

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

"ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS: UN MAL MODERNO. INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL, CON PACIENTES ADOLESCENTES QUE PADECEN ANOREXIA Y/O BULIMIA NERVIOSAS"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA:

ELVIA MARGARITA ESPINOSA GARCÍA

DIRECTOR DE LA TESIS: DR. SATURNO MACIEL MAGAÑA



MÉXICO D.F.

AGOSTO 2005

m 346662

A MI PADRE: CARLOS ESPINOSA AGUILAR

POR LAS HORAS DE DESVELO,
POR TU ACOMPAÑAMIENTO Y AUXILIO EN MIS ENFERMEDADES,
POR LAS DIFICULTADES ECONÓMICAS Y FAMILIARES PRESENTADAS,
POR TUS ÁNIMOS,
POR ESO, ESTO ES PARA TÍ PAPÁ.
POR QUE SIN TU APOYO HUBIERA SIDO IMPOSIBLE.
CON ADMIRACIÓN, AMOR, RESPETO Y AGRADECIMIENTO
TE DIGO: LO LOGRAMOS!!!

CHIVIS

PASAMOS LAS MISMAS DIFICULTADES Y ALEGRÍAS EN EL TRANCURSO DE
NUESTRAS CARRERAS Y VIDAS.
NO DESISTAS Y ECHALE MUCHAS GANAS.
COMPARTO CONTIGO MI CULMINACIÓN.
TE QUIERO MUCHO.

OMAR

NOS CONOCIMOS EN EL MOMENTO PRECISO,
ESTUVISTE JUNTO A MÍ SIN RAJARTE EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA.
DE AHORA EN ADELANTE LUCHAREMOS JUNTOS Y ESPERO QUE SIGAMOS
COMPARTIENDO ALEGRÍAS, TRISTEZAS Y TRABAJANDO
PARA ALCANZAR NUESTRAS METAS.
TE AMO.

DR. SATURNO

GRACIAS POR SU TIEMPO, ASESORAMIENTO
Y APOYO PARA CULMINAR MI PROCESO DE TITULACIÓN.

PROFESORES

POR SUS OBSERVACIONES REALIZADAS A MI TRABAJO
Y POR ENSEÑARME A DARLE EL LUGAR QUE EL
TRABAJO SOCIAL MERECE...GRACIAS.

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA	8
1.1 Justificación.....	8
1.2 Planteamiento del problema.....	10
1.3 Objetivos.....	11
1.4 Hipótesis.....	11
1.5 Estrategias metodológicas.....	11
1.6 Variables.....	13
1.7 Dificultades del trabajo de campo.....	14
CAPÍTULO 2. MARCO REFERENCIAL	15
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS.....	15
2.1.1 Origen de estos trastornos.....	15
2.1.2 La búsqueda de la perfección.....	17
2.1.3 Epidemiología.....	17
2.2 ¿QUÉ SON LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS?.....	20
2.2.1 La enfermedad del hambre.....	20
2.2.2 La clasificación y el diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	21
2.2.3 Conceptos DSM-IV: F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.....	21
2.2.4 Semejanzas y diferencias de la Anorexia y Bulimia Nerviosas.....	24
2.3 TIPOS DE ANOREXIA NERVIOSA.....	26
2.3.1 Anorexia nerviosa.....	26
2.3.2 Clasificación de la anorexia nerviosa.....	26
2.3.3 Clínica médica y atribuciones psicológicas.....	27
2.4 TIPOS DE BULIMIA NERVIOSA.....	32
2.4.1 Bulimia nerviosa.....	32
2.4.2 Clasificación de la bulimia nerviosa.....	32
2.4.3 Clínica médica y atribuciones psicológicas.....	33
2.5 ¿POR QUÉ SE PRODUCEN ÉSTOS HECHOS?.....	39
2.5.1 Hipótesis básica.....	39
2.5.2 Fobia.....	40
2.5.3 ¿Cómo se desarrolla la fobia? Nacimiento de la fobia.....	41
2.5.4 Círculo infernal.....	42
2.5.5 El papel de la angustia.....	43
2.5.6 La angustia y el esquema corporal.....	44
2.5.7 La corrección del peso. El cambio personal y la pérdida de peso.....	44
2.5.8 Insatisfacción personal y corporal.....	45
2.5.9 Pérdida de hábitos alimenticios.....	45
2.5.10 La cultura de la delgadez.....	46
2.5.11 Influencia familiar.....	46
2.6 ALTERACIONES DEL PROGRAMA DE INGESTA.....	48
2.7 SER MUJER Y JÓVEN DOBLE FACTOR DE RIESGO.....	49

2.7.1	Revolución femenina: logros y conquistas.....	50
2.7.2	El precio que hay que pagar por la revolución femenina.....	51
2.7.3	¿Por qué la mujer?.....	51
2.7.4	Adolescencia el otro factor de riesgo.....	52
2.8	MODA PUBLICIDAD Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN.....	58
2.8.1	Anorexia y Bulimia: una epidemia de moda.....	59
2.8.2	Publicidad.....	60
2.8.3	Dietas y venta de insatisfacción.....	61
2.8.4	Máximas sobre estereotipos de belleza.....	63
2.9	LA NEGACIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	64
2.9.1	Sufrimiento mental.....	64
2.9.2	La seguridad de la anorexia y bulimia nerviosas.....	64
2.9.3	La deificación a la delgadez como dependencia.....	65
2.9.4	La lucha interna.....	65
2.9.5	El placer del control y el miedo al descontrol.....	66
2.9.6	La pérdida de las medidas.....	66
2.9.7	El aislamiento social.....	67
2.9.8	La dificultad para pensar y aprender.....	67
2.10	ALTERACIONES DEL MEDIO FAMILIAR Y SOCIAL.....	68
2.10.1	Antecedentes familiares.....	70
2.10.2	La infancia perfecta.....	71
2.10.3	La familia y el hogar: ventajas y desventajas ante la anorexia y bulimia nerviosas.....	73
2.10.4	Repercusiones de la enfermedad en la familia.....	74
2.10.5	Vivir con una anoréxica o bulímica. Cuando la familia enferma.....	75
2.11	ANOREXIA Y BULIMIA EN VARONES.....	77
2.11.1	Perspectiva masculina.....	78
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS.....		79
3.1	INTRODUCCIÓN.....	79
3.2	JUSTIFICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.....	79
3.3	RESULTADOS.....	81
3.3.1	Representación gráfica de la aplicación de los instrumentos.....	81
3.3.2	Análisis cuantitativo.....	87
3.3.2.1	Descripción cuantitativa de la muestra: pacientes con anorexia nerviosa.....	87
3.3.2.2	Descripción cuantitativa de la muestra: padres de pacientes con anorexia nerviosa.....	89
3.3.2.3	Descripción cuantitativa de la muestra: pacientes con bulimia nerviosa.....	91
3.3.2.4	Descripción cuantitativa de la muestra: padres de pacientes con bulimia nerviosa.....	93
3.3.3	Aproximación al análisis cualitativo.....	95
CAPÍTULO 4. INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN LA PROBLEMÁTICA DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS.....		97
4.1	EL CONTACTO INICIAL CON EL PACIENTE.....	99

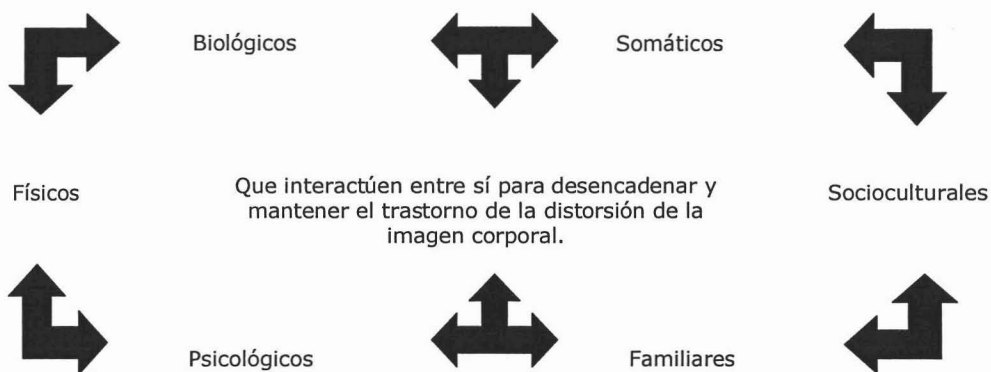
4.2	PROBLEMAS PARA ENCONTRAR AYUDA PROFESIONAL. LA SENSIBILIDAD DEL PROFESIONAL DEL SISTEMA DE SALUD.....	101
4.3	TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO.....	103
4.4	TRABAJO SOCIAL: TRABAJO CON LA FAMILIA.....	105
4.4.1	Decisión familiar. Apoyo y participación en el tratamiento.....	108
4.4.2	Inicio de terapia.....	109
4.4.3	Reorganización familiar. Deberes de cada miembro.....	109
4.4.4	Contención de la enfermedad.....	110
4.4.5	Otras formas de trabajo con la familia.....	111
4.4.6	Salida de la cronicidad.....	112
4.5	JUSTIFICACIÓN EL MODELO DE INTERVENCIÓN.....	113
4.5.1	La apertura de la mente.....	115
4.5.2	Dar a conocer el diagnóstico y sus consecuencias.....	116
4.5.3	Del manejo del malestar con el cuerpo a la aceptación de la corporalidad.....	117
4.5.4	Dar a conocer actitudes de riesgo.....	119
4.5.5	Medidas preventivas esenciales.....	121
	CONCLUSIÓN	124
	ANEXOS	127
1.	INSTRUMENTO: APA.....	127
2.	INSTRUMENTO: BPA.....	131
3.	CUADRO EXPLICATIVO DE LAS VARIABLES DEL INSTRUMENTO: APA -BPA.....	135
4.	INSTRUMENTO: APD.....	136
5.	INSTRUMENTO: BPD.....	140
6.	CUADRO EXPLICATIVO DE LAS VARIABLES DEL INSTRUMENTO: APD - BPD.....	144
7.	PROPUESTA DEL MANUAL PREVENTIVO/INFORMATIVO DE LAS CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS.....	145
7.1	Carta descriptiva.....	145
7.2	Instrumento de evaluación inicial del taller: "Anorexia y bulimia nerviosas: un mal moderno".....	146
7.3	Instrumento de evaluación final del taller: "Anorexia y bulimia nerviosas: un mal moderno".....	147
7.4	Objetivo.....	149
7.5	Introducción.....	149
7.6	¿Qué son la anorexia y la bulimia nerviosas?.....	150
7.7	¿Qué es la anorexia nerviosa?.....	150
7.8	¿Qué es la bulimia nerviosa?.....	154
7.9	Diferencias y semejanzas de la anorexia y la bulimia nerviosas.....	157
7.10	Acciones del Trabajo Social.....	158
8.	GLOSARIO.....	164
	BIBLIOGRAFÍA	171

INTRODUCCIÓN

Las actuales estadísticas en el ámbito mundial, así como la documentación e investigación científica no dejan lugar a dudas. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria afectan de manera desproporcionada a las mujeres y en específico a las adolescentes.

Dedicar esta investigación a tan importante dato en que se coincide universalmente, nos puede ofrecer mayor comprensión de la Anorexia y Bulimia Nerviosas, aportando la estrecha relación de las condiciones sociales y culturales expuestas, en las que podremos profundizar al predecir el comportamiento de una persona afectada. De esta manera la cultura y sociedad determinan diferentes exigencias, jugando un papel significativo la etapa del desarrollo y búsqueda de identidad. Se trate de hombre o mujer su biología deberá responder a normas marcadas por la cultura en que vive -cultura que de manera universal exige con mayor insidia a las mujeres responder a un modelo físico, que en Occidente claramente es marcado por las imágenes, la publicidad, los medios de comunicación audiovisuales, hablados y escritos-.

Por otra parte, tratándose de adolescentes, cuyo desarrollo pubescente está sometido a una gran complejidad de funciones hormonales, hacen que el proceso sea susceptible o vulnerable a determinadas presiones familiares, académicas, laborales y sociales. Sin embargo hasta el momento no se ha identificado una causa concreta de estos trastornos y no es posible atribuir su aparición a un solo factor. Actualmente se considera que solo pueden ayudarnos a comprender dichas patologías, una perspectiva multidimensional que incluya factores:



Se pretendió complementar el estudio con un glosario reseñado al final de la investigación, con el fin de aclarar el significado de algunos términos médicos que por lo general no forman parte del lenguaje cotidiano; otros términos contenidos dentro de este glosario pueden ser de conocimiento popular, sin embargo, utilizados en el contexto que tratamos, requieren ser precisados.

CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA

1.1 JUSTIFICACIÓN

El acelerado ritmo de vida, la falta de afecto y de convivencia familiar, la depresión, angustia y la imposición de estereotipos en los medios de comunicación han favorecido la proliferación de enfermedades mentales, entre ellas la anorexia y bulimia nerviosas.

Han bastado 10 años para que las cifras sobre incidencia de anorexia y bulimia nerviosas se equiparen a las del resto de los países latinoamericanos, convirtiéndose así en México en la décimo segunda causa de mortalidad seguida de enfermedades hipertensivas, agresiones (homicidios), más frecuente entre los (as) adolescentes. Ahora aproximadamente, una de cada 100 adolescentes de entre 14 y 18 años cae en las garras de la anorexia, mientras que un 2.4% desarrolla bulimia. Y no solo el sexo femenino (la anorexia nerviosa afecta 15 veces más a mujeres que a hombres) se está enganchando a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, también los varones han empezado a verse reflejados significativamente en las estadísticas.

La doctora Alexandría Hernández Dworak, jefa de Dictaminación Médica -dependiente de la Coordinación General de Atención al Derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)- define la anorexia como una alteración de la conducta alimentaria caracterizada por la desnutrición del organismo debido a restricciones dietéticas voluntarias u ocasionadas mediante vómitos y diarreas, así como por un excesivo ejercicio físico. "Es una situación muy triste y difícil de tratar que requiere de toda la atención de los especialistas, principalmente del psiquiatra", declara¹. Es una patología que termina en una muerte de edad temprana, aunque la mortalidad en este tipo de paciente no es inmediata, sino a largo plazo, pues también se fallece por complicaciones en órganos, como los riñones, el hígado y el corazón.

Los factores causantes de la anorexia nerviosa son una combinación de elementos biológicos (predisposición genética y biológica), psicológicos (influencias familiares y conflictos psíquicos) y sociales (influencia y expectativas sociales).

Las investigaciones realizadas en España están aportando ya algunas respuestas al ¿por qué? de este aumento espectacular de casos, así como las razones que justifican esta alarma, los *cambios sociales* en primer lugar y posteriormente un diagnóstico equivocado.

Los cambios sociales radican en:

- a) La cultura de la delgadez: La anorexia y la bulimia nerviosas, conocidas popularmente a través del rostro de sus afectadas como lo fue Lady Diana, Jane Fonda o la bailarina del Boston Ballet Heide Guenther; demuestran que son patologías modernas que han sabido aprovecharse de las tendencias sociales de los países industrializados (capitalistas). En las últimas dos décadas, la delgadez se ha convertido en la "tarjeta de presentación" de todos aquellos hombres y mujeres que desean triunfar social y profesionalmente. "Los mensajes que hacen referencia a la imagen corporal son omnipresentes y con ellos se transmite la idea de que estar delgado, es el medio para obtener la felicidad y el éxito. La presión es excesiva", destaca el doctor Gonzalo Morandé, del Hospital Niño de Jesús de Madrid y organizador de estas jornadas.

¹ En La Jornada Semanal, 20 de febrero del 2000, artículo de Leo Rivera Morales

- b) Pérdida de hábitos alimenticios: La incorporación de la mujer al mundo laboral es otro de los factores sociales de que se están sirviendo la anorexia y la bulimia para su propagación. La ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida (un papel tradicionalmente atribuido a la mujer) ha facilitado que muchos adolescentes (en su mayoría) que empezaban su actividad con la dieta, escaparan del control familiar y acabaran transformando una alimentación irregular en una enfermedad grave. Ahora cada uno abre el refrigerador y toma lo que quiere. Los niños aprenden a comer mal, de ahí que las costumbres dietéticas que transmitirán a sus hijos, también sean erróneas.
- c) Influencia familiar: ambiente paterno de carácter muy dominante o represivo, sobreprotección en el ambiente familiar o situación de competencia entre los adolescentes, que en ocasiones aparece como secuela de un régimen de adelgazamiento inadecuado. El problema de una persona se convierte en problema de todo el grupo, en este caso es de toda la familia.
- d) Influencia de los medios de comunicación: el afán por adelgazar recibe un fuerte impulso a través de los medios de comunicación (prensa, radio, televisión, revistas, ilustradas, videos, entre otros) con la publicidad de prendas de vestir, cosméticos y la presencia de personajes del espectáculo y modelos de moda que inundan de mensajes a las mujeres y las llevan a pensar que "si ella tiene ese aspecto, yo también lo tendré", todo esto sin importar el precio, aún de la propia vida.

Respecto a los factores predeterminantes la doctora Hernández Dworak señala que se origina en personas que durante su niñez e incluso durante el embarazo carecieron de afecto o apego. "Esta patología se evitaría si los bebés que van a venir al mundo tuvieran la oportunidad de ser queridos de antemano, si la mujer viviera su propia feminidad, su propia maternidad, como una retroalimentación para sí misma"². Hernández Dworak manifiesta que si bien es cierto que la debilidad emocional propicia este padecimiento, los medios de comunicación también estimulan su aparición. "La realidad es que hoy muchas mujeres se han olvidado de la verdadera esencia de la feminidad y como consecuencia hay varias sintomatologías y problemas que las llevan a no sentirse agusto con su figura"³.

En la anorexia y la bulimia nerviosas, la persona que está perdiendo peso, no lo reconoce y por tanto no se interpretan los malestares como un signo de enfermedad, dado que se encuentra predispuesta (o) y sobre todo, determinada (o) ya por un modelo cultural que ahora reimpuso dañando su cuerpo y autoestima.

Por ello, los motivos por los cuales considero necesario abordar este tema, como Trabajadora Social, es porque se está convirtiendo en un problema ascendente de fin de siglo pasado y de principios de éste, y la mayoría de las personas que la padecen no se dan cuenta de ello o si es así, se niegan a aceptarlo. Así como también la importancia de intervenir con todas aquellas personas que padecen la enfermedad que puede ser mortal, para motivarlas (os) al darles a conocer todas las causas y consecuencias irreversibles a las que se están exponiendo.

Las mujeres, no solo de México, sino del mundo, reciben una educación cuyo fin es convertirse en objeto de deseo, por lo que son valoradas conforme a la estética, lo cual contribuye a la proliferación de la anorexia y bulimia nerviosas.

Ciertamente caminaré contra corriente al pretender exhortar a la independencia del juicio y de sembrar criterios de calidad de vida, cuando la pesada influencia de los medios de

² Íbidem

³ Íbidem

comunicación envueltos por el entorno cultural nos exigen lo contrario. Sin embargo mi labor como Trabajadora Social, es ofrecer alternativas de solución para que de esta manera la persona elija lo más adecuado para el mejoramiento de su vida personal, familiar y social.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Anorexia y la Bulimia Nerviosas son problemáticas que impiden el desarrollo armónico del individuo, donde intervienen un conjunto de factores psicológicos, médicos, físicos, químicos y sociales en el cual la cultura juega un papel importante en la significación de la belleza y perfección corporal, ya que en tiempos actuales, ha tomado fuerza cada vez mayor, la preocupación de las adolescentes por verse bien. Esta preocupación es ahora mucho mayor que antes, debido a los estándares de belleza que rigen ahora a la sociedad. Por todos lados donde volteamos, en la televisión, revistas, periódicos, casa de modas, la imagen de las modelos es la de mujeres extremadamente delgadas, en algunas ocasiones por propia constitución física y en otras por un esfuerzo enorme que incluye dietas extremas y ejercicios extenuantes.

Todo esto, hace eco en la adolescente actual, y en su lucha por verse delgada, puede llegar a estos extremos patológicos. Esto no significa que estos padecimientos se presenten en TODAS las adolescentes que quieren verse más delgadas. Dentro de los factores que contribuyen a que se presenten estos trastornos de la alimentación, se encuentra en el fondo un gran conflicto psicológico en el cual la inseguridad, el deseo de ser aceptada y querida por los demás, ocupa lugares preponderantes.

La aparición de estas enfermedades se dan especialmente en la adolescencia, entre los 12 y los 18 años, ya que es una etapa en la que el cuerpo se está desarrollando y cambiando abruptamente y la imagen mental que se tiene del propio cuerpo es más lenta que la evolución biológica. Siendo que se da en una población con mayor intensidad es de particular interés analizarlas.

Las anomalías de la conducta alimentaria son procesos psicopatológicos que manifiestan grandes anormalidades en el comportamiento de la ingesta; es decir la base y fundamento de dichos efectos se halla en la alteración psicológica (Raich, 1994) y esto es importante corroborarlo mediante la investigación, a fin de incidir sobre la población afectada de manera oportuna, antes de que el padecimiento comience a hacer estragos en la salud individual, familiar y social de los adolescentes.

En la actualidad, el problema ha disparado todas las alarmas, y ha alcanzado la categoría de cuestión de salud pública, tanto por la cantidad de adolescentes implicadas (os) como por las repercusiones que estas enfermedades tienen en el futuro de una buena parte de las generaciones venideras.

Por lo tanto, aquí radica la relevancia de la investigación, sobre la que se pretende seguir profundizando y contribuyendo tanto al análisis de la población en la que se registra mayor incidencia, como los aspectos que implica su prevención y tratamiento, con la finalidad de la posible disminución de los efectos e incluso en la capacidad para revertir la tendencia hacia su crecimiento. Desde el enfoque de lo social tiene especial importancia ya que una vez analizando cada uno de los factores, a través del Trabajo Social se pueden proponer alternativas de solución a dichas problemáticas.

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer de que manera afectan la presencia de la Anorexia y/o Bulimia Nerviosas en las relaciones educativas, familiares y sociales en adolescentes
- Crear manual preventivo/informativo de las causas y consecuencias de la anorexia y bulimia nerviosas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Investigar antecedentes de la anorexia y bulimia nerviosas.
- Investigar las causas y consecuencias que originan la anorexia y bulimia nerviosas en adolescentes.
- Investigar estadísticas de casos con anorexia y bulimia nerviosas en la Comunidad Terapéutica de México en los últimos tres años.
- Seguimiento de caso de pacientes con anorexia y/o bulimia nerviosas que asistan a la Comunidad Terapéutica de México.
- Identificar la sintomatología de la Anorexia y la Bulimia Nerviosas.
- Proporcionar alternativas de solución (a través del manual diseñado) a los adolescentes, ante la problemática de la anorexia y bulimia nerviosas para crear sujetos responsables de su calidad de vida.
- Disminución de la incidencia de anorexia y/o bulimia nerviosas en adolescentes de 13-19 años a través de la realización de talleres preventivos/informativos sobre estas enfermedades.

1.4 HIPÓTESIS

- A mayor información de las consecuencias de la anorexia y bulimia nerviosas, menor será la incidencia de las mismas enfermedades.
- La anorexia y bulimia nerviosas son una expresión de vergüenza obsesiva del cuerpo.
- La anorexia y la bulimia nerviosas son el producto de una constelación de factores que cuando coinciden en tiempo y espacio dan lugar a alguna (ambas) de ellas.
- La anorexia y/o bulimia nerviosas se pone de manifiesto de igual manera cuando los adolescentes tienen que enfrentarse a cambios o exigencias para los que no están preparados.
- A mayor cantidad de gente realizando dieta dentro de la familia o círculo donde se desenvuelve el adolescente, mayor es la posibilidad de que se adquiera un Trastorno de la Conducta Alimentaria.
- El mayor conocimiento social de la Anorexia y Bulimia Nerviosas, promoverá una menor incidencia de ellas entre los grupos etéreos más afectados.

1.5 ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

La metodología nos permite delimitar y estudiar las “maneras de actuar” en Trabajo Social, la forma de proceder según determinado orden y siguiendo ciertos principios, es decir el MÉTODO. El método es siempre un medio y no un fin en sí.

Para llevar a cabo dicha metodología se describirán a continuación, cada uno de los puntos que van a dar lugar a ella:

✎ CRITERIOS DE SELECCIÓN: Se escogió este tema porque aborda un fenómeno actual de la modernidad, pues es irrefutable el que en esta época los adolescentes son influenciados por los medios de comunicación, amigos, la familia y es de vital importancia conocer el impacto que genera en ellos, lo cual se reflejará en su comportamiento y actitud ante la vida, convirtiéndose en parte de su vida diaria y en partícipe de su formación social a la par de la familia y la escuela.

✎ DELIMITACIÓN DEL TEMA:

- Límite epistémico: Sistemas.
- Límite tiempo: Enero 2004 – Febrero 2005.
- Límite geográfico: Delegación Álvaro Obregón, Comunidad Terapéutica de México.
- Población: Adolescentes de 13 a 19 años, que asistan a la Comunidad Terapéutica de México, Padres de los adolescentes, Personal médico que los atienden.

✎ UNIDADES DE OBSERVACIÓN:

- Si hay o hubo alguna persona dentro de la familia con alguna enfermedad de Trastorno de Conducta Alimentaria
- Si dentro de su círculo de amigos existe alguien con obsesión por su figura corporal
- Tipos de repercusión en sus relaciones sociales
- Si hay repercusiones en sus relaciones educativas
- Si de pequeño tuvo problemas con la comida
- Si hay algún tipo de vigilancia de los padres en el contenido de la comida
- Si los maestros orientan a los adolescentes sobre la autoestima

✎ FORMULACION DEL PROBLEMA:

Conocer cuáles son las características principales que propician el desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, en específico la Anorexia y/o Bulimia Nerviosas y saber de que manera afectan las relaciones educativas, familiares y sociales en adolescentes de 13 a 19 años que asisten a la Comunidad Terapéutica de México. Es necesario que hayan tenido acceso a atención médica mayor a 2 meses.

Las estrategias diseñadas para éste proyecto son:

a) Organización: Se mantendrán vínculos con los adolescentes, padres de los mismos y personal médico que los atienden.

b) Recursos:

- Materiales: Hojas, bolígrafos, computadora, diskettes, grabadora.
- Institucionales: Comunidad Terapéutica de México; por lo tanto se necesitará un oficio expedido por la Escuela Nacional de Trabajo Social para acceder a dicha Institución.

c) Técnicas:

- Técnicas que propicien dinámicas de grupos.
- Se hará investigación de campo estructurado con instrumentos para los adolescentes, los padres y el personal médico que los atiende.
- Técnica de observación.
- Entrevista.
- Elaboración de instrumento para detectar en adolescentes si padecen Anorexia y/o Bulimia nerviosas.
- Se consultará bibliografía, hemerografía y la red.

d) Universo de trabajo: Los sujetos a estudiar son adolescentes entre 13-19 años, que asistan a la Comunidad Terapéutica de México ubicado en la delegación Álvaro Obregón. Padres y personal del Instituto que los atiendan. Será tomada una muestra de los adolescentes de forma aleatoria.

La metodología diseñada para éste proyecto utilizará el MÉTODO DE INTERVENCIÓN/ PREVENCIÓN el cual comprende:

- a) Localización del problema social,
- b) Análisis de la situación,
- c) Evaluación preliminar y operativa,
- d) Elaboración de un proyecto de intervención por Trabajo Social,
- e) Puesta en práctica del proyecto,
- f) Evaluación de los resultados y
- g) Finalizar la acción dando a conocer los resultados obtenidos.

¿Por qué la Prevención?

El informar a la comunidad adolescente a través de la realización de talleres, no sólo constituye la posibilidad de una detección precoz de estas patologías (íntimamente ligada al pronóstico de las mismas), sino que permite a la vez, un mayor grado de concientización con respecto a criterios de salud en general. Esto último implica un prevenir desde la salud y no desde la enfermedad.

1.6 VARIABLES

- Familia:
 - Relaciones madre - hija (o), padre - hija (o), hermana (o) - hermana (o)
 - Tipo de familia
 - Edades de los padres
 - Escolaridad de sus padres
- Recursos:
 - Ingresos
 - Egresos
 - Servicios con los que cuenta en su domicilio
- Relaciones Sociales:
 - Amigos
 - Aceptación
 - Adaptación
- Recreación:
 - Costumbres
 - Música
 - Lectura
 - Juegos
 - Deportes
 - Lectura del periódico
 - Lectura de revistas de espectáculos
 - Páginas que frecuenta en la red
- Relaciones Educativas:
 - Desempeño escolar
 - Calificaciones
 - Si cuenta con algún apoyo
 - Tiempo que dedica a las tareas
 - Tiempo que pasa en la escuela
- Televisión:
 - Programas que acostumbra ver
 - Tipo de cobertura o señal
 - Canales de preferencia
 - Horas que ve la televisión a la semana
- Influencia de la Televisión:

Supervisión del padre o madre
Restricción en programas
Programa favorito
Lo que le llama la atención del programa
Quien le gustaría ser

- Perfil:

Edad
Sexo

- Servicios Médicos:

Satisfacción del servicio
Información comprensible del personal al paciente y familiares
Supervisión del personal médico al paciente

1.7 DIFICULTADES DEL TRABAJO DE CAMPO

Debido a lo delicado del tema por tratarse de pacientes todavía en tratamiento, las políticas de diversas Instituciones reconocidas que intervienen en estos padecimientos, no permitieron el acceso para poder entrevistarlas. El camino que se recorrió fue al:

- ✗ Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"
- ✗ Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán"
- ✗ Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
- ✗ Hospital Infantil de México "Federico Gómez"
- ✗ Clínica San Rafael
- ✗ Avalón (Centro de Tratamiento para la mujer en trastornos de la alimentación, traumas y adicciones)

En la "Comunidad Terapéutica de México", se abrió el espacio bajo supervisión y con una muestra que no afectara al tratamiento para el seguimiento de casos. Solo con la propuesta de que no se comentara que la aplicación del instrumento formaba parte de una tesis, sino como parte de la intervención médica. Ya con la población no se presentó ningún problema. La mayoría de la muestra (padres-pacientes) en la aplicación del instrumento expresaron su inquietud de que se diera a conocer de manera general a la población de lo que son y originan estos padecimientos.

CAPÍTULO 2. MARCO REFERENCIAL

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

El acelerado ritmo de vida, la falta de afecto y de convivencia familiar, la depresión, la angustia y la imposición de estereotipos en los medios de comunicación han favorecido la proliferación de enfermedades mentales, entre ellas la anorexia y bulimia nerviosas. Han bastado 10 años para que las cifras sobre incidencia de anorexia y bulimia nerviosas se equiparen a las del resto de los países latinoamericanos, convirtiéndose así México en la décimo segunda causa de mortalidad seguida de Enfermedades hipertensivas, agresiones (homicidios), más frecuente entre los (as) adolescentes. Ahora aproximadamente, una de cada 100 adolescentes de entre 14 y 18 años cae en las garras de la anorexia, mientras que un 2.4% desarrolla bulimia⁴. Y no solo el sexo femenino (la anorexia nerviosa afecta 15 veces más a mujeres que a hombres) se está enganchando a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, también los varones han empezado a verse reflejados significativamente en las estadísticas.

2.1.1 Origen de estos trastornos

A lo largo de la historia se ha ido recogiendo abundante información sobre la existencia de conductas alimentarias desordenadas. Ya desde la antigüedad podemos observar como el sobrepeso era signo de salud, belleza y poder. En los banquetes romanos se comía y bebía con evidente exageración y los vómitos constituían un remedio eficaz y usual para reiniciar la comilona. También, a lo largo de toda la historia de la humanidad, podemos encontrar datos relacionados con la restricción alimentaria. Inicialmente, estaba más asociada a aspectos religiosos. Los primeros cristianos y los místicos predicaban el ayuno como penitencia y como un medio para lograr un estado espiritual elevado. Sin embargo, las primeras referencias clínicas corresponden al siglo XVI. En esta época aparecen datos sobre personas que presentan conductas de restricción importantes que ya son vistas como socialmente inadecuadas y sin que estén justificadas por una conducta religiosa. De todo esto podemos deducir que los Trastornos de la Conducta Alimentaria, serán trastornos de etiología multifactorial, es decir, que intervendrán factores psicológicos, biológicos, sociales y culturales que actuarán en un momento biográfico, evolutivo, determinado y que conllevará la aparición de la enfermedad⁵.

Los reportes históricos tempranos de mujeres que ayunan y mueren tras un estado de inanición son considerados por algunos teóricos como las primeras muestras de Anorexia Nerviosa. Coincidió con la posición de Habermas⁶ en la que se discute que las mujeres, antes de mediados del siglo XIX, no tenían propiamente Anorexia Nerviosa, ya que faltaba un ingrediente básico: que los ayunos fueran motivados por un terror mórbido a engordar. Así, los informes históricos antiguos difieren de los casos modernos de varias maneras.

⁴ Principales causas de mortalidad general, Nacional 2001. Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud y Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050. Recuperado el día 20 de noviembre del 2003, en: www.inegi.gob.mx y www.conapo.gob.mx

⁵ ¿Qué es la anorexia? Introducción, Historia de la anorexia, epidemiología, factores predisponentes y desencadenantes, definición de la anorexia nerviosa, clínica de anorexia nerviosa, tratamiento, pronóstico. Recuperado el día 26 de julio de 2003, en: www.psiquiatria24x7.com.mx

⁶ Ibídem.

Por ejemplo⁷, en la Edad Media tardía las mujeres, siguiendo un modelo de ascetismo, comían muy poco porque creían que era una de las condiciones para desprenderse de sus lazos terrenales e intensificar su espiritualidad. Restringir su consumo de alimentos era sólo una forma más de auto sacrificio entre muchas otras, como dormir sobre piedras, aislarse de la sociedad, auto mortificarse, etcétera. Así, muchas mujeres ayunaban a fin de facilitar experiencias místicas. Nada como eso es típico de la Anorexia Nerviosa.

Muchas de las mujeres del posmedievo, famosas por sobrevivir sin comer, pasaron muchos años en la cama, generalmente sufriendo de una parálisis histérica. Estas mujeres, sin embargo, se parecen más a las mujeres histéricas modernas, quienes dejan de comer por el valor que simbólicamente le dan a la comida, que a las anoréxicas modernas, quienes en contraste, tratan de negar su demacrado estado y fragilidad, manteniéndose exageradamente activas durante el mayor tiempo posible.

Así, probablemente el primer reporte que se puede considerar como un ejemplo temprano de la anorexia de la manera que describimos hoy, es el de Morton. En 1864, la primera paciente registrada padeciendo anorexia, una adolescente inglesa de 18 años, desarrolló amenorrea por "una multitud de ansiedades y pasiones de su mente"⁸. Al paso del tiempo, ella comía menos, perdió mucho peso y sufrió de ataques sincopales. En 1868, en "el último grado de un marasmo"⁹, buscó la ayuda de Richard Morton. Su descripción sobre la apariencia de la adolescente es la siguiente: "No recuerdo haber visto nunca en toda mi práctica a una paciente que conversara con los vivos y estuviera tan emaciada, en el grado más grande de consumición (como un esqueleto solamente revestido con piel); sin embargo no había fiebre, sino al contrario, una frialdad en el cuerpo entero; ni tos, ni dificultad en respirar, ni ninguna señal de ningún otro desorden en los pulmones o en las vísceras... Sólo su apetito estaba disminuido y su digestión era difícil, con ataques de desmayos que le ocurrían frecuentemente..."¹⁰

A pesar de los cuidados y el tratamiento de Morton, su paciente no cooperó en hacer nada para recuperar la salud; empeoró, perdió aún más peso y murió... Morton, un especialista en tuberculosis, llamó a esta enfermedad consumición nerviosa y estableció correctamente, mucho antes del nacimiento de la psicología, que este desorden, ahora llamado anorexia nervosa, "casi siempre procede de la tristeza y la ansiedad"¹¹.

Numerosos teóricos, incluyendo a los miembros de la American Psychiatric Association, pasan por alto el informe de Morton y consideran que Charles Laségue en 1873 y William Gull en 1874 son realmente los primeros que dieron reportes médicos completos sobre Anorexia Nerviosa. Quizá la razón de esto es que por primera vez en sus reportes se observaba el aspecto más importante por el cual la Anorexia Nerviosa se distingue del ayuno en las mujeres que vivieron en épocas anteriores a 1850. Es decir, por primera vez se mencionaba el criterio central de diagnóstico que diferencia a la anorexia de otras formas de enflaquecimiento psicogénico: el miedo anormal a estar o llegar a ser obesas, a pesar de que están emaciadas.

El miedo a volverse obeso aparece claramente en 1875¹² en el estudio de Worthington y en 1890 en el de Charcot. Charcot describe un caso en el que él trató a una joven anoréxica en

⁷ Holtz Victoria. *Antecedentes históricos de la Anorexia Nerviosa*. En *addictus*, año 2, núm. 9, México, Diciembre-Enero de 1995. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: <http://biblioteca.redescolar.ilce.edu.mx>

⁸ *Ibidem*.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Ibidem*.

¹² *Transtornos alimenticios. Anorexia Nerviosa*. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.contusalud.com

un estado muy demacrado. Un día, mientras la desvestía, encontró que ella tenía un lazo muy apretado alrededor de su cintura. La paciente le confesó que ese lazo era la medida que su cintura nunca debía exceder: "prefiero morir de hambre antes que volverme tan obesa como mi madre". Desde ese momento Charcot comprendió la fuerza motivante y el síntoma constitutivo de la Anorexia Nerviosa.

A partir de esas fechas aparecieron numerosos reportes sobre anorexia en Estados Unidos, Francia, Alemania, Inglaterra e Italia. Mencionarlos a todos sería innecesario. Sólo resta decir que ya asociaban a la Anorexia con síntomas bulímicos y a la par que se hacían investigaciones sobre la Anorexia, fueron descubriendo la Bulimia. Por ello, es difícil separar los reportes sobre anorexia de aquellos sobre la incipiente bulimia, y hay que notar que se consideraba a la misma como un mero síntoma de la Anorexia; por lo tanto también su historia se entrelaza, para separarse finalmente en 1980, con la edición del DSM-III y posteriormente en la edición revisada del DSM-IV¹³.

2.1.2 La búsqueda de la perfección

La búsqueda de la perfección no se limita al cuerpo y se extiende a otros dominios que hacen recordar novelas antiguas sobre mujeres muy jóvenes. Este ideal de perfección aparece casi siempre a los ojos de los demás, visión que sirve de guía en la ausencia de criterios propios. Por momentos da la impresión de que fueron programados en la infancia para satisfacer a sus mayores y a la gente, y que durante años el experimento funcionó hasta llegar a la pubertad y la adolescencia.

El perfeccionismo no es sinónimo de búsqueda de perfección pero sí de Anorexia Nerviosa y en menor grado de Bulimia Nerviosa. Es una forma de enfrentar la tarea desde la inseguridad y el temor a no ser aprobada. La paciente anoréxica abusa de este procedimiento y la bulímica lo busca como una tabla de salvación. Es un excelente mecanismo para hacerse más obsesiva y una vía para deprimirse como antes se ha expuesto. La anoréxica debe afrontar el desafío de improvisar y la bulímica de pararse a pensar y ordenar.¹⁴ "A la mujer anoréxica se la descubre antes porque se queda en los huesos, mientras que la bulímica suele mantener el mismo peso. Esta es una de las razones por la que las bulímicas mantienen más tiempo en secreto su enfermedad", comenta el doctor Casas. Según los especialistas, la bulímica, a diferencia de la anoréxica, tiene más conciencia de que está enferma y suele acabar solicitando ayuda¹⁵.

2.1.3 Epidemiología

Hoy gran parte de las mujeres vive obsesionada por su peso, "Nunca se ha registrado un índice tan alto de mujeres que se sienten desgraciadas a causa de su físico y en especial por su exceso de peso, sea real o imaginario"¹⁶. Nuevas enfermas que se sumarán a las que ya están en tratamiento. No hay servicios de salud suficientes para atenderlas y personal

¹³ Holtz Victoria. *Antecedentes históricos de la Anorexia Nerviosa*. En *addictus*, año 2, núm. 9, México, Diciembre-Enero de 1995. Recuperado el día 26 de julio de 2003, en: <http://biblioteca.redescolar.ilce.edu.mx>

¹⁴ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. 1999. Páginas 131-132.

¹⁵ *Anorexia y bulimia. La nueva epidemia de los adolescentes. Los especialistas españoles advierten del aumento preocupante de la anorexia y la bulimia en nuestro país*. Recuperado el día 26 de julio de 2003, en: www.el-mundo.es/salud

¹⁶ *Estadísticas de los trastornos al comer. Anorexia y Bulimia, resultados de una secundaria*. Recuperado el día 2 de noviembre del 2003, en: www.gda.itesm.com.mx

preparado para esta avalancha, más aún en cuadros que por su gravedad serán tributarios de hospitalizaciones y tratamientos prolongados. A las cifras que realmente corresponden al número de personas afectadas por esta enfermedad hay que agregar adolescentes con alto riesgo de enfermar, para los que urgen medidas preventivas a nivel familiar, escolar y sanitario.

Nos encontramos ante una epidemia de Trastornos de la Conducta Alimentaria, con una fuerte tendencia a la cronificación y a la muerte en algunos casos y que dejan una estela de disfuncionalidad en quienes la sufren así como en la familia¹⁷.

Según la OMS hay una evidencia cada vez mayor de que existe una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí, contribuyendo a su presentación en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad¹⁸.

Hay una gran parte de las mujeres que vive obsesionada por su imagen corporal. Nunca en la historia de las enfermedades, se ha registrado un índice tan alto de mujeres que se sienten desgraciadas a causa de su físico y en especial por su aparente "exceso" de peso, sea real o imaginario. El ideal de la persona esbelta y delgada se impone con la fuerza de la moda y la presión social, sobre todo a través de los medios de comunicación. Cualquiera lleva costumbres a las que se adhieren sus seguidores, pero no todas han sido saludables y hay suficientes antecedentes de lo perjudicial de algunas. Las subidas y bajadas en la curva del peso suelen reflejar lo que sucede: "aferramiento rígido"¹⁹ a una situación pasada o ansiedad sobre el enfrentamiento a problemas que han surgido vigorosamente negados. La alteración del concepto de su imagen corporal, la incapacidad para considerarse con realismo se debe entender como resultado de esas "percepciones deficientes"²⁰.

Nos encontramos ante una epidemia en estos tiempos modernos de Trastornos de la Conducta Alimentaria, en donde la Anorexia y Bulimia Nerviosas se presentan con una fuerte tendencia a la cronificación y a la muerte en algunos casos. Dejando una estela de disfunción en quienes la sufren así como en la familia. Debido a que en la mayoría de los casos, la recuperación de la mente no es tan rápida como la del cuerpo. A su vez, es importante señalar que la cobertura y el eco que de ella hacen los medios de comunicación, tienden a favorecer su aumento. Una de las características de esta epidemia es que se difunde con tanta rapidez como la moda.

Señala la nutrióloga Marcela Palma, del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INN)²¹, que en el caso de la bulimia se sabe que el 70% de las personas afectadas tienen un peso normal, sólo un 15% son obesas, mientras que el resto tiene déficit ponderal (excesivamente delgadas). Respecto a los anoréxicos, llegan a perder por lo menos el 15% de su peso corporal y, en casos extremos, hasta el 60%, lo que puede ocasionar la muerte. El trastorno tiene diversas caras y, dijo, puede clasificarse en etapas primaria y secundaria.

¹⁷ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. 1999. Páginas 13-15.

¹⁸ *Principales causas de mortalidad general, Nacional 2001*. Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud y Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. *Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050*. Recuperado el día 20 de noviembre de 2003, en: www.inegi.gob.mx y www.conapo.gob.mx

¹⁹ CFR. TOMAS, Joseph. *Anorexia y otras alteraciones de la conducta en la infancia y adolescencia*. Laertes. Barcelona. Página 35. 1999.

²⁰ CFR *Íbidem* Página 38

²¹ *Principales causas de mortalidad general, Nacional 2001*. Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud y Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. *Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050*. Recuperado el día 20 de noviembre del 2003, en: www.inegi.gob.mx y www.conapo.gob.mx

Curiosamente, estas enfermedades siguen un canal epidemiológico igual que la moda. Se inicia en los países ricos, en "los centros de la moda"²² y se extiende entre las clases sociales altas, para luego, en diez años, alcanzar y afectar a la población mayoritaria. Por lo que respecta a América Latina y Asia afectan más directamente a los sectores altos y medios de la población, donde se ven anuncios que incitan o invitan al adelgazamiento en cada rincón de la ciudad.

En Latinoamérica, y específicamente en México, los estudios estadísticos y epidemiológicos son muy pocos; carecemos de la información suficiente sobre la incidencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, aunque en la actualidad diversos grupos investigan este fenómeno. Al igual que en la anorexia, el 95% de los pacientes bulímicos son mujeres. Según datos del INN, en muchos países la frecuencia de bulimia es mayor que la anorexia nervosa, pero en México tampoco se tienen cifras sobre la incidencia de este trastorno, debido a que, aun cuando se han aplicado cuestionarios entre la población de riesgo, se esconden los síntomas.

En entrevista con el Dr. Armando Barriguete Meléndez²³ destacó que además, estos trastornos afectan entre el 1% y el 5% de la población universitaria en los países desarrollados y que de esta cifra 95% son mujeres. ¿Por qué? Él responde: "Durante mucho tiempo creímos saber lo que era lo femenino a partir de la descripción del hombre. Desde hace unos 50 años la mujer se ha dado a la tarea de reflexionar y escribir sobre sí misma. Se está descubriendo. Esto ha generado la idea de que lo que se creía que era la mujer no lo es, pero tampoco lo que se creía que era el hombre; son identidades que se están redefiniendo de manera mutua y crítica. Sin duda, el ser mujer tiene un rasgo extra de crisis por la desigualdad social que existe con respecto al hombre"²⁴. Respecto a los factores familiares, el especialista subraya que "es en el contexto familiar donde cohabitan tanto la crisis de pareja de los padres, como la crisis del adolescente. Desafortunadamente, no siempre son manejadas en forma adecuada y las niñas con anorexia o bulimia no han podido aceptar los cambios producidos en su familia"²⁵, señala.

El especialista en trastornos de la alimentación da su opinión acerca de la influencia que ejercen los nuevos modelos femeninos promovidos por la cultura de masas y la moda: "La moda por sí misma no propicia el trastorno, pero se suma a las dificultades que lo facilitan; las verdaderas causas surgen de la compleja naturaleza humana", concluye²⁶.

El objetivo de ésta tesis es informar a la población, siendo su propósito más inmediato llegar al máximo de personas posible con riesgo a enfermar, a aquellos que ya lo están y necesitan ser atendidos, y a padres y hermanos que muchas veces no saben qué hacer cuando tienen un hijo o un hermano (a) que padece alguna de éstas enfermedades.

Siendo los pacientes y los familiares los que aportaron lo que está plasmado en el contenido de resultados. El mundo de la Anorexia, como el mundo de las drogas, solo se puede conocer desde dentro, si no se quiere trivializar. Sólo desde el entendimiento se pueden encontrar soluciones. El punto de partida es la experiencia clínica, es decir, el encuentro día a día con el enfermo y su familia, de la que surge la reflexión.

²² *Estadísticas de los trastornos al comer. Anorexia y Bulimia, resultados de una secundaria.* Recuperado el día 2 de noviembre del 2003, en: www.gda.itesm.com.mx

²³ Realizó entrevista Concepción Salcedo Meza comunicóloga, divulgadora de la ciencia. Trabaja en TV UNAM.

²⁴ CFR *Íbidem*.

²⁵ CFR *Íbidem*.

²⁶ Doctor Armando Barriguete Meléndez es psiquiatra, psicoanalista e investigador en la Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, en el Instituto Nacional de Nutrición.

2.2 ¿QUÉ SON LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS?

2.2.1 La enfermedad del hambre

La Anorexia y la bulimia nerviosas pueden ser entendidas como un Trastorno grave de la Conducta Alimentaria, las cuales van acompañadas de momentos depresivos que tienen que ver con una autopercepción distorsionada de la imagen corporal, asimismo con la obsesión por mantener un peso "ideal".²⁷ Las percepciones distorsionadas del cuerpo, favorecen al mantenimiento del cuadro anoréxico, pues genera ansiedad y lleva al paciente a continuar la dieta. El ataque de éste Trastorno de la Conducta Alimentaria, generalmente empieza de forma voluntaria, solo queriendo perder "esos 2 ó 3 kilos" que le sobran y acaban convirtiéndose en una obsesión y entonces dar marcha atrás es muy difícil.²⁸

La edad de inicio suele situarse en la primera adolescencia, hacia los trece años, sin que ello implique no pueda presentarse en personas mayores. Los pacientes con Anorexia o Bulimia Nerviosas, tratan de reprimir sus deseos de comer y en lugar de aversión a la comida, con frecuencia se observa en ellos interés por ella, la cual se manifiesta en la compra de libros de cocina, el arreglo de la mesa, los platos, la comida; hay quienes preparan gran cantidad de comida para la familia, pero que ellos no prueban.²⁹

La persona que la padece, presenta un peso inferior al que sería de esperar por su edad, sexo y altura, el cual para quién tiene la enfermedad, nunca será suficiente. El individuo utiliza diversos medios para poder perder peso como el ayuno, reducción extrema de la comida, el vómito autoinducido, abuso de laxantes o diuréticos y ejercicio extenuante.³⁰ De tal modo, se puede decir que la persona anoréxica es alguien cuya más alta prioridad consiste en mantener el control sobre la ingestión de alimentos y su cuerpo, una tarea de vital importancia.

La anoréxica logra establecer y mantener este control, y es bulímica si no lo consigue en forma repetida y rotunda. En cualquier situación que pueda elegir entre comer o no, decidirá no hacerlo. Durante algún tiempo esto puede ser implícito, como cuando la enferma parece preferir hacer la tarea a salir con su familia o visitar a sus amigos. Lo que sabe ésta persona y que primeramente pasa inadvertido para el resto de su familia es que al quedarse a "resolver la tarea" ya no tiene que comer los alimentos que siempre le sirven.

Más adelante esto se hace evidente, cuando la situación se torna de gran tensión ya que la persona se niega a convivir con la familia o insiste en que sólo lo hará si no tiene que comer nada ahí o con la condición de que sólo se tomará una taza de té o café. "Pareciendo que nunca siente hambre."³¹

²⁷ *Causas, diagnóstico y consecuencias de la anorexia entre 15 y 25 años de edad en Latinoamérica. Ubicación contextual, Problemática de la anorexia, Objetivo, Programa.* Recuperado el día 26 de julio de 2003, en: www.lteso.com.mx

²⁸ *Entrevista llevada a cabo en el hospital infantil docente "Pedro Borrás Astorga". Anorexia nerviosa: características y síntomas. a la Licenciada Martha Bravo Rodríguez.* Recuperado el día 26 de julio de 2003, en: www.infomed.sld.cu/revistas

²⁹ *Ibidem.*
³⁰ *Causas, diagnóstico y consecuencias de la anorexia entre 15 y 25 años de edad en Latinoamérica. Ubicación contextual, Problemática de la anorexia, Objetivo, Programa.* Recuperado el día 26 de julio de 2003, en: www.lteso.com.mx

³¹ DUKER, Marilyn. ROGER, Slade. *Anorexia nerviosa y bulimia: un tratamiento integrado.* Limusa. México. 1992. Página 32.

2.2.2 La clasificación y el diagnóstico de los Trastornos de Conducta Alimentaria

En la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los términos Anorexia y Bulimia Nerviosas, son definidos como Trastornos de la Conducta Alimentaria.³²

Se tiene en cuenta que se trata de un Trastorno de la Conducta Alimentaria que se presenta habitualmente en adolescentes sin obesidad acusada, solo con un discreto sobrepeso. Realizándose una revisión clínica de la Anorexia Nerviosa, con énfasis en su concepto, desarrollo y cuadro clínico.

En el momento de definir la prevalencia de éstas enfermedades, es necesario tomar en cuenta que las cifras encontradas "van a variar en función del grupo estudiado y del criterio del diagnóstico empleado."³³

2.2.3 Conceptos DSM-IV: F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

F50 Trastornos de la conducta alimentaria.- Aquí se agrupan dos síndromes importantes y claramente delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, además de otros trastornos bulímicos menos específicos y de la obesidad relacionada con alteraciones psicológicas. Asimismo, incluye una breve descripción de los vómitos que acompañan a trastornos psicológicos.

Excluye:

- ☒ Anorexia o disminución del apetito sin especificar (R63.0).
- ☒ Dificultades y malos cuidados alimentarios (R63.3).
- ☒ Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia (F98.2).
- ☒ Pica de la infancia (F98.3).

F50.0 Anorexia nerviosa.- Trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. La anorexia nerviosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

- a) Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos.
- b) Los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nerviosa.

A pesar de que las causas fundamentales de la anorexia nerviosa siguen sin conocerse, hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también

³² Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10 de Junio de 1992.

³³ *¿Qué es la anorexia? Introducción, Historia de la anorexia, epidemiología, factores predisponentes y desencadenantes, definición de la anorexia nerviosa, clínica de anorexia nerviosa, tratamiento, pronóstico.* Recuperado el día 26 de julio de 2003, en: www.psiquiatria24x7.com.mx

mecanismos psicológicos menos específicos y una gran vulnerabilidad de la personalidad. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales. Aún hay dudas sobre si el trastorno endocrino característico se debe únicamente a la desnutrición y al efecto directo del comportamiento que la ha provocado (por ejemplo, restricciones en la dieta, ejercicio físico excesivo con alteraciones del equilibrio metabólico, provocación de vómitos y utilización de laxantes, con los consiguientes desequilibrios electrolíticos) o si intervienen otros factores aún desconocidos.

*Pautas para el diagnóstico*³⁴

Deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

a) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.

b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de los síntomas siguientes:

- ☒ vómitos autoprovocados,
- ☒ purgas intestinales autoprovocadas,
- ☒ ejercicio excesivo y
- ☒ consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

c) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

d) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

Excluye:

- ☒ Anorexia, falta de apetito (R63.0).
- ☒ Anorexia psicógena (F50.8).

F50.1 Anorexia nerviosa atípica.- Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa (F50.0), como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico. Este tipo de enfermos es más frecuente en psiquiatría de interconsulta, enlace y en atención primaria. También pueden incluirse aquí enfermos que tengan todos los síntomas importantes de la anorexia nerviosa, pero en grado leve. Este término no debe utilizarse para trastornos de la conducta alimentaria que se parecen a la anorexia nerviosa pero que son debidos a una etiología somática conocida.

F50.2 Bulimia nerviosa.- Síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al

³⁴ DSMIV 1994.

enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. Este término debería restringirse a las formas del trastorno que estén relacionadas con la anorexia nerviosa por el hecho de compartir la misma psicopatología. La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nerviosa aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (crisis comiciales, arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyan pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica:

- a) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento de insulina.
- c) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Incluye:

- ☒ Bulimia sin especificar.
- ☒ Hiperorexia nerviosa.

F50.3 Bulimia nerviosa atípica.- Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la bulimia nerviosa (F50.2), pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos tienen con frecuencia un peso normal o incluso superior a lo normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas. No son raros síndromes parciales acompañados de síntomas depresivos (si estos síntomas satisfacen las pautas de un trastorno depresivo debe hacerse un doble diagnóstico).

Incluye:

- ☒ Bulimia con peso normal.

F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.- Ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una "obesidad reactiva", en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso. La obesidad como causa de alteraciones psicológicas no debe ser codificada aquí. La obesidad puede hacer que el enfermo se sienta muy sensibilizado acerca de su aspecto y desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales. Puede exagerarse la valoración subjetiva de las

dimensiones corporales. Para codificar la obesidad como causa misma de alteración psicológica se deben usar categorías tales como F38.-, otros trastornos del humor (afectivos), F41.2, trastorno mixto ansioso-depresivo, o F48.9, trastorno neurótico sin especificación, más un código de E66.- para indicar el tipo de obesidad.

Incluye:

☞ Hiperfagia psicógena.

Excluye:

☞ Polifagia sin especificación (R62.2).

☞ Obesidad (E66.-).

F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.- Además de la bulimia nerviosa en las que el vómito es autoprovocado, pueden presentarse vómitos repetidos en los trastornos disociativos (de conversión) (F44.-), en la hipocondría (F45.2), en la que los vómitos pueden ser uno de los múltiples síntomas corporales, y en el embarazo, donde los factores emocionales contribuyen a la aparición de vómitos y náuseas recurrentes.

Incluye:

☞ Vómitos psicógenos.

☞ Hiperemesis gravídica psicógena.

Excluye:

☞ Náuseas y vómitos sin especificación (R11).

F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria.- Incluye: Disminución psicógena del apetito. Pica de origen orgánico en adultos.

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación

2.2.4 Semejanzas y diferencias de la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosas

Aunque al definir cada uno de estos trastornos de la alimentación podemos intuir semejanzas y diferencias, vale la pena en aras de una mayor claridad, insistir en determinados aspectos de uno y otro. En primer lugar, se debe tener presente que tanto la anorexia como bulimia nerviosas presentan una preocupación permanente y extrema por la forma y el peso corporal, que más tarde se manifiesta mediante el control excesivo de la ingesta de comida (bulimia nerviosa) y la pérdida absoluta del mismo (anorexia nerviosa). Otras diferencias y semejanzas entre estos dos tipos de trastornos alimenticios, hacen referencia a los hábitos alimentarios a las características cognitivas y al aspecto físico, entre otros³⁵.

Por lo que se refiere a los hábitos alimenticios, las personas anoréxicas disminuyen notablemente el consumo de alimentos, los seleccionan y observan que sean aquellos que ayuden a la reducción del peso. Llegan a realizar un registro diario de las calorías consumidas y muestran un comportamiento obsesivo por las comidas. En algunos casos tienen tendencia a consumir lo mismo día tras día. Como siguiendo un pequeño ritual, algunas personas parten la comida en pequeños trozos antes de llevarlos a la boca. Su atención permanente a recetas, tipos de cocina, etc., es manifiesta, aunque se utilice como

³⁵ CFR. MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. Páginas 56. 1999

disculpa el interés por las demás. Pero los comportamientos no sólo tienen que ver con el alimento. Las personas que padecen este tipo de trastornos, ejercen otras medidas de control de peso como tomar laxantes, consumir sustancias que reducen la sensación del apetito y en otros cuantos casos practicar excesivamente ejercicio físico.

Las bulímicas atraviesan episodios de sobre alimentación una o varias veces al día, comen a escondidas y rápidamente, sin saborear los alimentos y puede ser que alternen estos períodos con otros que intenten llevar un control rígido sobre la dieta.

En cuanto a las características cognitivas, es decir aquellas que tienen que ver con el conocimiento, la comprensión o el razonamiento; se considera que en la anorexia nerviosa existe una sobre valoración de la importancia que tiene la forma y el peso corporal, por lo que se busca de manera insaciable el adelgazamiento. Se percibe la propia imagen corporal más ancha de lo real. En las personas bulímicas se presentan similares problemas referidos a la preocupación por la forma y el peso corporal, aunque su preocupación termine dirigiéndose en mayor medida hacia la pérdida del autocontrol.

Sin embargo el factor esencial, considerado por especialistas en cualquier tipo de estos trastornos, es la existencia de creencias juzgadas respecto a la forma y el peso corporal³⁶.

Por lo que respecta al aspecto físico, la anorexia nerviosa nos coloca frente a personas con una delgadez excesiva y un aspecto envejecido, mostrando ojos hundidos, ojeras, pómulos salientes, cara arrugada y pálida, piel rugosa y seca y atrofia mamaria. En las personas bulímicas suele estar dentro del rango normal, puesto que acuden a los mecanismos ya descritos para compensar; vómitos, laxantes, diuréticos, etc. Es así como una persona puede permanecer en un patrón de conducta claramente bulímico durante muchos años, sin conseguir ayuda y el descubrimiento de su problema. Puesto que mantiene más o menos su peso normal. El problema –a diferencia de la primera- permanecerá en secreto, escondido tras una apariencia física normal.

³⁶ CFR. *Ibidem* pág. 58.

2.3 TIPOS DE ANOREXIA NERVIOSA

Diagnosticar la Anorexia Nerviosa, no resulta difícil para los médicos habituados a recibir en consulta este tipo de pacientes. Los síntomas y signos son muy parecidos de una paciente a otra y, aunque no todas las presentan en igual medida o magnitud, existe un núcleo central común a todos los casos.

2.3.1 Anorexia Nerviosa

Se empleará el término "anoréxico" (que significa "sin apetito") para calificar al individuo que actualmente presenta una deficiencia del peso, logra restringir los alimentos que ingiere y suele realizar demasiado ejercicio como medio de control complementario. Siendo entonces un Trastorno de la Conducta Alimentaria con desviaciones en los hábitos alimentarios que se expresa por un rechazo contundente a mantener el peso corporal en los valores mínimos aceptados para una determinada edad o estatura³⁷.

Los criterios médicos formales para reconocer la Anorexia Nerviosa contienen dos tipos de información. Uno son los datos que se relacionan con los síntomas físicos de la inanición, y otro son los hechos referentes a la actitud tan particular de la enferma hacia la comida y el control corporal³⁸.

"En términos concretos, a fin de proporcionar la ayuda adecuada, hay dos razones por las que son importantes distinguir a la enferma por su actitud, sin apoyarse únicamente en los síntomas físicos. En primer lugar, si la paciente o el terapeuta se apresuran a suponer que se ha logrado una mejoría simplemente porque se ha recuperado el peso perdido, entonces se creará innecesario el apoyo y la orientación, o se suspenderá el tratamiento en el momento mismo que es vital y esencial continuar con esta ayuda. En el segundo lugar, mientras más pronto se reconozca y atienda la enfermedad (lo ideal es que sea cuando el modo de razonar de la persona muestra signos de anorexia típica, pero apenas está empezando a controlar su peso y reducirlo), más corto será el periodo que se tenga que padecerla."³⁹

2.3.2 Clasificación de la Anorexia Nerviosa

Pueden ser de varios tipos:

1. Anorexia restrictiva o típica.- aquella que afecta a personas que, con una férrea disciplina, logran bajar de peso hasta enfermar.
2. Anorexia purgativa.- es típica de las personas que no pueden acceder al enorme autocontrol alimentario y utilizan vómitos y laxantes para adelgazar.

Bulimia Nerviosa.- cuando el empeño anoréxico fracasa y la persona vive para comer (a escondidas), dispuesta a todo para no aumentar de peso. Se suceden atracones y vómitos u otros mecanismos para no engordar.

Formas mixtas o bulimarexia.- se entienden como formas mixtas aquellas en que se alternan anorexia y bulimia. Ante la enfermedad instaurada debe distinguirse entre aquellas en fases

³⁷ *Anorexia y bulimia. La nueva epidemia de los adolescentes. Los especialistas españoles advierten del aumento preocupante de la anorexia y la bulimia en nuestro país.* Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.el-mundo.es/salud

³⁸ CFR. Ibídem

³⁹ DUKER, Marilyn. ROGER, Slade. *Anorexia nerviosa y bulimia: un tratamiento integrado.* Limusa. México. 1992. Páginas 29-31.

iniciales y aquellas en recuperación de los cuadros crónicos con años de evolución, que pueden ser activos o inactivos, según el grado de fijación anoréxica que presenten las pacientes.

TRASTORNOS DEL APETITO Y LA ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES, SEGÚN LOS CRITERIOS DE HALMI (1985)⁴⁰

Anorexia Nerviosa

- Forma restrictiva o típica
- Forma purgativa (vómitos y/o laxantes y/o diuréticos)

Bulimia Nerviosa

- Con anorexia nerviosa previa
- Sin anorexia nerviosa previa

Formas mixtas o bulimarexia

Cuadros incompletos

2.3.3 Clínica médica y atribuciones psicológicas

Comienzo de la adolescencia

El inicio del cuadro⁴¹ coincide aproximadamente en un 80% de los casos con la adolescencia, con una edad media de aparición entre los trece y catorce años, según los casos recogidos en la experiencia clínica, en la década de los ochenta; un 10% inicia la enfermedad antes de los once años y un porcentaje similar después de los veinte. La mayoría de estas chicas no presentaba obesidad previa, aunque se sentían gordas si se comparaban con el prototipo de moda, con una especial insatisfacción con determinadas partes de su cuerpo, las más frecuentes: muslos, nalgas, abdomen y en menor proporción: senos y cara. Dos tercios presentaban previamente un fenotipo característico, estaban "rellenitas", con un IMC (Índice de masa corporal, resultante del peso en kilogramos dividido entre la talla en metros cuadrados) algo superior a sus compañeras.

La desaparición de la menstruación

Es egosintónico y refuerza el empeño anoréxico; sin embargo, no sucede lo mismo con el estreñimiento que la paciente vive con disgusto, como una forma de retener peso y tienden a combatirlo con laxantes.

Las dietas

Las dietas que se imponen al comienzo de la enfermedad son muy variadas, aquellas que leen en las revistas o les aconsejan las amigas, también las que les ha indicado un médico al que al principio consultaron o van a centros de adelgazamiento que proliferan por todas partes. Las características de la elección de nutrientes condicionan el tipo de desnutrición de las pacientes.

⁴⁰ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. Páginas 63-64. 1999

⁴¹ *Estadísticas de los trastornos al comer. Anorexia y Bulimia, resultados de una secundaria*. Recuperado el día 2 de noviembre del 2003, en: www.gda.itesm.com.mx

La pérdida de tejido adiposo y subcutáneo

Esta pérdida las anima día a día y ellas mismas se encargan, también a diario, de medirla por diferentes procedimientos.

La disminución de la masa muscular

Es evidente en cualquier exploración clínica de éstas pacientes, sin embargo es algo que parece no preocuparles.

La distorsión de la imagen corporal

Se acentúa cada vez más. Se ven gordas en las zonas donde lo estuvieron: muslos, nalgas, pantorrillas, etc., aunque hayan perdido mucho peso. Sin embargo, aunque ellas se vean a sí mismas deformes, pueden apreciar a los demás sin problemas.

La pérdida de temperatura corporal

Interiormente parece gratificarles como una extensión más de este sufrimiento controlado hecho religión. La *acrocianosis distal* (manos amoratadas) la justifican como constitucional al igual que el *hirsutismo* o presencia de lanugo.

La disminución del sueño

Muchas temen engordar mientras duermen. La actividad onírica normal desaparece, al menos en lo que relatan y en ocasiones aparecen pesadillas de ser obligadas a comer.

El aumento de la actividad útil

Aumenta la actividad útil y las horas o tiempo dedicado a ella, principalmente al estudio, en desmedro del tiempo libre o lo que en el lenguaje anoréxico es pérdida de tiempo.

El agobio

Algunas pacientes insisten en que el estudio les permite no pensar, olvidarse de las comidas o de otros problemas. Pueden colaborar en casa y, si se les permite, se apoderan de ella desplazando a la madre. Se hacen más limpias y ordenadas, y pretenden que todos sigan su ritmo. Cocinan si se les deja, y se especializan en maravillosos platos o pasteles de gran contenido calórico, que insisten en que se los coman sus familiares sin probar ellas bocado. Si se les pide el cuidado de sus hermanos son capaces de establecer una férrea y exigente disciplina.

Comportamiento peculiar con los alimentos y comidas

Todo parece crecer ante sus ojos y consideran muy evidente que a ella le tocó más comida. Si se les propone cambiar su plato por el de otro miembro, a veces aceptan, pero les cuesta. Las nociones de cantidad y volumen las tienen alteradas. Parece que se cansan de comer y dicen sentirse llenas y con el abdomen hinchado. Si se les permite, se levantan con mucha rapidez de la mesa y se van al cuarto de baño con el pretexto de lavarse los dientes. No van a vomitar, salvo las que lo hacen de forma habitual, se lavan los dientes para eliminar cualquier rastro de comida y se miran al espejo por si han engordado. Las enfermas creen con toda seguridad que los alimentos se transforman en grasa en segundos o minutos, con lo que el período posprandial es muy desagradable, salvo que se pongan de inmediato a estudiar o a hacer ejercicio.

Actividad excesiva para su edad

La mayoría de las pacientes se mueven más que una chica de su edad, con cualquier pretexto están en movimiento, más bien no se sientan ni reposan, ya que se angustian de ello. Hay quienes hacen ejercicios de forma compulsiva, dos horas de flexiones antes de desayunar,

carreras después de las comidas, a veces sin ningún pudor, subir las escaleras del metro sin parar, etc.

La aparición de vómitos, uso de laxantes y falta de ayuno

Las pacientes purgativas son distintas a las restrictivas. Estas conductas evacuatorias se hacen repetitivas con facilidad, ritualizadas, ocultas y compulsivas. Todas las anoréxicas temen ser bulímicas, la mitad de ellas tendrá episodios de sobreingesta compulsiva o atracones durante su evolución, aunque solo un tercio de los casos derivará en una bulimia o bulimarexia.

El aislamiento social

Con el pretexto del estudio, las anoréxicas dejan de salir los fines de semana. Por temor a que no las entiendan o que las vean "gordas".

Pérdida de las claves de comunicación con gente de su edad

Una vez perdidas las claves de comunicación con gente de su edad, pasarán años en recuperarse. Tratan de parar el tiempo o directamente regresar a la infancia y se refugian en casa y en los estudios.

Desaparición radical del interés sexual

A la vez que desaparece el interés sexual también sucede lo mismo con todo lo ligado al sexo, la procreación y el parto, tanto que todo ello les llega a producir asco y gran temor. Siempre es como algo de los demás, pero nunca de ella. Por otra parte, puede suceder el efecto contrario, es decir, tras sufrir un desaire amoroso producirse una anorexia, tal como lo evidencia el casi un tercio de las pacientes. Es curioso que mantengan una lealtad a ese personaje tan duradero, a veces por años.

FACTORES DE MANTENIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad se va apoderando progresivamente de la chica

Poco a poco la enfermedad se apodera de la paciente, como si de una adicción se tratara. La niegan abiertamente, rechazan irritadas el hecho de estar enfermas, ante su familia, sus amigas y los médicos a los que van obligadas. En pocos meses se instaura el cuadro con poderosos mecanismos de autopercepción, la mayoría de ellos psicológicos, algunos ya mencionados.

La capacidad de adaptación del organismo

El organismo, en su respuesta adaptativa, también contribuye al mantenimiento de la enfermedad. Es quizás éste uno de los aspectos más interesantes desde la fisiopatología. Los análisis de rutina, tanto de nivel hematológico como bioquímico, sorprenden por su normalidad, salvo en la elevación del colesterol sérico. Estos resultados dan pie, al menos en fases iniciales, a reforzar la omnipotencia de la paciente cuando su médico los comenta y con ello retrasan el tratamiento.

La familia

La familia está involucrada en la enfermedad y es quizás uno de los principales factores de mantenimiento. El esfuerzo inicial de la chica por adelgazar en muchos casos es entendido por la familia, especialmente en aquellas que dan mucha importancia a la apariencia, o cuando la muchacha presenta sobrepeso incluso pueden ser alentadas a ello. También se valora la disciplina y el empeño puesto, así como la mayor dedicación a los estudios y la tendencia a salir menos, si antes lo hacía en exceso. Pero poco tiempo después, la situación

se escapa de las manos de los padres y los esfuerzos para convencerla se hacen infructuosos. Se crea un escenario familiar confuso y tenso, donde la paciente pasa a ser el centro de atención y el problema de la casa.

El mecanismo de olvido

La anorexia nerviosa es un poderoso mecanismo de olvido. Romper y cambiar la interacción patógena familiar es uno de los aspectos más importantes del tratamiento y en ello es quizás donde más se ha avanzado en los últimos años la psicoterapia.

EL SUFRIMIENTO MENTAL

La sintomatología depresiva

Dos tercios de las pacientes la presentan, aunque en un tercio de ellas desaparece con la realimentación. El tercio restante necesita un tratamiento farmacológico antidepresivo. Cuanto mayor sea la sintomatología depresiva, más lenta será la evolución de la anorexia nerviosa, aunque el pronóstico a largo plazo sea igual.⁴² Tienen más síntomas depresivos las pacientes con cuadros purgativos y bulimáxicos. Es frecuente el antecedente de trastornos depresivos familiares en estos pacientes.

Ideas o pensamientos suicidas

El paso al acto suicida por parte de la anoréxica es escaso, en las restrictivas, dadas sus características de personalidad, y se eleva en aquellos cuadros con mayor tendencia a la actuación, como en el de la bulimáxicas y bulímicas. Estas últimas tienen un índice elevado, un 80 por ciento.

Síntomas obsesivo-compulsivos

Un tercio de las pacientes presenta síntomas obsesivos compulsivos, sobre todo aquellas con cuadros restrictivos o típicos.

Las anoréxicas viven al borde de la locura

Muchas pacientes explican que sufren una especie de escisión de su yo, como si fueran dos personas, una que les anima a recuperarse y otra, más poderosa casi siempre, que les dice lo contrario.

SÍNTOMAS COMPORTAMENTALES EN LA ANOREXIA NERVIOSA^{43*}

1. Restricción voluntaria de alimentos de contenido calórico elevado con la intención de bajar de peso.
2. Preparación de los alimentos mediante cocción o a la plancha.
3. Disminución de la ingesta de agua o líquidos.
4. Conducta alimentaria extraña. Comen de pie, cortan el alimento en pequeños trozos, los estrujan o los lavan y, al terminar de comer, con cualquier pretexto se ponen en movimiento.
5. Aumento de la actividad física para aumentar el gasto energético. En ocasiones ejercicio compulsivo.
6. Aumento de las horas de estudio y actividades supuestamente útiles.
7. Disminución de las horas de sueño.
8. Irritabilidad.
9. Pesarse compulsivamente.
10. Uso de laxantes, diuréticos y vómitos autoinducidos (formas purgativas).
11. Aislamiento social.

⁴² F. RODRÍGUEZ, Cantú. *Sintomatología depresiva en el caso de los trastornos de alimentación*. Universidad Complutense, Madrid, Pág. 60-63. 1989.

⁴³ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy, España. Páginas 70-73. 1999

*La mayoría de los pacientes presenta al menos una parte de estos síntomas.

SÍNTOMAS MENTALES Y EMOCIONALES EN LA ANOREXIA NERVIOSA*

1. Trastorno severo de la imagen corporal.
2. Terror a subir de peso.
3. Negación total o parcial de enfermedad.
4. Negación de sensaciones de hambre, sed, fatiga y sueño.
5. Dificultad de concentración y aprendizaje.
6. Desinterés sexual.
7. Desinterés por actividades lúdicas o recreativas.
8. Sensación de vacío, inutilidad y alejamiento.
9. Dificultad en reconocer sus emociones.
10. Temor a perder el autocontrol.
11. Sensación delirio de lucha interna entre aspectos de su persona.
12. Sintomatología depresiva y/u obsesiva.

*La mayoría de los pacientes presentan síntomas mentales.

SIGNOS Y SÍNTOMAS OBSERVABLES O DEDUCIBLES DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN LA ANOREXIA NERVIOSA⁴⁴

1. Pérdida de peso significativa; más del 25% del peso previo o su equivalente en adolescentes en crecimiento. Índice de masa corporal (Quetelet).
2. Disminución de las reservas de grasas subcutáneas (PCT).
3. Disminución de la masa muscular (CMB).
4. Amenorrea. Útero y ovario hipotrófico en ecografía.
5. Estreñimiento.
6. Vaciamiento gástrico lento. Molestias y plenitud posprandial.
7. Hipotermia, acrocianosis distal.
8. Bradicardia, arritmias, hipotensión.
9. Oliguria, deshidratación, edemas.
10. Hipertrofia parotídea (especialmente vomitadores).
11. Alteraciones dentales y gingivales (especialmente en vomitadores).
12. Piel seca y descamada; pelo quebradizo y abundante lanugo.
13. Signo de Russell (lesiones en la mano por vómitos autoprovocados).

⁴⁴ Íbimen Pág. 80-82

2.4 TIPOS DE BULIMIA NERVIOSA

El comportamiento bulímico puede mantenerse oculto durante meses y años ante la ignorancia de los familiares y amigos, al igual que sucede con el consumo de algunas drogas. La paciente sufre y disimula hasta ser sorprendida o contarlo a alguien en un momento de desesperación.⁴⁵ El aspecto clínico esencial en bulimia nerviosa son los *atracones de comida y los inadecuados métodos compensatorios utilizados para no ganar peso*. Al entrevistar individuos con este padecimiento se muestran excesivamente preocupados por la imagen corporal y el peso. Para diagnosticarles como bulimia nerviosa los atracones y conductas compensatorias deben ocurrir al menos *dos veces a la semana durante tres meses*⁴⁶.

2.4.1 Bulimia Nerviosa

Bulimia significa "que come como buey"⁴⁷. La Bulimia es una enfermedad de causas psicosociales que produce desarreglos en el comportamiento y en la ingesta alimentaria con la alternancia de períodos de compulsión para comer (atracones) con otras conductas compensatorias/inadecuadas (dietas abusivas, provocación de vómitos), ingesta de diversos medicamentos (laxantes y diuréticos), ejercicio excesivo; con el fin de anular el efecto de los alimentos consumidos. Estos atracones generalmente aparecen a solas en donde con anterioridad compra gran cantidad de alimentos y teniendo como característica que son de gran contenido calórico; terminando el atracón por malestar estomacal o porque aparezca un conocido o desconocido en ese momento.⁴⁸

2.4.2 Clasificación de la Bulimia Nerviosa

En la Bulimia Nerviosa se distinguen 2 tipos⁴⁹:

- † *El purgativo*.- Describe cuadros clínicos en los que durante el episodio de bulimia Nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o edemas en exceso.
- † *El no purgativo*.- Se emplean otras conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito o usa laxantes, diuréticos o edemas en exceso.

Hay tantos tipos de bulimias como personas que pueden padecerla:

- † De peso normal.
- † Con sobrepeso.
- † En personas muy delgadas. Estas últimas pueden tener un doble diagnóstico, bulimia y anorexia nerviosa, denominadas también cuadros mixtos o bulimarexias. No se reconocen entre sí como iguales. Así, alguna de nuestras pacientes bulimaréxicas no aceptan ir al grupo de bulímicas de peso normal, aunque tampoco son aceptadas por las anoréxicas restrictivas, ya que con

⁴⁵ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. Página 85. 1999

⁴⁶ DSM IV, 1994.

⁴⁷ *Anorexia y bulimia. La nueva epidemia de los adolescentes. Los especialistas españoles advierten del aumento preocupante de la anorexia y la bulimia en nuestro país*. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.el-mundo.es/salud

⁴⁸ *Transtornos de la conducta alimentaria. Anorexia, Orthorexia, el Comedor Compulsivo, Síndrome de Prader Willie (PWS), Síndrome de Bardet-Biedl*. Recuperado el día 26 de julio de 2003, en: www.obesidad.net/spanish2002

⁴⁹ *¿Qué es la anorexia? ¿Qué es la bulimia? Cuales son los síntomas de estas enfermedades*. Recuperado el día 26 de julio de 2003, en: www.holadoctorfeldman.com.mx

frecuencia les tienen miedo. Hasta cierto punto tienen razón ya que presentan algunos rasgos psicopatológicos diferenciales. Hay bulímicas que han tenido una anorexia nerviosa instaurada, muchas más que han padecido una crisis anoréxica frustrada e inmediatamente han pasado a la bulimia, y por último hay un grupo que nunca tuvo anorexia nerviosa.

También hay hombres bulímicos, aunque en menor proporción, y pueden ser gordos, delgados y flacos. Los bulímicos en general, tienen los siguientes rasgos:

- † Temor a engordar.
- † Insatisfacción con su cuerpo y consigo mismos.
- † Ideas comunes a otros enfermos al menos en fase activa de la enfermedad.

Hay muchas pacientes que han sido obesas, en mayor proporción que en anorexia, y que son hijas de obesos.⁵⁰

2.4.3 Clínica médica y atribuciones psicológicas

Edad de inicio

Si bien casos de aparición muy precoz, doce años o menos, la mayoría de las pacientes inician su cuadro de bulimia entre los dieciséis y los veinte años.

Antecedentes

La mitad de las pacientes han desarrollado una anorexia nerviosa incompleta antes de la bulimia. Perdieron significativamente peso y se mantuvieron así de dos a seis meses, pero el cuadro no alcanzó una magnitud suficiente ni los mecanismos de perpetuación funcionaron para ello. Al no poder continuar, la chica recurrió al vómito autoprovocado y oculto y/o al uso de laxantes. Una minoría empezó a "picar" los alimentos a escondidas. Las tres opciones son una transgresión de la "legalidad" anoréxica. Estos rasgos implican una audacia, pero también un fracaso y, como tal, se vive con vergüenza. La paciente se oculta de los demás, pero también de ella misma.

El vómito cambia a la paciente

Los vómitos aparecen o lo practican inicialmente, y en algunos casos parecen haber encontrado la gran solución. Pueden comer sin engordar y además disminuye la tensión familiar. No sólo pueden relajar el férreo control sobre la ingesta, sino parecen recuperar el apetito. Sin embargo, al poco tiempo cunde la insatisfacción. Unas porque quieren seguir bajando de peso. Otras se dan cuenta de que tras el vómito tienen más necesidad de comer. Con el vómito, la paciente empieza a hacer una serie de experimentos de consecuencias fisiológicas. Utilizan la leche como vomitivo, a veces en grandes cantidades. Usan la mano para favorecer el vómito hasta hacerse erosiones o callosidades (signo de Russell) o se precia de hacerlo solamente con un buen manejo de su musculatura abdominal. Algunas van más lejos en su afán purgativo, pretenden limpiar el estómago y se esfuerzan hasta que creen conseguirlo. Aprenden a devolver casi sin hacer ruido, aunque al principio se ayudan del radio o de la regadera del baño.

Los atracones

Los atracones también destrozan la vida de la paciente. Muchas pasan a esta etapa desde el vómito; otras lo descubren después, como una forma de paliarlos; algunas no pueden

⁵⁰ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. Página 90-91. 1999

devolver aunque se atraquen, y engordan. Si no descubren el vómito o no logran hacerlo, ni usan otros medios purgativos, suben rápidamente de peso, a una velocidad que asusta. Por las mañanas están abotagadas, con la cara edematosa y con una ansiedad que no cesa. Los atracones se repiten en una espiral autodestructiva, donde se insultan a sí mismas y se dicen que si ya están gordas hay que seguir comiendo.

Crisis bulímicas

La Bulimia se puede exacerbar con crisis de ingestión que duran muchos días, en los que la paciente se dedica en exclusiva a "su vicio". Si bien los alimentos que consumen para atracarse son los ya descritos, se extienden a todo tipo de nutrientes y sustancias ingeribles. Al igual que los fármaco dependientes, pueden utilizar tranquilizantes para disminuir la ansiedad, mezclados muchas veces con derivados anfetamínicos con el fin de disminuir el hambre.

Síndrome bulímico-purgativo

Para purgarse, además del vómito, o para sustituirlo, usan laxantes y diuréticos. El estreñimiento es habitual y normal en una paciente que utiliza diariamente el vómito. La chica no sólo lo combate, sino que pretende perder peso con los laxantes. Para ello va probando todo lo que le recomiendan o lee en la publicidad, adecuando las dosis hasta conseguir deposiciones de carácter diarreico o semidiarreico, con las que dicen controlar el peso a veces durante años. En ocasiones es tal su empeño que llegan a dosis tóxicas sin preocuparse de las consecuencias. Con los diuréticos la reflexión es similar. Se automedican, regulan el balance de líquidos, con idénticos objetivos y nuevos riesgos para la salud.

Regurgitación y rumiación

En una parte de las chicas se observa cómo, de forma inesperada, pasa contenido gástrico a la boca, en ocasiones con un ruido que es claramente perceptible para el clínico o los familiares. Esta conducta, en solitario, parece tener un carácter autoestimulador y hasta cierto punto reforzante, ya que en ella la paciente se evade. Otras, en otras circunstancias, lo escupen.

Chupar y escupir comidas

Un grupo de enfermas llevan, también a escondidas, comidas a su habitación, las chupan y luego las escupen. Si se encuentran restos o son sorprendidas, tienden a negarlo enfadadas. Ni la regurgitación ni chupar y escupir son acciones exclusivas de la bulimia nerviosa, ya que ambas pueden darse en la anorexia nerviosa y en cuadros mixtos.

Cara hinchada e hipertrofia parotídea

La palpación de las parótidas e incluso su observación nos muestra la hipertrofia de estas glándulas salivales, similar a la que vemos en las parotiditis o paperas de la infancia. La determinación de amilasa de origen en glándulas salivales es un buen marcador de actividad bulímica, así como la evaluación seriada de iones, especialmente potasio.

Calambres, mareos y pérdidas de conocimiento

Las pacientes bulímicas tienden a ser más aprensivas que las anoréxicas y dan valores más altos en las escalas de hipocondría. La aparición de calambres, en la mayoría de los casos por la pérdida de potasio debida a vómitos repetidos. Los mareos tardan en confirmarlos, avergonzadas de autoinducírselos, aunque en el fondo aterradas. Las pérdidas de conocimiento les delatan y las crisis convulsivas, en ocasiones muy parecidas a las epilépticas, las llevan a los servicios de urgencia en medio de gran alarma familiar.

Curso de la enfermedad y variaciones estacionales

Así como hay crisis bulímicas, la mayoría de las pacientes pasan períodos de tiempo con menor sintomatología. Cuando las pacientes consiguen un mayor autocontrol, se sienten mejor, pero la felicidad dura poco, ya que quieren, una vez más ser anoréxicas. La sintomatología tiende a ser mayor en otoño e invierno y remite en los meses de más luz y verano. Sin embargo, todo, o casi todo, parece descompensarlas: los exámenes, los problemas familiares, sus amores.

FACTORES DE MANTENIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Los atracones y las conductas purgativas tienden rápidamente a transformarse en costumbre y más tarde en hábitos, muy difíciles de modificar como muy bien saben los terapeutas. El vómito por sí mismo se instala como conducta habitual tras la ingestión, como un ritual purgativo que necesariamente debe seguir a las comidas, incluso si no hay atracón. Los bulímicos condicionan el funcionamiento gástrico y hacen extraños cálculos sobre lo que se dejan dentro, y aquello que sobra, lo devuelven. Al perder el control, devuelven todo o comen para devolver.

La familia

Así como los familiares con frecuencia señalan a la paciente como el elemento central de descomposición familiar, ésta ve a su familia como un caos que sólo ella puede arreglar. La hija se convierte en el problema de la casa; a su alrededor giran impotentes, y dando bandazos, los familiares. La chica vive envuelta en culpas aceptando el papel asignado, o al que sin querer se prestó, dejando bolsas con vómitos en su desordenada habitación y haciendo gala de un egocentrismo que parece no tener en consideración a los demás. Por todo ello, la familia es indispensable en el tratamiento, al menos para conseguir que la situación no se agrave.

SUFRIMIENTO MENTAL

Ideas o pensamientos suicidas

La idea o pensamiento suicida está presente en un 80 por ciento de los casos y el paso al acto suicidario es relativamente frecuente. Es uno de los factores de mayor riesgo y de indicación de internamiento psiquiátrico.

Sintomatología disociativa

La sintomatología disociativa no es rara en momentos de crisis y en ocasiones es difícil precisar si un episodio de doble conciencia se debe al tipo de fenómeno de alteración hidroelectrolítica provocada por los vómitos y/o diuréticos o a un episodio de carácter epiléptico. Sin embargo una parte significativa de las enfermas presenta un trastorno de personalidad asociado (trastorno límite de personalidad y en menor grado trastorno narcisístico u otros).

OTROS RASGOS PSICOPATOLÓGICOS

Inestabilidad afectiva

Lo que se observa en la bulímica es una enorme inestabilidad afectiva, fluctuando de la locuacidad al ensimismamiento, de la risa al llanto, de la tristeza a la rabia y, de pronto, una intensa alegría.

Conducta impulsiva

Actúan sin pensar. La mayoría de los actos suicidas, por ejemplo, son conductas no premeditadas.

Baja tolerancia a la ansiedad, a la frustración y escasa autoestima

Éstos tres aspectos hacen que cualquier situación en la que algo no sea como prevean o sueñan, cualquier diferencia o retraso, parezca un fallo irreparable que les lleva a una crisis.

Tendencia al perfeccionismo

Cualquier tarea que emprendan, más allá de sus limitaciones, que no ven, la inician con gran autoexigencia y cuando constatan que no pueden, se desesperan.

Necesidad de aprobación, halago y deseo de ser el centro de atención

Voracidad afectiva

Suelen pedir demasiado de su entorno.

Egocentrismo

Es el deseo de ser el centro, que a la vez les hace sentir que todos pueden estar pendientes de ella; así, cualquier variación es percibida de inmediato por los demás.

Interpretación de la realidad

Se interpretan olvidando muchos detalles importantes, con lo que pueden cometer errores. Prima el egocentrismo afectivo, por lo que cualquier hecho cae dentro de su sistema de pensamiento.

Radicalización de términos

Las cosas son todo o nada, blanco o negro; los términos medios no existen en un peculiar razonamiento dicotómico. No tener o ser todo es no tener o ser nada.

Las cosas son como se soñaron

Las cosas son como uno desea o sueña que sean, no como son. Esta perspectiva distorsionada complica la relación de la paciente con la realidad, las situaciones y las personas de su alrededor.

Idealización

La paciente bulímica sustituye su autovaloración por una imagen estándar idealizada. En la comparación entre lo que ella es y dicha imagen modélica siempre hay un fracaso, de ahí que sea tan necesario ese continuo apoyo externo que le recuerde lo mucho que vale, puesto que ella sola no sabe valorar sus propios logros y éxitos parciales.

Confusión de sensaciones y sentimientos

Les cuesta expresar con palabras lo que sienten corporal y personalmente, en especial si aquello que sienten debe ser así o no.

Creencias

Parece que se mueven en un mundo de creencias fijas de dudoso origen y de gran dogmatismo y rigidez: "debo", "tengo", "estoy obligada", "no quiero frustrar a", etc.

Identidad lábil

No saben que función tienen en casa, en el trabajo, con sus amistades, con su vida sentimental. Creen que todo es falso, que solo están con ellas por compasión.

SÍNTOMAS COMPORTAMENTALES EN LA BULIMIA NERVIOSA^{51*}

Conducta alimentaria

- ☞ Atracones alimentarios a escondidas al menos dos veces a la semana durante un período no inferior a tres meses.
- ☞ Intentos manifiestos de restricción dietética en comidas normales.
- ☞ Almacenamiento de alimentos en diversos lugares de la casa.
- ☞ Ingestión de comidas a terceros sin preocupación aparente y negando la evidencia.
- ☞ Ingestión de grandes cantidades de agua, leche, café y bebidas de cola light.
- ☞ Consumo intensivo de chicles sin azúcar.
- ☞ Consumo indiscriminado de tabaco para disminuir el ansia de comer.
- ☞ Consumo impulsivo de alimentos congelados, desechados, de la basura o destinados a animales de compañía.
- ☞ Evitación de comidas sociales.

Conducta destinada a compensar atracones y perder peso

- ☞ Vómitos autoprovocados.
- ☞ Escupir comidas sin tragarlas.
- ☞ Uso masivo de laxantes y a veces enemas.
- ☞ Uso de diuréticos.
- ☞ Aumento del ejercicio físico para aumentar gasto energético.

Estudios y trabajo

- ☞ Aumento aparente de las horas de actividades útiles y estudio.
- ☞ Disminución del rendimiento escolar o laboral.
- ☞ Inasistencia a clases o al trabajo.
- ☞ Disminución de las horas de sueño y dificultad para levantarse.

Vida familiar

- ☞ Irritabilidad y cambios bruscos de humor.
- ☞ Evitación de compartir vida familiar y salidas sin límites.
- ☞ Desorden con su ropa, habitación, incluso higiene.
- ☞ Mentira evitativa y también innecesaria.
- ☞ Robo de comidas, dinero y objetos inútiles.

Vida social

- ☞ Intensa e indiscriminada vida social con intervalos de aislamiento.
- ☞ Vida sentimental intensa, inestable o ausente.
- ☞ Actividad sexual que puede fluctuar de ninguna a cierta promiscuidad.
- ☞ Sucesivos cambios y problemas con amistades.

Consumo de tóxicos

- ☞ Consumo de alcohol, en ocasiones sin medida.
- ☞ Consumo de otras drogas en situaciones sociales.

*Estos síntomas comportamentales no se observan en todas las pacientes.

⁵¹ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. Página 98. 1999

SÍNTOMAS MENTALES Y EMOCIONALES EN LA BULIMIA NERVIOSA^{52*}

- 📁 Terror a subir de peso y/o deseo compulsivo de perderlo.
- 📁 Trastorno severo de la imagen corporal.
- 📁 Negación total o parcial de enfermedad.
- 📁 Sensación de ansia de comer persistente.
- 📁 Sueños con atracones.
- 📁 Dificultad de concentración y aprendizaje.
- 📁 Razonamiento empobrecido por su elección de todo o nada.
- 📁 Temor a descontrolar y dejarse llevar por sus impulsos.
- 📁 Sensación de ansiedad difusa y envolvente.
- 📁 Sentimientos e ideaciones depresivas con fuerte componente autolítico.
- 📁 Sensación constante de culpa y facilidad para inculpar a los otros.
- 📁 Baja autoestima personal, física y a veces moral.
- 📁 Persistente sensación de vacío, inutilidad y alejamiento.
- 📁 Severo egocentrismo donde el otro desaparece o es un instrumento.
- 📁 Fijación de metas por encima de su capacidad actual.
- 📁 Dificultad para captar las claves de interacción personal.
- 📁 Intensa desconfianza seguida de acercamiento pueril.
- 📁 Confusión de sensaciones, emociones y sentimientos.
- 📁 Oscilaciones rápidas del humor y estado de ánimo.
- 📁 Intensa lucha interna entre aspectos buenos y malos de la persona.

* Estos síntomas no los presentan todas las pacientes.

⁵² Íbidem. Pág. 103.

2.5 ¿POR QUÉ SE PRODUCEN ÉSTOS HECHOS?

Aquí se verán teorías e hipótesis de estudiosos sobre el tema de la Anorexia y Bulimia Nerviosas que sustentarán el fundamento de la tesis.

Específicamente se encuentran alteradas 3 áreas del funcionamiento psicológico (poco antes de contraer la enfermedad)⁵³:

- † La percepción del propio cuerpo, es decir, la manera en como se "miran".
- † La interpretación de estímulos externos e internos, siendo fundamental la experiencia del hambre.
- † La propia actitud, ya que tienen una sensación paralizante de impotencia; la convicción de que son incapaces de resolver o cambiar nada en sus vidas; la interrogante para enfrentarse a los problemas de la vida cara a cara, como se debe entender ésta preocupación exagerada por el cuerpo.

Respecto a los antecedentes de la Anorexia y Bulimia Nerviosas en el individuo encontramos que⁵⁴:

- † A menudo los Trastornos de la Conducta Alimentaria como la Anorexia, empiezan después de leer un libro o ver una película sobre educación sexual que enfatiza lo que la chica debería hacer, pero para lo que no está preparada.
- † En primavera una parte significativa de la población quiere perder peso, para cuando llegue el verano.
- † Las experiencias amorosas o de desamor aparecen como un claro antecedente en casi un tercio de las pacientes anoréxicas y un porcentaje mayor en bulímicas; esto es antecedente no causa, ya que tienen que darse a la vez factores para que desencadene la enfermedad.
- † Malnutrición acompañada de: cambios bioquímicos que influyen en el pensamiento, los sentidos y la conducta.

Normalmente la Anorexia y Bulimia Nerviosas, aparecen en una edad donde la personalidad social está desarrollándose, es decir, en plena adolescencia y etapa educativa. La lucha de la enferma por controlar su peso da lugar a una violentación del programa de la ingesta que resulta dañado o al menos alterado. Cuanto más tiempo se lleve en la enfermedad, más difícil será su curación. Hay que mostrar a la enferma que su vida está en sus manos, que es quien tiene que moldearse a si misma y ha de plantearse una tarea dura pero llena de promesas, en la que sufrirá frecuentes recaídas hasta que vaya educando a su mente y cuerpo a la nueva situación⁵⁵.

2.5.1 Hipótesis básica

La anorexia es una enfermedad somática que se apoya en el trípode siguiente⁵⁶:

1. Una fobia a la obesidad.
2. Una deificación a la delgadez.
3. Alteración de los mecanismos de regulación de la ingesta.

⁵³ GARCÍA, Fernando. *Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa*. Díaz Santos S.A. España. Páginas 9-15. 1993

⁵⁴ *Ibidem* Página 16.

⁵⁵ GUILLEMONT, Anne. LAXENAIRE M. *Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura*. Masson. Barcelona. Página 83. 1994.

⁵⁶ GARCÍA, Fernando. *Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa*. Díaz Santos S.A. España. Página 23. 1993

A toda ésta sintomatología le acompaña una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones en la esfera familiar y social, lo que termina por cerrar el círculo patológico.

La sintomatología primaria es la fobia a la obesidad, de la que se deriva un sistema de defensa contra la angustia –la deificación de la delgadez- que contribuye a cerrar el ciclo de la fobia. A estos mecanismos puramente psíquicos, se une la alteración de los mecanismos de regulación de ingesta producidos por la desnutrición, que son responsables de gran parte de la sintomatología de la anorexia.

La comprensión y justificación de ésta hipótesis exige una exposición del concepto de fobia, así como de profundizar en los mecanismos de defensa por los cuales la mente y el cuerpo de la anoréxica se neurotizan, es decir, queda prisionera de la angustia y la alteración del control de la ingesta⁵⁷.

2.5.2 Fobia

La palabra viene del griego *phobos*, que significa angustia o temor. En psicopatología se entiende por fobia a una angustia repulsiva –a veces auténtico pavor- ligada a la presencia de algo, a una situación o a la imagen de algo cuyos caracteres no justifica tal emoción, y de lo cual se defiende el enfermo con mecanismos de evitación de la angustia. La fobia puede ser tan poderosa que “hace” naufragar una vida entera. Por consiguiente la reacción angustiosa es más grande que todo, y termina adueñándose del enfermo⁵⁸.

¿Por qué ocurren éstos hechos? Existen teorías que intentan explicarlo, como es el caso de la etiología-evolucionista de las fobias⁵⁹. La cual sustenta que cada uno de nosotros es un ser que tiene millones de años; donde en el interior de nuestro cerebro, se almacena una inimaginable cantidad de información acumulada.

La ley de Haeckel, afirma que el desarrollo de los individuos es una especie de película del proceso que hemos sufrido a lo largo de la evolución. De esta manera, también es aplicable a nuestro cerebro. En su estructura están contenidas las vivencias básicas de los seres que hemos sido con anterioridad. Son los *programas primigenios* a partir de los cuales se genera la mente⁶⁰. Donde, se describe el proceso normal del funcionamiento y la estructura de información. Ésta es parte de los códigos imprescindibles para la vida. Siendo así, se podrá comprender por qué las personas que padecen fobias describen sus vivencias como algo tremendo, que emerge desde el interior de sí mismos y que no quieren sufrir nunca más. De aquí que el terror sea insoportable⁶¹.

Existe una clase de fobia que resulta especialmente interesante para el estudio de la anorexia. Se trata de la llamada *fobia social*. La cual es básicamente el miedo a ser observado. Presentándose de diferentes formas: miedo a hablar en público, a estar en el trabajo, relacionarse con personas desconocidas, a los actos sociales, etc. Esta fobia se centra en relación nuestra con el grupo social⁶².

⁵⁷ CAPARROS, Nicolás. SANFELIAU, Isabel. *La anorexia: una locura del cuerpo*. Biblioteca Nueva. Madrid. Páginas 59-65. 1997.

⁵⁸ GARCÍA, Fernando. *Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa*. Díaz Santos S.A. España. Página 11. 1993

⁵⁹ CFR *Ibidem* Página 12

⁶⁰ *Ibidem*. Páginas 13-19.

⁶¹ HEKIER, Marcelo. MILLER, Celine. *Anorexia-Bulimia: deseo de nada*. Paidós. México. Páginas 38-73. 1994.

⁶² GUILLEMONT, Anne. LAXENAIRE M. *Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura*. Masson. Barcelona. Páginas 66-89. 1994.

Los adolescentes son muy sensibles a este tipo de temores; a muchos de ellos les resulta angustiante relacionarse con personas desconocidas o asistir a fiestas. Y cada vez que penetran en un círculo de personas desconocidas sienten inquietud. Como por ejemplo, las miradas extrañas los pueden poner incómodos.

Esta sensación –fobia, si se trata de algo más grave- explica⁶³ porque el hecho de ser observado, puede despertar la información de posible peligrosidad a lo desconocido. Los adolescentes, y más en concreto, las adolescentes, dan un valor fundamental a su aspecto físico con respecto a ser aceptado o no por el grupo. Ellos viven en la expectativa de lo que será su cuerpo. Siendo una incógnita para sí mismo.

De aquí que el aspecto físico del cuerpo esté en primer plano de sus preocupaciones, puesto que lo relaciona con sus vinculaciones sociales y aceptación como ser social. Deduciendo, que la mente del adolescente es muy sensible a lo relacionado con su imagen corporal. Esta vulnerabilidad da lugar a los temores sociales y a la facilidad de desarrollar una “*fobia social*”. Como es el caso de la anorexia que, es una enfermedad con la suficiente fuerza para producir un cuadro crónico de enfermedad⁶⁴.

Las anoréxicas describen una sensación desagradable con relación a estar gruesas, y desarrollan una serie de estrategias defensivas ante la posibilidad de sentir de nuevo esta angustia que se despierta, ante la distorsión de la imagen corporal. La patología primaria es una fobia donde se tiene que actuar con vistas a un tratamiento integral y con un enfoque multidisciplinario; entendiendo que las fobias tienen mecanismos de defensas y que no se debe separar lo que es patología primaria de la secundaria, puesto que para la rehabilitación se deberá atender a las dos.

2.5.3 ¿Cómo se desarrolla la fobia? Nacimiento de la fobia

Un mal día, la futura enferma –o el futuro enfermo- se siente dolida por las críticas, mofas y risas de sus compañeros acerca de su gordura. Es posible que hubiera observado que su físico tenía tendencias a engordar, como es frecuente en los adolescentes. Esto se ha unido a la preocupación expectante ante los cambios que se están operando en ella. Hay que añadir a estos hechos, la influencia que tiene la imagen social de la mujer –y del hombre- que se proyecta por los medios de difusión y el consenso generalizado: La mujer “ideal”⁶⁵ (en la actualidad), debe ser delgada, la cual lleva consigo la moda seductora y poderosa.

El nacimiento de la fobia emerge cuando se produce una constelación de acontecimientos que coinciden en un punto del espacio y tiempo, propiciando una realidad que es resultado de tales circunstancias. Así, la personalidad de la enferma⁶⁶, es sólo un factor más de los muchos que en un momento dado contribuyeron al nacimiento de la enfermedad.

⁶³ CFR GARCÍA, Fernando. *Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa*. Díaz Santos S.A. España. Página 22. 1993

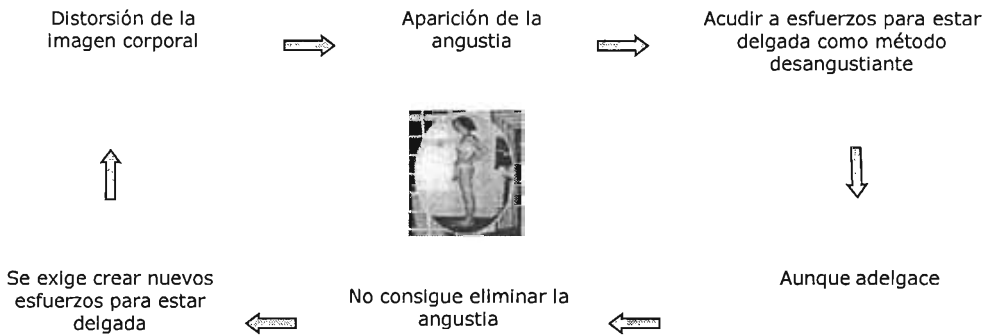
⁶⁴ TORO, Joseph. VILARDELL, Enric. *Anorexia Nerviosa*. Martínez Roca. Barcelona. Páginas 22-60. 1987.

⁶⁵ GUILLEMONT, Anne. LAXENAIRE M. *Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura*. Masson. Barcelona. Páginas 86-99. 1994.

⁶⁶ CFR GARCÍA, Fernando. *Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa*. Díaz Santos S.A. España. Página 28. 1993

2.5.4 Círculo infernal

Como la angustia aparece cada vez que se imagina que puede estar obesa, la enferma establece por todos los medios no estarlo. A esto consagrará la mayor parte de los actos de su vida. De esta manera crea un círculo enfermizo. Este consiste en lo siguiente:

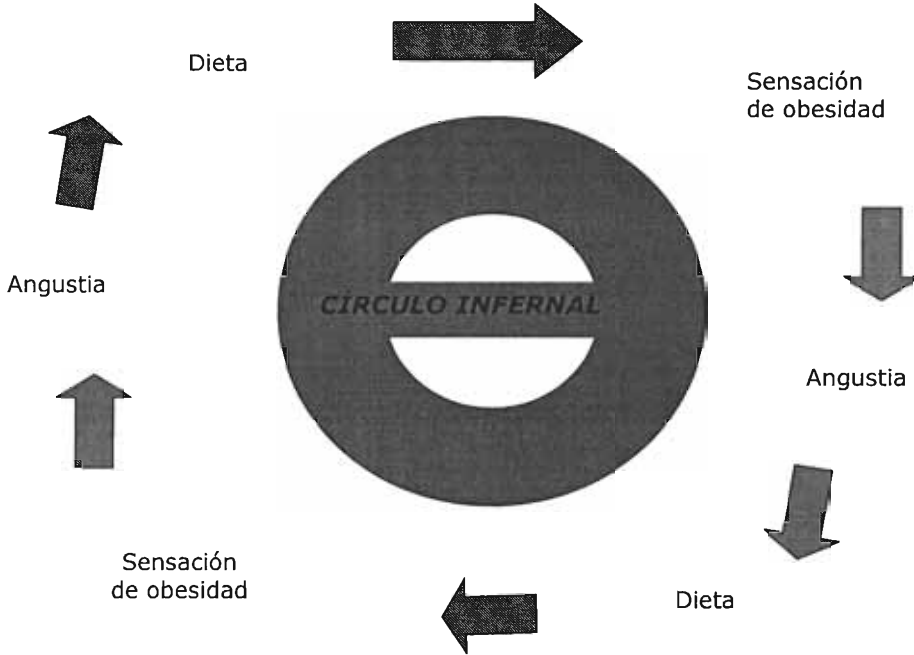


Por lo que tiene una sensación insoportable que quiere evitar a toda costa y la solución es fácil y obvia –según ella-: permanecer delgada. En este momento cae en una trampa somática; la cual consiste en que *“el hecho de estar a dieta, no impide que las imágenes distorsionadas acuden a su mente y despierten la angustia”*⁶⁷.

Así ésta es representada por la gordura. El hecho real de estar gruesa se toma como lo temible, cuando lo es la angustia en sí. Por ello todo consejo para que coma es recibido por la enferma como un insulto.

⁶⁷GARCÍA, Fernando. *Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa*. Díaz Santos S.A. España. Páginas 20-26. 1993.

Respecto al círculo de la dieta se puede resumir de la siguiente manera⁶⁸:



2.5.5 El papel de la angustia

El concepto es básico para comprender lo que pasa en la paciente anoréxica y emprender acciones, como las que se proponen en el capítulo IV: Intervención del trabajo social con pacientes con anorexia y bulimia nerviosa.

El hecho que la angustia sea la reacción ante lo desconocido, da lugar a que el humano intente hacer frente a la amenaza dando órdenes que crean una profunda disfuncionalidad en nuestro organismo y en nuestra mente, que puede incluso ocasionar la muerte por un shock neurológico, por hemorragias intestinales, infarto de miocardio, etc.

Esta es un sentimiento insoportable que se intenta superar por todos los medios⁶⁹, sobre todo por el conocimiento de lo desagradable y mediante la organización de la reacción defensiva con motivo de poder rebajar el grado emocional ante lo amenazante.

Para resolverla es necesario conocer el problema que realmente inquieta y solucionarlo. Las anoréxicas tienen el infortunio de que se activan estructuras cerebrales donde está contenida información altamente angustiante. La cual siente cuando acude a su conciencia la imagen de su propia obesidad⁷⁰.

Estos datos nos pueden dar la clave para comprender los aparentemente absurdos comportamientos de la anorexia: luchar por evitar ser invadida por la angustia.

⁶⁸ Ibidem Pág 27.

⁶⁹ CFR. Pág 27.

⁷⁰ *Cuatro de cada cinco mexicanas quiere bajar de peso.* Artículo de Leo Rivera Morales. La Jornada Semanal, 20 de febrero del 2000.

2.5.6 La angustia y el esquema corporal

Las pacientes tienen alterados los programas de interpretación del cuerpo, existe una imagen distorsionada e incapacidad de verse en sus auténticas dimensiones; lo cual da lugar a que se desarrolle una patología somática, debido a que la enferma se percibe de una manera incorrecta⁷¹.

Para la (el) enferma de anorexia y/o bulimia, admitir que está delgada cuando la angustia continúa amenazando, sería lo mismo a aceptar que la estrategia seguida de adelgazamiento ha fracasado, llegando a sentirse absolutamente indefensa ante la angustia de no poder contenerla⁷².

Por ello, es frecuente que las enfermas salgan corriendo de consulta ante un médico inexperto en el tratamiento de estos padecimientos, cuando éste insiste en que lo que debe de hacer es comer y subir de peso. La propuesta es recibida como algo absurdo, y que denota que quién la sugiere no sabe nada de lo que a ella le pasa.

2.5.7 La corrección del peso. El cambio personal y la pérdida de peso

Para las personas que padecen Anorexia y/o Bulimia Nerviosas, el hecho de estar delgadas, les da una gran sensación de poder, orgullo y éxito. Resultando increíble e incluso sobrecogedor para los que observan el fenómeno desde fuera, la determinación con que persiguen su objetivo de la delgadez extrema, no sólo a través de la restricción de la comida, sino también del ejercicio exagerado. A pesar de la debilidad física asociada a la grave pérdida de peso, realizan auténticas hazañas para demostrarse a sí mismas el ideal de la prevalencia de "la mente sobre el cuerpo"⁷³.

Niegan la existencia de una clara escualidez, por otro lado, tienen un orgullo extraordinario por haber conseguido un logro supremo. Su necesidad de estar delgadas como sea posible es tan grande que harán cosas increíbles para lograrlo. En un esfuerzo por mantener los alimentos no deseados fuera del cuerpo, muchas se provocan vómitos, practican enemas e ingieren diuréticos y laxantes de manera excesiva. Todo ello puede dar lugar a serias alteraciones en el equilibrio de electrolitos que, sin la atención necesaria, les podría llevar a la muerte⁷⁴.

Las descripciones clásicas de esta enfermedad hacen hincapié en las consecuencias físicas de la desnutrición que ya se han mencionado.

Para añadirle complejidad al asunto, diré que las diferencias individuales dependen del nivel del deterioro que ha provocado la malnutrición. Muchos de los síntomas más alarmantes – división del ego, despersonalización, defectos serios en el ego- están directamente relacionados con la inanición. Las anoréxicas se enganchan en un proceso patológico porque, de alguna extraña manera, éste satisface su urgente deseo de ser especiales y así destacar.

⁷¹ SERRATO Azat, Gloria. *Anorexia y bulimia: Trastornos de Conducta Alimentaria*. Libro Hobby Club S.A. Madrid, España. Página 55. 2000.

⁷² TORO, Joseph. VILARDELL, Enric. *Anorexia Nerviosa*. Martínez Roca. Barcelona. Páginas 59-62. 1987.

⁷³ BRUCHE, Hilde. *La jaula dorada del enigma de la anorexia nerviosa*. Paidós. Barcelona. Páginas 19-48. 1ra Edición 1978. Reedición 2002.

⁷⁴ *Trastornos alimenticios. Anorexia Nerviosa*. Recuperado el día 26 de julio de 2003, en: www.contusalud.com

No se trata de una enfermedad que simplemente le suceda a una chica; se requiere que esta sea una participante muy activa en el proceso. Para entender esto se deben tener en cuenta las alteraciones personales y las deficiencias de desarrollo que preceden a la enfermedad.⁷⁵

2.5.8 Insatisfacción personal y corporal

Normalmente la Anorexia y/o Bulimia Nerviosas aparecen en una edad donde la personalidad social está desarrollándose, en plena adolescencia y etapa escolar. Esto tiene el mismo efecto que cualquier otra enfermedad grave que se presenta, aunque con sus características propias, tan es así que algunos autores han pensado que "estos padecimientos se deben a un trastorno del desarrollo, una negación a ser mujer, a desempeñar el papel social de adulto, etc".⁷⁶

El desarrollo inadecuado de la personalidad, la interrupción del proceso normal de maduración en la adolescencia, los problemas orgánicos producidos por la desnutrición; propician (en el caso de la mujer), la desaparición de la menstruación.

Toda actividad de la enferma está centrada directa o indirectamente en la angustia contra la obesidad. Huirá de los demás porque le estarán diciendo continuamente que renuncie a sus creencias y métodos de lucha ante ésta, o su adoración a la delgadez. Sus conocidos le dirán que está muy delgada, que ha contraído una enfermedad, que está poniendo en peligro su vida, por lo que la enferma se sentirá incomprendida y terminará aislando su vida social, abandonando los estudios o el trabajo, aunque en esto último influirá su precaria salud, mareos, crisis de bulimia, vómitos, etc⁷⁷.

Cuando la enfermedad avanza y aparecen las primeras complicaciones somáticas, la enferma se encuentra entre dos mundos⁷⁸. El mundo de su sistema de creencias, y el mundo de los que le rodean, de su madre, padre, amistades, de los médicos que la han visto. Existe una gran contradicción entre uno y otro; su mundo de creencias le dice que su salvación es estar delgada y controlar su peso; el otro le dice que está en hacer todo lo contrario.

Tal confrontación la destroza y aumenta su ansiedad, aislamiento, huida de la realidad social, incapacitándola para continuar sus estudios, trabajo, relación con el otro sexo, etc. Sus reiterativos fracasos por obedecer a dos cosas contradictorias, da lugar a una vida llena de angustia, desánimo, donde son frecuentes las crisis depresivas, e incluso los intentos de suicidio, aunque menos de lo que habría de esperarse dada la índole de sufrimiento y desesperación que produce la enfermedad.

2.5.9 Pérdida de hábitos alimenticios

La incorporación de la mujer al mundo laboral es otro de los factores sociales que influyen para que la anorexia y/o bulimia se propaguen⁷⁹. La ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida (un papel tradicionalmente atribuido a la madre) ha facilitado que muchos adolescentes que empezaban con la dieta, escaparan del control

⁷⁵ BRUCHE, Hilde. *La jaula dorada del enigma de la anorexia nerviosa*. Paidós. Barcelona. Páginas 46-48. 1ra Edición 1978. Reedición 2002.

⁷⁶ RAICH, Rosa María. *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Pirámide. Madrid. Páginas 150-169. 1994.

⁷⁷ CFR CRESPO, Rosina. FIGUEROA, Eduardo. *Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Gedisa. Barcelona. España. Página 102. Septiembre 1996.

⁷⁸ GARCÍA, Fernando. *Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa*. Díaz Santos S.A. España. Páginas 69-70. 1993

⁷⁹ *Causas, diagnóstico y consecuencias de la anorexia entre 15 y 25 años de edad en Latinoamérica. Ubicación contextual, Problemática de la anorexia, Objetivo, Programa*. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.iteso.com.mx

familiar y acabaran transformando una alimentación irregular en una enfermedad grave. "Aspectos aprendidos durante años, como sentarse a la mesa para comer en familia están desapareciendo. Esta es una de las causas que favorecen la expansión de los trastornos de la conducta alimentaria", explica el Doctor J. Casas, del Hospital de Móstoles de Madrid. Otra conducta que ya no se acostumbra, dijo, es la hora de la cena. "El descontrol a la hora de la cena ha aumentado. Ahora cada uno abre el refrigerador y toma lo que quiere. Los niños aprenden a comer mal, de ahí que los hábitos alimenticios que transmitirán a sus hijos también serán erróneas". Una solución a este problema, que puede convertirse en costumbre, es, según Asunción Marcos, "introducir una asignatura sobre nutrición en las escuelas, para que los pequeños aprendan cuáles son sus necesidades alimenticias y lleven siempre un estilo de vida sano"⁸⁰.

2.5.10 La cultura de la delgadez

En las últimas dos décadas, de acuerdo a las propagandas de países industrializados, la delgadez se ha convertido en la tarjeta de presentación de todos aquellos hombres y mujeres que desean triunfar social y profesionalmente. "Los mensajes que hacen referencia a la imagen corporal son omnipresentes y con ellos se reproduce la idea de que estar delgado es el medio para obtener la felicidad y el éxito. La presión es excesiva", destaca el doctor Gonzalo Morandé, del Hospital Niño Jesús de Madrid y organizador de estas jornadas⁸¹.

La imagen ideal del cuerpo de la mujer ha cambiado de manera radical en los últimos años, cada día se les exige que sean más delgadas, motivo por el cual casi todas las modelos son anoréxicas o bulímicas.

Así se toman algunas mujeres reconocidas mundialmente, -Kate Moss- como el patrón de imagen entre las adolescentes, siendo la moda el principal factor ambiental involucrado en este tipo de Trastornos de Conducta Alimentaria⁸². El cuerpo delgado de las modelos es admirado por la mayoría de las adolescentes que en un intento por parecerse a ellas comienzan a hacer dietas y a obsesionarse con su peso⁸³.

De esta manera las mujeres, no sólo de México sino del mundo, reciben una educación social, cuyo fin es ser objeto de deseo, por lo que son valoradas con base a la estética, lo cual contribuye a la proliferación de la anorexia. A ésta se le ha atribuido un rechazo inconsciente a la feminidad, ya que la delgadez denota un aspecto infantil y en consecuencia, puede protegerse, en apariencia contra los riesgos de ser adulto, de alguna forma es una negativa a crecer⁸⁴.

2.5.11 Influencia familiar

La familia no es culpable ante un proceso de bulimia o de anorexia. Sin embargo, puede ser un factor que contribuya a que se desarrolle alguno de estos Trastornos de la Conducta Alimentaria, debido a que está vinculada en muchos aspectos a la génesis de la enfermedad,

⁸⁰ *Trastornos alimenticios. Anorexia Nerviosa*. Recuperado el día 26 de julio de 2003, en: www.contusalud.com

⁸¹ *Causas, diagnóstico y consecuencias de la anorexia entre 15 y 25 años de edad en Latinoamérica*. Ubicación contextual, Problemática de la anorexia, Objetivo, Programa. Recuperado el día 26 de julio de 2003, en: www.iteso.com.mx

⁸² CFR *Ibidem*.

⁸³ *Trastornos alimenticios. Anorexia Nerviosa*. Recuperado el día 26 de julio de 2003, en: www.contusalud.com

⁸⁴ *Eating disorders organization national association of anorexia nervosa and associated disorders*. Traducido y Adaptado por Natalia Jaramillo-Enfermera Licenciada, U.J. Editora. Septiembre 2000. Recuperado el día 26 de julio de 2003, en: www.Contusalud.com.mx

pues a veces ciertas ideas o formas de actuar del grupo pueden constituir el elemento precipitante⁸⁵. Por otra parte, también es cierto que la capacidad de reacción, organización, búsqueda de ayuda, adaptación y la perseverancia de la familia con respecto a la enfermedad, son elementos básicos para el pronóstico. A principios del siglo pasado se recomendaba la separación entre la paciente y sus familiares. Actualmente, la clásica parentectomía es aún aconsejada por muchos autores. Algunos insisten en ello en los inicios del tratamiento, para romper la espiral anoréxica o bulímica; otros, cuando la paciente ha mejorado de forma sustancial. Más que indicar una supuesta culpabilidad o complejidad familiar, este tipo de prescripciones apunta a definir el lugar más adecuado para el tratamiento⁸⁶.

Algunos autores dicen que las chicas que manifiestan algunos de estos padecimientos, tienen como característica en el caso de la Anorexia: venir de familias rígidas, estrictas y poco tolerantes. Bulimia: familias conflictivas con antecedentes de alcoholismo, depresión drogadicción y obesidad⁸⁷.

En torno a las características dentro de la familia de la enferma, se encuentra el divorcio de los padres, la sobreprotección de los hijos, muerte de un familiar, situación de competencia con otros adolescentes, ser el primero o el último de los hermanos, y antecedentes familiares de anorexia o depresión. Estos factores pueden empujar a un adolescente con predisposición a tales enfermedades a caer definitivamente en la telaraña de la anorexia y/o bulimia⁸⁸.

⁸⁵ CFR *Íbidem*.

⁸⁶ MORANDÉ, Gonzalo. La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes. Temas de hoy. España. Páginas 147-148. 1999

⁸⁷ CFR. *Trastornos alimenticios. Anorexia Nerviosa*. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.contusalud.com

⁸⁸ SHELLEY, Rosemary. *Anorexia: guía para pacientes, familiares y terapeutas*. Trillas. México-Argentina-España-Colombia-Puerto Rico y Venezuela. 1ra Edición en español Febrero 2000. Página 56.

2.6 ALTERACIONES DEL PROGRAMA DE INGESTA

Los programas de interpretación de la realidad tienen múltiples componentes, como lo son el cognitivo, afectivo, motor, neurovegetativo, endocrino e inmunológico. Cada uno de éstos, está implantado en las estructuras cerebrales y del resto del cuerpo.

Por esta razón, la delgadez extrema y sostenida durante mucho tiempo puede dar lugar a trastornos somáticos que sean los responsables de gran parte de la sintomatología y la dificultad de curación.

Para el Trabajo Social es importante conocer que áreas del paciente están alteradas para poder detectar sintomatología psíquica y comportamental que se deriva de la alteración de los mecanismos de la ingesta, para de ésta manera poder contener, derivar e intervenir sensibilizando a la población afectada.

Las alteraciones presentadas se dan:

- ✗ En la mente: la cual está formada por programas de interpretación de la realidad que involucran a todo el ser, tanto en su corporalidad como en su mente. Esta aclaración es especialmente útil para comprender lo que ocurre en una enfermedad como la anorexia, eminentemente de afectación somática⁸⁹.
- ✗ En la programación anómala de la mente: se puede decir que la anoréxica va "educando"⁹⁰ su mente en esta confrontación, y hace de ésta el significado profundo de su vida. Creándose una personalidad y cultura anoréxica.
- ✗ En el concepto de reliación: Este trata de la relación e información ancestral depositada en nuestro cerebro y el Yo⁹¹.
- ✗ La teoría del símbolo omega: El símbolo Omega (estar delgada), es por tanto la meta de su vida. Si no lo está se siente invadida por la angustia y el desánimo invade la mente. Ello significa sentirse torpe, incapaz de dominar los pensamientos y la acción. Quedando presa en la persecución de la delgadez, transformándose en lo que estimula su ánimo, a favor de la acción y liberándose de la angustia⁹².
- ✗ En la hiperactividad: Las anoréxicas y bulímicas se dedican al trabajo o al estudio con verdadera devoción. Quiere demostrar que se encuentra perfectamente e incluso es envidiable su manera de hacer las cosas.
- ✗ En la autofagia: Es la consumición de las proteínas del propio cuerpo a través de los propios músculos.
- ✗ En el programa de la ingesta: Las anoréxicas modifican este programa. A veces tienen tanto éxito en el cambio de ingesta que fallecen por inanición, venciendo la enorme fuerza que tiene éste; que se impone en todos nosotros con tal magnitud propiciando, que los seres humanos maten e incluso se devoren los unos a los otros si no hay remedio. Ellas tocan estos mecanismos y logran estropearlos gravemente.
- ✗ Cosas extrañas en la comida: La búsqueda, el almacenamiento, la conservación, preparación, degustación y deglución de las comidas están alterados, al igual que su paso y procesamiento por el organismo.
- ✗ Atavismos alimentarios: Las anoréxicas sufren una serie de modificaciones en sus hábitos alimentarios y en sus costumbres relacionadas con la ingesta, que recuerdan las del mundo animal.

⁸⁹ TORO, Joseph. VILARDELL, Enric. *Anorexia Nerviosa*. Martínez Roca. Barcelona. Página 34. 1987.

⁹⁰ CFR. GARCÍA, Fernando. *Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa*. Díaz Santos S.A. España. Página 38. 1993

⁹¹ *El cuerpo sin fin de la anorexia*. Artículo de Fabrizio Andreella. Recuperado el día 2 de noviembre de 2003, en: www.gda.itesm.mx/pat/estaim.html

⁹² GARCÍA, Fernando. *Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa*. Díaz Santos S.A. España. Páginas 40-42. 1993

2.7 SER MUJER Y JOVEN: DOBLE FACTOR DE RIESGO

La anorexia y bulimia nerviosas son Trastornos de la Conducta Alimentaria diez veces más frecuentes en mujeres que en hombres⁹³. Por consiguiente, *ser mujer* es, el factor de riesgo principal para padecer estas enfermedades; junto a otro también muy importante: tener una *edad* que oscile entre los doce y los veintitrés años⁹⁴. ¿Por qué la mujer?, ¿Por qué la mujer adolescente? La mayoría de las chicas sienten insatisfacción con el cuerpo y con ciertas zonas de él, relacionadas históricamente con la fecundidad, aspecto que no está entre las prioridades de la mujer actual. El modelo corporal a seguir, propuesto todos los días en las revistas de los últimos treinta años, no contempla demasiadas diferencias con el varón y el mejor ejemplo lo constituye la masiva extensión del uso de los pantalones vaqueros en ambos sexos.⁹⁵

No se puede hablar de *una causa* en el origen del desarrollo de los trastornos alimentarios, como tampoco que todos los casos sean iguales; si bien por vivir en una misma cultura y padecer problemas similares, las vidas de muchas de estas jóvenes terminan volviéndose parecidas. Los factores en esta problemática son predisponentes, convierten a la persona más sensible para desarrollar dichas enfermedades y se combinan en una ecuación particular para cada persona⁹⁶.

Por ejemplo, habrá casos de bulímicas donde la influencia sociocultural, ejerza una fuerte presión (modelos, azafatas, bailarinas, promotoras). También estarán los casos de otras donde el contexto familiar es poco flexible, en cuanto a la modificación de las reglas de convivencia, lo cual se convierte en un medio poco propicio para asumir los cambios propios de una etapa de vida diferente⁹⁷.

Para sostener lo anterior se muestran cifras del estado de nuestra sociedad en cuanto al tema según la Asociación Norteamericana de Obesidad:

- † El 95% quién padece éstos trastornos son las mujeres.
- † El número de mujeres que están insatisfechas con su imagen corporal es de alrededor del 90%. Es decir, nueve de cada diez mujeres no está de acuerdo con su peso.
- † Más de un 40% de las mujeres viven haciendo dietas en forma discontinua. Comienzan y abandonan sin obtener los resultados buscados o al menos sin mantenerlos, dado que deben recomenzar las dietas.
- † Entre el 80% y el 90% de las dietas fracasan.

Como efecto natural a estas cifras, se dan las siguientes estadísticas (Toronto, 1994):

- † Un 10% de las mujeres desarrolla en forma transitoria o permanente, desorden en la alimentación no específico.
- † El 5% de la población femenina padece bulimia nerviosa.

La incidencia por muerte en anorexia nerviosa, ha crecido del 5% al 7% en los últimos 10 años, según cifras de la OPS.

⁹³LEO, Rivera Morales *Cuatro de cada cinco mexicanas quiere bajar de peso*. Artículo de. La Jornada, Semanal, 20 de febrero del 2000. Sección salud.

⁹⁴ CFR *Ibidem*.

⁹⁵ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. Páginas 39-40. 1999

⁹⁶ CFR LEO, Rivera Morales *Cuatro de cada cinco mexicanas quiere bajar de peso*. Artículo de. La Jornada, Semanal, 20 de febrero del 2000. Sección salud.

⁹⁷ CFR. COPERIAS, Enrique. *Obsesión fatal*. Revista Muy Interesante, México, D.F. 1995. Página 98.

Para concluir, se transcribirá una carta de lectores, publicada en el periódico La Nación de Buenos Aires, el día 14 de mayo de 1995, bajo el título de: "CRUEL PARADOJA".⁹⁸

"Hace un año murió de cáncer mi hijo, a los 27 años. Hace un mes se suicidó la mujer de un buen amigo y hace unos días murió la hija de un buen camarada, a los 19 años. ¿Por qué tanta desgracia? Designios de Dios podría decirse, pero quiero resaltar una cruel paradoja.

Cuando se descubrió el tumor de mi hijo, comprobé el valor de la solidaridad humana, de la sociedad toda, incluso más allá de nuestras fronteras. Psicólogos, médicos, enfermeras, grupos de oración, familiares, amigos, conocidos, vecinos, técnicos en radioterapia, quinesiólogos, nutricionistas, médicos de emergencias, personal de ambulancias, administrativo y de servicios en clínicas y hospitales llenaron de afecto y cuidados a Alejandro. Alejandro murió en paz, luchando con entereza y serenidad por su vida sin perder nunca la esperanza.

El "tumor" que originó las otras dos muertes fue un deseo: bajar de peso, como lo exige la sociedad. En realidad no fue un deseo, ya que nadie desea un tumor, sino que aparecen, por lo general, en forma imprevista.

La mujer de mi amigo, era gordita, simpática, agradable, activa, hasta que hace dos años bajó veinte kilos y cambió la silueta y el carácter.

María Martha quería "estar de moda" y comenzó una dieta para adelgazar, con un médico. Hoy, sus padres se preguntan por la causa de su irreparable pérdida.

Pero este tumor no fue imprevisto, sino generado por la sociedad, porque si una adolescente quiere comprar un pantalón de marca le dicen que para su talle no se fabrica, si en las revistas sólo hay fotos de mujeres delgadas y propaganda para adelgazar, si buena presencia significa menos kilos para conseguir un trabajo, si los popes de las agencias de modelos rechazan jóvenes diciéndoles "vuelve cuando bajes seis kilos", si...allí se está generando el tumor.

El tumor de Ale era incurable, pero el otro debemos extirparlo entre todos de raíz. En una sola operación, empleando como instrumento la solidaridad, la misma que mostró la sociedad con mi hijo ante lo inevitable. El problema es muy serio, aparece una y otra vez y le puede pasar a cualquiera...así son los tumores.

Reaccionemos a tiempo porque después sólo queda el dolor"

2.7.1 Revolución femenina: logros y conquistas

"Décadas de revolución de la mujer arrojan un saldo lleno de aciertos, interrogantes, contradicciones, revisiones y descubrimientos. La mujer y su nuevo papel en la Sociedad sigue siendo objeto de discusión, ataque o defensa, siempre de polémica. El camino ha sido largo, pero aún quedan muchas sorpresas".⁹⁹

De las grandes revoluciones del siglo pasado, quizás única en su éxito en muchos países, y probablemente perdurable, es la de la mujer. Basada en principios democráticos de acceder a una igualdad de oportunidades, tiende a consolidarse como un hecho social que afecta la forma de pensar y costumbres de las personas. Su efecto es el cambio en la definición del papel de la mujer: sus posibilidades, derechos y exigencias. Aparentemente, abuelas y nietas se parecen poco en la forma de ver la vida y actuar en ella. La masiva incorporación a todos los campos de estudio ha hecho que las jóvenes superen con creces la educación de sus antecesoras, aumentando de forma espectacular su presencia en niveles superiores.

Actualmente es raro encontrar una chica que plantee su futuro como ama de casa, y tampoco muchas las madres que lo deseen para ellas. Se preparan para incorporarse al mundo laboral sin descartar ninguna opción. Siendo esta participación importante en las últimas décadas. No es extraño escuchar a una adolescente que pretenda hacer una ingeniería superior o dedicarse

⁹⁸ CRESPO, Rosina. FIGUEROA, Eduardo. *Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Gedisa. Barcelona. España. Páginas 19-29. Septiembre 1996.

⁹⁹ "MUJERES", Diario El País, 29 de septiembre de 1994.

a pilotear aviones. Nada parece estarles vedado y la realidad parece indicar que la sociedad paulatinamente se abre ante su empuje. Según datos del Instituto de la Mujer, en los últimos diez años, la población económicamente activa femenina ha crecido un 35%¹⁰⁰. Asimismo, según estudios realizados en dicho Instituto, los últimos años indican que el matrimonio y cuidado de los hijos no determinan el hecho que la mujer abandone el trabajo. Además, la caracterizan otros rasgos, entre los que destacan: libertad en el uso de sus horarios, elección de amistades y práctica religiosa, dedica más tiempo al arreglo personal, cuida más su alimentación, opta por una sexualidad planificada, consume tabaco, alcohol y maneja su dinero. Estos cambios tienen trascendencia en las costumbres y el sistema de valores. Pocos son los varones jóvenes que se oponen a que sus compañeras trabajen igual que ellos¹⁰¹. Progresiva y lentamente, a veces con muchas tensiones, se modifican las pautas de convivencia.

2.7.2 El precio que hay que pagar por la revolución femenina

Como toda revolución social, la femenina, junto a sus logros, ha dejado en el camino también insatisfacciones. Con el paso del tiempo se ha llegado a pagar muy caro el ser sujeto y, a veces sin quizá deseárselo, objeto de los cambios que se han producido, ejemplo de ello son las enfermedades como la Anorexia y Bulimia Nerviosa. El cuerpo de la mujer es cada día un reclamo de consumo y publicidad. Su incorporación al mundo laboral tiene a veces costes personales muy grandes. Muchas se quejan, y con cierta razón, de cumplir las tareas de siempre más las que ahora se imponen. Respecto a la alimentación, es en la mayoría de las casas, la encargada de alimentar a la familia y parece ser que cada vez con menos interés, así como de hacer la compra, aunque se tiende más a compartir esa función con la pareja y hacerlo un día a la semana, en grandes cantidades, para conservar los alimentos en el hogar. Una parte significativa de los adolescentes, cena directamente del refrigerador, para luego ingerir los alimentos frente al televisor. Los pediatras llaman la atención sobre el aumento del colesterol de los niños, atribuyéndolo, al menos parcialmente, al reemplazo del clásico sándwich para la escuela, por productos de bollería elaborados. Da la impresión de que la función nutricional familiar es abandonada o minusvalorada por la mujer, sin encontrar quién la reemplace.

*"Cuando mi hija tenía siete u ocho años era muy segura y abierta, y yo pensaba que era el fruto de tantos años de lucha feminista. Pensé que aparecía una nueva generación de mujeres. Pero ahora vemos que cuando nuestras hijas se acercan a la adolescencia, sufren una pérdida de autoestima que muchas veces las conduce a la depresión. A esa edad, las niñas tienen una capacidad intelectual superior a la que teníamos nosotras y pueden sufrir más. Las educamos para que se consideren iguales a los hombres y les hemos dicho que pueden hacer lo que quieran. Y ellas, en efecto, así lo creen. Pero cuando llegan a los doce años comprueban que la realidad no es exactamente como esperaban que fuera. Observan el papel de las mujeres a su alrededor y ven que ahora trabajan dentro y fuera de casa".*¹⁰²

2.7.3 ¿Por qué la mujer?

La respuesta es que están más expuestas. A partir de 1990 hay diferentes autores que sugieren hablar de trastornos por hacer dieta en lugar de la denominación clásica de trastornos del comportamiento alimentario¹⁰³. Hacer dieta es la principal conducta de riesgo y

¹⁰⁰ Estadísticas de los trastornos al comer. Anorexia y Bulimia, resultados de una secundaria. Recuperado el día 2 de noviembre del 2003, en: www.gda.itesm.com.mx

¹⁰¹ CFR Ibidem.

¹⁰² Declaraciones de Idelissa Malova, feminista americana, al diario *El País*, 1994.

¹⁰³ CFR RAICH, Rosa María. *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Pirámide. Madrid. Páginas 60-66. 1994.

es una actividad que por las razones ya enunciadas la realizan con mucha más frecuencia las mujeres que los hombres. Según criterios epidemiológicos de Sz mukler, aceptados tanto en ámbitos nacionales como internacionales, a mayor cantidad de gente que realiza una conducta de riesgo mayor número de casos habrá¹⁰⁴. Con el consumo de alcohol sucede algo similar; tradicionalmente ha sido practicado más por el sexo masculino, y si aumenta, como sucede, entre mujeres jóvenes, el número de alcohólicas también crecerá. La posibilidad de que ésta, junto con hacer dieta con mayor frecuencia e intensidad que el varón, será al mismo tiempo más susceptible de obsesiones con ella, ya sea por motivos biológicos o psicológicos, convirtiéndose en otra posibilidad que amplía el riesgo.¹⁰⁵

Vivimos en una sociedad que rinde culto al cuerpo (sobre todo al femenino) más que a otros valores, es común ver patrones de conducta que marcan este culto, por ejemplo: dentro de una familia, si uno de los integrantes es obeso, lo consideran motivo de burla, lo esconden por vergüenza, le dan un trato como si estuviera enfermo a diferencia de cualquier otra persona. Lo anterior determina en cierta medida el porque "la anorexia es un trastorno alimentario que afecta mayoritariamente a mujeres prepúberes o adolescentes y en menor medida a mujeres adultas y hombres jóvenes."¹⁰⁶

2.7.4 Adolescencia: el otro factor de riesgo

Las personas en general y los adolescentes en particular, dan un valor fundamental a su aspecto físico sobre todo si éste influye en la aceptación del grupo. De aquí que para los adolescentes su apariencia se encuentra en primer plano de sus preocupaciones y esto, lo relaciona con sus vinculaciones sociales y aceptación con su ser social, por lo que se deduce que "la mente del adolescente sea muy sensible a todo lo relacionado con su imagen corporal y social".¹⁰⁷

La adolescencia es una etapa de construcción de identidad, ya que es precisamente en ésta, donde se define sobre lo quiere hacer en su futuro, identificando que es la más difícil de superar y con mayor riesgo para presentar un trastorno alimentario como la anorexia y bulimia nerviosas, las cuales son cada vez más frecuentes entre ellos. Entre los factores predisponentes encontramos:

- ⌘ Ser mujer.
- ⌘ Tener entre 12 y 24 años de edad.
- ⌘ Llegar a la pubertad y a la menarquía (primera menstruación) con sobrepeso.
- ⌘ Tener antecedentes familiares relacionados con algún trastorno alimentario.
- ⌘ Vivir en una familia preocupada en exceso por el físico y la apariencia.
- ⌘ Ambiente escolar donde se presenten casos de trastorno alimentario.
- ⌘ Practicar ciertas actividades artísticas o deportivas, como ballet, gimnasia.¹⁰⁸

El riesgo que representa este trastorno es que: durante la pubertad el adolescente con anorexia, no pasa por los cambios de esta etapa, "no crece en talla y no tiene cambios óseos, su pelvis sigue siendo sin forma, no desarrolla pechos, caderas y glúteos, no menstrúa y si una persona ya se encuentra en la adolescencia, todos estos cambios dan marcha atrás, por eso es importante la detección oportuna de la enfermedad, ya que esta retarda, impide el

¹⁰⁴ CFR DE LA FUENTE, Ramón. *Psicología Médica*. 2da edición, Fondo de Cultura Económica, México. 1992. Pág. 150.

¹⁰⁵ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. Páginas 39-40. 1999

¹⁰⁶ TORO, José. *Anorexia Nerviosa*. Trillas. México, D.F. 2000. Página 94

¹⁰⁷ GARCÍA, Fernando. *Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa*. Díaz Santos S.A. España. Página 102. 1993

¹⁰⁸ COPERIAS, Enrique. *Obsesión fatal*. Revista Muy Interesante, México, D.F. 1995. Página 98.

crecimiento y detiene el desarrollo de la pubertad, lo cual limita al adolescente a disfrutar una vida social satisfactoria".¹⁰⁹

Aspecto Biológico

Los cambios físicos en la adolescencia se dan a través de las glándulas, que "son quienes producen ciertas sustancias que pasan a la sangre para iniciar la actividad en órganos y regular sus funciones, a estas sustancias se les conoce como hormonas".¹¹⁰

Una de las glándulas más importantes es la hipófisis, la cual se localiza en la base del cerebro y produce hormonas, que hace que ocurran diferentes cambios dentro y fuera del cuerpo. Uno de los primeros cambios que se producen y tal vez el que más se nota, es el de la talla o la estatura. Al producirse los cambios físicos con distintos ritmos, es probable que ocurra una pérdida de control en los movimientos, sin embargo, esto es pasajero, ya que al final de la pubertad, los adolescentes logran manejar en forma más coordinada las piernas, brazos y manos. El cuerpo del adolescente varón toma una forma diferente al de la mujer, debido a que crece el tronco, se ensanchan los hombros y las caderas se notan más angostas, lo cual hace que se vea como un joven. En las mujeres la grasa del cuerpo se distribuye y hace que se adquiera otra forma, "las grasas se quedan principalmente en las caderas y en el abdomen. Por lo que se podrá ver que las caderas se van ampliando, la cintura se marca mejor, las piernas se redondean y el busto empieza a crecer".¹¹¹

Los senos no crecen en la misma forma ni con la misma rapidez en todas las adolescentes. A veces un seno crece más que el otro, lo que es natural si la diferencia no es muy grande. Es común que en los adolescentes "el desarrollo produzca un apetito feroz que da como resultado un aumento de peso y estatura. Sin embargo, en algunos casos este aumento no siempre se nota debido a que los huesos y los músculos se han alargado".¹¹²

En esta etapa, tanto hombres como mujeres, les crece vello en las axilas y pubis, además de aparecer las características sexuales secundarias. En el hombre, tanto el pelo como el vello están más desarrollados que en la mujer, debido a la hormona masculina, testosterona. Esto hace que aparezca vello en las piernas, brazos y a veces, en el pecho, que el pelo fino de la cara se transforme poco a poco en barba o bigote y que se presente la primera polución. En la mujer "aparece la menstruación, la cual es un sangrado mensual compuesto por un líquido como el agua, un poco de sangre y sustancias que forman la capa del útero llamada endometrio. El flujo sale lentamente por la vagina durante el día y la noche, con una duración distinta en cada mujer, el cual puede variar entre 3 y 7 días".¹¹³

La mayoría de los adolescentes acepta y pasa los cambios de esta etapa con normalidad, curiosidad y hasta con orgullo. Sin embargo, una importante minoría presenta dificultades, tanto por añorar el cuerpo de antes, como por aceptar cambios que les producen extrañeza y desagrado.¹¹⁴ Se miran en sus compañeras y comparan con ellas, casi siempre con desventaja para ellas: unas, por tener mucho busto, otras, por sus granos; muchas por sus caderas y muslos; algunas, por su olor. Todo el cuerpo se transforma en objeto de observación y preocupación. Si se crece demasiado, es malo, pese al auge del baloncesto y de las altas modelos; si no se crece, peor; si aparece una sombra de bigote, un desastre. La comparación con la madre no sirve, ya que la diferencia de edad parece haberse agigantado.

¹⁰⁹ BRUCROYD, Julio. *Anorexia y Bulimia*. Gustavo Gili. España. 1997. Página 88.

¹¹⁰ Consejo Nacional de Población y Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, *Sexualidad adolescente*. México D.F. 1994. Pág. 10

¹¹¹ *Ibidem*, Pág. 28.

¹¹² *Ibidem*, Pág. 72.

¹¹³ *Ibidem*, Pág. 41.

¹¹⁴ CFR DUKER, Marilyn. SLADE, Roger *Anorexia nerviosa y bulimia: un tratamiento integrado*. Limusa. México. Pág. 102-103. 1992.

El consuelo y la presencia cercana del padre parecen tranquilizarla, así como la aceptación afectiva que la anima. Cada uno de los aspectos corporales, y el cuerpo como parte importante de ellas mismas, se sobrevalora, siendo en ocasiones motivo de vergüenza e insatisfacción.

Todos estos aspectos han sido descritos en la primera mitad del siglo XX, antes de la imposición masiva del culto al cuerpo y la delgadez. Siendo éste último fenómeno importante para la población adolescente que manifiesta su inseguridad en el cuerpo¹¹⁵.

Aspecto Psicológico

Salir de la infancia y entrar a la adolescencia conlleva una limitación en la identidad como individuo y el resultado es a veces frágil y difuso. La inseguridad en algunas chicas se convierte en enfermedad y en otras se traduce en búsqueda de forma de ser y vivir distinta a la que tienen. Expresiones como "soy anoréxica" o "soy bulímica"¹¹⁶ pueden ser para bastantes chicas una señal de identidad.

Cuando un trastorno anoréxico o bulímico se hace identidad es más difícil solucionarlo, ya que su curación implica, el abandono de ésta y el paso, una vez más, a lo desconocido. Los fenómenos de emulación, mimetismo y envidia son comunes a esta edad.

Pasan de una identidad personal, devaluada o poco desarrollada a la del grupo. Si quedan excluidas de estos dos grupos sufren mucho, y son precisamente quienes luego serán pacientes anoréxicas, que se apegan a los estudios demasiado, se aterrorizan ante la erotización de las conversaciones, no actualizan su forma de actuar, arreglarse, pensar y se quedan atrás con la "fama"¹¹⁷ de serias y poco comunicativas.

Parecen no estar preparadas para acceder a los grupos de su edad que, con sus riesgos, son normales. Sólo contactan con ellas para pedirles apuntes, se quejan pero no cuentan con ellas. La visión de las compañeras es distinta, dicen invitarlas, pero no quieren salir.

"En el adolescente hay que tener en cuenta su propia individualidad, al medio social y cultural que influyen en él. Eso es la adolescencia: crecimiento y desarrollo, siendo complejos e irregulares por dentro y fuera del ser, cuerpo y alma. Por lo que se considera a la adolescencia un segundo nacimiento".¹¹⁸

La adolescencia vive el misterio de transición e inseguridad del advenimiento. "Edad ingrata"¹¹⁹ la han denominado algunos, debido a que existe temor de la vida presente y ansiedad a la futura madurez. El adolescente vive las más frecuentes y oscuras fluctuaciones, esa forma de reacción llamada "conducta ambivalente"¹²⁰, es el estado de ánimo donde se tienen impulsos arrebatados que van en contra de su forma normal de actuar; se va del enojo a la alegría, del llanto a la euforia.

La familia, escuela, iglesia, sociedad y las mismas autoridades, suelen sufrir los efectos de la exaltación incoercible de los adolescentes, que no limitan los medios para afirmar ese "yo" vehemente que ha descubierto en su propio ser y que necesitan revelar. Los mayores obstáculos formativos los encuentra el hombre en esta etapa, por lo que esta edad requiere

¹¹⁵ CFR *Trastornos alimenticios. Anorexia Nerviosa*. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.contusalud.com

¹¹⁶ CRESPO, Rosina. FIGUEROA, Eduardo. *Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Gedisa. Barcelona. España. Pág. 115. Septiembre 1996.

¹¹⁷ CFR *Íbidem* Pág. 136.

¹¹⁸ Consejo Nacional de Población y Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, *Sexualidad adolescente*. México D.F. 1994. Pág. 15

¹¹⁹ TORO, José. *Anorexia Nerviosa*. Trillas. México, D.F. 2000. Páginas 84-85.

¹²⁰ CFR, *Íbidem* Pág. 90.

del atento y discreto cuidado de los padres, dedicación de educadores y comprensión de la sociedad. Este es incomprendido porque no se le observa con intención de hallar el sentido de sus actos, particulares expresiones y sobre todo no da mucho lugar a que se entiendan sus necesidades. Por lo regular no comenta con nadie cuestiones íntimas, sólo en casos excepcionales, cuando encuentra a otro ser cuya influencia siente con intensidad, aparece como independiente, altivo, huraño; cuando encuentra "esa" comprensión, se adhiere a él y obra bajo su sugestión. Lo cual sirve para entender, que es en esta etapa donde el educador tiene el poder y la posibilidad de influir, ya sea positiva o negativamente¹²¹.

Por otro lado, la aparición del deseo sexual resulta un tanto difícil de precisar para la mayoría de las chicas, a diferencia de los varones. Ellas prefieren hablar del interés por los chicos, mediatizado muchas veces por la imitación de otras niñas. A una misma edad algunas se erotizan antes que otras y manifiestan más interés, curiosidad e intentos de seducir, así como se vuelven monotemáticas en sus conversaciones. También se observa que otras chicas parecen más niñas y se mantienen en sus actividades escolares y extraescolares de siempre. Unas charlan de chicos, mientras las otras juegan como antes. Unas se arreglan para parecer más atractivas y seductoras, las otras aún no han llegado. Se forman dos grupos y en ambos hay quienes lo hacen por obligación, por no atreverse a enfrentar a las que tienen más poder. Algunas se aferran al modelo de amiga íntima, válida para la primera parte de la pubertad y tratan de seguir en él para acceder al grupo. La ruptura de estos binomios, cuando una de las partes quiere buscar otras alternativas, puede ser muy dolorosa.

Hay cambios en la forma de pensar, llamando la atención su naturaleza y actitudes egocéntricas; poco a poco se encuentran con un ordenador nuevo y fabuloso que no saben usar y además casi nadie les enseña cómo articularlo. El paso de una lógica concreta a una formal es difícil y una mayoría se empeña en complicarse la vida, llegando hasta el absurdo, en lugar de aceptar diferentes hipótesis a veces contradictorias. La dificultad para operar con lógica les puede llevar a ver calamidades donde hay un problema. La inseguridad intelectual ya no es patrimonio masculino y son miles las chicas que buscan sin encontrar las soluciones que hoy se les exigen.

El discurso de los padres pierde validez, ya que ahora son sensibles a otras opiniones, especialmente a las de sus amigas. Esta disminución de la escucha del mensaje familiar es relativa, ya que se entra en una fase donde parece no aceptarse del todo, pero algo queda y se interioriza para ser utilizado después. También se divide en grupos, uno más normativo y que persiste en la devoción incondicional a sus mayores, y otro en el que se encuentran quienes siguen el curso opuesto. En medio, una inmensa mayoría que lo acepta con matices, mientras se deja influenciar por el entorno de su edad. Las contradicciones son múltiples y sobre diferentes aspectos; sin embargo, son capaces de hacer una síntesis.

Aspecto Social

En el período de la adolescencia, existe preocupación por las actividades y las experiencias "del mundo exterior"¹²². Dentro de su propio sexo, las chicas (os) aprenden a comportarse como adultos entre ellos. Y se consigue por la organización de sus propias actividades sociales. El adolescente tiene tres mundos:

¹²¹ TORO, José. *Anorexia Nerviosa*. Trillas. México, D.F. 2000. Páginas 100.

¹²² DIAZ, Minerva. RODRÍGUEZ Lidia. ROJAS, Vanesa. SUÁREZ, Norma. Director de tesis: CASSASOLA Noemí. *Modelo de Intervención para prevenir anorexia en las adolescentes del Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México – Nezahualcóyotl*. Trabajo recepcional seminario de áreas sustantivas de Trabajo Social. Para la Escuela Nacional de Trabajo Social. Pág. 65. 2001-

- ☺ La familia: todo lo que se aprende en ella, los juegos que realiza con sus padres, hermanos y otros parientes.
- ☺ La escuela: conoce y descubre otras actitudes de comportamiento.
- ☺ La amistad: este en la mayoría de los casos es pequeño, ya que lleva una relación íntima con uno o dos individuos de ambos sexos, a quienes considera sus mejores amigos, con quienes se asocia en sus actividades, comparten ideas, esperanzas y preocupaciones.

El período final de la adolescencia se halla caracterizado por la evolución hacia un tipo más serio de actividad social. Hay aumento de reuniones heterosexuales, donde se manifiesta el baile y la conversación. Hay inquietudes deportivas, de lectura, cine, radio y de intervenir en recreaciones con personas del mismo sexo. Las modificaciones en las actitudes sociales, "se deben primordialmente a influencias del medio, en especial al ambiente de la escuela".¹²³

Dichos cambios traen con frecuencia un desequilibrio en las relaciones, "a medida que los niños van creciendo, hay relativa disminución del calor y estímulo intelectual de los padres, y aumento de las restricciones que éstos imponen. Uno de los factores importantes de este cambio puede ser el nacimiento de un hermano menor en esta etapa. El desequilibrio de las relaciones familiares no se produce en una sola de las partes. Los hijos muestran mayor interés por sus amigos que por los miembros de su familia".¹²⁴

El adolescente que, cuando era niño, esperaba ávidamente la visita de la abuela(o), ahora se rebela abiertamente ante la concurrencia de las reuniones familiares, esta va acompañado de críticas al anciano(a), que se demuestran en frialdad de modales y falta de consideración por los sentimientos de aquellos; la mayoría de los adolescentes se ofenden profundamente por las críticas que le hacen los allegados mayores, y se opone a que les den consejos de toda clase. Las dificultades para llevarse bien con los distintos miembros de la familia habitualmente llegan a su punto máximo alrededor de la época de la maduración sexual; siguen siendo intensas durante un año o dos después de ese período, y luego empiezan a mejorar. Hacia el final del ciclo de la secundaria, las relaciones con los miembros de la familia normalmente muestran marcada estabilidad".¹²⁵ Por lo anterior, se afirma que a medida que el adolescente va creciendo; éste puede entender mejor a sus familiares y hermanos menores siendo más tolerante con ellos. A la par que adquiere mayor aplomo y confianza en sí mismo, se siente menos molesto e incómodo por la conducta de los miembros de su familia.

Las características de su desarrollo están influenciadas por los cambios de la sociedad. Por ejemplo: las chicas manejan algunos recursos económicos para sus salidas y gastos que sumados, constituyen un mercado al que se dirigen con insistencia los medios publicitarios que venden revistas, discos, ciertos productos de belleza y comestibles, así como toda la industria adelgazante. Los chicos ya no pagan a ellas, lo que toman cuando salen, resultado que lleven dinero para divertirse. Las chicas en la mayoría de las familias, reciben apoyo para estos fines, al igual que los varones, y participan de forma activa en la decisión sobre compras que les atañen, en ropa y otros objetos de uso personal. Las chicas se han incorporado al consumo de tabaco y alcohol con mucha rapidez y cada vez lo hacen con más asiduidad; en su minoría, conscientes de los riesgos sanitarios conocidos y repercusiones comportamentales no despreciables que ello conlleva. No obstante, no todas son consumidoras, pero las cifras son elocuentes.

¹²³ DE LA FUENTE, Ramón. *Psicología Médica*, 2da edición, Fondo de Cultura Económica. México. 1992. Pág. 320.

¹²⁴ MACÍAS, Diego. *Un adolescente en mi vida*. 3ra edición. Pirámide. México. 1998. Pág. 215

¹²⁵ Íbidem, Pág. 36.

Los chicos se inician en la sexualidad con sus amigas en la mayoría de los casos. Descendiendo la edad de comienzo de relaciones sexuales. Las campañas para prevenir el sida han popularizado el uso del preservativo y, como consecuencia no prevista, motivan los intercambios sexuales en una sociedad que ha pasado de la intolerancia a cierta permisividad. La actitud hacia el sexo se ha modificado y no es extraño que sean ellas quienes tomen la iniciativa, a veces ante el terror del varón. La erotización del mundo adolescente ha sido reflejada en el mundo del cine y la televisión, espejo que a su vez hace normal lo que en otros tiempos estaba prohibido. No hay que olvidar que las grandes industrias cinematográficas dirigen una parte importante de su producción a los adolescentes y sus contenidos no se caracterizan por un esfuerzo moderador de la sexualidad ni la violencia.

Los cambios sociales de las últimas décadas han modificado profundamente la adolescencia, en una sociedad con muchos de ellos, y por tanto, con la posibilidad de tener muchos problemas de adolescentes. Uno de los cambios más significativos ha sido no sólo la extensión de esta etapa a todas las clases sociales, sino su prolongación hasta casi los treinta años.

Vivir en una familia muy preocupada por la estética es otro elemento y puede incidir en padecer por parte de algún miembro familiar la bulimia o anorexia.

2.8 MODA PUBLICIDAD Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

En las sociedades del bienestar y el consumo, lo caro y elegante, es "ser delgado"¹²⁶. Quedando la obesidad para las clases modestas que se alimentan predominantemente de pan, pasta, legumbres secas y grasas, en vez de verduras, carne, pescado y fruta (a consecuencia de la economía en estos insumos), además no practican deporte (debido a que se tiene que trabajar más de 14 horas al día, y en su mayoría se tienen dos empleos).

Se le atribuye la frase a la duquesa de Windsor Wallis Simpson: "Ninguna mujer es demasiado rica, ni nunca está demasiado delgada"¹²⁷. El recuerdo reciente del hambre en las guerras del siglo XX, y el contagio tuberculoso, hizo que primase la motivación sanitaria a la estética en la presión socio-publicitaria de entonces. Surgiendo así el modelo de belleza para los jóvenes: un chico (a) robusto, fuerte y sonrosado; las muñecas de antes tenían forma de bebé rollizo o de una niña robusta en la primera infancia. Las muñecas de hoy –como Barbie– representan una jovencita muy delgada, salvo en el busto, con cuello de cisne, caderas notablemente más estrechas que los hombros, sin glúteos y exhibiendo unas piernas desmesuradamente largas y finas. Con la cual se identifican desde la infancia las niñas jugando con ésta. Si alguna muchacha de la posguerra tenía tentación de adelgazar más allá de lo permitido socialmente en ese tiempo, el temor de ser confundida con una tuberculosa le hacía desistir de sus deseos. Jamás en la historia, la coacción publicitaria y social fue tan avasalladora.¹²⁸

Tras la pantalla estética se mueven intereses comerciales, que suponen miles de millones de pesos:

- ‡ El mundo de la moda y la alta costura a través de sus modelos.
- ‡ Industria del vestido.
- ‡ Comercio especializado, tanto boutiques como grandes almacenes.
- ‡ Alimentación y bebidas light.
- ‡ Cremas y geles para reducción de medidas corporales.
- ‡ Revistas y reportajes.
- ‡ Publicidad en todos los medios. Directa o indirecta a través de bonitas chicas excesivamente delgadas.
- ‡ Vallas publicitarias, escaparates y exhibición de famosas.
- ‡ Institutos de belleza, centros para adelgazar, gimnasios.
- ‡ Productos farmacológicos y herbolarios para perder peso.

La presión publicitaria y social por una figura femenina cada vez más delgada resulta irresistible para no pocas muchachas especialmente vulnerables. La silueta femenina real –no la de las revistas– está sufriendo un lento pero progresivo cambio. Al disminuir las dimensiones del busto y las caderas, está desapareciendo la cintura femenina. El mensaje que les llega a las chicas es que sólo "siendo"¹²⁹ delgadas serán atractivas, espirituales, competitivas; con sus iguales. Resultando que para muchas adolescentes no haya autoestima sin delgadez. Resulta curioso que la misma cultura occidental que fabrica al "hombre light"¹³⁰ provoqe en algunas, especiales por su inteligencia, vulnerabilidad psicológica y baja autoestima, la anorexia que sería su antítesis.

¹²⁶ Ibidem, Pág. 60

¹²⁷ *¿Qué es la anorexia? Introducción, Historia de la anorexia, epidemiología, factores predisponentes y desencadenantes, definición de la anorexia nerviosa, clínica de anorexia nerviosa, tratamiento, pronóstico.* Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.psiquiatria24x7.com.mx

¹²⁸ CFR. MARTÍNEZ, Santiago. *La obsesión por adelgazar: bulimia y anorexia.* Espasa-Calpe. Reimpresión para México. Páginas 26-27. Abril 1995.

¹²⁹ CFR *Eating disorders organization national association of anorexia nervosa and associated disorders.* Traducido y Adaptado por Natalia Jaramillo-Enfermera Licenciada, U.J. Editora. Septiembre 2000. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.Contusalud.com.mx

¹³⁰ CFR Ibidem.

De acuerdo con De Moragas, en una cultura como la nuestra, donde constantemente, se modifican las normas, valores, opiniones y creencias de acuerdo con la clase dominante, se proyecta a la gente una imagen de realidad social distorsionada, la cual se apoya en las técnicas de mercadotecnia que utilizan los medios masivos como elementos de persuasión. El mensaje enviado a los espectadores (de acuerdo a sus características culturales) tendrá un significado diferente, puesto que existen diversos códigos que establecen diferentes reglas de correlación, por lo cual una misma palabra comprendida por todos al momento de leerla, puede significar para unos una cosa, y para los demás otra. De esta forma, la interpretación de todo mensaje será producto del contexto y tendrá efectos diversos sobre la conducta humana. Las actitudes pueden influir en el proceso del aprendizaje y con ello, en la ampliación de conocimientos. Asimismo tienen carácter de sistema, comprendiéndose como un complejo de unidades interdependientes. Las básicas se componen a su vez en tres elementos: el cognitivo, afectivo y activo.¹³¹ Es decir, que al presentarse el mensaje en los medios masivos de comunicación, el adolescente tendrá como primer momento el conocimiento subjetivo acerca del objeto que se le está presentando, después mostrará las emociones relacionadas con el mismo y por último será la disponibilidad para actuar dependiendo de la información y emoción causada por el objeto mostrado.

Lo anterior canaliza las necesidades de éstos, reflejando una realidad diferente. Se les envía constantemente el mensaje de que para ser exitosos necesitarán de una buena figura, hacer dietas y consumir productos light.

Es urgente sensibilizar a las adolescentes sobre el hecho de que la anorexia puede ser mortal y que su tratamiento es costoso. Lo mejor sería desarrollar programas de detección y campañas de prevención para frenar el problema antes de que éste se salga de control. Así que no sería mala idea, pedir que los anuncios incitantes tanto a la glotonería como a las dietas incluyan una leyenda que advierta de los peligros de desarrollar Trastornos Alimentarios.

Es necesario cuestionar los estándares que manejan los medios de comunicación sobre la belleza en donde exhiben a la mujer como objeto y no como sujeto de una sociedad.

2.8.1 Anorexia y bulimia nerviosas: una epidemia de moda

Según el Diccionario de la Lengua Española, epidemia es "una enfermedad que se propaga durante algún tiempo por un país, acometiendo simultáneamente a un gran grupo de personas".¹³² Una epidemia cuenta con vías de difusión, un medio que la propaga y favorece, agentes que transmiten la enfermedad y una población susceptible de padecerla. Los afectados pueden o no contagiarse de dicha enfermedad entre ellos. Un ejemplo de epidemia en los tiempos modernos lo constituyen los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Una de las características de esta epidemia, es que se difunde con tanta rapidez como las modas. A su vez, es importante señalar que la cobertura y el eco que de ella hacen los medios de comunicación favorecen su aumento.

La historia de la humanidad está llena de modas, y ejemplos de ellos, los encontramos en todas las culturas. Lo novedoso del siglo pasado han sido dos factores favorecedores de la difusión del fenómeno social de la moda: el primero, los medios de comunicación, pues de este modo se tendía a universalizar, por medio de la publicidad, gustos y aspiraciones; el

¹³¹ BOCKELMAN, F. *Formación y funciones sociales de la opinión pública*. Gustavo Gili. España. 1983. Páginas 109-110.

¹³² *Diccionario Espasa*, Calpe, Madrid, Página 316. 1992.

segundo es que en las sociedades más homogéneas, su extensión abarca todas las clases sociales.

En la década de los años setenta, cuando las clases populares continúan aumentando de peso y constitución, Mary Quant y otras modistas inglesas lanzan la minifalda y los modelos extremadamente delgadas¹³³. La publicidad se funde con la moda y ofrece, cada vez más, el cuerpo femenino como reclamo erótico. Es curioso que durante algún tiempo se diera contrasentido de que la población más rica pretendiera adelgazar y la más pobre quisiera aumentar de peso.

En los países más desarrollados y con menos desigualdades se impone la primera opción. La lucha por la delgadez en los países desarrollados es avalada como saludable por los médicos, con lo que el empeño se va transformando poco a poco en un culto al cuerpo supuestamente bello y sano. En tres décadas de beligerante cultura anti obesidad, la población ha continuado aumentando de peso. El número de afectados por la Anorexia y Bulimia Nerviosas crece, fenómeno que se está produciendo desde la década de los años sesenta en los espacios sociales donde se pone en juego no sólo el rechazo a la obesidad y el estar delgada para ser aceptada, sino el rol de la mujer en su conjunto.

La moda o idea sobrevalorada de luchar para evitar la obesidad lleva a millones de personas a restringir su alimentación e iniciar dietas que en muy poco tiempo pretenden conseguir objetivos difícilmente alcanzables para el organismo. Esta disminución sostenida del aporte nutricional parece ser de enorme riesgo para muchas personas que, no mucho después de comenzarlas, pierden el control, perseverando, más allá de toda lógica, o cayendo en el extremo opuesto y como efecto de rebote empezar a comer grandes cantidades. "A mayor cantidad de gente haciendo dieta mayor es la posibilidad de que una parte de ellos tengan un Trastorno de la Conducta Alimentaria".¹³⁴

2.8.2 Publicidad

A diferencia de los siglos XVII y XVIII, hoy la *delgadez* es sinónimo de estatus social, por lo menos para las sociedades industrializadas del Primer Mundo occidental. Sin embargo, no lo es para más del 50% de la población mundial, que la considera no deseable, que refleja pobreza y falta de estatus y muy lejos de suplir el verdadero valor de la persona, que pasa por otro lugar, mucho más significativo que lo que reflejan una balanza o un centímetro.¹³⁵

La sociedad comunica claramente que el papel importante de la mujer es ser atractiva *físicamente* donde los medios perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la *totalidad* de la mujer se expresa a través de la imagen corporal. Siendo una forma de tiranía impuesta para la mujer, ya que por un lado se le exige ser atractiva y dedicar esfuerzos para lograrlo, pero por otro lado muchas veces se oye decir sobre una mujer muy atractiva: "Es lindísima, seguro no tiene nada en la cabeza"¹³⁶, es decir, poco atractiva e inteligente, o una diosa hueca.

Los medios de comunicación, sugieren, al tomar como modelo estereotipado de físico al de una adolescente casi púber, el atractivo ligado estrechamente con el mantenimiento de una

¹³³ CFR *Íbidem* Pág. 102.

¹³⁴ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. Páginas 35-36. 1999.

¹³⁵ CRESPO, Rosina. FIGUEROA, Eduardo. *Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Gedisa. Barcelona. España. Página 65. Septiembre 1996.

¹³⁶ *Íbidem* Pág. 70.

aparición juvenil. O sea, que para ser mujer exitosa en esta sociedad occidental, no sólo hace falta no desarrollar un cuerpo femenino, con formas propias de la mujer, sino que además tampoco está permitido crecer, madurar y envejecer naturalmente al ritmo que la vida requiere para ser vivida.¹³⁷

La publicidad, en su espectacular desarrollo, nos muestra aquello que no somos o no tenemos. Ese espacio entre lo que tenemos, somos y aquello que nos enseñan, se llena con el consumo. Si la publicidad permitiera apreciar lo que tenemos, nos sentiríamos satisfechos y no compraríamos. La mayoría de la población del planeta está expuesta a la publicidad varias horas al día y, lo que resulta más curioso, más aún si se tienen menos recursos. También están expuestos los que están solos o se sienten solos. La publicidad centrada en la mujer y adelgazar se programa, como nos enseña Toro, para llegar al público femenino en determinados horarios, a través de revistas, pósters y siempre al inicio de primavera y la gran campaña adelgazante tiene como objetivo principal la exposición de un cuerpo si no perfecto cuasiperfecto.

La industria relacionada con el adelgazamiento y la estética mueve miles de pesos. Gotas, hierbas, pastillas, laxantes, fajas, gimnasios y aparatos, dietas milagrosas, intervenciones quirúrgicas, etc., son una pequeña muestra de la gran cantidad de productos vendidos en todo tipo de tiendas y farmacias al servicio de esta religión. "La publicidad cumple la función de informar al consumidor de lo maravilloso que sería todo para él o ella si siguieran sus consejos adelgazantes: amor, valoración social, elevación de la autoestima y felicidad a raudales".¹³⁸

Los procedimientos están en las revistas femeninas, en los dominicales de los grandes periódicos, en las farmacias, en la radio, consultas médicas y también de boca en boca. Es muy difícil sustraerse a los continuos comentarios que por todas partes se escuchan en los centros de estudio, trabajo y entre las propias familias. Hoy da la impresión de que los medios de comunicación y la publicidad son caja de resonancia y canalización de un sentir que ya se ha extendido en amplias capas de la sociedad: una parte de ellas no podrá tolerar esta presión.

2.8.3 Dietas y venta de insatisfacción

Casi todo el mundo sabe cómo son las dietas: el entusiasmo del inicio, lo deprimente de la auto negación continuada y el alivio al abandonarlas. Las anoréxicas son diferentes: ellas siguen y no paran. Cuanto más persisten en la dieta, más anormales se convierten sus reacciones y pensamientos. Cualquier violación de sus rígidas normas les hace sentir culpables por haber sucumbido a las vulgares necesidades del cuerpo y se condenan a una inanición aún más rígida.

En la actualidad, se sabe muy poco de cómo se pasa de una dieta normal a esa fijación autodestructiva e inflexible como la anorexia. Durante la fase inicial nunca acuden al médico. Las pacientes "recientes"¹³⁹ ya han perdido de 6 a 9 kg y llevan haciendo dieta de tres a cuatro meses –suficiente para haberse producido la transición de la que se habla-, aunque por supuesto, son menos rígidas que las que llevan años ancladas en el problema. Preguntar a las que llevan menos tiempo con la enfermedad, por sus sentimientos no ayuda mucho, debido a

¹³⁷ Ibidem Página 61.

¹³⁸ MORANDÉ, Gonzalo. La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes. Temas de hoy. España. Página 38. 1999.

¹³⁹ SERRATO Azat, Gloria. *Anorexia y bulimia: Trastornos de Conducta Alimentaria*. Libro Hobby Club S.A. Madrid, España. Pág. 75. 2000.

que se encuentran ansiosas y se muestran tan a la defensiva que negarán cualquier cosa inusual que exista en sus vidas¹⁴⁰.

Todas están de acuerdo en que, al principio, sólo se trataba de un juego para perder unos kilos, aunque no los tuvieran. Parece ser que lo primero que les hace insistir en seguir la dieta es que la gente a su alrededor se preocupa por ellas. A medida que la inanición continúa, se desarrollan nuevos síntomas y actitudes que integran en sus experiencias y reacciones. Se trata de un hábito que no pueden romper. Para mantener ese estado se requiere esfuerzo, sufrimiento y trabajo diario. Cuanto más larga es la enfermedad y se pierda peso, las anoréxicas se convencen de que son especiales y diferentes, ser tan delgadas las convierte en seres destacados, extraordinarios y excéntricos; cada una tiene una palabra propia para describir el estado de superioridad por el que lucha. Después, sienten que no son capaces de comunicarse con la gente ordinaria, que no las podrá entender.

Muchas muestran interés por la cocina. Siendo un factor sociológico ya que en los hogares de clase media, la madre es quien se encarga de la cocina, la hija anoréxica adopta ese papel: prepara para la familia pasteles, platillos, incluso forza a los demás a comer, pero mantendrá en secreto su dieta.

Insisten en que no pueden "ver"¹⁴¹ cuán delgadas están, que toda la preocupación que muestran los demás no es realista, porque ellas se sienten bien, tienen buen aspecto, justo el que quieren tener. Practican mirándose en el espejo y están orgullosas de cada kilo que pierden y cada hueso que se les ve. Entre más orgullosas estén de ello, más convencida será la afirmación de que no tienen nada.

Aquellas que enferman, desarrollan ideas falsas y sentimientos extraños acerca del cuerpo y sus funciones. Las que ceden a los atracones exagerados desarrollan nociones equivocadas, teniendo la convicción de que la comida que engullen les hará daño (o que no la pueden integrar) y, por lo tanto, tienen que expulsarla vomitando. La convicción de que la comida es sucia o desagradable es tan fuerte que sólo se sienten puras o liberadas vaciando su cuerpo. Lo que empezó siendo una respuesta al hambre voraz se convierte en una manera de aliviar la tensión en general, desarrollando un ciclo vicioso.¹⁴²

"Cuando la necesidad de autoafirmación positiva se hace inevitable para el niño y la actitud de integración obligada no es apropiada, salen a la luz las profundas deficiencias de la personalidad. La pérdida de peso cumple una función: obliga a los padres a volver a su papel protector y por primera vez la anoréxica experimenta que tiene el control. La tragedia es que la atención que reclaman refuerza sus pautas anormales antiguas, haciendo que sea imposible el desarrollo de la auténtica independencia."¹⁴³

El hambre tiene una importante influencia en el funcionamiento psicológico. Sin duda, ayuda a mantener los conceptos distorsionados con que operan las anoréxicas y la preocupación y cavilación acerca de la comida. Para que el tratamiento sea efectivo, se deben buscar cambios en varias áreas: mejorar la nutrición anormal; las pautas de interacción familiar deben clasificarse y desbloquearse; y, lo más importante, el esclavista concepto de sí mismas debe madurar. La psicoterapia es el proceso de aliento del desarrollo de la personalidad básica, y la liberación del estado de temor a no sentirse separada de la telaraña familiar.

¹⁴⁰ CFR, *Íbidem* Pág. 86.

¹⁴¹ *Íbidem* Pág. 93.

¹⁴² BRUCHE, Hilde. *La jaula dorada del enigma de la anorexia nerviosa*. Paidós. Barcelona. 1ra Edición 1978. Reedición 2002. Páginas 97-102.

¹⁴³ *Íbidem*, Pág. 114.

2.8.4 Máximas sobre estereotipos de belleza

Como muestra del concepto de belleza –femenina– que “ilustres” de todos los tiempos dejaron en forma de pensamientos o máximas, he aquí una selección de frases que sin duda ocupan el lugar en las antologías dedicadas a recogerlas, justo por pertenecer a celebridades cuyas reflexiones tienen un lugar en la Historia¹⁴⁴.

“Una mujer hermosa deleita los ojos, una mujer buena deleita el corazón: la primera es una joya, la segunda un tesoro inapreciable”.

Napoleón I

“La belleza es para la mujer el mejor de la inteligencia”.

Gustave Flaubert

“La mujer prefiere la belleza a la inteligencia, porque sabe que los ciegos son mucho menos que los estúpidos”.

Noel Clarasó

“Todas las mujeres que tienen belleza sorprendente, sorprenden menos el segundo día”.

Stendhal

“Si la belleza constituyera el único mérito de las mujeres, todas las feas deberían ahorcarse”.

A. Demusset

“Una mujer pequeña no puede ser bella”.

Aristóteles

“La virtud es más agradable en un cuerpo hermoso”.

Virgilio

“A las mujeres bonitas todo les sienta bien y todo se les soporta”.

Molière

“La belleza es una carta de recomendación cuyo crédito dura poco”.

N. D. Lenclos

“Hacemos caso de lo bello, despreciamos lo útil, y con frecuencia lo bello nos destruye”.

La Fontaine

“Muy raro es encontrar la sabiduría unida a la belleza”.

Petronio

“Las muchachas bonitas no siempre son felices, y los jóvenes inteligentes raramente son agraciados”.

Pensamiento Chino

“Ni tan bella que mate, ni tan fea que espante”.

Consejo Español

¹⁴⁴ SERRATO, Azat Gloria. *Anorexia y bulimia: Trastornos de Conducta Alimentaria*. Libro Hobby Club S.A. Madrid, España. 2000. Páginas 146-152.

2.9 LA NEGACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Aceptar que están enfermas es una condición para mejorar. Sin embargo una parte mayoritaria de las pacientes lo niega, acude a tratamiento y son hospitalizadas sin aceptarlo plenamente¹⁴⁵. Cuando se les pregunta, en la historia clínica, desde cuándo enfermaron, algunas, tras dudarle un momento, responden que nunca lo han estado. Dicen que sus problemas con la comida comenzaron tras la Navidad del año anterior o en Semana Santa de hace dos años. Precisan que en esas fechas decidieron bajar de peso. No tienen problemas para recordar cuando perdieron la regla, otros síntomas y signos físicos. Con mayor dificultad hablan del sufrimiento mental, al menos en los primeros contactos. Y culpan a los padres diciendo que ellos tienen el problema y que por esa razón les traen a consulta¹⁴⁶.

2.9.1 Sufrimiento mental¹⁴⁷

La sintomatología depresiva puede anteceder y acompañar a la anorexia nerviosa, incluso años después. Dos tercios de las pacientes la presentan, aunque en un tercio de ellas desaparece con la realimentación. El restante necesita un tratamiento farmacológico antidepressivo. Se ha observado que tienen más síntomas depresivos las pacientes con cuadros purgativos y bulimáxicos. Es frecuente el antecedente de trastornos depresivos familiares en estos pacientes. El 61 por ciento tiene un alto índice de ideas o pensamientos suicidas. El paso al acto suicida por parte de la anorexia es escaso en las restrictivas, dadas sus características de personalidad, y se eleva en aquellos cuadros con mayor tendencia a la actuación, como el de las bulimáxicas y bulímicas. Estas últimas tienen un índice elevado, un 80 por ciento.

2.9.2 La seguridad de la anorexia y bulimia nerviosas

Se ha dicho que el hacer dieta puede llegar a ser una actividad muy satisfactoria. Casi todos nosotros conocemos esta sensación que se experimenta al comprobar en la báscula que hemos perdido un par de kilos. Es agradable el sentir que hemos conseguido controlarnos de un modo claro y visible. Este hecho puede ser especialmente satisfactorio para las niñas en la etapa de la adolescencia ya que pueden creer que el peso es la única parte de sus vidas sobre la cual ellas tienen algún control. Lo que les proporciona seguridad en sí mismas. Así, es fácil ver hasta que punto la dieta puede ser un fin en sí mismo, más que sólo una forma de perder peso.

Esta idea de estética, transmite a los jóvenes sistemas de valores que se basan en el "buen look"¹⁴⁸ y el problema es que puede derivar en una adicción por la delgadez del cuerpo y producir enfermedades. Ciertamente es que esta estética, es la "de moda"¹⁴⁹, sin embargo, es sólo un disparador que afecta negativamente a algunas adolescentes con problemas familiares y con desajustes de personalidad. El nivel de afección de varones y chicas no es el mismo ya que en ellas es más exacerbada, porque justamente su posición implica que haya atracción estereotipada hacia el otro sexo.

¹⁴⁵ CFR. MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. Páginas 80-81. 1999.

¹⁴⁶ CFR *Ibidem* Pág 85-98.

¹⁴⁷ CFR *Ibidem* Pág. 99-111.

¹⁴⁸ *Trastornos alimenticios*. Anorexia Nerviosa. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.contusalud.com

¹⁴⁹ *Ibidem*.

2.9.3 La deificación a la delgadez como dependencia

Se entiende por dependencia a la enfermedad consistente en que el enfermo se ve obligado a hacer determinado acto en contra de su voluntad y presionado por una ansiedad, síndrome de abstinencia, y por el cual recibe la recompensa de verse libre de la angustia y sentir un gran placer liberador. Las dependencias en estas enfermedades son como drogadicciones "sin droga".

Se pueden interpretar estas dependencias como una drogadicción *endógena*.¹⁵⁰ Es decir, son ocasionadas por sustancias producidas por el propio cerebro. Estas pueden ser las endorfinas cerebrales, que son activadas a través de un acto, por ejemplo el jugar u otro símbolo que haya adquirido la propiedad de estimular fuertemente las endorfinas. La delgadez se ha convertido, para muchas mujeres en una especie de culto que no pueden prescindir. Sacrifican horas enteras dedicadas al ejercicio físico para conseguir la delgadez. Se someten a dietas difíciles de cumplir y terminan desarrollando una obsesión, que en algunos casos da lugar a una enfermedad por dependencia.

Esto se compara con las crisis de bulimia. Lo primero que siente la enferma es una gran inquietud porque su cerebro está pidiendo que coma. Esta exigencia es producida por la alteración del programa de ingesta, que al detectar falta de nutrientes, manda la orden de comer, lo que angustia a la enferma. Una vez que ha comido siente la desesperación que le despierta la posibilidad de estar obesa y el atractivo de la delgadez, por lo que tiene que provocarse el vómito para obtener calma. La anorexia se ha convertido en una *dependiente de la delgadez*.¹⁵¹

2.9.4 La lucha interna

"Creí que me volvía loca, me daba vergüenza contártelo, sentía que me dividía en dos: una, la santa, como me llamaban, la buena, la de buen carácter, la que no quería dar problemas, la razonable, y la otra, uff..., como un monstruo que me pedía adelgazar más y más, y que todo le parecía poco. No era otra persona, era yo, pero trastornada, como si se hubieran metido en mi cabeza y no me dejara tranquila, me daba mucho miedo, por eso quería estar con mi madre, aunque ella no lo sabía. Sólo me dejaba tranquila cuando estudiaba y -sonríe- cuando bajaba de peso".

"Tengo un ángel bueno que me dice que me porte bien y coma, y otro, seguramente un demonio que no me deja tranquila y me cuchichea para que esconda la comida o la tire cuando la enfermera, nos deje solas".

"Es una lucha feroz. Quiero hacerlo bien y no puedo: quiero salir, hacer una vida normal, pero algo me dice dentro de mí: no lo hagas. No lo hagas".

"Soy como dos personas, una buena y una mala. La buena es la de siempre, la que le gusta a todos. La otra es asquerosa, lo peor es que puede conmigo. ¿Será un desdoblamiento de la personalidad?"

"Me da vergüenza decirlo, pero tengo que decirlo, tengo el anticristo dentro; soy el anticristo y no tengo arreglo, no te empeñes, la única solución es que muera y él conmigo, será mi contribución a la causa".¹⁵²

Con distintas expresiones, según la edad, así como el diferente nivel de gravedad y vulnerabilidad personal de la paciente, repiten este tipo de sensaciones, la mayoría de las veces cuando ya están mejor o al menos tienen palabras para contarle en una relación que lo permita.

¹⁵⁰ GARCÍA, Fernando. *Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa*. Díaz Santos S.A. España. Páginas 50-51. 1993

¹⁵¹ CFR *ibidem* Pág. 57.

¹⁵² MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. Páginas 114. 1999.

Las pacientes bulímicas sufren un proceso parecido, aunque varía, ya que en este último caso es menor la intensidad y se tarda más en pasar a la acción. Viven en la contradicción entre ayunar para adelgazar y los atracones, esto último como fracaso de lo anterior. Si su parte buena se parece a la anoréxica, la mala no sólo la impulsa a no comer, sino que adquiere una forma perversa que la confunde entre ocultamientos, mentiras y descontrol. Es también otra persona capaz de cualquier cosa, sin límites. *Si la anoréxica intenta ser coherente hasta casi enloquecer, la bulímica enloquece en la incoherencia.*¹⁵³ En cualquier caso, existe un denominador común: una apariencia sonriente, complaciente y un interior sórdido, vacío, derruido y desesperanzado.

2.9.5 El placer del control y el miedo al descontrol

El deseo del control sobre el peso llevado a extremos se ve en pacientes obsesivos que, con sus ideaciones y rituales, parecen poner un cerco a una realidad interior tímida y posiblemente incontrolable. Una parte significativa de las pacientes presenta sintomatología obsesivo-compulsiva asociada, sobre todo a aquellas con anorexia restrictiva. Muchas dicen que las obsesiones precedieron al trastorno y aún en la actualidad sigue apareciendo.¹⁵⁴

El temor a perder ese control, siempre está presente, la amenaza es la bulimia, es decir, pasar de un extremo al otro.

2.9.6 La pérdida de las medidas

"Los talles no sólo son chicos, son diminutos, no tienen en cuenta la forma de las caderas de las mujeres ni nada, son un pedacito de tela"¹⁵⁵, dijo, una estudiante de 18 años que está bajo tratamiento por su anorexia desde hace ocho meses.

Son muchos los factores que generan este tipo de pensamientos: la ropa de moda que no entra en el cuerpo; el transpirar dentro de un probador mientras forzamos a que se estire el pantalón; o quizás, esas chicas o chicos semidesnudos y con cuerpos esculturales que aparecen en la televisión a cada instante. Pero hay uno que es, eventualmente, el más importante: el propio miedo. Miedo a que otros nos vean distintos, feos, a ser discriminados, a que nos hagan sentir mal.

La crisis del crecer del adolescente va ligada a los cambios del cuerpo. Éste evoca que llega una nueva etapa con nuevos deseos e inquietudes; sin embargo, tienen gran susto por crecer, desarrollarse, pavor a aumentar en medidas y peso, lo cual las lleva a intentar detener su desarrollo mediante estas conductas alimentarias.

Las víctimas describen una pesadilla entre: ayunos, comilonas, vómitos, laxantes, enemas, pastillas para adelgazar, parches, pociones y ejercicio obsesivo, en la búsqueda por ese "00" o Extra Chico, el "Santo" de los delgados. Avergonzadas de sus cuerpos, las anoréxicas se esconden en sus cuartos a pasar hambre, frecuentemente progresando a la bulimia, para comer y a vomitar hasta 20 veces por día. Sus vidas se vuelven caóticas e inmundas y sus hormonas se descontrolan.

¹⁵³ *ibidem*, Pág. 116.

¹⁵⁴ *ibidem*, Pág. 125.

¹⁵⁵ *Anorexia y bulimia. La nueva epidemia de los adolescentes. Los especialistas españoles advierten del aumento preocupante de la anorexia y la bulimia en nuestro país.* Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.el-mundo.es/salud

2.9.7 El aislamiento social

La anorexia nerviosa condiciona un grave aislamiento social. La chica se aparta de su generación, a veces de forma irreparable, perdiendo no sólo a sus amigas, sino también las claves de comunicación inter pares.¹⁵⁶ Lo que conlleva a tener una amplia tarea por delante para recuperar la forma correcta de relacionarse. La bulimia nerviosa también aísla, pero de manera distinta. La paciente casi siempre tiene gente a su alrededor, pero pierde algunas amistades, ya que en el período bulímico, crea otras relaciones mediatizadas por la enfermedad e incompatibilidad con las de siempre o anteriores.

2.9.8 La dificultad para pensar y aprender

El aprendizaje está alterado en el desarrollo de esta experiencia. Desafortunadamente, esta condición hace difícil a la paciente el alcanzar la madurez y el autoconocimiento que implica el afrontar los problemas que conlleva el crecer. Presenta un enorme esfuerzo para los terapeutas y la paciente: primero para corregirlo y después para que exista un aprendizaje verdadero.

¹⁵⁶ CFR MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. Página 135. 1999.

2.10 ALTERACIÓN DEL MEDIO FAMILIAR Y SOCIAL

Para la intervención del Trabajo Social es necesaria la articulación de la familia en la contención de estas problemáticas.

A lo largo de la vida, el ser humano se encuentra involucrado en algún grupo social y en una cultura determinada. Por ello desde el nacimiento se empieza con la transmisión de elementos necesarios que le permiten construir al adolescente, lo que será su futura estructura grupal. La organización primaria de pertenencia está constituida por la familia; espacio idóneo para desarrollarse emocionalmente, aprender a comunicarse, y a interactuar con otros miembros de la sociedad con el fin de internalizar en el macro contexto cultural e histórico que forman parte de la realidad externa.

Es decir, la familia debe proporcionar al adolescente seguridad, reconocimiento social, marco afectivo y un medio de acción, que contribuya al impacto que se provoque al momento de presentarse este período, puesto que empieza una modificación en la dinámica familiar debido a la búsqueda de identidad, como un proceso de individuación. Involucrando las presiones conflictivas del exterior y el de las personas de su entorno inmediato.

Ahora bien, uno de los momentos de importancia para relacionarse y establecer vínculos con otras personas es la comida; considerado como un acto social, el cual, en algunas familias se convierte en un medio para que niños y adolescentes expresen sus inconformidades, negándose a tomar alimentos. Además de los factores socioculturales, existen otros que pueden precipitar o mantener el trastorno alimentario, uno de ellos es la afectación de las relaciones interpersonales y dentro de éstas, es de vital importancia la interacción familiar.

El vínculo madre-hija, que se presenta desde el nacimiento, es importante para la relación que se tendrá en la etapa de la adolescencia, pues el amamantamiento es la primera demostración de afecto, y si no es reforzado ese cariño, la hija se verá afectada en un futuro en el comportamiento manifiesto a lo largo de su desarrollo, es decir ella permanecerá en la etapa oral (donde el niño tiene contacto con el mundo exterior por medio de la boca), lo que permite desarrollar con mayor facilidad los síntomas de la anorexia¹⁵⁷.

Los problemas de convivencia familiar en la adolescente con anorexia comienzan cuando esta se aísla, es decir, en su afán por bajar de peso, pierde interés por relacionarse con los integrantes de su familia, por ejemplo: se esconde para realizar ejercicio exagerado, teniendo miedo a ser descubierta, ya que la primera manifestación del trastorno alimentario es la negación de la enfermedad. A menudo, quienes la rodean, se enfurecen con ella por esa actitud que la lleva a apartarse de una vida y relación normal. La familia se angustia al ver que la persona a la que aman va desapareciendo ante sus propios ojos. "No entienden por que rechazan tan drásticamente las necesidades diarias de comida, descanso, compañía y comodidad, que necesita el organismo. Con frecuencia, su comprensión va acompañada de enojo y cólera. Se ven impotentes ante su familiar que se debilita físicamente, el miedo reemplaza a la cólera. Ese juego, estilo y conducta puede terminar en tragedia".¹⁵⁸

¹⁵⁷ CRESPO, Rosina. FIGUEROA, Eduardo. *Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Gedisa. Barcelona. España. 214 páginas. Septiembre 1996.

¹⁵⁸ DIAZ, Minerva. RODRÍGUEZ Lidia. ROJAS, Vanesa. SUÁREZ, Norma. Director de tesis: CASSASOLA Noemí. Modelo de Intervención para prevenir anorexia en las adolescentes del Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México Nezahualcóyotl. Trabajo recepcional seminario de áreas sustantivas de Trabajo Social. Para la Escuela Nacional de Trabajo Social. 4 de Julio de 2001. Página 47.

La presión social que se ejerce en los adolescentes a través de la percepción de la delgadez como signo de éxito; la influencia familiar que fomenta que este grupo de la población valore a la gente por su apariencia; y la etapa de transición de cambios físicos, mentales, emocionales y de conducta, son determinantes para el desarrollo de anorexia; a lo anterior hay que agregar la imagen de compañeros en la escuela, amigos que intercambian puntos de vista, cosas en común como la música, deportes, moda y actividades recreativas, formando una identidad donde pueden ser influenciados directa o indirectamente para bajar de peso, con el objeto de ser aceptados en el grupo.

Esta apariencia gira en torno a la información que los adolescentes reciben de los medios de comunicación y que intercambian con sus demás compañeros, sobre todo, cuando personajes populares, se les presentan como una señal de identidad. Los amigos de la adolescente con anorexia juegan un papel importante en la detección del trastorno, pues la afectada muestra cambios de conducta con sus amistades, ya que la mayoría de las ocasiones se llevan a cabo reuniones que giran alrededor de ingerir alimentos, como pueden ser fiestas, excursiones y demás actividades que realizan los adolescentes entre los 13 y 18 años de edad; mostrando así dificultades también en relaciones pares.

El desarrollo de la Anorexia Nerviosa está tan íntimamente relacionado con pautas anormales de interacción familiar que un tratamiento de éxito siempre debe comprender la resolución de problemas familiares subyacentes. En muchas ocasiones no se encontrarán conflictos abiertos, sino lazos demasiados intensos. Las familias de las anoréxicas varían en cuanto a su habilidad para afrontar los problemas más básicos. Sin embargo, una de las características que muestran en general, es negar la existencia de la enfermedad. Existe tendencia a que cada miembro no hable por sí mismo (a), sino en el nombre de otro miembro, siempre modificando, corrigiendo o invalidando lo que la otra persona ha dicho. Funcionan como si pudiesen leer el pensamiento de la otra y explican lo que aquella realmente quiere decir. Tales características son de distinta intensidad en diferentes familias, pero se añaden a la negación completa de enfermedad o de necesidad de cambio.¹⁵⁹

Al principio de la enfermedad, los padres reaccionan con ansiedad y frenesí agudos por los peligros de la anorexia. Pasado un tiempo, la situación se calma y, en muchos casos, la familia puede considerarla como una vergonzosa molestia de la que culpan al paciente, aunque infelices por el problema que tienen con la hija (o), muchos padres se niegan a ser "culpados"¹⁶⁰ por la situación, palabra que usan para huir de las recomendaciones de tratamiento para sí mismos. Los problemas de la familia no son entendidos y los padres tratan a la paciente con toda desesperación y rabia, desarrollando una situación turbulenta dominada por las acusaciones airadas. Por supuesto, no se trata de algo sencillo: la anoréxica puede controlar todo el hogar con sus petulantes demandas, rechazo a la comida, amenazas de suicidio y, mientras, no se hace nada para que consiga seguridad interna o una auténtica independencia.

Hay familias que rechazan integrarse en el tratamiento. "Algunas piensan que sacar los problemas a la luz será más problemático que útil. Los padres suelen rechazar la necesidad de su propio tratamiento porque ello implica que la manera de criar a su hija (o) no ha sido la adecuada; donde se tratan de familias con serios problemas emocionales, donde la madre tiene mucha importancia".¹⁶¹

¹⁵⁹ BRUCHE, Hilde. *La jaula dorada del enigma de la anorexia nerviosa*. Paidós. Barcelona. 1ra Edición 1978. Reedición 2002. Pág. 140

¹⁶⁰ CFR *ibidem* Pág. 140.

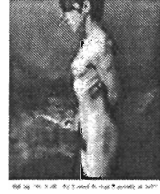
¹⁶¹ *ibidem*, Pág. 142-143.

2.10.1 Antecedentes familiares

Es preciso analizar como la familia interviene en el desarrollo de la anorexia y la manera que influye desestabilizándola. En medicina no existen culpas sino causas¹⁶². Ninguno de los rasgos individuales o características familiares en sí mismos son "causa" o "producen" un trastorno de la alimentación, sino que simplemente predisponen a eso. Por lo tanto, es la combinación de algo personal y/o familiar, con otros factores contextuales o circunstancias vitales del individuo, lo que precipita la situación. Y nunca está de más repetir que finalmente lo que perpetúa la enfermedad, se relaciona con lo que se hace -tanto en la alimentación como en la manera de socializar- que con lo que pudo haber dado comienzo al trastorno¹⁶³.

Un trastorno de este tipo termina generando una relación muy distorsionada en el seno de la familia y originando sentimientos de enojo, ansiedad y culpa, luchas de poder y crecientes dificultades en la comunicación. Tanto la paciente, padres o hermanos pueden ser considerados alternativamente "el que más sufre" o "el más responsable" de lo que sucede. Este tipo de interacción suele estar vinculada con la evolución que con su origen. Se considera, por lo tanto, que el hecho de que una familia tenga una crisis no necesariamente implica que sea una familia "patológica"¹⁶⁴.

Se han identificado ciertas características familiares, sin embargo esos rasgos no necesariamente van a producir un trastorno del comer en su seno:¹⁶⁵

⚡ Escasa comunicación entre sus miembros,	
⚡ Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan,	
⚡ Sobreprotección por parte de los padres,	
⚡ Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa,	
⚡ Ausencia de límites generacionales (por ejemplo: adolescentes con papeles de adulto),	
⚡ Expectativas familiares que incluyen depresión y alcoholismo,	
⚡ Existencia dentro del grupo primario de abuso sexual o físico.	

Lo innegable es que las familias tienden a reflejar en pequeño los conflictos sociales más amplios, o las actitudes e ideologías imperantes en cada época social. Los miembros reproducen en sus vidas individuales los valores que absorbieron durante el crecimiento. Para un adolescente que crece en un ambiente donde el cuidado de la imagen es fundamental, así como figura y peso corporal, sus ideas y acciones girarán en torno a¹⁶⁶:

- ⚡ No terminar midiéndose con la vara de "cuánto se acerca lo que logro a la imagen que me proponen",
- ⚡ Entrando en la lógica de no sentirse valiosa por no llegar a ese ideal,
- ⚡ Siendo inevitable, como resultado, una autoestima muy baja.

No se puede luchar contra los medios de comunicación, pero sí, en el seno de nuestras familias, preguntarnos sobre estas causas, cuestionarlas y tal vez, colaborar mutuamente a volver a ubicar los valores en su lógica jerarquía.

¹⁶² CFR DE LA FUENTE, Ramón. *Psicología Médica*, 2da edición, Fondo de Cultura Económica. México. 1992. Pág. 88.

¹⁶³ CFR DE LA FUENTE, Ramón. *Psicología Médica*, 2da edición, Fondo de Cultura Económica. México. 1992. Páginas 95-103.

¹⁶⁴ CFR CRESPO, Rosina. FIGUEROA, Eduardo. *Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Gedisa. Barcelona. España. Septiembre 1996. Página 81.

¹⁶⁵ *Ibidem* Pág. 87-94.

¹⁶⁶ GUILLEMONT, Anne. LAXENAIRE M. *Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura*. Masson. Barcelona. Pág. 75. 1994.

Realmente resulta preocupante la incidencia que tendrá sobre las próximas generaciones de jóvenes el ser hijos de los padres más obsesionados con el peso y la figura corporal que hayan existido en todos los tiempos.

Siendo en el tratamiento necesario devolver autonomía a la paciente dentro de su familia. Una autonomía sin soledad, ni aislamiento físico y afectivo. Un mejor conocimiento y comprensión de las raíces psicológicas del trastorno en la conducta alimentaria por parte de la chica y de la familia, facilita la curación.

2.10.2 La infancia perfecta

“Los padres hablan con orgullo de los éxitos deportivos e intelectuales de sus hijas anoréxicas. Les cuesta creer que su fantástica hija (o) ha estado viviendo una gran angustia y estrés. La mayoría de las chicas, sin embargo, tarde o temprano admiten que han tenido una infancia llena de ansiedad, consistentemente preocupadas por ser queridas, ya que siempre han pensado que no eran lo suficientemente brillantes. Si no satisfacían las aspiraciones de sus padres. Perderían el amor y la consideración de éstos. Hasta que la enfermedad se hizo obvia, hicieron todos los esfuerzos necesarios por ocultar su descontento de manera que sus padres pensasen que eran felices”.

167

Las chicas anoréxicas suelen repetir que “no se merecen nada” y que “son unas desagradecidas”¹⁶⁸. Su queja común es que han recibido tantos privilegios que se sienten desbordadas por la tarea de estar a la altura del trato. Se preocupan por la discrepancia que existe entre lo que sienten, merecen y lo que les han dado y, por eso, se convierten en seres frugales, incluso autopunitivos, porque piensan que tal vez no puedan pagar la deuda que tienen con la generosidad de sus padres.

El enigma de la anorexia nerviosa se puede resumir en cómo unas familias bien adaptadas fracasan a la hora de transmitir un sentido de autoconfianza adecuado a esas niñas. Crecen confusas con respecto a su cuerpo y funciones. Su sentido de identidad, autonomía y control es deficiente. Se sienten y comportan como si no tuviesen derechos independientes y sus acciones fueran autodirigidas. Malinterpretan las sensaciones de su cuerpo, sufren por la convicción de que son inútiles y/o no tienen control sobre su vida o sus relaciones con los demás. Los síntomas característicos de la anorexia nerviosa son siempre los mismos, con ciertas diferencias individuales, y pueden dibujarse años antes de iniciarse el problema. La manera en que usan las funciones alimenticias y su miedo a no tener el control sobre la comida son claros indicios de que se ha desarrollado una conciencia del hambre inapropiada.

No hay duda de que esos niños (as) han estado bien cuidados a nivel físico, material y educacional. Las dificultades y deficiencias están en la pauta de interacción, es decir, todas esas buenas cosas les fueron otorgadas sin que respondieran a las necesidades o a los deseos del niño. La psicología infantil moderna considera que desde el nacimiento debe considerarse la propia contribución del niño a su desarrollo. Para lograr un sentido de identidad propia y la capacidad de expresarse afectivamente, es importante que los mensajes que proceden del niño, de su campo biológico e intelectual, social y emocional, sean reconocidos y atendidos adecuadamente. Sin tal confirmación o refuerzo de esas expresiones indiferenciadas de necesidad, existe el peligro de que el niño crezca perplejo y en el futuro no sea capaz de diferenciar entre las diversas sensaciones y experiencias emocionales e interpersonales. Puede incluso que no sepa distinguir si una sensación o impulso se origina dentro de sí mismo

¹⁶⁷ BRUCHE, Hilde. *La jaula dorada del enigma de la anorexia nerviosa*. Paidós. Barcelona. 1ra Edición 1978. Reedicción 2002. Páginas 65-66.

¹⁶⁸ HEKIER, Marcelo. MILLER, Celine. *Anorexia-Bulimia: deseo de nada*. Paidós. México. Pág 74. 1994.

o llega de fuera; que no se sienta auténticamente separado de los demás o quizá sienta que está bajo la influencia de necesidades urgentes internas o demandas externas.

Esto implica a todas las áreas del desarrollo. En la situación de alimentación también podemos observar esta dinámica. Una madre muy atenta ofrecerá comida a su hijo cada vez que éste llore porque su conducta indica esa necesidad y así el niño aprende gradualmente a reconocer el hambre de las otras sensaciones de carencia.¹⁶⁹ Si, por otro lado, la reacción de la madre siempre es poco apropiada y negligente (no le alimenta cuando está hambriento) o demasiado solícita (le alimenta ante todo signo de incomodidad), el niño no podrá aprender a diferenciar entre estar hambriento, saciado o entre hambre y cualquier otra tensión. En ambos extremos, nos encontramos con personas obesas, perseguidas por el temor al hambre, y con escuálidas anoréxicas, ajenas –o solo pretendidamente- a los dolores del hambre y al resto de consecuencias de la desnutrición¹⁷⁰. Si se estudia con detenimiento a éstas adolescentes, observaremos muy a menudo que en su más tierna infancia no se reconocieron los indicios que apuntaban hacia esa enfermedad. En estas familias el crecimiento y desarrollo son concebidos como un logro de los padres, no del niño.

Muchas madres sienten que no hay nada que decir; la niña nunca dio ningún problema, comía todo lo que le ponían delante. Otras recordarán que siempre se anticiparon a las necesidades de sus hijos –no permitían que se sintiesen con “hambre”- o que fueran la envidia de amigos y vecinos porque sus hijos no armaban problemas en la hora de la comida y eran obedientes durante el clásico “período de resistencia”. Esta buena conducta se extendía también a otras áreas: la limpieza, el juego tranquilo y la obediencia.¹⁷¹

En el primer encuentro, las anoréxicas, que rechazan cualquier sugerencia de comer o relajarse, dan la impresión de ser orgullosas, tener una gran resistencia y fuerza de voluntad. A medida que se las conoce, esa impresión es reemplazada por un cuadro subyacente de incapacidad para tomar decisiones y un miedo constante a no ser respetadas o valoradas suficientemente. Esas adolescentes parecen carecer de la convicción de que tienen un valor intrínseco. Están siempre preocupadas por satisfacer la imagen que los demás tienen de ellas. Su infancia ha estado invadida por la exigencia de adivinar las necesidades de los demás y hacer lo que los otros esperan de ellas¹⁷².

Hemos aprendido de Piaget que la capacidad de pensar y el desarrollo conceptual, pasa por etapas definidas. Aunque el potencial de este desarrollo paso a paso es inherente al talento del ser humano, necesita, para una maduración apropiada un entorno que lo facilite. Parece ser que en esas jóvenes, no se da esta maduración o es insuficiente. Ellas continúan funcionando con las convicciones morales y el estilo de pensamiento de la infancia temprana¹⁷³. Piaget llamó a esta fase: la de las operaciones concretas o preconceptuales; también se conoce como el período del egocentrismo y se caracteriza por significados de efectividad mágica. Parece que se han detenido en esta fase, al menos en lo que respecta a la manera en que se enfrentan a los problemas personales. El desarrollo de la fase adolescente, donde la capacidad para las operaciones formales coincide con el pensamiento abstracto y la evolución independiente, es deficiente en ellas o incluso está totalmente ausente.

¹⁶⁹ HISCHEMANN, Jane. MUNTER, Carol. *Cuando las mujeres dejan de odiar a sus cuerpos. Como liberarse de la tiranía del culto al cuerpo*. Paidós, España. Pág. 66. 1997.

¹⁷⁰ CFR MARTÍNEZ, Santiago. *La obsesión por adelgazar: bulimia y anorexia*. Espasa-Calpe. Reimpresión para México. Pág. 59. Abril 1995.

¹⁷¹ *Ibidem*, Páginas 65-66.

¹⁷² CFR ROMA, María Teresa. MONTESINOS, Sánchez Nieves. ET AL. *Derecho de las mujeres a su imagen: Los trastornos del comportamiento alimentario. Nerviosa y Bulimia*. Publicaciones de la Universidad de Alicante. España. Pág. 97-102 2001.

¹⁷³ CFR DE LA FUENTE, Ramón. *Psicología Médica*, 2da edición, Fondo de Cultura Económica. México. 1992. Pág 111.

Suelen sacar muy buenas notas y eso se interpreta como un indicativo de alta inteligencia; sin embargo se ha descubierto que tienen serios defectos en su capacidad de conceptualización. A pesar de que han leído mucho en la escuela y fuera de ella, el funcionamiento intelectual parece anclado en un nivel infantil. La alteración del concepto de su imagen corporal, incapacidad para considerarse con realismo, se debe entender como resultado de esas percepciones deficientes. Están impelidas a vivir bajo reglas y evitar las críticas o el descontento de sus padres o profesores. Estas deficiencias se vuelven mucho más evidentes en la adolescencia. Pero desde la niñez se han expresado sutilmente¹⁷⁴.

Las pautas de conducta con sus compañeros muestran adaptación dócil o servil que caracteriza la vida de estas pacientes. Frecuentemente aparecen muchos amigos, pero solo suelen tener uno en cada momento. Con cada uno de ellos se muestran de una manera diferente. Se conciben como imágenes que reflejan lo que los amigos quieren de ellas. La amistad no suele durar más de un año; después se va apagando. Algunas se prestan a atender a los nuevos en la escuela, a los que sufren alguna minusvalía o a los que no pertenecen a ningún grupo. Una y otra vez experimentan que esos amigos de convivencia están con ellas, mejoran su situación en el grupo y luego les abandonan. Si tienen un amigo en particular, siempre adoptan el rol de seguidor. Una vida social muy activa puede ser también una expresión de inconformidad.¹⁷⁵

La preocupación más persistente está en relación con la familia y el hogar. Aunque considerada la hija perfecta, la paciente vive en un continuo temor a no ser amada y a que no se le tome en cuenta. Estas chicas no pueden experimentarse como individuos unificados o autocontrolados, capaces de dirigir su vida por su cuenta. Aunque pocas lo expresan abiertamente, a lo largo de su desarrollo han visto que ser mujer ya no es una desventaja y que pueden triunfar en áreas generalmente consideradas masculinas. Su apariencia delgada o sus logros deportivos les dan la convicción de que son tan eficaces como cualquier hombre¹⁷⁶.

2.10.3 La familia y el hogar: ventajas y desventajas ante la anorexia y bulimia nerviosas

La familia está vinculada en muchos aspectos a la génesis de la enfermedad, pues a veces ciertas ideas o formas de pensar por parte de ésta pueden constituir un elemento precipitante. Por otra parte, también es cierto que la capacidad de reacción y organización, de búsqueda de ayuda, adaptación y la perseverancia de la familia con respecto a las enfermedades son elementos básicos para el pronóstico de la enfermedad en la mayoría de los casos. Ya en el siglo pasado se recomendaba la separación de la paciente de sus familiares. Un siglo después, la clásica parentectomía es aún aconsejada por muchos autores. Algunos insisten en ello en los inicios del tratamiento, para romper la espiral anoréxica o bulímica; otros, cuando la paciente ha mejorado de forma sustancial. Más que indicar una supuesta culpabilidad o complicidad familiar, este tipo de prescripciones apunta a definir el lugar más adecuado para el tratamiento.¹⁷⁷

¹⁷⁴ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. Pág. 139 1999

¹⁷⁵ CFR íbidem, Pág. 145.

¹⁷⁶ GUILLEMONT, Anne. LAXENAIRE M. *Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura*. Masson. Barcelona. Pág. 65 1994.

¹⁷⁷ CFR MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. 1999. Páginas 147-149.

La capacidad de hacer frente a la paciente con anorexia o bulimia nerviosas exige autoridad y decisión, funciones que rápidamente se pierden en estas patologías y en la edad en que se dan.

Lo normal es que sea necesaria ayuda profesional para soportar el dolor y hacer frente a cualquiera de estas dos enfermedades.

2.10.4 Repercusiones de la enfermedad en la familia

Cuando una chica se empeña discretamente en perder el peso que tiene, a nadie le llama la atención, menos aún si es primavera y una parte significativa de la población también lo decide para cuando llegue el verano. En ocasiones, es apoyada en casa, se le ayuda a hacer dieta y lleva al médico para ello o, simplemente, se le tolera. Se entiende como algo propio de la adolescencia e indicio de que flota la vanidad. Si esa niña hasta ese momento ha sido formal, estudiosa, obediente y voluntariosa, se da por sentado que también tendrá éxito en este empeño. Lo que habitualmente se ignora es que podrá entrar en una trampa de difícil salida y que su indomable voluntad le puede jugar una "mala pasada"¹⁷⁸. El apoyo inicial se va desvaneciendo a medida que se empecina en disminuir cada vez más la ingesta de alimentación. No parece satisfecha y continúa viéndose gorda, pese a la pérdida de peso. Se niega a volver al médico si éste ha participado en la dieta y su conducta con las comidas se hace más extraña.

La madre es la primera en asustarse y trata de corregirlo. A veces, había iniciado el régimen junto con la hija, o es una persona en lucha constante por mantenerse delgada, pero ahora está preocupada. El padre, que en ocasiones había contribuido con un torpe comentario sobre lo "gordita" que estaba su hija, ahora no lo recuerda, tiende a mirar para otro lado y ve el problema como una exageración de la madre y es frecuente que apoye a la hija desautorizando a la esposa. El conflicto madre-hija está servido y se repite a diario en todas las comidas. La desaparición de la regla y sospecha de vómitos añade más angustia. Con demasiada frecuencia la madre es señalada como culpable: por la hija, que la acusa de atosigarla y querer que engorde; por el marido, por los abuelos. Si trabaja, que es frecuente en estas patologías, desespera al no poder estar en todas las comidas y cuidar a su hija. Viejos conflictos ligados al trabajo de la madre se reactivan con el esposo y los abuelos. Descalificada la madre, la hija se hace fuerte, a la vez que va perdiendo sus modales. La niña, antes dulce y educada, se ha transformado en una persona malhumorada, tosca y autoritaria. No quiere sentarse a la mesa, pretende comer de pie y su conducta con los alimentos es repulsiva¹⁷⁹.

El padre tarda en darse cuenta, y en intentar ayudar a la madre. En ocasiones, trata de arreglar las cosas por su cuenta, sin la madre. Ofrece largas charlas a la hija, pretende negociar, la invita a comer, se desespera, grita y amenaza. Si fracasa, tras pequeños avances, vuelve a enfadarse, deja de hablarle o se ausenta cada vez más de casa, dejando a madre-hija solas en el campo de batalla de la comida. Él también ha quedado desautorizado, a veces, por primera vez en la historia familiar. Hay casos en los que la pareja parental actúa de común acuerdo, con fuerza y decisión. Casi siempre logran detener el proceso si no es

¹⁷⁸ Leo, Rivera Morales *Cuatro de cada cinco mexicanas quiere bajar de peso*. Artículo de. La Jornada, Semanal, 20 de febrero del 2000. Sección salud.

¹⁷⁹ *Trastornos alimenticios. Anorexia Nerviosa*. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.contisalud.com

especialmente grave. El actuar de acuerdo no significa que ambos hagan lo mismo. El más dotado para imponer autoridad es quién para los pies a la hija y apoya la pareja¹⁸⁰.

Estos sucesos pueden durar meses y se puede tardar demasiado en tomar medidas útiles posibilitando que el síntoma se fije y la patología quede insaturada. El sufrimiento y malestar parental es intenso, probablemente mayor, al menos en apariencia, que el de la propia enferma, que niega toda patología. El nivel de desacuerdo y descalificación en la pareja puede ser grave y de efectos perdurables¹⁸¹.

Cuando la evolución es muy rápida, y la chica pierde un kilo o más a la semana, la alarma es intensa y la fantasía de muerte, unida a la impotencia, está presente.

Respecto a la Bulimia, la reacción inicial es de sorpresa, indignación y con posterioridad, al menos en algunos casos, de alivio. Atando cabos, los padres tratan de entender. Mentiras, robos, sospechas, cambios de humor, preocupación constante por adelgazar, mucho tiempo fuera de casa o escondiéndose en ella los fines de semana...son muchos de los motivos o detalles por los que se llega a detectar algo que hasta ese momento no era evidente. Algunos padres temían que su hija estuviera metida en drogas, entre otros motivos, por el cambio de amistades, y este problema de comidas y vómitos les parece un mal menor¹⁸².

Los padres se disponen a pedir ayuda muy pronto, y, a diferencia de la paciente anoréxica, la bulímica con frecuencia está dispuesta a ir al médico. Ella lleva buena parte del dolor mental, se siente mal y sus padres, que han sufrido sus trastornos de conducta, ahora comparten todo el problema¹⁸³.

Pero también hay bulímicas que no van al médico y culpan a sus padres o insisten en que pueden superar el problema con sus propios recursos. Por otro lado, es frecuente que uno de los padres se niegue a colaborar, desautoriza a su pareja y limita las posibilidades de hacerse cargo del cuadro. Si la bulimia irrumpe en el ámbito de una familia muy desorganizada, la sintomatología, por su carácter oculto y molesto, contribuye a aumentar el caos y deteriorar aún más las relaciones. Candados en los armarios, robos de alimentos, vigilancia obsesiva para evitar vómitos, descubrimiento de laxantes, mentiras, serán algunos de los elementos de una horrible obra de teatro en la que participan todos¹⁸⁴.

2.10.5 Vivir con una anoréxica o bulímica. Cuando la familia enferma

La convivencia es extremadamente difícil y agotadora cuando hay en casa una chica con anorexia o bulimia. Durante un período prolongado todos giran alrededor de ella. Tienden a establecer una dictadura atroz sin ninguna conciencia de ella. En época de exámenes la anoréxica exige la colaboración de todos para que la ayuden a estudiar. La paciente está de pésimo humor descompuesta por el agobio. Nadie la puede frenar ni mandar a la cama como corresponde, todos parecen contagiados por el difícil afán. Los integrantes de la casa se sienten objetos maltratados, a veces humillados ante la imposición sin percibir ningún agradecimiento, ni una sonrisa, contemplando al mismo tiempo cómo disminuye la ingesta y

¹⁸⁰ CFR COPERIAS, Enrique. *Obsesión fatal*. Revista Muy Interesante, México, D.F. 1995. Página 98.

¹⁸¹ CFR *Ibidem*

¹⁸² CFR MARTÍNEZ, Santiago. *La obsesión por adelgazar: bulimia y anorexia*. Espasa-Calpe. Reimpresión para México. Pág. 87-89 Abril 1995.

¹⁸³ CFR *Ibidem* Pág. 94

¹⁸⁴ CFR *Ibidem* Pág. 99.

se deteriora físicamente. La bulímica en casa parece evitar contactos y si éstos se dan puede saltar con una tempestad emocional. La comida desaparece del refrigerador y se oye el cuarto de baño anunciando las maniobras purgativas. Más de un padre se obsesiona con ello, y pierde la paciencia. Todos se sienten envueltos en una maraña que en cualquier momento se puede volver contra ellos¹⁸⁵.

En la anorexia nerviosa, como en otras enfermedades prolongadas, se produce una acomodación a ésta. La casa y sus integrantes giran alrededor de ella, así como de sus conductas y sentimientos. Padres y hermanos pueden enfermar y necesitan un tratamiento aparte. Depresiones, manifestaciones psicósomáticas múltiples, ansiedad y consumo de alcohol son algunos de los problemas desencadenantes que se ven dentro de la familia. En muchos son continuación o reactivación de cuadros previos, en otros, consecuencia del esfuerzo adaptativo¹⁸⁶.

Los hermanos sufren el problema y en ocasiones la conducta déspota de la paciente. La posibilidad de que un hermano (a) desarrolle un trastorno alimentario es más alta de lo que se pensaba hace algunos años; por lo que se les da importancia al cuidado de ellos. Recuperar la capacidad de comunicación familiar, con un lenguaje donde se exprese claramente lo que se piense y sienta, constituye un objetivo muy importante del tratamiento con la familia. En la práctica es frecuente encontrar con mucho miedo al paciente, a sus recaídas, su autoridad. El cual persiste más allá de la recuperación y es una invitación a nuevas crisis. Volver a la naturalidad no es fácil y debe apoyarse a la familia para que lo logren dentro de sus posibilidades. Rescatar el recuerdo, todo lo existente antes de la enfermedad, es saludable y necesario¹⁸⁷.

¹⁸⁵ CRESPO, Rosina. FIGUEROA, Eduardo. *Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Gedisa. Barcelona. España. Pág. 126. Septiembre 1996.

¹⁸⁶ CFR Íbidem Pág. 130.

¹⁸⁷ CFR Íbidem Pág. 135.

2.11 ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA EN VARONES

Si bien los trastornos de la alimentación se dan predominantemente en mujeres adolescentes, están apareciendo en varones en la misma etapa cada vez más. El porcentaje de éstos ha pasado de 5% a 10% en los últimos 5 años. Este es un dato interesante, ya que ratifica que no hay nada en la anatomía o fisiología femenina que haga que las mujeres tengan el uso privativo de estas patologías. A su vez, refuerza la hipótesis de *la fuerte influencia que ejerce la presión del contexto sociocultural* en la aparición de estos fenómenos¹⁸⁸.

Al igual que las mujeres que sufren de estos problemas, los hombres que desarrollan trastornos del comer también presentan¹⁸⁹:

- ‡ Historias de obesidad, que los han convertido en objeto de burlas en algún momento;
- ‡ La fuerte creencia de que si adelgazan serán más atractivos o más queridos;
- ‡ La obligación de mantener un peso o figura específicos por su trabajo, etc.

Un número significativo de los varones con trastornos de la alimentación, es homosexual, lo cual no quiere decir que sea privativo de ese grupo. Quizás esto tenga más que ver con que nuestra cultura no le pide tantas exigencias al hombre heterosexual en cuanto al cuidado de su presentación física. Más bien el estereotipo es que sea fuerte, situación para lo cual algunos kilos de más no interfieren. En cambio en el mundo gay-masculino, la apariencia es un valor apreciado, igual que en el mundo femenino¹⁹⁰.

Vale la pena destacar que es poco frecuente en los hombres con estos problemas de alimentación, que el objetivo buscado sea un peso determinado, achicar el talle de la ropa que usan o "entrar" en un pantalón (a diferencia de las adolescentes). Más bien suelen relatar que todo comenzó por querer modificar alguna parte específica del cuerpo, darle mejor forma o evitar ciertas desproporciones¹⁹¹.

Otro grupo significativo entre los varones con Trastornos de Conducta Alimentaria, lo representan aquellos que también sufren la presión de mantener un peso fijo por su actividad y se encuentran bajo control de una manera estricta. Es el caso de algunos deportistas bajo entrenamiento intensivo, de corredores de caballos (jockey), los fisicoculturistas o boxeadores obligados a ubicarse en una categoría inferior a aquella para la cual están físicamente mejor dotados. Así como los bailarines, a quienes se les exige el mantenimiento de un peso más bien bajo, y, en cifras que lamentablemente van en aumento, los modelos masculinos; sin duda esto no es más que un preanuncio de que, a corto plazo, en el mundo masculino también aumentará la presión por una estética que pase más por la delgadez extrema que por un cuerpo proporcionado y fuerte¹⁹².

Un dato importante a considerar en los varones es que se verifica muchas veces que lo que inicialmente se presenta como anorexia nerviosa, constituye más bien un trastorno del comer "afectivo". Esto quiere decir que el adolescente ha comenzado con un estado de tristeza o depresión, debido a causas de diversos tipos, que motiva a que se desarrolle un estado de

¹⁸⁸ BOCKELMAN, F. *Formación y funciones sociales de la opinión pública*. Gustavo Gili. España. 1983. Pág. 253

¹⁸⁹ *Ibidem* Pág. 255

¹⁹⁰ *Estadísticas de los trastornos al comer. Anorexia y Bulimia, resultados de una secundaria*. Recuperado el día 2 de noviembre del 2003, en: www.gda.itesm.com.mx

¹⁹¹ *CFR Ibidem*.

¹⁹² *CFR MORANDÉ, Gonzalo. La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. Pág. 289. 1999

desinterés por la comida. Las consecuencias terminan siendo las mismas que las que padece una adolescente cuando deja de comer por razones estéticas¹⁹³.

2.11.1 Perspectiva masculina

Antes de que existiera una extensa difusión epidemiológica o más bien mediática de la anorexia nerviosa y bulimia se describían casos de varones que por sus oficios presentaban serios trastornos de la alimentación. El desarrollo de éstos, desde la década de los años sesenta, ha hecho aumentar el número, pero siempre en una proporción muy inferior al de mujeres. Se han dado explicaciones sociales, biológicas, entre las que se destaca aquella que se apoya en que la moda de intentar estar delgados es seguida mayoritariamente por mujeres. En algunas encuestas, los chicos informan que "son cosas de mujeres", y arrojan cifras que concluyen que se perciben "gordos" y en especial hacen dieta para adelgazar, pero en una proporción diez veces menor que las chicas. La exposición al riesgo de desarrollar esta enfermedad es menor, y contrasta con el del consumo del alcohol, visiblemente mayor que en las chicas¹⁹⁴.

La desaparición del deseo sexual se hace más evidente en el varón, ya que normalmente lo ha experimentado antes y con más claridad en sus erecciones. Puede pasar desapercibido por la depresión del hambre y las obsesiones, pero en ocasiones se hace presente como algo que falta y se encienden alarmas. El retroceso de genitales tiende a preocupar y en ocasiones es muy notoria, y ni una ni otra son egosintónicas para el sujeto. En las chicas la mayoría de los síntomas y signos deseados y los ligados a la sexualidad son ignorados.¹⁹⁵

Estudios realizados con población homosexual americana, indican que el riesgo de desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario es mayor entre este grupo que el de chicos heterosexuales. Incluso, muchos autores dicen, que quienes están en peligro son los que presentan problemas de identidad sexual. Sin embargo, es necesario ser prudentes, ya que son adolescentes con una gran movilidad aún en busca de la identidad, no sólo en la sexual, y que presentan un trastorno mental que influye en ella¹⁹⁶.

La sintomatología, gravedad y el pronóstico de anorexia nerviosa instaurada no es diferente en hombres y mujeres. Hasta ahora, las investigaciones y datos arrojados, no han permitido que se haga una reflexión distinta a las de sus congéneres mujeres.

¹⁹³ CFR *Íbidem* Pág. 295

¹⁹⁴ CFR MARTÍNEZ, Santiago. *La obsesión por adelgazar: bulimia y anorexia*. Espasa-Calpe. Reimpresión para México. Pág. 197 Abril 1995.

¹⁹⁵ CFR MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. Página 373. 1999.

¹⁹⁶ CFR *Eating disorders organization national association of anorexia nervosa and associated disorders*. Traducido y Adaptado por Natalia Jaramillo-Enfermera Licenciada, U.J. Editora. Septiembre 2000. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.Contusalud.com.mx

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS

3.1 INTRODUCCIÓN

Con el objeto de conocer las condiciones del problema de la Anorexia y Bulimia Nerviosas, se aplicaron un conjunto de instrumentos que captan información necesaria. Debido a que la población seleccionada para el proyecto es todavía dependiente de su familia, se considero conveniente elaborar instrumentos para sus padres. Posteriormente ya con los resultados obtenidos se hace un análisis cuantitativo y una aproximación al análisis cualitativo de éstas problemáticas.

Para una mejor y práctica lectura de los mismos, llevan las siguientes abreviaciones:

- ☒ Instrumento Anorexia aplicado a padres de éstas: APA
- ☒ Instrumento Anorexia aplicado a pacientes: APD
- ☒ Instrumento Bulimia aplicado a padres de éstas: BPA
- ☒ Instrumento Bulimia aplicado a pacientes: BPD

Los instrumentos aparecen en la parte de los anexos.

3.2 JUSTIFICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Los instrumentos captan datos generales y específicos de los padres y los pacientes, por separado de ambos procesos patológicos, que permiten facilitar el diagnóstico, tratamiento, situación familiar y social, así como el seguimiento de casos.

La elaboración de los instrumentos contempla dos etapas:

- ☒ Antecedentes al diagnóstico de la enfermedad: se pretende recabar información para inferir acerca de los motivos que originaron el Trastorno de Conducta Alimentaria, de esta manera sustentar las hipótesis.
- ☒ Situación después de la intervención médica: identificar si la influencia médica y psicológica produce efectos positivos o negativos sobre la personalidad y la decisión del individuo al tratamiento.

Las variables a desarrollar en las dos etapas son:

- ☒ Familia
- ☒ Relaciones sociales
- ☒ Recreación
- ☒ Desempeño escolar
- ☒ Influencia de la T.V.
- ☒ Hábitos alimenticios
- ☒ Datos clínicos
- ☒ Servicios de la Institución

El total de la población entrevistada fue:

⌘ Pacientes con diagnóstico de Anorexia Nerviosa:	5
⌘ Pacientes con diagnóstico de Bulimia Nerviosa:	5
⌘ Padres de pacientes con Anorexia Nerviosa:	5
⌘ Padres de pacientes con Bulimia Nerviosa:	5

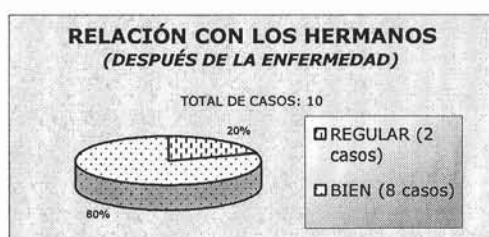
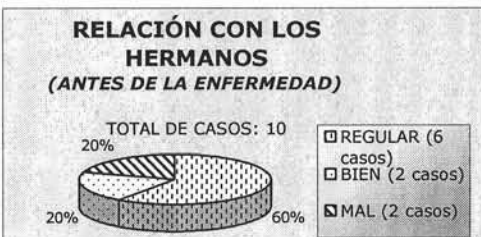
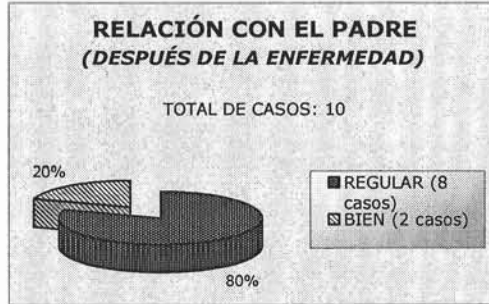
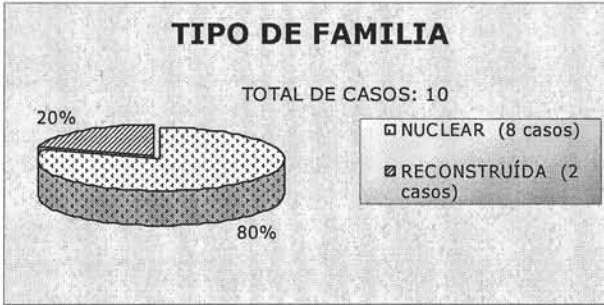
Con dichos instrumentos se pretende podrá probar o disprobar las hipótesis asimismo fundamentar el manual diseñado de prevención/información sobre la Anorexia y Bulimia Nerviosa.

Cada una de estas poblaciones fue independiente al observarlas cuantitativamente. Sin embargo, al realizarla aproximación a él análisis cualitativo, se integraron los instrumentos Anorexia Nerviosa: padres y pacientes. Posteriormente los instrumentos Bulimia Nerviosa: padres y pacientes.

3.3 RESULTADOS

3.3.1 Representación gráfica de la aplicación de los instrumentos

INSTRUMENTO ANOREXIA NERVIOSA PADRES-PACIENTES



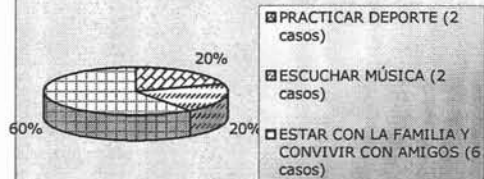
RECREACIÓN (ANTES DE LA ENFERMEDAD)

TOTAL DE CASOS: 10



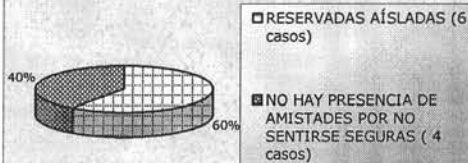
RECREACIÓN (DESPUÉS DE LA ENFERMEDAD)

TOTAL DE CASOS: 10



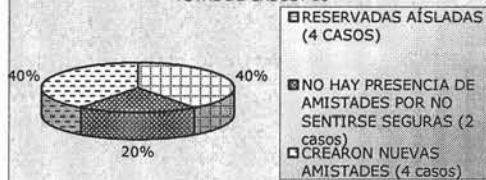
RELACIONES SOCIALES (ANTES DE LA ENFERMEDAD)

TOTAL DE CASOS: 10



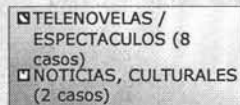
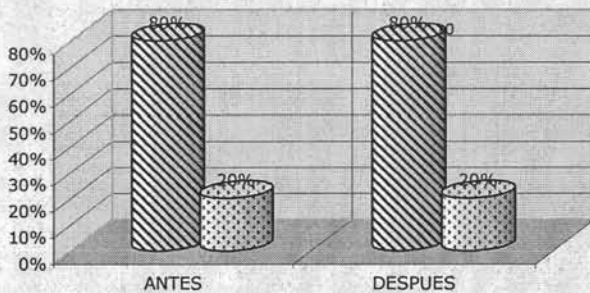
RELACIONES SOCIALES (DESPUÉS DE LA ENFERMEDAD)

TOTAL DE CASOS: 10



INFLUENCIA DE LA TELEVISIÓN

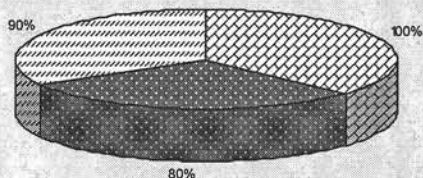
TOTAL DE CASOS:



HÁBITOS ALIMENTICIOS

(ANTES DE LA ENFERMEDAD)

TOTAL DE CASOS: 10

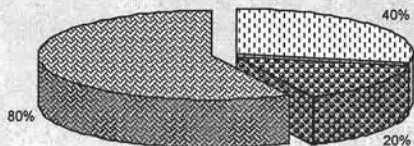


- SE SENTÍAN "GORDAS, QUERÍAN LLEGAR A SER MÁS DELGADAS QUE SUS AMIGAS, AYUNABAN. HUBO PRESENCIA DE CANSANCIO, CAÍDA DE CABELLO Y ROMPIMIENTO DE UÑAS. (10 CASOS)
- PRÁCTICABAN DEPORTE, LES INTERESABA TODO ACERCA DE LA COCINA, TOMABAN LAXANTES Y/O DIURÉTICOS. (8 casos)
- PRESENTARON AMENORREA. (9 casos)

HÁBITOS ALIMENTICIOS

(DESPUÉS DE LA ENFERMEDAD)

TOTAL DE CASOS: 10

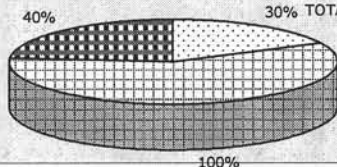


- SIGUEN SINTIÉNDOSE "GORDAS", LES INTERESA TODO ACERCA DE LA COCINA (4 casos)
- PRÁCTICAN DEPORTE, AYUNAN Y SIENTEN QUE AHORA ESTÁN COMIENDO MUCHO (2 caso)
- SIGUEN EL PLAN ALIMENTICIO (8 casos)

DATOS CLÍNICOS

(ANTES DE LA ENFERMEDAD)

TOTAL DE CASOS: 10

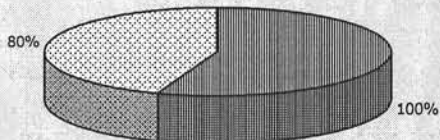


- CONOCIMIENTO DEL ADOLESCENTE SOBRE LA ANOREXIA NERVIOSA (3 casos)
- ASISTIERON LOS ADOLESCENTES A TRATAMIENTO PORQUE LAS LLEVARON SUS PADRES (10 casos)
- CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LA ANOREXIA NERVIOSA (4 casos)

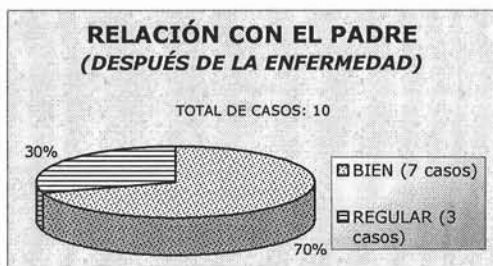
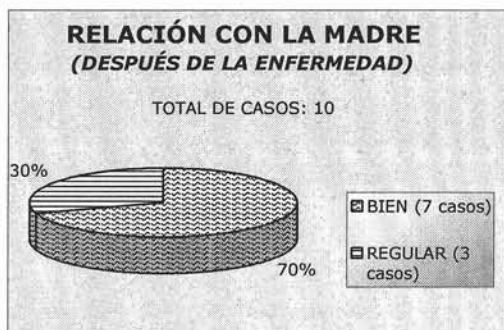
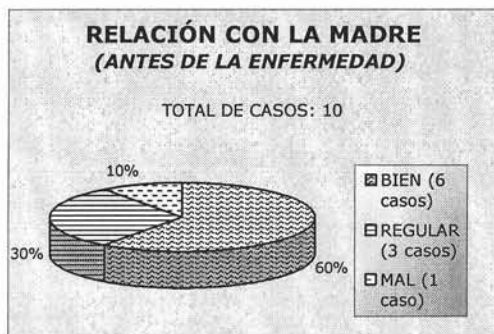
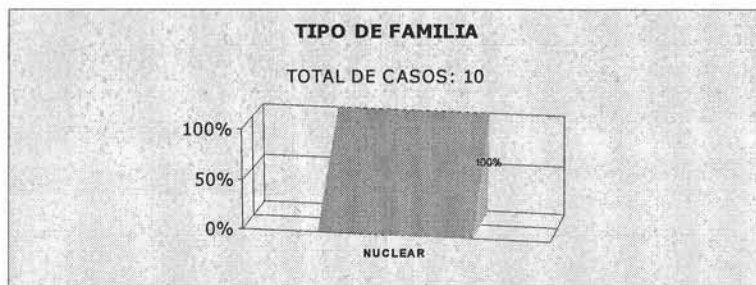
DATOS CLÍNICOS

(DESPUÉS DE LA ENFERMEDAD)

TOTAL DE CASOS: 10

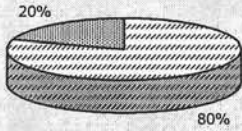


- CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES Y DE LOS PADRES SOBRE LA ANOREXIA NERVIOSA (5 casos)
- CONTINUAN CON EL TRATAMIENTO (4 casos)



RECREACIÓN (ANTES DE LA ENFERMEDAD)

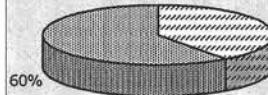
TOTAL DE CASOS: 10



- ESCUCHAR MÚSICA, LEER REVISTAS DEL ESPECTÁCULO (8 casos)
- PRÁCTICAR DEPORTE (2 casos)

RECREACIÓN (DESPUÉS DE LA ENFERMEDAD)

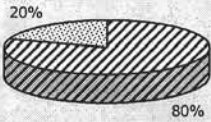
TOTAL DE CASOS: 10



- ESCUCHAR MÚSICA, LEER REVISTAS DEL ESPECTÁCULO (4 casos)
- PRÁCTICAR DEPORTE (6 casos)

RELACIONES SOCIALES (ANTES DE LA ENFERMEDAD)

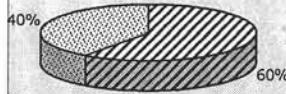
TOTAL DE CASOS: 10



- ESTAR CON AMIGOS (8 casos)
- ESTAR CON LA FAMILIA, IR A EVENTOS FAMILIARES (2 casos)

RELACIONES SOCIALES (DESPUÉS DE LA ENFERMEDAD)

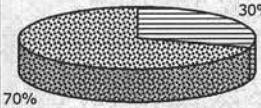
TOTAL DE CASOS: 10



- ESTAR CON AMIGOS (6 casos)
- ESTAR CON LA FAMILIA, IR A EVENTOS FAMILIARES (4 casos)

DESEMPEÑO ESCOLAR (ANTES DE LA ENFERMEDAD)

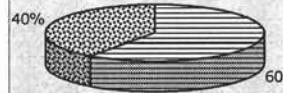
TOTAL DE CASOS: 10



- ATENCIÓN EN CLASES Y DEDICACIÓN DE TIEMPO EXTRA A TAREAS (7 casos)
- REBELDÍA (3 casos)

DESEMPEÑO ESCOLAR (DESPUÉS DE LA ENFERMEDAD)

TOTAL DE CASOS: 10



- ATENCIÓN EN CLASES Y DEDICACIÓN DE TIEMPO EXTRA A TAREAS (6 casos)
- REBELDÍA (4 casos)

INFLUENCIA DE LA TELEVISIÓN (ANTES DE LA ENFERMEDAD)

TOTAL DE CASOS: 10



- PROGRAMAS DE ESPECTÁCULOS/TELENOVELAS, REALITY SHOWS E IMITACIÓN DE MODELOS (8 casos)
- AUSENCIA DE LOS PADRES AL VER LA TELEVISIÓN (2 casos)

INFLUENCIA DE LA TELEVISIÓN (DESPUÉS DE LA ENFERMEDAD)

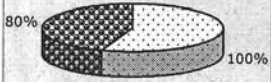
TOTAL DE CASOS: 10



- PROGRAMAS DE ESPECTÁCULOS/TELENOVELAS, REALITY SHOWS (8 casos)
- IMITACIÓN DE MODELOS (3 casos)
- AUSENCIA DE LOS PADRES AL VER LA TELEVISIÓN (4 casos)

HÁBITOS ALIMENTICIOS (ANTES DE LA ENFERMEDAD)

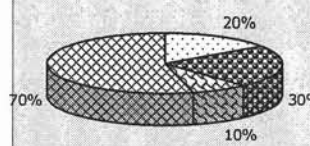
TOTAL DE CASOS: 10



- TENDENCIA A COMER A SOLAS, PRESENCIA DE ATRACONES, SE PERCIEN PASADAS DE PESO (10 casos)
- INDUCCIÓN AL VÓMITO, INGESTA DE LAXANTES Y/O DIURÉTICOS (8 casos)

HÁBITOS ALIMENTICIOS (DESPUÉS DE LA ENFERMEDAD)

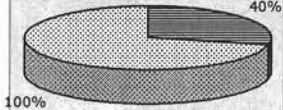
TOTAL DE CASOS: 10



- TENDENCIA A COMER A SOLAS Y PRESENCIA DE ATRACONES (2 casos)
- INDUCCIÓN DEL VÓMITO, INGESTA DE LAXANTES Y/O DIURÉTICOS (3 casos)
- SE PERCIEN PASADAS DE PESO (1 caso)
- SIGUEN UN PLAN ALIMENTICIO (7 casos)

DATOS CLÍNICOS (ANTES DE LA ENFERMEDAD)

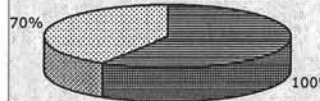
TOTAL DE CASOS: 10



- CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES Y PADRES SOBRE LA BULIMIA NERVIOSA (2 casos)
- ASISTIERON A TRATAMIENTO PORQUE LAS LLEVARON SUS PADRES (10 casos)

DATOS CLÍNICOS (DESPUÉS DE LA ENFERMEDAD)

TOTAL DE CASOS: 10



- CONOC. DE LOS ADOLESC. Y PADRES SOBRE LA BULIMIA NERVIOSA (10 casos)
- SIGUE EN TRATAMIENTO (7 casos)

3.3.2 Análisis cuantitativo

El instrumento aplicado consta de preguntas cerradas y abiertas. Las primeras para constatar el Marco Teórico revisado para este proyecto acerca de la Anorexia y Bulimia nerviosas; y las abiertas para conocer al entrevistado y su percepción ante el Trastorno de Conducta Alimentaria.

De la población adolescente afectada por la Anorexia y Bulimia Nerviosas, con factores predisponentes en: el sexo, sentimientos afectivos y emocionales, características de personalidad, familiares y socioculturales; es importante ver las etapas del antes y después de la enfermedad con la intervención médica.

3.3.2.1 DESCRIPCIÓN CUANTITATIVA DE LA MUESTRA: PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA

DATOS GENERALES:

TOTAL = 5

Edad: 13, 15, 16, 17 y 18 años.

Sexo: Toda la población es femenina.

Estado civil: Toda la población es soltera.

Ocupación: Toda la población es estudiante.

Escolaridad: 20% cursando la primaria, 20% cursando la secundaria, 60% cursando el bachillerato.

ANTECEDENTES AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

FAMILIA:

La mayoría respondió que la relación con su madre era buena, mientras que con el padre 20% dice era mala, 60% regular y el restante buena. Respecto a las relaciones entre hermanos, el 60% respondió que era regular y el restante buena.

RELACIONES SOCIALES:

La mayoría de la población, dijo no tener amigos por ser reservadas y un poco aisladas y otras muchos. Y con ellos el 40% no se sentía aceptada y el restante poco.

RECREACIÓN:

A la mayoría de las adolescentes entrevistadas le gustaba realizar deporte (spinning), y al restante de manera proporcional, escuchar música y estar con sus amigos. Lo que menos les gustaba: 60% estar con sus amigos y asistir a reuniones familiares y el porcentaje restante practicar deporte.

DESEMPEÑO ESCOLAR:

En este rubro la mayoría de las adolescentes, consideraba su mayor logro académico, el mantener el mejor promedio en su grado y dedicaban para tal meta, toda la tarde en estudiar. La población restante consideraba no tener ningún logro académico.

INFLUENCIA DE LA TELEVISIÓN

La mayoría prefería ver telenovelas y programas del espectáculo y lo que menos les gustaba ver: noticias. Cuando veían la televisión, la mitad lo hacía en compañía de sus padres y el restante no. A toda la población entrevistada no les ponían restricciones sus padres para ver

algún programa. Solo el 20% tenía una figura a admirar, su madre; el restante no se identificaba con ninguna figura o personaje.

HÁBITOS ALIMENTICIOS

Todas las entrevistadas, a pesar de que bajaban de peso, no dejaban de sentirse pasadas de peso, y si recuperaban peso se "deprimían" por tal motivo, les preocupaba en todo momento lo que iban a comer. La mayoría realizaba ejercicio de manera constante, de lo contrario les generaba ansiedad. La mayoría tuvo amenorrea y se volvieron fanáticas de libros de cocina; les gustaba realizar platillos, sin embargo ellas no los probaban. Su estado de ánimo cambió y la mayoría del tiempo estaban irritables y comenzaron a tener problemas con la escuela. Toda la población ayunaba diario y el restante cada tercer día. El 80% se laxaban y tomaban diuréticos, solo el 20% nunca lo hizo. Todas afirmaron que las relaciones sociales se vieron afectadas por la comida. 40% dijo sentirse perturbada cuando se encontraba con su novio y que su alimentación interfirió de manera negativa en su noviazgo. A la población restante, no aplican estas preguntas. A todas les hubiera gustado ser físicamente más delgadas que sus amigas; se les caía el cabello, rompían las uñas fácilmente y se cansaban rápido.

DATOS CLÍNICOS

Toda la población acudía al médico solo cuando se enfermaban. En sus familias no se dieron antecedentes de algún Trastorno de Conducta Alimentaria. 60% de las entrevistadas no sabía que era la Anorexia y/o Bulimia Nerviosas y el restante sí. Todas desconocían las causas de éstas enfermedades.

SITUACIÓN DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN MÉDICA

FAMILIA

Todas las entrevistadas reconocen haber mejorado en sus relaciones familiares porque ahora hay más comunicación, se dio en la mayoría un acercamiento con el padre, pelean menos y ya no cuestionan negativamente las decisiones de los padres, el apoyo de la familia es percibido por la paciente de la siguiente manera:

☒ "Solo a mi padre le interesa, mi madre sigue con su vida".

☒ "Se preocupan, pero no me escuchan".

☒ "Ma má me exige, mi papá hace todo lo que yo le digo".

☒ "Ha y comprensión, tolerancia y permanencia".

RELACIONES SOCIALES

La mayoría afirma que cambió su manera de socializar, ya que se sienten más seguras y no están comparando físicos como antes, les cuesta menos trabajo relacionarse con la gente y han hecho nuevas amistades, debido a que las anteriores se vieron afectadas.

RECREACIÓN

Todas dicen que lo que ahora les gusta realizar más es convivir y "recuperar el tiempo perdido".

DESEMPEÑO ESCOLAR

Todas dijeron que volvieron al colegio, subieron sus calificaciones y se concentran mejor.

INFUENCIA DE LA TELEVISIÓN

En éste rubro la preferencia de programas es la misma.

HÁBITOS ALIMENTICIOS

La mayoría trata de seguir una tarjeta de alimentación, ser equilibradas en su comida sin darle tanta importancia a las calorías y no pensar todo el día en la comida. El 20% modifica su tarjeta de alimentación ya que consideran es mucha comida.

DATOS CLÍNICOS

A la mayoría se le diagnosticó anorexia nerviosa y les recomendaron internamiento y solo al 20% de la población entrevistada el 1er médico que las vio no sabía que tenían. 80% de la muestra continúa con el tratamiento y tienen el mismo tiempo en la institución. El 100% de la muestra asistió a tratamiento porque las llevaron los padres, el 20% de éstas por condición médica para que salieran del hospital y la población restante porque se sentía mal. Todas dicen sentirse bien con el tratamiento.

3.3.2.2 DESCRIPCIÓN CUANTITATIVA DE LA MUESTRA: PADRES DE PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA

DATOS GENERALES:

TOTAL = 5

Edad: 36, 45, 53, 58 y 72 años.

Sexo: Toda la población es masculina.

Estado civil: Toda la población es casada.

Ocupación: 60% comerciantes, 20% dedicada a los medios de comunicación y el restante es chofer.

Escolaridad: 80% de la población tiene licenciatura y 20% cursó primaria.

ANTECEDENTES AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

FAMILIA

El tipo de familia que predomina es nuclear y 20% es reconstruida. En todos los casos el padre es el único sostén de la familia, en la mayoría de los casos, la afectada es la primogénita, hay más de un hermano y dijeron que la relación familiar era buena, solo el 20% dijo que la relación madre-hija era mala.

RELACIONES SOCIALES

La mayoría percibía que sus hijas tenían buena relación con sus amistades, sin embargo todos dicen que rara vez las visitaban. En la pregunta B.4 las respuestas fueron:

☒ "C así no tenía relación con las amistades de mi hija".

☒ "Yo la veía reservada, aislada y casi no convivía".

☒ "Me com entaban que les agradaba su carácter".

RECREACIÓN

Los padres percibían inclinaciones de sus hijas a: leer revistas del espectáculo, cocinar, escuchar música y jugar. Y dicen, lo que menos les gustaba realizar era: practicar deporte, asistir a reuniones familiares, estar con sus amigos.

DESEMPEÑO ESCOLAR

La mayoría de los padres considera bueno el desempeño escolar de sus hijas y que su promedio era de 7; y solo 20% de 9.5. La mayoría de sus hijas le dedicaba la tarde a sus labores escolares.

INFLUENCIA DE LA TELEVISIÓN

Todos los padres dicen que sus hijas preferían ver programas de espectáculos y telenovelas y lo que no les gustaba ver eran las noticias. Los canales de preferencia eran los de Televisa y todos dijeron no estar presentes cuando sus hijas veían la televisión y ningún padre prohibía ver algún programa. Todos los padres dicen no saber a qué personaje o figura admira su hija.

HÁBITOS ALIMENTICIOS

La mayoría dice que sus hijas evitaban comer con los demás, que cortaban la comida en trozos muy pequeños, pactaban y negociaban lo que iban a comer y decían no tener hambre; ocultaban la comida que no ingerían, evitaban ir a reuniones familiares. Sus hijas se quejaban de estreñimiento, tomaban laxantes, hablaban de la importancia del cuerpo esbelto. Todos dijeron que ninguna de sus hijas vomitaba después de comer, se quejaban de estar demasiado "gordas" sin tomar en cuenta el peso perdido y que sus hijas se resistían a ir al médico.

DATOS CLÍNICOS

Todos los padres dicen que solo llevaban a sus hijas al médico cuando se enfermaban y que en la familia no se dieron casos de Trastornos de Conducta Alimentaria. Solo 40% de la población entrevistada sabía que era la Anorexia y/o Bulimia Nerviosa y ninguno la causa de estas enfermedades.

SITUACIÓN DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN MÉDICA

FAMILIA

La mayoría de los padres afirma que han mejorado las relaciones familiares, ya que sus hijas pelean menos con ellos y hay más comunicación. La manera en que la familia ha apoyado a la afectada es:

☒ "Asistir a terapias familiares".

☒ "Hablar con ellas".

☒ "Estar con ellas".

RELACIONES SOCIALES

Todos los padres dicen que si han cambiado la forma en que socializan, ahora las visitan más, se aíslan menos y son "buenas".

RECREACIÓN

Lo que ahora les gusta hacer más a las afectadas, dice la mayoría, es estar con su familia y al 20%, además de lo anterior estar con su novio.

DESEMPEÑO ESCOLAR

Toda la población entrevistada, dice que han subido calificaciones, ya que se presentan menos cansadas y como se enteraron sus profesores de la enfermedad, ya no las creen en la mayoría de los casos desobedidas. El 40% tuvo por parte del profesorado indiferencia.

INFLUENCIA DE LA TELEVISIÓN

Todos informan que sus hijas, siguen viendo la misma programación.

HÁBITOS ALIMENTICIOS

Todos dicen que ahora siguen una tarjeta de alimentación y que hay menos tensión a la hora de comer.

DATOS CLÍNICOS

Solo el 20% de la población entrevistada dijo haber recibido indiferencia y desconocimiento de la enfermedad presentada por la afectada, en su primer acercamiento clínico. En todos los casos, se determinó internamiento por 90 días, permaneciendo ahora la mayoría por más de 6 meses en tratamiento, mismo tiempo que llevan en la Institución tratándose. La familia decidió acudir al Doctor por las siguientes razones:

☞ "E ra condición del hospital para que saliera".

☞ "S e estaba muriendo".

☞ "E staba muy flaquita".

Todos los padres dicen que sus hijas ahora valoran más la vida, se enojan menos y sienten que su "hija de antes regresó".

3.3.2.3 DESCRIPCIÓN CUANTITATIVA DE LA MUESTRA: PACIENTES CON BULIMIA NERVIOSA

DATOS GENERALES:

TOTAL = 5

Edad: Oscila entre los 13,16, 17, 18 y 19 años.

Sexo: Toda la población es femenina.

Estado civil: Toda la población es soltera.

Ocupación: Toda la población es estudiante.

Escolaridad: 20% cursando secundaria, 20% cursando licenciatura y 60% cursando el bachillerato.

ANTECEDENTES AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

FAMILIA:

El 60% de la población dice que la relación madre-hija era buena, 20% regular y el restante mala. Con lo que respecta al padre se presenta la misma situación en cuanto a porcentajes e indicadores. La mayoría de la muestra se llevaba bien con sus hermanos.

RELACIONES SOCIALES

La mayoría tenía amigos y solo el 40% se sentía aceptada entre ellos.

RECREACIÓN

Al 60% de las entrevistadas les gustaba estar con sus amigas, y el restante distribuido en: escuchar música, leer revistas del espectáculo y recetas de cocina. A la mayoría lo que menos les gustaba realizar era: practicar deporte, leer el periódico y asistir a reuniones familiares.

DESEMPEÑO ESCOLAR

Al 60% no le gustaba ir a la escuela y la población restante no reconoce tener ningún logro académico. La mayoría no le dedicaba tiempo extra a sus labores escolares.

INFLUENCIA DE LA TELEVISIÓN

La mayoría prefería ver telenovelas, reality shows, información acerca del espectáculo. Lo que menos veían eran noticias. A ninguna le prohibían ver algún programa y no estaban sus padres presentes cuando veían sus programas. A la mayoría le gustaría ser modelo y el 20% quisiera ser como su padre.

HÁBITOS ALIMENTICIOS

Todas las afectadas, preferían comer solas y cuando empezaban, les costaba trabajo terminar, acción que les generaba ansiedad al ser observadas al comer. Expresan que sentían malestar

con las personas que hablaban de su manera de comer, por consecuencia mentían acerca de lo que ingerían. Si subían de peso se deprimían y se sentían fracasadas al romper la dieta. La mayoría se provocaba el vómito diario y tomaba laxantes o diuréticos. Sus vidas la veían perturbada por sus hábitos alimenticios ya que no dejaban de pensar en la comida y cuando se sentían nerviosas, se refugiaban en ella. Toda la población se daba "atracones" diario, siendo capaces de realizar cualquier cosa por satisfacerlo, mencionaron que comenzaron los atracones cada tercer día. Se creían comedoras compulsivas. 20% de la población variaba su peso en más de 4 kg por semana.

DATOS CLÍNICOS

La mayoría acudía al médico solo cuando se enfermaba y el restante una vez al año. En ninguna de sus familias se presentó un Trastorno de Conducta Alimentaria. 40% de la población sabía que era la Anorexia y/o Bulimia Nerviosas, no obstante desconocían sus causas.

SITUACIÓN DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN MÉDICA

FAMILIA

El 60% de la población entrevistada considera que mejoraron sus relaciones, ya que pelean menos y ya no están tan pendientes de agradar a sus padres. El apoyo recibido por parte de la familia se manifiesta con la paciencia respecto a la comida. El 40% restante dice que no ha cambiado su situación familiar y expresan eso porque no las entienden y no las escuchan.

RELACIONES

60% de la población se relaciona más fácilmente. El porcentaje restante no ha visto cambios. Un 20% dice no aislarse tanto y que ahora puede comer frente a la gente.

RECREACIÓN

A todas les agrada ahora estar con su familia y amigos.

DESEMPEÑO ESCOLAR

La mayoría dijo que ahora le cuesta menos trabajo concentrarse y 40% de los maestros las apoyan y comprenden su enfermedad.

INFLUENCIA DE LA TELEVISIÓN

Todas siguen viendo los mismos programas.

HÁBITOS ALIMENTICIOS

La mayoría trata de seguir una tarjeta de alimentación, de comer junto a la gente, no vomitar, laxarse y expresan que su vida ya no gira en torno a la comida, de su físico y peso. Solo el 20% dejó de vomitar, sin embargo sigue laxándose.

DATOS CLÍNICOS

Todas tuvieron diagnóstico de Bulimia Nerviosa y el tratamiento fue internamiento. La mayoría tiene más de seis meses en tratamiento y el 20% lo dejó al tercer mes porque "no querían comer diferente", motivo por el cual lo abandonaron. Todas acudieron al médico porque sus padres las llevaron ya que se provocaban el vómito continuamente y el 20% intentó suicidarse. La mayoría expresa ahora no querer morirse y tener la esperanza de "salir adelante" y estar más tranquilas.

3.3.2.4 DESCRIPCIÓN CUANTITATIVA DE LA MUESTRA: PADRES DE PACIENTES CON BULIMIA NERVIOSA

DATOS GENERALES:

TOTAL = 5

Edad: 40, 45, 48, 55 y 56 años.

Sexo: Toda la población es masculina.

Estado civil: Toda la población es casada.

Ocupación: 20% ingenieros, 20% médicos, 40% abogados y 20% se dedican a la política.

Escolaridad: 80% de la población tiene licenciatura y el 20% maestría.

ANTECEDENTES AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

FAMILIA:

El tipo de familia es nuclear. El padre es el único sostén de la familia. En la mayoría de los casos la afectada es la primogénita. La relación con la madre y el padre en el 40% de los casos era buena, en el 40% regular y en la población restante mala. Con sus hermanos la mayoría se llevaban bien y el porcentaje restante regular.

RELACIONES SOCIALES

En todos los casos, los padres detectaban que la relación con sus amistades era buena y las visitaban frecuentemente. Las amistades de sus hijas, les comentaban que lo que más les agradaba de ellas era su espontaneidad, entrega y simpatía. Al 20% de la población, les comentaron que ya no querían salir con ellos como antes.

RECREACIÓN

La mayoría de los padres expresan que sus hijas en sus ratos libres acostumbraban estar con sus amigos, mientras que la población restante, leían revistas del espectáculo y de cocina, escuchaban música y practicaban deporte (spinning).

DESEMPEÑO ESCOLAR

El 60% de los padres dijo que sus hijas iban mal en la escuela y el restante regular. 20% de las afectadas le dedicaban tiempo extra a sus labores escolares.

INFLUENCIA DE LA TELEVISIÓN

Todos los casos acostumbraban ver telenovelas, reality shows, información acerca del espectáculo y lo que no veían eran noticias. Ningún padre prohibía ver algún programa y no estaban con ellas cuando veían la televisión.

HÁBITOS ALIMENTICIOS

Todos los padres expresan que sus hijas evitaban comer en compañía de alguien, que pactaban sobre lo que iban a comer, lo hacían en cantidades abundantes y vomitaban después, se quejaban de estreñimiento, decían estar muy gordas, a menudo les hablaban de la importancia del cuerpo esbelto; y se resistieron ante la idea de ir al médico. La mayoría de los padres explicó que sus hijas se quejaban cuando les servían demasiada comida, se laxaban y que no les gustaba realizar visitas familiares. 60% de la población entrevistada comentó que rara vez las afectadas decían tener hambre y guardaban lo que no ingerían.

DATOS CLÍNICOS

La mayoría acudía al médico cuando se enfermaba. En ninguna familia se presentó algún Trastorno de Conducta Alimentaria. 60% de los padres sabía que es la Anorexia y Bulimia Nerviosa y todos desconocían sus causas y consecuencias.

SITUACIÓN DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN MÉDICA

FAMILIA

60% de la población entrevistada percibe que mejoraron sus relaciones, dicen ahora pelear menos, se presenta menos envidia con los hermanos y la comida ya no es problema central. La familia ha apoyado a la afectada participando en sesiones familiares. En el 40% restante no hay cambios, ya que, argumentan los padres, a pesar de sus esfuerzos en apoyar y estar con sus hijas, éstas se muestran agresivas, de mal humor y no quieren hablar.

RELACIONES FAMILIARES

Todos comentan que las amistades de sus hijas siguen buscándolas y asisten a reuniones, por tales acciones, opinan no haber sido afectadas sus relaciones sociales. El 60% de la población dice que la afectada solo con su familia están bien.

RECREACIÓN

Todos los padres comentaron que sus hijas ahora están más tiempo con sus amigos y realizan las mismas actividades que antes y un 20% además de lo anterior, disfruta estando con su novio.

DESEMPEÑO ESCOLAR

El 40% de las pacientes, argumentan los padres, han presentado un cambio en realizar un esfuerzo por estudiar y recuperar sus calificaciones, ya no los mandan llamar de la escuela y se muestran menos rebeldes. La población restante sigue con el mismo rendimiento.

INFLUENCIA DE LA TELEVISIÓN

Toda la población entrevistada, dice que sus hijas siguen teniendo las mismas preferencias televisivas.

HÁBITOS ALIMENTICIOS

De los datos obtenidos se destaca que, el 60% de las afectadas han cambiado radicalmente, porque ya no se "atascan" y siguen un plan alimenticio. La población restante a pesar de controlarla, siguen escondiéndola y sus padres han encontrado restos de comida en sus dormitorios.

DATOS CLÍNICOS

La población entrevistada decidió llevar a las pacientes con un especialista porque vomitaban alrededor de diez veces al día y el 20% desechó la bilis. Su carácter fue cambiando y perdieron considerablemente peso. El doctor recomendó internamiento de 90 días. La mayoría de sus hijas tiene más de cinco meses con el tratamiento; 20% de las afectadas estuvo los 90 días y ya no quiso continuar. 60% de la muestra ha visto resultados con la intervención médica, ya que aún con altibajos, sus hijas ya no se siguen haciendo daño. La población restante, no ha visto cambios sustanciales.

3.3.3 Aproximación al análisis cualitativo

Para llegar a esta fase del proceso de investigación, fue necesario realizar un análisis e interpretación de los datos obtenidos del instrumento aplicado a las cuatro poblaciones que formaron parte de la muestra, para de esta manera inferir con el Marco Referencial.

Por lo anterior, se consideró importante enfatizar en los datos más significativos que involucraron las variables y mostrar la posibilidad de que adolescentes con características específicas están en riesgo de presentar Anorexia y/o Bulimia Nerviosa.

INSTRUMENTO ANOREXIA NERVIOSA: PADRES Y PACIENTES

De los datos obtenidos destaca que las afectadas son adolescentes de 13, 15, 16, 17 y 18 años¹⁹⁷. Reflejando baja autoestima, ya que no se sentían aceptadas con sus compañeros y se mostraban reservadas, aisladas y no les gustaba convivir. Sus ratos libres lo dedicaban a realizar ejercicio, leer revistas del espectáculo y en un porcentaje menor a preparar recetas de cocina, escuchar música, y a estudiar. El desempeño escolar en todos los casos era bueno. La mayoría al momento de ver la televisión lo hacía sin la compañía de sus padres y preferiría ver programas de espectáculos.

Las afectadas son primogénitas, provenientes de familiares nucleares, donde predomina en apariencia un patriarcado y el trato entre sus miembros es regular. En la mayoría de los casos la relación con la madre es buena.

Cabe destacar que no se sentían bien con su físico, lo cual propició la búsqueda excesiva de la delgadez como imitación del estereotipo de belleza actual; controlando su alimentación para asegurar su autoestima no lograda debida a su distorsión de imagen corporal.

A medida que fue avanzando la enfermedad, perdieron los códigos de comunicación familiar y social y solo buscaban seguir estando más delgadas, sin importar porque medios lo logran de ésta manera sentían en sus "manos" el control, de su cuerpo.

A punto de la inanición en todos de los casos, por orden de sus padres hacia sus hijas y contra la voluntad de éstas, acudieron al médico.

Después de la intervención médica y junto con el tratamiento, informadas ahora de su situación de "vida o muerte", están ahora luchando por aceptarse como son y encontrando el sentido de sus vidas; todo lo anterior con el apoyo de su familia. La mayoría confirmó que solo bastó su voluntad para querer rehabilitarse, descubriendo que son capaces de lograr lo que se propongan si así lo desean.

INSTRUMENTO BULIMIA NERVIOSA: PADRES Y PACIENTES

De los resultados obtenidos, destaca que son adolescentes de 13,16, 17, 18 y 19 años¹⁹⁸. El tipo de familia en todos los casos es nuclear donde predomina en apariencia, un patriarcado. La relación entre sus miembros es regular.

Respecto a su trato social, buscaban grupos donde ser aceptadas y reconocidas, donde les permitieran sentirse seguras, por lo que le daban más importancia a este tipo de relaciones

¹⁹⁷ NOTA: la edad de los padres están anotados en la página 89.

¹⁹⁸ NOTA: la edad de los padres están anotados en la página 93.

que a su familia. Éstas trataban de comprenderlas en sus sentimientos y acciones, pero al no lograrlo, comenzaron a presionar, lo que ocasionó en ellas respuestas negativas en la medida que creían no ser comprendidas. Lo anterior las llevó a seguir buscando la aceptación en otros grupos, sobre todo, si este reconocimiento implicaba la identificación de sus ideas.

La propaganda e ideas obsesivas de búsqueda de la figura esbelta actual, para poder relacionarse con "éxito", repercute de manera negativa en la convivencia social a todos los niveles y específicamente en las adolescentes; ya que éstas al transitar dicha etapa, son vulnerables y se ven influidas por los medios masivos de comunicación en relación con el cambio e imitación de imagen corporal. Esto se refleja en la muestra donde 80% de las adolescentes quisiera ser como las modelos que ven en revistas y televisión.

Desde esta perspectiva es significativo que todas las adolescentes entrevistadas, acostumbraban leer revistas del espectáculo y otras dirigidas al sexo femenino con contenidos de belleza y moda; así como ver series juveniles de televisión y considerando que para aparecer en este tipo de programas se necesita tener un cuerpo esbelto, siendo determinante para la muestra el deseo de ser delgadas.

El desempeño escolar en la mitad de los casos era suficiente y para el restante no implicaba esto un problema.

Acudieron al médico en todos los casos porque sus padres las obligaron, ya que sus vómitos eran constantes y el 20% intentó suicidarse, cambiando la dinámica familiar en todos los casos.

Es significativo rescatar que la mitad de la población entrevistada considera que las relaciones familiares mejoraron después de la intervención médica, ya que pelean menos por la comida. El porcentaje restante dice que sus familias siguen sin escucharlas ni entenderlas. La mayoría opina que sus relaciones sociales si se vieron afectadas porque ya no podían convivir con la gente, sin embargo, ahora tratan de no aislarse, de comer frente a la gente y de crear nuevas relaciones amistosas. No obstante, sus preferencias de revistas y de programas de televisión no cambiaron.

La mayoría trata de seguir una tarjeta de alimentación, de comer junto con la gente, no vomitar, laxarse y procuran que sus vidas no "giren alrededor de la comida" y a su imagen corporal. Solo el 40% de la población dejó de vomitar, sin embargo sigue laxándose. Concluyendo de lo anterior, que la mayoría ha tenido cambios positivos, presentando altibajos, pero sin seguir haciéndose daño.

CAPÍTULO 4. INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN LA PROBLEMÁTICA DE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

INTRODUCCIÓN

El campo de acción para el Trabajador Social en ésta problemática es muy vasto, sin embargo habrá que precisar que es su ámbito de competencia y el como intervenir que fortalecerá su identidad, ampliando necesariamente el espacio profesional.

Trabajo Social es la única profesional que desde sus orígenes tiene como objeto de trabajo las necesidades y problemas sociales, y está orientada a intervenir en ellos integrando, en los modelos de intervención, los saberes propios, de otras disciplinas y los de las sociedades concretas.

Su especificidad es la intervención en las necesidades y problemas sociales; siendo importante que la sociedad conozca sus potencialidades y se las apropie. Es necesario fortalecer y consolidar a la profesión ya que es la única práctica, que hace de las necesidades y de la problemática social su objeto de trabajo.

Es cierto que conocer la historia, los orígenes y la génesis, permiten comprender el hoy y entender atavismos, pero también es cierto que lo sucedido ya no es transformable, es un dato, no un problema.

El siglo XXI se caracteriza, entre otras cosas, por poner en el centro de las preocupaciones de la humanidad las relativas a lo social. Ello es así por que una de las evidencias más críticas es la de las fuertes tendencias de deterioro y desestructuración de la vida en sociedad. México no se encuentra al margen de estas tendencias, y es ahí donde la profesionalización de sujetos aptos para intervenir en tales situaciones es un imperativo. Trabajo Social tiene que estar presente por el rigor de sus planteamientos¹⁹⁹.

En este sentido, el presente proyecto, parte de la investigación como antecedente para la prevención, a través de la promoción; debidamente administrada y organizada en base al tiempo y recursos disponibles, con la finalidad de reeducar y sensibilizar para crear un cambio positivo.

Pues bien, actualmente los medios de comunicación, que, como ya se ha visto ejerce una poderosa presión sobre la estética a la que tienen que responder todas las mujeres y que inciden negativamente en la resolución de estos problemas. ¿Qué se puede hacer? Mencionaré algunas acciones posibles en sociedad:

- ⌘ Respetar las diferencias de las personas.
- ⌘ No valorar el éxito personal y profesional en función de un cuerpo perfecto.
- ⌘ Realizar campañas de prevención sobre la anorexia y bulimia nerviosas.
- ⌘ Controlar y hacer el seguimiento de los mensajes publicitarios que incrementan, fomentan y causan dicha problemática.
- ⌘ Evitar y denunciar que se vendan productos de adelgazamiento que vayan en contra de la salud física y psicológica.
- ⌘ Que el sistema educativo tuviera como objetivos el desarrollo integral de las personas y la construcción de una sociedad más justa, tolerante y solidaria.

¹⁹⁹ JUÁREZ, Miguel. GAITÁN, Lourdes. *Trabajo Social e Investigación*. UPCO. Madrid. Pág. 33 1993.

Desde el punto de vista del Trabajo Social²⁰⁰:

- ⌘ Realizar campañas de información, sensibilización y programas de prevención social que faciliten la desmitificación de estos valores y que promuevan otros.
- ⌘ Concientizar a la población y en especial a los adolescentes, de que existe una serie de problemas físicos y psicológicos de consecuencias en algunos casos irreversible.
- ⌘ La participación social, esto es, trabajar en la comunidad, en la fase de la promoción y de prevención de hábitos de vida saludables, de trabajo con familias con dificultades de atención a adolescentes.

²⁰⁰ SHELLEY, Rosemary. *Anorexia: guía para pacientes, familiares y terapeutas*. Trillas. México-Argentina-España-Colombia-Puerto Rico y Venezuela. Pág. 56 1ra Edición en español Febrero 2000.

4.1 EL CONTACTO INICIAL CON EL PACIENTE

Habitualmente, acuden a la consulta la chica y los padres, o a veces, pocas, otro familiar. Si se logra contener a éstos y la paciente está dispuesta, es a ella a quien se dirigen las preguntas iniciales. Prácticamente todas en la actualidad conocen su diagnóstico, incluso el tipo de anorexia que presentan: si es ésta restrictiva, purgativa o mixta, aunque no con las mismas palabras²⁰¹.

En un primer contacto, con la ayuda y la experiencia del médico o del profesional en esta enfermedad se puede definir con bastante precisión el inicio y el curso actual de su sintomatología, así como sus repercusiones físicas, emocionales, sociales y académicas. Las pacientes pueden informar sobre el peso perdido, la desaparición de la menstruación, el frío que padecen, su despertar precoz, el estreñimiento, su falta de tiempo para salir y, con más dificultad, su sintomatología depresiva u obsesiva. Aceptan que lo han pasado muy mal y que se han complicado sus relaciones familiares²⁰².

Se le pregunta sobre alimentación, si la paciente tiene una actitud colaboradora, que como máximo se ceñirá a informar sobre su intolerancia a determinados alimentos como la carne roja; algunas reconocen vomitar o usar laxantes cuando se les pregunta sobre el procedimiento seguido para bajar de peso. Ante todo, el especialista debe ser extremadamente cuidadoso para no obligarles a mentir²⁰³.

Si bien se logra crear un clima de confianza, la tensión es implícita, tanto por las dificultades habituales de la paciente para narrar o contar, como por la presencia de los padres, con quienes se debe hacer serios esfuerzos para mantenerlos en silencio; en la mayoría de los casos, son los padres quienes inician el relato, aunque es aconsejable el esquema anterior, en el que estos últimos son invitados sólo a escuchar y más tarde a completar datos como los antecedentes de la infancia, desarrollo, relaciones familiares, escolaridad, enfermedades propias y las de la familia. Lo habitual en una entrevista clínica²⁰⁴.

La autoridad del clínico es esencial para llevar a cabo la entrevista, manejando con educación y firmeza las preguntas y los tiempos para obtener datos importantes sobre la enfermedad. Básicamente, se trata de realizar un primer intento de exposición colectiva-complementaria y con ello afrontar el problema²⁰⁵.

El uso de la autoridad obliga, en ocasiones, a hacer callar, más con el gesto que con la palabra a una de las partes, forzarles a esperar su turno de réplica o ayudar a uno de los padres a desempeñar una función arbitral. Aún así, hay situaciones en las que, por mal manejo o por la gravedad de las sobre implicaciones, se inician espirales interactivas con descalificaciones mutuas. Si bien son ilustrativas, no son necesarias y deben ser moduladas o prohibidas por su nulo interés clínico en ese momento. Teniendo de frente a la familia o a una parte significativa de ella. Es el espacio mental ampliado con el que hay que trabajar en los trastornos de la conducta, en opinión de Jeammet, psicoanalista francés con amplia

²⁰¹ CFR MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. Pág. 157. 1999

²⁰² CFR Íbidem Pág. 168

²⁰³ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España.

Página 169-172.

²⁰⁴ CFR DIAZ, Minerva. RODRÍGUEZ Lidia. ROJAS, Vanesa. SUÁREZ, Norma. Director de tesis: CASSASOLA Noemí. *Modelo de Intervención para prevenir anorexia en las adolescentes del Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México – Nezahualcoyotl. Trabajo recepcional seminario de áreas sustantivas de Trabajo Social*. Para la Escuela Nacional de Trabajo Social. Pág. 33 2001-

²⁰⁵ CFR DE LA FUENTE, Ramón. *Psicología Médica*, 2da edición, Fondo de Cultura Económica. México. 1992. Pág. 166. 320.

experiencia en el tema²⁰⁶. Si la entrevista ha cumplido sus objetivos, se les pide a los padres que se retiren y vayan a pedir hora para la interconsulta médica.

En la entrevista individual, una de las constantes de la anorexia nerviosa es que la información tardará en surgir e irá en paralelo a la confianza que se genere y a la recuperación del cuadro. Esta afirmación es válida tanto para la paciente como para los padres. A veces, se debe esperar meses, para obtener un dato importante y esencial para el entendimiento de la génesis psicológica del cuadro. Son omisiones u olvidos que se deben aceptar por las características de la clínica. Cuando la paciente es entrevistada a solas aporta algo más de información. Lo suficiente, en la mayoría de los casos, para descartar otra patología psiquiátrica²⁰⁷.

Las pacientes anoréxicas, a diferencia de las bulímicas, no son verbales. El proceso anoréxico hace difícil la comunicación, como a otros pacientes psicósomáticos les cuesta encontrar las palabras, especialmente las ligadas a sentimientos, palabras sin nombres como precisan algunos autores franceses. La capacidad de mirar su interior, o hacer la introspección está muy limitada, así como su potencial de retrospectiva equilibrada²⁰⁸.

El Trabajador Social, en algunas instituciones, participa como observador y otras dirigiendo la sesión; posteriormente, se describen los resultados y objetivos donde se empieza a trabajar, las dificultades que pueden tener los padres para poner los límites, el balance de las experiencias que tiene el grupo y los problemas de control y responsabilidad sobre la conducta de la ingesta²⁰⁹.

Concluyendo, que se parte de una enfermedad multicausal y que tiene una implicación multidisciplinar.

²⁰⁶ CFR MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España. Pág. 173.

²⁰⁷ CFR Íbidem Pág. 176.

²⁰⁸ CFR DE LA FUENTE, Ramón. *Psicología Médica*, 2da edición, Fondo de Cultura Económica. México. 1992. Pág. 168. 320.

²⁰⁹ CFR Íbidem Pág. 170.

4.2 PROBLEMAS PARA ENCONTRAR AYUDA PROFESIONAL. LA SENSIBILIDAD DEL PROFESIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

La primera dificultad que surge ante la petición o sugerencia de buscar ayuda es la negativa de la paciente a aceptar que está enferma o puede estarlo. No desea acudir al médico o a la consulta, no lo ve necesario ni tiene tiempo para ello. Su oposición es tan firme, que en la mayoría de los casos debe ser obligada. En ocasiones, encuentra la complicidad de uno de los padres, con lo que se difiere la consulta y se desautoriza al que más insiste. En otras, el temor de los padres a la chica es real y les invalida por completo. Ella puede amenazar con suicidarse o huir de casa. Mientras afirma que el único interés de ellos es engordarla. La capacidad de la hija de manipular la situación y enfrentar a los padres a veces es muy grande. Su actitud de reto, y de escasa colaboración se dará durante mucho tiempo, lo que puede retrasar el tratamiento o hacerlo imposible, aunque la situación de salud sea grave²¹⁰.

En bulimia nerviosa suele ser más fácil la primera consulta, la que se desencadena tras hacerse manifiesto el problema. Pero esta ilusión con frecuencia dura poco, ante las dificultades para encontrar un profesional adecuado y, más aún, al no ofrecerles una mágica y rápida solución²¹¹.

El principal problema al que se enfrenta la familia es la formación no especializada de los clínicos de los centros de salud mental para Trastornos de la Conducta Alimentaria. La mayor parte de los casos no exige una formación altamente especializada, pero, sin embargo, hay un número de casos no desdeñable que sí exige esta formación. Hacer ese acompañamiento a la vida de la persona es algo que resulta crucial a la hora de enfocar el plan. Tampoco se puede olvidar que los casos donde sí tienen la formación pero no el tiempo, la agenda suficientemente desahogada para poner esos conocimientos en marcha²¹².

Por otra parte, los problemas a los que se enfrenta la atención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, habla de la coordinación. Efectivamente la hay en atención primaria, pero pensemos que es mejorable o al menos que se podría llegar a un protocolo más eficaz, así como en el área de endocrinología. En un hospital con una población de pacientes con esquizofrenia en torno al 80% de los casos, se sabe trae consigo muchas veces abandonos precoces; ya que no es el ambiente más idóneo para adolescentes con once o quince años; se asustan y no se puede evitar. El miedo a la locura es ancestral.²¹³

No se realiza coordinación con las escuelas. Muchos profesores están inermes viendo el deterioro de sus alumnas y sin saber que hacer o a quién dirigirse para consultar ese problema. Ocasionalmente si se han dado algunas charlas a padres, pero hay dudas de que eso no vaya a generar más casos, como pasaba en muchas situaciones con la información sobre drogas, por ejemplo, que en vez de disminuir la incidencia, la aumentaba. Existe una desconfianza mutua entre asociaciones de familia y clínicos, siendo dos estructuras que se tendrán que entender y colaborar²¹⁴.

²¹⁰ CFR MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España. Pág.175.

²¹¹ CFR Íbidem Pág. 177.

²¹² CFR DE ROBERTIS, Cristina. *Metodología de la intervención en trabajo social*. El Ateneo. Argentina. Pág. 36. 1988.

²¹³ ROMA, María Teresa. MONTESINOS, Sánchez Nieves. ET AL. *Derecho de las mujeres a su imagen: Los trastornos del comportamiento alimentario. Nerviosa y Bulimia*. Publicaciones de la Universidad de Alicante. España. Páginas 97-95. 2001.

²¹⁴ CFR MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España. Pág.182.

Ahora ¿se deben hacer Unidades súper-especializadas o no? No tendría sentido crearlas para sola una área sanitaria, pero quizás si para lo que es el conjunto de los que se enfrentarían con aproximadamente un mayor número de casos de anorexia recalcitrante, muy compleja de tratar, y que realmente queden desbordados en los centros de salud mental con la agenda de alta ocupación²¹⁵.

La intervención de Trabajo Social en primer término es desempeñar la función de orientación, asesoramiento, escucha y palabra, y en segundo, establecer un diagnóstico situacional del afectado y familia que buscan ayuda. Con la palabra se capta y comprende la realidad que se presenta en cada caso así como su amplitud, y en todas sus dimensiones es el vehículo que permite al Trabajo Social entender al afectado en el nivel de diagnóstico y desde ahí intervenir reflexivamente dando alternativas de solución para cada problemática.

²¹⁵ ROMA, María Teresa. MONTESINOS, Sánchez Nieves. ET AL. *Derecho de las mujeres a su imagen: Los trastornos del comportamiento alimentario. Nerviosa y Bulimia*. Publicaciones de la Universidad de Alicante. España. Pág. 48 2001.

4.3 TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO

La forma típica de presentación de los casos de anorexia nerviosa, es una familia desesperada y agotada en sus esfuerzos infructuosos por vencer la enfermedad y una paciente que en forma callada o con manifiesta hostilidad asegura que todos están equivocados, y que no piensa abandonar su empeño, en bajar de peso. Es común que los miembros de la familia se perciban a sí mismos como perfectamente normales, padeciendo un único problema que, solucionando, permitiría que todo volviera a su normalidad²¹⁶.

En el tratamiento de la paciente anoréxica será indispensable un equipo de trabajo compuesto²¹⁷:

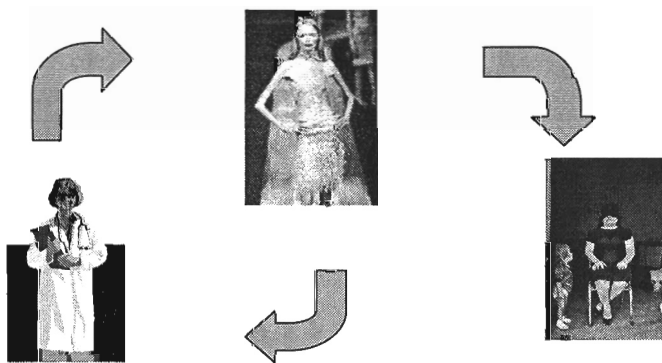
- ✗ Por el endocrinólogo que es el encargado de controlar el estado de salud y las condiciones físicas de la paciente,
- ✗ El psiquiatra y psicólogo clínico que se encomiendan de lo psíquico y la vertiente psicoterapéutica, y
- ✗ El Trabajador Social, donde su función y objetivo es un seguimiento de caso de las pacientes y las familias así como una sensibilización hacia éstos para que no abandonen el tratamiento.

Este abordaje entre los distintos especialistas, permite ofrecer un paquete unitario de tratamiento, a la vez que brindar una clara diferencia del espacio terapéutico y la tutela médico-sanitaria.

El respeto por el sufrimiento de la paciente y por los sentimientos que despierta en la familia esta situación, hará posible el establecimiento de una alianza terapéutica; donde se transmite que se comprende su sufrimiento, pero que con igual claridad, se conocen los riesgos de continuar bajando de peso, así como sus consecuencias negativas. En este punto se establecerá como objetivo del proceso, la construcción de alternativas sanas y funcionales a las dificultades emocionales y relacionales de la paciente.

El primer objetivo del terapeuta es crear un sistema terapéutico constituido por²¹⁸:

- *Paciente
- *Familia
- *Especialista



²¹⁶ CFR MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España. Pág. 166.

²¹⁷ CFR Íbidem Pág. 168.

²¹⁸ DE LA FUENTE, Ramón. *Psicología Médica*, 2da edición, Fondo de Cultura Económica. México. 1992. Pág. 175.

Desde el primer contacto, se debe construir la visión del paciente y su familia, reformulando la conducta anoréxica como la consecuencia del problema fundamental: el sufrimiento personal. Se debe subrayar la necesidad de entender la función del síntoma: ¿qué malestar de fondo se esconde detrás de la Anorexia y Bulimia Nerviosas? sus conductas, como cualquier otra, tienen un valor de mensaje implícito que hay que escuchar en un proceso que supone dejar que el síntoma y la demanda se despliegue en su complejidad, en el nudo de relaciones que condensa.

El punto de partida de la terapia familiar sistémica, es el concepto de familia como un sistema. En este sentido, la familia es un todo en sí misma, cuya identidad es diferente a la de cada uno de sus miembros individuales. Como tal, tiene metas que cumplir que están evolutivamente pautadas y su cumplimiento dependerá de la complejidad de los procesos interactivos de los miembros de la familia, en cuyo contexto todos los comportamientos resultan mutuamente afectados en una cadena de circularidad causal. Donde, la familia, como sistema, debe mantener la estabilidad (homeostasis) que define su identidad y, al mismo tiempo, promover cambio y crecimiento²¹⁹.

Desde la óptica de la complejidad, la terapia se construirá a través de una comunicación reflexiva que permita en última instancia establecer consenso y entrar en relación con la paciente y su familia. Promover alivio al sufrimiento y generar eventos que permitan el crecimiento personal, son motivos esenciales del ejercicio de la psicoterapia con pacientes anoréxicas²²⁰.

La transformación se generará con la salida al mundo cambiante, a la inquietud e inseguridad, pero también a las emociones de la vida.

²¹⁹ TINAHONES, Francisco. Anorexia y bulimia: una experiencia clínica. Díaz de Santos. España. 2003. Página 31.

²²⁰ CFR Íbidem Pág. 39.

4.4 TRABAJO SOCIAL: TRABAJO CON LA FAMILIA

Para la intervención del Trabajo Social es necesaria la articulación de la familia para la contención de estas problemáticas.

Un elemento necesario en todos los tratamientos: la FAMILIA.

Menushin y sus colaboradores han investigado la interacción familiar e identifican 5 aspectos presentes que distorsionan el funcionamiento global²²¹:

- ⊗ Sobreimplicación: diferentes miembros de la familia son muy sensibles unos con otros, se cuidan intereses propios por el bien de todos.
- ⊗ Sobreprotección.
- ⊗ Rigidez.
- ⊗ Dificultad para afrontar situaciones problemáticas.
- ⊗ Implicaciones de la enferma en conflictos entre los padres.

Schwartz, en 1986 observa todas las características enunciadas por Menushin, pero además añade 3 peculiaridades más²²²:

- ⊗ Aislamiento.
- ⊗ Preocupación por las apariencias.
- ⊗ Extremado interés por las comidas y la alimentación.

Root, en 1986, encuentra 3 tipos de familia en los que puede haber un miembro con Anorexia y/o Bulimia Nerviosas²²³:

- ⊗ La perfecta.
- ⊗ La sobreprotectora.
- ⊗ La caótica.

El estudio del desarrollo y cambio de la familia tiene gran importancia para el Trabajo Social, ya que su estructura social, pautas de comunicación e interacción, cohesión y control se modifican en la medida que evoluciona la familia.

Ahora bien, así como hay un ciclo vital personal que se inicia con el nacimiento y las primeras etapas de la infancia y termina con la vejez y la muerte, también existe otro familiar: desde el emparejamiento a la instalación de la casa y formación del hogar, pasando por el nacimiento de los hijos y su crecimiento, hasta su emancipación, y volviendo a la nueva vida en solitario de los padres. Las variantes de desarrollo son múltiples y se han extendido al aumentar las expectativas de vida. Sin embargo, hay aspectos comunes²²⁴.

Cada etapa de la vida tiene sus tareas, duelos y satisfacciones²²⁵.

Tareas.- la pareja, el núcleo familiar, fija sus actividades, de acuerdo con su edad, aspiraciones y posibilidades, siguiendo parcialmente el esquema de sus familias de origen, adecuado a lo que se entiende por normas actuales: el cuidado y educación de los hijos, el desarrollo personal y profesional de ambos cónyuges, la búsqueda de un bienestar económico, etc. Estas tareas van cambiando, según va creciendo la familia, las responsabilidades y pasando la vida.

²²¹ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España. Pág.170

²²² Íbidem Pág. 171.

²²³ Íbidem Pág. 171.

²²⁴ CFR DE ROBERTIS, Cristina. *Metodología de la intervención en trabajo social*. El Ateneo. Argentina. Pág. 43. 1988.

²²⁵ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España. Pág.170

Duelos.- el desarrollo de los planes necesita ser adecuado a la realidad y a veces, con mucha dificultad la familia debe renunciar a ciertos objetivos. Asimismo, con respecto a los hijos, una minusvalía, enfermedad grave, el nacimiento no deseado e interrupción del ciclo. Otros modos de sufrimiento, van ligados a la vulnerabilidad personal de los miembros de la familia: separación de las familias de origen o de los hijos; terror al desarrollo personal de éstos; no soportar envejecer; temor de los hijos a crecer, otros al fracaso, algunos que se vuelven contra sus padres o se van del hogar prematuramente.

Todo lo descrito es un mosaico a lo que estamos expuestos, y obligados a hacer frente con diferente manera.

Satisfacciones.- es raro hablar de éstas, en una sociedad que habitualmente se nos presenta en los medios como insatisfecha. Sin embargo, la mayoría de la gente piensa que el clima familiar es bueno o aceptable, que la comunicación entre los miembros es relativamente sana y que los objetivos, no todos, se cumplen.

Conocer la situación de la familia, es esencial para que el TRABAJO SOCIAL pueda intervenir e impulsar acciones con el fin de lograr un equilibrio mental y físico en el enfermo.

De los datos anteriores se desprende que la Anorexia y Bulimia Nerviosas son un problema psicosocial de gran impacto en México, que involucra a grandes sectores de la sociedad como el de la salud, de los derechos humanos, el educativo, académico y la sociedad civil; y no es conveniente que siga viéndose como un problema privado como todavía se le considera.

Ante este panorama, es necesario unir esfuerzos, gubernamentales y no-gubernamentales, para profundizar en el conocimiento sobre el tema, sus características en diferentes zonas y sectores del país, sus impactos y consecuencias, (a corto, mediano y largo plazo) en los actores directos: mujeres, hombres y menores, y en la sociedad en su conjunto.

Trabajo Social es una disciplina cuyo ámbito de intervención es la elaboración, instrumentación, desarrollo y aplicación de las políticas sociales que buscan resolver las necesidades de la población y garantizar los niveles de asistencia, seguridad y bienestar social de la misma, a fin de contribuir al desarrollo social. De manera general enfatizo las funciones básicas del Trabajador Social para tal intervención:

- ‡ Investigación
- ‡ Planeación y Programación
- ‡ Gestión y asesoría social (coordinación y asistencia social)
- ‡ Educación social
- ‡ Administración
- ‡ Promoción (organización social)
- ‡ Prevención
- ‡ Rehabilitación
- ‡ Capacitación social
- ‡ Evaluación de procesos sociales

El Trabajo Social, es una profesión que atiende a los sectores más débiles de la población, pues a pesar del reconocimiento Internacional de éstas enfermedades, aún existen sectores a los que no ha llegado esta modificación de conductas. Al Trabajo Social le corresponde idear metodologías de intervención para dar alternativas de solución preventivas/informativas de los problemas que surgen de éste sector afectado.

Considero que el Trabajo Social en el sector salud debe tener capacitación, sensibilización, ética, responsabilidad y compromiso, de esta manera se crearán programas y proyectos

viables, detectando las necesidades y ver plasmados en hechos los resultados cualitativa y cuantitativamente.

El Trabajo Social, cuenta con una metodología, la cual permite intervenir tanto en la sociedad como en el gobierno, planeando, administrando, operando y evaluando. Esto es lo que lo autoriza para formar parte dentro del desarrollo de las políticas sociales, por lo que es importante definir un nuevo rol del Trabajador Social²²⁶.

La Anorexia y/o Bulimia Nerviosas, son enfermedades, donde el TRABAJADOR SOCIAL propone como parte del tratamiento una reorganización familiar, deberes y obligaciones de cada miembro. Y esta, es conveniente se de, en cuatro perspectivas²²⁷:

- ✚ La reorganización de la familia, con tres subdivisiones a la vez: la pareja parental, los hijos, y finalmente, el sujeto.
- ✚ La reorganización familiar hacia el exterior, con una serie de funciones repartidas entre sus miembros. Por ejemplo, el comer es una parte muy importante de nuestra vida de relación con los demás. El aceptar alimentos suele dar placer al que los ofrece mientras que rechazarlos generalmente causa ofensa. Esto es particularmente importante en las familias. Algunos niños y adolescentes pueden descubrir que decir no a los alimentos es la única forma de que disponen para expresar sus sentimientos o para tener alguna influencia en su familia.
- ✚ Detectar la presencia de hechos o situaciones recurrentes, que se repiten en la historia familiar.
- ✚ La propia historia familiar que habitualmente se extiende a dos o tres generaciones.

En esta parte del tratamiento la FAMILIA juega un papel muy importante ya que es en ella, donde se percibe inmediatamente un cambio.

Por lo cual se estructura un grupo terapéutico de padres, con una serie de requisitos para participar en ese grupo²²⁸:

- ✚ Que exista una demanda por parte de los padres de colaborar de forma activa en el proceso terapéutico. Muchas veces esa demanda venía expresada en forma de queja; la cual se manifestaba como un no saber que hacer con el conflicto familiar que provoca la paciente, ese malestar representaba la petición de un espacio propio para hablar del problema. Otras veces en forma de preguntas, donde querían saber que estaba pasando con la familia replanteándose su papel de padres o se preguntaban cuál era su responsabilidad en el malestar que genera el síntoma. En definitiva participaban en el grupo a raíz de una demanda.
- ✚ Que acudieran a sesiones tanto el padre como la madre. Sabemos que cuando existe una problemática familiar, por lo general, uno de ellos juega un papel más pasivo.
- ✚ Que fueran padres de adolescentes. En esta etapa se juega un proceso de separación que afecta tanto a los hijos como a los padres. Incluso para los éstos es más doloroso. El grupo es cerrado y está limitado por el tiempo de sesión que aproximadamente son dos horas

En la medida en que los diferentes conflictos que se han señalado se van abordando en el grupo, la comida deja de ocupar un papel central y los padres empiezan a preguntarse cuál puede ser su responsabilidad en el síntoma de su hija.

²²⁶ CFR DE ROBERTIS, Cristina. *Metodología de la intervención en trabajo social*. El Ateneo. Argentina. Pág. 46. 1988.

²²⁷ *Ibidem* Pág. 50.

²²⁸ TINAHONES, Francisco. *Anorexia y bulimia: una experiencia clínica*. Díaz de Santos. España. 2003. Página 154.

Desde el rol de los padres, concretamente, se debe contener a la persona enferma, comprenderla y dispensarle afecto, sabiendo que eso es lo que más necesita, para sentirse con ganas de vivir. Compartir sus cosas, escucharla, acompañarla, e intentar, junto con la ayuda profesional, restablecer los lazos de la persona enferma con la vida, mostrándole que hay otros intereses en la vida, más allá de la figura y la comida, y que estos últimos son sólo una mínima parte de un gran y maravilloso todo que es el ser humano, al que hay que valorar, amar y defender. Deben estar atentos a que se produzcan cambios en relación a cómo se comporta su hija o su hijo en las comidas y obviamente si sigue perdiendo peso o si sucede lo contrario. Si se esconde en determinados momentos o va al baño inmediatamente después de comer y se encierra un largo rato. Y demás aspectos que los padres más o menos atentos enseña descubren, como el estado anímico y aspectos físicos²²⁹.

4.4.1 Decisión familiar. Apoyo y participación en el tratamiento

Las familias se integran al tratamiento de la enferma y acuden con frecuencia a la consulta, estableciendo un estrecho vínculo con el equipo terapéutico. Normalmente, cuando se trata de adolescentes, la paciente ingresa con su madre y/o padre; se reserva el aislamiento para pacientes mayores o con cuadros crónicos de la enfermedad. En el tratamiento ambulatorio el padre y/o madre acuden una vez a la semana al grupo de padres, paralelo al de pacientes²³⁰.

La familia debe hacer un cambio radical de sus costumbres durante unos meses, entre otras cosas cabe destacar los siguientes hábitos: adecuar sus horarios a las horas de comida del enfermo; preparar dietas, a veces abandonar el trabajo o trasladarse a otra ciudad si la propia no cuenta con recursos adecuados, organizar a los hermanos o familiares directos del paciente: modificar vacaciones y los desplazamientos habituales...en definitiva, se trata de un esfuerzo de organización, economía y de emociones.

A diferencia de otros centros especializados, hay muchos otros en los que no se realiza un contrato escrito. La aceptación de hacerse cargo del tratamiento es un acuerdo verbal al que se llega y que en la mayoría de los casos se cumple por las tres partes participantes. Son raras las deserciones y escasas las exclusiones si se ha aceptado el plan de estrategia frente a la enfermedad²³¹.

Por otra parte, en la infancia y adolescencia temprana la figura de los padres no debe ser obviada en cualquier proceso terapéutico. Los padres pueden dificultar o facilitar el desarrollo de la terapia individual de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Considerando que el paciente debe tener un espacio propio dentro de la psicoterapia, muchos de los padres quieren jugar un papel activo durante el tratamiento y si el modelo no lo ofrece, existe la posibilidad de que se boicotee el proceso terapéutico; ya que según la experiencia clínica, en ocasiones el paciente durante la psicoterapia reclamaba un espacio en el que no quería que nadie entrara y a veces el asesoramiento médico por parte del endocrinólogo del equipo no bastaba para satisfacer la demanda de los padres²³².

²²⁹ CFR *ibidem* Pág. 159.

²³⁰ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España. Pág.174

²³¹ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España. Pág.177

²³² CFR *ibidem* Pág. 180.

Por ello la intervención del Trabajo Social constituye en dar una mayor seguridad y en abrir caminos para construir alternativas de solución donde la estabilidad e integración familiar logran mantenerse en equilibrio.

4.4.2 Inicio de terapia

La anorexia nerviosa es un trastorno serio y complejo en el ámbito médico, psicopatológico e interpersonal, que requiere de una continúa atención y un compromiso con un plan terapéutico que incluya la dirección médica, psicoterapia personal y terapia familiar. En estos momentos los mejores resultados están ligados a la restauración del peso, asociados a la psicoterapia de la paciente y su familia, sobre todo cuando la enferma se encuentra en disposición de participar. La intervención terapéutica tiene como primer objetivo la rehabilitación nutricional, así como el restablecimiento de unas pautas de alimentación adecuadas, con el fin de corregir las secuelas biológicas y psicológicas de la malnutrición que contribuyen a perpetuar el trastorno. Los objetivos, a largo plazo, son diagnosticar y ayudar a resolver los problemas psicológicos asociados, problemas familiares, sociales y de comportamiento para, con ello, evitar recaídas²³³.

4.4.3 Reorganización familiar. Deberes de cada miembro

Dentro de la dinámica familiar hay tres personajes: la pareja (ocupa un lugar específico en la casa y en la toma de decisiones. Puede constituir un grupo cerrado o muy diferenciado dentro de la familia, o ser tan abierto, que parezca que no existe), los hijos (ellos dominan otra parte de la casa, tiene actividades, distintos horarios, gustos y diferentes actividades. Pueden tener su propio marco de relaciones, complicidades, complementariedades y disputas. Es necesario observarlo como un grupo concreto y diferenciado, así como la interacción con los padres) y el sujeto (cualquiera de los miembros de la familia puede ser observado de forma aislada, como individuo en constante interacción con los demás miembros, pero también actuando hacia dentro), quienes van a intervenir en el tratamiento²³⁴.

Para que ésta se lleve a cabo de forma positiva, Trabajo Social requiere detectar y asesorar hacia la reformulación de²³⁵:

- ☛ Relaciones con las familias de origen.
- ☛ La organización de la familia hacia el exterior.
- ☛ Identificar la presencia de hechos o situaciones recurrentes.
- ☛ Recrear la propia historia familiar.
- ☛ Aceptar la individuación y separación de los miembros de la familia.
- ☛ Admitir la identidad y el cambio.

Factores que deben ser manejados en el trabajo con la familia, paralelamente al abordaje de los síntomas y al progresivo reconocimiento de las sensaciones y emociones que están tras ellos.

Los trastornos de conducta alimentaria, son inicialmente un cambio en el comportamiento, tras el están los problemas de naturaleza emocional y también los de identidad del adolescente. Lograr que la familia lo reconozca es imprescindible, tanto como enfrentarse a la

²³³ Asociación Americana de Psiquiatría, *Guía de los trastornos alimenticios*, 1993. Pág. 144.

²³⁴ DE LA FUENTE, Ramón. *Psicología Médica*, 2da edición, Fondo de Cultura Económica. México. 1992. Pág. 178.

²³⁵ CFR DE ROBERTIS, Cristina. *Metodología de la intervención en trabajo social*. El Ateneo. Argentina. Pág. 53. 1988.

desnutrición inicial. La evaluación incluye la observación de los esposos como tales y como padres, los hijos y los individuos, así como las características de los lazos que les unen; el nivel de desarrollo de la paciente y el momento en el que se encuentra ella en su vida como adolescente y el resto de la familia en los suyos.

Es necesario ayudar a los padres a pensar críticamente sobre ellos mismos sin necesidad de culpar constantemente a la publicidad y a la sociedad. Ir más allá de la conducta, especialmente la alimenticia y reconocer algunos elementos de su hija como propios de la adolescencia y recordar algunas características de ella que le han acompañado desde la infancia a las que no se prestó atención o parecen olvidarlas²³⁶.

La llegada a la adolescencia de los hijos es una opción de abrir el sistema. Ellos establecen con más fuerza nuevas relaciones, una parte de ellas en lugares más lejanas pero otras que pasan por la casa trayendo nuevos estímulos.

4.4.4 Contención de la enfermedad

La enferma ha encontrado un símbolo en la delgadez que ha ligado a los mecanismos que elevan su estado de ánimo. Sin embargo, es necesario sustituirlo, causando una inhibición recíproca, que lo anule. Es necesario enseñarla a que la vida es posible, sin la necesidad de estar delgada y que en nuestra sociedad es sólo un bien apetecible, como tanto otros: la riqueza, inteligencia, belleza, etc., pero existen otros valores que resultan muchas veces aún más estimulantes en nuestro ánimo. Colaborando en este proceso para guiarla: la Familia, el Trabajador Social y el Terapeuta²³⁷.

Establecer nuevas metas personales de gran significado para la paciente, y retomar el desarrollo de la personalidad desde el tiempo anterior a la aparición de la enfermedad, con aquella persona que estaba cuajando y quedó congelada. Despertar el amor y el entusiasmo para que vivencie su vida como un proyecto abierto. Mostrarle que está en sus manos moldearse a sí misma, donde será una tarea dura pero llena de promesas, en la que sufrirá frecuentes recaídas hasta que vaya educando a su mente y cuerpo a la nueva situación. Tratándose de un proceso tan lento como cualquier otro aprendizaje; siendo necesaria la paciencia y constancia; para adquirir nuevas maneras de pensar, actuar, sentir y de recrear hábitos físicos –alimentarios, digestivos, etc.-²³⁸

Si se consigue que oriente bien el laberinto de su enfermedad y que aprenda a diferenciar lo básico de lo secundario, donde emplee técnicas para salir de la trampa en la que está, mediante la creación de otros programas de interpretación de realidad, se tendrá una mente nueva, y la enferma, estará en el camino de la curación, que siempre será un proceso de reeducación no sólo de su mente sino de su cuerpo y de los mecanismos de la ingesta que han podido ser dañados; pero que con los métodos adecuados pueden ser corregidos, y emprender una vida normal, llena de esperanza, donde el episodio anoréxico sólo será un recuerdo que vivenciará como algo que se esfumó y que increíblemente ha dejado de ser importante en su vida²³⁹.

²³⁶ CFR DIAZ, Minerva. RODRÍGUEZ Lidia. ROJAS, Vanesa. SUÁREZ, Norma. Director de tesis: CASSASOLA Noemi. *Modelo de Intervención para prevenir anorexia en las adolescentes del Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México – Nezahualcoyotl. Trabajo recepcional seminario de áreas sustantivas de Trabajo Social.* Para la Escuela Nacional de Trabajo Social. Pág. 47 2001-

²³⁷ GARCÍA, Fernando. *Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa.* Díaz Santos S.A. España. Pág. 55 1993

²³⁸ CFR Íbidem Pág. 57.

²³⁹ CFR Íbidem Pág. 60.

4.4.5 Otras formas de trabajo con la familia

Para Trabajo Social esta parte es fundamental ya que se propone ante la familia la reformulación de relaciones entre sí donde cada miembro aceptará en su conjunto las nuevas reglas y normas de un sistema de comunicación participativa con valores e intereses comunes, tratando al cumplir objetivos en la reorganización, la recuperación de la paciente y del núcleo familiar.

A continuación se presenta el plan de acción del Trabajo Social²⁴⁰:

Grupos de padres en la Anorexia Nerviosa

La participación de los padres en el tratamiento es una medida indispensable. No hay evidencia alguna de que ellos, por el tipo de familia que tienen o por sus errores, sean responsables o causantes de la aparición de la enfermedad; pero están involucrados hasta tal punto que la vida familiar gira alrededor de la paciente y todos sufren el problema, lo que contribuye a perpetuarlo²⁴¹.

Como se ha puesto en evidencia en las consultas iniciales, los padres son muy conscientes de la enfermedad, más que su hija. Se dan cuenta de que la situaciones se les ha ido de las manos y que puede morir, por lo que recurren a ayuda para recuperarlas, ya sea de profesionales o de quienes las entiendan sin culparlos a ellos de la enfermedad.

La experiencia demuestra que hay casos en que es frecuente que se hayan sentido rechazados en busca de atención. Los grupos de padres se "utilizan" en numerosos programas de anorexia nerviosa, ya que constituyen uno de los recursos terapéuticos que, unidos a otras medidas, configuran el tratamiento completo de la enfermedad. Sus objetivos junto a la colaboración con la paciente son²⁴²:

- ✿ Asegurar la existencia de las pacientes.
- ✿ Obtener el máximo de seguimiento de las normas en el hogar de la enferma.
- ✿ Explicar y entender sus características.
- ✿ Modificar las pautas familiares de interacción patogénicas.
- ✿ Apoyarles en sus dudas y en la recuperación de su papel como padres.
- ✿ Proporcionarles un lugar, el grupo semanal, donde pueden vivir e intercambiar experiencias.
- ✿ Tener una instancia de apoyo mutuo, en la que se aprende a través de escuchar y experimentar el esfuerzo de otros con sus hijas.
- ✿ Poder ser escuchados en un ambiente en el que se sientan entendidos.

Los grupos de padres, en sentido estricto, no significa o es concebida como una psicoterapia para ellos, sino un apoyo en la atención de sus hijas, aunque con frecuencia ellos mismos suelen denominarla "terapia de padres", ya que dicen sentirse mejor cuando asisten con regularidad. Por desgracia, también faltan algunos. La mayoría no están en condiciones de ayudar a sus hijas a pensar, ya que muchos carecen de conocimientos y sobre todo por la serie de equívocos de la patología. La numeralia indica que una parte de los padres presenta clínica suficiente para necesitar atención y el grupo no alcanza a cumplir esos fines. Se mueve en un delicado equilibrio donde interesa que los padres estén aceptablemente bien y organizados. Algunos piden ayuda y orientación, a otros se les indica. No se busca, ni es

²⁴⁰ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España. Página 243.

²⁴¹ CFR Íbidem Pág. 244.

²⁴² TINAHONES, Francisco. *Anorexia y bulimia: una experiencia clínica*. Díaz de Santos. España. 2003. Página 157.

necesario que todos hagan una psicoterapia personal, de pareja, o familiar. Cada uno tiene sus indicaciones²⁴³.

Grupos de padres en la Bulimia Nerviosa

Éste es distinto al anterior; como sus hijas en general son más verbales, éstos son más desorganizados y traen más conflictos. Desde el primer día quieren hablar todos de forma atropellada para contar las barbaridades que hace su hija, el desorden y el descontrol en el que viven y la impotencia que sienten. El terapeuta, modera un grupo en el que predomina la crítica. La facilidad para el contacto de la mayoría de los miembros da la impresión de que se tiene un grupo de trabajo. Reflexión engañosa, ya que rápidamente, se vuelve contra el terapeuta exigiendo soluciones mucho antes de lo posible²⁴⁴.

A éstos se les debe concientizar en tomar medidas preventivas, como no almacenar comidas ni medicinas. La distribución de espacios y tiempos en la familia, ocupa una parte importante en el tratamiento; así como las técnicas de consejo familiar, que se centran en la paciente y en el manejo de su sintomatología. Es indispensable que se de un lugar de encuentro e intercambio de experiencias, de apoyo mutuo y también de esperanza si asisten aquellos padres cuyas hijas van bien o han salido de la cronicidad. En sesiones coordinadas por profesionales se aporta información sobre la enfermedad y se posibilitan mecanismos de autoayuda en la medida que se van formando subgrupos autónomos²⁴⁵.

4.4.6 Salida de la cronicidad

El especialista sueco recientemente retirado, S. Theander, quien ha realizado los estudios de seguimiento más prolongado, comentaba: "Si bien relato una experiencia pesimista donde son muchas las mujeres anoréxicas que mueren antes de lo que les correspondía, muchas de ellas por suicidio, hay una luz de esperanza, ya que unas pocas, después de muchos años, deciden ponerse bien y curiosamente lo consiguen".²⁴⁶

La experiencia clínica menciona, que las que evolucionan (4 ó 5 años), parecen decidir "aquí se acabó"²⁴⁷ y terminan. Es un largo proceso de decisión, a veces de años, que se concreta en dos o tres meses para sorpresa de todos. Pareciendo ser que el elemento central es la decisión del paciente, entendiendo por tal un proceso interior donde el Terapeuta, Trabajo Social y la familia fueron necesarios para concientizar y sensibilizar al cambio.

²⁴³ CFR DE LA FUENTE, Ramón. *Psicología Médica*, 2da edición, Fondo de Cultura Económica. México. 1992. Pág. 183.

²⁴⁴ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España. Página 257.

²⁴⁵ CFR Íbidem Pág. 259.

²⁴⁶ CFR Íbidem Pág. 357.

²⁴⁷ TINAHONES, Francisco. *Anorexia y bulimia: una experiencia clínica*. Díaz de Santos. España. 2003. Página 159.

4.5 JUSTIFICACIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

Imposible referirse a la anorexia y/o bulimia nerviosas, en nuestros días sin abrir mínimamente un camino que nos permita pensar con claridad (sin perdernos en la confusión introducida por la moda de la época) en las grandes e irreversibles consecuencias que generan. En efecto, dichas enfermedades, son hoy un tema sociológico: los medios de comunicación la divulgan, los padres la temen o desconocen, políticos y profesionales la explotan y los adolescentes simplemente la padecen y utilizan como señas de identidad.

Es difícil precisar la gravedad del cuadro en las primeras exploraciones, sobre todo en algunos casos en los que las pacientes parecen mantener un aspecto físico y mental más saludable de lo que realmente sucede. También resulta delicado en la distinción de determinada sintomatología alimentaria que aparece en adolescentes por otros motivos y que no necesariamente constituye una anorexia y/o bulimia nerviosa.

Si se tratara del primer caso u opción, puede perderse un tiempo valioso para una intervención precoz y radical. En la segunda, se puede llamar o diagnosticar anorexia y/o bulimia nerviosa a quien no la padece con el riesgo de fijar el síntoma, dar un nombre erróneo a lo que le sucede al paciente e incluso favorecer una identidad anoréxica a una adolescente con problemas de identidad, especialmente si se le junta con otras pacientes que sí lo son en realidad.

Es necesario insistir en la urgencia de intervenir a favor de las víctimas de la Anorexia y Bulimia Nerviosas; esto representaría un gran avance para evitar consecuencias fatales, como la desintegración de la vida en sociedad y el suicidio; por lo cual, no hay que perder de vista el desarrollo de estrategias preventivas/ informativas que conlleven a una conciencia y sensibilización de la problemática social que la Anorexia y la Bulimia Nerviosas están generando en los adolescentes que se encuentran en una etapa de búsqueda de identidad²⁴⁸.

Desde el punto de vista del Trabajo Social, son importantes la investigación y la prevención, con el objetivo de que la Intervención resulte exitosa. Para tal efecto, las funciones que deberán ser realizadas son las siguientes²⁴⁹:

- ❖ Función preventiva.- Que el problema sea visto desde su dimensión real como "una problemática que incumbe a toda la sociedad, y no solo como un fenómeno familiar o personal; para llevarlo a cabo exitosamente se contemplarán: a) detectar posibles factores o situaciones de alto riesgo para los adolescentes como pueden ser la religión, educación, estrato socioeconómico, etc., que inciden en que sean sujetos de padecer dichas enfermedades y cambiar esos patrones que influyen en la presencia de este fenómeno, b) trabajar muy de cerca con los adolescentes, previniendo y detectando problemas que existan en las relaciones con su grupo familiar que pueden desembocar en Anorexia y Bulimia Nerviosas, c) atención a la comunidad así como al medio social en que se desenvuelven los adolescentes, para descubrir y potenciar todos los recursos y posibilidades que éstos tienen para enfrentar cualquier situación por difícil que se presente.
- ❖ Función de investigación.- Para que el modelo de intervención pueda considerarse realmente completo, es necesario hacer uso de la función de investigación, ya que con toda seguridad, la asistencia y la prevención pueden ayudarnos en mucho para la atención de la problemática que nos ocupa: a) realizar un estudio profundo de las

²⁴⁸ CFR DUKER, Marilyn. SLADE, Roger *Anorexia nerviosa y bulimia: un tratamiento integrado*. Limusa. México. Pág. 13. 1992.

²⁴⁹ CFR DE ROBERTIS, Cristina. *Metodología de la intervención en trabajo social*. El Ateneo. Argentina. Pág. 74. 1988.

causas, magnitud de los problemas, necesidades de los adolescentes y las repercusiones o secuelas que deja que deja el ser víctima de la Anorexia y/o Bulimia Nerviosas, así como los efectos que puede tener a corto y largo plazo en la sociedad si este fenómeno no se ataca a través de proyectos de investigación sobre los mismos, b) conocimiento de los recursos sociales de los cuales los adolescentes disponen, y una constante actualización de las instancias a las que los adolescentes pueden recurrir ya sean organismos gubernamentales o no gubernamentales.

El TRABAJO SOCIAL, es una disciplina que interviene en los problemas sociales a partir de un marco referencial diferente para cada realidad y serán las necesidades sociales del área de trabajo y el sector de la población las que enmarcarán la intervención²⁵⁰.

El Modelo de Intervención debe contemplar técnicas, tales como los procedimientos, instrumentos, herramientas y medios que utilizamos los TRABAJADORES SOCIALES para hacer efectivos y operativos los objetivos que nos proponemos alcanzar, usándose según el caso de manera combinada²⁵¹.

Las técnicas que propongo son:

- a) Técnicas de acercamiento e inserción en la realidad y conocimiento objetivo de la misma: entrevista individual y observación directa, indirecta y participante.
- b) Técnicas de documentación, para registrar los obtenidos de la realidad: diario de campo, ficha de identificación individual, informe social, historia social, expediente de seguimiento de caso, hoja de registro de la actividad periódica. Asimismo, como las técnicas para la administración: actas, cartas, oficios, instancias, otros.
- c) Técnicas de acción y movilización: coloquios, diálogos, debates, pequeños grupos de discusión, jornadas, seminarios, congresos, trabajo de equipo.
- d) Técnicas de comunicación social: escritas (boletines, prensa, anuncios, carteles, murales y pancartas), orales (radio), audiovisuales (televisión, videos).
- e) Técnicas de tratamiento: entrevista profunda, relación de ayuda, genograma, análisis transaccional, cambio de conducta.
- f) Técnicas de intervención en la comunidad: animación comunitaria, animación sociocultural, técnicas grupales, cooperativismo, toma de decisiones, coordinación, identificación y movilización de recursos.
- g) Técnicas de planificación que nos ayudarán a prever la acción futura: planes, programas, proyectos.
- h) Técnicas de evaluación: análisis de contenidos, informes, memorias.

Así como la utilización de las cartas descriptivas como material de apoyo y presentación, para dar a conocer a las personas que brinden los espacios, el contenido temático de lo que se trataría en cada taller, así como la duración de los mismos.

Me refiero a éstas técnicas, ya que al centrarme en el campo de la problemática de la Anorexia y Bulimia nerviosas, son de vital importancia para poder ayudar o aliviar la situación o problema que se haya planteado.

He insistido en la diversidad que encontramos detrás del síntoma anoréxico/bulímico. Como tal puede estar encuadrado en diversos tipos clínicos y aún en distintos momentos evolutivos, de tal modo que su significación y su pronóstico terapéutico es distinto en función en estas variables.

²⁵⁰ CFR DE ROBERTIS, Cristina. *Metodología de la intervención en trabajo social*. El Ateneo. Argentina. Pág. 78. 1988.

²⁵¹ CFR Íbidem Pág. 84.

Un diagnóstico diferencial en relación a la psicosis resulta fundamental aunque sean mínimos los casos que presentan esta coyuntura. En la psicosis, el síntoma anoréxico se presenta más bien como solución estabilizadora, por lo cual la terapeuta no debe combatirlo directamente ya que es un intento de recuperar un cuerpo afectado por un trastorno más grave²⁵².

En la prevención/información se debe tener en cuenta²⁵³:

- ⊗ La precocidad del síntoma en cuanto a su presencia en la primera infancia. Examinar si las primeras relaciones nutricias estuvieran afectadas por una relación patológica madre-hijo.
- ⊗ El momento evolutivo de su desencadenamiento, para clarificar si se presenta como expresión de crisis de la adolescencia. En este punto debe orientarse como crisis de maduración teniendo en cuenta:
 - El movimiento de independencia y crítica de los padres que contiene este momento evolutivo.
 - El juego de identificaciones, ayudando a criticar y a encontrar las más peligrosas, y apropiadas en relación a la sexualidad.
- ⊗ El tiempo de evolución y las intervenciones posteriores que hayan podido contribuir a la cronificación del cuadro clínico.

4.5.1 La apertura de la mente

Si una persona tiene angustia y deficiente autoestima, genera que se desarrollen maneras rígidas de interpretar la realidad que le rodea y de sí mismo que resultan empobrecedoras, pero que el enfermo defiende como una coraza detrás de la cual se siente seguro. Es decir, una mente se transforma a sí misma en la medida que se interpreta una forma distinta, tanto cognitiva, afectiva, motórica y neurovegetativa²⁵⁴.

De todo ello se deduce que penetrar en la mente con una información, es lo mismo que producir una transformación de la mente. El ser humano sólo es capaz de percibir y comprender aquello para lo que previamente tiene unos programas cerebrales de interpretación. Este proceso requiere tiempo y constancia. Por tal motivo para Trabajo Social, es necesario trabajar con la autoestima para reafirmarla y de esta manera la posibilidad de presentarse anorexia y/o bulimia nerviosas sean reducidas

Acerca del plan de tratamiento para estas pacientes existen varios procedimientos de abordaje y ninguno de ellos desdeñable. Cada afectada en sus diversos estadios y momentos, estructura psíquica y familiar, edad y entorno social, hacen recomendable individualizar dicha intervención. A lo largo de los años han existido controversias sobre que tipo de terapia es más eficaz²⁵⁵:

- a) Terapia de introspección,
- b) Terapia de conducta,
- c) Terapia familiar, etc.

Todas han demostrado su eficacia, y la experiencia muestra que hay que adaptar cada una a cada paciente, así como al momento en que se encuentra ésta, y, tomando en cuenta sus capacidades.

²⁵² CFR DE LA FUENTE, Ramón. *Psicología Médica*, 2da edición, Fondo de Cultura Económica. México. 1992. Pág. 88.

²⁵³ CFR DE LA FUENTE, Ramón. *Psicología Médica*, 2da edición, Fondo de Cultura Económica. México. 1992. Pág. 101.

²⁵⁴ CFR GARCÍA, Fernando. *Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa*. Díaz Santos S.A. España. Págs. 55-59 1993

²⁵⁵ ROMA, María Teresa. MONTESINOS, Sánchez Nieves. ET AL. *Derecho de las mujeres a su imagen: Los trastornos del comportamiento alimentario. Nerviosa y Bulimia*. Publicaciones de la Universidad de Alicante. España. 2001. Páginas 91-94.

Existe un área de consenso entre los clínicos, donde señalan que el tratamiento psicológico es una indicación inexcusable con éstos pacientes y que es necesario incluir a la familia al tratamiento.²⁵⁶

El objetivo primordial es: favorecer el crecimiento personal.

4.5.2 Dar a conocer diagnóstico y sus consecuencias

Para un profesional de la salud mental el diagnóstico de la anorexia o bulimia nerviosas, no presenta mayores problemas, en la mayoría de los casos; pero sus consecuencias son muy serias. La paciente y su familia escucharán una información de tintes severos. Hay un riesgo de mortalidad y no es exclusivamente una fantasía parental. La posibilidad de cronificación o de estar enferma toda la vida alcanza a un tercio o más de las pacientes. La hospitalización es necesaria en un 60 por ciento de los casos de anorexia, de los cuáles un tercio requerirá más de una, y en un 10 por ciento de bulimia y ésta es prolongada²⁵⁷.

El curso natural de la enfermedad se prolonga durante cuatro años o más y el tratamiento deberá realizarse todo ese tiempo, aunque con diferente intensidad al ir evolucionando²⁵⁸. Las complicaciones físicas y mentales son habituales y exigen un especial rigor médico y psiquiátrico. Los altos costes aconsejan una PREVENCIÓN/INFORMACIÓN sobre esta patología que es ya un problema de salud pública.

La severidad del diagnóstico y el énfasis en el trastorno mental como factor primordial vienen a confirmar los peores augurios familiares, aunque es frecuente que al menos los padres, se queden más tranquilos si junto al análisis hay una aceptación del profesional clínico o especialista de hacerse cargo del tratamiento. Un diagnóstico sin tratamiento no tiene sentido, sin embargo éste debe reunir condiciones mínimas de calidad, fruto de la experiencia en el tema.

Las pacientes escuchan la información (la *devolución* como se le denomina en el mundo médico), sin parecer afectarle. La confirmación del diagnóstico no le sorprende y los riesgos de la enfermedad no parecen preocuparle. Le asusta la hospitalización, aunque hay excepciones, y le preocupa muchísimo dejar los estudios y demás actividades, organizadas con mucha rigidez, para mantener la enfermedad. Sólo reconocerán empáticamente la afirmación de que la están pasando muy mal y que tienen una feroz lucha interna. No aceptarán ninguna observación moralizante que pretenda cambiar su actitud por el sufrimiento provocado a sus padres, ni sugerencias ligadas a la estética, que serán vividas como un rechazo o una incompetencia. Tampoco admitirán dudas o intentos de persuasión que las reafirmarán en su omnipotencia. No reconocen estar enfermas, pueden llamarse anoréxicas o bulímicas, pero niegan la evidencia de la enfermedad, así como la resistencia a tratarse, con una dificultad clínica abordable²⁵⁹.

²⁵⁶ Ibidem, Pág. 95.

²⁵⁷ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España. Página 160.

²⁵⁸ CFR DE LA FUENTE, Ramón. *Psicología Médica*, 2da edición, Fondo de Cultura Económica. México. 1992. Pág. 118.

²⁵⁹ CFR MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España. Página 171.

Para la paciente con bulimia su impotencia y su afán de quitarse el sufrimiento a cualquier precio serán sus enemigos. En ocasiones, inician con entusiasmo su tratamiento, no obstante se desaniman también con facilidad ante las sucesivas recaídas²⁶⁰.

Casi todos los programas de tratamiento incluyen en su seguimiento a los padres, condición indispensable, al menos en adolescentes, para el cumplimiento de la terapia y un mejor pronóstico.

4.5.3 Del manejo del malestar con el cuerpo a la aceptación de la corporalidad

El cuerpo de la paciente anoréxica o bulímica pocas veces es fuente de satisfacción o placer.

En ese afán constructivista que comparten, ellas lo ven como un objeto que necesita ser modelado o modificado, como si de una horrible propaganda de cirugía plástica se tratara. El problema es que por mucho que intenten o logren modificarlo no se quedan tranquilas. A veces, se ve como una anoréxica esquelética se muestra con orgullo ante las demás o una bulímica con una apariencia maravillosa unida a su eterna sonrisa. Realmente es un espejismo, ya que momentos después ambas pueden decir que están gordas, tienen celulitis y quieren adelgazar. La segunda, además, en un momento de desesperación, puede autolesionarse –con objetos punzo cortantes, tomar pastillas- o comer hasta devorar²⁶¹.

En algunas pacientes la distorsión del esquema corporal es fuerte y se ven tres o cuatro veces más voluminosas de lo que son. Esta sensación puede ser permanente o irrumpir con violencia tras una comida abundante. El cuerpo sufre, es desvalorizado, odiado, percibido como si fuera una bola de sebo y por dentro como un espacio vacío o como esas muñecas que cuando se les da agua la expulsan por el orificio inferior, como si no hubiera vísceras, hígado, páncreas, ni genitales internos. La enferma ve un enorme estómago que en segundos todo la transforma en grasa que se va a los muslos, caderas y, a veces, a la cara; y todo es más dramático cuando se acerca el verano ya que la sintomatología se agudiza. La ropa es más ligera y es más difícil ocultar el cuerpo²⁶².

La paciente se queja de partes de su cuerpo, de sus muslos enormes, nalgas, su abdomen. Cualquier procedimiento es bueno para lograr su objetivo: liposucción, cirugía plástica, reductora. Al terapeuta le consultan, casi como una provocación, ya que saben que no serán aprobadas para ello pues nada sacan con operarse quirúrgicamente hasta que no estén en mejores condiciones mentales²⁶³.

Las chicas que se dejan cuidar, adaptándose a la dieta y medicación, se les tranquiliza y el problema endocrino está casi resuelto. En otras persiste una distensión ventral durante unos meses. Las dificultades en el vaciamiento gástrico, junto a una pared abdominal muy fina por la desnutrición, se ponen de manifiesto después de las comidas.

²⁶⁰ CFR MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España. Página 174.

²⁶¹ CFR *Causas, diagnóstico y consecuencias de la anorexia entre 15 y 25 años de edad en Latinoamérica. Ubicación contextual, Problemática de la anorexia, Objetivo, Programa*. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.iteso.com.mx

²⁶² CFR *Ibidem*.

²⁶³ *El cuerpo sin fin de la anorexia*. Artículo de Fabrizio Andreella. Recuperado el día 2 de noviembre del 2003, en: www.gda.itesm.mx/pat/estalin.html

La mayoría de las pacientes recupera la menstruación de forma espontánea y a una minoría se las induce al año de haberse producido la amenorrea. La actitud de la paciencia pasa a la indiferencia y en algunos al rechazo o una cierta ambivalencia, donde una parte suya quiere tenerla y la otra no. Ellas están informadas de la importancia que tiene y de que es un indicador claro de recuperación. Lo comentan con el médico y entre ellas. Cuando se les hace una ecografía parecen sorprendidas de tener útero y ovarios y escuchan con atención las explicaciones de la enfermera. A veces, con paciencia, ésta les muestra en el monitor todos los órganos de la cavidad abdominal; con ello realiza una labor importante de psicoterapia, ya que la mayoría se imagina la estructura interna de su cuerpo vacía, pese a ser tan buenas alumnas y haberlo estudiado²⁶⁴.

Una parte de las pacientes se hace hipocondríaca en el proceso de su recuperación, es una respuesta pendular paradójica. Después de ser absolutamente insensatas con respecto a su salud y hacer oídos sordos a todas las amenazas de sus familiares, ahora aparecen especialmente preocupadas por cualquier síntoma²⁶⁵.

Es curioso que en período de recuperación aparezcan de nuevo los catarros, gripe y algunas enfermedades infectocontagiosas como la varicela, si no la han tenido, y a las alergias en quienes las padecían. Es una vuelta a la normalidad cuando se relaja el sistema inmunológico, ya que mientras estuvieron muy delgadas nada de eso pasaba, salvo excepciones.

Aparecen otras preocupaciones. Primero, como un susurro y luego intensamente. Una parte de las pacientes descubre que se han quedado con los pechos muy pequeños. Algunas deciden comer almendras, que en la cultura de los grupos, deciden que tiene efecto. Otras veces, decrecen y quedan muy pequeñas cuando se recuperan, pues con la enfermedad han sacrificado algunos centímetros de lo que hubiera sido su estatura.

La paciente debe ser ayudada a enfrentarse a este malestar en las etapas más activas de la enfermedad y las técnicas tampoco son fáciles, dado lo delirante del fenómeno. La relajación es útil también en este aspecto, si es llevada con calma y por un especialista. Ayuda a discriminar las partes del cuerpo y que cada una de ellas por momentos cobre vida propia.

Del cuerpo uniforme se pasa al segmentado. El repaso es parte a parte, en un proceso lento, directivo y profundo. Si con la relajación abdominal se consigue, ya sea por el propio efecto muscular o por sugestión, favorecer el tránsito intestinal y superar el estreñimiento se cumple un objetivo central para tranquilizar al paciente y asegurar su colaboración.

El ejercicio físico programado, realizado frente al espejo en algunos casos y bajo supervisión, es también útil cuando la paciente está en condiciones de realizarlo. Las técnicas fisioterapéuticas de mensaje contribuyen al reconocimiento del propio cuerpo.

Poco a poco, las adolescentes anoréxicas o bulímicas se van arreglando más, cuidan su maquillaje y su forma de vestir. Todo depende de la edad y la condición social. Con retraso, se van interesando por los chicos y aparecen más coquetas y desinhibidas. Paulatinamente, su cuerpo, con muchas inseguridades, va haciéndolo suyo y lo van aceptando, aunque con matices. El proceso es largo incluso para aquellas de edades mayores que se recuperan. Durante mucho tiempo se sienten extrañas y torpes, como si pasarán nuevamente por la pubertad.

²⁶⁴ CFR MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España. Página 176.

²⁶⁵ CFR *Ibidem* Pág. 179.

Para aquellos que no han caído en la trampa de la "belleza corporal" actual, desde el punto de vista del Trabajo Social, es necesario dar a conocer experiencias de estas pacientes, explicar las consecuencias negativas de tal conducta, fomentar la autoestima, autovalía, participación, invitar a romper dependencia y guardar sentimientos de culpa e incapacidad para poder tomar decisiones concientes, así como asumir con responsabilidad el rol sexual, facilitando expresiones.

Ante la complejidad de este tipo de situaciones de salud pública, los profesionales relacionados con la materia, tenemos la responsabilidad de conocer y entender, estos Trastornos Alimentarios, para así proporcionar una atención de calidad, aportando alternativas de solución para un tratamiento y plan de intervención terapéutica que ayude a mejorar la calidad de vida del individuo y de la familia.

4.5.4 Dar a conocer actitudes de riesgo

En diversos países se están llevando a cabo estudios para evidenciar los Trastornos de la Conducta Alimentaria que probablemente ratificarán algunas hipótesis que actualmente se plantean los especialistas en el tema, principalmente las referidas al seguimiento e intervención sobre actitudes de riesgo²⁶⁶

Lactancia natural y artificial e individuación

El desarrollo de la industria de productos lácteos sustitutivos o complementarios de la lactancia natural, ha condicionado una revolución en las costumbres, favoreciendo en parte los cuidados del niño. Pese a su perfeccionamiento, facilidad de distribución y almacenamientos, nunca han podido reemplazar en calidad a la leche materna. Ha tenido gran influencia en Occidente. Su publicidad engañosa alentó a la mujer a abandonar la lactancia y vendió un estereotipo de niño bien alimentado, representando en hermosas fotos y calendarios que adornan farmacias y consultas de pediatría. La industria de la alimentación infantil empezó con la leche y se ha extendido a todo tipo de harinas, cereales, frutas, carnes y verduras, en una oferta amplia que parece satisfacer con creces las necesidades del niño y de quién lo cuida. Los pediatras han mantenido siempre una posición de defensa de la alimentación natural, aunque también ellos han sido bombardeados por la publicidad directa y el financiamiento de sus actividades científicas por los laboratorios.

Cuando se revisa la historia de las pacientes con la ayuda de los padres, se puede observar, que una parte significativa de ellas recibió menos pecho que las chicas de su generación. Un 28 por ciento nunca tomó pecho, un 32 por ciento lo hizo menos de un mes y un 40 por ciento menos de noventa días. La mayoría de las madres recuerda que tenía poca leche y se vieron obligadas a usar biberón. Además un tercio de ellas trabajaba fuera de casa. Desde esa época pueden grabarse dos ideas sobrevaloradas que a veces perduran. La primera, que a una cantidad de solución alimenticia corresponde una ganancia de peso más allá de las características del niño. La segunda, que debe ser un profesional quien regule lo que es suficiente, sano y adecuado. Estas ideas están en nuestra cultura sin mucha discusión y especialmente en la subcultura anoréxica. Cuando las pacientes eran pequeñas ya empezaba a superarse el ideal de niño (a) obeso como signo de salud y administración social y los médicos de niños hacían esfuerzos para cambiar esta tendencia. Solo en los últimos años la pediatría normativa y colectivizante pierde terreno para aceptar algo tan obvio como que todos los niños (as) no son iguales. También parece observarse una recuperación de la

²⁶⁶ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España. Página 359-361.

lactancia materna en los mismos grupos de clases medias que inicialmente fueron la cuna de la anorexia nerviosa y los otros trastorno de alimentación.

Sobre inapetentes y glotonas

Más allá de los buenos deseos de madres y pediatras, al revisar historias se comprueba que el 32 por ciento fueron inapetentes en su infancia, un 18 por ciento muy caprichosas para comer y un 19 por ciento glotonas. Solo un 21 por ciento las recuerdan con apetito normal. Puede ser una distorsión del recuerdo durante el tiempo pasado y que esta rememoración se haga desde la experiencia de la enfermedad. Sin embargo, una parte de las inapetentes y/ o caprichosas fueron muy malas comedoras, algunas reunían requisitos para ser diagnosticadas retrospectivamente de anorexia nerviosa de la infancia, según los criterios de Chatoor de 1988²⁶⁷.

No es extraño que aquellas que recurrieron al vómito de pequeñas, para defenderse de la alimentación forzada, vuelvan a utilizarlo con mayor facilidad durante la enfermedad anoréxica cuando fracasan en el ayuno. En el otro extremo, la mitad de las insaciables glotonas aparecen hoy en el grupo de las bulímicas.

Los niños (as) con trastorno del comportamiento alimentario en la infancia tienen un mayor riesgo de seguir con estos problemas en la adolescencia.

Madres caracteriales o "neuróticas"

Son clientes habituales de la consulta del pediatra y terror de este especialista, productoras netas de trastornos de alimentación en la infancia, aunque no están muy representadas entre las madres de anoréxicas y bulímicas en la adolescencia, quizás porque su patogenidad es mayor con sus hijos varones y es más frecuente en clases sociales de menor educación²⁶⁸.

"Mi hijo no come, venía para que le mandara un jarabe, unas vitaminas, algo para que coma" se sienten dolidas o rabiosas, si no se les hace caso, y en muchas ocasiones consiguen rechazo ante la evidencia de que el niño se desarrolla normalmente. En los grupos de padres de pacientes también están presentes este tipo de madres, pero constituyen la minoría.

Sobre actividades de riesgo

La posibilidad de enfermar de anorexia o bulimia nerviosa es mucho mayor en aquellas, que por exigencias de su oficio en la época que vivimos deben estar muy delgadas. Estos grupos de riesgo son, entre otros: gimnastas, bailarinas, actrices y modelos entre otras. Debido a la sugestionabilidad y apertura al discurso externo de la edad o la enorme competitividad del medio, hacen sucesivas dietas o utilizan todo tipo de trucos -vómitos, laxantes, diuréticos y derivados anfetamínicos- para mantenerse en un peso. Es de todo conocido que estas chicas fuerzan hasta más allá de lo razonable su organismo, lo menos que puede hacerse es cuidarlas para que no enfermen. Son ellas mismas quienes se transmiten información para estar más delgadas, a veces con la complicidad de entrenadores desaprensivos o médicos poco escrupulosos. Son necesarios programas específicos de prevención.

Sobre la pubertad y la obesidad prepuberal

El desarrollo puberal es anterior y más evidentes en las niñas que en los niños. Para quienes tiende a ser más complicado es para las propias pequeñas, a las que con frecuencia alcanza desprevenida el cambio. La mayoría tiende a ocultarlo, a veces a avergonzarse, haciendo inútiles esfuerzos, para que no se noten. Una parte significativa subirá de peso al momento

²⁶⁷ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España.

Página 362.

²⁶⁸ *Ibidem*, Pág. 364.

de presentarse la menarquía y se sentirán gordas, insatisfechas de su cuerpo y deformes. Otras deberán esperar mucho tiempo para crecer, algunas satisfechas de la prolongación de su infancia y su cuerpo infantil.

En término de Aberastury²⁶⁹, la chica hace un duelo por su cuerpo de niña, sufre con el cambio y le cuesta entenderlo. Crece el cuerpo antes que la cabeza. Como se ha visto, en poco tiempo se destapa un grupo de niñas que parece haber cambiado, se arreglan, hablan de chicos, coquetean. Otro grupo se resiste, unas porque no han crecido, otras porque no quieren. Se refugian en los estudios y en los juegos de siempre (no por mucho tiempo, estos últimos por las burlas o críticas). Hay cambios entre los grupos, pero no muchos durante una temporada. Los compañeros varones quedan descolocados y no sirven. Se transforman en fuente de deseo sexual sin darse cuenta y menos aún aquellas que tienen unas formas más redondas, gordas para ellas y sus congéneres, pero en especial atractivas para los varones. Son ellas las que reciben voces de admiración más asexuadas y en algunos casos soeces. Se asustan y algunas veces con razón ante intentos de agresiones sexuales. Su propia sexualidad la ven aún más inexistente y se refugian en los estudios, por cierto muy exigentes. Los éxitos escolares les proporcionan ocupación y una cierta identidad como estudiantes brillantes a las que se piden apuntes y se les llama cuando hay examen. Se vuelcan más en la familia en lugar de abrirse a un mundo que les parece peligroso. Pero al encerrarse con padres y hermanos tienden a sobreimplicarse en todo tipo de conflictos familiares.

Este grupo que se queda rezagado, que parece renunciar por miedo o inseguridad a su desarrollo psicosexual, que se atiende en estudios y la vida familiar, mientras su cuerpo es el de una mujer, es el más susceptible al mensaje anoréxico y al que deben dedicarse la mayoría de las medidas preventivas.

4.5.5 Medidas preventivas esenciales

No cabe duda que durante las últimas tres décadas se ha observado una desviación de los ideales de belleza femenina hacia un cuerpo más delgado y menos real. Esta presión social puede que no sea la causa directa, pero sí tiene que ver en la elección del síntoma que manifiesta un malestar psíquico.

La adolescencia implica cambio, maduración, desarrollo, búsqueda de identidad y, en general, la propia aceptación de uno mismo, y es en esta etapa cuando los valores predominantes, son aquellos que los hacen ser aceptados por el grupo de iguales. Es decir, la aceptación de uno mismo pasa por la aprobación del grupo y, evidentemente dicho grupo no escapa a ninguna de las presiones socioculturales. Encontrándonos, además en esta etapa de cambios corporales, sobre todo en las mujeres, que la adolescente empieza a conocer su propio cuerpo, intenta modelarlo, adaptándolo al medio y aceptar su condición de mujer y su sexo femenino²⁷⁰.

Por ello desde el enfoque de Trabajo Social se debe interrumpir las influencias del entorno que potencien o favorezcan el desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, teniendo en cuenta el contexto familiar y las frecuentes interacciones familiares distorsionadas que

²⁶⁹ Íbidem, Pág. 367.

²⁷⁰ *Anorexia y bulimia. La nueva epidemia de los adolescentes. Los especialistas españoles advierten del aumento preocupante de la anorexia y la bulimia en nuestro país.* Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.el-mundo.es/salud

constituyen una tendencia al padecimiento. A continuación algunas medidas preventivas esenciales²⁷¹.

En casa: aceptarlas

Escuchar las críticas que hacen de sus coetáneas es sólo una forma de pedir permiso para hacer lo mismo más adelante. Animarlas a que participen en grupos organizados o estructurados para su edad, especialmente aquellos que funcionen los fines de semana y vacaciones. Acompañarlas a comprar su ropa permitiéndoles elegir, es un proceso laborioso pero factible.

Enseñarles a arreglarse y maquillarse, aunque aún no tenga un plan concreto para lucirlo. Acudir al médico de confianza preferentemente un especialista en adolescentes, para que realice una evaluación de desarrollo y pueda responder las interrogantes que tenga la chica sobre su cuerpo en evolución, así como ver en ella los esquemas de alimentación y actividad física más adecuados. Si establece una buena relación con el médico, proponer revisiones semestrales hasta que termine el proceso del desarrollo.

Animarla a que se cuide físicamente mediante la práctica de su deporte favorito o que lo cambie si ya no es adecuado para su edad. Mantener al menos una comida al día del grupo familiar, donde exista un horario, una conversación y ninguna televisión. Evitar que la comida y cena sean en plan de "comida rápida". Propiciar algún encuentro, tal vez semanal, con los padres, fuera de casa, para tomar un café y hablar. Si tiene padre, esta última iniciativa también ha dado resultados, incluso mejor que con la madre por su novedad.

La llegada de una adolescente a casa, sea o no preanoréxica cambia de forma radical los usos y costumbres de la familia y no necesariamente para peor. Ninguna de estas medidas es incompatible con los estudios ni con la colaboración en casa.

En la escuela

En la escuela no es difícil definir el grupo de riesgo de presentar un trastorno alimentario. No obstante, se puede realizar lo que en España, que con chicos(as) de 12 y 16 años, determinen peso y talla, más la aplicación de EDI (Eating Disorders Inventory) y otros cuestionarios diseñados para la investigación, y preseleccionar un conjunto de sujetos que presenten una ideación anoréxica significativamente alta, un rendimiento escolar elevado, un índice de masa corporal sospechoso y una red social escasa. En una segunda etapa canalizarlos para una entrevista clínica y una nueva medición antropométrica a éstos junto con sus padres. Con estos datos se confirmará el diagnóstico de casos insaturados y se definirá el grupo de mayor riesgo de enfermar. Y ejecutar una intervención preventiva a evaluar un año después.

Sobre las (os) hermanas (os) de las(os) pacientes

La probabilidad de enfermar es mayor entre hermanos, aspecto que deben conocer los padres y que han de abordar los clínicos que hacen el tratamiento de la paciente. En las intervenciones terapéuticas familiares debe contarse con ellos.

En sociedad

Han surgido libros e investigaciones de claro contenido divulgatorio, junto a otros de gran valor que relatan experiencias personales. Los medios de comunicación se han ocupado del tema y hoy parece que hay más información. Éste debe ser el primer paso en prevención con

²⁷¹ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España. Página 362.

el ciudadano, pero no suficiente si no va acompañada de una acción local, en el centro de salud y en la escuela donde aún queda mucho por hacer. La modificación de creencias y costumbres de una sociedad donde hacen dietas cada primavera y varios millones de personas, es un proceso difícil; no obstante un objetivo del Trabajo Social para difundir la prevención a través de la información, sobre las causas y consecuencias que llevan implícitos los adolescentes en su desarrollo.

Todas estas acciones, mediante técnicas grupales de participación activa y dramatización que apunten a prepararlos en aspectos en los que sean deficitarios tanto a nivel psicológico como de información. Donde el TRABAJADOR SOCIAL tiene un papel muy importante y activo²⁷².

En España, durante su labor se plantean seis tipos de medidas preventivas a desarrollar en doce horas, repartidas en seis sesiones de dos horas cada una fuera de horario escolar. Los aspectos a desarrollar son²⁷³:

- a. Habilidades sociales.
- b. Relajación.
- c. Autoestima.
- d. Información nutricional.
- e. Proceso de información.
- f. Información sobre anorexia y bulimia nerviosas.

²⁷² MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España. Página 368.

²⁷³ *Hospital infantil docente "pedro borrás astorga". Anorexia nerviosa: características y síntomas*. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.infomed.sld.cu/revistas

CONCLUSIÓN

Están en el mercado disponibles en todas formas y colores: tés, pastillas, licuados, gelatinas, cápsulas, polvos, gotas, pomadas y hasta aparatos electrónicos. Todos con una promesa mágica: quitar del cuerpo los kilos de más en solo unos cuantos días. En la temporada decembrina y, sobre todo, a inicios del año llegan a alcanzar los índices más altos de consumo en la capital, cuando los propósitos para el nuevo año que comienzan son firmes por parte de quienes lo hacen: bajar de peso.

Sin embargo, lejos de hacer realidad el sueño de toda mujer, todos estos medicamentos pueden causar efectos severos en la salud de quienes los consumen. "Todas esas soluciones mágicas que prometen los productos adelgazantes son sólo eso: una ilusión. Y a lo mejor realmente pueden bajar de peso a algunas, pero el problema es ¿a qué costo?", señala Jeannette Rojas Psicóloga y especialista en Trastornos Alimenticios.²⁷⁴

Complicaciones en corazón, riñones, hígado y en el propio peso, así como dependencia a fármacos son algunas de las consecuencias de consumir indiscriminadamente este tipo de productos. Sin duda, las anfetaminas, bajan de peso, pero después, se vuelven dependientes de ellas y no las pueden dejar y si no lo hacen viene en el rebote en donde recuperan el doble de peso que se bajó.

Por ello, el error más grande que en que caen potenciales consumidores de este tipo de productos es pensar que realmente existe una solución mágica que va a resolver su imagen distorsionada. Sería honesto que quienes los venden, además de asegurar a los clientes que van a bajar de peso, también les advirtieran sobre las consecuencias que tendrán sobre la salud.

Por lo tanto los factores que inciden para presentar Anorexia y Bulimia Nerviosas son:

- ✍ Socioculturales: Presión social por estar delgado, ser súper mujer y la necesidad de aceptación de un círculo social.
- ✍ Familiares: Escasa comunicación, incapacidad para la resolución de conflictos, sobreprotección de los padres (rigidez y falta de flexibilidad), ausencia de límites generacionales, expectativas demasiado altas de los padres hacia los hijos, historias familiares que incluyan depresión y alcoholismo.
- ✍ Individual: Dependencia, déficit del autoestima, perfección y autocontrol, miedo a madurar y a crecer físicamente.

En esta dimensión del problema, Trabajo Social, está habilitado para intervenir desde lo social (individual, familiar, comunidad, Instituciones de apoyo) en el manejo de la situación de manera individualizada contribuyendo con ello a que el problema contamine lo menos posible otros sistemas de interacción y provoque situaciones sociales críticas. Siendo imprescindible la colaboración multidisciplinaria para contribuir con alternativas de solución en cada caso.

De la investigación realizada y el diagnóstico obtenido, se concluye que estamos frente a una problemática que se evidencia como más apremiante para las adolescentes. Las páginas que anteceden permiten difundir una realidad de salud, la cual es un factor esencial del ser humano. Ésta percibida por el propio individuo como un equilibrio de sus dimensiones biológica-física-psíquica-social, es la que facilita, se puedan plasmar otros aspectos de la vida individual y colectiva. El problema de imagen de la mujer y en concreto de los Trastornos de la Conducta Alimentaria como la Anorexia y Bulimia Nerviosas, comienzan antes de

²⁷⁴ En entrevista para *El Universal* por Yetlaneci Alcaráz, domingo 7 de diciembre de 2003.

encontrarnos con la enfermedad. Y es el contexto que la rodea en esta época de nuevos cambios y retos sociales los que pueden explicar la evolución y actuación personal, familiar y social del porque una mujer y en especial los adolescentes sufren un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Se resalta que nos encontramos en un momento de sacralización de la corporalidad, sublimando su significación, adoptándolo y adaptándolo como un símbolo de perfección e imagen modelo a partir de la cual construir otras cosas. Ante esto, los adolescentes son una población vulnerable y sensible que se encuentra en un período de búsqueda de identidad, enfrentándose al estereotipo de belleza e imagen actual. Aunándose a ello el cambio de valores que precipitan la aparición de estas enfermedades:

⌘ Con sumismo

⌘ Intolerancia

⌘ Incomunicación

⌘ Obtención del éxito (en función de las pertenencias materiales o de la estética corporal considerada como perfecta y modelo de imitación.)

Lo anterior los orilla a seguir éstos patrones que favorecen un descontrol en sus relaciones cotidianas y se manifiestan en algunos, con características específicas: personales (bio-psico-social), familiares y sociales, en un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Se rescatan los resultados del acercamiento que se tuvo con los padres de las adolescentes afectadas, para incidir en la necesidad a informar a la población en general, tanto de lo que es, cómo y por qué se producen dichos padecimientos. Así como a dar a conocer lugares especializados en éstos trastornos, para ser asesorados y poder colaborar en forma efectiva afrontando la convivencia con un familiar afectado por Anorexia y/o Bulimia Nerviosa. Una estrategia adoptada en la "Comunidad Terapéutica de México" en ésta población y que parece tener cada vez resultados más alentadores, son los "Grupos de ayuda mutua". Los padres encuentran el espacio y la compañía que les facilita compartir sus sentimientos, experiencias e intercambiar recursos válidos para ensayar nuevas formas de enfocar el problema, reduciendo el estrés y la angustia.

Si se detecta en etapas tempranas pensamiento y distorsiones perceptivas de la figura corporal; los adolescentes empezarán a desmitificar los arquetipos de imágenes estereotipadas de la mujer, la comida, el peso y la figura perfecta.

La Anorexia y la Bulimia Nerviosas están ahí, como un desafío y en un momento en que se verifica día a día su difusión, proliferación entre nuestra población adolescente.

Hay que abordarlos con el máximo de eficacia ante esta complejidad; Trabajo Social tiene la responsabilidad de conocer y entender estos Trastornos de la Conducta Alimentaria para así proporcionar una atención de calidad, aportando decisiones de tratamiento y planes de intervención que mejoren la calidad de vida de los adolescentes.

Por otra parte, en relación con los aspectos metodológicos, hay que subrayar que se cumplieron los objetivos de la investigación, porque en los resultados obtenidos del diagnóstico, se pudo observar que en la etapa de la adolescencia, existe mayor influencia del estereotipo de belleza, siendo factores que coadyuvan el riesgo de presentar Anorexia y/o Bulimia Nerviosa, reflejándose en las alteraciones del comportamiento y afectando la convivencia familiar y social. Por tal motivo, la intervención preventiva que se propone para la formulación de alternativas de solución, desde el enfoque del Trabajo Social en el "Manual Preventivo Informativo de las causas y consecuencias de la Anorexia y Bulimia Nerviosas", los

adolescentes podrán interiorizar y manifestar de forma natural una relación con los alimentos, que se reflejará en el como se sientan, acepten y se muestren con el exterior.

Las hipótesis se comprobaron, ya que la influencia social, se traduce en conductas y medios que las adolescentes utilizan para conseguir el estereotipo de belleza actual, colocándolas en un alto riesgo de presentar Anorexia y/o Bulimia Nerviosas.

El abordar con enfoque social el itinerario de la Anorexia y Bulimia Nerviosas, es un buen intento, para la carrera ya que de esta manera se ofrece el relato histórico, contemporáneo y el acercamiento de la población afectada, de un fenómeno que es de urgente atención. Teniendo en la interpretación de los resultados las referencias dramáticas en algunos casos, como esperanzadoras para quienes sufren estos trastornos.

ANEXOS

INSTRUMENTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

1. INSTRUMENTO: APA

Fecha: _____

Folio: _____

No. Expediente: _____

Objetivo: Realizar un seguimiento de casos de pacientes adolescentes a través de las respuestas de los padres de éstos, con diagnóstico de Anorexia, que sean atendidos en ésta institución por un lapso mayor a dos meses.

Datos Generales Del Padre o Tutor

1.Edad: _____ 2.Sexo: _____ 3.Estado civil: _____ 4.Ocupación: _____ 5. Escolaridad: _____

Estructura y Economía Familiar

1. Personas que viven en el mismo hogar

Nombre	Parentesco	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Ingreso Mensual	Aportación al hogar

TOTAL: _____

ANTECEDENTES AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

A. Familia

A.1 ¿Cómo era la relación madre-hija (o)?

Buena () Regular () Mala ()

A.2 ¿Cómo era la relación padre-hija (o)?

Buena () Regular () Mala ()

A.3 ¿Cómo era la relación entre hermanos (as)?

Buena () Regular () Mala ()

B. Relaciones Sociales (Respecto A Su Hija (o))

B.1 ¿Cómo se llevaba con sus amigos?

Bien () Regular () Mala ()

B.2 ¿Con que frecuencia lo visitaban?

3 veces por semana () 1 vez a la semana () Ocasionalmente ()

B.3 ¿Se adaptaban sus compañeras (os) a ella (él)?

Sí () Poco () No ()

B.4 ¿Qué es lo que le comentaban los amigos de su hija (o) que apreciaban más de ella(él)? _____

C. Recreación Respecto A Su Hija (o)

C.1 Enumere en orden del 1 al 8, lo que observaba le gustaba realizar a su hija (o)

Escuchar música	()	Leer revistas del espectáculo	()	
Leer el periódico	()	Practicar deporte	()	¿cuál? _____
Jugar	()	Estar con sus amigas (os)	()	
Leer recetas de cocina	()	Asistir a reunión familiar	()	

D. Desempeño Escolar Respecto A Su Hija (o)

D.1 ¿Cómo consideraba su desempeño escolar?

Bueno () Regular () Malo ()

D.2 ¿Qué promedio conservaba aproximadamente? _____

D.3 ¿Cuánto tiempo pasaba en la escuela? _____

D.4 ¿Qué tiempo le dedicaba a las tareas de la escuela? _____

E. Influencia De La Televisión Respecto A Su Hija (o)

E.1 ¿Qué programas acostumbraba ver? Enuméralas en orden de preferencia

Culturales () Espectáculos () Noticias () Telenovelas ()

E.2 ¿Canales de preferencia? _____

E.3 ¿Cuántas horas veía la televisión a la semana aproximadamente?

2hr () 4hr () 6hr () 8hr ()

E.4 ¿Estaba con ella (él) cuando veía la televisión?

Sí () No ()

E.5 ¿Le prohibía ver algún programa?, ¿Cuál y porqué? _____

E.6 ¿A qué personaje admiraba más?, ¿Por qué? _____

F. Hábitos Alimenticios Respecto De Su Hija (o)

F.1 ¿Evitaba comer con otros o se retrasaba lo máximo en acudir a la mesa?

Sí () No ()

F.2 ¿Comenzaba cortando la comida en trocitos muy pequeños?

Sí () No ()

F.3 ¿Se quejaba de que era demasiada comida o rica en calorías?

Sí () No ()

F.4 ¿Trataba de pactar sobre la comida (ejemplo: "Comeré esto, si no como lo otro")?

Sí () No ()

F.5 ¿Raramente decía tener hambre?

Sí () No ()

F.6 ¿Vomitaba después de las comidas?

Sí () No ()

F.7 ¿Ocultaba la comida que no se comía, la tiraba o atesoraba?

Sí () No ()

F.8 ¿Comía cuando estaba sola o "en secreto"?

Sí () No ()

- F.9 ¿No le gustaba ir de visita ni a fiestas por la "obligación de comer"?
- Sí () No ()
- F.10 ¿A veces tenía dificultad en parar de comer o lo hacía en grandes cantidades?
- Sí () No ()
- F.11 ¿Se quejaba mucho de estreñimiento?
- Sí () No ()
- F.12 ¿Tomaba laxantes (purgantes), o los pedía?
- Sí () No ()
- F.13 ¿Decía estar muy gorda (o) sin tener en cuenta el peso perdido?
- Sí () No ()
- F.14 ¿A menudo hablaba sobre la delgadez, las dietas o formas del cuerpo ideal?
- Sí () No ()
- F.15 ¿Estaba de pie o corría siempre que le era posible?
- Sí () No ()
- F.16 ¿Se resistía a ir al médico o rechazaba los exámenes médicos?
- Sí () No ()

G. Datos Clínicos Respecto De Su Hija (o)

- G.1 ¿Con qué frecuencia acudía a servicios médicos a revisión general?
- () No acudía
- () Una vez cada 6 meses
- () Una vez al año
- () Cuando se enfermaba
- G.2 ¿En la familia se dieron casos de enfermedades de Trastornos de la Conducta Alimentaria?
- Sí () No ()
- G.3 ¿Cuáles? _____
- G.4 ¿Sabía usted qué es la Anorexia y/o Bulimia Nerviosas?
- Sí () No ()
- G.5 ¿Sabía cuál es la causa de Anorexia y/o Bulimia Nerviosas?
- Sí () No ()

SITUACIÓN DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN MÉDICA

A. Familia

- A.1 ¿Han mejorado las relaciones familiares?
- Sí () No ()
- A.2 ¿De que manera? _____
- A.3 ¿Cómo ha sido el apoyo recibido de los miembros de la familia? _____

B. Relaciones Sociales (Respecto A Su Hija (o))

- B.1 Describa como son las relaciones sociales de su hija (o) _____
- B.2 ¿Considera que sus relaciones sociales han sido afectadas?
- Sí () No ()
- B.3 ¿De qué manera? _____

C. Recreación Respecto A Su Hija (o)

- C.1 ¿Qué es lo que ahora le gusta realizar más a su hija (o)? _____

D. Desempeño Escolar Respecto A Su Hija (o)

D.1 ¿Cómo ha cambiado su situación y rendimiento escolar?_____

D.2 ¿Cuál es la percepción que tienen sus maestros hacia su hija (o)?_____

E. Influencia De La Televisión Respecto A Su Hija (o)

E.1 ¿Qué programas prefiere ver ahora su hija?_____

F. Hábitos Alimenticios Respecto De Su Hija (o)

F.1 De que manera han cambiado los hábitos alimenticios de su hija (o)_____

G. Datos Clínicos Respecto De Su Hija (o)

G.1 ¿Qué diagnóstico le dio el médico?_____

G.2 ¿Qué tratamiento le dio?_____

G.3 ¿Cuánto tiempo tiene con el tratamiento?_____

G.4 ¿Continúa con el tratamiento?

Sí ()

No ()

G.5 ¿Hace cuánto tiempo ingresó a la Comunidad Terapéutica de México?_____

G.6 ¿Por qué decidió asistir?_____

G.7 ¿Cómo la ha visto después del tratamiento?_____

H.- Servicios de la Institución

H.1 Considera que la atención Médica es:

Excelente ()

Buena ()

Regular ()

Mala ()

H.2 ¿Por qué?_____

H.3 Considera que la atención Administrativa es:

Excelente ()

Buena ()

Regular ()

Mala ()

H.4 ¿Por qué?_____

H.5 Considera que la atención de Trabajo Social es:

Excelente ()

Buena ()

Regular ()

Mala ()

H.6 ¿Por qué?_____

2. INSTRUMENTO: BPA

Fecha: _____
 Folio: _____
 No. Expediente: _____

Objetivo: Realizar un seguimiento de casos de pacientes adolescentes a través de las respuestas de los padres de éstos, con diagnóstico Bulimia Nerviosa, que sean atendidos en ésta institución por un lapso mayor a dos meses.

Datos Generales Del Padre o Tutor

1. Edad: _____ 2. Sexo: _____ 3. Estado civil: _____ 4. Ocupación: _____ 5. Escolaridad: _____

Estructura y Economía Familiar

1. Personas que viven en el mismo hogar

Nombre	Parentesco	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Ingreso Mensual	Aportación al hogar

TOTAL: _____

ANTECEDENTES AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

A. Familia

A.1 ¿Cómo era la relación madre-hija (o)?

Buena () Regular () Mala ()

A.2 ¿Cómo era la relación padre-hija (o)?

Buena () Regular () Mala ()

A.3 ¿Cómo era la relación entre hermanos (as)?

Buena () Regular () Mala ()

B. Relaciones Sociales (Respecto A Su Hija (o))

B.1 ¿Cómo se llevaba con sus amigos?

Bien () Regular () Mala ()

B.2 ¿Con que frecuencia lo visitaban?

3 veces por semana () 1 vez a la semana () Ocasionalmente ()

B.3 ¿Se adaptaban sus compañeras (os) a ella (él)?

Sí () Poco () No ()

B.4 ¿Qué es lo que le comentaban los amigos de su hija (o) que apreciaban más de ella (él)? _____

C. Recreación Respeto A Su Hija (o)

C.1 Enumere en orden del 1 al 8, lo que observaba le gustaba realizar a su hija (o)

- | | | | |
|------------------------|-----|-------------------------------|------------------|
| Escuchar música | () | Leer revistas del espectáculo | () |
| Leer el periódico | () | Practicar deporte | () ¿cuál? _____ |
| Jugar | () | Estar con sus amigas (os) | () |
| Leer recetas de cocina | () | Asistir a reunión familiar | () |

D. Desempeño Escolar Respeto A Su Hija (o)

D.1 ¿Cómo consideraba su desempeño escolar?

- Bueno () Regular () Malo ()

D.2 ¿Qué promedio conservaba aproximadamente? _____

D.3 ¿Cuánto tiempo pasaba en la escuela? _____

D.4 ¿Qué tiempo le dedicaba a las tareas de la escuela? _____

E. Influencia De La Televisión Respeto A Su Hija (o)

E.1 ¿Qué programas acostumbraba ver? Enuméralas en orden de preferencia

- Culturales () Espectáculos () Noticias () Telenovelas ()

E.2 ¿Canales de preferencia? _____

E.3 ¿Cuántas horas veía la televisión a la semana aproximadamente?

- 2hr () 4hr () 6hr () 8hr ()

E.4 ¿Estaba con ella (él) cuando veía la televisión?

- Sí () No ()

E.5 ¿Le prohibía ver algún programa?, ¿Cuál y porqué? _____

E.6 ¿A qué personaje admiraba más?, ¿Por qué? _____

F. Hábitos Alimenticios Respeto De Su Hija (o)

F.1 ¿Evitaba comer con otros o se retrasaba lo máximo posible en acudir a la mesa?

- Sí () No ()

F.2 ¿Comenzaba cortando la comida en trocitos muy pequeños?

- Sí () No ()

F.3 ¿Se quejaba de que era demasiada comida o rica en calorías?

- Sí () No ()

F.4 ¿Trataba de pactar sobre la comida (ejemplo: "comeré esto, si no como lo otro")?

- Sí () No ()

F.5 ¿Raramente decía tener hambre?

- Sí () No ()

F.6 ¿Vomitaba después de las comidas?

- Sí () No ()

F.7 ¿Ocultaba la comida que no se comía, la tiraba o atesoraba?

- Sí () No ()

F.8 ¿Comía cuando estaba sola o "en secreto"?

- Sí () No ()

F.9 ¿No le gustaba ir de visita ni a fiestas por la "obligación de comer"?

- Sí () No ()

F.10 ¿A veces tenía dificultad en parar de comer o lo hacía en grandes cantidades?

- Sí () No ()

F.11 ¿Se quejaba mucho de estreñimiento?

- Sí () No ()

F.12 ¿Tomaba laxantes (purgantes), o los pedía?

- Sí () No ()

F.13 ¿Decía estar muy gorda (o) sin tener en cuenta el peso perdido?

- Sí () No ()

F.14 ¿A menudo hablaba sobre la delgadez, las dietas o formas del cuerpo ideal?

Sí () No ()

F.15 ¿Estaba de pie o corría siempre que le era posible?

Sí () No ()

F.16 ¿Se resistía a ir al médico o rechazaba los exámenes médicos?

Sí () No ()

G. Datos Clínicos Respecto De Su Hija (o)

G.1 ¿Con qué frecuencia acudía a servicios médicos a revisión general?

() No acudía

() Una vez cada 6 meses

() Una vez al año

() Cuando se enfermaba

G.2 ¿En la familia se dieron casos de enfermedades de Trastornos de la Conducta Alimentaria?

Sí () No ()

G.3 ¿Cuáles? _____

G.4 ¿Sabía usted qué es la Anorexia y/o Bulimia Nerviosas?

Sí () No ()

G.5 ¿Sabía cuál es la causa de Anorexia y/o Bulimia Nerviosas?

Sí () No ()

SITUACIÓN DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN MÉDICA

A. Familia

A.1 ¿Han mejorado las relaciones familiares?

Sí () No ()

A.2 ¿De que manera? _____

A.3 ¿Cómo ha sido el apoyo recibido de los miembros de la familia? _____

B. Relaciones Sociales (Respecto A Su Hija (o))

B.1 Describa como son las relaciones sociales de su hija (o) _____

B.2 ¿Considera que sus relaciones sociales han sido afectadas?

Sí () No ()

B.3 ¿De qué manera? _____

C. Recreación Respecto A Su Hija (o)

C.1 ¿Qué es lo que ahora le gusta realizar más a su hija (o)? _____

D. Desempeño Escolar Respecto A Su Hija (o)

D.1 ¿Cómo ha cambiado su situación y rendimiento escolar? _____

D.2 ¿Cuál es la percepción que tienen sus maestros hacía su hija (o)? _____

E. Influencia De La Televisión Respecto A Su Hija (o)

E.1 ¿Qué programas prefiere ver ahora su hija? _____

F. Hábitos Alimenticios Respecto De Su Hija (o)

F.1 De que manera han cambiado los hábitos alimenticios de su hija (o) _____

G. Datos Clínicos Respeto De Su Hija (o)

- G.1 ¿Qué diagnóstico le dio el médico? _____
- G.2 ¿Qué tratamiento le dio? _____
- G.3 ¿Cuánto tiempo tiene con el tratamiento? _____
- G.4 ¿Continúa con el tratamiento?
Sí () No ()
- G.5 ¿Hace cuánto tiempo ingresó a la Comunidad Terapéutica de México? _____
- G.6 ¿Por qué decidió asistir? _____
- G.7 ¿Cómo la ha visto después del tratamiento? _____

H.- Servicios de la Institución

- H.1 Considera que la atención Médica es:
Excelente () Buena () Regular () Mala ()
- H.2 ¿Por qué? _____
- H.3 Considera que la atención Administrativa es:
Excelente () Buena () Regular () Mala ()
- H.4 ¿Por qué? _____
- H.5 Considera que la atención de Trabajo Social es:
Excelente () Buena () Regular () Mala ()
- H.6 ¿Por qué? _____

3. CUADRO EXPLICATIVO DE LAS VARIABLES DEL INSTRUMENTO: APA - BPA

ANTECEDENTES AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

NOMBRE DE LA VARIABLE	MODALIDAD	CLASIFICACIÓN DE LA VARIABLE
Edad	Descubrir la edad que presentan cuando su hija sufre el TCA	Cuantitativa continua
Sexo	Identificar el sexo del padre o tutor	Cuantitativa discreta
Estado Civil	Identificar el estado civil que presentan	Cuantitativa discreta
Ocupación	Destacar en que actividades se desempeñan	Cuantitativa discreta
Escolaridad	Descubrir la escolaridad que presentan	Cuantitativa discreta
Familia	Contrastar cómo consideraban las relaciones familiares	Cualitativa nominal
Relaciones sociales	Conocer la percepción que tenían los padres respecto de la manera de socializar de sus hijas	Cualitativa nominal
Recreación	Conocer que era lo que observaban los padres de las actividades que realizaban sus hijas	Cualitativa nominal
Desempeño escolar	Contrastar con las teorías estudiadas en éste proyecto, si los hábitos de estudio de éstas cubren un TCA	Cualitativa nominal
Influencia de la T.V.	Conocer si los padres establecían límites, estaban con ellas al ver televisión y si sabían cuales eran los programas preferidos por sus hijas	Cualitativa nominal
Hábitos alimenticios	Analizar si los padres detectaban conductas anormales de sus hijas ante la comida	Cualitativa nominal
Datos clínicos	Descubrir si los padres sabían que era la anorexia y bulimia nerviosa, así como sus causas y consecuencias. Indagar si se presentaron casos de TCA en la familia. Conocer si en la misma hay tendencia a la prevención o curación respecto a la salud	Cualitativa nominal

SITUACIÓN DESPUES DE LA INTERVENCIÓN MÉDICA

NOMBRE DE LA VARIABLE	MODALIDAD	CLASIFICACIÓN DE LA VARIABLE
Familia	Apreciar si las relaciones cambiaron, de que manera y saber como fue el apoyo de los miembros de la familia a la paciente	Cualitativa nominal
Relaciones sociales	Saber si la percepción de la familia considera fue afectada la manera de socializar de su hija	Cualitativa nominal
Recreación	Conocer si cambió la forma de divertirse	Cualitativa nominal
Desempeño escolar	Averiguar si ha cambiado la situación y rendimiento escolar	Cualitativa nominal
Influencia de la T.V.	Analizar si los padres lo consideran un factor desencadenante del TCA	Cualitativa nominal
Hábitos alimenticios	Comparar si cambiaron y de que manera la manera de comer de la afectada	Cualitativa nominal
Datos clínicos	Destacar el motivo por el cual se decidió tratar a la paciente y el impacto que generó en ella	Cualitativa nominal
Servicios de la Institución	Catalogar con la experiencia adquirida como consideran la atención e intervención. Conocer la percepción de los padres hacia el impacto que tuvieron sus hijas con el tratamiento	Cualitativa nominal



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

4. INSTRUMENTO: APD

Fecha: _____

Folio: _____

No. Expediente: _____

Objetivo: Realizar un seguimiento de casos de pacientes adolescentes con diagnóstico de Anorexia, que sean atendidos en ésta institución por un lapso mayor a dos meses.

Datos Generales Del Paciente

1.Edad:_____ 2.Sexo:_____ 3.Estado civil:_____ 4.Ocupación:_____ 5. Escolaridad:_____

ANTECEDENTES AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

A. Familia

- A.1 ¿Cómo era la relación madre-hija (o)?
Buena () Regular () Mala ()
- A.2 ¿Cómo era la relación padre-hija (o)?
Buena () Regular () Mala ()
- A.3 ¿Cómo era la relación entre hermanos (as)?
Buena () Regular () Mala ()

B. Relaciones Sociales

- B.1 ¿A cuántas personas considerabas tus amigos? _____
- B.2 ¿Te aceptaban como eras?
Sí () Poco () No ()

C. Recreación

- C.1 Enumera en orden del 1 al 8, lo que te gustaba realizar
- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| Escuchar música () | Leer revistas del espectáculo () |
| Leer el periódico () | Practicar deporte () ¿cuál? _____ |
| Jugar () | Estar con sus amigas (os) () |
| Leer recetas de cocina () | Asistir a reunión familiar () |

D. Desempeño Escolar

- D.1 ¿Cuál consideras tu mayor logro a nivel académico? _____
- D.2 ¿Qué tiempo le dedicabas a las tareas de la escuela? _____

E. Influencia De La Televisión

- E.1 ¿Qué programas acostumbrabas ver? Enuméralas en orden de preferencia
Culturales () Espectáculos () Noticias () Telenovelas ()
- E.2 ¿Estaban contigo tus padres cuando veías la televisión?
Sí () No ()
- E.3 ¿Te prohibían ver algún programa?, ¿Cuál y por qué? _____
- E.4 ¿A qué personaje admirabas más?, ¿Por qué? _____

F. Hábitos Alimenticios

- F.1 Cada vez que la gente te decía que estabas muy delgada (o), ¿te sentías más gorda (o)?
Sí () No ()
- F.2 ¿Te preocupaba demasiado lo que ibas a comer?
Sí () No ()
- F.3 Si subías un poquito de peso, sin importar la causa ¿te deprimías?
Sí () No ()
- F.4 Si no podías hacer ejercicio ¿te generaba ansiedad?
Sí () No ()
- F.5 ¿Tu período menstrual se retiró?
Sí () No ()
- F.6 ¿Te volviste fanática de los libros de dieta y cocina baja en calorías?
Sí () No ()
- F.7 ¿Te gustaba cocinar para otras personas, pero tú no comías lo que preparabas?
Sí () No ()
- F.8 ¿Dejaste los estudios por tu problema del peso?
Sí () No ()
- F.9 ¿Tenías tendencia a ser muy irritable?
Sí () No ()
- F.10 ¿Te sentías culpable cuando comías?
Sí () No ()
- F.11 ¿Tuviste ayunos prolongados para perder peso? ¿De que frecuencia eran?
1 sola vez () 2-3 veces por semana ()
1 vez a la semana () Diario ()
- F.12 ¿Tomabas laxantes (purgantes) o diuréticos para controlar tu peso?
1 día si y otro no () 1 sola vez ()
1 vez a la semana ()
- F.13 ¿Tus hábitos alimenticios interfirieron en tus relaciones amistosas?
Sí () No ()
- F.14 ¿En tus momentos románticos, no te sentías bien porque te notabas pasada (o) de peso?
Sí () No ()
- F.15 ¿Hubieras querido estar más delgada que tus amigas (os)?
Sí () No ()
- F.16 ¿Tenías la fija idea de que todo lo que comías te engordaba?
Sí () No ()
- F.17 ¿Tus hábitos alimenticios interfirieron en tus relaciones de noviazgo?
Sí () No ()
- F.18 ¿Se te caía el pelo, se te rompían las uñas o te cansabas fácilmente?
Sí () No ()

G. Datos Clínicos

- G.1 ¿Con qué frecuencia acudías a servicios médicos a revisión general?
() No acudía

- () Una vez cada 6 meses
() Una vez al año
() Cuando me enfermaba

G.2 ¿En la familia se dieron casos de enfermedades de Trastornos de la Conducta Alimentaria?
Sí () No ()

G.3 ¿Cuáles? _____

G.4 ¿Sabías qué es la Anorexia y/o Bulimia Nerviosas?
Sí () No ()

G.5 ¿Sabías cuál era la causa de Anorexia y/o Bulimia Nerviosas?
Sí () No ()

SITUACIÓN DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN MÉDICA

A. Familia

A.1 ¿Han mejorado las relaciones familiares?
Sí () No ()

A.2 ¿De que manera? _____

A.3 ¿Cómo ha sido el apoyo recibido de tus familiares? _____

B. Relaciones Sociales

B.1 Describe como son ahora tus relaciones sociales _____

B.2 ¿Consideras que tus relaciones sociales han sido afectadas?
Sí () No ()

B.3 ¿De qué manera?

C. Recreación

C.1 ¿Qué es lo que ahora te gusta realizar más?

D. Desempeño Escolar

D.1 ¿Cómo ha cambiado tu situación y rendimiento escolar? _____

D.2 ¿Cuál crees es la percepción que tienen de ti tus maestros? _____

E. Influencia De La Televisión

E.1 ¿Qué programas prefieres ver ahora? _____

F. Hábitos Alimenticios

F.1 De que manera han cambiado tus hábitos alimenticios _____

G. Datos Clínicos

G.1 ¿Qué diagnóstico te dio el médico? _____

G.2 ¿Qué tratamiento te dio? _____

G.3 ¿Cuánto tiempo tienes con el tratamiento? _____

G.4 ¿Continúas con el tratamiento?
Sí () No ()

G.5 ¿Hace cuánto tiempo ingresaste a la Comunidad Terapéutica de México? _____

G.6 ¿Por qué decidiste asistir? _____

G.7 ¿Cómo te sientes con el tratamiento? _____

H.- Servicios de la Institución

H.1 Consideras que la atención Médica es:

Excelente () Buena () Regular () Mala ()
H.2 ¿Por qué?_____

H.3 Consideras que la atención Administrativa es:
Excelente () Buena () Regular () Mala ()
H.4 ¿Por qué?_____

H.5 Consideras que la atención de Trabajo Social es:
Excelente () Buena () Regular () Mala ()
H.6 ¿Por qué?_____

5. INSTRUMENTO: BPD

Fecha: _____

Folio: _____

No. Expediente: _____

Objetivo: Realizar un seguimiento de casos de pacientes adolescentes con diagnóstico de Bulimia Nerviosa, que sean atendidos en ésta institución por un lapso mayor a dos meses.

Datos Generales Del Paciente

1. Edad: _____ 2. Sexo: _____ 3. Estado civil: _____ 4. Ocupación: _____ 5. Escolaridad: _____

ANTECEDENTES AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

A. Familia

A.1 ¿Cómo era la relación madre-hija (o)?

Buena () Regular () Mala ()

A.2 ¿Cómo era la relación padre-hija (o)?

Buena () Regular () Mala ()

A.3 ¿Cómo era la relación entre hermanos (as)?

Buena () Regular () Mala ()

B. Relaciones Sociales

B.1 ¿A cuántas personas considerabas tus amigos? _____

B.2 ¿Te aceptaban como eras?

Sí () Poco () No ()

C. Recreación

C.1 Enumera en orden del 1 al 8, lo que te gustaba realizar

Escuchar música () Leer revistas del espectáculo ()

Leer el periódico () Practicar deporte () ¿cuál? _____

Jugar () Estar con sus amigas (os) ()

Leer recetas de cocina () Asistir a reunión familiar ()

D. Desempeño Escolar

D.1 ¿Cuál consideras tu mayor logro a nivel académico? _____

D.2 ¿Qué tiempo le dedicabas a las tareas de la escuela? _____

E. Influencia De La Televisión

E.1 ¿Qué programas acostumbrabas ver? Enuméralas en orden de preferencia

Culturales () Espectáculos () Noticias () Telenovelas ()

E.2 ¿Estaban contigo tus padres cuando veías la televisión?

Sí () No ()

E.3 ¿Te prohibían ver algún programa?, ¿Cuál y porqué? _____

E.4 ¿A qué personaje admirabas más?, ¿Por qué? _____

F. Hábitos Alimenticios

F.1 Si subías un poquito de peso sin importar la causa, ¿te deprimías?

Sí () No ()

- F.2 ¿Tratabas siempre de comer a sola?
Sí () No ()
- F.3 Cuando empezabas a comer ¿te disgustabas y no podías parar de hacerlo?
Sí () No ()
- F.4 ¿Te provocaba ansiedad que te vieran comer?
Sí () No ()
- F.5 Cuando comías ¿te sentías muy llena (o) y muy gorda (o)?
Sí () No ()
- F.6 ¿Te molestaba que otras personas hablaran de tu manera de comer?
Sí () No ()
- F.7 ¿Mentías acerca de lo que comías?
Sí () No ()
- F.8 ¿Tenías sentimientos de haber fracasado si rompías una dieta, aunque sólo sea una vez?
Sí () No ()
- F.9 ¿Te valías de alguno de los siguientes medios para perder peso?
 Píldoras adelgazantes () Tomar laxantes ()
 Tomar diuréticos () Provocarse el vómito ()
 Nunca () 2 ó 3 veces al día ()
 Una vez a la semana () 5 ó más veces al día ()
- F.10 ¿Te sentías culpable cuando comías?
Sí () No ()
- F.11 ¿Sentías perturbada severamente tu vida por los hábitos alimenticios?
Sí () No ()
- F.12 ¿Te dabas atracones hasta tener que parar porque te sentías mal?
Sí () No ()
- F.13 ¿Había veces en que lo único que podías hacer era pensar en la comida?
Sí () No ()
- F.14 ¿Comías cantidades razonables delante de los demás y luego te atiborrabas en secreto?
Sí () No ()
- F.15 ¿Cuándo te sentías ansiosa, tendías a comer mucho?
Sí () No ()
- F.16 ¿Sentías vergüenza de tus hábitos alimenticios?
Sí () No ()
- F.17 ¿Engañabas a los demás respecto a la cantidad que comías?
Sí () No ()
- F.18 Si te excedías comiendo, ¿con qué frecuencia lo hacías?
 1 día si y otro no () 1 sola vez ()
 1 vez a la semana () Diario ()
- F.19 ¿Hacías cualquier cosa por satisfacer el ansia de darte un atracón?
Sí () No ()
- F.20 ¿Te considerabas a ti misma una comedora compulsiva?
Sí () No ()
- F.21 ¿Variaba tu peso en más de 2.5 kg a la semana?
Sí () No ()

G. Datos Clínicos

- G.1 ¿Con qué frecuencia acudías a servicios médicos a revisión general?
 () No acudía
 () Una vez cada 6 meses
 () Una vez al año
 () Cuando me enfermaba

G.2 ¿En la familia se dieron casos de enfermedades de Trastornos de la Conducta Alimentaria?

Sí () No ()

G.3 ¿Cuáles? _____

G.4 ¿Sabías qué es la Anorexia y/o Bulimia Nerviosas?

Sí () No ()

G.5 ¿Sabías cuál era la causa de Anorexia y/o Bulimia Nerviosas?

Sí () No ()

SITUACIÓN DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN MÉDICA

A. Familia

A.1 ¿Han mejorado las relaciones familiares?

Sí () No ()

A.2 ¿De que manera? _____

A.3 ¿Cómo ha sido el apoyo recibido de los miembros de la familia? _____

B. Relaciones Sociales

B.1 Describe como son ahora tus relaciones sociales _____

B.2 ¿Consideras que tus relaciones sociales han sido afectadas?

Sí () No ()

B.3 ¿De qué manera?

C. Recreación

C.1 ¿Qué es lo que ahora te gusta realizar más?

D. Desempeño Escolar

D.1 ¿Cómo ha cambiado tu situación y rendimiento escolar? _____

D.2 ¿Cuál crees es la percepción que tienen de ti tus maestros? _____

E. Influencia De La Televisión

E.1 ¿Qué programas prefieres ver ahora? _____

F. Hábitos Alimenticios

F.1 De que manera han cambiado tus hábitos alimenticios _____

G. Datos Clínicos

G.1 ¿Qué diagnóstico te dio el médico? _____

G.2 ¿Qué tratamiento te dio? _____

G.3 ¿Cuánto tiempo tienes con el tratamiento? _____

G.4 ¿Continúas con el tratamiento?

Sí () No ()

G.5 ¿Hace cuánto tiempo ingresaste a la Comunidad Terapéutica de México? _____

G.6 ¿Por qué decidiste asistir? _____

G.7 ¿Cómo te sientes con el tratamiento? _____

H.- Servicios de la Institución

H.1 Consideras que la atención Médica es:

Excelente () Buena () Regular () Mala ()

H.2 ¿Por qué? _____

H.3 Consideras que la atención Administrativa es:

Excelente ()

Buena ()

Regular ()

Mala ()

H.4 ¿Por qué? _____

H.5 Consideras que la atención de Trabajo Social es:

Excelente ()

Buena ()

Regular ()

Mala ()

H.6 ¿Por qué? _____

6. CUADRO EXPLICATIVO DE LAS VARIABLES DE LOS INSTRUMENTOS: APD - BPD

ANTECEDENTES AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

NOMBRE DE LA VARIABLE	MODALIDAD	CLASIFICACIÓN DE LA VARIABLE
Edad	Descubrir la edad en que se presenta el TCA	Cuantitativa continua
Sexo	Identificar en qué sexo se presenta con mayor frecuencia el TCA	Cuantitativa discreta
Estado Civil	Identificar el estado civil que presentan	Cuantitativa discreta
Ocupación	Destacar en qué actividades se desempeñaban	Cuantitativa discreta
Escolaridad	Descubrir la escolaridad que cuentan las pacientes con TCA	Cuantitativa discreta
Familia	Identificar el tipo de familia y relación entre los miembros que interactúan en ella	Cualitativa nominal
Relaciones sociales	Detectar si la adolescente se aceptaba físicamente ante los demás y si lograba socializar con sus congéneres	Cualitativa nominal
Recreación	Conocer a qué actividades le daban prioridad y averiguar si fueron las que permitieron desarrollar el TCA	Cualitativa nominal
Desempeño escolar	Contrastar con las teorías estudiadas en éste proyecto, si los hábitos de estudio cubren un TCA	Cualitativa nominal
Influencia de la T.V.	Identificar si la adolescente se veía influida por los medios de comunicación para querer cambiar e imitar una imagen estereotipada, de esta manera comprobar la influencia de los medios de comunicación	Cualitativa nominal
Hábitos alimenticios	Conocer el grado de conocimiento que tenían las adolescentes sobre la alimentación, saber sus costumbres, detectar como comían y que dinámica llevaban al realizar dicha acción; con la finalidad de detectar de que manera se presentaban los síntomas en la anorexia y/ o bulimia nerviosas	Cualitativa nominal
Datos clínicos	Identificar que factores orillaron a la paciente al acercamiento y tratamiento clínico	Cualitativa nominal

SITUACIÓN DESPUES DE LA INTERVENCIÓN MÉDICA

NOMBRE DE LA VARIABLE	MODALIDAD	CLASIFICACIÓN DE LA VARIABLE
Familia	Conocer si la relación entre los miembros que interactúan en ella se modificó y conocer de que manera recibió ayuda	Cualitativa nominal
Relaciones sociales	Detectar si cambió y de que manera la forma de socializar	Cualitativa nominal
Recreación	Conocer si se modificó la jerarquía de las actividades que realizaba	Cualitativa nominal
Desempeño escolar	Analizar si la situación y rendimiento escolar se modificó, así como conocer el apoyo de los maestros ante la enfermedad	Cualitativa nominal
Influencia de la T.V.	Analizar si cambió la preferencia de programación acostumbrada o sigue latente	Cualitativa nominal
Hábitos alimenticios	Valorar si ahora con el acercamiento y tratamiento clínico cambió la dinámica en los hábitos alimenticios	Cualitativa nominal
Datos clínicos	Destacar el motivo por el cual se decidió tratar a la paciente y el impacto que generó en ella	Cualitativa nominal
Servicios de la Institución	Catalogar con la experiencia adquirida como considerarán la atención e intervención.	Cualitativa nominal

7. PROPUESTA DEL MANUAL PREVENTIVO/INFORMATIVO DE LAS CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

El manual se presentará en escuelas secundarias donde hay adolescentes que pudieran presentar características individuales de alto riesgo para contraer Anorexia y/o Bulimia Nerviosa.

La utilización de las cartas descriptivas sirven como material de apoyo y presentación, para dar a conocer a las personas que nos brinden los espacios, el contenido temático de lo se trataría en cada taller, así como la duración de los mismos. Para con base a las cartas y los tiempos prescritos en ellas, las Instituciones acomodarán las fechas y horarios en sus agendas. El taller constará de 3 sesiones de 4:30 horas en total; que serán de 2 horas, 1:15 y 1:15 hrs. A continuación se presentarán las cartas descriptivas:

7.1 CARTAS DESCRIPTIVAS

SESIÓN 1

9:00 a 9:10	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • Inauguración 	Cartulinas de 5cm x 15 cm, seguros, plumones
9:10 a 9:20	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del programa (Justificación, Objetivos y Temario). 	Rotafolio
9:20 a 9:35	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a contestar instrumento de exploración acerca del tema. 	Instrumento
9:35 a 9:45	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio del tema con las preguntas ¿Qué son los TCA? ¿Qué es la Anorexia Nerviosa? • Comenzar con la técnica "Lluvia de ideas" con el objetivo de poner en común el conjunto de ideas o conocimientos que cada uno de los participantes tiene sobre el tema y colectivamente llegar a una síntesis, conclusión o acuerdo común. 	Cañón
9:45 a 10:05	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer la definición de Anorexia Nerviosa, explicar. • Preguntas y comentarios. 	Cañón
10:05 a 10:20	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer causas, síntomas y consecuencias. • Preguntas y comentarios. 	Cañón
10:20 a 10:30	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer el tratamiento. 	Cañón
10:30 a 11:00	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar la técnica "En río revuelto ganancia de pescadores" con el objetivo de permitir ordenar y/o clasificar un conjunto de elementos sobre el tema. Recrear relaciones de causa y efecto. 	Papel, cuerda delgada, clips que se doblen en forma de anzuelo, palos.

SESIÓN 2

9:00 a 9:15	<ul style="list-style-type: none"> • Se inicia el tema con la pregunta ¿Qué es la Bulimia Nerviosa? • Aplicar la técnica "Sin temor a hablar" con el objetivo de que se expongan los conocimientos que se tienen sobre el tema y colectivamente llegar a una síntesis, conclusión o acuerdo común, colocando preguntas de sondeo. 	Hojas de colores con preguntas Cañón
-------------	---	---

9:15 a 9:30	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer la definición de la Bulimia Nerviosa • Preguntas y comentarios 	Cañón
9:30 a 9:45	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer causas , síntomas y consecuencias • Preguntas y comentarios 	Cañón
9:45 a 9:55	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer el tratamiento 	Cañón
9:55 a 10:15	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar la técnica "Sobrevivencia en el mar" con el objetivo de sensibilizar al grupo en base a lo expuesto y realizar un análisis transaccional sobre los roles de imitación y víctima. 	

SESIÓN 3

9:00 a 9:15	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer diferencias y semejanzas de la Anorexia y Bulimia Nerviosas. • Preguntas y cometarios. 	Cañón
9:15 a 9:30	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer acciones de la labor del Trabajo Social. • Definir la intervención del Trabajador Social en éstas problemáticas. • Preguntas y cometarios. 	Cañón
9:30 a 9:45	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar la técnica del "Afiche" con el objetivo de evaluar en forma simbólica la opinión del grupo sobre los temas expuestos. 	Pedazos de papel o cartulinas, recortes de periódicos y revistas, plumones, marcadores o crayones, material hecho a mano (hojas de árbol, pasto, ramas, etc.) Hojas de colores con preguntas
9:45 a 10:00	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar evaluación final del taller 	Instrumento
10:00 a 10:15	<ul style="list-style-type: none"> • Clausura del taller • Agradecimiento 	Agradecimiento

7.2 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN INICIAL DEL TALLER "ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS: UN MAL MODERNO"

OBJETIVO: Obtener información del conocimiento del grupo acerca de la Anorexia y Bulimia Nerviosas.

INSTRUCCIONES: Contesta brevemente cada pregunta

1. ¿Qué es la Anorexia Nerviosa?

2. ¿Qué es la Bulimia Nerviosa?

3. ¿Consideras que son enfermedades?

Sí ()

No ()

¿Por qué?

4. ¿Cuántos y cuáles tipos de Anorexia conoces?

5. ¿Cuántos y cuáles tipos de Bulimia conoces?

6. ¿Conoces sus causas, síntomas y consecuencias?

¿Cuáles?

Sí ()

No ()

7. ¿Conoces a alguien que tenga éstos padecimiento?

Sí ()

No ()

8. ¿Te sientes bien como te ves?

Sí ()

No ()

9. ¿Te has sometido a dieta?

Sí ()

No ()

10. ¿Por qué?

11. En caso de que te hayas o estés en dieta ¿En qué consiste?

12. ¿Quién te dio la dieta?

13. En una escala del 1 al 10, marca tu nivel de conocimiento acerca de la Anorexia y Bulimia Nerviosas

7.3 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FINAL DEL TALLER "ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS: UN MAL MODERNO"

OBJETIVO: Obtener información del conocimiento del grupo acerca de la Anorexia y Bulimia Nerviosas.

INSTRUCCIONES: Contesta brevemente cada pregunta

1. ¿Qué es la Anorexia Nerviosa?

2. ¿Qué es la Bulimia Nerviosa?

3. ¿Existe un solo tipo de Anorexia y/o Bulimia Nerviosas?

Sí ()

No ()

4. La Anorexia y/o Bulimia Nerviosas ¿son enfermedades?_____

5. ¿Cuáles son las causas, síntomas y consecuencias de la Anorexia Nerviosa?

6. ¿Cuáles son las causas, síntomas y consecuencias de la Bulimia Nerviosa?

7. ¿Sabrías ahora a donde acudir si conoces a alguien que padezca éstas enfermedades?

Sí ()

No ()

8. ¿Consideras la Anorexia y/o Bulimia Nerviosas un problema social?

Sí ()

No ()

¿Por qué?

9. De 1 al 10, marca tu nivel de conocimiento acerca de la Anorexia y/o Bulimia Nerviosa_____

10. Comentarios para el expositor

7.4 OBJETIVO

- ☞ Proporcionar definiciones sobre lo que son la Anorexia y Bulimia Nerviosas.
- ☞ Dar a conocer factores de riesgo para adquirir un Trastorno de la Conducta Alimentaria, en específico Anorexia y Bulimia Nerviosas.
- ☞ Proveer información digerible y didáctica en el momento oportuno, permitiendo intervenir, sensibilizar y concientizar a la población y en especial a los adolescentes, de que existe una serie de problemas físicos y psicológicos de consecuencias en algunos casos irreversibles.

7.5 INTRODUCCIÓN

La Anorexia y la Bulimia Nerviosas pueden ser entendidas como un Trastorno grave de la Conducta Alimentaria, las cuales van acompañadas de momentos depresivos que tienen que ver con una autopercepción distorsionada de la imagen corporal, asimismo con la obsesión por mantener un peso "ideal".²⁷⁵ Las percepciones distorsionadas del cuerpo, favorecen al mantenimiento del cuadro anoréxico, pues genera ansiedad y lleva al paciente a continuar la dieta. El ataque de éste Trastorno de la Conducta Alimentaria, generalmente empieza de forma voluntaria, solo queriendo perder "esos 2 ó 3 kilos" que le sobran y acaban convirtiéndose en una obsesión y entonces dar marcha atrás es muy difícil.²⁷⁶

En tiempos actuales, ha tomado fuerza cada vez mayor, la preocupación de las adolescentes por verse bien. Esto debido a los estándares de belleza que rigen a la sociedad actual. Por todos lados donde volteamos, en la televisión, revistas, periódicos, casa de modas y la imagen de las modelos es de mujeres extremadamente delgadas, en algunas ocasiones por propia constitución física y en otras por un esfuerzo enorme que incluye dietas extremas y ejercicios extenuantes. Todo esto, hace eco en la adolescente actual, y en su lucha por verse delgada, y puede llegar a estos extremos patológicos. No significa que estos padecimientos se presenten en todas las adolescentes que quieren verse más delgadas. Los factores en esta problemática son predisponentes, convierten a la persona más sensible para desarrollar dichas enfermedades y se combinan en una ecuación particular para cada persona. Dentro de los que contribuyen a que se presenten estos trastornos de la alimentación, se encuentran²⁷⁷:

- ☞ La familia,
- ☞ La influencia sociocultural y
- ☞ Lo psicosocial,



Que giran alrededor del individuo que en el fondo presenta un gran conflicto psicológico en el cual la inseguridad, el deseo de ser aceptada y querida por los demás, ocupa lugares preponderantes.

Específicamente se encuentran alteradas 3 áreas del funcionamiento psicológico (poco antes de contraer la enfermedad)²⁷⁸:

- † La percepción del propio cuerpo, es decir, la manera en como se "miran".
- † La interpretación de estímulos externos e internos, siendo fundamental la experiencia del hambre.

²⁷⁵ *Causas, diagnóstico y consecuencias de la anorexia entre 15 y 25 años de edad en Latinoamérica. Ubicación contextual, Problemática de la anorexia, Objetivo, Programa.* Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.lteso.com.mx

²⁷⁶ *Entrevista llevada a cabo en el hospital infantil docente "Pedro Borrás Astorga". Anorexia nerviosa: características y síntomas. a la Licenciada Martha Bravo Rodríguez.* Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.infomed.sld.cu/revistas

²⁷⁷ *¿Qué es la anorexia? ¿qué es la bulimia? Cuales son los síntomas de estas enfermedades.* Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.holadoctorfeldman.com

²⁷⁸ GARCÍA, Fernando. *Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa.* Díaz Santos S.A. España. Páginas 9-15. 1993

- ‡ La propia actitud, ya que tienen una sensación paralizante de impotencia; la convicción de que son incapaces de resolver o cambiar nada en sus vidas; la interrogante para enfrentarse a los problemas de la vida cara a cara, como se debe entender ésta preocupación exagerada por el cuerpo.

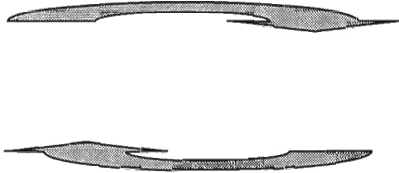
Respecto a los antecedentes de la Anorexia y Bulimia Nerviosas en el individuo encontramos que:

- ‡ A menudo los Trastornos de la Conducta Alimentaria como la Anorexia, empiezan después de leer un libro o ver una película sobre educación sexual que enfatiza lo que la chica debería hacer, pero para lo que no está preparada.
- ‡ En primavera una parte significativa de la población quiere perder peso, para cuando llegue el verano.
- ‡ Las experiencias amorosas o de desamor aparecen como un claro antecedente en casi un tercio de las pacientes anoréxicas y un porcentaje mayor en bulímicas; esto es antecedente no causa, ya que tienen que darse a la vez factores para que desencadene la enfermedad.
- ‡ Malnutrición acompañada de: cambios bioquímicos que influyen en el pensamiento, los sentidos y la conducta.

Normalmente la Anorexia y Bulimia Nerviosas, aparecen en una edad donde la personalidad social está desarrollándose, es decir, en plena adolescencia y etapa educativa. El cuerpo crece antes que la cabeza.

7.6 ¿QUÉ SON LA ANOREXIA Y LA BULIMIA NERVIOSAS

Son trastornos de la alimentación que se presentan en mujeres, que cursan generalmente por la adolescencia. Aparece cuando las pacientes, desarrollan un terror a la obesidad y a la falta de aceptación que tener sobrepeso, pudiera provocar en su círculo de amistades. Las pacientes tienen una inadecuada, y de hecho destructiva relación interpersonal familiar, en la cual, quien sufre este padecimiento, tiene una pérdida muy grande de su autoestima, la cual intentan recuperar basándose en belleza física; la cual paradójicamente pierden al bajar peso de manera exagerada. En ninguno de estos trastornos ha sido posible demostrar una etiología orgánica como la responsable directa. Es muy frecuente que no haya antecedentes psiquiátricos previos, aunque puede existir comportamiento obsesivo compulsivo o depresión previos.



7.7 ¿QUÉ ES LA ANOREXIA NERVIOSA?

Se empleará el término "anoréxico" (que significa "sin apetito") para calificar al individuo que actualmente presenta una deficiencia del peso, logra restringir los alimentos que ingiere y suele realizar demasiado ejercicio como medio de control complementario. Siendo entonces un Trastorno de la Conducta Alimentaria con desviaciones en los hábitos alimentarios que se expresa por un rechazo contundente a mantener el peso corporal en los valores mínimos aceptados para una determinada edad o estatura. Los criterios médicos formales para

reconocer la Anorexia Nerviosa contienen dos tipos de información. Uno son los datos que se relacionan con los síntomas físicos de la inanición, y otro son los hechos referentes a la actitud tan particular de la enferma hacia la comida y el control corporal.

¿CÓMO SE CLASIFICA?

Pueden ser de varios tipos:

1. Anorexia restrictiva o típica.- aquella que afecta a personas que, con una férrea disciplina, logran bajar de peso hasta enfermar.
2. Anorexia purgativa.- es típica de las personas que no pueden acceder al enorme autocontrol alimentario y utilizan vómitos y laxantes para adelgazar.

En la anorexia nerviosa, ocurre una restricción radical en la ingesta de alimentos y tiene por resultado final una inanición y desnutrición severas.

¿QUÉ CAUSAS LA PROVOCAN?

Desde el enfoque de lo social no existen culpas sino causas.

1. Influencia sociocultural: El modelo corporal a seguir, propuesto todos los días en las revistas de los últimos treinta años, envía el mensaje de que las chicas sólo "siendo" delgadas serán atractivas, espirituales, competitivas; con sus iguales.²⁷⁹ Al momento de recibirlo se observarán tres etapas, la primera es: precomunicativa (cuando el receptor escoge los productos ofrecidos por los medios), segunda: comunicativa (cuando el receptor recibe y comprende la comunicación de una manera determinada), tercera: poscomunicativa (el receptor elabora el objeto en su memoria, olvidando o reteniendo, dependiendo de sus expectativas).²⁸⁰ En cuatro décadas de beligerante cultura anti obesidad, el número de afectados por la Anorexia y Bulimia Nerviosas crece, fenómeno que se está produciendo desde la década de los años sesenta en los espacios sociales donde se pone en juego no sólo el rechazo a la obesidad y el estar delgada para ser aceptada, sino el rol de la mujer en su conjunto.
2. Presión familiar: La escasa comunicación entre sus miembros, incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan, sobreprotección por parte de los padres, rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa, ausencia de límites generacionales (por ejemplo: adolescentes con papeles de adulto), expectativas familiares que incluyen depresión y alcoholismo, existencia dentro del grupo primario de abuso sexual o físico; fomentan que este grupo de la población valore a la gente por su apariencia.
3. Baja autoestima: Las personas en general y los adolescentes en particular, dan un valor fundamental a su aspecto físico sobre todo si éste influye en la aceptación del grupo. De aquí que para los adolescentes su apariencia se encuentra en primer plano de sus preocupaciones y esto, lo relaciona con sus vinculaciones sociales y aceptación con su ser social, por lo que se deduce que "la mente del adolescente sea muy sensible a todo lo relacionado con su imagen corporal y social".²⁸¹ Resultando que para muchas adolescentes no haya autoestima sin delgadez.

SÍNTOMAS COMPORAMENTALES

1. Síntomas obsesivo-compulsivos

²⁷⁹ GARCÍA, Fernando. *Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa*. Díaz Santos S.A. España. Páginas 9-15. 1993

²⁸⁰ DIAZ, Minerva. RODRÍGUEZ Lidia. ROJAS, Vanesa. SUÁREZ, Norma. Director de tesis: CASSASOLA Noemí. Modelo de Intervención para prevenir anorexia en las adolescentes del Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México – Nezahualcóyotl. Trabajo recepcional seminario de áreas sustantivas de Trabajo Social. Para la Escuela Nacional de Trabajo Social. 4 de Julio del 2001. Página 35.

²⁸¹ GARCÍA, Fernando. *Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa*. Díaz Santos S.A. España. Página 102. 1993

2. Restricción voluntaria de alimentos de contenido calórico elevado con la intención de bajar de peso.
3. Preparación de los alimentos mediante cocción o a la plancha.
4. Disminución de la ingesta de agua o líquidos.
5. Conducta alimentaria extraña. Comen de pie, cortan el alimento en pequeños trozos, lo estrujan o lo lavan y, al terminar de comer, con cualquier pretexto se ponen en movimiento.
6. Incremento de la actividad física para agilizar el gasto energético. En ocasiones ejercicio compulsivo.
7. Aumento de las horas de estudio y actividades supuestamente útiles.
8. Disminución de las horas de sueño.
9. Irritabilidad.
10. Pesarse compulsivamente.
11. Uso de laxantes, diuréticos y vómitos autoinducidos (formas purgativas).
12. Aislamiento social.

SÍNTOMAS MENTALES Y EMOCIONALES

1. Trastorno severo de la imagen corporal.
2. Terror a subir de peso.
3. Negación total o parcial de enfermedad.
4. Negación de sensaciones de hambre, sed, fatiga y sueño.
5. Dificultad de concentración y aprendizaje.
6. Desinterés sexual.
7. Desinterés por actividades lúdicas o recreativas.
8. Sensación de vacío, inutilidad y alejamiento.
9. Dificultad en reconocer sus emociones.
10. Temor a perder el autocontrol.
11. Sensación deliroide de lucha interna entre aspectos de su persona.
12. Sintomatología depresiva y/u obsesiva.

DIAGNÓSTICO Y CONSECUENCIAS

1. Pérdida de peso significativa; más del 25% del peso previo o su equivalente en adolescentes en crecimiento. Índice de masa corporal (Quetelet).
2. Disminución de las reservas de grasas subcutáneas y del de tejido adiposo (PCT): Esta pérdida las anima día a día y ellas mismas se encargan, también a diario, de medirla por diferentes procedimientos.
3. Baja de la masa muscular (CMB): Es evidente en cualquier exploración clínica de estas pacientes, sin embargo es algo que parece no preocuparles.
4. Amenorrea: Útero y ovario hipotrófico en ecografía.
5. Estreñimiento: Que la paciente vive con disgusto, como una forma de retener peso y tienden a combatirlo con laxantes.
6. Vaciamiento gástrico lento: Molestias y plenitud posprandial.
7. Hipotermia, acrocianosis distal: Interiormente parece gratificarles como una extensión más de este sufrimiento controlado hecho religión. La *acrocianosis distal* (manos amoratadas) la justifican como constitucional al igual que el *hirsutismo* o presencia de lanugo.
8. Bradicardia, arritmias, hipotensión.
9. Oliguria, deshidratación, edemas.
10. Hipertrofia parotídea (especialmente vomitadores).
11. Alteraciones dentales y gingivales: Especialmente en vomitadores.
12. Piel seca y descamada; pelo quebradizo y abundante lanugo.
13. Signo de Russell: Lesiones en la mano por vómitos autoprovocados.

14. Pérdida de temperatura corporal.
15. Disminución del sueño: Muchas temen engordar mientras duermen. La actividad onírica normal desaparece, al menos en lo que relatan y en ocasiones aparecen pesadillas de ser obligadas a comer.
16. Agobio: Algunas pacientes insisten en que el estudio les permite no pensar, olvidarse de las comidas o de otros problemas. Pueden colaborar en casa y, si se les permite, se apoderan de ella desplazando a la madre. Se hacen más limpias y ordenadas, y pretenden que todos sigan su ritmo. Cocinan si se les deja, y se especializan en maravillosos platos o tartas de gran contenido calórico, que insisten en que se los coman sus familiares sin probar ellas bocado. Si se les pide el cuidado de sus hermanos son capaces de establecer una férrea y exigente disciplina.
17. Aislamiento social: Con el pretexto del estudio, las anoréxicas dejan de salir los fines de semana. Por temor a que no las entiendan o que las vean "gordas".
18. Pérdida de las claves de comunicación con gente de su edad: Una vez perdidas las claves de comunicación con gente de su edad, pasarán años en recuperarse. Tratan de parar el tiempo o directamente regresar a la infancia y se refugian en casa y en los estudios.
19. Desaparición radical del interés sexual: A la vez que desaparece el interés sexual también sucede lo mismo con todo lo ligado al sexo, la procreación y el parto, tanto que todo ello les llega a producir asco y gran temor. Siempre es como algo de los demás, pero nunca de ella. Por otra parte, puede suceder el efecto contrario, es decir, tras sufrir un desaire amoroso producirse una anorexia, tal como lo evidencia el casi un tercio de nuestras pacientes. Es curioso que mantengan una lealtad a ese personaje tan duradero, a veces por años.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO?

Primeramente se requiere del reconocimiento de la paciente y el querer "acabar" con la enfermedad. Posteriormente la presencia del trabajo multidisciplinario del: Endocrinólogo (es el encargado de controlar el estado de salud y las condiciones físicas de la paciente), Psiquiatra y psicólogo clínico (que se encomiendan de lo psíquico y la vertiente psicoterapéutica) y el Trabajador Social (donde su función y objetivo es un seguimiento de caso de las pacientes y las familias para que no abandonen el tratamiento).

1. Terapia individual y familiar: La anorexia nerviosa es un trastorno serio y complejo en el ámbito médico, psicopatológico e interpersonal, que requiere de una continua atención y un compromiso con un plan terapéutico que incluya la dirección médica, psicoterapia personal y terapia familiar. En estos momentos los mejores resultados están ligados a la restauración del peso, asociados a la psicoterapia de la paciente y su familia, sobre todo cuando la enferma se encuentra en disposición de participar. Los objetivos, a largo plazo, son diagnosticar y ayudar a resolver los problemas psicológicos asociados, problemas familiares, sociales y de comportamiento para, con ello, evitar recaídas²⁸².
2. Reconocimiento de la paciente y de la familia de la enfermedad: El cuerpo de la paciente anoréxica o bulímica pocas veces es fuente de satisfacción o placer. En ese afán constructivista que comparten, ellas lo ven como un objeto que necesita ser modelado o modificado, como si de una horrible propaganda de cirugía plástica se tratara. El problema es que por mucho que intenten o logren modificarlo no se quedan tranquilas. El especialista sueco recientemente retirado, S. Theander, quien ha realizado los estudios de seguimiento más prolongado, comentaba: "Si bien relato una experiencia pesimista donde son muchas las mujeres anoréxicas que mueren antes de lo que les correspondía, muchas de ellas por suicidio, hay una luz de esperanza, ya que unas pocas, después de muchos años, deciden ponerse bien y curiosamente lo

²⁸² Asociación Americana de Psiquiatría, *Gula de los trastornos alimenticios*, 1993. Pág. 144.

consiguen”.²⁸³ Los padres deben estar atentos a que se produzcan cambios en relación a cómo se comportan su hija (o) en las comidas familiares y obviamente si sigue perdiendo peso, o si sucede lo contrario, sube mucho de peso. Si se esconde en determinados momentos o va al baño inmediatamente después de comer y se encierra un largo rato. Y demás aspectos que los padres más o menos atentos enseguida descubren como el estado anímico, o cómo está su cara o su piel, su pelo.

3. Estabilización del peso y nutrientes del cuerpo: La intervención terapéutica tiene como primer objetivo la rehabilitación nutricional, así como el restablecimiento de unas pautas de alimentación adecuadas, con el fin de corregir las secuelas biológicas y psicológicas de la malnutrición que contribuyen a perpetuar el trastorno.
4. Reorganización de la familia: Los padres deben contener a la persona enferma, comprenderla, dispensarle afecto y contención intensiva, sabiendo que eso es lo que más necesita para sentirse con ganas de vivir. Compartir sus cosas, escucharla, acompañarla, e intentar, junto con la ayuda profesional, restablecer los lazos de la persona enferma con la vida, con sus vínculos, mostrándole que hay otras cosas, otros intereses en la vida, más allá de la figura y la comida, y que estos últimos son sólo una mínima parte de un gran y maravilloso todo que es el ser humano, al que hay que valorar, amar y defender. Adecuar sus horarios a las horas de comida del enfermo; preparar dietas, a veces abandonar el trabajo o trasladarse a otra ciudad si la propia no cuenta con recursos adecuados, organizar a los hermanos o familiares directos del paciente: modificar vacaciones y los desplazamientos habituales...en definitiva, se trata de un esfuerzo de organización, economía y de emociones.

7.8 ¿QUÉ ES LA BULIMIA NERVIOSA?

Bulimia significa “que come como buey”. La Bulimia es una enfermedad de causas psicosociales que produce desarreglos en el comportamiento y en la ingesta alimentaria con la alternancia de períodos de compulsión para comer (atracones) con otras conductas compensatorias/inadecuadas (dietas abusivas, provocación de vómitos), ingesta de diversos medicamentos (laxantes y diuréticos), ejercicio excesivo; con el fin de anular el efecto de los alimentos consumidos. Estos atracones generalmente aparecen a solas en donde con anterioridad compra gran cantidad de alimentos y teniendo como característica que son de gran contenido calórico; terminando el atracón por malestar estomacal o porque aparezca un conocido o desconocido en ese momento.²⁸⁴

¿CÓMO SE CLASIFICA?

En la Bulimia Nerviosa se distinguen 2 tipos²⁸⁵:

- † *El purgativo.*- Describe cuadros clínicos en los que durante el episodio de bulimia Nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o edemas en exceso.
- † *El no purgativo.*- Se emplean otras conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito o usa laxantes, diuréticos o edemas en exceso.

Hay tantos tipos de bulimias como personas que pueden padecerla:

- † De peso normal.
- † Con sobrepeso.

²⁸³ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. 1999. España. Página 357.

²⁸⁴ *Transtornos de la conducta alimentaria. Anorexia, Orthorexia, el Comedor Compulsivo, Síndrome de Prader Willie (PWS), Síndrome de Bardet-Biedl*. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.obesidad.net/spanish2002

²⁸⁵ *¿Qué es la anorexia? ¿Qué es la bulimia? Cuales son los síntomas de estas enfermedades*. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.holadoctorfeldman.com.mx

- † En personas muy delgadas. Estas últimas pueden tener un doble diagnóstico, bulimia y anorexia nerviosa, denominadas también cuadros mixtos o bulimarexias. No se reconocen entre sí como iguales. Así, algunas de las pacientes bulimáricas no aceptan ir al grupo de bulímicas de peso normal, aunque tampoco son aceptadas por las anoréxicas restrictivas, ya que con frecuencia les tienen miedo. Hasta cierto punto tienen razón ya que presentan algunos rasgos psicopatológicos diferenciales. Hay bulímicas que han tenido una anorexia nerviosa instaurada, muchas más que han padecido una crisis anoréxica frustrada e inmediatamente han pasado a la bulimia, y por último hay un grupo que nunca tuvo anorexia nerviosa.

También hay hombres bulímicos, aunque en menor proporción, y pueden ser gordos, normales y flacos. Los bulímicos en general, tienen los siguientes rasgos:

- † Temor a engordar.
- † Insatisfacción con su cuerpo y consigo mismos.
- † Ideas comunes a otros enfermos al menos en fase activa de la enfermedad.

Hay muchas pacientes que han sido obesas, en mayor proporción que en anorexia, y que son hijas de obesos.²⁸⁶

¿QUÉ CAUSAS LA PROVOCAN?

Al igual que en la Anorexia Nerviosa encontramos:

1. Influencia sociocultural
2. Presión familiar
3. Baja autoestima

SÍNTOMAS COMPORAMENTALES

1. Atracones alimentarios a escondidas al menos dos veces a la semana durante un período no inferior a tres meses.
2. Intentos manifiestos de restricción dietética en comidas normales.
3. Almacenamiento de alimentos en diversos lugares de la casa.
4. Ingestión de comidas a terceros sin preocupación aparente y negando la evidencia.
5. Ingestión de grandes cantidades de agua, leche, café y bebidas de cola light.
6. Consumo intensivo de chicles sin azúcar.
7. Consumo indiscriminado de tabaco para disminuir el ansia de comer.
8. Consumo impulsivo de alimentos congelados, desechados, de la basura o destinados a animales de compañía.
9. Evitación de comidas sociales.

SÍNTOMAS MENTALES Y EMOCIONALES

1. Terror a subir de peso y/o deseo compulsivo de perderlo.
2. Trastorno severo de la imagen corporal.
3. Negación total o parcial de enfermedad.
4. Sensación de ansia de comer persistente.
5. Sueños con atracones.
6. Dificultad de concentración y aprendizaje.
7. Razonamiento empobrecido por su elección de todo o nada.
8. Temor a descontrolar y dejarse llevar por sus impulsos.
9. Sensación de ansiedad difusa y envolvente.
10. Sentimientos e ideaciones depresivas con fuerte componente autolítico.
11. Sensación constante de culpa y facilidad para inculpar a los otros.

²⁸⁶ MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. Página 90 - 91. 1999

12. Baja autoestima personal, física y a veces moral.
13. Persistente sensación de vacío, inutilidad y alejamiento.
14. Severo egocentrismo donde el otro desaparece o es un instrumento.
15. Fijación de metas por encima de su capacidad actual.
16. Dificultad para captar las claves de interacción personal.
17. Intensa desconfianza seguida de acercamiento pueril.
18. Confusión de sensaciones, emociones y sentimientos.
19. Oscilaciones rápidas del humor y estado de ánimo.
20. Intensa lucha interna entre aspectos buenos y malos de la persona.

DIAGNÓSTICO Y CONSECUENCIAS

1. El vómito cambia a la paciente: No sólo pueden relajar el férreo control sobre la ingesta, sino parecen recuperar el apetito. Sin embargo, al poco tiempo cunde la insatisfacción. Unas porque quieren seguir bajando de peso. Otras se dan cuenta de que tras el vómito tienen más necesidad de comer.
2. Los atracones: Muchas pasan a esta etapa desde el vómito; otras lo descubren después, como una forma de paliarlos; algunas no pueden devolver aunque se atraquen, y engordan. Si no descubren el vómito o no logran hacerlo, ni usan otros medios purgativos, suben rápidamente de peso, a una velocidad que asusta. Por las mañanas están abotagadas, con la cara edematosa y con una ansiedad que no cesa. Los atracones se repiten en una espiral autodestructiva, donde se insultan a sí mismas y se dicen que si ya están gordas hay que seguir comiendo.
3. Crisis bulímicas: La Bulimia se puede exacerbar con crisis de ingestión que duran muchos días, en los que la paciente se dedica en exclusiva a "su vicio". Si bien los alimentos que consumen para atracarse son los ya descritos, se extienden a todo tipo de nutrientes y sustancias ingeribles.
4. Síndrome bulímico-purgativo: Para purgarse, además del vómito, o para sustituirlo, usan laxantes y diuréticos. El estreñimiento es habitual y normal en una paciente que utiliza diariamente el vómito. La chica no sólo lo combate, sino que pretende perder peso con los laxantes. Para ello va probando todo lo que le recomiendan o lee en la publicidad, adecuando las dosis hasta conseguir deposiciones de carácter diarreico o semidiarreico, con las que dicen controlar el peso a veces durante años.
5. Regurgitación y rumiación: En una parte de las chicas se observa cómo, de forma inesperada, pasa contenido gástrico a la boca, en ocasiones con un ruido que es claramente perceptible para el clínico o los familiares. Esta conducta, en solitario, parece tener un carácter autoestimulador y hasta cierto punto reforzante, ya que en ella la paciente se evade. Otras, en otras circunstancias, lo escupen.
6. Chupar y escupir comidas: Un grupo de enfermas llevan, también a escondidas, comidas a su habitación, las chupan y luego las escupen.
7. Cara hinchada e hipertrofia parotídea: La palpación de las parótidas e incluso su observación nos muestra la hipertrofia de estas glándulas salivales, similar a la que vemos en las parotiditis o paperas de la infancia. La determinación de amilasa de origen en glándulas salivales es un buen marcador de actividad bulímica, así como la evaluación seriada de iones, especialmente potasio.
8. Calambres, mareos y pérdidas de conocimiento: En la mayoría de los casos por la pérdida de potasio debida a vómitos repetidos. Los mareos tardan en confirmarlos, avergonzadas de autoinducírselos, aunque en el fondo aterradas. Las pérdidas de conocimiento les delatan y las crisis convulsivas, en ocasiones muy parecidas a las epilépticas, las llevan a los servicios de urgencia en medio de gran alarma familiar.
9. Curso de la enfermedad y variaciones estacionales: Así como hay crisis bulímicas, la mayoría de las pacientes pasan períodos de tiempo con menor sintomatología. Cuando las pacientes consiguen un mayor autocontrol, se sienten mejor, pero la felicidad dura

poco, ya que quieren, una vez más ser anoréxicas. La sintomatología tiende a ser mayor en otoño e invierno y remite en los meses de más luz y verano. Sin embargo, todo, o casi todo, parece descompensarlas: los exámenes, los problemas familiares, sus amores.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO?

Al igual que en la Anorexia Nerviosa:

1. Terapia individual y familiar
2. Reconocimiento de la paciente y de la familia de la enfermedad
3. Estabilización del peso y nutrientes del cuerpo
4. Reorganización de la familia

7.9 DIFERENCIAS Y SEMEJANZAS DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS

En primer lugar, se debe tener presente que tanto la anorexia como bulimia nerviosas presentan una preocupación permanente y extrema por la forma y el peso corporal, que más tarde se manifiesta mediante el control excesivo de la ingesta de comida (bulimia nerviosa) y la pérdida absoluta del mismo (anorexia nerviosa). Otras diferencias y semejanzas entre estos dos tipos de trastornos alimenticios, hacen referencia a los hábitos alimentarios a las características cognitivas y al aspecto físico, entre otros.

Por lo que se refiere a los hábitos alimenticios, las personas anoréxicas disminuyen notablemente el consumo de alimentos, los seleccionan y observan que sean aquellos que ayuden a la reducción del peso. Llegan a realizar un registro diario de las calorías consumidas y muestran un comportamiento obsesivo por las comidas. En algunos casos tienen tendencia a consumir lo mismo día tras día. Como siguiendo un pequeño ritual, algunas personas parten la comida en pequeños trozos antes de llevarlos a la boca. Su atención permanente a recetas, tipos de cocina, etc., es manifiesta, aunque se utilice como disculpa el interés por las demás. Pero los comportamientos no sólo tienen que ver con el alimento. Las personas que padecen este tipo de trastornos, ejercen otras medidas de control de peso como tomar laxantes, consumir sustancias que reducen la sensación del apetito y en otras cuantos casos practicar excesivamente ejercicio físico²⁸⁷.

Las bulímicas atraviesan episodios de sobre alimentación una o varias veces al día, comen a escondidas y rápidamente, sin saborear los alimentos y puede ser que alternen estos períodos con otros que intenten llevar un control rígido sobre la dieta.

En cuanto a las características cognitivas, es decir aquellas que tienen que ver con el conocimiento, la comprensión o el razonamiento; se considera que en la anorexia nerviosa existe una sobre valoración de la importancia que tiene la forma y el peso corporal, por lo que se busca de manera insaciable el adelgazamiento. Se percibe la propia imagen corporal más ancha de lo real. En las personas bulímicas se presentan similares problemas referidos a la preocupación por la forma y el peso corporal, aunque su preocupación termine dirigiéndose en mayor medida hacia la pérdida del autocontrol.

²⁸⁷ CFR MORANDÉ, Gonzalo. *La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Temas de hoy. España. Pág. 64-72. 1999

Sin embargo el factor esencial, considerado por especialistas en cualquier tipo de estos trastornos, es la existencia de creencias juzgadas respecto a la forma y el peso corporal.

Por lo que respecta al aspecto físico, la anorexia nerviosa nos coloca frente a personas con una delgadez excesiva y un aspecto envejecido, mostrando ojos hundidos, ojeras, pómulos salientes, cara arrugada y pálida, piel rugosa y seca y atrofia mamaria. En las personas bulímicas suele estar dentro del rango normal, puesto que acuden a los mecanismos ya descritos para compensar; vómitos, laxantes, diuréticos, etc. Es así como una persona puede permanecer en un patrón de conducta claramente bulímico durante muchos años, sin conseguir ayuda y el descubrimiento de su problema. Puesto que mantiene más o menos su peso normal. El problema –a diferencia de la primera- permanecerá en secreto, escondido tras una apariencia física normal.

7.10 CCIONES DEL TRABAJO SOCIAL

Imposible referirse al campo de la anorexia y/o bulimia nerviosas, en nuestros días sin abrir un camino que nos permita pensar con claridad (sin perdernos en la confusión introducida por la moda de la época) en las grandes e irreversibles consecuencias que generan, no sólo a la de su vertiente estética, sino sobre todo a la ética, introducida por la pobreza intelectual y clínica de los grandes empeñados que propagan un saber confuso, egoísta y arrogante en conocimientos; tan solo, simple y sin haber aprendido nada "sobre ella".

En efecto, dichas enfermedades, son hoy un tema sociológico: los medios de comunicación la divulgan, los padres la temen o desconocen, políticos y profesionales la explotan y las jóvenes simplemente la padecen y utilizan como señas de identidad y expresión de crisis juvenil, siendo ésta última su formulación más digna.

La anorexia y/o bulimia nerviosa, en un porcentaje alto de casos, se desarrolla con gran rapidez en una adolescente previamente sana; como otras enfermedades, de curso agudo en sus inicios, con una posibilidad cierta de graves consecuencias que genera una alarma familiar intensa. La resistencia de la paciente a aceptar estar enferma y consultar a un especialista aumenta la tensión. Si a ello se suma la experiencia, aún frecuente en nuestro medio, de no ser entendidos, sino rechazados, por parte del personal de salud, hace a veces difícil el encuadre inicial y requiere una especial capacidad de contención por parte del clínico. Motivo por el cual debe actuarse con premura, evitando en lo posible listas de espera, así como que el proceso de diagnóstico y de afrontamiento terapéutico se prolongue innecesariamente.

De los datos anteriores se desprende que la Anorexia y Bulimia Nerviosas son un problema psicosocial de gran impacto en México, que involucra a grandes sectores de la sociedad como el de la salud, de los derechos humanos, el educativo, académico y la sociedad civil; y no un problema privado como todavía se le considera.

Ante este panorama, es necesario unir esfuerzos, gubernamentales y no-gubernamentales, para profundizar en el conocimiento sobre el tema, sus características en diferentes zonas y sectores del país, sus impactos y consecuencias, (a corto, mediano y largo plazo) en los actores directos: mujeres, hombres y menores, y en la sociedad en su conjunto.

Actualmente los medios de comunicación, que, como ya se ha visto ejerce una poderosa presión sobre la estética a la que tienen que responder todas las mujeres, inciden

negativamente en la resolución de estos problemas. ¿Qué se puede hacer? Mencionaré algunas acciones posibles en sociedad:

- ⌘ Que el sistema educativo tuviera como objetivos el desarrollo integral de las personas y la construcción de una sociedad más justa, tolerante y solidaria.
- ⌘ Respetar las diferencias de las personas.
- ⌘ No valorar el éxito personal y profesional en función de un cuerpo perfecto.
- ⌘ Evitar y denunciar que se vendan productos de adelgazamiento que vayan en contra de la salud física y psicológica.
- ⌘ Controlar y hacer el seguimiento de los mensajes publicitarios que incrementan, fomentan y causan dicha problemática.
- ⌘ Realizar campañas de prevención sobre la anorexia y bulimia nerviosas.

Desde el punto de vista del Trabajo Social:

- ⌘ Realizar campañas de información, sensibilización y programas de prevención social que faciliten la desmitificación de estos valores y que promuevan otros.
- ⌘ Concientizar a la población y en especial a los adolescentes, de que existe una serie de problemas físicos y psicológicos de consecuencias en algunos casos irreversible.
- ⌘ Otro punto es la participación social, esto es, los problemas de salud, deben tratarse dentro de la sociedad. Son en principio, los propios afectados y sus familias las que tienen que interactuar; con la sociedad se debe trabajar en la comunidad, en la fase de la promoción y de prevención de hábitos de vida saludables, de trabajo con familias con dificultades de atención a adolescentes. Dentro de estas estrategias de salud, se propone el apoyo social, como una intervención alternativa y positiva.

No se puede luchar contra los medios desinformativos y propagandísticos individualmente, y es éste donde entran en un papel muy importante las instituciones de afectados, y desde el seno de la familia preguntarnos sobre estas cosas, cuestionarnos, y tal vez ayudarnos mutuamente a volver a colocar los valores en su lógica jerarquía.

Trabajo Social es una disciplina cuyo ámbito de intervención es la elaboración, instrumentación, desarrollo y aplicación de las políticas sociales que buscan resolver las necesidades de la población y garantizar los niveles de asistencia, seguridad y bienestar social de la misma, a fin de contribuir al desarrollo social. De manera genérica englobo las funciones básicas del Trabajador Social:

- ‡ Investigación
- ‡ Planeación y Programación
- ‡ Gestión y asesoría social (coordinación y asistencia social)
- ‡ Educación social
- ‡ Administración
- ‡ Promoción (organización social)
- ‡ Prevención
- ‡ Rehabilitación
- ‡ Capacitación social
- ‡ Evaluación de procesos sociales

El Trabajo Social, es una profesión que atiende a los sectores más débiles de la población, pues a pesar del reconocimiento Internacional de éstas enfermedades, aún existen sectores a los que no ha llegado esta modificación de conductas. Al Trabajo Social le corresponde idear metodologías de intervención para dar alternativas de solución preventivas/informativas de los problemas que surgen de éste sector afectado.

Considero que el Trabajo Social en el sector salud debe tener capacitación, sensibilización, ética, responsabilidad y compromiso, de esta manera se crearán programas y proyectos viables, detectando las necesidades y ver plasmados en hechos los resultados cualitativa y cuantitativamente.

El Trabajo Social, cuenta con una metodología, la cual permite intervenir tanto en la sociedad como en el gobierno, planeando, administrando, operando y evaluando. Esto es lo que lo autoriza para tomar parte dentro del desarrollo de las políticas sociales, por lo que es importante definir un nuevo rol del Trabajador Social.

La Anorexia y/o Bulimia Nerviosas, son enfermedades, donde el TRABAJADOR SOCIAL interviene como parte del tratamiento en la reorganización familiar, deberes y obligaciones de cada miembro. Y esta, es conveniente se de, en cuatro perspectivas:

- ↓ La reorganización de la familia, con tres subdivisiones a la vez: la pareja parental, los hijos, y finalmente, el sujeto.
- ↓ La reorganización familiar hacia el exterior, con una serie de funciones repartidas entre sus miembros. Por ejemplo, el comer es una parte muy importante de nuestra vida de relación con los demás. El aceptar alimentos suele dar placer al que los ofrece mientras que rechazarlos generalmente causa ofensa. Esto es particularmente importante en las familias. Algunos niños y adolescentes pueden descubrir que decir no a los alimentos es la única forma de que disponen para expresar sus sentimientos o para tener alguna influencia en su familia.
- ↓ Detectar la presencia de hechos o situaciones recurrentes, que se repiten en la historia familiar.
- ↓ La propia historia familiar que habitualmente se extiende a dos o tres generaciones.

En esta parte del tratamiento la FAMILIA juega un papel muy importante ya que es en ella, donde se percibe inmediatamente un cambio.

Por lo cual Trabajo Social, estructura un grupo terapéutico de padres, con una serie de requisitos para participar en ese grupo²⁸⁸:

- ⌘ Que exista una demanda por parte de los padres de colaborar de forma activa en el proceso terapéutico. Muchas veces esa demanda venía expresada en forma de queja; la cual se manifestaba como un no saber que hacer con el conflicto familiar que provoca la paciente, ese malestar representaba la petición de un espacio propio para hablar del problema. Otras veces en forma de preguntas, donde querían saber que estaba pasando con la familia replanteándose su papel de padres o se preguntaban cuál era su responsabilidad en el malestar que genera el síntoma. En definitiva participaban en el grupo a raíz de una demanda.
- ⌘ Que acudieran a sesiones tanto el padre como la madre. Sabemos que cuando existe una problemática familiar, por lo general, uno de ellos juega un papel más pasivo.
- ⌘ Que fueran padres de adolescentes. En esta etapa se juega un proceso de separación que afecta tanto a los hijos como a los padres. Incluso para los éstos es más doloroso. El grupo es cerrado y esta limitado por el tiempo de sesión que aproximadamente son dos horas

En la medida en que los diferentes conflictos que se han señalado se van abordando en el grupo, la comida deja de ocupar un papel central y los padres empiezan a preguntarse cuál puede ser su responsabilidad en el síntoma de su hija.

²⁸⁸ TINAHONES, Francisco. *Anorexia y bulimia: una experiencia clínica*. Díaz de Santos. España. 2003. Página 154.

Desde el rol de los padres, concretamente, se debe contener a la persona enferma, comprenderla, dispensarle afecto, sabiendo que eso es lo que más necesita cualquier persona para sentirse con ganas de vivir. Compartir sus cosas, escucharla, acompañarla, e intentar, junto con la ayuda profesional, restablecer los lazos de la persona enferma con la vida y sus vínculos, mostrándole que hay otras cosas, otros intereses en la vida, más allá de la figura y la comida, y que estos últimos son sólo una mínima parte de un gran y maravilloso todo que es el ser humano, al que hay que valorar, amar y defender. Deben estar atentos a que se produzcan cambios en relación a cómo se comportan su hija o su hijo en las comidas familiares y obviamente si sigue perdiendo peso, o si sucede lo contrario, sube mucho de peso. Si se esconde en determinados momentos o va al baño inmediatamente después de comer y se encierra un largo rato. Y demás aspectos que los padres más o menos atentos enseguida descubren como el estado anímico, o cómo está su cara o su piel, su pelo.

Es necesario insistir en la urgencia de intervenir con población vulnerable como los adolescentes para evitar consecuencias irreversibles, como la desintegración de la vida personal, familiar y en sociedad.

Como propuesta desde el punto de vista del Trabajo Social, son importantes dos funciones, con el objetivo de que la Intervención abarque los diferentes ámbitos que considero prioritarios en la atención de esta problemática y lograr que dicha Información/ Prevención resulte exitosa. Para tal efecto, las funciones que deberán ser realizadas son las siguientes:

- ❖ Función preventiva.- El problema tiene que ser visto desde su dimensión real como "una problemática que incumbe a toda la sociedad", y no solo como un fenómeno familiar o personal; para llevarlo a cabo exitosamente se contemplarán: a) detectar posibles factores o situaciones de alto riesgo para los adolescentes como pueden ser la religión, educación, estrato socioeconómico, etc., que inciden en que sean sujetos de padecer dichas enfermedades y cambiar esos patrones que influyen en la presencia de este fenómeno, b) trabajar muy de cerca con los adolescentes, previniendo y detectando problemas que existan en las relaciones con su grupo familiar que pueden desembocar en Anorexia y Bulimia Nerviosas, c) atención a la comunidad así como al medio social en que se desenvuelven los adolescentes, para descubrir y potenciar todos los recursos y posibilidades que éstos tienen para enfrentar cualquier situación por difícil que se presente.
- ❖ Función de investigación.- Para que el modelo de intervención pueda considerarse realmente completo, es necesario hacer uso de la función de investigación, ya que con toda seguridad, la asistencia y la prevención pueden ayudarnos en mucho para la atención de la problemática que nos ocupa: a) realizar un estudio profundo de las causas, magnitud de los problemas, necesidades de los adolescentes y las repercusiones o secuelas que deja que deja el ser víctima de la Anorexia y/o Bulimia Nerviosas, así como los efectos que puede tener a corto y largo plazo en la sociedad si este fenómeno no se ataca a través de proyectos de investigación sobre los mismos, b) conocimiento de los recursos sociales de los cuales los adolescentes disponen, y una constante actualización de las instancias a las que los adolescentes pueden recurrir ya sean organismos gubernamentales o no gubernamentales.

El TRABAJO SOCIAL, es una disciplina que interviene en los problemas sociales a partir de un marco referencial diferente para cada realidad y serán las necesidades sociales del área de trabajo y el sector de la población las que enmarcarán la intervención.

El Modelo de Intervención contempla técnicas, tales como los procedimientos, instrumentos, herramientas y medios que utilizamos los TRABAJADORES SOCIALES para hacer efectivos y

operativos los objetivos que nos proponemos alcanzar, usándose según el caso de manera combinada.

Las técnicas que propongo son:

- i) Técnicas de acercamiento e inserción en la realidad y conocimiento objetivo de la misma: entrevista individual y observación directa, indirecta y participante.
- j) Técnicas de documentación, para registrar los obtenidos de la realidad: diario de campo, ficha de identificación individual, informe social, historia social, expediente de seguimiento de caso, hoja de registro de la actividad periódica. Asimismo, como las técnicas para la administración: actas, cartas, oficios, instancias, otros.
- k) Técnicas de acción y movilización: coloquios, diálogos, debates, pequeños grupos de discusión, jornadas, seminarios, congresos, trabajo de equipo.
- l) Técnicas de comunicación social: escritas (boletines, prensa, anuncios, carteles, murales y pancartas), orales (radio), audiovisuales (televisión, videos).
- m) Técnicas de tratamiento: entrevista profunda, relación de ayuda, genograma, análisis transaccional, cambio de conducta.
- n) Técnicas de intervención en la comunidad: animación comunitaria, animación sociocultural, técnicas grupales, cooperativismo, toma de decisiones, coordinación, identificación y movilización de recursos.
- o) Técnicas de planificación que nos ayudarán a prever la acción futura: planes, programas, proyectos.
- p) Técnicas de evaluación: análisis de contenidos, informes, diario de campo.

Así como la utilización de las cartas descriptivas como material de apoyo y presentación, para dar a conocer a las personas que brinden los espacios, el contenido temático de lo se trataría en cada taller, así como la duración de los mismos.

Me refiero a éstas técnicas, ya que al centrarme en el campo de la problemática de la Anorexia y Bulimia nerviosas, son de vital importancia para poder ayudar o aliviar la situación o problema que se haya planteado.

He insistido en la diversidad que encontramos detrás del síntoma anoréxico/bulímico. Como tal puede estar encuadrado en diversos tipos clínicos y aún en distintos momentos evolutivos, de tal modo que su significación y su pronóstico terapéutico es distinto en función en estas variables.

Un diagnóstico diferencial en relación a la psicosis resulta fundamental aunque sean mínimos los casos que presentan esta coyuntura. En la psicosis, el síntoma anoréxico se presenta más bien como solución estabilizadora, por lo cual la terapéutica no debe combatirlo directamente ya que es un intento de recuperar un cuerpo afectado por un trastorno más grave.

En la prevención/información se debe tener en cuenta:

- ⌘ La precocidad del síntoma en cuanto a su presencia en la primera infancia. Examinar si las primeras relaciones nutricias estuvieran afectadas por una relación patológica madre-hijo.
- ⌘ El momento evolutivo de su desencadenamiento, para clarificar si se presenta como expresión de crisis de la adolescencia. En este punto debe orientarse como crisis de maduración teniendo en cuenta:
 - El movimiento de independencia y crítica de los padres que contiene este momento evolutivo.
 - El juego de identificaciones, ayudando a criticar y a encontrar las más peligrosas, y apropiadas en relación a la sexualidad.

- ⌘ El tiempo de evolución y las intervenciones posteriores que hayan podido contribuir a la cronificación del cuadro clínico.

Es por tal motivo que el TRABAJADOR SOCIAL en dicha problemática interviene con:

- ⌘ Dar a conocer diagnóstico y sus consecuencias,
- ⌘ Trabajar con el manejo del malestar con el cuerpo a la aceptación de la corporalidad,
- ⌘ Sensibilizar a la apertura de la mente,
- ⌘ Dar a conocer actitudes de riesgo,
- ⌘ Proveer habilidades para resolver estas problemáticas,
- ⌘ Asesorar sobre la Anorexia y/o Bulimia Nerviosas,
- ⌘ Proporcionar medidas preventivas esenciales y
- ⌘ Contribuir con alternativas de solución para cada caso.

Así como vincular a los padres concientizando y sensibilizando, pues de esta manera se establecerá la relación del equipo terapéutico padre-madre-paciente, en caso que se requiera.

Intervenir con el asesoramiento de la autoestima, es decir, la valoración que hace más de nosotros, de nuestros límites y virtudes, es la clave para quienes están en riesgo de presentar un Trastorno de la Conducta Alimentaria y puedan vivir de una manera más satisfactoria.

Tal intervención, buscará adiestrarlos en el reforzamiento social positivo, así como a desarrollar experiencias para la crítica constructiva que influya en la relación familiar. De la misma manera se adelanta un proceso de aprendizaje que favorezca la negociación. Esta encaminada a aceptar que las cosas no son perfectas sin embargo, se pueden lograr grados de satisfacción para quienes forman el grupo familiar y social donde interactúan, y permita un desarrollo normal y una calidad de vida favorable individual y grupal.

Trabajo Social es la única profesional que desde sus orígenes tiene como su objeto de trabajo las necesidades y problemas sociales, y que esta orientada a intervenir en ellos integrando, en los modelos de intervención, los saberes propios, de otras disciplinas y los de las sociedades concretas.

Su especificidad es la intervención de las necesidades y problemas sociales; siendo importante que la sociedad conozca sus potencialidades y se las apropie. Es necesario fortalecer y consolidar a la profesión ya que es la única práctica, que hace de las necesidades y de la problemática social su objeto de trabajo.

El siglo XXI se caracteriza, entre otras cosas, por poner en el centro de las preocupaciones de la humanidad las relativas a lo social. Ello es así por que una de las evidencias más críticas es la de las fuertes tendencias de deterioro y desestructuración de la vida en sociedad. México no se encuentra al margen de estas tendencias, y es ahí donde la profesionalización de sujetos aptos para intervenir en tales situaciones es un imperativo. Trabajo Social tiene que estar presente por el rigor de sus planteamientos.

8. GLOSARIO

A

Adolescencia

Etapa de la vida que se extiende desde la niñez hasta la vida joven. Se prolonga desde que comienza a producirse la madurez sexual, hasta que la persona alcanza la condición social de mayoría de edad. Su inicio se sitúa en torno a los once o doce años y su finalización hacia los dieciocho años.

Abstinencia, síndrome de

Conjunto de síntomas muy penosos que aparecen cuando se suprime bruscamente el consumo de la sustancia hacia la que la persona ha desarrollado dependencia –alcohol, psicofármaco o droga-. Desaparece con la administración de aquella.

Ácido fólico

Se denomina así por haber sido encontrado en las hojas (folium, hoja en latín). Contiene folatos, vitaminas del grupo B, que activan la maduración y regeneración en los glóbulos rojos.

Afectividad

Manera en que el ser humano se siente afectado por los diversos acontecimientos de su vida. El estado de ánimo es el estado afectivo básico que habitualmente tenemos y no depende directamente de ninguna representación o idea.

Agotamiento

Caso límite de la fatiga muscular.

Alimentaria, conducta

Conjunto de actividades de búsqueda y de ingestión de alimentos. La conducta alimentaria es para el ser humano y para muchos seres vivos una de las formas más importantes en que se realiza el intercambio con el entorno.

Amenorrea

Del griego a, privativo; men, mes y reo, fluir. Ausencia del período, regla o menstruación; al margen de la gravidez, se distingue una amenorrea primaria, que no ha aparecido nunca a pesar de haber superado la pubertad y la secundaria, en la que cesan las reglas después de haber menstruado durante meses o años.

Anfetamina

Fármaco sintético que estimula el sistema nervioso simpático, con acciones similares a la adrenalina, especialmente como mantenedor de la vigilia, disminuyendo la sensación de sueño y cansancio. Estimula la actividad mental y física, por lo que no pocos estudiantes recurren a ella, aunque en realidad disminuye el rendimiento. También se emplea como reductor del apetito. Crea fuerte dependencia, por lo que en caso de administrarse debe ser bajo control médico.

Angustia

Conjunto de sentimientos y de fenómenos afectivos caracterizados por una sensación de opresión y de temor, real o imaginaria, de padecer una desgracia o un gran sufrimiento, ante los cuales la persona se siente, a la vez, sin recursos y totalmente incapaz de defenderse.

Anorexia

Pérdida del apetito, notable o exagerada.

Ansiedad

A diferencia del miedo, el peligro no es concreto ni inmediato, sino un temor vago, indefinible, que no acaba de perfilarse, como si se tratase de un presentimiento.

Apoyo social

SopORTE, ayuda que recibe una persona de su entorno. Reduce los efectos perjudiciales del estrés y permite soportar mejor la amenaza derivada del mismo.

Aprobación social

Deseo, necesidad, búsqueda de apoyo del semejante, de autoprotección y evitación del fracaso. Característica del individuo que depende del juicio favorable del semejante y que tiende a evitar la autocrítica.

Autoestima

Valor personal, competencia que una persona asocia a la imagen de sí misma.

B

Border line, personalidad o síndrome de

Del inglés border line, límite, frontera. Como lo indica su nombre, es un trastorno de la personalidad que se encuentra entre los trastornos característicos, las neurosis y las enfermedades mentales psicóticas, presentando rasgos de todas ellas intercaladas con elementos normales.

Bulimia

Hambre morbosa exagerada.

C

Caquexia

Del griego kakechexia, mala constitución física, estado de desnutrición extrema que aparece en los casos de hambre o enfermedades denominadas consuntivas como la anorexia.

Carácter

Conjunto de costumbres, sentimientos e ideales que hace relativamente estables y previsibles las reacciones de una persona. Son características establecidas mediante el aprendizaje y la influencia del ambiente.

Carencia

Ausencia o insuficiencia de alimentos biológicos o psicológicos indispensables para el desarrollo armónico del ser humano o animal. Carencia alimentaria o afectiva, las consecuencias pueden ser dramáticas si estas se producen en los períodos críticos del desarrollo.

Comparación social

Proceso por el cual unos individuos se comparan a otros, estableciendo simultáneamente sus semejanzas y diferencias con los demás.

Complejo

Todos aquellos sentimientos y representaciones parcial o totalmente conscientes, provistos de un poder afectivo que organiza la personalidad de cada uno, marca sus efectos y orienta sus acciones.

Compulsión

Del latín compulsare, hacer chocar dos cosas. Tendencia interna que empuja a la persona a realizar una determinada acción o a pensar una determinada idea, incluso no deseada, que la llena de angustia si no se realiza.

Corporal, esquema

Representación más o menos consciente de nuestro cuerpo en acción móvil, de su posición en el espacio, de la postura respectiva de sus diferentes partes, así como del revestimiento cutáneo por el cual está en contacto con el mundo.

Culpa, sentimiento de

Sentimiento o emoción consciente o inconsciente de indignidad. La razón puede ser más o menos adecuada (remordimiento, autorreproche) o un sentimiento de indignidad personal relacionado con estados depresivos, con ideaciones pesimistas.

D

Delirio

Alteración mental caracterizada por la presencia de ideas delirantes. Alude a "salirse del surco". Una idea delirante es una convicción íntima que no corresponde con la realidad, refractaria a toda crítica o demostración de su error. Suele acompañarse de alucinaciones. El delirio puede ser sistematizado cuando se organizan varias ideas delirantes siguiendo una aparente lógica interna.

Dependencia

Tendencia, necesidad de buscar ayuda y la protección del prójimo, a remitirse a alguien para poder tomar una decisión, debido a una pérdida o ausencia de maduración y de autonomía.

Depresión

Descenso notable del talante enfermo, que se torna triste, proclive al llanto, pesimista, agorero, improductivo, lento en sus reacciones, con pérdida de la autoestima y de la iniciativa. Suele estar acompañado de síntomas de carácter físico, como pérdida del apetito y de la libido, estreñimiento, cansancio o insomnio. Existen múltiples formas clínicas de depresión.

Deseabilidad social

Tendencia a dar una imagen de uno mismo conforme a la del grupo al que se pertenece.

Dieta

Tipo de alimentación aconsejado como medida higiénica o terapéutica en el caso que corresponda. Privación o reducción de determinados alimentos.

Disforia

Sentirse a disgusto con uno mismo. En las personas adolescentes, frente a la alegría o euforia, en un momento se presenta este disgusto que les hace sentirse descontentos, aburridos.

Dismorfobia

Preocupación extrema e incluso creencia obsesiva de ser deforme o tener un aspecto infranqueable que impide llevar a una existencia normal y tener relaciones socioafectivas satisfactorias.

Diuréticos

Sustancias que aumentan la secreción de orina.

E

Edema

Acumulación excesiva de los componentes líquidos del organismo en los espacios intercelulares del tejido conjuntivo. Por la acción de la gravedad son más frecuentes en los pies y tobillos, que aparecen aumentados de volumen, sin enrojecimiento ni dolor. Al presionar con el dedo queda huella deprimida durante un cierto tiempo.

Emaciación

Adelgazamiento extremo que causa enfermedad, o concierne a ella. En la angustia y la ansiedad el miedo es endógeno, no motivado, incomprensible. Relacionado con el temor a la nada, en forma de amenaza de muerte o locura. La angustia se refiere a la situación en que predominan los síntomas físicos: constricción de fauces, tórax o abdomen; palpitaciones, temblor, diarrea, necesidad imperiosa de orinar. Por lo tanto se reserva la denominación ansiedad para las manifestaciones psíquicas como: inseguridad, amenaza, zozobra espiritual, sensación de que el tiempo amenazador se ha detenido.

Enfermedad

Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo. Fenómenos que se producen en el organismo que sufre la acción de una causa morbosa y reacciona contra ella.

Estabilidad emocional

Característica de una persona cuyo estado emocional no está sujeto a variaciones bruscas, y permanece controlado. Se relaciona con la madurez emocional y con la integración de valores adultos.

Estereotipo

Esquema perceptivo rígido aplicado a algunos tipos de personas u objetos, vinculado con la palabra que lo designa y que interviene automáticamente en la evolución de sus componentes. La estereotipia se inclina a la tendencia general de todo pensamiento por esquematizar su entorno para poder ubicarse en él.

Estrógenos

Conjunto de hormonas femeninas que provocan el fenómeno del estro. Es decir, el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psíquicos que aparecen clínicamente en las hembras relacionados con la ovulación. Son producidos principalmente por los ovarios, pero también por la placenta durante la gestación y por las glándulas suprarrenales y testículos.

Etiopatogenia

Del griego aitia, causa y patos, dolencia. Estudio de las causas de una enfermedad y de los procesos a través de los cuales actúan dichas causas.

F

Femineidad o feminidad

Conjunto de características más frecuentes o más marcadas en promedio en la población femenina que en la masculina. En psicología diferencial se atribuyen a la condición femenina determinadas características; pasividad, sumisión, labilidad emocional, intuición o inhibición. Hoy día, estas atribuciones han sido superadas con el nuevo concepto de androginia.

Fobia

Del griego phobos, horror, miedo. Terror irracional respecto a objetos, personas, animales o situaciones bien definidas. El sujeto sabe que su miedo es ilógico, pero no consigue superarlo. Los más frecuentes se relacionan con los espacios libres (agorafobia) o los cerrados (claustrofobia). También a los animales como perros, reptiles, arañas.

G

Gonadotropinas

Hormonas segregadas por el lóbulo anterior de la hipófisis, que intervienen en el desarrollo y funcionamiento de los órganos genitales de ambos sexos a través de los ovarios o los testículos. Durante el embarazo también se forman en la placenta.

H

Hiperfagia

Conducta alimentaria que consiste en ingerir una cantidad de alimentos desproporcionado con arreglo a las propias necesidades.

Hipotermia

Descenso de la temperatura del cuerpo humano, que oscila normalmente entre treinta y seis y treinta y siete grados centígrados. Se presenta en los casos de exposición prolongada al frío, inanición prolongada, ciertas intoxicaciones –alcohol y barbitúricos–, algunas enfermedades infecciosas como el cólera y en los estados de shock.

Hostilidad

Actitud duradera y penetrante caracterizada por el cinismo, la desconfianza hacia los otros y la evaluación negativa de las personas y de las cosas. Es el aspecto negativo de la agresividad, que queda completada por el componente emocional con la ira y el comportamiento con la agresión.

I

Identidad

Conjunto de actitudes, pautas de conducta y atributos físicos determinados por la persona, condicionados por la sociedad en la que se desarrolla y a menudo relacionados con los aspectos de masculinidad y feminidad.

Inadaptación

Carencia de una buena integración y de relaciones adaptadas y armoniosas con el medio en que vive una persona.

Inanición

Del latín inanire, vaciar. Estado patológico de desnutrición. Aparece cuando los alimentos no cubren las necesidades biológicas de la persona o su cuerpo no las absorbe debidamente.

Inferioridad, complejo de

Vivencia de una insuficiencia psíquica o física, sentida de forma intensa y continua por la persona. Hoy día ha sido sustituido por el conocido concepto de "baja autoestima". El sentimiento de inferioridad está ligado al sentimiento de culpa.

Influencia

Todas aquellas impresiones y cambios que las relaciones con los demás producen sobre personas o los grupos. La influencia nunca se desarrolla en el vacío social, sino que se integra en la historia.

Interacción

Relación interpersonal entre individuos a través de la cual sus comportamientos están sometidos a una influencia recíproca, por lo que cada persona modifica su forma de actuar con relación a las reacciones del otro.

L

Labilidad

Cualidad del humor inestable y cambiante. Puede darse una crisis espectacular de llanto seguida de una explosión de exaltación eufórica inmoderada.

M

Maduración

Proceso por el cual. Modos de conducta, análisis y pensamientos existen hasta el momento de forma potencial en la persona, se despliegan y pasan a formar parte de su modo de actuar, vivir y ser.

Miedo

Estado emocional específico, susceptible de ser aprendido o condicionado y que desempeña un papel motivador sobre el comportamiento. Sensaciones generalmente desagradables que tienen lugar ante una amenaza externa identificable en el ambiente.

N

Negación de enfermedad

Estrategia de afrontamiento que puede definirse como la omisión de hechos o sentimientos que podrían ser dolorosos si se aceptan conscientemente. Minimización de síntomas.

O

Obediencia

Cambio de una creencia o de un comportamiento en respuesta a la presión que emana de una figura de autoridad. Representa un modo de conformidad. La presión social se explicita en ella bajo la forma de una orden, de una exhortación a obedecer.

P

Paresia

Del griego paresis, aflojamiento. Parálisis incompleta que consiste en disminución de la fuerza muscular.

Personalidad

Organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente.

Pica

Apetito depravado. Alteración del organismo que conduce a la persona a ingerir sustancias no comestibles y, en ocasiones, peligrosas para la salud.

Polifagia

Del griego polys, muchos y fagos, comer. Aumenta exagerado de la sensación de hambre.

Potomanía

Del griego potos, bebida y manía, locura, pasión. Costumbre de ingerir más agua de lo habitual. Se distingue de la polidipsia por su origen psíquico.

Prevención

Conjunto de medidas tomadas en una sociedad para luchar contra la aparición y el desarrollo de las enfermedades.

Privación

Ausencia de consumo, durante un período más o menos largo, respecto a motivaciones que incluyen un consumo regular o cíclico.

Psicopatía

Trastorno mental que provoca un desequilibrio de las funciones éticas, sin arrepentimiento, trastornos caracterológicos y perversiones constitucionales, conservando –en cambio– normales las facultades intelectivas. No es correcto emplear este nombre para designar cualquier enfermedad mental.

Psicopatología

Del griego psiké, alma, y patos, enfermedad. Estudio y descripción de las alteraciones de los procesos psíquicos normales.

Pubertad

Conjunto de modificaciones que permiten a un individuo acceder a las funciones de reproducción. En la especie humana, la pubertad constituye el paso de la infancia a la adolescencia.

R

Regurgitación

Retorno de pequeñas cantidades de alimentos o jugos gástricos desde el estómago hasta la boca. Cuando es de pequeña magnitud, episódico y asociado a eructos no tiene significado patológico. Aparece con una frecuencia en los enfermos que se provocan el vómito habitualmente.

Rehabilitación

Proceso mediante el cual se restablecen y recuperan las capacidades físicas o psíquicas existentes antes de la aparición de un accidente, enfermedad o un trauma.

Ritual
Acción simbólica repetitiva, tanto motora como cognitiva, frecuentemente de carácter complejo, que se deriva de patrones culturales en personas normales.

Rumiación
Del latín rumigare, derivado de ruma, primer estómago de los animales rumiantes. A semejanza de los rumiantes, hábito de regurgitar los alimentos y devolverlos al deglutir, después de masticarlos y mezclarlos de nuevo con saliva. Es una manifestación neurótica, presente en algunas anoréxicas. En psiquiatría rumiar es mantener presente en la mente de forma continua una idea determinada y meditar sobre ella, con carácter casi obsesivo y sin resolver el problema.

S

Saciación
Satisfacción completa de una necesidad o, más generalmente, de una motivación.

Síntoma
Manifestación física o mental, producto de una posible patología médica. Acostumbra a ser una respuesta ante un estímulo nocivo, sea éste físico o patológico.

Sociabilidad
Adaptación de una persona a un grupo. En determinadas etapas del desarrollo, al entrar en la escuela y sobre todo en la adolescencia, la sociabilidad es un factor muy importante de la adaptación.

Suicidio
Acto por el cual una persona se autoinflige la muerte, también denominado autólisis. Puede darse en personas psíquicamente sanas a consecuencia de una situación límite, pero el suicidio se produce a menudo en conexión con un estado psicótico o psicopático.

T

Tolerancia a la frustración
Conjunto de pensamientos y conductas que permiten una aceptación de situaciones en las que no se consiguen ni los efectos ni las metas deseadas. Se considera que las personas con poca tolerancia a la frustración padecen más trastornos emocionales y son más proclives al estrés.

V

Volición
Toda actividad del ser humano en la cual su voluntad juega un papel determinante y, por extensión, toda conducta en la cual se propone un objetivo y para cumplirlo compromete los recursos de su saber y de su energía.

Vulnerabilidad
Se aplica a aquellas personas u objetos que pueden ser dañados con facilidad, ya sea física o psíquicamente. La vulnerabilidad varía con las condiciones físicas: frío, fatiga, mala nutrición, etc., aumentando sus riesgos. Lo mismo sucede con las condiciones psíquicas: factores emocionales intensos, ansiedad. También las condiciones sociales pueden ser factores agravantes, como el aislamiento y la presión ambiental.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA:

- BOCKELMAN, F. **Formación y funciones sociales de la opinión pública.** Gustavo Gili. España. 1983. 302 páginas.
- BRUCHE, Hilde. **La jaula dorada del enigma de la anorexia nerviosa.** Paidós. Barcelona. 172 páginas. 1ra Edición 1978. Reedición 2002.
- BRUCROYD, Julia. **Anorexia y Bulimia.** Gustavo Gili. España. 1997, 124 páginas.
- CAPARROS, Nicolás. SANFELIAU, Isabel. **La anorexia: una locura del cuerpo.** Biblioteca Nueva. Madrid. 196 páginas. 1997.
- CRESPO, Rosina. FIGUEROA, Eduardo. **Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado.** Gedisa. Barcelona. España. 214 páginas. Septiembre 1996.
- DE LA FUENTE, Ramón. **Psicología Médica,** 2da edición, Fondo de Cultura Económica. México. 1992. páginas 320.
- DE ROBERTIS, Cristina. **Metodología de la intervención en trabajo social.** El Ateneo. Argentina. 225 páginas. 1988.
- DIAZ, Minerva. RODRÍGUEZ Lidia. ROJAS, Vanesa. SUÁREZ, Norma. Director de tesis: CASSASOLA Noemí. **Modelo de Intervención para prevenir anorexia en las adolescentes del Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México – Nezahualcoyotl.** Trabajo recepcional seminario de áreas sustantivas de Trabajo Social. Para la Escuela Nacional de Trabajo Social. 142 páginas. 2001-
- DUKER, Marilyn. SLADE, Roger **Anorexia nerviosa y bulimia: un tratamiento integrado.** Limusa. México. 318 páginas. 1992.
- GARCÍA, Fernando. **Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa.** Díaz Santos S.A. España. 118 páginas. 1993
- GUILLEMONT, Anne. LAXENAIRE M. **Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura.** Masson. Barcelona. 150 páginas. 1994.
- HEKIER, Marcelo. MILLER, Celine. **Anorexia-Bulimia: deseo de nada.** Paidós. México. 160 páginas. 1994.
- HISCHMANN, Jane. MUNTER, Carol. **Cuando las mujeres dejan de odiar a sus cuerpos. Como liberarse de la tiranía del culto al cuerpo.** Paidós. España. 250 páginas. 1997.
- JUÁREZ, Miguel. GAITÁN, Lourdes. **Trabajo Social e Investigación.** UPCO. Madrid. 157 páginas. 1993.
- MARTÍNEZ, Santiago. **La obsesión por adelgazar: bulimia y anorexia.** Espasa-Calpe. Reimpresión para México. 245 páginas. Abril 1995.

MEAVE, Etna. ***Dinámicas creativas para trabajo con grupos***. ETME. México. 184 páginas. Primera Edición 1993, Reimpresión 2000.

MORANDÉ, Gonzalo. ***La anorexia: como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes***. Temas de hoy. España. Páginas 389. 1999

RAICH, Rosa María. ***Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios***. Pirámide. Madrid. 150 páginas. 1994.

ROMA, María Teresa. MONTESINOS, Sánchez Nieves. ET AL. ***Derecho de las mujeres a su imagen: Los trastornos del comportamiento alimentario. Nerviosa y Bulimia***. Publicaciones de la Universidad de Alicante. España. 175 páginas. 2001.

SERRATO Azat, Gloria. ***Anorexia y bulimia: Trastornos de Conducta Alimentaria***. Libro Hobby Club S.A. Madrid, España. 315 páginas. 2000.

SHELLEY, Rosemary. ***Anorexia: guía para pacientes, familiares y terapeutas***. Trillas. México-Argentina-España-Colombia-Puerto Rico y Venezuela. 215 páginas. 1ra Edición en español Febrero 2000.

TINAHONES, Francisco. ***Anorexia y bulimia: una experiencia clínica***. Díaz de Santos. España. 165 páginas. 2003.

TOMAS, Joseph. ***Anorexia y otras alteraciones de la conducta en la infancia y adolescencia***. Laertes. Barcelona. 299 páginas. 1999.

TORO, Joseph. VILARDELL, Enric. ***Anorexia Nerviosa***. Martínez Roca. Barcelona. 259 páginas. 1987.

TORO, José. ***Anorexia Nerviosa***. Trillas. México, D.F. 2000. Páginas 305.

VARGAS, Laura. BUSTILLOS de Núñez Graciela. ***Publicaciones de Educación Popular*** Hvmantitas, CEDEPO, ALFORA. Buenos Aires, 3ra edición, 1989. Páginas: 345

HEMEROGRAFÍA:

Leo, Rivera Morales ***Cuatro de cada cinco mexicanas quiere bajar de peso***. Artículo de. La Jornada, Semanal, 20 de febrero del 2000. Sección salud.

COPERIAS, Enrique. ***Obsesión fatal***. Revista Muy Interesante, México, D.F. 1995. Página 98.

INTERNET:

Anorexia y bulimia. La nueva epidemia de los adolescentes. Los especialistas españoles advierten del aumento preocupante de la anorexia y la bulimia en nuestro país. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.el-mundo.es/salud

Causas, diagnóstico y consecuencias de la anorexia entre 15 y 25 años de edad en Latinoamérica. Ubicación contextual, Problemática de la anorexia, Objetivo, Programa. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.iteso.com.mx

Eating disorders organization national association of anorexia nervosa and associated disorders. Traducido y Adaptado por Natalia Jaramillo-Enfermera Licenciada, U.J. Editora. Septiembre 2000. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.Contusalud.com.mx

El cuerpo sin fin de la anorexia. Artículo de Fabrizio Andreella. Recuperado el día 2 de noviembre del 2003, en: www.gda.itesm.mx/pat/estelim.html

Estadísticas de los trastornos al comer. Anorexia y Bulimia, resultados de una secundaria. Recuperado el día 2 de noviembre del 2003, en: www.gda.itesm.com.mx

Holtz Victoria. Antecedentes históricos de la Anorexia Nerviosa. En addictus, año 2, núm. 9, México, Diciembre-Enero de 1995. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: <http://biblioteca.redescolar.ilce.edu.mx>

Hospital infantil docente "pedro borrás astorga". Anorexia nerviosa: características y síntomas. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.infomed.sld.cu/revistas

Principales causas de mortalidad general, Nacional 2001. Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud y Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050. Recuperado el día 20 de noviembre del 2003, en: www.inegi.gob.mx y www.conapo.gob.mx

¿Qué es la anorexia? Introducción, Historia de la anorexia, epidemiología, factores predisponentes y desencadenantes, definición de la anorexia nerviosa, clínica de anorexia nerviosa, tratamiento, pronóstico. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.psiquiatria24x7.com.mx

¿Qué es la anorexia? ¿qué es la bulimia? Cuales son los síntomas de estas enfermedades. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.holadoctorfeldman.com

Trastornos alimenticios. Anorexia Nerviosa. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.contusalud.com

Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia, Orthorexia, el Comedor Compulsivo, Síndrome de Prader Willie (PWS), Síndrome de Bardet-Biedl. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.obesidad.net/spanish2002

Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. Recuperado el día 26 de julio del 2003, en: www.psicoadactiva.com