

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicopedagogía



**Factores que inciden en el Incremento de casos de Anorexia Nerviosa en
Mujeres Adolescentes**
(Artículo especializado)

Aura Elizabeth Urizar Santos

Guatemala, abril 2019

**Factores que inciden en el Incremento de casos de Anorexia Nerviosa en
Mujeres Adolescentes**
(Artículo especializado)

Aura Elizabeth Urizar Santos

Lic. Angel Bámaca(**Asesor**)
M.Sc. Mario Alfredo Salazar Marroquín (**Revisor**)

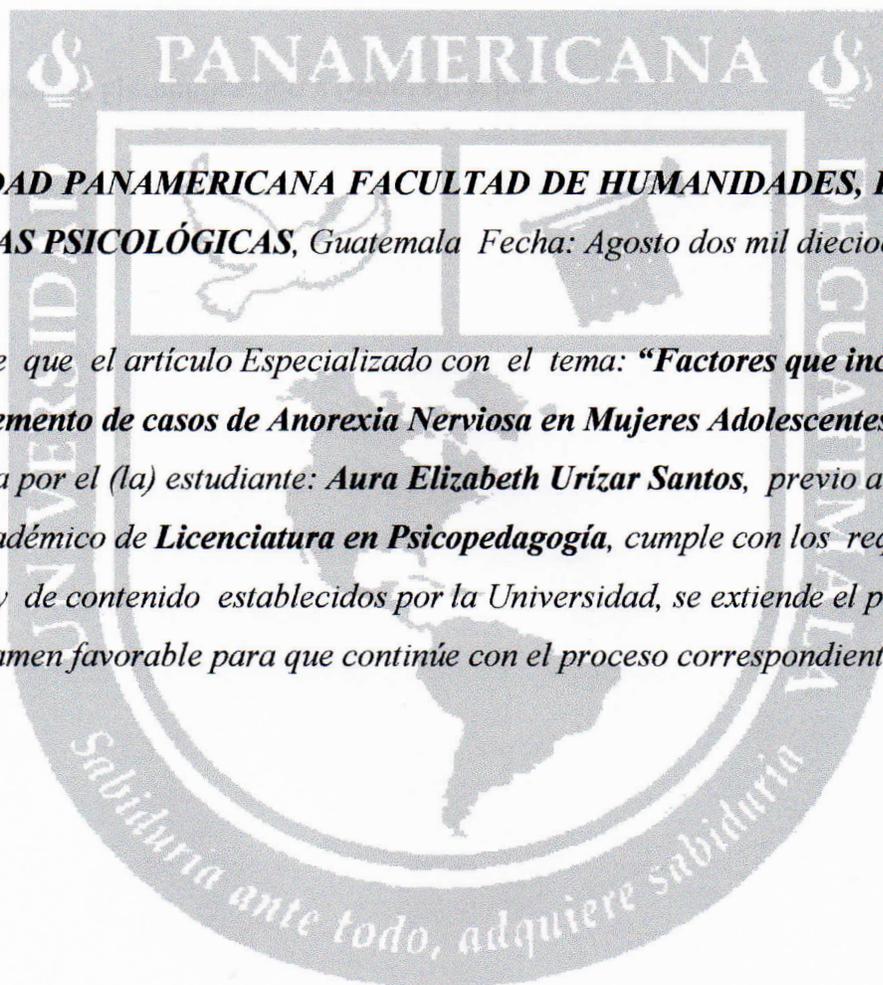
Guatemala, abril 2019

Autoridades Universidad Panamericana

Rector	M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultadde Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vicedecano	Msc. Ana Muñoz de Vásquez



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala Fecha: Agosto dos mil dieciocho.-----

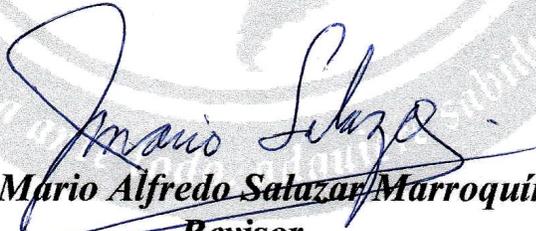
En virtud de que el artículo Especializado con el tema: “Factores que inciden en el Incremento de casos de Anorexia Nerviosa en Mujeres Adolescentes”.

*Presentada por el (la) estudiante: **Aura Elizabeth Urizar Santos**, previo a optar al grado Académico de **Licenciatura en Psicopedagogía**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*


Lic. Angel Eleazar Bámaca Chacón
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes noviembre 2018.

*En virtud de que el presente Artículo Especializado con el tema: **“Factores que inciden en el incremento de casos de Anorexia Nerviosa en Mujeres Adolescentes”**. Presentada por el (la) estudiante: **Aura Elizabeth Urizar Santos** previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicopedagogía, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*


S.c. Mario Alfredo Salazar Murroquín
Revisor



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala abril del dos mil diecinueve. -----

En virtud que el informe final del Artículo Especializado con el tema "**Factores que inciden en el incremento de casos de Anorexia Nerviosa en Mujeres Adolescentes**", presentado por el (la) estudiante **Aura Elizabeth Urizar Santos** reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de la Licenciatura en Psicopedagogía, para **que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.**



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades

Nota: *“Para efectos legales únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.”*

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
1. Trastorno Alimentario	1
2. Anorexia Nerviosa	1
2.1. Antecedentes	2
2.2. Características	5
3. Subtipos	7
3.1. Tipo restrictivo	7
3.2. Tipo con atracones/purgas	7
3.3. Síntomas	8
4. Imagen Corporal	10
4.1. Componentes	10
4.2. Alteraciones	10
5. Criterios Diagnósticos	11
6. Factores Predisponentes	12
6.1. Adolescencia	12
6.1.1. Adolescencia temprana: (10-13 años)	13
6.1.2. Adolescencia media: (14-16 años)	13
6.1.3. Adolescencia tardía: (17-19 años)	14
6.1.4. Consejos para adolescentes	15
6.2. Género	16

7.	Causas	17
7.1.	Medios de comunicación	17
7.2.	Baja autoestima	20
8.	Consecuencias y Complicaciones	20
8.1.	Consecuencias físicas	20
8.2.	Complicaciones	21
9.	Prevención	22
9.1.	Prevención primaria	23
9.2.	Prevención secundaria	23
9.3.	Prevención Terciaria	24
9.4.	Prevención cuaternaria	24
9.5.	Señales de alarma	24
10.	Tratamiento	26
10.1.	Terapia nutricional	26
10.2.	Terapia psicológica	26
10.3.	Terapia farmacológica	27
10.4.	Hospitalización	27
10.5.	Terapia ocupacional	27
	Conclusiones	28
	Referencias	29
	Anexos	

Resumen

La anorexia nerviosa es un trastorno psicológico, que el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-5 clasifica como uno de los trastornos de la conducta alimentaria, y que se manifiesta con el deseo incontrolable de reducir el peso corporal, miedo intenso a engordar, demasiada importancia por su peso, medidas y distorsión del auto imagen corporal. Entre los signos y síntomas más comunes de la anorexia nerviosa se encuentran la delgadez extrema, desnutrición, bajo peso en relación a su edad y complejión, constante utilización de la báscula y espejo para verificar si se ha conseguido disminuir el peso.

Según la historia este trastorno ha recibido varios nombres, primero “Anorexia Histórica”, después “Consunción nerviosa” y en la actualidad “Anorexia Nerviosa”.

Existen dos subtipos de anorexia nerviosa: Anorexia restrictiva, que se caracteriza por conseguir la pérdida de peso, restringiendo los alimentos sobre todo los que contienen alto valor calórico, ayunos o ejercicio físico en exceso. Anorexia con atracones/purgas, que se diferencia de la restrictiva por consumir laxantes, purgantes, diuréticos o provocándose vómitos para reducir el peso corporal.

Existen varios factores que desencadenan esta enfermedad, pero los que más predominan son la adolescencia, el género y la baja autoestima, lo cual es importante tomar en consideración para prevenir esta enfermedad, dado que es una situación muy vulnerable y puede convertirse en un terreno fértil para iniciar este trastorno. También existen otros factores que intervienen drásticamente en la conducta alimentaria de los seres humanos sobre todo en las mujeres, como lo son los medios de comunicación (Televisión, revistas de moda, catálogos de venta y toda la publicidad que transmiten), donde se puede evidenciar modelos extremadamente delgadas, exhibiendo su cuerpo como un atractivo físico y algo digno de imitar.

Esta enfermedad afecta gravemente a la salud y puede provocar incluso la muerte, se puede curar con tratamiento nutricional, psicológico, farmacológico y si es necesario hospitalización.

Introducción

Desde tiempos anteriores se han identificado casos de anorexia nerviosa, pero que con el pasar del tiempo la estadística aumenta a nivel mundial, existen casos de anorexia nerviosa de tipo restrictivo y con atracones/purgas, tanto en hombres como en mujeres, pero el incremento de casos sucede más en mujeres que por la condición de género hay más exigencia, ya sea para conseguir empleo, amistades o relación de pareja, puesto que la sociedad tiene la idea equivocada en que una mujer debe estar delgada, maquillada, depilada, para verse femenina y hermosa, mientras que a un hombre no se le piden las mismas cosas, perfectamente puede estar gordo, con mucho vello y sin tanto decoro que igual todo está bien.

La adolescencia es otro factor que interviene en el desarrollo de casos de anorexia nerviosa debido a la etapa tan vulnerable que se experimenta y a los respectivos cambios que suceden tanto en lo físico, emocional como psicológico, periodo en el cual se construye la personalidad y que los medios de comunicación tienen gran influencia en los adolescentes para el cambio de actitudes sobre todo negativas, despertando en ellos la lujuria, vanidad, envidia, avaricia y a darle valor a las personas por su fama, imagen corporal y dinero, disminuyendo la capacidad de reflexionar sobre la importancia de la familia, religión, moral y dignidad.

El presente artículo se redacta con la finalidad de dar a conocer los antecedentes, características, síntomas, criterios diagnósticos, causas, consecuencias, prevención y tratamiento para la anorexia nerviosa, y con esto brindar información a quienes desconocen de esta enfermedad; sobre todo a los padres de familia para que estén más atentos a la conducta en general de sus hijos y poder brindarles el apoyo necesario tanto en la prevención, identificación o tratamiento de la anorexia, crear un ambiente agradable con buena comunicación, fortalecer el autoestima y mostrar la idea de una belleza real. También puede ser de utilidad a personas que se dedican a hacer docencia para que se informen acerca de este trastorno y así prevenir, identificar y buscar tratamiento a posibles casos juntamente con padres de familia.

1. Trastorno Alimentario

Según (DSM-5, 2014, p. 34), es un trastorno mental y se caracteriza por una alteración persistente en la conducta alimentaria, se puede evidenciar en el consumo o absorción de los alimentos, lo cual deteriora significativamente la salud física y psicosocial del individuo. Entre estos trastornos se encuentran: La Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Atracones, Rumiación, Pica, entre otros.

2. Anorexia Nerviosa

Según (Cuñat, 2008, p. 56), la anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal producida normalmente por la decisión voluntaria de adelgazar, debido a la distorsión de la auto imagen corporal, percibiéndose físicamente gordas aunque en realidad su peso sea extremadamente bajo. El adelgazamiento se consigue al suprimir o reducir el consumo de alimentos, especialmente los que contienen alto valor calórico, mediante vómitos, uso de laxantes, diuréticos, ejercicio físico exagerado, ayunos, entre otros.

La persona con anorexia nerviosa se niega a mantener el peso corporal dentro de los límites de la normalidad, y desea con ansiedad que sea inferior, debido a la importancia que le da al cuerpo delgado, creyendo que ella vale por lo que pesa, entre menos peso más valor. Empieza a reducir los alimentos con muchas calorías, después elimina otros, hasta quedarse con unos cuantos, que regularmente son los mismos, los cuales consume como rutina.

Esta conducta alimentaria está regulada por mecanismos automáticos en el sistema nervioso central, la sensación del hambre procede de estímulos metabólicos y de receptores periféricos que se sitúan en el tubo digestivo, lo cual induce la sensación de hambre. El hipotálamo se conoce como el lugar donde radican los centros del hambre y saciedad, pero es en la corteza cerebral donde se establecen mecanismos mucho más complejos relacionados con la alimentación, que están vinculados a experiencias previas. En este proceso no solo intervienen aspectos biológicos

sino psicológicos (sentimientos de seguridad, bienestar y afecto) y sociales que desde siempre han influido en la forma de comer.

2.1. Antecedentes

Desde Twiggy en los sesenta, hasta Kate Moss en el siglo XXI, la historia de moda siempre ha mostrado mujeres casi esqueléticas como prototipo de belleza, mensaje que desencadenó la epidemia de anorexia entre las mujeres sobre todo en adolescentes, lo cual ha incrementado mucho hasta la fecha.

Nueve años después del nacimiento de Johan Sebastian Bach y de Georg Frederich Händel en 1685-1759, Richard Morton describió un cuadro que denominó Consunción Nerviosa y que podría considerarse la primera descripción escrita de lo que actualmente se conoce como anorexia nerviosa.

La anorexia es una enfermedad ancestral que durante milenios de años tuvo distintas connotaciones, desde tiempos antes de Cristo, donde ya existían personas que procuraban la delgadez extrema. Aunque también se debe considerar que en alguna época de la historia el sobrepeso no era mal visto, sino al contrario, a una persona gorda se le consideraba como representación de salud, fecundidad, y signo de belleza, tiempo en el que los dioses eran hechos con una silueta en que parecieran gordos; pero cambió drásticamente con la llegada del cristianismo, después del siglo III, a donde los cultos paganos fueron desterrados. En la edad media ya no existían dioses gordos, sino cristos flacos, tanto que la gula se convirtió en uno de los siete pecados capitales, centrándose en el rechazo a la ingesta de alimentos, como santificación.

(Benavides A., Cuevas D. y Pastrana C. 2011, p. 65), refieren que en el siglo XIII abundaron los casos de anorexia, 260 santas o beatas de la Iglesia Católica tomaron el ayuno como muestra de ascetismo y religiosidad, como un camino a la santidad y entrada al cielo. Un caso célebre es de Santa Catalina de Siena en 1347-1380 quien murió a los 32 años de edad por desnutrición severa,

como consecuencia de la anorexia, pero que en realidad la iglesia no la consideraba una enfermedad sino como algo digno de imitar debido a que representaba santidad. En el siglo XVI se reportaron más datos de personas que presentaban inanición y conductas restrictivas hacia la alimentación, pero ya las consideraron anómalas, socialmente alteradas y sin justificación religiosa, especialmente médicos.

El nombre de este trastorno fue evolucionando poco a poco, y fue en 1689 donde Richard Morton introdujo el término “Consunción nerviosa”. Entre el siglo XVIII y XIX se habló de “Anorexia histérica”. Y por último en el siglo XIX Laségue y Gull describieron por primera vez el término “Anorexia nerviosa” que es como actualmente se conoce. Entre las más famosas víctimas de la anorexia en el siglo XIX y XX figuran la escritora inglesa Virginia Woolf y Simone Weill, ambas vinculadas a la creatividad literaria y filosófica. Otra de las personas famosas fallecidas en condiciones trágicas por anorexia, es la princesa Diana de Gales, al darle un excesivo culto al cuerpo perfecto.

Como refiere (Buil C., García R. y Pons A. 2006, p. 79):

“Más adelante, en 1874, mientras Charles Darwin proclamaba la teoría de la evolución de las especies, el médico de la corte victoriana William W. Gull, y el francés Ernest Charles Laségue, describen un cuadro clínico que se presentaba en mujeres jóvenes y adolescentes, con edades entre 16 y 25 años y que cursaba con delgadez extrema, disminución o falta de apetito sin causa física demostrable, con amenorrea, bradicardia, astenia, estreñimiento e hiperactividad psicomotriz, que definieron como anorexia nerviosa y anorexia histérica respectivamente.”

Según (Benavides A., Cuevas D. y Pastrana C. 2011, p. 56), es a partir del año 1973 que aparecen numerosos reportes de anorexia en Estados Unidos, Francia, Alemania, Inglaterra e Italia y que según los síntomas que presentaban los individuos confundían el trastorno, hasta que se planteó la existencia de un trastorno diferente, descubriendo la bulimia y clasificando en subtipos la anorexia. Para explicar el origen la anorexia, en 1990 se auxilió de aportes biológicos y médicos

y así entender lo que sucedía con la persona enferma, pero resultaron insuficientes, por lo cual se acudió al psicoanálisis para descartar problemas psíquicos, sobre todo en mujeres que presentaban negativa para comer y temor a ser envenenadas.

(García, 1999, p. 78) realizó un estudio sobre la tendencia a la anorexia y bulimia nerviosa y su relación con la autoestima, en un grupo de jóvenes de colegios de nivel social alto, de la sociedad de Guatemala, donde analizó una muestra de 182 estudiantes del sexo femenino. Dentro de los resultados más relevantes se estableció una proporción de 2.8 en relación a las conductas que tienden a desarrollar problemas de anorexia y bulimia, 2 sujetos con tendencia a la anorexia por cada 8 con tendencia a la bulimia; además se concluyó que las personas afectadas con estos trastornos alimentarios, el 1% padece de anorexia y el 4% de bulimia.

En el reportaje publicado por (Yurritia, 1999, p. 24), se da a conocer cómo la bulimia y la anorexia nerviosa afecta a jóvenes entre 13 y 19 años en la ciudad de Guatemala, de clase socioeconómica media y alta. El resultado más importante evidencia que tanto la bulimia como la anorexia nerviosa son enfermedades que afectan, no solo al paciente sino a los familiares y personas que lo rodean.

(Arancibia, 2000, p. 65) demuestra cuales son los factores influyentes externos e internos fundamentales en el desarrollo de anorexia y bulimia en adolescentes guatemaltecas, ante la cultura de consumo y publicidad. Formaron parte de esta investigación adolescentes entre los 17 y 19 años de edad, de sexo femenino, residentes en la ciudad capital, de colegios privados y nivel socioeconómico medio, medio alto y alto. La autora concluye que alrededor de un 15% de las adolescentes guatemaltecas ubicadas en el rango de 13 a 16 años de edad, presentan tendencias fuertemente marcadas hacia el desarrollo de anorexia y bulimia.

(Ortiz, 2004, p. 112) realizó un estudio sobre trastornos alimenticios y valores, para establecer la diferencia que existe entre los valores de un grupo de adolescentes con tendencias a desarrollar anorexia nerviosa y un grupo sin estas tendencias. Los sujetos de estudio fueron 417 mujeres entre 14 y 20 años de edad, según la pregunta “¿Deseas intensamente ser delgada?” teniendo

como resultado el 4.1% con tendencia a la anorexia nerviosa, 17.7% hacia la bulimia nerviosa, 31.4% con conciencia del peso y 46.8% con ninguna tendencia a estos trastornos alimenticios. Se encontró que la mayor parte de señoritas estudiantes de Bachillerato y Perito contador tienen tendencia a desarrollar anorexia nerviosa y las estudiantes de Magisterio y Secretariado a bulimia nerviosa.

(Hoyos M. 2013, p. 62) asegura que las mujeres adolescentes son la población en riesgo para el desarrollo de la anorexia nerviosa puesto que un 80% de los casos identificados son de individuos que viven esta etapa, sobre todo mujeres (proporción de 1 varón de 10 mujeres), tanto de clase media, alta y media-alta, por lo general en países desarrollados como Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica, donde la información y recursos de ayuda están más disponibles. La mortalidad por anorexia nerviosa es de un 10% entre las pacientes que la padecen.

2.2. Características

(Garrote D. y Palomares A. 2011, p. 84), listan algunas de las características que presentan las personas con anorexia nerviosa.

- Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades.
- Alteración de la imagen corporal.
- Hiperactividad, como actividad física alta y extenuante.
- Restricción de la ingesta de alimentos y/o su eliminación mediante purgas o ejercicio excesivo.
- Pérdida de peso que conduce a la desnutrición.
- Alteraciones en el ciclo menstrual.
- Miedo intenso a ganar peso corporal o a convertirse en una persona obesa.
- Miedo a la madurez.

- Irritabilidad y fluctuaciones bruscas del estado de ánimo, puesto que el acto de comer provoca culpabilidad, y que no ha sido capaz de controlarse.
- Rechazo a mantener el peso corporal o por encima del valor mínimo normal según la edad, estatura y necesidades vitales.
- Necesidad de buscar la delgadez o pérdida de peso.
- Ayunos frecuentes.
- Control de peso, intencionada al inicio y que más tarde se convierte en una conducta obsesiva.
- Utilización constante de báscula, cinta métrica y verse al espejo.
- Preocupación por su peso.
- Insatisfacción corporal.

Otras características descriptivas y trastornos mentales que se asocian a la anorexia nerviosa, cuando el individuo sufre una considerable pérdida de peso, es la depresión, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. La persona puede presentar cuadros clínicos que cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor. Como estas características se observan también en las personas sin anorexia nerviosa que pasan hambre, muchos de los síntomas depresivos pudieran ser secundarios a las secuelas fisiológicas de la debilidad por falta de nutrientes.

En este caso también se pueden asociar características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, ya sea en relación con la comida o no. La mayoría de las personas con anorexia nerviosa están ocupadas en pensamientos relacionados con la comida, y algunas coleccionan recetas de cocina o almacenan alimentos. La observación de las conductas asociadas a otras formas de inanición sugiere que las obsesiones y las compulsiones relacionadas con la comida pueden producirse o exacerbarse por la desnutrición. Cuando los individuos con anorexia nerviosa presentan obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida, la silueta corporal o el peso, se realizará el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo.

Por tal razón, al diagnosticar anorexia nerviosa es importante efectuar un diagnóstico adicional sobre los siguientes trastornos: obsesivo-compulsivo, dismórfico, bulimia y depresión, debido a que los signos, síntomas y algunos criterios diagnósticos son similares.

Existen asimismo características que a veces pueden asociarse a la anorexia nerviosa, como son la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa.

3. Subtipos

Según el (DSM-5 2014, p. 92) existen dos subtipos de anorexia nerviosa.

3.1. Tipo restrictivo

Este tipo de anorexia consiste en que durante los últimos tres meses, el individuo no presenta episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). La pérdida de peso se debe a dieta, ayuno y/o ejercicio excesivo.

3.2. Tipo con atracones/purgas

Es aquel donde el paciente recurre a los atracones o a las purgas, o ambos, durante los últimos tres meses, en este último caso la persona afectada se provoca el vómito después de las comidas o usa con frecuencia laxantes, diuréticos o enemas. Este segundo tipo de anorexia se diferencia de la bulimia porque, en la anorexia, el peso corporal se mantiene por debajo del nivel normal mínimo para la edad y la talla. Si se comparan estos dos tipos de anorexia, se encuentra que en la restrictiva los afectados tienden a padecer síntomas de ansiedad, aislamiento social y dificultades en las relaciones sexuales; mientras que en la purgativa el problema prevalece en la dificultad de controlar impulsos, de allí se originan los episodios de voracidad no controlada, por lo cual

generalmente el abuso de alcohol, drogas, los robos y las conductas auto lesivas son comportamientos característicos de este tipo de trastorno.

La anorexia restrictiva anteriormente era conocida como anorexia austera, y la anorexia compulsiva/ purgativa como anorexia voraz; aunque el DSM-5 la nombra como Anorexia tipo con atracones/purgas.

3.3. Síntomas

Según (Adaner-Granada, 2007, p. 45) muchos de los síntomas de la anorexia nerviosa son atribuibles a la inanición, los cuales se dividen en físicos y psicológicos.

Tabla No. 1
Síntomas

Síntomas físicos	Alteraciones psicológicas
<ul style="list-style-type: none"> • Obsesión desmedida por su peso. • Aumento de actividad física para aumentar el gasto energético. • Alteraciones del sueño. • Hipotensión: la tensión arterial en estos enfermos es baja, y se pueden producir vértigos y desvanecimientos. • Anemia: es la disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre; esto produce cansancio y alteraciones menstruales. • Osteoporosis: es una disminución de la masa ósea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos obsesivos sobre el peso, comidas y talla. • Trastornos en la memoria, concentración y atención. • Percepción distorsionada de propia imagen corporal. • Tendencia al perfeccionismo. • Gran autodisciplina y rigidez. • Baja autoestima. • Irritabilidad. • Cambios bruscos del estado de ánimo. • Aislamiento familiar y social. • Estado de ánimo depresivo.

<ul style="list-style-type: none">• Amenorrea: ausencia de la menstruación por largo tiempo.• Caída del cabello.• Lanugo: es un vello similar al de los recién nacidos y sale en todo el cuerpo.• Resequedad en la piel.• Uñas rotas o quebradizas.• Estreñimiento.• Hinchazón del vientre.• Hipotermia: baja temperatura corporal• Bradicardia: ritmo cardiaco lento.	
--	--

Fuente: Elaboración propia.

4. Imagen Corporal

Uno de los tres criterios para diagnosticar anorexia nerviosa, es que la persona enferma perciba su imagen corporal de forma distorsionada, sobre todo cuando se ve frente al espejo. Su imagen la visualiza gorda, aunque en realidad ella esté demasiado delgada. (Salazar Z. 2011, p. 45) Salazar realizó una investigación acerca de este trastorno, y como resultado muestra tres componentes y alteraciones que intervienen en la imagen corporal.

4.1. Componentes

- **Perceptivo:** se refiere a la precisión con que se percibe el tamaño del cuerpo o sus partes; ya sea que se sobreestime (percepción en dimensiones mayores a las reales) o que se subestime el tamaño corporal y se perciba como inferior al que debería corresponder.
- **Cognitivo-afectivo:** son los sentimientos, actitudes, cogniciones y valoraciones que despierta el propio cuerpo, como objeto de percepción.
- **Conductual:** hace referencia a conductas que la percepción del propio cuerpo y los sentimientos asociados evocan, tales como: conductas de exhibición, evitación, entre otros.

4.2. Alteraciones

- **Alteraciones en la estimación del tamaño:**
 - Sobreestimación del tamaño corporal.
 - Sobrestimación del peso corporal.
 - Distorsión de la conciencia del tamaño corporal; no existe un reconocimiento de su demarcación, pese a las evidencias que el individuo tiene de su forma corporal o de su peso.
 - Disociación: discrepancia entre la imagen mental e imagen objetiva de sí mismo.
 - Desconfianza ante la información ofrecida por los demás.

- Autoevaluación rígida y extravagante.
- Actitudes, creencias y sentimientos alterados con respecto al cuerpo:
 - Insatisfacción, asco y ansiedad cuando observan su cuerpo.
 - Pensamientos automáticos negativos.
 - Auto-impaciencia morbosa de una apariencia demacrada.
 - Dimensión fundamental en la valoración como persona; consideran que la apariencia física es lo que da valía y estima a su persona.
- Alteraciones del comportamiento:
 - Conductas de evitación
 - Rituales

5. Criterios Diagnósticos

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (DSM-5, 2014, p. 39), señala los siguientes criterios diagnósticos:

- Restricción de la ingesta energética que conduce a un peso corporal significativamente bajo y rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (peso inferior al 85 % del esperado).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración en la percepción de la imagen corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

Para poder dar el diagnóstico de anorexia nerviosa, la paciente debe cumplir con estos tres criterios: peso relativamente bajo debido a la restricción voluntaria de la ingesta de alimentos, miedo intenso a engordar y distorsión de la autoimagen corporal en relación al peso y talla. A estos criterios diagnósticos se puede agregar: La pérdida de peso auto inducida por conductas

compensatorias: purgantes, laxantes, diuréticos, enemas, vómitos, dietas, exceso de actividad física y ayunos de acuerdo al sub tipo de anorexia que la persona padezca.

(Sánchez J., Villareal M. y Misuto G. 2010, p. 73) brindan información acerca de los resultados que se obtuvieron en un estudio que realizó el Fondo de las naciones unidas para la infancia, Unicef en el 2002, con estudiantes escolarizados de 10 países del Caribe, en el cual se pudo comprobar que el 31% de ellos no está satisfecho con su peso, aproximadamente 60% ha usado algún método para perder peso, un 15% hace dieta o ejercicio, 15% utiliza laxantes, 8% se inducen vómitos y el 6% consume pastillas para adelgazar, sobre todo en la población femenina.

6. Factores Predisponentes

En realidad, no existe un solo factor que intervenga en el desarrollo de la anorexia nerviosa, pero sin duda, la etapa de la adolescencia y la condición de género son dos factores de riesgo para que se presente este trastorno. Lo cual puede desencadenarse por situaciones de estrés, como violencia intrafamiliar, desintegración familiar, duelos, trastornos psicológicos o psiquiátricos dentro de la familia, entre otros.

6.1. Adolescencia

El término adolescencia proviene del verbo latín *adolescere*, que significa crecer, desarrollarse o ir hacia la madurez.

(Ponce, 2015, p. 22) define la adolescencia como el periodo de crecimiento físico y desarrollo psicológico del ser humano, que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años de edad, periodo que se divide en adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía de (17 a 19 años). Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. A continuación, se detallan algunos cambios que presentan los adolescentes de acuerdo a la etapa en que se encuentran.

6.1.1. Adolescencia temprana: (10-13 años)

- Pubertad: crecimiento rápido, caracteres sexuales secundarios y capacidad reproductiva.
- Adaptación al cuerpo nuevo. Imagen corporal.
- Comienza la separación de la familia.
- Atracción por el sexo opuesto: primeros enamoramientos.
- Familia: ambivalencia (afecto y rechazo; dependencia y autonomía), primeros conflictos, peleas, rebeldía y obstinación.
- Impulsividad.
- Cambios de humor.

6.1.2. Adolescencia media: (14-16 años)

- Se completan cambios puberales.
- Intensa preocupación por la apariencia física.
- Búsqueda de la propia identidad: diferente a la del adulto (lenguaje, ropa).
- Aumenta el distanciamiento con la familia.
- Grupo de amigos: mixtos. Amistad con mayor intimidad y grupos de pertenencia (positivos o negativos).
- Proceso de identidad de la personalidad y definición de la orientación sexual.
- Primeros enamoramientos.
- Aparición de conductas nuevas. Fluctuaciones emocionales extremas.
- Mayores conflictos con los padres y otros adultos: “caída de los ídolos”.
- Cuestionamiento de las conductas y valores.
- Hipercríticos de los adultos.
- Pensamiento más abstracto e hipotético deductivo.
- Desarrollo cognitivo: aumenta la capacidad de razonamiento y las exigencias escolares.
- Aparición de las conductas de riesgo.
- Egocentrismo.

- Necesidad de mayor autonomía: Distanciamiento (libertad) versus Acompañamiento (límites y contención).

6.1.3. Adolescencia tardía: (17-19 años)

- Maduración biológica completa.
- Aceptación de la imagen corporal.
- Consolidación de la identidad: ¿Quién soy? ¿Qué haré con mi vida?
- Definición de la vocación y lo necesario para lograrlo.
- Relaciones de pareja más estables.
- Mayor capacidad de intimar en sus relaciones interpersonales: relaciones más maduras, los amigos influyen menos.
- Identidad sexual estructurada.
- Nivel de pensamiento adulto.
- Familia: vuelven relaciones más cercanas con los padres, menos conflictos.
- Formación escala de valores propios, desarrollo moral consolidado.

La Organización Mundial de la Salud OMS en 2001 realizó un estudio en el que se determina que el uno y dos por ciento de las mujeres adolescentes sufren de anorexia o bulimia, debido a la insatisfacción de su propio cuerpo, puesto que muchos adolescentes se preocupan por lo que deben o no ingerir.

(Sánchez J., Villareal M. y Misuto G. 2010, p. 89) dan a conocer algunos datos de un informe que realizó el Fondo de las naciones unidas para la infancia, Unicef en 2002, donde se revela que la anorexia y bulimia afectan a los adolescentes, en donde 1 de cada 10 individuos con anorexia fallece a consecuencia de esta enfermedad, y que las mujeres son aproximadamente 10 veces más propensas que los hombres a desarrollar estos trastornos alimentarios.

En algunos casos el adolescente vive dentro de un círculo familiar en el cual existen hábitos alimenticios inadecuados o preocupación excesiva por la delgadez y la silueta, lo cual es perjudicial para el individuo. También puede haber factores biológicos y genéticos que predispongan a ciertas personas a desarrollar estos trastornos.

La anorexia se construye y se cura paso a paso, y está catalogada como una patología específica de la adolescencia y que predomina en el género femenino, debido al momento vital de cambio, búsqueda de la propia identidad, deseo de conseguir autonomía, necesidad de integración y aceptación social, hace que las jóvenes busquen modelos a quienes imitar y con quienes identificarse, lo que genera vulnerabilidad ante la moda, publicidad y medios de comunicación en general.

(Benavides A., Cuevas D. y Pastrana C. 2011, p. 93) señalan que el 99% de los adolescentes con anorexia nerviosa son de sexo femenino, y que traspasa las barreras de la edad, tamaño, raza, cultura, religión o etnia. Por lo general da inicio en la pubertad, cuando los cuerpos adolescentes comienzan a madurar y cambiar para volverse cuerpos adultos. Durante esta etapa es normal y saludable subir de peso, pero para las personas con anorexia esto es sumamente preocupante, por considerar que la aceptación del cuerpo es sinónimo de triunfo, según los estándares de belleza de la sociedad.

Todo el proceso de construcción de la identidad se logra culminar “Cuando se experimenta un sentimiento de bienestar personal, un sentimiento de integración en el cuerpo y en el mundo” (Erikson, 1956, p. 62) citado por (Benavides A., Cuevas D. y Pastrana C. 2011, p. 82).

6.1.4. Consejos para adolescentes

(Adaner-Granada, 2007, p. 112), aporta algunos de los siguientes consejos.

- No comparar la silueta corporal con ningún otro individuo puesto que cada persona es particular. Todas las personas son únicas.

- Antes de hacer cualquier dieta debe consultarse primero a un especialista en nutrición, no seguir indicaciones de amigas, revistas o algún medio de comunicación.
- No seguir una dieta porque esté de moda, aprender a comer bien. La delgadez extrema no es saludable.
- Aprender a reconocer y expresar los sentimientos propios.
- Aceptar que nadie es perfecto, toda persona comete errores.
- No ridiculizar, ni hacer bromas acerca de la figura o el peso de las demás personas.

6.2. Género

El Fondo de las naciones unidas para la infancia Unicef en 2017 lo define como el conjunto de características psicológicas, sociales, culturales, políticas, religiosas, jurídicas y económicas que la sociedad asigna a la persona de forma diferenciada como propias de hombres y mujeres, para distinguir entre lo masculino y femenino, las cuales pueden evolucionar o cambiar a través del tiempo, mediante la educación, familia e iglesia.

Lamentablemente las mujeres son consideradas muchas veces como objeto comercial puesto que para la publicidad que realizan los especialistas en mercadotecnia utilizan imágenes de mujeres delgadas, atractivas, y con poca ropa, teniendo como único objetivo lucrar, sin tomar en cuenta la dignidad del ser humano, en este caso de la mujer. Así mismo la exigencia de la sociedad es más hacia la mujer, teniendo como prototipo de belleza y triunfo la delgadez.

La Unicef en 2017 hace un análisis acerca del esquema físico que se utiliza en los certámenes de belleza, donde convierten el cuerpo de las mujeres en objeto a ser evaluado, creando paradigmas absurdos en la mente de las niñas y jóvenes que lo ven. Adicional a lo que se muestra en el evento, las personas que lo conducen y quienes lo publican le dan mayor realce, convirtiéndolo en un importante tema social, donde el cuerpo tallado cobra mayor importancia estigmatizando a quienes no lo desean y a quienes deseándole no lo pueden conseguir, lo cual pone en riesgo la vida y salud de las mujeres que se encuentran en la etapa de la pubertad y adolescencia.

7. Causas

Existen muchos factores que provocan el incremento de casos de anorexia nerviosa en mujeres adolescentes, entre los cuales se puede mencionar la publicidad de productos alimenticios “Ligth”, medicamentos, cremas, fajas y otros productos para reducir peso, modelaje y venta de ropa en tallas muy pequeñas, revistas, concursos de belleza a nivel mundial, las muñecas “Barbie”, revistas, programas de televisión, sociedad, entre otros.

Los medios de comunicación ejercen una enorme influencia en los seres humanos, la publicidad que utilizan estos medios, tienen poder de persuasión y pueden llegar a ser modeladores de actitudes y comportamientos.

Menciona (Foley y Pastore, 1997, p. 82) lo siguiente:

“Pablo VI, en el Mensaje para la Jornada mundial de las comunicaciones sociales en 1977, manifestó que un requisito imperativo de la publicidad es que “respete la persona humana y su derecho-deber a hacer una elección responsable, su libertad interior; se vulneran todos estos bienes cuando se explotan las bajas inclinaciones del hombre, o se disminuye su capacidad de reflexionar y decidir.”

Quienes hacen publicidad deben cultivar una conciencia sensible, valores morales como la integridad, responsabilidad y buscar el bien común antes que el lucro.

7.1. Medios de comunicación

Según (Mendieta D. 2010, p. 33) existen estudios que demuestran que las pacientes con más riesgo de desarrollar anorexia son las mujeres jóvenes, que comen solas, y que mientras lo hacen leen revistas con temas como la figura, dietas, aspecto externo y otros temas similares, teniendo como consecuencia que ellas deseen imitar a las modelos que ven.

(Salazar Z. 2011, p. 49) expone que los trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa, se desencadenan por la influencia de los medios de comunicación, donde a menudo se contradicen entre los mensajes que simultáneamente se difunden: por un lado, imágenes de mujeres extremadamente delgadas y, por otra parte, la incitación a consumir productos empacados, golosinas “comida chatarra”.

Imponiendo falsos estándares de belleza femenina, una idea de perfección totalmente falsa, comercial y en muchas ocasiones adulterada por programas especiales, obligando a tener un cuerpo delgado o estético, excluyendo las cualidades, valores morales y sentimientos, por estar en constante búsqueda de la aceptación y perfección de la imagen corporal. Por lo cual es importante educar desde la familia, tomando en cuenta que la belleza de una persona se basa en la sanidad física y mental.

El internet es una herramienta que facilita el intercambio de información en general, depende de cada usuario que quiere investigar o compartir sobre todo a través de las redes sociales y páginas web, en las cuales se puede observar el apoyo a iniciativas para disminuir la ingesta de alimentos, incluso para realizar competencias con la intención de reducir el peso corporal.

(Garrote D. y Palomares A. 2011, p. 78), hacen mención de los diez mandamientos que comparten las personas con anorexia nerviosa.

- Si no estás delgada no eres atractiva.
- Estar delgada es lo más importante.
- Compra la ropa adecuada, córtate el pelo, toma laxantes, muérete de hambre o lo que sea, para parecer más delgada.
- No comerás sin sentirte culpable.
- No comerás comida que engorde, sin castigarte después.
- No contarás calorías y limitarás tus comidas de acuerdo con ellas.
- Los diseños de la báscula son los únicos importantes.
- Perder peso es bueno, engordar es malo.

- Nunca se está lo suficientemente delgada.
- Estar delgada y no comer demuestran la auténtica fuerza de voluntad y el nivel de éxito.

La siguiente imagen es un ejemplo de la pirámide alimenticia para las personas con anorexia, publicada en un visitado blog de una página web proanorexia.

Figura No.1
Pirámide representativa de la dieta de una persona con anorexia



Fuente: Elaboración propia.

7.2. Baja autoestima

Dentro de las causas de la anorexia nerviosa, se encuentra la baja autoestima, que se manifiesta por la falta de autonomía, gran necesidad de aprobación de las demás personas, dificultad en las relaciones interpersonales, dificultad en percibir su entorno con objetividad, problemas de aceptación de las dificultades de la vida, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control, frustración y en muchas ocasiones acompañada de ansiedad y depresión. La persona con baja autoestima está propensa a hacer cualquier cosa con la intención de encontrar amor, aceptación y éxito. Y como la delgadez es considerada por la sociedad como belleza y triunfo, se ve dispuesta a cambiar su conducta alimentaria para conseguir un cuerpo delgado y como resultado mejorar su estima propia, aunque sea de forma equivocada.

(Salazar Z. 2011, p. 73) opina que la sociedad donde la imagen de la mujer “ideal” no es muy realista con las adolescentes, genera una importante insatisfacción respecto del cuerpo, por lo que recurren a la belleza como estrategia para conseguir aceptación social, obtener trabajo, evitar conflictos étnicos o mejorar las relaciones de pareja y de amistad.

8. Consecuencias y Complicaciones

8.1. Consecuencias físicas

(Thomas Y., Ibáñez E. y Serrano C. 2008, p. 92) realizaron un estudio en 7 instituciones educativas con mujeres adolescentes de Bogotá, en el que se concluyó que las personas con anorexia compulsiva purgativa al igual que la bulimia, padecen de muchos problemas dentales, daños en la cavidad bucal, aparato digestivo, sistema cardiovascular, respiratorio, urinario y genital, causadas por las evacuaciones de vómitos y diarreas que se provocan al consumir laxantes, purgantes, diuréticos o enemas después de los atracones con la intención de reducir el peso corporal.

Otras consecuencias que sufren las personas con anorexia nerviosa son:

- Caída abundante y progresiva de cabello
- Debilitamiento de la dentadura
- Pérdida de defensas en el cuerpo
- Resequedad en la piel
- Pérdida excesiva de peso
- Ausencia del periodo menstrual hasta 3 ciclos consecutivos.
- Desnutrición (En el caso de ser grave puede peligrar incluso la vida)
- Problemas del corazón
- Problemas de circulación
- Desequilibrios hormonales graves

8.2. Complicaciones

(Madruga D., Leis R. y Lambruschini N. 2010, p. 39) advierten acerca de algunas de las complicaciones que se ponen de manifiesto en las personas con anorexia nerviosa, las cuales se muestran en el siguiente cuadro.

Tabla No. 2
Complicaciones

Gastrointestinales <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gastroparesia ✓ Estreñimiento ✓ Distensión abdominal 	Renales <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alteraciones hidroelectrolíticas ✓ Uremia prerrenal ✓ Fallo renal crónico 	Dermatológicas <ul style="list-style-type: none"> ✓ Piel seca ✓ Lanugo
Cardiovasculares <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bradicardia ✓ Hipotensión ✓ Disminución del tamaño cardíaco ✓ Alteraciones del ECG 	Endocrinológicas <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipogonadismo hipogonadotrófico ✓ Aumento de cortisol y GH ✓ Disminución de T3 	Hematológicas <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pancitopenia ✓ Hipoplasia de la médula ósea
Metabólicas <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminución de la tasa metabólica basal ✓ Distermia ✓ Hipercolesterolemia ✓ Hipercarotinemia Óseas <ul style="list-style-type: none"> ✓ Osteopenia ✓ Retraso en maduración ósea 	Dentales <ul style="list-style-type: none"> • Erosión dental • Caries • Gingivitis • Sensibilidad dental a estímulos térmicos • Alteraciones de la mucosa dental • Sialadenoides • Xetostomías • Pérdida de integridad de las arcas 	Cognitivas y del comportamiento <ul style="list-style-type: none"> ✓ Depresión ✓ Dificultad de concentración ✓ Obsesión por la comida

Fuente: Elaboración propia.

9. Prevención

Según (Villas, 2017, p. 65) prevenir es prepararse y disponerse para evitar un riesgo, para lo cual contempla algunos niveles de prevención.

9.1. Prevención primaria

Se refiere al conjunto de acciones destinadas a disminuir la incidencia de enfermedad en una población, y con esto reducir el riesgo de aparición de más casos. Este nivel de prevención tiene como propósito impedir el desarrollo de casos de anorexia, por medio de procedimientos específicos, ya sea sobre el medio social, por modificaciones psíquicas, cambio de comportamientos o por educación sanitaria.

La prevención primaria de la anorexia debe realizarse desde el hogar, para lo cual es importante que la familia tenga un lugar fijo para comer (comedor), horarios establecidos para alimentarse, comer todos juntos, de tal manera que los miembros de la familia puedan convivir sin la interrupción de teléfono o televisión, lo cual también permite a los padres de familia asegurarse que sus hijos se alimenten bien.

También es importante que en las familias, los padres tengan una buena comunicación ente sí y con sus hijos, que conozcan sus gustos, preferencias, necesidades, inquietudes, capacidades, limitaciones, ocios y amistades, y con esto detectar cualquier señal de alerta para algún problema que pudiera generarse, así como prevenir enfermedades o experiencias desagradables.

9.2. Prevención secundaria

Se refiere a las acciones encaminadas a reducir la prevalencia de la anorexia nerviosa en una población, disminuyendo la evolución y duración, deteniendo el proceso psicopatológico lo antes posible después de su aparición, con el objetivo de detectar la enfermedad en un estado precoz, de ser posible antes de presentar síntomas.

En la prevención secundaria toma un importante rol el Centro Educativo, debido a la gran cantidad de tiempo que los estudiantes pasan dentro del mismo, en el cual pueden observar su comportamiento en general y brindar la orientación, consejería y ayuda necesaria, por lo cual el personal docente debe conocer acerca de los problemas de la conducta alimentaria y de cualquier

otra información que competa a sus labores, manteniendo una buena comunicación con los educandos y padres de familia.

9.3. Prevención Terciaria

Son todas las actividades que se realizan para disminuir la prevalencia de la anorexia nerviosa grave o extrema en una población, reduciendo al mínimo las recaídas, complicaciones, secuelas de los casos identificados, con el tratamiento adecuado prescrito por especialistas como médicos, nutricionistas y psiquiatras. Este tipo de prevención y tratamiento debe ser otorgado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de sus entidades descentralizadas, para garantizar la salud física y mental, así mismo el Estado debe crear una ley para la prevención de esta enfermedad, estableciendo reglas para los encargados de la publicidad y mercadotecnia a nivel mundial, puesto que es a través de los medios de comunicación que se difunde mucha información que persuade de ideas equivocadas a la población.

9.4. Prevención cuaternaria

Son todas las acciones realizadas sin la intervención médica o psiquiátrica en la prevención de la anorexia nerviosa, para evitar medicamento innecesario. Es toda la ayuda que el paciente recibe de su familia, profesores, psicólogo y amistades para prevenir el desarrollo de este trastorno psicológico.

9.5. Señales de alarma

(Adaner-Granada, 2007, p. 45) informa de las señales de alerta que presentan las personas antes de desarrollar anorexia nerviosa, las cuales deben detectarse oportunamente para prevenir el desarrollo de esta enfermedad.

- Inseguridad e insatisfacción personal.
- Actitudes de aislamiento: cerrar cada vez más su círculo de amigos, tendencia a la soledad, la tristeza y la melancolía.
- Cambiar sus hábitos en relación con la comida: procuran no coincidir con la familia a la hora de comer, comer cada vez menos y obsesionarse con contar calorías y preparación de los alimentos.
- Aumentar de forma exagerada la práctica de ejercicio físico con el único fin de perder peso.
- Quejarse de su aspecto físico, inconformidad con sus medidas.
- Autoestima baja.
- Ideales de delgadez.

De acuerdo al (DSM-5, 2014, p. 53), el grado de gravedad de la anorexia nerviosa, según su peso se considera de la siguiente manera.

- Leve: IMC ≥ 17 kg/m²
- Moderado: IMC 16 – 16,99 kg/m²
- Grave: IMC 15 - 15,99 kg/m²
- Extremo: IMC < 15 kg/m²

10. Tratamiento

La anorexia nerviosa es una enfermedad grave y compleja que requiera atención, por tal razón es importante contar con la ayuda de un equipo multidisciplinario, como psiquiatras, psicólogos, endocrinos, médicos, odontólogos y nutricionista, incluyendo la familia y amigos del paciente.

Según el (DSM-5, 2014, p. 17), el riesgo de suicidio es elevado en la anorexia nerviosa, con tasas publicadas del 12 por 100.000 al año. Por lo cual es muy importante que tan pronto como se detecten señales de alarma o síntomas de la enfermedad debe brindarse tratamiento.

(Jarit A. 2008, p. 43) hace referencia de algunos tipos de terapia que la persona enferma debe recibir para recuperarse de la anorexia nerviosa. El tipo o tipos de terapia se tomarán de acuerdo al individuo o gravedad del caso.

10.1. Terapia nutricional

La prioridad de la recuperación se centra en conseguir un aumento de peso y nutrientes, así como vitamina D y calcio para reducir la pérdida ósea.

10.2. Terapia psicológica

Esta terapia se centra en investigar y tratar el conflicto emocional que afecta al individuo, en cuanto a su conducta alimentaria y mejorar su autoestima. La terapia puede realizarse de manera individual, familiar o de grupo aproximadamente durante un año o dependiendo de la evolución del paciente, sin dejar de lado la terapia nutricional.

10.3. Terapia farmacológica

Dependiendo de la gravedad, tiempo y evolución del trastorno, se recurren a fármacos para tratar de forma completa el problema y sanar al paciente, entre los medicamentos más utilizados se encuentran la prednisona y amitriptilina, los cuales son recetados únicamente por especialistas como psiquiatras.

10.4. Hospitalización

La hospitalización se lleva a cabo para atender casos graves o extremos, cuando la delgadez, pérdida de peso y desnutrición ponen en peligro la vida la persona. También cuando hay recaídas, complejidad por manifestaciones psiquiátricas asociadas, alteración de los signos vitales y cuando las relaciones interpersonales sean insostenibles y se necesite aislar al paciente. Se recomienda continuar con el tratamiento ambulatorio después de la hospitalización para no recaer.

10.5. Terapia ocupacional

Consiste en mantener ocupado al paciente en alguna actividad que sea de su interés y si no lo hubiera se debe asignar alguna, en particular manualidades con barro, pintura u otras que le proporcionen seguridad y distracción.

Conclusiones

Los factores que intervienen drásticamente en el desarrollo de esta enfermedad son los medios de comunicación, que influyen en la conducta de las personas, publicando generalmente información negativa o adulterada como modelos con extrema delgadez tanto en la televisión como revistas, productos light, máquinas para hacer ejercicio, cremas, recetas y fajas reductoras de peso, cirugías para disminuir las medidas corporales, entre otros, que provocan pensamientos, emociones, sentimientos y decisiones equivocadas.

Los medios de comunicación no son los culpables de que muchas personas estén enfermas de anorexia o que realicen conductas inadecuadas, sino de las personas inescrupulosas y sin valores que no tienen conciencia social ni ley que les prohíba tales actos, entre ellos se encuentran los diseñadores, fabricantes de ropa y publicistas que manejan estos medios o que crean programas, revistas, concursos, telenovelas, modas, entre otros, que no están pensados en el bienestar, dignidad e integridad de los seres humanos.

Las mujeres adolescentes y sobre todo aquellas que tienen una autoestima baja son el grupo de personas más vulnerables a desarrollar anorexia nerviosa, debido a las exigencias socioculturales y publicidad que está dirigida por lo regular a ellas, exigiendo una figura corporal delgada, haciendo creer que es lo hermoso y la moda del momento, incitando a imitar la delgadez como belleza ideal, sin importar el sacrificio que esto represente, restringiendo lo bueno y sano de la alimentación.

La anorexia nerviosa es un trastorno manifestado a través de la conducta alimentaria que se ha convertido en una epidemia a nivel mundial, que afecta a muchas personas sobre todo a mujeres en la etapa de la adolescencia media (14 - 16 años), que desde tiempos anteriores ha causado varias muertes por desconocimiento del trastorno, gravedad de mismo y por falta de tratamiento.

Referencias

Bibliográficas

- Adaner-Granada (2007). *Guía de información y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria*. Editorial Adaner-Granada. Granada.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. (5ª. Ed.). Arlington. España: Editorial Médica Panamericana.
- Benavides A., Cuevas D. y Pastrana C. (2011). *Instauración de la identidad en mujeres adolescentes con trastornos alimentarios de anorexia y bulimia*. Bogotá.
- Buil C., García A. y Pons A. (2006). *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia*. Capítulo 9. España.
- Cuñat E.(2008). *Anorexia, diseño y presentación de informes y trabajos científicos*. Universidad de Valencia. Valencia, España.
- Garrote D. y Palomares A. (2011). *Diferencia de género en la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)*. Salamanca.
- Garrote D. y Palomares A. (2011). *Educación y salud en la adolescencia: Los trastornos de la conducta alimentaria*. Revista. Granada.
- Hoyos M. (2013). *La anorexia nerviosa mental o como problemas social*. Universidad Mesoamericana de San Agustín. Yucatán.
- Jarit A. (2008). *Trastornos alimenticios en el aula: Anorexia y Bulimia, II Parte*. Córdoba.

- Madruga D., Leis R. y Lambruschini R. (2010). *Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Madrid.
- Mendieta D. (2010). *Publicidad, anorexia y bulimia en el mundo*. Mediterráneo Comunicación. Quito, Ecuador.
- Ponce M. (2015). *Desarrollo normal del adolescente*. Escuela del Ministerio Público. Lima.
- Salazar Z. (2011). *Adolescencia y trastornos alimenticios: influencia de los modelos televisivos*. Costa Rica.
- Sánchez J., Villareal M. y Musitu G. (2010). *Psicología y desórdenes alimenticios*. Universidad Autónoma Nuevo León. México.
- Serrano C. y Teherán D. (2008). *Manifestaciones dentales en pacientes con anorexia y bulimia tipo compulsivo purgativo*. Bogotá.
- Unicef (2017). *Comunicación, infancia y adolescencia: Guía para periodistas*. (1^a. Ed.). Argentina.
- Villa E. (2017). *Prevención de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes tempranos del norte de España*. Prensas de la Universidad de Zaragoza. Zaragoza.

Anexos

Anexo 1
Estado del arte

Autor	Año	Descripción general y extracto	Lugar
Adaner-Granada	2007	<p>Es una guía de información y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, en la cual se brinda información de varios trastornos de la conducta alimentaria, así como los síntomas, características, factores de riesgo, consejos de prevención.</p> <p>Extracto: Síntomas, consejos para adolescentes y señales de alarma.</p>	Granada
Enrique Cuñat Lucio Universidad de Valencia	2008	<p>Facilita definición, causas y tratamiento para la anorexia.</p> <p>Extracto: Anorexia nerviosa.</p>	Valencia
Asociación Psiquiátrica Americana	2014	<p>Es una herramienta para la enseñanza de la psicopatología y para mejorar la recogida de datos en la información clínica hasta ahora vigente. Este manual es usado por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros y otros muchos profesionales de la salud. Se trata también</p>	España

		<p>de un instrumento necesario para poder llevar a cabo y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública.</p> <p>Su objetivo es proporcionar una guía útil para la práctica clínica. Mediante la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos; así como facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores.</p> <p>Extracto: Trastorno alimentario, sub tipos, criterios diagnósticos, grados de gravedad y Tratamiento.</p>	
<p>Juan Carlos Sánchez Sosa María Elena Villarreal González Gonzalo Musitu Ochoa Universidad Autónoma de Nuevo León</p>	2010	<p>Analiza que en el estado de salud están implicados factores personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes tanto en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronóstico del proceso de enfermar.</p> <p>Extracto: Criterios diagnósticos y adolescencia</p>	México
<p>Alejandra Benavides Sánchez Diana Cuevas Díaz Carlos Andrés Pastrana,</p>	2011	<p>Aborda los trastornos alimenticios desde una perspectiva cognitivo conductual, en la cual la formulación y la interacción hacen énfasis en las conductas observables, para contribuir</p>	Bogotá

<p>Universidad de San Buenaventura sede Bogotá facultad de psicología</p>		<p>en la construcción de la identidad en adolescentes que son diagnosticadas con estos trastornos alimentarios. Desarrollando un modelo psicológico de la salud, lo que implica ampliar una aproximación biológica a las enfermedades para incluir una perspectiva psicológica.</p> <p>Extracto: Antecedentes y adolescencia</p>	
<p>Diana Madruga Acerete¹, Rosaura Leis Trabazo², Nilo Lambruschini Ferri³ ¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Hospital Clínico Universitario de Santiago. USC. Santiago de Compostela. ³Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.</p>	<p>2010</p>	<p>Se enfoca en la historia y desarrollo de los trastornos alimentarios, que afectan a la población adolescente femenina y una tendencia de forma parcial en varones de riesgo. Estos trastornos tienen su aparición en todas las clases sociales, además algunos grupos profesionales como modelos, bailarinas, atletas, gimnastas, entre otros., parecen más afectados. Muestra información acerca de los factores que desencadenan la anorexia nerviosa.</p> <p>Extracto: Complicaciones</p>	<p>Madrid</p>
<p>Carlos Buil Rada, Ana García López, Antonio Pons Tubío</p>	<p>2006</p>	<p>Proporciona información acerca de los antecedentes del nombre de lo que actualmente se conoce como anorexia nerviosa, definición y subtipos.</p>	<p>España</p>

		Extracto: Antecedentes	
Zaida Salazar Mora	2011	<p>Este libro se refiere a los trastornos alimenticios en la adolescencia y su relación con la imagen corporal y los personajes de moda, que la juventud toma como modelos de identificación e imitación, para lo cual se ha puesto particular interés por la asociación que existe entre el uso de medios y la conformación de las identidades sociales y personales. También relata sobre la importancia de considerar los desórdenes alimenticios en la adolescencia.</p> <p>Extracto: Imagen corporal, alteraciones, medios de comunicación, baja autoestima</p>	Costa Rica
Daniela Mendieta	2010	<p>Explica los puntos fundamentales que no se pueden dejar de lado al hablar sobre cómo puede afectar la publicidad en el desarrollo de la anorexia y la bulimia. Se abordan temas como la relación entre publicidad y dignidad humana; la explicación antropológica y la descripción de la anorexia y bulimia.</p> <p>Extracto: Causas y medios de comunicación</p>	Ecuador
Daniel Garrote Rojas	2011	Da a conocer los resultados y análisis de una investigación acerca de la obsesión por la	Salamanca

Ascensión Palomares Ruíz Universidad de Salamanca		delgadez. Extracto: Características	
Daniel Garrote Rojas Ascensión Palomares Ruíz	2011	Proporciona datos obtenidos en una investigación sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Extracto: Medios de comunicación	Granada
Moisés Ponce Malaver Escuela del Ministerio Público	2015	Muestra información acerca de las etapas de la adolescencia y acerca de la conducta de los adolescentes. Extracto: Adolescencia	Lima
Fondo de las naciones unidas para la Infancia Unicef	2017	Es un artículo dirigido a los periodistas para hacer conciencia acerca de la información responsable y educativa que deben transmitir a los niños y adolescentes. Extracto: Género.	Argentina
Antonia María Jarit Wals	2008	Proporciona información acerca de la anorexia y bulimia, los síntomas y tratamiento para los mismos. Extracto. Tratamiento	Córdoba
Eva Villa Pérez	2017	Contiene información acerca de los trastornos alimentarios, epidemiología,	Zaragoza

<p>Universidad de Zaragoza</p>		<p>prevención, antecedentes, investigación y resultados.</p> <p>Extracto: Prevención.</p>	
<p>Yeily Thomas, Édgar Ibáñez, Claudia Serrano, Dannys, Teherán.</p>	<p>2008</p>	<p>Se trata de un estudio realizado con mujeres adolescentes para identificar manifestaciones dentales, provocadas por bulimia y anorexia nerviosa tipo compulsiva/purgativa.</p> <p>Extracto: Consecuencias</p>	<p>Bogotá</p>