



Diagnóstico sobre la mujer en México a partir del ámbito de la salud

Trastornos de comportamiento alimentario (anorexia y bulimia)

Este material es propiedad de la Cámara de Diputados y los derechos de autora corresponden a la investigadora que elaboró el presente documento. Las opiniones expresadas en este documento reflejan el punto de vista de la investigadora, no necesariamente expresan el punto de vista del CEAMEG.

Contenido

Introducción	3
I Elementos conceptuales para el análisis	4
1. El género como categoría analítica	4
2. El sector salud desde la perspectiva de género	5
II Normativa y programas nacionales	7
1. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	7
2. Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (Proigualdad) 2009-2012	9
3. Programa Nacional de Salud 2007-2012	10
4. Programa Sectorial de Educación 2007-2012	10
III. Trastornos de Conducta Alimenticia (TCA)	10
1. Anorexia	14
2. Bulimia	16
3. Atracón	17
IV Programas Presupuestales (PP) con Gasto Etiquetado para las Mujeres y la Igualdad de Género (GEMIG)	19
Consideraciones finales	20
Glosario	25
Referencias	26

Introducción

La anorexia y la bulimia son trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que afectan principalmente a mujeres en etapas tempranas de la vida como la pubertad y la adolescencia. Dichos trastornos tienen consecuencias tan graves a la salud que pueden causar desde desnutrición, hasta afecciones cardiacas e incluso ocasionar la muerte. Sin embargo, desde el punto de vista médico su tratamiento y atención es un proceso muy complejo, ya que se tiende a minimizar la problemática y los síntomas asociados tanto por quien los padece como también en su entorno familiar y de amistades más cercanas por lo que se retrasa la detección y el diagnóstico oportuno. (ss, 2008)

Aunque los (TCA) se padecen individualmente, en la mayoría de los casos, tienen su origen en causas psicológicas asociadas a experiencias particulares donde el entorno cultural y familiar de quienes los padecen es determinante. Existen diferentes manifestaciones en su aparición, grados en las afectaciones así como alternativas para hacer a las diferentes opciones de tratamiento. Son, por lo tanto, multicausales. Además, la dimensión y prevalencia con la que en la sociedad se presentan estos padecimientos, los ubica como un problema de salud pública que requiere ser estudiado y atendido de manera específica con urgencia cada vez mayor.

Los efectos de los (TCA) no se limitan a una sola esfera de la vida de la persona que los padece y no sólo ella se ve afectada, sino que su entorno familiar resiente también las consecuencias. Para poder hacer frente a los diferentes aspectos que se ven involucrados, el tratamiento de los trastornos debe hacerse desde diversos flancos; las respuestas que exigen los problemas que plantean los trastornos alimentarios pueden ser tan complejas como el trastorno mismo. (ss, 2008)

Lo mismo puede decirse respecto de la prevención. Por un lado, la multicausalidad de los trastornos alimentarios implica que para ser útil, tendría que hacerse en más de un ámbito y en niveles muy profundos. En la población de mujeres jóvenes

implica trabajar desde varias áreas: modificar patrones culturales, fortalecer la comunicación entre todas las personas integrantes de la familia y ampliar el sentido de desarrollo integral de la persona con un enfoque centrado en recuperar su autoestima y habilidades sociales, promover programas educativos encaminados al fortalecimiento del carácter de las jóvenes para que puedan hacerle frente al impacto de cambios internos e influencias nocivas externas; por lo que la verdadera prevención del trastorno, así como su tratamiento, debe ubicarse en un nivel de trabajo más afectivo y multidisciplinario.

I. Elementos conceptuales para el análisis

1. El género como categoría analítica

En general existe consenso en definir la salud más como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo en la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, 2006).

La incorporación del análisis con equidad de género en estudios de salud pública implica esforzarse por la eliminación de aquellas disparidades innecesarias, evitables e injustas derivadas de la condición de género, a fin de que mujeres y hombres puedan, en igualdad de condiciones, disfrutar de la salud y no enfermarse, discapacitarse o morir por causas prevenibles.

Al abordar el tema de la salud desde la perspectiva de género, en especial para los (TCA) es necesario tomar en cuenta tanto para prevenirlos como para tratarlos que se haga desde la perspectiva de género, tomando en cuenta:

- Revisar y atender el concepto referido al género, esto es, el conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, construidas en cada cultura y momento histórico, que toman como base la diferencia sexual, y que a partir de ello construyen los conceptos de “masculinidad” y “feminidad”, los

cuales determinan el comportamiento, las funciones, oportunidades, valoración y las relaciones sociales entre mujeres y hombres.

- Lo anterior con referencia a lo que se espera de las mujeres en relación a su imagen, los estereotipos presentados como mujeres “bonitas y exitosas” que responden a una cultura que privilegia la delgadez convertida en mito de belleza asociada a la juventud y al estar en forma. Estos mandatos sociales se ven fuertemente reforzados a través de los medios de comunicación masiva que tienen gran influencia en las mujeres especialmente las niñas y adolescentes, con la permanencia de un modelo estético o ideal, que se reproduce en imágenes que proyectan las modelos, conductoras y actrices semejantes a las muñecas tipo Barbie.

La perspectiva de género es la herramienta conceptual y visión analítica que permite identificar las causas y mecanismos sociales y culturales que determinan la desigualdad de oportunidades y de acceso a los beneficios del desarrollo entre mujeres y hombres. Cuestiona los estereotipos con los que las personas somos aprendiendo e interiorizando nuestro entorno familiar y social y expande la posibilidad de elaborar nuevos contenidos de socialización y relación entre los seres humanos, al permitir: (Inmujeres, 2007)

- ✓ Desnaturalizar las explicaciones sobre las desigualdades entre mujeres y hombres.
- ✓ Comprender los procesos a través de los cuales las diferencias biológicas se convierten en desigualdades sociales.
- ✓ Identificar vías y alternativas para modificar la desigualdad de género y promover la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres.

2. El sector salud desde la perspectiva de género

La información que brinda el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) de la Secretaría de Salud (SS) en relación a la compilación de investigaciones denominada “ *Una mirada de género en la investigación en*

salud pública en México” (2007), nos da la oportunidad de acercarnos a los problemas reales que afectan de manera diferenciada a las mujeres y a los hombres desde el sector salud en cuanto a la atención y la visión identificada en las investigaciones referidas a líneas de acción y actividades tendientes a lograr niveles de salud óptimos y garantizar calidad en la atención en condiciones de equidad entre mujeres y hombres en nuestro país.

En la investigación *Cuidados a la salud en el hogar y salud comunitaria. Análisis con perspectiva de género* (ss, 2007), se plantea que en el proceso por el cual un individuo se define como enfermo y decide actuar para la atención de sus síntomas, depende de que tan comunes o aceptados sean tales síntomas en un determinado grupo. En consecuencia, las expectativas sociales que se tienen de las mujeres, están en estrecha relación con aquello que la misma mujer percibe, interioriza y define como enfermedad, lo cual está estrechamente relacionado con aquello que le permite o no desempeñar sus funciones cotidianas, lo cual obstaculiza su asistencia a los servicios de salud y más bien asisten para llevar o acompañar a un miembro de la familia.

Para mostrar cómo la visión de género aplicada a la investigación en salud pública es un elemento indispensable para lograr un abordaje integral de la variada temática en torno a la relación salud-enfermedad y su atención, se llevo a cabo el estudio “*Análisis de género e investigación en salud*” (ss, 2007).

En el estudio mencionado se refiere la indagación en revistas científicas mexicanas de importantes instituciones en relación a qué tanto se desagrega y se analizan los datos por sexo, así como el grado de incorporación de la perspectiva de género en las investigaciones realizadas. Los resultados muestran la ausencia de lo anterior y la necesidad primordial de promover la investigación en salud con perspectiva de género.

Los estereotipos en torno a las mujeres tienden a destacar los factores biológicos y construyen especialmente sobre éstos su valor social, acaban por perpetuar las

inequidades de género y afectan la calidad de la atención. Esto es posible afirmarlo analizando las relaciones que establecen los actores del proceso de atención para la salud, en especial impactando en detrimento de la calidad y calidez en los servicios.

Lo anterior forma parte de las conclusiones que se presentan, así como una serie de fallas en los procesos de atención que requieren enormes esfuerzos para ser erradicadas en favor de un trabajo más profesional dirigido a las usuarias, esto destacado en dos investigaciones *“Calidad de la atención médica hospitalaria asociada a género”* y en *“Usuaría simulada”*. Se concluye de éstas que el personal podrá obtener mejores resultados en cuanto a la atención que ofrece en la medida en que sea sensible a las condiciones socioculturales de la población que atiende. (ss, 2007).

II. Normativa y programas nacionales

1. Plan Nacional de Desarrollo (PND), 2013-2018

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 es el marco rector de la política pública de la actual Administración Pública Federal (APF). A partir de este instrumento marco se derivan los programas especiales, regionales, sectoriales e institucionales que son la base para la implementación de acciones de política pública en el ámbito federal.

En la revisión del PND vigente no es posible encontrar de manera explícita alguna alusión específica referida a los (TCA). De manera consecuente con lo anterior, no se ubicó información referida a la anorexia y la bulimia.

En relación a la salud, el PND señala que el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de toda persona a la protección de la salud. En respuesta a dicho artículo se ha construido un amplio Sistema Nacional de Salud, sin embargo, éste se caracteriza por estar

fragmentado en múltiples subsistemas, donde diversos grupos de la población cuentan con derechos distintos. En 2012 aproximadamente, uno de cada cuatro mexicanos no contaba con acceso en algún esquema de salud (DOF, 2013).

El PND referido, menciona que hay situaciones que atentan contra la salud, como la pobreza y los estilos de vida poco saludables y de riesgo. Por ejemplo, la falta de actividad física, la nutrición inadecuada, sexo inseguro, consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas (DOF, 2013). **Nota:** El subrayado es de la investigadora.

También se menciona en el PND, que existen tres factores que inciden negativamente en la capacidad del Estado para dar plena vigencia al derecho a la salud y que, por tanto, requieren atención. (DOF, 2013).

- Primero, el modelo con que fueron concebidas las instituciones del sector salud que ha estado enfocado hacia lo curativo y no a la prevención.
- En segundo lugar, no han permeado políticas con enfoque multidisciplinario e interinstitucionales hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En este sentido, destaca como un reto a enfrentar la diversidad de hábitos y costumbres de la población en materia de conocimiento y cuidado de la salud.
- El tercero es la rectoría y el arreglo organizacional vigentes, donde prevalece la participación de instituciones verticalmente integradas y fragmentadas, que limitan la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en el Sistema de Salud Pública.

Nota: El subrayado es de la investigadora

Lo identificado en el PND que puede hacer referencia al tema del presente estudio, se encuentra contenido en la Meta Nacional II, Un México Incluyente, en el Plan de acción: integrar una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades, donde se menciona garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población y se plantean las siguientes líneas de acción:

- Brindar capacitación a la población para fomentar el autocuidado de la salud, priorizando la educación alimentaria nutricional y la prevención de enfermedades.
- Contribuir al mejor desempeño escolar a través de la nutrición y buen estado de salud de niños y jóvenes.

Nota: El subrayado es de la investigadora.

Estas dos acciones tienen una relación directa con la prevención de los trastornos de conducta alimenticia, sin embargo no se hace alusión a dichos trastornos de forma específica como se ha mencionado en párrafos anteriores.

2. Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (Proigualdad) 2009-2012

Toda vez que la información consultada refiere a que los (TCA) son padecidos en mayor porcentaje por las niñas y las mujeres, se considera conveniente identificar si en el programa rector aún vigente de la política de igualdad entre mujeres y hombres se reconoce esta problemática.

En el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (Proigualdad) 2009-2012, se ubicó la referencia a la anorexia y la bulimia como parte del diagnóstico de la situación de las mujeres en México:

[...] la presencia de estereotipos y condicionantes sociales sobre la autonomía y toma de decisiones de las mujeres convierten el tema de la salud en una cuestión de género, pues impactan en sus decisiones de salud reproductiva o son potenciadores de desórdenes alimentarios, como la **anorexia nerviosa y bulimia**. En la última década, los problemas de sobrepeso y obesidad se han incrementado de forma acelerada; en la actualidad 71.1% de las mujeres mexicanas de entre 30 y 60 años de edad enfrenta estos padecimientos, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (Proigualdad, 2009).

Nota: las negritas son de la investigadora.

3. Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA)

En el Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2007-2012 -programa especial en materia de salud en México, aún vigente no se encontró ninguna referencia en torno a la anorexia y la bulimia.

4. Programa Sectorial de Educación 2007-2012

En el Programa Sectorial de Educación 2007-2012, aún vigente, se identifica dentro del apartado relativo a la educación media superior lo siguiente:

4.4 Incorporar en los programas de estudios, contenidos de aprendizaje y el ejercicio de prácticas orientados a que los estudiantes reflexionen y asuman actitudes saludables hacia la sexualidad, el cuidado de su salud y del medio ambiente, la práctica de algún deporte o actividad física, y el aprecio por el arte y la cultura.

- Promover la realización sistemática de talleres de prevención de conductas de riesgo entre los alumnos (violencia, adicciones, sobrepeso **y trastornos alimenticios**, entre otros) (SEP, 2007:44).

Nota: las negritas son de la investigadora.

III. Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA)

La Secretaría de Salud (ss, 2008) define en la *Guía de Trastornos Alimentarios*, publicada a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), que los trastornos alimenticios hacen referencia a un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que pueden presentarse con distintos niveles de severidad y que éstos no refieren a un síntoma aislado claramente establecido.

Los (TCA) se presentan tanto en hombres como en mujeres y aunque la cantidad de mujeres que los padecen es muy superior a la de hombres, en los últimos años

el número de casos de hombres ha aumentado en forma constante. El diagnóstico de los (TCA) en hombres se enfrenta con ciertos prejuicios sociales que también prevalecen en el personal de salud: algunos médicos suponen que ser mujer es condición indispensable para presentarlos y que sólo ellas los padecen. Comer demasiado y estar pasado de peso resulta culturalmente más aceptable y menos notorio en el caso de los hombres, por lo que el trastorno puede pasar inadvertido, lo que resulta un riesgo. (ss, 2008).

De acuerdo con Claudia Unikel Santoncini, experta en TCA e investigadora en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en México aún hay poca información sobre la incidencia directa en menores con bulimia y anorexia, pero se ha constatado que existe mucha preocupación entre los adolescentes por no engordar. Hay un elevado índice de insatisfacción con su cuerpo, y por lo tanto, caen en conductas alimentarias de riesgo, sobre todo en jovencitas entre 14 y 16 años. Se registró que entre el año de 1992 y hasta el 2002, se incrementó la demanda de tratamiento por estas enfermedades hasta quince veces más. (Universia, 2010a).

Las conductas de riesgo que más prestan las adolescentes son: mucha atención a su peso, han intentado más de una dieta y piensan que estarían mejor con menos kilos, aunque tengan una masa corporal acorde con su edad y talla. También refiere la experta que en el país nueve de cada 10 casos de anorexia corresponden a mujeres, mientras que uno de cada seis casos de bulimia, lo padece un hombre. (Universia, 2010a)

El investigador de la Universidad Autónoma de México (UNAM) Rodrigo León Hernández (Universa 2011a), menciona que los trastornos de la alimentación se presentan en mujeres y hombres de todos los niveles socioeconómicos: *“Tenemos registro de casos de anorexia o bulimia en comunidades marginadas o indígenas, y en estratos sociales muy altos”*. Esto se relaciona con lo mencionado por Martha Lamas (Unuversa, 2010b) en relación a que se ejerce discriminación racista

cuando se valora o devalúa cierto genotipo, es decir, determinado color de piel, textura de pelo, estatura o rasgos faciales. Dijo que existe una pauta racista y clasista de belleza que promueve imágenes de modelos jóvenes, blancas, altas, flacas y de rasgos occidentales, tal como lo representan las muñecas en particular Barbie por ser la más vendida en el mercado global, lo que refuerza la definición del término "muñeca" como un indicador de lo que la sociedad ha esperado de la mujer.

Los (TCA) son difíciles de medir debido a que son conductas que las personas niegan hasta que la enfermedad no se puede ocultar por la excesiva pérdida de peso de las pacientes, por lo que existe un subregistro de quienes sufren estos padecimientos, refiere León Hernández (Universa 2011a).

A decir del investigador de la UNAM, el 50 por ciento de las personas con bulimia o anorexia se cura, un 20 por ciento sobrevive pero con recaídas, otro 20 por ciento mejora y un 10 por ciento muere. Su recuperación depende de que la enfermedad se detecte a tiempo y de que reciban un tratamiento multidisciplinario. (Universa 2011a)

Otra constante en las mujeres con anorexia o bulimia que menciona el investigador, es que han sido víctimas de violencia. Entre el 70 y 80 por ciento ha sufrido violencia física o psicológica y alrededor de 20 por ciento padeció algún tipo de agresión sexual. (Universa 2011a).

Los (TCA) son enfermedades crónicas y progresivas que, si bien se manifiestan a través de la conducta alimentaria, aluden a una gama compleja de síntomas en los que se conjugan factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales, de ahí la complejidad para comprender y atender este problema de salud pública, que afecta sobre todo a niñas y mujeres.

Carretero (2005) coincide con la Fundación Imagen (2008) sobre ciertos factores socioculturales relacionados con la aparición de algunos de los TCA, lo cual supone un factor necesario e indispensable aunque no suficiente para la presentación de estos trastornos, por lo que, debido a que estos factores cambian por definición de una cultura a otra, es importante considerar dos elementos que se construyen sobre todo en la etapa de la pubertad y adolescencia, asociados a la imagen corporal y la autoestima, lo que ha sido definidos de la siguiente manera:

Imagen Corporal

En 1950, Schilder definió la imagen corporal como “el retrato de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente”, sería la representación mental del cuerpo, formada por informaciones acumuladas a lo largo del tiempo procedentes de distintos sentidos e influida por experiencias afines. Es el cuerpo que una persona experimenta tener en cada momento de su desarrollo (Toro, 2004). Para Kirszman y Salgueiro (2002) son los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. (c.p. Imagen y autoestima, 2008).

Autoestima

Se puede definir el autoconcepto, como la autovalía, como la imagen de aceptación que tiene cada individuo de él mismo, y que se ha ido conformando durante su infancia y adolescencia, a través tanto de las experiencias personales como de los mensajes recibidos por los referentes más cercanos, padres y educadores principalmente. Durante la preadolescencia y adolescencia, cobran también especial importancia los comentarios recibidos por los iguales.

La valoración personal del autoconcepto es la autoestima, es decir, la evaluación que cada individuo tiene de sí mismo, incluyendo los sentimientos de autovalía (Coopersmith, 1967; Rosenberg, 1979). Alrededor del 75% de las personas que presentan un alto riesgo de padecer un trastorno del comportamiento alimentario presentan niveles muy bajos de autoestima. (c.p. Imagen y autoestima, 2008).

La antropóloga Patricia Castañeda Salgado, especialista en violencia de género e identidad femenina del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias de Ciencias y Humanidades (CIICH) de la UNAM, define el estereotipo de género como “violencia subjetiva” porque afecta emociones, es apropiada por la víctima y disloca hacia lo

negativo la idea que la mujer tiene de sí misma. Del mismo CIICH la comunicóloga Aimé Vega Montiel, declara que la violencia del estereotipo pasa por casi todos los modelos de violencia tipificadas, en el caso de la violencia sexual también, en tanto ese estereotipo modelo de belleza, presenta a la mujer como un objeto sexual y no como un sujeto de acción y, en los casos más extremos, es feminicida porque *ya son muchas las modelos de belleza que han muerto a causa de llevar al extremo ese estereotipo* (Universa, 2011b).

Así también Olga Bustos Romero, investigadora de la Facultad de Psicología de la UNAM, califica esta violencia como psicológica porque causa presión en la mujer y le produce autodaño, pues ese estereotipo impone exigencias sobre los cuerpos de las mujeres, como estar hiperdelgada o llevar tacones altísimos, que ocasionan trastornos alimenticios y daños en la columna vertebral (Universa, 2011b).

Una consideración más es la de Martha Lamas (Universa, 2010b) la cual expone que se ejerce discriminación racista cuando se valora o devalúa cierto genotipo, es decir, determinado color de piel, textura de pelo, estatura o rasgos faciales. Señala que existe una pauta racista y clasista de belleza que promueve imágenes de modelos jóvenes, blancas, altas, flacas y de rasgos occidentales, tal como lo representan las muñecas en particular Barbie por ser la más vendida en el mercado global, lo que refuerza la definición del término "**muñeca**" como un indicador de lo que la sociedad ha esperado de la mujer.

La ss (2008) señala que los trastornos alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica adecuada que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etcétera, siendo los principales trastornos alimenticios: la anorexia, la bulimia y la compulsión para comer, o atracón.

1. Anorexia

La anorexia se caracteriza por una pérdida de peso elevada (de 15 a 45%) debido al seguimiento de dietas extremadamente restrictivas o bien al empleo de conductas purgativas (vómitos, ejercicio físico en exceso). Las personas que padecen esta enfermedad presentan una alteración de su imagen corporal, sobrestimando el tamaño de cualquier parte de su cuerpo.

De acuerdo al *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*), en su versión IV, la anorexia nerviosa se caracteriza por:

1. Rechazo por parte de la persona enferma a mantener un peso corporal igual o por encima de un mínimo normal;
2. Pérdida de peso igual o superior a un 15% del peso teórico;
3. Miedo intenso a ganar peso, aún estando por debajo de un peso normal;
4. Alteraciones en la valoración del peso y de la silueta corporal: Distorsión de la imagen corporal;
5. En las mujeres, pérdida de tres ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer presenta amenorrea si sus periodos menstruales únicamente se dan después de la administración de hormonas (Carretero, 2005).

La anorexia puede ser de tipo restrictiva: cuando la persona enferma apenas come y en muchos casos realiza ejercicio en exceso; o bien de tipo purgativa cuando la persona enferma utiliza métodos purgativos tales como: vómitos, diuréticos o laxantes después de haber ingerido cantidades ínfimas de comida.

Asimismo, la anorexia nerviosa (AN) puede ser del subtipo bulímico, que se expresa cuando la persona presenta episodios recurrentes de sobreingesta, seguidos de métodos purgativos.

En la Guía de Trastornos Alimenticios antes referida, se enuncia que la anorexia se caracteriza por una gran reducción de la ingesta de alimentos indicada para la persona en relación con su edad, estatura y necesidades vitales; disminución que no responde a una falta de apetito, sino a una resistencia a comer, motivada por la preocupación excesiva por no subir de peso o por reducirlo (ss, 2008).

2. Bulimia

Las personas que padecen bulimia experimentan ataques de voracidad en los alimentos, seguidos de ayunos o vómitos para contrarrestar la ingesta excesiva, uso de laxantes para facilitar la evacuación, preocupación excesiva por la imagen corporal y sentimientos de depresión, ansiedad y culpabilidad por no tener autocontrol.

El DSM IV refiere que la bulimia nerviosa se caracteriza por:

1. Episodios repetitivos de sobreingesta compulsiva (atracones).
2. Sentimientos de descontrol y culpa en relación con los atracones.
3. Conductas recurrentes inadecuadas para compensar y prevenir el aumento de peso después de los episodios de atracón como el vómito, uso de laxantes, incremento del ejercicio físico o el ayuno.
4. Una media de 2 episodios semanales de ingesta voraz durante un mínimo de 3 meses.
5. Autoestima excesivamente influenciada por el peso y la silueta.
6. El trastorno no tiene lugar exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa (Carretero, 2005).

La bulimia nerviosa (BN) es purgativa cuando la persona, después de los períodos de atracones, se auto induce el vómito o abusa del uso laxantes y/o diuréticos para prevenir el aumento de peso y como métodos compensatorios; y es no purgativa cuando la persona utiliza otros métodos compensatorios para contrarrestar los atracones como el ayuno, el ejercicio excesivo, o dietas restrictivas.

La Guía de Trastornos Alimenticios refiere que la enfermedad de la bulimia se presenta cuando el consumo de alimento se hace en forma de atracón, durante el cual se ingiere una gran cantidad de alimento con la sensación de pérdida de control. A estos episodios de voracidad, le sigue un fuerte sentimiento de culpa, por lo que se recurre a medidas compensatorias inadecuadas como la autoinducción del vómito, el consumo abusivo de laxantes, diuréticos o enemas, el ejercicio excesivo y/o el ayuno prolongado (ss, 2008).

3. Atracón

Se alude al trastorno por atracón cuando se produce una sobreingesta compulsiva de alimentos. Después del ataque de glotonería aparece una fase de restricción alimentaria en la que baja la energía vital y se siente la necesidad imperiosa de comer. Una vez que se inicia otra sobreingesta, disminuye la ansiedad, el estado de ánimo mejora, la persona reconoce que el patrón alimenticio no es correcto y se siente culpable por la falta de control, aun así la persona con este trastorno continúa con este comportamiento, a sabiendas que le causa daño a su salud.

De acuerdo al DSM-IV el trastorno por atracón se caracteriza por lo siguiente:

1. Episodios repetitivos de sobreingesta compulsiva (atracones).

Un atracón se caracteriza por:

- a. Comer durante un periodo de tiempo (por ejemplo, durante dos horas) una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de gente comería durante un periodo de tiempo similar y en circunstancias parecidas.
 - b. Sentimiento de falta de control sobre la ingesta durante el episodio del atracón (por ejemplo, sentir que no eres capaz de parar de comer o de controlar la cantidad que estás comiendo).
2. Los atracones se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:
- a. Ingesta mucho más rápida de lo normal
 - b. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 - c. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
 - d. Comer a solas para esconder su voracidad.

- e. Sentirse a disgusto consigo mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
- f. Profundo malestar al recordar los atracones.
- g. Una media de 2 episodios semanales de ingesta voraz durante un mínimo de 6 meses.
- h. El atracón no se asocia a conductas compensatorias inadecuadas (p.ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa (Carretero, 2005).

En la Guía de Trastornos Alimenticios (ss, 2008) se expone que en la compulsión para comer se presenta el síntoma del atracón sin la conducta compensatoria (purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo, etcétera), por lo cual este fenómeno puede desencadenar sobrepeso u obesidad.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), aplicó un cuestionario de ocho preguntas para evaluar las conductas alimentarias de riesgo durante los últimos tres meses en adolescentes de 10-19 años de edad en México.

La proporción de adolescentes que participó en la ENSANUT 2012 y que resultaron en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria fue de 1.3% (1.9% del sexo femenino y 0.8% del masculino). Esta proporción fue medio punto porcentual más alta (0.9 y 0.4 puntos porcentuales para el sexo femenino y masculino, respectivamente) que la registrada en la ENSANUT 2006.

Se puede observar que las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en adolescentes mexicanos con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come:

- En las adolescentes, la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (19.7%).
- En los varones, la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso (12.7%).

Al comparar la frecuencia de conductas para intentar bajar de peso entre adolescentes de ambos sexos, en las adolescentes fue más frecuente hacer ayuno, dietas, tomar pastillas, diuréticos o laxantes.

Otro dato importante a resaltar de la ENSANUT 2012 es la comparación entre grupos de edad, los varones de 14 a 19 años tuvieron una mayor prevalencia de conductas de riesgo, como comer demasiado y hacer ejercicio, que los adolescentes de 10 a 13 años. Las adolescentes de 14 a 19 años tuvieron una mayor prevalencia de todos los trastornos de la conducta alimentaria (excepto inducir el vómito) que las adolescentes de 10 a 13 años.

Estos resultados permiten conocer la magnitud y tendencias de las conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes mexicanos para diseñar políticas públicas que prevengan la aparición de trastornos de la conducta alimentaria en los grupos poblacionales de mayor riesgo.

IV Programas Presupuestales (PP) con Gasto Etiquetado para las Mujeres y la Igualdad de Género (GEMIG)

En materia de acciones de política pública orientadas a la atención de trastornos alimenticios en niñas y mujeres, en particular lo relativo a la anorexia y la bulimia, es importante destacar que se revisaron los informes trimestral (IT) de los programas presupuestarios (PP) con Gasto Etiquetado para las Mujeres y la Igualdad de Género (GEMIG) relativos al cuarto trimestre para los periodos 2010, 2011, 2012 y el primer IT 2013 en los cuales no se logró identificar en el conjunto de los programas presupuestarios de manera explícita, medida alguna de política pública en la materia, a excepción de un proyecto en un programa del ramo 20 Desarrollo Social.

Se identifica el programa en el cuarto IT sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública de 2010, publicado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), el programa es Hábitat e informa relativo al tema, sobre 4,550 proyectos para el desarrollo de capacidades individuales y comunitarias, en 348 municipios, que consistieron en 612 campañas, 2,111 cursos, 1,454 talleres, 316 campañas para la entrega de aparatos funcionales y 57 tutorías referentes al desarrollo de capacidades, apoyos para el desarrollo la nutrición y la salud comunitaria (acciones de capacitación para la generación de ingresos, atención a mujeres con discapacidad, prevención de adicciones, trastornos alimenticios y embarazos no deseados en adolescentes, promoción de los Derechos Humanos, etc. con una inversión federal de 290.2 millones de pesos para beneficiar a 505,264 mujeres y 197,777 hombres. (SHCP, 2010). **Nota:** El subrayado es de la investigadora.

Consideraciones finales

Los (TCA), entre los cuales se encuentra la anorexia y la bulimia nerviosas, constituyen un problema de salud emergente que tiene un fuerte impacto en nuestra sociedad. La problemática asociada a estos trastornos es tan variada y multifactorial, que hace necesaria el diseño e implementación de políticas públicas que incluyan la atención considerando los aspectos clínicos, familiares, culturales, sociales y educativos que intervienen. Como consecuencia de lo anterior, no es suficiente un abordaje exclusivo desde la perspectiva sanitaria, se requieren estrategias transversales desde el enfoque de género y derechos humanos que involucren los distintos sectores y agentes implicados, para construir un andamiaje institucional capaz de dar respuesta con la sensibilidad e integralidad que requiere la especial situación de las mujeres que padecen estos TCA y de sus familiares.

La vinculación entre la condición de género y la salud es tan clara, que organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha sugerido que lo importante para la salud de las mujeres no es tanto la

educación en salud, sino la alfabetización y el acceso a la educación integral, ya que esto último se asocia con procesos de empoderamiento que redundan en la salud de las mujeres. (Campero, 1996).

En el campo de la formación de recursos humanos en salud y de las investigaciones del sector, es necesario desarrollar un marco conceptual que identifique y organice de manera diferente la educación y la salud de las mujeres, es decir que recupere tanto en investigaciones como en docencia una perspectiva de género que permita abrir espacios a la discusión y análisis de los problemas de salud de las mujeres con un abordaje fenomenológico donde se reconozcan las experiencias de vida de las mujeres, se valore su diversidad, complejidad y donde los temas de investigación y preguntas de investigación se basen en las necesidades de las mujeres. (ss, 2008).

Quienes toman decisiones en salud tienen como reto para incorporar las dimensiones de la inequidad de género en las políticas del sector, así como establecer los mecanismos que favorezcan su monitoreo y evaluación. Ser hombre o mujer tiene un profundo impacto sobre nuestro estado de salud, así como en el acceso y uso de servicios de salud. (ss, 2008).

En las fuentes consultadas para el presente estudio, ha quedado de manifiesto, el nivel de riesgo al que se ven expuestas las niñas y mujeres con TCA, los cuales traen consigo una serie de afectaciones en detrimento de su salud y de su calidad de vida.

Algunas de las conductas de la vida cotidiana que constituyen señales de alerta para la detección oportuna que se observa en las niñas y mujeres con estos TCA, sin dejar de lado el incremento de la problemática en hombres, son las siguientes:

- La preocupación excesiva por el peso, insatisfacción con la figura y una dieta poco saludable.

- Pedir opiniones acerca de su aspecto, pasar mucho tiempo frente al espejo, entablar pláticas sobre productos para adelgazar, sobre las dietas, pesarse todos los días, acudir a clínicas para bajar de peso y no con profesionales de la salud.
- La falta de afecto, el abuso físico y sexual, así como intimidación, baja autoestima, dificultades para enfrentar el estrés y los conflictos afectivos, e incluso ser víctima de acoso escolar o bullying.
- Hábitos poco saludables tales como: saltarse comidas, ayunar, fumar, vomitar, consumir laxantes, diuréticos y otros productos adelgazantes, por seguir el patrón de belleza actual de extrema delgadez que cada vez se aleja más de la morfología real de las y los mexicanos
- La promoción de imágenes estereotipadas de belleza asociados a figuras de mujeres y hombres que llegan a ejercer influencias alentadas a través de la publicidad y de los medios de comunicación social que tienen un impacto negativo en la salud de grupos vulnerables como las niñas/os y adolescentes.

En el caso de México, esta problemática social que alcanza dimensión de urgente en salud pública, no se alcanza a identificar y menos de manera articulada en el conjunto del marco de las políticas públicas o programas presupuestarios con GEMIG, así como tampoco es posible encontrar programas presupuestarios con acciones específicas orientadas a la prevención y atención de la anorexia, la bulimia, y el atracón cuya población objetivo son prioritariamente las niñas y las mujeres.

En el otro extremo de las conductas alimenticias, lo que sí parece constituir una preocupación en la agenda de política pública es el problema de la obesidad, acerca del cual se reconoce en los instrumentos marco de política pública, como un fenómeno (epidemia) que genera problemas importantes de salud en gran parte de la población en México. La obesidad se encuentra plenamente identificada como un problema de salud pública que ha crecido de manera

significativa en México, siendo que nuestro país ocupa el primer lugar en el mundo, con población obesa. Sin embargo otros trastornos de conducta alimenticia asociados como los que nos ocupan también van en ascenso tanto en mujeres como en hombres.

En relación al tema del estudio, los problemas relacionados con desordenes de la personalidad y la depresión como es la bulimia y la anorexia, tienden a considerarse o interpretarse como asuntos de carácter individual o privado, sin considerar la posición y la situación que tienen las mujeres en la sociedad, lo que las cifras, sus interpretaciones y explicaciones en relación a la salud de las mujeres en general no favorecen el análisis al respecto del bienestar social de las mujeres o la falta del mismo, lo que influye en la toma de decisiones para políticas públicas. (Campero. 1996).

Tal como refieren especialistas consultados para el tema (SS, UNAM, OMS, Carretero (2005) y otros), en materia de política pública, pareciera que no se han incorporado aun, de manera integral los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) que afectan principalmente a niñas y mujeres, como tema de atención prioritaria en la agenda de política pública para la cual se tendría que tomar en cuenta los siguientes elementos:

Realizar una investigación científica rigurosa con perspectiva de género sobre los trastornos de conducta alimentaria, para contar con un diagnóstico que constituya un punto de partida para abordar la problemática desde el campo de las políticas públicas de manera integral.

Alinear en el diseño e implementación del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2016, acciones articuladas con el propósito de avanzar hacia una efectiva atención de estos trastornos con medidas interdisciplinarias, involucrando a la familia, la sociedad en general y a los medios de comunicación, ya que una menor presión social por la

imagen corporal mejoraría la salud de las personas afectadas. Cabe mencionar la importancia de un análisis profundo sobre la definición del estereotipo de género como "violencia subjetiva", que mencionan varias investigadoras feministas.

Considerar la detección precoz y el tratamiento de los síntomas depresivos como medida preventiva a futuras apariciones de (TCA), así como el tratamiento psiquiátrico y psicológico a las personas que sufren obesidad como consecuencia de un trastorno de la conducta alimentaria (trastorno por atracones), para su curación. Tomar en cuenta que la adopción de hábitos alimentarios anómalos es la consecuencia de un trastorno de la conducta alimentaria y no su causa. (Universa, 2011b).

A manera de conclusión final, se observan importantes retos hacia el Estado Mexicano en relación a la inclusión de los (TCA) con perspectiva de género en la agenda pública, con un enfoque multidisciplinario e intersectorial en el diseño e implementación de políticas públicas para la problemática aquí presentada.

Glosario

Abreviatura	Definición
AN	Anorexia nerviosa
APF	Administración Pública Federal
BN	Bulimia nerviosa
CEAMEG	Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CIICH	Centro de Investigaciones Interdisciplinarias de Ciencias y Humanidades
DOF	Diario Oficial de la Federación
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012
GEMIG	Gasto Etiqueta para las Mujeres y la Igualdad de Género
Inmujeres	Instituto Nacional de las Mujeres
IT	Informe Trimestral
LGIMH	Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PP	Programa Presupuestario
Pronasa	Programa Nacional de Salud
Proigualdad	Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SEP	Secretaría de Educación Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SS	Secretaría de Salud
TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México

Referencias

- Carretero, C (2005). *Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): definición y tipologías*. Información rescatada el 15 de julio de 2013 en: <http://www.educaweb.com/noticia/2005/10/10/trastornos-conducta-alimentaria-tca-definicion-tipologias-733/>
- Cruz Roja Española (s.f.). *Anorexia y Bulimia*. Información rescatada el 11 de julio de 2013 en: <http://www.cruzroja.es/crj/docs/salud/manual/005.pdf>
- Diario Oficial de la Federación (DOF) 2013. *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México: Autor.
- Fundación Imagen (2008). *Cuando no gustarse hace enfermar*. España: Autor. Recuperado el 16 de julio en: <http://www.f-ima.org/doc/Informe%20IMA%20Cuando%20no%20gustarse%20hace%20enfermar.pdf>
- Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), (2007). *Glosario de género*, México: autor.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Tópicos sobre la salud*. Disponible en <http://www.who.int/about/es/>
- Secretaría de Educación Pública (SEP) (2007). *Programa Sectorial de Educación*. México: Autor. Recuperado el 8 de julio en: www.sep.gob.mx
- Secretaría de Salud (ss), (2007). *Compilación Una mirada de Género en la Investigación en Salud Pública en México*. Autor: Centro Nacional para la Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). México. Recuperada el 8 de julio en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/genero/boletines/una%20mirada%20de%20genero.pdf>
- Secretaría de Salud (ss), (2008). *Guía de Trastornos Alimenticios*. Autor: Centro Nacional para la Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). México. Recuperado el 5 de julio de 2013 en: <http://www.cnegsr.gob.mx/programas/igualdad-genero/repositorio-documentos/personal-salud/material-tecnico/guia-trastornos-alimentarios.html>
- Secretaría de Salud (ss), (2007a). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. México. Autor. Recuperado el 7 de julio de 2013 en: www.salud.gob.mx
- Secretaría de Salud (ss), (2007b). *Programa Sectorial de Salud 2007-2012*. México. Autor. Recuperado el 7 de julio de 2013 en: www.salud.gob.mx
- Secretaría de Hacienda y Crédito Pública (SHCP), (2010, 2011, 2012, 2013). *Informes sobre la Situación la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública. Anexo XVIII. Avance de los Programas Presupuestarios con Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres*. Cuarto Trimestre 2010, 2011, 2012, y primero de 2013. México. Versión electrónica disponible en www.shcp.gob.mx

- Universia. (2012). *“La moda aumenta el riesgo de anorexia y bulimia”*. Artículo original, consultado el 10 de julio 2013, disponible en: <http://noticias.universia.net.mx/en-portada/noticia/2012/04/18/924128/moda-aumenta-riesgo-anorexia-bulimia.html>
- Universia. (2011b). *“Estereotipo delgado, la nueva forma de violencia contra la mujer”*. Artículo original, consultado el 13 de julio 2013, disponible en: <http://noticias.universia.net.mx/translate/es-pt/en-portada/noticia/2011/01/11/778616/estereotipo-delgado-nueva-forma-violencia-contra-mujer.html>
- Universia. (2011a). *“Aumentan 15 veces los caso de Bulimia y Anorexia en México”*. Artículo original, consultado el 13 de julio 2013, disponible en: <http://noticias.universia.net.mx/translate/es-pt/en-portada/noticia/2011/07/04/842642/aumentan-15-veces-casos-bulimia-anorexia-mexico-unam.html>
- Universia. (2010a). *“En México aumentan los casos de anorexia y bulimia en hombres”*. Artículo original, consultado el 11 de julio de 2013, disponible en: <http://noticias.universia.net.mx/en-portada/noticia/2010/10/25/649507/mexico-aumentan-casos-anorexia-bulimia-hombres.html>
- Universia. (2010b). *“Muñecas con estereotipo racista y clasista”*. Artículo original consultado el 12 de julio de 2013, disponible en: <http://noticias.universia.net.mx/en-portada/noticia/2010/11/18/687785/munecas-estereotipo-racista-clasista.html>

Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género



Cámara de Diputados
LXII Legislatura
Julio 2013

<http://ceameg.diputados.gob.mx>
ceameg.difusion@congreso.gob.mx

Lic. María Isabel Velasco Ramos
Directora General

Mtra. Nuria Gabriela Hernández Abarca
**Directora de Estudios Jurídicos de los
Derechos Humanos de las Mujeres y la Equidad de Género**

Mtra. Milagros Herrero Buchanan
**Directora de Estudios Sociales de la
Posición y Condición de las Mujeres y la Equidad de Género**

Lic. Mercedes Estrada Bernal
Elaboración