

## Comer: ¿Necesidad biológica o social?

### Análisis motivo-emocional de los trastornos alimentarios

Cecilia Reyna  
ceciliareyna@gmail.com

Facultad de Psicología – Universidad Nacional de Córdoba

Córdoba, Argentina

**Resumen.** El presente trabajo analiza distintos aspectos motivacionales y emocionales implicados en los trastornos alimentarios, con un enfoque predominantemente cognitivo. En primer lugar, se recupera la conceptualización de estos trastornos y luego del análisis en sí se delinear consideraciones para la intervención. Por último, se plantea el posicionamiento de los profesionales de la salud ante este trastorno. Se espera que el análisis propuesto facilite la adopción de nuevos posicionamientos para abordar los trastornos alimentarios, tanto a nivel preventivo como terapéutico.

**Palabras clave:** trastornos alimentarios, motivación, emociones, sociedad contemporánea.

**Abstract.** This paper explores various motivational and emotional aspects involved in eating disorders, with a predominantly cognitive approach. First, we recover the conceptualization of these disorders and then of the analysis itself we outlined considerations for intervention. Finally, we analyzed the positioning of health professionals with this disorder. It is expected that the proposed analysis to facilitate the adoption of new positions to address eating disorders, both preventive and therapeutic.

**Keywords:** eating disorders, motivation, emotions, contemporary society.

**Resumo.** Este artigo explora vários aspectos motivacionais e emocionais envolvidos nos transtornos alimentares, com uma abordagem predominantemente cognitivo. Primeiro recuperar a conceituação desses transtornos e em seguida a análise propriamente dita é descrita considerações para a intervenção. Finalmente, analisamos o posicionamento dos profissionais de saúde. Espera-se que esta análise vai facilitar a adoção de novas posições para tratar transtornos alimentares, tanto a nível preventivo e terapêutico.

**Palavras-chave:** transtornos alimentares, motivação, emoções, sociedade contemporânea.



*“No tiene ningún sentido abrazarse  
el alma con lechugas  
para  
recuperar la belleza si uno después  
no está  
a la altura del placer cuando llega”.*  
Manuel Vincent<sup>1</sup>

En distintos momentos históricos y hasta en los lugares más recónditos, la comida y el comer han dejado y dejan su huella, escasez o abundancia, compulsión o evitación. Para reconocer su impacto basta intentar recordar alguna imagen de una madre alimentando a su hijo, vaya forma más bella de darle la bienvenida a este mundo.

El presente trabajo pretende analizar distintos aspectos motivacionales y emocionales implicados en los trastornos alimentarios. Cabe señalar que las relaciones que se señalan no son las únicas posibles, tal vez una posterior revisión dé lugar a nuevas y más profundas interpretaciones.

### **¿Qué se entiende por trastornos alimentarios?**

Raich (1994) define los trastornos alimentarios como trastornos psicológicos que implican anormalidades graves en el comportamiento de ingesta. Además, señala que afectan más a mujeres que a hombres, principalmente a las más jóvenes, y son más frecuentes en sociedades en las que abunda la comida. Los trastornos alimentarios interfieren el funcionamiento normal

<sup>1</sup> En Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel Ciencia.

en las distintas esferas del mundo social. Se pueden definir distintos trastornos. La obesidad es uno de ellos, que se considera un exceso del peso corporal, o más bien, de tejido adiposo. Otro trastorno es la sobreingesta compulsiva. En el DSM IV-TR (APA, 2002) con respecto a la anorexia se indican como características esenciales el rechazo a mantener un peso corporal normal, un miedo intenso a aumentar de peso y una alteración significativa de la percepción del tamaño y forma del cuerpo. En cuanto a la bulimia, se señala como característico los atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar aumentar de peso, y auto evaluaciones influidas por la silueta y el peso corporal.

Más allá de estas categorías, hay quienes optan por una visión menos estructurada, con relaciones más fluidas. Tal es el caso de Levine y Smolack (1992). Los autores propusieron un modelo de interacción de factores en los trastornos alimentarios, defienden una continuidad parcial entre lo que ellos llaman dieta no patológica, trastorno subclínico y trastorno alimentario. Además hay quienes proponen que las categorías reconocidas en los manuales diagnósticos, forman parte de un continuo, lo cual permite reflejar más fielmente lo que en la realidad ocurre, ya que es casi la norma pasar por distintos puntos de ese recorrido.

### **Motivación y emoción en los trastornos alimentarios**

En el estudio de la motivación se han propuesto diferentes clasificaciones sobre los

motivos. La más elemental es la que considera motivos primarios y secundarios. Los primarios son aquellos que están relacionados con lo biológico, resultan imprescindibles para la supervivencia, tanto del individuo como de la especie. Algunos ejemplos son el hambre, la sed, el sueño y el sexo. Por el contrario, los motivos secundarios se relacionan con la especie humana, con lo social, son adquiridos a lo largo del desarrollo a través del aprendizaje, como por ejemplo, el logro, la afiliación y el poder.

En cuanto a la conducta de comer, como señala Martín (2003a), se puede presentar en dos momentos diferentes, cuando hay una deficiencia real del nivel de energía, o cuando no hay señales de tal deficiencia, y es aquí cuando las influencias sociales pueden desencadenar la motivación para comer. Sin embargo, hay veces que a pesar de una marcada deficiencia, no se come, como en la anorexia, donde lo social juega un papel clave.

En la Edad Media ya había personas que restringían el consumo de alimentos, principalmente mujeres que pertenecían a órdenes religiosas, lo que dio lugar a la denominación de “anorexia santa”. En distintas culturas el ayuno se ha considerado un ejercicio religioso, aún hoy, por ejemplo, en el cristianismo se prohíbe comer carne algunos viernes (Amigo, 2003).

Aún hoy hay cientos de lugares donde las personas no tienen acceso a ese recurso esencial como es el alimento. Sin embargo, ello es

sólo una cara de la moneda, pues en otros cientos de lugares se vive una época de abundancia, como dice Cabrera (2002) “*nos podemos permitir el lujo de elegir qué, cómo y cuándo comer*” (p. 2). El desarrollo de los medios de comunicación parece haber estallado, ha cambiado la forma de relacionarnos, con nosotros mismos y con los demás, hay una tendencia a enfatizar la importancia de lo externo, lo que se ve. En este marco se suceden unos tras otros los distintos trastornos de la alimentación.

Desde una perspectiva sociocultural, alteraciones como la anorexia y bulimia, se consideran el resultado de la importancia que tiene hoy el atractivo físico, las exigencias de perfección y control. Sin embargo, aunque algunos llegan a hablar de epidemia, no todas las personas que desean controlar su peso tienen esa preocupación frenética por adelgazar (Calvo, 1992).

En el modelo cognitivo-comportamental se considera que uno de los factores que explica el inicio de trastornos de anorexia y bulimia es el modelado social. Asimismo, parece ser que un modelo de evitación es el que mayor incidencia tiene no sólo en el inicio sino en el mantenimiento de estos trastornos. Esa especie de fobia al peso es la que da lugar a la retirada de distintas actividades que se temen por estar asociadas a la comida, las relaciones sociales se diluyen, se dejan de lado actividades recreativas, el control del peso llega a ser la única meta. Existe una preocupación excesiva por el peso y la figura, así como una percepción alterada del

cuerpo (Raich, 1994). En el ámbito de lo cognitivo predominan la sobregeneralización y el razonamiento dicotómico. Por ello, un aumento de peso es visto como una señal de obesidad inminente, o una ingesta no prevista es sinónimo de descontrol (Calvo, 1992). Cash (1987) señala doce concepciones alteradas en relación al peso y la figura:

- *La bella o la bestia*. Pensamiento dicotómico, como ser perfecto es difícil y uno se considera un desastre, se impone regímenes extremos para alcanzar el ideal.

- *El ideal real*. El ideal social se considera el estándar de apariencia aceptable.

- *La comparación injusta*. Se compara sólo con personas que tienen lo que a uno le gustaría tener (o ser).

- *La lupa*. Sólo se observan las partes negativas de uno.

- *La mente ciega*. Se minimizan las partes del cuerpo que pueden considerarse atractivas.

- *La fealdad radiante*. Se comienza a criticar una parte del cuerpo y luego se continúa con otras.

- *El juego de la culpa*. La apariencia resulta culpable de cualquier fallo.

- *La mente que lee mal*. La conducta de los demás se interpreta como función de alguna característica de la propia apariencia.

- *La desgracia reveladora*. Ocurrirán desgracias en un futuro debido a la propia apariencia.

- *Belleza limitadora*. Se ponen condiciones a las cosas a realizar referidas por ejemplo, al peso.

- *Sentirse fea*. Se convierte un sentimiento personal en una verdad universal.

- *Reflejo del malhumor*. Cualquier preocupación debido a un acontecimiento externo se traslada al propio cuerpo.

Raich (1994) indica que las atribuciones de valor sobre sí se hacen en función del peso y las creencias irracionales debido a la ausencia de verificación. Tanto en la anorexia como en la bulimia existe una tendencia a sobreestimar el tamaño corporal. Este trastorno de la imagen corporal implica aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos. Se produce una devaluación de la apariencia, interesa en demasía la opinión de los demás, debido a la apariencia no se podrá ser querido por los demás.

La imagen negativa del cuerpo va asociada a una autoestima baja (Espina, Ortego, Ochoa, Yenes y Alemán, 2001). Hay un predominio de sentimientos negativos, son frecuentes la tristeza y el llanto. Actualmente se considera la bidireccionalidad entre las respuestas afectivas y la enfermedad. Las emociones actúan en el origen, curso y evolución de una enfermedad (Martín, 2003b). Además de la autoestima baja, existen sentimientos de miedo al rechazo o al abandono, pensamientos circulares, repetitivos y persistentes sobre la comida y el peso. Como señala Calvo (1992), las emociones y afectos son muy deficitarios. Esta inhibición de las emociones repercute a distintos niveles, desde lo cognitivo, generando distorsiones como las antes mencionadas, hasta lo social. Se intenta ocultar la tristeza y se esconde tras una máscara de alegría y optimismo. Las relaciones sociales

son escasas debido a que se evita ser observado por los demás. En el ámbito familiar también se evidencian comportamientos de asilamiento, especialmente en horarios de comida, y se producen momentos de tensión producto de la irritabilidad que provoca la alteración alimentaria (Raich, 1994).

Espina, Sáenz, Martínez y Alemán (2001), realizaron un estudio con el fin de contrastar las diferencias en alexitimia entre familias con una hija con trastorno alimentario y un grupo control. Observaron que la alexitimia fue característica de las familias donde se manifestaba un trastorno alimentario, principalmente las madres. La alexitimia impide procesar cognitivamente las emociones, hay una dificultad para discriminar y expresar sentimientos (Bertoz, 2005). Si los padres padecen este trastorno es muy probable que se manifiesten dificultades en la crianza, ya que no podrán ser empáticos ni ayudar a los hijos a reconocer sus emociones.

### **Apuntes para la intervención**

No es propósito de este trabajo dar cuenta de la manera en que se abordan los trastornos alimentarios, es decir su tratamiento. Sin embargo, tal como resalta Saldaña (2001), un aspecto importante a considerar en el abordaje de los trastornos alimentarios es el grado de motivación para el cambio. En el marco de la teoría atribucional de Weiner (1986), se pueden esbozar ciertos aspectos de relevancia para la intervención. En cuanto al grado de control, se parte de un control

excesivo de la conducta de comer en el caso de la anorexia, en general, el control del peso se torna la principal y muy frecuentemente, la única meta. Debido a ello sería conveniente negociar, al menos en casos no extremos (que requieren actuación inmediata), o dicho en otras palabras, rescatar la importancia de ser capaz de controlar una conducta, pero mostrar que todos los extremos son perjudiciales y tienen consecuencias que repercuten en distintos ámbitos de la vida. Con respecto a la dimensión externo-interno, esta sería útil para hacer consciente de las dificultades que crea la alteración en las relaciones con el entorno, por ejemplo, que no son los otros los que están enfadados y han dejado de quererla(lo), sino que su percepción y comportamiento están alterados.

### **A modo de conclusión**

Al comienzo de este trabajo se mencionó uno de los rasgos característicos del mundo actual, como lo es el desarrollo explosivo de los medios de comunicación. Es evidente la tendencia hacia la homogeneización y uniformidad, lo que se ve y escucha a través de los distintos medios es la referencia, el modelo, el ideal. Como señala Toro (1996), el ideal es el del cuerpo perfecto, una especie de tubo delgado, pero eso sí, con pechos generosos, vaya contradicción. Ya a fines de la década del 80, un estudio llevado a cabo por Andersen y Di Doménico (1992) puso de relieve que la proporción de anuncios sobre dietas en revistas femeninas con respecto a masculinas era de 10 a 1, una proporción aproximada de los

trastornos alimentarios en ambos sexos.

Esta obsesión por el peso está tan generalizada que, como señala Vera (1998), es fomentada por algunos profesionales de la "salud". La autora recuerda un estudio realizado por Burks y Keeley en 1989 en el que se halló que terapeutas, no especializados en temas de nutrición, en un 83% prescribían ejercicio a sus pacientes de manera indiscriminada, y en un 68% sugerían ocasionalmente seguir dietas específicas. Cabe aquí reflexionar sobre el ejercicio de los profesionales de la salud. Contrario a la filosofía de profesionales que señala Vera, una premisa fundamental debe ser el interdisciplinario, el cual se base en la concepción de que siempre la situación que se vive es modificable, que la causa del malestar puede cambiarse... que se puede elegir entre contar las calorías de un chocolate o disfrutar al compartirlo con un par de amigos.

### Referencias bibliográficas

- Amigo, I. (2003). *La delgadez imposible*. Barcelona: Paidós.
- Anderson, A., & Di Domenico, L. (1992). Diet vs. shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 11, 283-287.
- American Psychological Association (APA) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- Bertoz, S. (2005). La alexitimia. *Mente y cerebro*, 10, 36-39.
- Cabrera, E. (2002). Anorexia, bulimia y obesidad. Los trastornos alimentarios vistos desde una perspectiva post-racionalista. *Hojas informativas de los psicólogos de Las Palmas*, 48, 1-6.
- Calvo, R. (1992). Trastornos de la alimentación (I): análisis. En E. Echeburúa, *Avances en el tratamiento psicológico de los problemas de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Cash, T. F. (1987). The psychology of cosmetics: A review of the scientific literature. *Social and Behavioral Sciences Documents*, 17(1), MS No. 2800.
- Espina, A., Sáenz, M. A., Martínez, I., y Alemán, A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de psicología*, 17(1), 139-149.
- Espina, A., Ortego, M. A., Ochoa, I., Yenes, F., y Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13(4), 533-538.
- Levine, M. P., & Smolack, L. (2002). Body image development in adolescence. . En T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp.74-82). New York: Guilford.
- Martín, M. D. (2003a). Los motivos básicos de hambre y sed. En E. G. Fernández-Abascal, M. P. Jiménez y M. D. Martín,

- Emoción y Motivación. La adaptación humana* (pp. 623-660). Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.
- Martín, M. D. (2003b). Emoción y salud. En E. G. Fernández-Abascal, M. P. Jiménez y M. D. Martín, *Emoción y Motivación. La adaptación humana* (pp. 427-448). Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.
- Raich, M. R. (1994). Anorexia y bulimia. Trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13(3), 381-392.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel Ciencia.
- Vera, M. N. (1998). El cuerpo, ¿culto o tiranía? *Psicothema*, 10(1), 11-125.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer Verlag.