

Cuando la belleza mata

Natalia Orozco Baena*, Sebastián Londoño Montoya**

Resumen

Los trastornos alimentarios son enfermedades crónicas y progresivas que, si bien se manifiestan en la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la autoimagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de la imagen corporal.

En algunos casos, la publicidad marca la pauta en la adquisición de un trastorno alimentario, ya que las conductas desarrolladas pueden alterarse por la presión de los medios de comunicación con relación a la moda y la "belleza", y el miedo a tener sobrepeso hace que quienes los padecen pierdan el sentido de la realidad, sometiéndose a dietas y hábitos que ponen en gran riesgo la vida y la salud integral. Con dichos hábitos confieren especial importancia a los alimentos, alrededor de ellos giran todos sus pensamientos, sentimientos, sueños, ideales y problemas, haciéndose hiperdependientes de esas ideas y desarrollando un trastorno de identidad a partir de la enfermedad.

La anorexia y la bulimia son entonces trastornos alimentarios que cada vez ganan mayor prevalencia en la sociedad. Dadas sus consecuencias, se trata de anomalías que se deben tener en cuenta, no como fenómenos aislados, sino asumiendo una actitud más humana frente al posible caos que se presente, emprendiendo acciones para prevenir su aparición.

Palabras clave: *Anorexia, bulimia, trastornos alimentarios, cultura, medios de comunicación, distorsión del esquema corporal, preocupación excesiva por el peso, delgadez, modelos de belleza, vulnerabilidad.*

* Natalia Orozco Baena. Estudiante del programa de Psicología de la Universidad Católica de Oriente. Perteneciente al grupo de investigación GIBPSICOS, auxiliar de investigación. E-mail: natyorozcob1@hotmail.

** Sebastián Londoño Montoya. Estudiante del programa de Psicología de la Universidad Católica de Oriente. Perteneciente al grupo de investigación GIBPSICOS, auxiliar de investigación. E-mail: sebaslm3@hotmail.com.

Abstract

Nourishing disorders are chronic and progressive diseases that, despite showing up through eating behavior, are actually made up of a very complex range of symptoms among which an alteration or distortion of corporal self image prevails, a great dread of rising weight and the acquisition of a series of values through corporal image.

In some cases, advertising plays a significant role in the acquisition of a nourishing disorder, since behaviors developed can alter due to the pressure of mass media concerning fashion and "beauty", plus fear to gain weight make those who suffer from it to lose the sense of reality, and go on diets and habits putting at great risk their life and integral health. With those habits, people give a great importance to food—all his thoughts, feelings, dreams, ideals and problems turn around them, making them hyperdependent from them until developing an identity disorder.

Anorexia and bulimia are nourishing disorders increasingly prevalent in society. Given their consequences, we need to take them into account, not as isolated phenomena, but assuming a more human attitude face to the potential chaos they bring, taking actions to prevent their occurrence.

Keywords: *Anorexia, bulimia, nourishing disorders, culture, mass media, corporal scheme distortion, excessive worry about weight, slimness, beauty models, vulnerability.*

Introducción

Los trastornos alimentarios están relacionados con la alteración de los hábitos alimentarios comunes. Estas conductas pueden o no alterarse voluntariamente y están sujetas a factores internos y externos del individuo, tales como nivel de autoestima, presiones familiares y sociales, frustración por tener sobrepeso, comparación constante con alguien cercano por parte de un familiar o amigo, entre otros aspectos. Hoy en día uno de los factores que explican más claramente la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), aparte de los ya mencionados, son los factores socioculturales, más específicamente los medios de comunicación que, al difundir y promover la idea de que una mujer es bella sólo si es delgada, fomentan los TCA.

Teniendo en cuenta esto, entonces, es posible que los jóvenes adopten conductas de prototipos presentados en las pantallas y demás medios de comunicación en relación con los modelos culturales actuales, que discriminan y segregan,

lo cual repercute en personas vulnerables, que ante la posibilidad de ser rechazadas se sienten obligadas a responder a las exigencias del medio, pudiendo desencadenar un trastorno alimentario. Todo esto sin dejar de lado el problema que hoy se presenta por el afán desmesurado de hacer ejercicio bajo el pretexto de convertirse en un gran atleta, pero ¿hasta qué punto se trata de cumplir con las acuciantes demandas del medio por un cuerpo y una figura esbeltos?

El presente artículo pretende informar acerca de los trastornos alimentarios y, a la vez, evidenciar la problemática social que se genera en las conductas alimenticias por influencia de los medios de comunicación (televisión, internet, revistas...) y la cultura. Esto se desarrollará en seis apartados. En los primeros tres apartados se abordarán las características, causas y consecuencias fundamentales, así como los criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. En el cuarto apartado se hablará de psicología de la

alimentación basada en la corriente cognitiva, y se hará una aproximación a las causas de los trastornos alimentarios por influencia de los medios de comunicación. El quinto apartado se basa en los trastornos alimentarios en relación con la cultura. Se tratará aquí de dar una explicación sobre la influencia de los medios de comunicación y el efecto negativo que pueden tener en las conductas alimentarias. Por último, en el sexto apartado se discute sobre el ejercicio físico, pues tiende a convertirse en enemigo cuando se utiliza como método para alcanzar con el cuerpo objetivos desmedidos, posiblemente por la presión que ejerce la sociedad de consumo.

El objetivo del presente artículo es establecer la relación entre los medios de comunicación y el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. La problemática de los trastornos alimentarios se convierte así en una respuesta desesperada ante las exigencias que la cultura, a través de los medios de comunicación, impone a la sociedad, más allá de factores biológicos o fisiológicos.

Se plantea entonces la hipótesis a la cual se tratará de dar respuesta en el transcurso de este artículo: ¿lo que hoy se conoce como trastornos alimentarios constituye una respuesta a las exigencias que los medios de comunicación y la cultura imponen a la sociedad?

Trastornos alimentarios

Desde que el ser humano existe, ha mantenido una relación de supervivencia con el alimento. La subsistencia está en el primer escalón en dicha relación; las costumbres, los gustos, los afectos, los estados de ánimo se inscriben en otros niveles. Cuando esta relación se ha perdido, se habla de un trastorno alimentario. Éste consiste en la alteración del orden regular de la alimentación. Los trastornos más conocidos en este orden son la anorexia y la bulimia, enfermedades psiquiátricas con complicaciones físicas, que alteran el estado normal del cuerpo y ponen en

riesgo la salud física y mental. Con síntomas y tratamientos diferentes, pero tal vez con causas y finalidades similares, la anorexia y la bulimia pueden llevar a la muerte.

Además de los trastornos alimentarios mencionados anteriormente, existen trastornos de la ingestión y la conducta alimentaria, como son: el trastorno de pica, el cual se caracteriza por la ingestión de materiales o artículos que no son comida (comer lápices, tierra, tiza, madera, entre otros); el trastorno de rumiación, en el cual el individuo traga y devuelve constantemente la comida; la ingesta compulsiva, que es una necesidad irracional de pasar la mayor parte del tiempo comiendo; la ortorexia, cuya característica principal es la idea obsesiva por comer sanamente, y los trastornos de la ingestión y la conducta alimentaria de la infancia o la niñez.

Acerca de las causas y los orígenes de estos trastornos se han planteado diferentes hipótesis, relacionadas con factores hereditarios, físicos y psicológicos que hacen referencia a las características de personalidad que pueden llevar a una persona a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria: factores socioculturales como el lugar de nacimiento, la crianza, la evolución y el desarrollo; aspectos familiares importantes como el grado de escolaridad de los padres, la relación entre los miembros de la familia, la relación individual que tiene el paciente con el padre y la madre, el entorno familiar, etc. Entre los aspectos socioculturales también está el papel de los medios de comunicación, cuya incidencia quizá no se ha comentado mucho, pero que debe ser un punto de referencia cuando se cuestionen las posibles causas de los trastornos de la conducta alimentaria. Este artículo trata de mostrar la gran influencia que tienen los medios de comunicación en la aparición y perpetuación de este tipo de trastornos.

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

clasifican como especificados y no especificados. Dentro de los primeros se encuentran la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, mientras que los segundos presentan variaciones atípicas de los anteriores, como lo ilustra la siguiente cita:

En mujeres se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.

Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad. Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas).

Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (The American Psychiatric Press, 2002, 553).

Anorexia nerviosa

La persona rechaza mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. Este trastorno se caracteriza por un miedo intenso a ganar peso y por en una alteración significativa de la percepción de la forma o del tamaño corporal. En las mujeres, es común la asociación con amenorrea. En niños o adolescentes en proceso de desarrollo, en vez de darse la pérdida de peso, se evidencia una falta de aumento de peso. Para determinar la presencia de anorexia nerviosa en un individuo, deben tenerse los siguientes criterios diagnósticos:

Criterio A: rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal

considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

Criterio B: miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

Criterio C: alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

Criterio D: en mujeres pos-puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos al menos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales) (The American Psychiatric Press, 2002, 559).

La anorexia nerviosa se divide en dos subtipos: restrictivo y compulsivo o purgativo. Los pacientes con anorexia de tipo restrictivo se caracterizan por la pérdida de peso mediante dietas, ayuno o ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, este tipo de pacientes no recurren a atracones ni a purgas, lo que sí hacen quienes presentan anorexia de tipo compulsivo o purgativo. La mayoría de los pacientes que pasan por episodios de anorexia nerviosa de tipo compulsivo también recurren a purgas, provocándose el vómito o excediéndose en el uso de diuréticos, laxantes o enemas.

Cuando los individuos con este trastorno sufren una pérdida considerable de peso, se pueden asociar a este problema otros síntomas y trastornos, a saber, estado de ánimo deprimido, retraimiento social, insomnio y pérdida de interés por las relaciones sexuales. Muchas de las personas con este trastorno pueden cumplir con los criterios de un trastorno depresivo mayor, por lo que es necesario reevaluar los síntomas de trastorno

del estado de ánimo cuando el paciente haya recuperado el peso parcial o totalmente. También se han observado características propias del trastorno obsesivo compulsivo, no necesariamente en relación con la comida. La mayoría de las personas que padecen anorexia nerviosa están casi todo el tiempo ocupadas pensando en aspectos relacionados con la comida, incluso algunas coleccionan recetas de cocina o almacenan alimentos. Es importante tener en cuenta que cuando los pacientes con anorexia nerviosa presentan obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida, la silueta corporal o el peso, se debe realizar adicionalmente el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo. Existen asimismo características que 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 la iniciativa.

La anorexia nerviosa parece tener mayor incidencia en las sociedades industrializadas, en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo y el éxito. Así, algunos factores socioculturales podrían influenciar e incluso desencadenar la enfermedad, como son la presión y los estereotipos sociales que se demuestran en la cultura de la delgadez y magnificación de la importancia del “mito de la belleza”; la discriminación y el rechazo social hacia los obesos; la discriminación laboral, la discriminación en el mundo de la moda, la coacción publicitaria, mercado del adelgazamiento y la difusión del cuerpo delgado de los modelos como estereotipo, particularmente observable en la mujeres. En cuanto a la prevalencia del trastorno, puede decirse que estudios realizados entre chicas adolescentes y jóvenes adultas han revelado un porcentaje del 0,5-1% para los cuadros clínicos

que cumplen con todos los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa, por lo que puede decirse que es más frecuente encontrar individuos con trastornos de la conducta alimentaria no especificados. Existen pocos datos sobre la prevalencia de este trastorno en varones; sin embargo, en los últimos años la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado (The American Psychiatric Press, 2002, 557).

Bulimia nerviosa

Al igual que la anterior, se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad —denominados atracones—, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Otra característica esencial es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales, lo que hace que la autoevaluación de quienes padecen esta enfermedad se encuentre excesivamente influenciada por su silueta y su peso corporal.

A la hora de realizar el diagnóstico de bulimia nerviosa, es indispensable tener en cuenta que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse en promedio al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses (Criterio C) (The American Psychiatric Press, 2002, 559). Sin embargo, aún deben tenerse en cuenta los siguientes criterios diagnósticos para determinar la existencia de la bulimia nerviosa en un individuo:

- Presencia de atracones recurrentes (Criterio A).
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, abuso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivos (Criterio B).
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales (Criterio D).

- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa (Criterio E) (The American Psychiatric Press, 2002, 564).

Por el uso de los métodos de purga, los individuos con bulimia nerviosa se pueden clasificar en dos subtipos: el purgativo, en el cual los individuos se provocan el vómito y abusan de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio bulímico; y el no purgativo, individuos que emplean otras técnicas compensatorias inadecuadas como el ayuno o la realización excesiva e intensa de ejercicio, pero nunca se han provocado el vómito ni han hecho mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio bulímico. Los individuos con bulimia nerviosa se encuentran por lo general dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunos presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. El trastorno puede aparecer en individuos con obesidad moderada y “mórbida”. Algunos datos sugieren que, antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen más probabilidad de mostrar sobrepeso que la gente sana. Entre atracón y atracón reducen la ingesta calórica para lo cual escogen alimentos de bajo contenido calórico (“dietéticos”), a la vez que evitan los alimentos que engordan o que pueden desencadenar un atracón.

Hay una alta prevalencia de síntomas depresivos (como baja autoestima) en las personas con bulimia nerviosa, al igual que los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor). En muchos individuos la alteración del estado de ánimo se inicia al mismo tiempo que la bulimia nerviosa o en su transcurso y los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno del estado de ánimo es debido a la bulimia nerviosa. Sin embargo, en ocasiones el trastorno del estado de ánimo precede a la bulimia nerviosa. Hay asimismo una incidencia elevada de síntomas de ansiedad (por ejemplo, miedo a situaciones sociales) o de trastornos de ansiedad. Todos

estos síntomas de ansiedad y depresión desaparecen cuando se trata la bulimia nerviosa. Se ha observado dependencia y abuso de sustancias (alcohol y estimulantes) en un tercio de los sujetos aproximadamente. El consumo de sustancias estimulantes suele empezar en un intento por controlar el apetito y el peso. Probablemente entre un tercio y la mitad de los individuos con bulimia nerviosa cumplen los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de la personalidad (la mayoría de las veces, trastornos límites de la personalidad). Datos preliminares de un estudio publicado en *The American Psychiatric Press* (2002) sugieren que en casos del tipo purgativo hay más síntomas depresivos, y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos del tipo no purgativo.

Al igual que la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa se presenta con más frecuencia en los países industrializados; igualmente puede decirse que aproximadamente el 90% de la población afectada son mujeres. En los hombres parece haber mayor presencia de bulimia nerviosa en individuos que sufren obesidad premórbida. Suele iniciarse al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un periodo de régimen dietético y persistir durante varios años. El curso de este trastorno puede ser crónico o intermitente con periodos de remisión que se alternan con atracones.

Psicología de la alimentación según el modelo cognitivo

Los trastornos de la alimentación han diferido en su etiología de acuerdo a las diversas corrientes o modelos psicológicos (psicodinámico, humanista, cognitivo). Cada uno de ellos habla de cómo se pueden llegar a desarrollar de acuerdo a sus teorías. En este caso se retoma el proceso de desencadenamiento de un trastorno de la alimentación, como lo ve la psicología cogni-

tiva. El modelo cognitivo ve un trastorno de la alimentación como un camino final común a múltiples sucesos o experiencias (Garfinkel y Garner, 1982). A raíz de muchas experiencias de la vida (esquemas), se adquieren ideas específicas distorsionadas referentes a la persona, el mundo y el futuro, que crean posteriormente vulnerabilidad a un trastorno alimentario. Los individuos vulnerables, que a menudo son introvertidos, sensibles y aislados, desarrollan la idea de que la pérdida de peso aliviará de alguna manera su angustia psicológica y su disforia (Garfinkel y Garner, 1982; Garner y Bemis, 1982, 1985). Hacer dieta, perder peso y conseguir ser delgado se convierten en factores que estos individuos manipulan en un intento por ejercer control sobre su cuerpo y su entorno (Garner y Bemis, 1982, 1985).

La pérdida de peso continuada, que llega a ser un símbolo de control, lleva a la crítica social y puede amenazar esa percepción, lo que conduce a intensificar el aislamiento social y refuerza las cogniciones distorsionadas y las conductas mal adaptativas de un trastorno alimentario.

Es, entonces, un trastorno alimentario consecuencia de determinadas distorsiones cognitivas derivadas de creencias y valores acerca de la imagen corporal y el peso. La creencia o supuesto básico sería del tipo: “El peso y la imagen corporal son fundamentales para la autovaloración y la aceptación social”. Esta creencia se interrelacionaría con una serie de distorsiones cognitivas, es decir, esquemas equivocados de interpretar los hechos, y que generan múltiples consecuencias negativas. Veamos:

Abstracción selectiva: basar una conclusión en detalles aislados al tiempo que se ignora la evidencia contradictoria más importante. Ejemplos: “No soy capaz de controlarme. Anoche cuando fui a comer a un restaurante comí todo lo que me sirvieron, a pesar de que había decidido, con antelación, que iba a cuidarme. Soy tan débil”;

“la única manera en que siento que tengo control es cuando como”; “soy especial si soy delgada”. *Sobregeneralización:* extraer una regla de un evento y aplicarla a otras situaciones distintas. Ejemplo: “Cuando comía carbohidratos era gorda, por lo tanto debo evitarlos ahora para no volverme obesa”; “tenía un peso normal y no era feliz, así que subir de peso no me va a hacer sentir mejor”. *Magnificación:* sobreestimar la significación de eventos indeseables. Los estímulos son adornados con un significado adicional no apoyado en un análisis objetivo. Ejemplos: “Subir cinco libras me pondrá al límite del abismo”; “si la gente hace comentarios sobre mi aumento de peso, no voy a soportarlo”; “he subido dos libras, no puedo volver a usar shorts”.

Razonamiento dicotómico o del tipo todo o nada: pensar en términos extremos y absolutos. Los eventos sólo pueden ser blancos o negros, correctos o incorrectos, buenos o malos. Ejemplos: “Si no tengo control absoluto, perderé el control. Si no puedo dominar esta área de mi vida, lo perderé todo”; “Si subo una libra, seguiré así y subiré cien”; “Si no establezco una rutina diaria todo será caótico y no lograré nada”.

Personalización y autorreferencia: hacer interpretaciones egocéntricas de eventos impersonales o sobre-interpretación de eventos que se relacionan con uno. Ejemplos: “Dos personas se rieron y murmuraron algo cuando pasé, probablemente estaban diciendo que me veía fea. He subido tres libras...”. “Me avergüenzo cuando otras personas me miran”. “Cuando veo a alguien con sobrepeso, me preocupa que pueda llegar a verme así”. *Pensamiento supersticioso:* creer en que hay una relación de causa y efecto entre eventos no contingentes. Ejemplos: “No puedo disfrutar nada porque me lo arrebatrán”. “Si como un dulce se convertirá inmediatamente en grasa abdominal” (Ferrer, 2008).

Es así como puede decirse que una persona, cuyos estilos de afrontamiento sean limitados

y haya adquirido a lo largo de su vida ideas distorsionadas sobre sí misma, el mundo y el futuro, crea posteriormente vulnerabilidad a un trastorno alimentario.

Trastornos alimentarios y medios de comunicación

Los medios masivos de comunicación proporcionan a la sociedad diversión, esparcimiento, educación e información y, paralelamente, ofrecen imágenes corporales que fomentan conductas que pueden desencadenar trastornos alimentarios. En la actualidad se vive un ideal de belleza que es la delgadez. Como exponente de esta presión por adelgazar, se hacen todo tipo de rituales y dietas para alcanzar la figura que la sociedad exige. La publicidad está continuamente presentando imágenes de mujeres altas, elegantes, sin un gramo extra de grasa y que, gracias a su belleza y delgadez, dan a entender que tienen éxito en su vida, en su trabajo y en sus relaciones de pareja. Todo está a su alcance, sin requerir esfuerzo alguno. El bombardeo continuo de mensajes de este tipo influye en gran medida en la aceptación del cuerpo.

Desde 1980, las investigaciones de Garner y Garfinkel (1980) y su equipo sobre las contribuciones biológicas, familiares y psicológicas a la aparición de trastornos alimentarios, principalmente en la población femenina adolescente, le atribuyen una importante responsabilidad a la publicidad “por su impacto potencial de establecer modelos identificatorios”.

El mayor problema radica en la información codificada por los medios masivos de comunicación, ya que ellos son los que transmiten a las personas los cambios en las diversas áreas del mundo, en los campos político, social y económico, la moda, la música, el cine, entre otros.

Lo que es modelo de belleza hoy no lo era hace unas décadas. Basta hacer un estudio exploratorio sobre el cine a lo largo del siglo pasado para

observar los diferentes patrones de belleza que se han construido para las mujeres. En un provocador ensayo escrito en 1981 sobre la obsesión femenina por la delgadez de las últimas décadas, dice Chernin: “Si fuéramos admiradas por tener cuellos redondos como las mujeres de principios de siglo y pudiéramos tener abdómenes abultados y caderas regordetas, miles de mujeres no estarían vomitando ahora” (Chernin, 1981).

La influencia de los medios de comunicación tiene entonces un efecto contraproducente en las conductas alimentarias, especialmente cuando se distorsiona el sentido de lo que se quiere transmitir, sobre todo en aquellas personas que tienden a ser más vulnerables y susceptibles a este tipo de informaciones impuestas por el medio (adolescentes), debido a que en la mayoría de medios televisivos se incluyen segmentos de programas hechos por mujeres delgadas y relativamente bellas, que cuidan su aspecto físico, reforzando así el interés de las personas por verse y mantenerse “bien”.

El tema de los trastornos alimentarios genera muchos interrogantes, ya que en algunas ocasiones se pueden confundir con un estilo de vida saludable por moda, belleza, salud y estética, requerimientos en diferentes profesiones como la actuación, el modelaje, la práctica de deportes, etc.

Por eso el asunto de la publicidad se toma cada vez más en serio, ya que investigadores y activistas sociales se han dado cuenta de que esta industria es una poderosa fuerza educativa en el mundo occidental. Por ejemplo, se tienen datos sobre niñas estadounidenses expuestas a entre 400 y 600 comerciales diarios. Esto significa que para cuando cumplan diecisiete, habrán recibido 250 mil impactos publicitarios a través de los medios (Mc Phail Fanger, 2002).

Se registró también que el 56% de los comerciales dirigidos a mujeres jóvenes en televisión y 57% en revistas femeninas y de moda hablaban de la belleza. Examinaron que esto podía tener

como consecuencia que las mujeres se sintieran conscientes de su apariencia física como medida de su valor (Dittrich, 1997).

Estos son algunos de los ejemplos más claros del poder que tiene la publicidad para influir en patrones culturales y conductas individuales especialmente orientadas hacia las mujeres jóvenes. Los estilos corporales van de la mano de la moda y se promueven a través de la publicidad y de las revistas femeninas, cuyo contenido editorial se confunde y disimula frecuentemente con los anuncios.

Se aprecia, entonces, cómo las personas, en especial las adolescentes de hoy en día, reciben una fuerte presión de los medios de comunicación por su exaltación de cuerpos en ocasiones extremadamente delgados.

El ejercicio, ¿aliado o enemigo frente a un trastorno alimentario?

La actitud cultural hacia la actividad física va de la mano con la actitud desordenada en lo referente al comer, pues el ejercicio excesivo desempeña un papel fundamental en muchos casos de anorexia (Amaya, 2007).

Culturalmente en la sociedad actual se ha visto el deporte como algo positivo y sano, pero, ¿qué pasa cuando se convierte en un método para alcanzar con el cuerpo unos objetivos desmedidos, bajo el camuflaje de la competencia deportiva o la salud?; ¿qué sucede cuando se va en contra del ciclo normal del organismo y se le exige a tal punto de controlar exhaustivamente cada caloría y cantidad de grasa consumida para tener un mayor rendimiento? Tal vez el problema tampoco sea el deporte, ya que es un excelente medio para alcanzar bienestar emocional y físico, pero también es cierto que puede ser una manifestación de una problemática externa en donde la persona pierde el control de sus actos y pasa a ser controlada por exigencias sociales desmedidas, convirtiéndose tal afán

por una figura esbelta en lo más importante en su proyecto de vida.

Conclusiones

Lo que se denomina hoy trastornos alimentarios se da como respuesta, en gran parte, a las exigencias y demandas sociales transmitidas a través de los medios de comunicación y la cultura, que hacen de un cuerpo esbelto un requisito para la inclusión social.

En la sociedad actual se evidencia una inversión de valores, por la cual una mujer no se estima por sus aspectos positivos personales, sino por su conformidad con patrones superfluos impuestos por una sociedad de consumo, con intereses económicos particulares alrededor de la industria de la belleza y de la moda.

Es posible que existan formas socialmente aceptadas como el deporte, que así como puede ser direccionado positivamente en el proyecto de vida, pero también puede llegar a constituirse en la “fachada perfecta” para encubrir los trastornos alimentarios. Los esfuerzos por conseguir belleza y aceptación de acuerdo con estos estereotipos se ven estimulados por los mensajes que, difundidos a través de los medios de comunicación y la publicidad, crean un ideal de belleza inalcanzable, al transmitir imágenes fragmentadas del cuerpo. En las sociedades y países industrializados se dan los trastornos de la conducta alimentaria con mayor frecuencia que en países subdesarrollados, lo que comprueba la influencia de los factores socioculturales —como la ubicación geográfica y los hábitos alimentarios culturales— en la aparición de estos trastornos. Por otro lado, trastornos como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa pueden llegar a presentar una sintomatología propia de trastornos de la personalidad, del estado de ánimo, como la depresión mayor o la distimia, así como ansiedad y otros. Por esta razón, es indispensable hacer un diagnóstico diferente para los TCA y dichos trastornos y así evitar un diagnóstico errado.

Referencias bibliográficas

Amaya, Gisele (2007). Psicopatología alimentaria: trastornos alimentarios o psicopatologías alimentarias. [En línea]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/psicopatolo%C3%ADa_alimentaria

American Psychiatric Press, The. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM IV-TR)*. Barcelona: Editorial Masson, 553-564.

Chernin, Kim (1981). *La obsesión. Reflexiones sobre la tiranía de la delgadez*. N.Y.: Harper and Row.

Dittrich, E. A. (1997). Los factores socioculturales que influyen en la satisfacción de la imagen corporal en las mujeres. Tesis de docto-

rado. California: California Institute of Integral Studies.

Ferrer Botero, Alberto (2008). Terapia cognitiva de los trastornos de la alimentación. Ponencia. Tercer Curso Internacional de Psicología de la Salud. Medellín.

Garner, D. F. y Garfinkel, P. (1980). Factores socioculturales en el desarrollo de la anorexia nerviosa. *Medicina Psicológica*, 10, 647-656.

Mc Phail Fanger, E. (2002, febrero-marzo). Cuerpo y Cultura. *Razón y Palabra*, 25 [Revista en línea. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n25/emcphail.html#em> [Consultado: agosto de 2009].