no denominarla por la enfermedad para no reducir el todo a una parte; b) referirse a la enfermedad sólo cuando sea relevante, y c) evitar las exageraciones y la provocación de pena, culpabilidad, estigmatización, resignación y menosprecio.
- 11.- La fórmula más correcta para denominar a las personas en una noticia es por el nombre y apellidos, y si procede por cargo y profesión. Revisar las denominaciones de las personas que aparecen en la noticia, no mencionando a quien no tenga relevancia para el mensaje, y limitando las referencias de parentesco a los casos en que se intentara asegurar su anonimato.
- 12.- En los temas de salud, respetar muy especialmente los derechos de la persona (honor, intimidad y propia imagen), garantizando el anonimato en los casos en que proceda (p.ej; aborto, malos tratos...).

Fuente: Ruiz MT, et al., 2004.



CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE GÉNERO

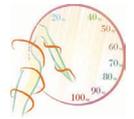
La medicina contribuyó en la construcción y legitimación de un estereotipo de género. Desde una visión histórica androcéntrica dada desde finales del Siglo XIX, los médicos situaron la anorexia en el discurso de la feminidad y la presentaron como una perversión mental, propia de mujeres jóvenes inherentemente irracionales y emocionalmente inestables. Lo que ha contribuido a posibles sesgos en la interpretación de los síntomas y la manifestación de las patologías de los TCA.

Uno de los modelos explicativos de la aparición del trastorno en la adolescencia y su mayor ocurrencia en mujeres, señala que el conjunto de factores socioambientales y la interiorización del rol sexual, unidos a la presión estresante de la adolescencia y la creencia y adopción del mito de la superwoman podrían explicar la aparición de un trastorno de la alimentación.

En relación a la definición y la clasificación diagnóstica de los TCA, se considera que los expertos profesionales de la salud son los que desde un pensamiento lógico y racional masculino, con argumentos androcéntricos definen los trastornos específicamente situados en el cuerpo de la mujer, determinando los parámetros anormales, patológicos y las conductas que deben corregirse en los tratamientos. Se pretende que las mujeres desempeñen tareas y roles asignados socialmente, centrados en un estereotipo de mujer, relacionado con el peso, la figura corporal y alteraciones psíquicas. Desde la perspectiva psicoanalítica, se critica la clasificación psiquiátrica que convierte la anorexia en una entidad autónoma, con una estructura estrictamente clínica. Ya que la anorexia podría considerarse como un síntoma, o conjunto de síntomas que se pueden desarrollar en personas con diversos cuadros psicopatológicos y diferente estructura de personalidad. La anorexia es, desde esta perspectiva, el resultado de un conflicto psíquico, una forma sintomática de presentación. Al ser un síntoma que puede aparecer en diversas patologías, no es percibido como un trastorno característico de las mujeres, aunque sean las mujeres quienes la padezcan con más frecuencia. Evita hacer del patrón hormonal femenino, y de algunos de sus efectos como la amenorrea, el elemento constitutivo esencial. Desde esta óptica el rechazo al alimento es algo que puede quedar englobado dentro de cualquier estructura clínica, como la melancolía, la paranoia o los estados catatónicos.

La literatura científica reporta numerosas investigaciones epidemiológicas de los trastornos de la conducta alimentaria en poblaciones clínicas y no clínicas españolas. Los TCA son más frecuentemente investigados en chicas adolescentes y mujeres jóvenes y un buen número de investigadores se han ocupado de la prevalencia en este grupo de alto riesgo. No se han efectuado buenos estudios epidemiológicos con poblaciones infantiles o masculinas. Esto muestra un sesgo de género, al considerarse el ser mujer como un factor de riesgo. La acumulación de estudios empíricos con problemas metodológicos que llevan errores aleatorios y sistemáticos, conducen a un amplio rango de variación en las tasas de prevalencia de TCA publicadas en adultos y adolescentes.

Finalmente, desde las teorías feministas se intenta explicar por qué son en su mayoría mujeres las personas afectadas por los trastornos alimentarios. El modelo cultural/feminista, sugerido por autoras feministas, resalta la interacción de la cultura con la familia, el desarrollo económico e histórico y las construcciones psicológicas del género.



AMPLIACIÓN DE CONOCIMIENTOS

Enlaces a páginas Web

1.- GENDERBIAS.

<http://www.genderbias.org/>

Genderbias es una web financiada por el Observatorio de Salud de las Mujeres (Ministerio de Sanidad y Consumo). Donde se localiza una compilación de artículos de investigación sobre salud y género, como además de enlaces sobre recursos de instituciones, guías para la investigación en género y salud, y becas de investigación entre otros, que contribuyen a facilitar la investigación en salud bajo esta perspectiva.

La web esta compuesta por 6 partes. Es interesante destacar el apartado "Last review", que recoge la literatura encontrada en las bases de datos en el último mes sobre género y salud, agrupadas en tópicos de salud. También en el apartado "Knowledge library" donde se recopila la literatura encontrada en género y salud por tópicos en los dos últimos años.

Los tópicos más interesantes a tener en cuenta para este módulo de Trastornos de la Conducta Alimentaria son, Obesity, Anemia, Anorexia, Body Image, Bulimia, Eating disorders y Embodiment.

La web también permite la interacción entre profesionales que trabajen en este ámbito, gracias al apartado de Hypotesis Bank.

2.- Observatorio de Comunicación y Salud.

<http://www.portalcomunicacion.com/ocs/esp/pre.html>*

El Observatorio Comunicación y Salud tiene como finalidad el estudio de la comunicación en relación con la salud respecto a tres ejes: la comunicación entre sujetos, la comunicación entre instituciones y sujetos y el análisis de la información sociosanitaria que transmiten los medios de comunicación de masas. Junto a la investigación, también se localiza recursos para la formación y la organización de eventos en el ámbito de la comunicación y la salud.

Esta web es útil puesto que considera la relación entre la comunicación y la salud, tomando área como la nutrición, destacando las siguientes líneas de investigación prioritarias: 1. La influencia del marketing y de la publicidad en conductas y hábitos de vida. 2. Las relaciones entre instituciones públicas y privadas y los medios de comunicación de masas. 3. El marketing social para la promoción de la salud.

Esta web, también puede ser un punto de encuentro de cuantas personas e instituciones interesadas en el ámbito de la comunicación y la salud, desde diferentes campos entre ellos el nutricional y alimentario.

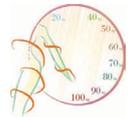


PRINCIPALES REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Toro J. El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel Ciencia, 1996.
- Gil-García E. Anorexia y bulimia: Discursos médicos y discursos de mujeres diagnosticadas. Tesis Doctoral, 2005. Instituto de Estudios de la Mujer. Editorial de la Universidad de Granada, 2005.
- Contreras-Hernández J, Gracia-Arnáiz M. Cuerpo, dieta antropológicas. y cultura. Capítulo 7. En: Contreras-Hernández J, Gracia-Arnáiz M. Alimentación y cultura: perspectivas. Barcelona: Ariel, 2005.
- Chernin K. The hungry self: women, eating and identity. New York: Harper and Row, 1985.
- Bordó S. Unbearable weight: feminism, western cultura an the body. Berkeley: University of California Press, 1993.
- González-Briones E, Merino-Merino B., y colaboradores. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Cultura y Ministerio del Interior, 2004.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Gilbert S. Pathology of eating Psychology and treatment. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1986.
- 2 Counihan CM, Kaplan SL. Food and gender: Identity and power. Amsterdam: Harwood Academia Publisher, 1998.
- 3 Toro J. El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel Ciencia, 1996.
- 4 Harris M, Roos E (eds). Food and evolution: toward and theory of human food habits. Temple: Temple University Press, 1987.
- 5 Contreras-Hernández J, Gracia-Arnáiz M. Cuerpo, dieta antropológicas. y cultura. Capítulo 7. En: Contreras-Hernández J, Gracia-Arnáiz M. Alimentación y cultura: perspectivas. Barcelona: Ariel, 2005.
- 6 Garine I, Pollock NJ. (ed.) Social aspects of obesity. Amsterdam: Gordon and Breach Science Publishers, 1995.
- 7 Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WN, Kurland LT. Anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a 45 year study. Clin Proc 1988;63:433-442.
- 8 Ploog DW, Pirke KM. Psychobiology of anorexia nervosa. Psicol. Med 1987; 17:843-859.
- 9 Lechuga JL, Caro FJ, Guerra MT. Etiología, patogenia y epidemiología. En: Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Trastornos del comportamiento alimentario en el niño. 6º Curso de Formación de Postgrado. Málaga, 2000 Capítulo 13. Am J Clin Nutr 1995;62(5 Suppl):1123S-1134S.
- 10 Toro J, Vilardell E. Anorexia nervosa. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
- 11 Garner DM. Pathogenesis of anorexia nervosa. The Lancet 1993; 341:1631-1635.
- 12 Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor. Risk factors for binge eating disorder. A community based case-control study. Arch Gen Psychiatry 1998;55:425-432.
- 13 Fairburn CG, Cooper Z, Dole HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa. Three integrated case-control comparisons. Arch Gen Psychiatry 1999;56:468-476.
- 14 Gandarillas-Grande A, Febrel-Bordajé C. Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescente de la Comunidad de Madrid. Documentos técnicos de Salud Pública N° 67. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid. Madrid, Septiembre 2000.
- 15 Kaiyala KJ, Woods SC, Schwartz MW. New model for the regulation of energy balance and adiposity
- 16 Garfinkel PE, Moldofsky H, Garner DM. The heterogeneity of anorexia nervosa. Arch Den Psychiatry 1980;37:1036-1040.
- 17 Brumberg JJ. Fasting girls: The emergente of anorexia nervosa as a modern disease. Cambridge: Havard University Press, 1988.
- 18 Di Rienzo N. 1993 Las crisis en pacientes bulímicas. Una reflexión desde el modelo psicoanalítico. Obesidad 1993 Abril-Junio;6(2):26-28.
- 19 Hekier MM. Anorexia y Bulimia. Deseo de nada. Buenos Aires: Paidós, 1994.
- 20 Turón-Gil VJ. Trastornos de la alimentación. Anorexia nervosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson, 1997.
- 21 Fairburn CG, Beglin S. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. Am J Pyiquiatr 1994; 147:401-408.
- 22 Cervera, M. Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A, 1996.
- 23 Striegel-Moore RH, Cachelin FM. Body image concerns and disordered eating in adolescent girls: Risk and protective factors. En Johnson NG, Roberts MC, Worell, J. (Eds.). Beyond appearance: A new look at adolescent girls. Washington, DC: American Psychological Association. 1999.
- 24 Gull WW. Apepsia hysterica, anorexia hysterica. Transaction of the Clinical Society of London 1874;7:22-28.
- 25 Lasègue C. De l'anorexie hystérique. Archives Générales de Médecine 1873; (abril):385-403.
- 26 Bruch H. Perceptual and conceptual disturbance in anorexia nervosa. Psysochom Med 1962;24:187-194.
- 27 Guillemot A, Laxenaire M. -Traducido por Rodríguez-Martínez A. Anorexia y Bulimia: el peso de la cultura. Barcelona: Masson, 1995.
- 28 Neinstein LS. Salud del adolescente. Barcelona: JR Proas editores, 1991.
- 29 Russell G. The present status of anorexia nervosa. Psychological Medicine 1977; 7:363-367.
- 30 Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Muñoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Archives of General Psychiatric 1972;26:57-63.
- 31 Gil-García E. Anorexia y bulimia: Discursos médicos y discursos de mujeres diagnosticadas. Tesis Doctoral, 2005. Instituto de Estudios de la Mujer. Editorial de la Universidad de Granada, 2005.
- 32 DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1987.
- 33 DSM III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1992.



- 34 DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
- 35 DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002.
- 36 Fombonne E. Anorexia Nervosa: no evidence of fan increase. *Br J Psychiatry* 1995; 166:462-471.
- 37 American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and statistical Manual of mental disorders). 4ª Ed.; Texto Revisado. Barcelona: Masson, 2002.
- 38 Rodríguez MC, Riquelme A, Buendía J. Epidemiología de la anorexia nerviosa: una revisión. *Anales de Psiquiatría* 1996;12(6):262-269.
- 39 Loureiro-Cachón V, Domínguez-Carmona M, Gestal-Otero JJ. Actitudes hacia la dieta y el peso en una población adolescente. *Anales de Psiquiatría* 1996; 12(6):242-247.
- 40 Morandé-Lavin G. Trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes: anorexia nerviosa, bulimia y bulimarexia. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 1990.
- 41 Toro J. Factores socioculturales en la anorexia nerviosa. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 1988; 15(2):99-109.
- 42 Toro J, Canto TJ, Castro J, et al. Trastornos del comportamiento alimentario. *Jano. Medicina y Humanidades* 1999; 56(1298): 37-38.
- 43 Rodríguez JA. El poder médico desde la sociología. *REIS*, 1981; 14:95-112.
- 44 Perpiñá C. Trastornos alimentarios: de los problemas en los criterios al esbozo de un nuevo modelo para su conceptualización. *Revista española de terapia del comportamiento* 1989; 7(2):199-219.
- 45 López-Herrero L. Anorexia: comer nada. Una perspectiva psicoanalítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1999; 19(72): 599-608.
- 46 Sierra JC, Buela-Casal G, Ambrosio I. (2001). Evaluación y tratamiento de los trastornos alimentarios. En: Buela-Casal G, Sierra JC (Eds.). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2001. (pp. 571-611)
- 47 Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1979;9:273-279.
- 48 Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 1983; 2:15-34.
- 49 Vilella J, Castillo M. Prevalencia de los TCA en Jóvenes escolares Castilla- La Mancha, 2004. Dirección General de salud Pública y Participación Consejería de Sanidad Junta de Comunidades de Castilla La Mancha.
- 50 Ruiz-Lázaro PM. Historia de los trastornos de la conducta alimentaria. *Anales Españoles de Psiquiatría* 1999; 15 (8): 361-365.
- 51 Toro J. La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin (Bar)* 2000; 114: 543-544.
- 52 Lázaro L, Toro J, Canalda G, Castro J, Martínez E, Puig J. Clinical, psychological and biological variables in a group of 108 adolescent patients with anorexia nervosa. *Med Clin (Barc)* 1996 Jun 29;107(5):169-74.
- 53 Toro J, Gila A, Castro J, Pombo C, Guete O. Body image, risk factors for eating disorders and sociocultural influences in Spanish adolescents. *Eat Weight Disord* 2005 Jun; 10(2):91-7.
- 54 Ruiz-Lázaro PM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. Publicada página web de SALUT. En línea [19/04/2006]. Situado en web: <http://es.salut.conecta.it/ruizl.htm#12>.
- 55 Castro J, Toro J, Salamero M, Quimera E. Cuestionario de actitudes ante la alimentación: validación de la versión española. *Psychological assessment* 1991; 7(2):175-190.
- 56 Wakeling A. Epidemiology of anorexia nervosa. *Psychiatry Research* 1996; 62:3-9.
- 57 Esteban ML. El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En: Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernández T, et al. *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Minerva, 2001.
- 58 Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18(supl 1):118-131.
- 59 Hoek HW, Van-Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34(4):383-96.
- 60 Ruiz PM, Alonso JP, Vellilla J M, Lobo A, Martín A, Paumard C, Calvo AI. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1998; 3: 148-162.
- 61 Pérez-Gaspar M, Gual P, De Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica* 2000; 114: 481-486.
- 62 Morandé G, Celada J, Casas JJ. Prevalence of eating disorders in a spanish school-age population. *Journal of Adolescents Health* 1999; 24: 212-219.
- 63 Rojo L, Livianos L, Conesa L, García A, Domínguez A, Rodrigo G, Sanjuán L, Vila M. Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a spanish population aged 12–18 years. *International Journal of Eating Disorders* 2003; 34: 281-291.
- 64 Rodríguez-Cano T, Beato-Fernández L, Belmonte-Llario A. New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *European Psychiatry* (in press). Citado por: Vilella J, Castillo M. Prevalencia de los TCA en Jóvenes escolares Castilla- La Mancha, 2004. Dirección General de salud Pública y Participación Consejería de Sanidad Junta de Comunidades de Castilla La Mancha.
- 65 Sundgot-Borgen J. Prevalence of eating disorders in the elite female athletes. *Int J Sport Nutr* 1993; 3:39-40.
- 66 Herrero M, Viña Conrado M. Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2005; 5(1):67-83.
- 67 Crisp A, Palmer R, Kalucy R. (1976). How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *British Journal of Psychiatry* 1976; 128:549-554.
- 68 Garner DM. EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual. Madrid: TEA, 1998.
- 69 Guerro D, Barjau JM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. En: Chinchilla A. (Ed.). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson, 2003.
- 70 Gard MC, Freeman CP. The dismantling of a myth: A review of eating disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders* 1996; 20:1-12.
- 71 Engström I, Norring C. Estimation of the population 'at risk' for eating disorders in a non-clinical Swedish sample: a repeated measure study. *Eating and Weight Disorders* 2002; 7:45-52.
- 72 Perpiñá-Tordera C. Trastornos Alimentarios: el estado de la cuestión. Valencia: Edición Promolibro. 1989.
- 73 Saldaña-García C. Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad Empresa, 1994.
- 74 Lameiras-Fernández M, Failde-Garrido JM. (eds). *Trastornos de la conducta alimentaria: del tratamiento a la prevención*. Vigo: Editorial de la Universidad de Vigo, 2000.
- 75 Rosen DS. Eating disorders in children and young adolescents. Etiology, classification, clinical features, and treatment. *Adolescent Medicine* 2003; 14(1):49-58.
- 76 Eisler I, Dare C, Russel GF, Szmulker G, et al. Family and individual therapy in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54(11):1025-1031.
- 77 Stierling H, Weber G. ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? Llaves sistémicas para la apertura, comprensión y tratamiento de la anorexia nervosa. Barcelona: Editorial Gedisa, 1997.
- 78 Kreipe R, Yussman SM. The role of the primary care practitioner in the treatment of eating disorders. *Adolescent*



- Medicine 2003; 14(1): 133-143.
- 79 Chinchilla-Moreno A. Guía teórico-práctica de los trastornos del comportamiento alimentario: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Barcelona: Masson, 1995.
- 80 Cabetas-Hernández I. Desnutrición en Anorexia Nervosa: enfoque psicosomático y tratamiento multidisciplinar. Nutr
- 81 APA -American Psychiatric Association-. Guía clínica para el tratamiento de los trastornos de comportamiento alimentario. Psiquiatría. Barcelona: Editores, 2001.
- 82 Zipfel S, Reas DL, Thornton C, Olmstead MP, et al. Day hospitalization programs for eating disorders: A systematic review of the literature. International Journal of Eating Disorders 2002; 31(2): 105.
- 83 Ghaderi A, Scott B. Pure and guided self-help for full and sub-threshold bulimia nervosa and binge eating disorder. The British Journal of Clinical Psychology 2003; 42(3):257-267.
- 84 Gil-Canalda MI, Candela-Villanueva JP, Rodríguez MC. Atención primaria y trastornos de la alimentación: ¿qué podemos hacer nosotros? (II). Aten Primaria 2003;31(4):248-251.
- 85 Martínez-González MA, De Irala J. Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública?. Gac Sani , 2003; 17 (5):347-350.
- 86 D'Angelo Méndez E. Aspectos familiares y de relación entre padres e hijos en la problemática del comportamiento alimentario. Revista de estudios de Juventud 1999; 47: 45-53.
- 87 Casasús-Acevedo Pi, Casasús-Acevedo Pa. Intervención psico-social en trastornos de la conducta alimentaria. Revista de estudios de Juventud 1999; 47: 23-31.
- 88 Eating Disorders. New guideline to standardize care for eating disorders. Obesity, Fitness & Wellness Week 2004 Feb; 28: 18.
- 89 Rocco PL, Ciano RP y Balestrieri M. Psychoeducation in the prevention of eating disorders: An experimental approach in adolescent schoolgirls. British Journal of Medical Psychology 2001; 74(3):351-359.
- 90 García-Pérez MA. Prevención de Anorexia y Bulimia en Enseñanza Secundaria. Nutr Hosp 2004; XIX(5):305-315.
- 91 Ruiz Lázaro PJ. Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. Atención Primaria 2001; 27(6): 428-431.
- 92 March JC, Suess A, Prieto MA, Escudero MJ, Nebot M, Cabeza E, Pallicer A. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. Nutr Hosp 2006; 21(1):4-12.
- 93 Mariane A. Vencer la anorexia y la bulimia. Barcelona: Ediciones Urano, 1999.
- 94 González-Briones E, Merino-Merino B., y colaboradores. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Cultura y Ministerio del Interior, 2004.
- 95 Muñoz-Corral MI. Anorexia nerviosa y bulimia. Un problema de salud en crecimiento. En: Serrano-González MI. La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud. 2ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos SA., 2002.
- 96 MacClansy J. Consuming cultura. Londres: Chapman Publishers Ltda., 1990.
- 97 Faludi S. Blacklash: the undeclared war against american women. New York: Crown, 1991.
- 98 Wolf N. The body myth: how images of beauty are used against women. New York: Morrow, 1991.
- 99 Chernin K. The hungry self: women, eating and identity. New York: Harper and Row, 1985.
- 100 Bordó S. Unbearable weight: feminism, western cultura an the body. Berkeley: University of California Press, 1993.
- 101 Brumberg JJ. Fasting girls: the emergence of anorexia nervosa as a modern disease. Cambridge: Harvard University Press, 1988.
- 102 Ruiz MT, Martín M, La Parra D, Vives C, Albaladejo M. El enfoque de género en las noticias de salud. Gac Sant 2004;18(supl 2):65-74.

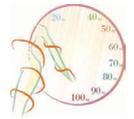
CASO PRÁCTICO

OBJETIVO

Analizar con enfoque de género el contenido de las noticias en prensa escrita sobre los TCA, teniendo en cuenta los conceptos de visibilidad, empoderamiento, paridad y estereotipos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la visibilidad de hombres y mujeres en las noticias.
- Examinar la paridad de las noticias, teniendo en cuenta los roles con los que hombres y mujeres son presentados como sujetos de acción, de opinión, o sujetos pacientes.
- Identificar la contribución de las noticias al empoderamiento de hombres y mujeres, mediante las categorías profesionales o personales en que ambos sexos son presentados, incluida la imagen de culpabilización de las personas que aparecen en las noticias.
- Identificar en la noticia el estereotipo en que se presenta el lenguaje.
- Analizar el contenido de la noticia, teniendo en cuenta los principales modelos multicausales explicativos de los TCA.



MATERIAL NECESARIO

- Recortes de noticias del periódico El Mundo y El País, relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria.
- Cuestionario.
- Ficha de noticias.
- Modelos multicausales explicativos de los TCA.
- Artículo científico: Ruiz MT, Martín M, La Parra D, Vives C, Albaladejo M. El enfoque de género en las noticias de salud. Gac Sant 2004;18(supl 2):65-74

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

Con esta actividad se pretende sensibilizarles sobre el enfoque de género que las noticias de prensa escrita orientan sobre problemas de salud pública como los trastornos de la conducta alimentaria, teniendo en cuenta la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres definidas en la Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer celebrada en Beijing, y en la que España suscribió los Acuerdos de la mujer y los medios de comunicación, como uno de los retos a lograr antes del año 2000 para. Especialmente reflexionar sobre los puntos estratégicos relacionados con Aumentar el acceso de las mujeres a la expresión de sus ideas y a la adopción de decisiones en los medios de difusión y por conducto de ellos. Lo cual significa, incrementar su visibilidad y capacidad de participación en los medios, y fomentar una imagen equilibrada y no estereotipada de las mujeres en los medios de difusión, es decir, un trato paritario y no sexista.

PASOS A SEGUIR:

1. Antes de la actividad:

Se solicitará a los participantes que busquen noticias del periódico El Mundo y El País, relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria. Las noticias también pueden obtenerse de las bases de datos informatizadas de los periódicos El País y El Mundo, online, a través de sus páginas webs. Las palabras claves que se sugieren en su búsqueda son: trastornos del comportamiento alimentario, trastornos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia.

Por ejemplo:

<http://www.elmundo.es/elmundo/2006/03/15/sociedad/1142423801.html>

<http://www.elmundo.es/elmundo/2006/09/20/ciudadanom/1158736403.html>

Cuestionario de reflexión: cada participante hará un lectura sobre la noticia seleccionada, reflexionando sobre los hechos que son considerados en la noticia, teniendo en cuenta las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la idea de mujer que se transmite en la noticia?
- ¿ A qué se les vincula?
- ¿Cuál es la relación entre los sexos que se desprende de la lectura?
- ¿A qué conclusiones las llevan las informaciones objeto de noticias?

Registrar las respuestas individuales para el desarrollo de la actividad en clase.



2. Desarrollo y explicación de la actividad:

2.1. Se divide la clase por pequeños grupos, nombrando un moderador.

2.2. Se seleccionan algunas noticias que los participantes han encontrado en los periódicos El Mundo y El País, relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria. Para su selección se tendrá en cuenta aquellas respuestas registradas por cada componente del grupo y que en consenso se definan.

2.3. En cada noticia analizar el enfoque de género considerando:

-Visibilidad: quienes aparecen en la noticia (mujeres y hombres) tanto en la firma (autores/as), como en el título y cuerpo de la noticia.

-Paridad: en qué roles aparece las mujeres y los hombres en la noticia. Comparar los roles –sujetos de acción, de opinión, o sujetos pacientes– con los que hombres y mujeres en sus categorías profesionales o personales son presentados.

-Empoderamiento: relacionado a la culpabilización de la víctima.

-Estereotipo: si presenta sexismo en el lenguaje.

Analizar el contenido de la noticia, teniendo en cuenta los principales modelos multicausales explicativos de los TCA, y además el enfoque de género que se revisaron en la clase.

2.4. A continuación se lleva las respuestas de cada grupo a un cartel mural, donde entre todos se analiza el enfoque de género de las noticias seleccionadas por cada grupo:

Conceptos	Noticia 1	Noticia 2	Noticia 3....
Visibilidad			
Paridad			
Empoderamiento			
Estereotipo			

Se determina el total de la noticias aportadas, haciendo una relación de la frecuencia de las noticias y anotando en cada casilla el resultado. A modo de ejemplo para determinar la visibilidad, anotar el número de las noticias que identificaban el sexo de los periodistas, y cuantas de ellas fueron firmadas por mujeres.

Analizar entre el grupo el contenido de la noticia, teniendo en cuenta los principales modelos multicausales explicativos de los TCA.

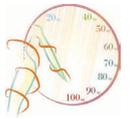
2.5. Después de la actividad: a través de un diálogo dirigido se hará hincapié en cada uno de los conceptos analizados.

Visibilidad o la falta de visibilidad se observa cuando en la firma de la noticia hay mayor presencia de hombres que de mujeres.

El concepto próximo a la visibilidad es la paridad, -igualdad numérica- mide la igualdad en las aportaciones que hombres y mujeres hacen a la noticia. Relacionado en su papel de sujeto de la acción que daba lugar a la noticia (hacer) de opinión (decir) o sujetos pasivos del hecho que daba lugar a la noticia (padecer).

El empoderamiento o nivel de control de mujeres y hombres sobre su propia salud, se refiere a observar quién tiene el protagonismo en las noticias de salud. Por ejemplo si los pacientes son el centro de la noticia, ésta contribuirá a dar una imagen en la que el proceso de enfermedad o salud corresponde precisamente a quien la padece, relacionado con la culpabilización del paciente.

Debatir entre el grupo sobre el estereotipo que se les da las mujeres en el lengua-



je utilizados en las noticias. Dirigir la discusión hacia la importancia de los medios para contribuir a la defensa de los derechos de las mujeres, al incremento de la pluralidad y diversidad de las fuentes de información y al aumento de la conciencia en la opinión pública, sobre la existencia de los problemas de salud.

EVALUACION

Redactar dos recomendaciones que daría para la elaboración de noticias sobre trastorno de la conducta alimentaria con enfoque de género. Explicar su importancia de acuerdo a los conceptos revisados de visibilidad, paridad, empoderamiento y estereotipo.

