



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

UNAM.

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL.

ENTS.

**ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA: CAUSAS Y
CONSECUENCIAS QUE LOS ADOLESCENTES
DEBEN CONOCER.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADAS EN TRABAJO SOCIAL.**

PRESENTAN:

AYALA REVUELTAS ARACELI.

VARGAS VELA DIANA SOFIA.

DIRECTOR DE TESIS:

CASASOLA GUDIÑO NOEMI.



MÉXICO D.F.

2005.

m. 350449



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Ayda Bejarillo
Arce B

FECHA: 28-11-05

FIRMA: [Firma]

DEDICATORIA:

Dedico el presente trabajo a: MI MADRE.

Un agradecimiento muy especial a ELLA.

*Sabiendo que no existirá
Una forma de agradecer
Toda una vida de sacrificios
Y esfuerzos, quiero que sientas
Que el objetivo logrado
También es tuyo y que la fuerza
Que me ayudó a conseguirlo
Fue tu apoyo, gracias
Con amor y admiración.*

TE QUIERE, ARACELI.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Diana Sofía
Vargas Dela

FECHA: 28-11-2005

FIRMA: [Firma]

DEDICATORIA:

A mis padres:

*Como un testimonio de mi infinito aprecio y
Agradecimiento por toda una vida de esfuerzos y
Sacrificios brindándome siempre cariño y apoyo
Cuando más lo necesité
Deseo de todo corazón que mi triunfo profesional lo
Sientan como suyo
Con amor, admiración y respeto.*

Los quiere Diana Sofia.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. Apartado metodológico.	12
1.1 Justificación.	12
1.2 Planteamiento del problema.	14
1.3 Objetivos.	15
1.4 Hipótesis.	16
1.5 Metodología.	16
CAPÍTULO 2. ¿Qué son los trastornos alimenticios?	18
2.1 Trastornos alimenticios.	19
2.2 Anorexia nerviosa.	23
2.3 Bulimia nerviosa.	27
2.4 Diferencias entre anorexia y bulimia nerviosa.	32
2.5 Trastornos de la alimentación no específicos.	33
CAPÍTULO 3. ¿Cuándo surgen?	34
3.1 Antecedentes de la anorexia nerviosa.	34
3.2 Antecedentes de la bulimia nerviosa.	38
CAPÍTULO 4. ¿Porqué los adolescentes son la población de mayor riesgo?	41
CAPÍTULO 5. ¿Cuáles son las características de la anorexia y la bulimia nerviosa?	47
CAPÍTULO 6. ¿Cuáles son las causas que detonan el desarrollo de estos trastornos?	55
6.1 Factores de anorexia nerviosa:	56
6.1.1 Genéticos.	56
6.1.2 Socioculturales.	57
6.1.3 Individuales.	59
6.1.4 Familiares.	62
6.2 Factores de bulimia nerviosa.	66
6.2.1 Genéticos.	66
6.2.2 Socioculturales.	66
6.2.3 Individuales.	67
6.2.4 Familiares.	69
6.3 Medios de comunicación.	71

6.4 Publicidad.	71
6.5 Mercado de consumo.	72
6.6 Moda y estereotipos.	72
6.7 Otros factores.	73
CAPÍTULO 7. Consecuencias que generan los trastornos alimenticios.	74
7.1 Consecuencias de anorexia nerviosa.	74
7.1.1 Metabólicas.	74
7.1.2 Endocrinas.	75
7.1.3 Cardiovasculares.	75
7.1.4 Neurológicas.	76
7.1.5 Hematológicas e inmunológicas.	76
7.1.6 Renales.	77
7.1.7 Musculoesqueléticas.	77
7.1.8 Gastrointestinales.	78
7.1.9 Orofaciales.	78
7.1.10 Cutáneas.	78
7.1.11 Respiratorias.	79
7.1.12 Sexuales.	79
7.1.13 Psicológicas.	80
7.1.14 Sociales.	80
7.2 Consecuencias de la bulimia nerviosa.	81
7.2.1 Boca.	81
7.2.2 Glándulas salivales.	81
7.2.3 Alteraciones hidroelectrolíticas.	81
7.2.4 Digestivas.	82
7.2.5 Cardiovasculares.	82
7.2.6 Respiratorias.	82
7.2.7 Urinarias.	83
7.2.8 Sexuales.	83
7.2.9 Cutáneas.	83
7.2.10 Neurológicas.	83
7.2.11 Psicológicos.	83
7.2.12 Sociales.	84
CAPÍTULO 8. ¿Existen estadísticas sobre estos trastornos en México?	85
CAPÍTULO 9. ¿De qué manera se puede tratar y prevenir la anorexia y bulimia nerviosa?	89
9.1 Tratamientos de anorexia nerviosa.	90

9.1.1 Tratamientos médicos.	91
9.1.2 Tratamientos psicológicos.	93
9.1.3 Tratamiento farmacológico.	97
9.1.4 Tratamiento físico.	97
9.2 Tratamientos de bulimia nerviosa.	98
9.2.1 Tratamientos médicos.	98
9.2.2 Tratamientos psicológicos.	99
9.2.3 Tratamiento farmacológico.	102
9.2.4 Tratamiento físico.	102
9.3 ¿De qué manera podemos prevenir la anorexia y bulita?	104
9.3.1 Prevención individual.	104
9.3.2 Prevención familiar.	105
9.3.3 Prevención social.	106
CAPÍTULO 10. Investigación de campo.	108
10.1 Análisis e interpretación del CETIS No. 53.	111
10.2 Análisis del turno matutino.	119
10.3 Análisis del turno vespertino.	125
Conclusión.	131
Sugerencias.	136
Propuesta.	144
Bibliografía.	149
Anexos.	154

INTRODUCCIÓN.

En el segundo capítulo de ésta tesis, abordaremos la definición de los Trastornos Alimenticios, los cuales son alteraciones en la alimentación que van acompañadas de problemas emocionales que provocan severas consecuencias; Estos se clasifican de acuerdo a las conductas que realizan los enfermos y las consecuencias que producen. Pero en éste trabajo de investigación sólo nos interesa hablar de la anorexia y la bulimia nerviosa y de manera muy general sobre los trastornos no específicos, pues actualmente ambos trastornos son los más sobresalientes.

Otro aspecto que abordaremos en éste capítulo serán los criterios que se toman en cuenta para diagnosticar una persona con anorexia y bulimia nerviosa, los cuales son tomados del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y por la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). También veremos que estos Trastornos son de dos tipos y por último creemos necesario realizar una diferenciación entre ambos Trastornos Alimenticios, haciendo énfasis en las conductas patológicas, signos fisiológicos y cambios de actitud en los pacientes.

En el tercer capítulo daremos a conocer que tanto la anorexia como la bulimia han estado presentes en la historia, aunque sus manifestaciones, características y connotación han variado dependiendo de la época y cultura en la que nos situemos pues desde siempre inconscientemente o bajo la influencia del exterior, asociamos el peso con los valores socioculturales y al cuerpo le otorgamos un lenguaje simbólico, ya sea representando la espiritualidad, misticismo y actualmente éste se compara con el éxito y la belleza, tal se lo comprobará en el breve recorrido que haremos en éste capítulo a cerca de las definiciones, clasificaciones, avances y logros que se obtuvieron en cuanto a su existencia.

También destacaremos las aportaciones que Hilde Bruch realizó en el estudio de la anorexia y posteriormente de la bulimia, pues gracias a sus investigaciones sabemos del trastorno de la imagen corporal que sufren los enfermos, además de que destaca la existencia de dos factores precipitantes e importantes para la presencia de esta enfermedad como son la personalidad de la enferma y el contexto familiar y por último veremos la influencia de Bruch en la descripción de la anorexia nerviosa que por primera vez se hace en el DSM-III, quedando establecidos en éste sus criterios diagnósticos, por lo que en la actualidad se sigue incluyendo en el DSM-IV, considerado éste la guía oficial, refiriéndonos al diagnóstico de enfermedades mentales.

En cuanto a la bulimia, se verá que su presencia es igualmente histórica, desde la época Romana con sus grandes comilonas y no recientemente como se cree, aunque alcanza su autonomía como ente a parte de la anorexia, en la última década del siglo XX pues antes de este era considerada una curiosidad médica o síntoma de otra enfermedad, hasta que en 1979 Rusell, médico Estadounidense la describió minuciosamente y definió sus criterios diagnósticos, dando paso a que en 1980 sea

considerada un trastorno mental integrante de los Trastornos Alimenticios al ser incluido en el DSM-III, lo que permitió que se abriera paso a nuevas áreas de investigación y asta 1987 se adoptará el término de "bulimia nerviosa", cabe mencionar que también se incluye en el DSM-IV.

Durante el cuarto capítulo haremos referencias al por qué los adolescentes son la población de mayor riesgo. Hablaremos de la distinción que se debe hacer entre la pubertad y la adolescencia, para así ubicar claramente todos aquellos cambios físicos y psicológicos que se presentan en cada una de éstas etapas de la vida, las que marcan el paso de la infancia a la edad adulta, debiendo generarse con ello una serie de ajustes que le permitirán al adolescente aceptar y adaptarse a las transformaciones morfológicas que sufren, buscar su identidad y la realización de un plan de vida para así desarrollarse plenamente; así también se mencionarán algunas diferencias que existen en el desarrollo del hombre y la mujer en esta etapa.

Y por último analizaremos varias circunstancias que generan que algunos adolescentes sean la población de mayor riesgo para padecer algún Trastorno Alimenticio, entre los que destacan: el periodo de cambios y transformaciones tanto corporales como psicológicas, las presiones familiares, sociales y culturales, problemas de personalidad, y su comportamiento, los cuales están basados en quién trata de definirse, los estilos de vida, el aumento en sus requerimientos nutricionales, las rápidas transformaciones culturales que modifican su lenguaje, relaciones, conceptos, valores e ideales, basándose en la subjetividad y dependencia del mercado, también esta el hecho de que pueden percibir su cuerpo en partes, se expresan a partir de él y se preocupan por el tamaño y la figura de éste, así también encontramos la competencia por perder peso entre amigas; por lo que la anorexia se presenta en la pubertad y continua hasta la adolescencia y en el caso de la bulimia se presenta en la fase inicial de la adolescencia y continua en la juventud, aunque hay que advertir que según expertos en el tema, cada tres años disminuye la edad de inicio para cualquiera de estos de ahí la preocupación por el tema pues resulta evidente que dichas circunstancias son factores determinantes para la proliferación de ambos trastornos.

En el quinto capítulo mencionaremos las características o señales de alarma que están presentes en una persona anoréxica o bulímica, las cuales deben ser tomadas en cuenta para la realización de un buen diagnóstico, por lo que dichas características las dividimos en varias categorías las cuales son: físicas, clínicas, psicológicas, alimenticias, sociales, distorsión de la imagen y sexuales.

En el capítulo siguiente hablaremos de cuáles son las causas que detonan el desarrollo de estos trastornos, ya que nos percataremos de que la preocupación por el aspecto corporal no es algo nuevo, sino que por el contrario como veremos a lo largo de la historia cada pueblo ha cuidado su imagen basándose en los estereotipos predominantes de la época, los cuales suelen ser influenciables, moldeables y adaptables por todo aquello que rodea al individuo, por lo que estos son factores que

aumentan la preocupación por el aspecto corporal y pueden detonar la presencia de algún Trastorno Alimenticio pues predisponen, precipitan y perpetúan éste tipo de padecimientos en individuos que son sensibles por la edad o influenciados ante la presencia de algunos de los siguientes factores de riesgo entre los que destacan los factores: GÉNERO, donde encontraremos que la gran mayoría de personas que padecen estos son mujeres, como siguiente factor tenemos la EDAD, pues las enfermas son púberes, adolescentes y jóvenes; el siguiente es el SOCIAL: Donde veremos que la presión social juega un papel muy importante en la presencia de la anorexia y la bulimia pues existe un ideal de belleza y comportamiento a los que la mayoría de la sociedad quiere acceder, también influirá el hecho de que la nutrición está cayendo en manos de las grandes cadenas de comida rápida, así como de la presión ejercida para formar parte de los valores estéticos dominantes y discriminar a los demás por no formar parte de ese ideal de belleza.

Dentro de los factores de riesgo INDIVIDUALES encontraremos el miedo que tienen y sienten algunas adolescentes por madurar y aceptar su nuevo cuerpo pues han dejado la infancia, el hecho de no tener autonomía pues su seguridad está puesta en el exterior, tener una baja autoestima por que en la actualidad esta se relaciona con la imagen externa, apariencia y aprobación de los demás, esto por que los demás siempre exigirán la perfección en todos los aspectos y en el caso del peso, mantener una figura esbelta es hablar de perfección; también hablaremos de que al no cumplir o satisfacer las necesidades sociales como la de prestigio, status, seguridad, aceptación, pertenencia y desarrollo personal puede influir en la presencia de algún Trastorno Alimenticio, más aun si la persona padece depresiones continuas, dificultad en el manejo de sus emociones, aunque como veremos el factor de mayor importancia sea la vulnerabilidad de cada persona.

Continuaremos con la explicación de los factores FAMILIARES, puesto que en este núcleo tienden a reflejarse los conflictos sociales, actitudes, ideologías y comportamientos imperantes en cada época pues como veremos cada una de las familias influyen en sus miembros, ya sea por la falta de comunicación, su incapacidad para resolver conflictos, ser sobreprotectoras, rígidas e inflexibles en su dinámica, la falta de límites, pero sobre todo el hecho de que exista Violencia, ya que la persona de por sí vulnerable, con todo esto puede recurrir a la presencia de la anorexia o la bulimia nerviosa.

Los MEDIOS DE COMUNICACIÓN, también son un factor de riesgo pues a pesar de que divierten, informan y educan, estos crean y transmiten los estereotipos estéticos, y corporales a los que la mayoría de los adolescentes quieren igualarse, aumentando así los riesgos de padecer anorexia o bulimia; dentro de éste mismo rubro tenemos la PUBLICIDAD la cual es la responsable de propagar por medio de mensajes e imágenes, los modelos identificables, estilos corporales y prototipos de belleza que son aceptados por la sociedad sin analizar la información ni conocer las consecuencias que todo lo anterior generará.

El MERCADO DE CONSUMO que con ayuda de la Globalización permite que se construya, distribuya y perpetúe la "Cultura de la Delgadez", así como la existencia de

la anorexia y la bulimia nerviosa pues a partir de todo ello se genera toda una industria de la delgadez como veremos más adelante. En este caso también la MODA ha influido pues con ayuda de los anteriores crean un prototipo de belleza al cual se le atribuye el éxito, que se desea obtener y por último manejaremos una categoría a parte cuyo nombre es OTROS FACTORES en donde ubicaremos las muertes de familiares cercanos, críticas por la apariencia física, entre otras.

En el capítulo séptimo trataremos las complicaciones que generan ambos trastornos, las cuales son numerosas y graves, por lo que para su mejor estudio decidimos dividirlas en tres categorías en donde encontramos a las consecuencias: médicas o clínicas, psicológicas y sociales.

Ya para el octavo capítulo abordaremos el tema de las estadísticas en nuestro país, quedando claro que no hay estadísticas ni cifras generales sobre la anorexia y la bulimia, sin embargo cada día se conocen más casos que gracias a algunas investigaciones realizadas por expertos que demuestran la gravedad del problema, aunque su estudio es relativamente nuevo y está en pleno desarrollo; aunque veremos que en la Ciudad de México ambas son consideradas un problema de salud y en cuanto a la presencia de conductas de riesgo como las dietas, ayunos, uso de laxantes, diuréticos y enemas las cifras aumentan, provocando que en el caso de la anorexia la tasa de mortalidad sea mayor que en el caso de la bulimia, no así para las consecuencias; de ahí que el Instituto Nacional de Estadística Geografía (INEGI) contemple a ambos Trastornos Alimenticios dentro de las estadísticas de muerte por problemas de nutrición, generando que los estudios e investigaciones vayan en aumento y arrojen como resultado que las estadísticas nacionales son comparables con las existentes en Europa y Estados Unidos y provocando una preocupación por la proliferación de los casos; además como dato importante encontraremos que en el Distrito Federal están concentradas la mayoría de las Instituciones que tratan los Trastornos Alimenticios no tomando en cuenta los casos existentes en los Estados de la República, a pesar de que ambos trastornos van en aumento a nivel nacional e internacional.

En el capítulo noveno señalaremos los distintos tratamientos que hay para controlar los, recordando que cada uno tiene sus propias características, por lo que amerita que los enfermos adquieran un tratamiento específico, pero para lograr esto veremos que será necesario la colaboración de un equipo multidisciplinario, el cual elaborará un plan de trabajo adecuado para cada paciente y la recomendación es un "tratamiento integral" el cual se dividirá en tres fases dentro de las cuales habrá los siguientes tratamientos: médico, psicológico, farmacológico, físico deportivo, por lo que todos estos tratamientos se deberán adecuar a cada paciente, dependiendo de las características y complicaciones que cada trastorno y enfermo presente.

Otro apartado del cual hablaremos en éste capítulo estará basado en la PREVENCIÓN pues al no existir un "tratamiento milagroso" que cure la anorexia y la bulimia nerviosa, la única forma que tenemos para evitarlas es anticiparnos a los hechos, es decir prevenir todas aquellas circunstancias que promuevan, inicien y sostengan alguno de estos, pero esto deberá realizarse en todos aquellos ámbitos importantes en la vida de

todo ser humano como es lo individual, familiar y social, además de que ellos ejercen su influencia sobre las personas, por lo que es mejor actuar sobre estos desde muy temprana edad; por lo que daremos a conocer las diversas formas de prevención que se llevaban a cabo a nivel individual, familiar y social, tomando en cuenta que la anorexia y la bulimia nerviosa no son un asunto pasajero, sino dos enfermedades que provocan la muerte, afectan a los que les rodean y van en aumento.

En el décimo capítulo encontraran el análisis e interpretación de los datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento (cuestionario) a las alumnas del Centro de Estudios Tecnológicos, Industriales y de Servicios No. 53 en ambos turnos; el cuestionario consta de 60 preguntas importantes para detectar los trastornos alimenticios en las adolescentes, cuya muestra está basada en 496 alumnas de 15 a 18 años de las cuales 245 son del turno matutino y 251 del turno vespertino de las que obtuvimos información que nos permitirá concluir si las alumnas de dicha escuela tienen o no información sobre estos trastornos, si alguna de ellas padece cualquiera de estos y si les gustaría adquirir más y mejor información de anorexia y bulimia nerviosa y para finalizar este capítulo diremos que proporcionaremos una plática informativa a algunos alumnos del mismo plantel, para aclararles sus dudas, ampliarles la información que pudieran tener de los Trastornos Alimenticios y sepan que es verdaderamente la anorexia y la bulimia nerviosa.

En el siguiente apartado enunciaremos algunas conclusiones a las que llegamos después de analizar la información obtenida por medio de la investigación documental que se realizó para la elaboración de los primeros ocho capítulos, así como de toda aquella información que obtuvimos mediante la realización de la investigación de campo que se llevo a cabo en el CETIS No. 53 como la aplicación del cuestionario y la realización de una plática informativa que brindamos a algunos de los alumnos de ese plantel.

Todo lo anterior nos permitirá elaborar varias propuestas que favorezcan el logro de una mejor prevención, diagnóstico y tratamiento de la anorexia y la bulimia nerviosa a nivel individual, familiar y social, ya que en el caso de los Trastornos Alimenticios todos debemos cooperar para que ambos trastornos sean detectados y prevenidos a tiempo; así también realizamos propuestas de cómo puede y debe participar un Trabajador Social en la prevención y detección de la anorexia y la bulimia nerviosa, pues de acuerdo a la información que obtuvimos, la labor y participación de éste en el equipo multidisciplinario deberá ser considerada y valorada pues es una pieza clave y de mucha importancia para el control y manejo de ambos trastornos, a pesar de que en la mayoría de los países, incluyendo el nuestro el trabajador social no es contemplado y mucho menos forma parte del equipo multidisciplinario que los trata como apreciaremos en el desarrollo del capítulo.

CAPÍTULO 1. APARTADO METODOLÓGICO.

1.1 JUSTIFICACIÓN:

El motivo por el que elegimos el tema de anorexia y bulimia nerviosa, es por que consideramos que la profesión de trabajo social necesita un estudio de ésta naturaleza, ya que ambos trastornos se consolidan como una problemática social en expansión entre la mayoría de los pre-adolescentes y adolescentes de gran parte del mundo, pues éstos son considerados de por sí una de las poblaciones más vulnerables y de mayor riesgo para padecer cualquiera de estos, debido a varios factores que rodean a esta etapa de la vida como los cambios físicos y psicológicos que sufren, falta de comunicación, violencia, exigencias sociales, su crianza destinada a los medios de comunicación, influencia de la publicidad y mercado de consumo, entre otros factores que muestran y legitiman un modelo ideal de belleza, al cual pretenderán acceder basándose en lo que los demás consideran correcto o que así debe de ser, esto se refleja especialmente en la enorme exigencia que hay entre la sociedad para mantener un culto a la delgadez, haciendo creer a algunos adolescentes que el estar delgados es igual a tener éxito y belleza, aumentando con ello los caos de anorexia y bulimia nerviosa para así mantener la "Cultura de la delgadez" arriesgando su salud. Otro factor que creemos que influye en la presencia de esto, es tal vez el hecho de que gran parte de los adolescentes que pueden padecer o padecen cualquiera de estos dos trastornos, no saben exactamente a que se refieren estas enfermedades, sus causas, consecuencias, tratamiento y desenlace, agravando aun más su vulnerabilidad, además de que las medidas de prevención para evitarlos no son suficientes y no tienen el mismo alcance que los medios de comunicación y sociedad, provocando así que cada vez más adolescentes y de menor edad padezcan anorexia o bulimia, sin tener en cuenta el riesgo que corren.

En el ámbito profesional vemos que no se han encontrado evidencias de la intervención del trabajador social en grupos interdisciplinarios que atiendan a la población con éste tipo de trastornos, de ahí que nuestra postura como trabajadoras sociales sea la de exigir nuestra contribución en la investigación y generación de conocimiento de la población a cerca de los trastornos alimenticios, así como en la prevención, detección, tratamiento y seguimiento de casos, es decir que podemos llevar a cabo la atención primaria en los procesos educativos, específicamente de los padres de familia, púberes, adolescentes y jóvenes, así esta función no sólo se limitaría a la cuestión preventiva, sino también a la intervención directa con casos ya confirmados o por diagnosticar con el fin de aminorar estos trastornos por un lado y por el otro, desarrollar estudios a cerca de la situación familiar que se vive en los hogares de quienes los sufren, ya que nuestra profesión trabaja directamente con los grupos, comunidades y sociedad en general que presentan alguna problemática o tienen alguna necesidad y puesto que ambos trastornos representan una problemática que cada vez aquejan más en nuestro país y de que poco se ha hecho para su contención por parte de las autoridades, así como personal de la Secretaría de Salud,

que mejor que sea nuestra profesión la que trabaje en favor de esta problemática, logrando con ello ganar un lugar importante a nivel profesional y personal por su participación en aquellos estudios, investigaciones y trabajos sobre trastornos alimenticios que se hagan en nuestro país, ya que el Licenciado en Trabajo Social a partir de sus conocimientos tiene la capacidad de trabajar directamente con los involucrados (enfermo, familia, equipo multidisciplinarios y sociedad), para generar entre todos alternativas de solución, tanto generales como particulares según sea el caso, permitiéndole intervenir en la solución de esta problemática social, a nivel individual, grupal o comunitario, pero siempre tomando en cuenta la realidad que se vive actualmente, así como la necesidad del trabajo en equipo con otras profesiones, para de algún modo lograr controlar la proliferación de ambos trastornos, hasta erradicarlos.

Otro motivo por el que elegimos el tema es por que suponemos que ambos trastornos pueden tener su origen en otros problemas presentados en el entorno y núcleo familiar del enfermo, de igual importancia para el Trabajo Social tales como: la escasa comunicación entre los miembros de la familia, su incapacidad para la resolución de conflictos, sobreprotección de los padres y su rigidez, así como las historias familiares de alcoholismo, depresión, violencia familiar, entre otras, que en ocasiones predisponen a los adolescentes haciéndolos pensar que la anorexia o la bulimia son la solución a los problemas que viven o simplemente buscan con ello llamar la atención, aunque esto signifique seguir sufriendo y/o morir, por ello centramos nuestro estudio en la urgencia de generar conciencia en los adolescentes de 15 a 18 años que cursan el nivel medio superior en el Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicio No. 53 de que aunque estamos inmersos en una cultura de la delgadez, a costa de lo que sea e inclusive a la muerte, nuestras características físicas y complexión, así como nuestro nivel sociocultural no tienen mucho en común con los países desarrollados, por lo que creemos necesario hacer notar a los adolescentes que están en un error al no entender que al adoptar modas que los poderosos imponen al resto del mundo, perjudican su salud, vida y entorno y que mejor que empezar en dicha escuela a generar conciencia a cerca de los trastornos alimenticios, por que un familiar de Diana Vargas Vela, al conocer el tema que abordaríamos en nuestra tesis y la importancia que éste tiene, nos animó a asistir al plantel donde estudia y llevar ahí a cabo la investigación de campo que pretendemos realizar, para así conocer si sus compañeros tiene o no información sobre anorexia y bulimia nerviosa, así como la importancia e interés que estos le dan al tema.

Con todo lo anterior diremos que el trabajo que a continuación presentamos, esta elaborado con un marco referencial y conceptual, los cuales permitieron recopilar la información de anorexia y bulimia anorexia de diversas fuentes que consultamos para la realización de éste, tales como los libros, programas de televisión, revistas, vía Internet, entre otros, de tal manera que dicha información se conjunto y organizó basándonos en las exigencias de nuestro título y sobre lo que pretendíamos expresar en el mismo documento.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Ambos trastornos son un problema social por que en México no se les ha dado mayor importancia a su existencia pues no hay campañas informativas que den a conocer las causas o factores que los generan, las graves y mortales consecuencias que provocan, los tratamientos que hay para su control, la forma de prevenirlos y detectarlos, así como la magnitud del problema, menos aun se cuenta con estadísticas generales de aquellas Ciudades de la República Mexicana donde se ha detectado casos, tampoco contamos con suficientes clínicas y hospitales que las traten pues las pocas que hay están concentradas en el Distrito, su servicio está condicionado y sus costos son elevados, mucho menos contamos con la difusión de las medidas preventivas que ayuden a evitarlas y sin embargo se avala la venta de productos que supuestamente te ayudan a bajar de peso en poco tiempo y sin esfuerzo, se distribuyen dietas y consejos nutricionales no aptos ni aprobados por la Secretaría de Salud, expertos en nutrición ni permiso de gobernación, de tal suerte que se apoyan todas aquellas conductas tendientes a la delgadez extrema, perjudicando seriamente la salud de aquellas personas que los consumen o realizan, pensando que con ello obtendrán éxito, belleza y felicidad aun a costa de su propia vida; pero al investigar sobre ambos trastornos nos dimos cuenta de que no son un tema nuevo, sino que existen desde hace mucho tiempo, pero en la actualidad como ya vimos su connotación es distinta, ya que anteriormente los casos de anorexia eran relacionados con lo teológico o sobrenatural y en el caso de la bulimia, esta se practicaba por gula, pero actualmente, ambos trastornos se ha adoptado como estilo y modo de vida, basándose en los estereotipos que el mercado de consumo, publicidad, medios de comunicación, sociedad y los países desarrollados, propagan al resto del mundo y naciones como la nuestra adoptan como propias, formando parte de la llamada "Cultura de la delgadez", la cual suele ser equiparada al canon de belleza predominante, provocando en los enfermos de estos trastornos, serios problemas de salud y de dimensiones mortales, por lo que la Organización Mundial de la Salud ha clasificado a la anorexia y a la bulimia como trastornos mentales y de comportamiento, ya que ambos trastornos presentan síntomas en común pues los pacientes desean una imagen corporal perfecta y distorsionan la realidad frente al espejo.

Esto ocurre por que en las últimas décadas, ser físicamente perfecto se ha convertido en uno de los principales objetivos y el aspecto parece ser lo único pues anteriormente los Trastornos Alimenticios eran prioritarios de las jóvenes de nivel socioeconómico elevado, pero a últimas fechas nos encontramos con que la edad de riesgo empieza a disminuir, así como el nivel económico, además de que comienzan a presentarse casos en varones de entre 8 y 13 años, aunque preferentemente estos siguen impactando a la población femenina entre 9 y 22 años, ya que en este periodo se generan grandes transformaciones conductuales, cognitivas, emocionales y fisiológicas, además de que se ha demostrado que los niños con una edad promedio de 10 años ya tienen una noción ideal del su cuerpo, convirtiendo a ambos trastornos

en un problema cada vez más frecuente en México como lo demuestran las estadísticas de algunas Instituciones como las de la Clínica Eating Disorders México, que señalan que el 0.5% de las mujeres jóvenes padecen anorexia y entre el 1.5% y el 2.5% padecen bulimia, entre otras estadísticas, que comprueban que en nuestro país existe más de un millón de casos de Trastornos Alimenticios en los últimos 10 años y la cifra va en aumento, por lo que debemos de seguir el ejemplo de otros países que están tomando cartas en el asunto y así evitar su incremento. De ahí que el problema sea el aumento de casos de anorexia y bulimia entre los pre-adolescentes y adolescentes de menor edad, provocando con esto como ya hemos dicho serios problemas de salud, además de sociales que no sólo afectan al enfermo, sino que también recaen estos en sus familiares y amigos, también se esta manteniendo un desconocimiento por parte de la sociedad y población vulnerable de toda aquella información relacionada con ambos trastornos, ya que esta no es brindada por ninguna autoridad ni personal de la Secretaría de Salud a pesar de tener conocimiento de su presencia y proliferación en el Distrito Federal y algunos estados de la República Mexicana como Veracruz, Oaxaca, entre otros; por todo lo anterior nos surge la inquietud de saber ¿Por qué es importante que los adolescentes de 15 a 18 años que cursan el nivel medio superior en el Centro de Estudios Tecnológico Industriales y de Servicio No. 53, tengan información sobre anorexia y bulimia nerviosa?

1.3 OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Conocer la información que tienen los adolescentes de 15 a 18 años que cursan el nivel medio superior en el centro de estudios tecnológicos industriales y de servicio No. 53 sobre anorexia y bulimia nerviosa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Realizar una investigación documental que nos permita saber que son los Trastornos Alimenticios, establecer la diferencia que hay entre anorexia y bulimia nerviosa, como han ido evolucionando ambos trastornos, las características de cada uno, los factores que los generan, el por qué los adolescentes son la población de mayor riesgo, las consecuencias que producen, tratamientos recomendados para cada una y si hay estadísticas de estos dos trastornos en nuestro país.
- Realizar una investigación de campo en el Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicio No. 53 con los adolescentes de 15 a 18 años que cursan el nivel medio superior.

- Aplicar un instrumento a los adolescentes de 15 a 18 años que cursan el nivel medio superior en el Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicio No. 53, para saber el tipo de información que tienen de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.
- Analizar la información recabada por medio del instrumento aplicado a los adolescentes de 15 a 18 años que cursan el nivel medio superior en el Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicio No. 53.
- Exponer información breve y clara sobre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa a los adolescentes de 15 a 18 años que cursan el nivel medio superior en el Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicio No. 53.
- Detectar a los adolescentes de 15 a 18 años que cursan el nivel medio superior en el Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicio No. 53, que están en riesgo de padecer alguno de estos trastornos.
- Presentar las propuestas generadas durante la investigación documental y de campo para proporcionar alternativas de solución al problema de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

1.4 HÍPOTESIS:

Si los adolescentes de 15 a 18 años que cursan el nivel medio superior en el centro de estudios tecnológicos industriales y de servicio No. 53 obtuvieran mejor información sobre anorexia y bulimia nerviosa, contarían con elementos para prevenir y actuar a tiempo ante la presencia de dichos trastornos.

1.5 METODOLOGÍA:

Para la realización del proyecto de tesis llevaremos a cabo la realización de las siguientes actividades:

1. Lo primero será la delimitación del tema que abordaremos, definiendo el lugar en donde se llevará a cabo el proyecto y el tipo de población con la que trabajaremos.
2. Los objetivos nos ayudarán a visualizar claramente lo que queremos obtener del tema.
3. Realizaremos una investigación documental sobre el tema a tratar, la cual será de fuentes bibliográficas, vía Internet y a través de las instituciones que tratan los trastornos alimenticios.
4. Elaboración de un instrumento para los adolescentes que contengan preguntas relacionadas con anorexia y bulimia nerviosa.

5. Aplicaremos el instrumento a una muestra de 496 alumnas que cursan el nivel medio superior en el plantel Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicio No. 53 de ambos turnos.
6. Utilizaremos la observación no participativa para detectar si las respuestas del cuestionario son ciertas o falsas.
7. Elaboración de trípticos informativos que serán distribuidos a la población en cada sesión informativa.
8. Impartiremos una plática informativa a varios adolescentes de 15 a 18 años que cursan el nivel medio superior en el Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicio No. 53 del turno vespertino para que tengan mejor información sobre anorexia y bulimia.
9. Tabular y analizar los resultados obtenidos con el instrumento aplicado.
10. Realizaremos gráficas porcentuales de las preguntas más sobresalientes para nuestra investigación.
11. Elaboraremos conclusiones de los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento.
12. Elaboraremos propuestas como alternativas de solución al problema de bulimia y anorexia nerviosa.

CAPÍTULO 2. ¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN?

Los Trastornos de la Alimentación son considerados una de las enfermedades más emblemáticas de nuestro tiempo, por lo que éstos deberían ser el punto de partida de una reflexión sobre el papel nutricional de los hábitos alimenticios, ya que nuestra forma de vida actual es el resultado de acciones realizadas por mujeres y hombres que nos han precedido y que futuras generaciones repetirán.

Cada época histórica designa un modelo estético del cuerpo, basados en determinados estereotipos e ideales que marcan el límite de lo bello y lo feo; actualmente el ideal de algunas mujeres es estar más delgadas de lo que su cuerpo tiende a ser naturalmente, por lo que adoptan actitudes incorrectas en relación con la comida, hasta convertirse en una obsesión permanente y su primera manifestación es: "La dieta por decisión propia", ésta decisión aparentemente inocente es adoptada por moda o interés de quererse ver bien, pero ello las puede llevar a sufrir serias consecuencias (depresión, pérdida de la autoestima, dificultad de inserción social, deterioro de la personalidad, problemas en el colegio, trabajo, con la familia y con la sociedad, así como la muerte y/o suicidio).

Al realizar una dieta la mayoría de las veces lo que pesa, no son los kilos de más, sino los problemas de otro tipo (psicológicos, emocionales, biológicos, sociales y culturales), más difíciles de reconocer y que no tienen nada que ver con el grado de felicidad ideal, según nuestro peso y estatura. En ocasiones también se inicia una dieta con el fin de ser más populares o atractivos, para estar acorde con los cánones de belleza imperantes, pero si esto no se tiene bajo control, puede desembocar en algo serio como un Trastorno de la Alimentación.

Es importante tener en cuenta que muchas veces en la comida o ausencia de ella se deposita la falsa esperanza de resolver los conflictos que generan angustia en la vida como los: emocionales, educativos, profesionales, sociales y familiares, así que el significado psicológico de la comida se extiende más allá de los poderes nutritivos, además de su dependencia física, los seres humanos tienen asociaciones emocionales fuertes hacia la comida, adquiriendo un significado desmesurado y esclavista a rituales extraños y poco saludables en torno a la comida, además de que el contexto sociocultural actual, premia a la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura, por lo que es importante recordar que cuando hablemos de un cuerpo espectacular o ideal, no nos referimos a un ideal de salud o bienestar, sino de la moda imperante en estos momentos.

Como veremos más adelante el enorme auge del culto al cuerpo y las imágenes de extrema delgadez impuestos por la publicidad y la moda como un ideal de belleza generan el alarmante incremento de los Trastornos de la Alimentación entre los adolescentes vulnerables por su entorno familiar y algunos rasgos de la personalidad de cada uno que hacen a algunas personas más propensas a presentar éste tipo de

enfermedades, causadas por la preocupación excesiva del peso corporal y el aspecto físico, en donde las personas colocan a la comida como el centro de su vida generando así el padecimiento de un Trastorno de la Alimentación.

2.1 TRASTORNOS ALIMENTICIOS:

Los Trastornos de la Alimentación son alteraciones en la alimentación que siempre van acompañados de problemas emocionales, sus consecuencias pueden ser graves, tanto para la salud física como para el aspecto emocional y social de quienes los padecen y para sus familias. (1)

Se dice que los estos interfieren en el bienestar físico, emocional o social de la persona, cuando producen complicaciones médicas severas, desorganizan la vida de la persona en todos los ámbitos y por ello buscan ayuda (2), pues son enfermedades crónicas, progresivas y mortales que pueden pasar varios años antes de ser detectadas por las personas que rodean al paciente.

Las personas que sufren alguno de estos llegan a estar tan obsesionadas con la comida y el comer, que disponen de poco o nada de tiempo para pensar en estar bien y mucho menos tienen las condiciones de estabilidad emocional mínimas para tener un buen desempeño en su actividad, laboral o social. (3)

Algunas de las características de los Trastornos de la Alimentación son:

- ❖ Baja autoestima
- ❖ Conceden una importancia excesiva al aspecto aprobado por el resto
- ❖ Pretenden siempre agradar a los demás y
- ❖ Sienten un temor exagerado a engordar. (4)

Estos se clasifican de acuerdo con las conductas y con las consecuencias que estas producen y según el conjunto de síntomas presentados en cada uno, los cuales son:

- ❖ La pica: Apetito depravado; Alteración del organismo que conduce a la persona a ingerir sustancias no comestibles y en ocasiones, peligrosas para la salud (gis, tierra, ladrillo, etc.)
- ❖ Anorexia nerviosa: Pérdida del apetito, notable.

1. Plazas de Creixell, Maite. Prevenir la anorexia y bulimia. Los 3 cuadernos de nutrición. Vol. 20 Sep- oct. 2003. Pág. 13.

2. Abraham, Suzanne y Llewellyn – Jones, Derek. Anorexia y Bulimia: Desórdenes alimentarios. Editorial, El libro de bolsillo, Alianza editorial. Madrid. 1994. Pág. 22.

3. Crispo Rosina, Eduardo Figueroa y Diana Guelar. Anorexia y bulimia. Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Editorial, Gedisa- Divulgación y Autoayuda. España. 2001. Pág. 59.

4. Palma, Escandón Marcela. Trastornos de la conducta alimentaria. Cuadernos de nutrición. Vol.20, No.5, Sept-Oct. 1997. Pág. 8.

- ❖ Bulimia nerviosa: Hambre morbosa exagerada.
- ❖ Ingesta compulsiva: Es la ingesta de alimentos sin control.
- ❖ Trastorno por atracón: Ingesta de una enorme cantidad de alimentos ricos en hidratos de carbono en muy poco tiempo y los (5)
- ❖ Trastornos de la Alimentación no específicos. Se abordarán más adelante

De los cuales sólo abordaremos la Anorexia y la Bulimia Nerviosa por que ambos son de nuestro interés.

En los Trastornos de la Alimentación podemos encontrar diferentes manifestaciones clínicas, las cuales son:

- ❖ Las Alteraciones de la Conducta, en particular la ingestiva, que se caracteriza por una considerable pérdida de peso autoinducida en la que se sigue una dieta rigurosa que restringe alimentos con alto contenido calórico, además de haber una preocupación constante por el mismo, para lo que realiza una serie de conductas dirigidas a adelgazar.
- ❖ Las Alteraciones Cognitivas, algunos ejemplos de éstas son:
 1. Generalizaciones excesivas "cuando comía hidratos de carbono estaba gorda, luego no los debo de comer jamás".
 2. Magnificación de las conductas negativas "si aumento un solo kilo, perderé totalmente el control sobre mi peso".
 3. Pensamiento dicotómico "sino controlo mi alimentación, no la podré controlar en absoluto".
 4. Ideas de auto referencia "cuando como todo el mundo me mira".
 5. Pensamientos infundados e ignorantes y sentimientos de ineficacia hacia su persona "soy una gorda que no sirvo para nada".
- ❖ Los trastornos psicopatológicos: Son alteraciones de la corporalidad, es decir, alteraciones de la imagen corporal "estoy hecha una vaca".
- ❖ Las complicaciones médicas, las cuales son muy numerosas y afectan prácticamente a todos los sistemas del cuerpo, por lo regular éstas complicaciones son el resultado de la pérdida de peso y de la desnutrición que sufre el enfermo. (6)

-
5. Serrato Azat, Gloria. Anorexia y bulimia: trastornos de la conducta alimentaria. Editorial. Libro – Hobby – Club, S.A. Madrid – España 2000. Glosario.
 6. García – Campa, Eduardo. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa bulimia nerviosa, obesidad. Editorial, Masson. Primera edición. 2001. Barcelona – España. 2002. Págs.

Los trastornos alimenticios están clasificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). En el siguiente cuadro se muestran las dos clasificaciones.

Trastornos de la conducta alimentaria (CIE-10)		Trastornos de la alimentación (DSM-IV)	
Categorías principales	Subtipos	Categorías principales	Subtipos
Anorexia Nerviosa	Anorexia Nerviosa Atípica	Anorexia Nerviosa	Tipo restrictivo Tipo acceso de ingesta/ Vómitos
Bulimia nerviosa	Bulimia nerviosa Atípica	Bulimia Nerviosa	Tipo con vómitos Tipo sin vómitos
Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	Vómitos en otras alteraciones psicológicas. Otros trastornos de la conducta alimentaria. Trastornos de la Conducta Alimentaria sin especificación	Trastorno efimentario no Especificado en otro lugar.	

Fuente: Gloria Serrato, Azat. Anorexia y Bulimia: Trastornos de la conducta alimentaria. Pág. 33.

2.2 ANOREXIA NERVIOSA.

La palabra anorexia proviene de los vocablos griegos an-privativa y orexis-apetito que significa "pérdida del apetito", mientras que el adjetivo nerviosa expresa su origen psicológico (7); Sin embargo se puede decir que dicho término es equivoco o engañoso, por que en realidad se tiene un apetito normal, en su primera etapa, donde sólo restringen los alimentos ricos en grasa y azúcares principalmente, en la etapa más avanzada el aparato digestivo se cierra impidiendo el paso de los alimentos porque algo en su interior las motiva a querer adelgazar más y más, independientemente de cual sea su peso real, así llega un momento en que incluso la sola idea de forzar la ingesta les provoca un enorme rechazo físico con la consecuente aparición de náuseas y vómitos reduciendo primero y suspendiendo después la ración alimentaria con el consiguiente enflaquecimiento y las complicaciones que suelen sobrevenir por un cuerpo debilitado y una nutrición insuficiente o nula. (8)

Esta enfermedad se caracteriza por el miedo intenso a ganar peso y por tener una imagen distorsionada del propio cuerpo, por lo anterior la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que es una enfermedad que genera una pérdida de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo, el cual niega la enfermedad y se percibe gorda (o) en alguna parte de su cuerpo, a pesar de presentar un aspecto esquelético. (9)

La anorexia nerviosa se divide en dos tipos según el DSM-IV, los cuales son:

- **Tipo restrictivo:** Durante el episodio de anorexia nerviosa la persona, sólo utiliza el ayuno y la disminución exagerada de la ingestión de alimentos para controlar su peso, sin llegar a utilizar la provocación del vómito, uso de laxantes, diuréticos o enemas. Estas personas suelen caracterizarse por un mayor perfeccionismo, rigidez, hiperresponsabilidad y sentimientos de ineficacia.
- **Tipo compulsivo-purgativo:** Durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona realiza periodos de ayuno y periodos en que come en forma compulsiva y se provocan el vómito, se purgan o se aplican enemas después de los atracones como método para controlar su peso. Estas personas tienen más probabilidades de presentar problemas de control de los impulsos, de abusar del alcohol u otras drogas, de manifestar más labilidad emocional (cambios bruscos de humor) y de ser activos sexualmente. Además presentan una historia previa de obesidad y sobrepeso premórbido. (10)

7. http://www.uv.mx/psicysalud/numero_12/Gfelix.html

8. Gómez, Paloma. Anorexia nerviosa: la prevención en la familia. Editorial, pirámide, Colección salud integrada, Madrid - España. 1996. Pág., 28.

9. Rauseh Herscovici, C. y Bay, L. Anorexia y bulimia. Editorial, paidós. Buenos Aires. 1993. Pág. 98.

10. Palma Escandón Marcela. Ibid. Pág. 8.

Evolución.

Esta enfermedad no se manifiesta de un día para otro pues como hemos dicho al principio las pacientes eliminan algunos alimentos que consideran malos como los refrescos, frituras y golosinas, aunque en primera instancia esto no es incorrecto, pero al mismo tiempo incrementa su actividad física, el consumo excesivo de agua y el interés por conocer el contenido energético de los alimentos que ingieren y conforme pasa el tiempo, eliminan alimentos de importancia para tener una buena nutrición como los lípidos o grasas (chocolates, helados, dulces) y tiempo después hablan a cerca de que las carnes no son buenas o no les agradan, sosteniendo la convicción de convertirse en vegetarianos, pero sin cumplir con las características de este tipo de alimentación y la poca proteína que consumen la pueden obtener del queso fresco o del yogurt, algunos cereales integrales muy pocas verduras y frutas destacando: lechuga, pepino, zanahoria y jitomate; pero al mismo tiempo realizan ejercicio excesivo, hasta volverse un hábito incorregible y por supuesto su dieta esta deteriorada, manifestado por su extrema delgadez.

Por lo anterior este trastorno casi siempre empieza con la dieta de cada día, que suele formar parte de la vida de cualquier adolescente, a diferencia de lo que ocurre en las dietas normales, las cuales finalizan cuando el peso deseado es alcanzado, en cambio en este caso, la dieta y la pérdida de peso continúan hasta por debajo del límite correspondiente a su edad y altura. Se sabe que al principio las anoréxicas inician una dieta para perder kilos, lo que las hace sentir más ágiles, esbeltas y satisfechas consigo mismas y deciden llegar más allá, hasta que se les va de las manos el control de la dieta; por ello en ocasiones es difícil para los familiares de las pacientes, identificar cuando pasan éstas de una dieta moderada y baja en calorías a una hipocalórica, además de que la evolución de la enfermedad está marcada por ciclos de recuperación y recaída que pueden ser variables, transitorios o crónicos e incluso se cree que en los casos favorables su evolución rara vez dura más de dos o tres años, pero en los casos crónicos puede provocar la muerte de la persona que padece este trastorno.

Las anoréxicas alteran su forma de comer pues olvidan las normas sociales relativas al buen comer, ello se puede observar en los distintos métodos que utilizan para perder peso como son:

- Ingerir mínimas cantidades de calorías, en contraste con las grandes cantidades de frutas, vegetales y ensaladas que consumen.
- Toman pastillas para adelgazar.
- Consumir pequeños bocados.
- Masticación prolongada.
- Uso de cubiertos para niños.
- Partir los alimentos en plato diferente.
- Uso de laxantes.
- Vómitos.
- Adoptan conductas de purga.

- Ejercicio físico excesivo.
- Evitar comer con la familia o amigos.
- Esconder la comida.
- Tirar los alimentos al sanitario.
- Dar los alimentos a alguna mascota.

Por lo regular se dice que las anoréxicas no se aceptan como son, toman su cuerpo como algo que se puede moldear a voluntad y piensan en los alimentos en dos sentidos:

1. Con afán de coleccionar recetas de cocina y ofrecerlas a sus familiares pues a pesar del rechazo que dicen sentir hacia ellos, su interés por éstos va incrementando y
2. En su relación de ganancia de peso pues creen que los alimentos tienen cualidades o defectos diferentes a los científicamente reconocidos; También tienen una excesiva sumisión, adquisición de estereotipos de la moda, una notable credibilidad a los medios de comunicación y sus mensajes relacionados con la belleza, peso y figura.

Para que una persona pueda ser diagnosticada como enferma de anorexia nerviosa debe cumplir con los siguientes criterios, de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y por la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) que a continuación mencionamos:

Criterios del DSM-IV:

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso/a, incluso, estando por debajo del peso normal.
3. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
4. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; Por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales. (11)

Criterios del CIE-10:

1. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal menor de 17.5).

11. E. Harnes Robert, Stuart C. Yudofsky, John A. Talbutt. DSM-IV: Tratado de psiquiatría. Editorial, Masson. Tercera edición. Estados Unidos. 2000. Pág. 989.

2. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de la evitación del consumo de alimentos que engordan induciéndose: a) vómitos auto provocados, b) purgas intestinales, c) ejercicio excesivo, d) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos. Distorsión de la imagen corporal, caracterizada por el pavor ante la gordura o 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.
3. 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.
4. Si el inicio del trastorno es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso se detiene (cesa el crecimiento en las mujeres de las mamas y hay amenorrea primaria y en los varones persisten los genitales infantiles). (12)

Es importante hablar de un Diagnóstico Diferencial, ya que el pronóstico de la anorexia puede depender de la exactitud y rapidez con que se establezca este pues hay que decir que los criterios que maneja el DSM-IV y CIE-10 para diagnosticarla se complica, ya que las enfermas tienden a la negación de síntomas, el secretismo alrededor de los rituales alimentarios que utilizan y a la resistencia a buscar ayuda o tratamiento, lo que no permite que se puedan diagnosticar fácilmente ciertos casos de este tipo de trastorno. Así también hay que aclarar que la pérdida del apetito es un síntoma frecuente de una gran variedad de padecimientos fisiológicos y mentales como las enfermedades gastrointestinales, hepáticas, trastornos ansiosos, de carácter fóbico, depresión, obsesivo-compulsivo y la esquizofrenia; por lo que el diagnóstico de la anorexia resulta fácil en aquellas que llevan cierta evolución del trastorno, cuya confirmación se obtiene por medio del DSM-IV y CIE-10 como ya hemos mencionado, pero el problema está en aquellas personas que apenas inician con éste trastorno y que no son fáciles de detectar, así que en ellas se debe tomar en cuenta esta diferenciación como una alternativa para su pronta detección.

A continuación planteamos aquellos aspectos que nos permiten identificar a las personas que comienzan a desarrollar anorexia nerviosa, tomando en cuenta el diagnóstico diferencial:

1. Se debe tomar en cuenta la presencia de aquellas enfermedades caracterizadas por la pérdida de peso como el hecho de padecer algún tumor, linfoma, problema intestinal crónico.

12. Serrato Azat, Gloria. Ibid. Págs. 84 – 85.

2. Deben tomarse en cuenta los síntomas provocados por los trastornos depresivos, obsesivos compulsivos, fobias sociales, distorsión corporal y esquizofrenia, las cuales tienen características que pueden relacionarse con la anorexia nerviosa. (13)

2.3 BULIMIA NERVIOSA.

La palabra bulimia deriva del griego bous (buey) y limos (hambre) y significa tener el apetito de un buey; este es el término que se utiliza de forma abreviada para hablar de bulimia nerviosa, la cual es un desorden alimenticio causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Se caracteriza por presentar episodios repetidos de ingesta excesiva, seguida de provocación de vómito, uso de laxantes, dietas exageradas y abuso de ejercicio para controlar el peso (14), aparece sobre todo en adolescentes, en especial en las mujeres, debido a diferentes mecanismos psicológicos, el más obvio es la respuesta a la presión social que valora la delgadez como atractivo físico, pero también por las dificultades para asumir un cuerpo sexuado.

Al inicio del atracón los pacientes casi siempre están ansiosos, estresados, tensos, lo que se desencadena por el deseo de comer cosas prohibidas, estos al principio se suelen dar cuando no están los padres en casa, en los fines de semana y a escondidas; en ocasiones los atracones no son nocturnos o solitarios, sino que se pueden dar durante el día e incluso ante personas, sobre todo cuando ya se conoce la enfermedad por los demás. Estos se caracterizan por ser bruscos, descontrolados o preparados con tiempo, pueden ser diarios y repetidos, aunque lo común es uno por día. Cada atracón dura unos minutos o varias horas en forma ritualista, además estos no suceden únicamente por su falta de voluntad, sino por complejas causas psicológicas, biológicas y culturales que las enfermas deben aprender a enfrentar y por último este terminará cuando aparecen malestares estomacales, cansancio o hay alguna interrupción.

En el DSM-IV encontramos que la bulimia nerviosa se subdivide en dos tipos los cuales son:

- **Tipo purgativo:** Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo recurre al vómito, el uso de laxantes, diuréticos y enemas; Presentando más distorsión de la imagen corporal, mayor deseo de estar delgadas, más patrones anómalos alimentarios y enfermedades psicológicas (depresión y obsesiones) que las de tipo no purgativo.

13. I. Kaplan, Harold. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta psiquiátrica clínica. Octava edición. España. Pág., 827.

14. <http://www.adolescentesxlavida.com.ar/&b1.htm>

- **Tipo no purgativo:** Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito, ni uso de laxantes, diuréticos o enemas en exceso. (15)

Evolución.

La bulimia se caracteriza por un irresistible impulso a la ingesta episódica e incontrolable, compulsiva y rápida de grandes cantidades de alimentos ricos en calorías durante un período viable de unos minutos a horas, durante los cuales el paciente experimenta una pérdida de control sobre la conducta alimentaria, existiendo durante el mismo una dificultad para parar de comer durante los episodios de voracidad; además la ingesta desmesurada produce una sensación de hinchazón, malestar físico en la región abdominal, así como sensaciones nauseosas por la plenitud, lo que junto a los frecuentísimos sentimientos de culpa y vergüenza generan depresión y autodesprecio, originando todo ello el vómito inducido para disminuir el malestar físico y evitar la digestión de lo ingerido. Cuando no consiguen el vómito, usan los laxantes o diuréticos o el riguroso ayuno posterior para controlar su peso por miedo a engordar, llegando a generar un círculo vicioso del cual no pueden salir, ya que su patrón caótico de alimentación domina sus vidas. (16)

Así el curso de la enfermedad suele ser crónico e intermitente a lo largo de varios años pues además de estar la paciente en un peso promedio o por encima de éste, niegan la conducta, preocupándose sólo por su figura corporal y su apariencia, por como son vistas por los demás y por su atractivo sexual, es decir que pueden padecer por mucho tiempo bulimia nerviosa, sin conseguir ayuda y sin que nadie descubra su problema, lo que hace que su pronóstico de recuperación sea más lento.

La bulimia nerviosa puede comenzar como un experimento temporal en el control de peso o como asimilación de una conducta que por condiciones diferentes les hace disponible socialmente, cuando se hace visible alcanzar la categoría de desviación; Percibiendo su enfermedad como algo privado y planificando sus comilonas (atracones), buscando un lugar seguro donde puedan realizarlas.

Las bulímicas suelen dividir sus días entre buenos (no tienen ningún deseo de hacer comilonas) y malos (realizan comilonas), son conscientes de que la ansiedad, estrés o infelicidad pueden provocarles episodios bulímicos; Pero también son conscientes de que la obesidad es inevitable si siguen realizando atracones y no toman medidas para controlar su peso, sin embargo el temor que sienten hacia la gordura es tan grande como su deseo por la comida.

15. García – Campa, Eduardo. *Ibid.* Pág. 13.

16. Chinchilla Moreno, Alfonso. Anorexia, Bulimia Nerviosa. Editorial, Ergon. Madrid. 1994. Pág. 95.

Las bulímicas utilizan distintos métodos para controlar su peso como son:

- **La purga:** indica el final de un proceso difícil lleno de estrés, que permite que la persona sienta que otra vez tiene el control, aunque sea por un corto período; Sin embargo la sensación de tener el control es un aspecto que refuerza el hábito de purgarse. Purgarse antes de comer tiene la finalidad de volver aceptable la comida, mientras que la purga posterior se usa para corregir los excesos. (17)
- **El vómito:** son comunes y normalmente se inducen introduciéndose los dedos en la garganta, aunque algunos son capaces de vomitar a voluntad; este disminuye el dolor abdominal y el sentimiento de estar lleno, aunque solo sale el 30% de lo ingerido y el cuerpo absorbe el 70% de lo consumido. (18)
- **Laxantes y diuréticos:** ayudan a la bulímica a creer que está adelgazando, pero en realidad solo están eliminando el agua del cuerpo, el abuso intenso de estos puede provocar que el tracto digestivo se vuelva perezoso y que quizá ya no pueda funcionar sin laxantes, presentándose un círculo vicioso de abuso de estos seguido por estreñimiento. De igual modo tienden a desarrollar una tolerancia a los mismos y es posible que necesite aumentar la dosis para obtener el efecto deseado. (19)
- **Dieta restrictiva o hipocalórica:** en la que se suprimen los alimentos ricos en hidratos y por este motivo aparece una necesidad imperiosa de comerlos, provocando la manifestación del primer atracón o descontrol alimentario. (20)
- **Ejercicio físico:** utilizado para quemar calorías, es decir como una forma de purgarse. Algunas pacientes no se permiten comer sino han cumplido con su cuota de ejercicio diario (200 abdominales, subir y bajar escaleras, 3 horas en el gimnasio, etc.). (21)
- **Mericismo o rumiación:** consiste en arrojar repetidamente la comida del estómago a la boca, de donde es expulsada o masticada indefinidamente. (22)

Una persona se diagnostica como bulímica cuando reúne los criterios implícitos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y por la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) que a continuación mencionamos:

-
17. T. Sherman, Roberta y Ron A. Thompson. Bulimia: una guía para familiares y amigos. Editorial, Trillas. México. 1990. Pág. 91.
 18. I. Kaplan, Harold. *Ibid.* España. Pág. 825.
 19. T. Sherman, Roberta y Ron A. Thompson. *Ibid.* 92-93.
 20. Crispo Rosina, Eduardo Figueroa y Diana Guelar. *Ibid.* Pág. 124
 21. *Ibidem.* Pág. 125.
 22. García - Campa, Eduardo. *Ibid.* Pág. 100.

Criterios del DSM-IV:

- a. Episodios recurrentes de compulsión alimentaria (atracones). Estas compulsiones se caracterizan por:
 - 1. Comer en un período discreto de tiempo (dentro de dos horas) una cantidad de comida que es definitivamente mucho mayor a lo que cualquier persona podría comer en el mismo lapso de tiempo y en circunstancias similares.
 - 2. Sensación de falta de control sobre la alimentación durante el episodio (sensación de que no puede parar de comer).
- b. Recurrencia de conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso, como: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos, enemas u otras medicaciones, ayuno o ejercicio excesivo.
- c. Las compulsiones alimentarias y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren en un promedio de por lo menos dos veces por semana durante tres meses.
- d. Influencia excesiva de la imagen corporal y el peso en la autovaloración.
- e. El trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia. (23)

Criterios del CIE-10:

- a. Preocupación continua por la comida, deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, con 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 vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos de ayuno, anorexígenos, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar su tratamiento de insulina.
- c. El trastorno psicopatológico básico de la bulimia 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 de anorexia puede manifestarse de una forma

23. <http://www.bulimarexia.com.ar/todo.html>

florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea. (24)

El diagnóstico de este trastorno, no puede hacerse si las conductas de atracón y purga ocurren exclusivamente durante los episodios de anorexia, en tal caso se diagnostica esta de tipo compulsivo-purgativo.

El inicio del trastorno suele darse en la adolescencia, pero es más frecuente en los varones que en las mujeres. Las pacientes con trastornos de personalidad límite se dan algunas veces atracones, pero ésta conducta se asocia a otros signos del trastorno; así que se puede decir que el diagnosticar a una persona con bulimia, resulta difícil, por lo que debemos de tomar en cuenta un diagnóstico diferencial ya que los estigmas físicos en un principio son menores y el paciente puede ocultar datos sobre su comportamiento, para esto tenemos que tomar en cuenta:

1. Los trastornos gastrointestinales que van acompañados de vómitos repetidos.
2. Las alteraciones profundas de la personalidad como la dependencia a sustancias tóxicas, conducta antisocial.
3. Los trastornos depresivos.
4. Hiperfagias de causa orgánica neurológica. (25)

24. García – Campa, Eduardo. *Ibid.* Pág. 13.

25. I. Kaplan, Harold. *Ibid.* Pág. 827.

2.4 DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA.

Anorexia Nerviosa.	Bulimia Nerviosa.
No hay conciencia de la enfermedad	Hay conciencia de la enfermedad pero se oculta
Se ve una progresiva pérdida de peso	Generalmente no hay descenso del peso
La percepción del propio cuerpo no coincide con la realidad	Existe temor a engordar y culpa por comer excesivamente
Se rechazan los alimentos	Tienen atracones
Comienza a cambiar el comportamiento	Hay signos físicos que evidencian las conductas purgativas
No consulta al médico porque no se considera enfermo	Cuando consigue superar la vergüenza, consultan al médico
Conductas patológicas.	Conductas patológicas.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conducta alimentaria restrictiva o dietas severas ❖ Rituales con la comida ❖ Miedo intenso a engordar ❖ Temor a verse obligado a comer en sociedad ❖ Esconde el cuerpo debajo de ropa holgada 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Preocupación constante por la comida ❖ Acude al lavabo después de comer ❖ Vómitos auto provocados ❖ Usa fármacos para adelgazar ❖ Realiza regímenes rigurosos y rígidos
Signos fisiológicos.	Signos fisiológicos.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Falta de menstruación o retraso en su aparición ❖ Palidez ❖ Debilidad y mareo 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Inflamación de las parótidas ❖ Pequeñas rupturas vasculares en la cara o bajo los ojos ❖ Irritación crónica de la garganta ❖ Fatiga y dolores musculares ❖ Oscilaciones de peso
Cambio de actitud.	Cambio de actitud.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cambio de carácter ❖ Sentimientos depresivos ❖ Inseguridad ❖ Sentimientos de culpa y auto desprecio ❖ Aislamiento social 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Modificación del carácter ❖ Severa auto crítica ❖ Necesidad de recibir la aprobación de los demás ❖ Cambios en la autoestima

Fuente: Anorexia y bulimia: dos enfermedades silenciosas que se instalan en su hogar sin permitir la más mínima defensa. Editorial, Grupo Tomo. 2003. México. Pág. 28.

2.5 TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN NO ESPECÍFICOS:

Como bien sabemos los seres humanos tenemos una gran variedad de características, opiniones, pensamientos, necesidades, respuestas, entre otros para un mismo problema, tema o circunstancias y lo mismo sucede con los Trastornos de la Alimentación, en especial con Anorexia y Bulimia nerviosa y debido a ello se generan otros trastornos que no siguen rigurosamente los criterios diagnósticos descritos en el DSM-IV y CIE-10 para Anorexia y Bulimia nerviosa y que debido a la comprobación de su existencia el DSM-IV los define como:

Trastornos en los cuales alguien puede tener una relación alterada con la comida y no reúne los criterios de diagnóstico estrictos para la Anorexia y la Bulimia nerviosa, pero que son igualmente graves (27), cuyos ejemplos son:

1. Se encuentran todos los criterios para anorexia nerviosa, salvo que se tienen menstruaciones regulares.
2. Se encuentran todos los criterios para una anorexia nerviosa, salvo que a pesar de una pérdida significativa de peso, el peso esperado para el individuo se encuentre dentro del rango normal.
3. Se encuentren todos los criterios para una bulimia nerviosa, salvo que los atracones ocurren con una frecuencia inferior de dos veces por semana o desde hace menos de tres meses.
4. Un individuo de peso normal se embarque regularmente en comportamientos inadecuados después de comer pequeñas cantidades de comida (por ejemplo vomito autoinducido después de la ingesta de dos galletas).
5. Un individuo reiteradamente mastique y escupa, pero no trague grandes cantidades de comida.
6. Exista un desorden compulsivo: episodios recurrentes de atracones en ausencia de los comportamientos compensatorios inadecuados, característicos de la bulimia nerviosa (también se le llama BED: binge eating disorder, en inglés trastornos alimentarios por atracones). (28)

26. Tannenhous, Nora. Anorexia y bulimia. Traducción, Hugo Mariquei. Editorial plaza & Janes. Primera edición. España. 1995.

27. Crispo Rosina, Eduardo Figueroa y Diana Guelar. *Ibid.* Pág. 3.

CAPÍTULO 3. ¿CUÁNDO SURGEN LA ANOREXIA Y LA BULIMIA?

Las investigaciones realizadas revelan que los Trastornos de la Alimentación (Anorexia y bulimia nerviosa) han estado presentes en buena parte de la historia humana, sólo que sus manifestaciones han ido variando, según la época y cultura, hasta alcanzar hoy en día características bien definidas. Así que a partir de 1970 se da un incremento de la frecuencia de los casos de Anorexia y Bulimia nerviosa, originándose el despegue de todas aquellas explicaciones, investigaciones y tratamientos que pretenden dar una respuesta.

Ambos trastornos son producto de múltiples factores incluyendo los trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una sociedad Occidental en la cual hay una gran cantidad de comida, a tal grado que provoca una obsesión por la delgadez, derivando en una adicción por la misma.

A continuación presentamos una reseña histórica de la evolución que han tenido la Anorexia y la Bulimia Nerviosa:

1.1 ANTECEDENTES DE ANOREXIA NERVIOSA:

En el siglo I de nuestra era Metrodora, médica de origen Griego, escribió un tratado sobre las enfermedades de la mujer, en el capítulo dedicado a las jóvenes habla de la "sitergia" que significa rechazo al alimento, la cual es una enfermedad que comienza en el estómago y termina en los pulmones, causando la muerte en el peor de los casos. También en la época Romana la privación de alimento era utilizada como método anticonceptivo.

Del siglo V al XVI, es en la literatura teológica donde se encuentran casos de mujeres jóvenes que ayunaban hasta el total rechazo del alimento, éstas conductas eran consideradas como signo de elección divina o de posesión demoniaca, conduciéndolas a la canonización o a la hoguera, siendo la mayoría de las veces canonizadas, así pues el control del apetito en éste periodo connotaba religiosidad, convicción, obediencia, castidad y pulcritud. El ayuno extremo era practicado por los penitentes, generalmente mujeres que repudiaban los placeres terrenales, por ejemplo: Liduina de Shiedam, Santa del siglo XIV o la Santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, las cuales deseaban verse liberadas de la atención masculina; Pero el caso de Juana de Arco (1412-1431), generó serias dudas a cerca de su sexo, debido a la ausencia de menstruación y carencia de pechos, hechos que fueron muy tenidos en cuenta para la decisión de llevarla a la hoguera por hechicera, esto se debió a los estrictos ayunos a los que se sometió desde su infancia, cuando se sintió llamada por Dios, para salvar su patria. (1)

hoguera por hechicera, esto se debió a los estrictos ayunos a los que se sometió desde su infancia, cuando se sintió llamada por Dios, para salvar su patria. (1)

La primera descripción clínica de Anorexia Nerviosa, se atribuye al médico Inglés Thomas Morton, en el siglo XVII (1689), en ésta época se consideraba como una enfermedad neurológica, es decir, del sistema nervioso, sus principales síntomas son la falta de apetito y la pérdida de peso, llevándolo a describirla como Consunción nerviosa, cuyas características son:

- ❖ Amenorrea
- ❖ Trastornos del apetito
- ❖ Estreñimiento
- ❖ Delgadez extrema y
- ❖ Tendencias a trabajar ininterrumpidamente a pesar de la caquexia (mala constitución física o desnutrición). (2)

Morton no pudo detectar ningún signo patológico, a parte de una hipotermia, además de que el paciente está en la constante negativa de aceptar algún tratamiento. (3)

En 1854 Elizabeth de Austria, mejor conocida como Sisi, también llamada la Emperatriz de las anoréxicas, por que su pensamiento siempre fue el de ser una mujer "diferente" y para ello eligió el camino del culto al cuerpo, buscando siempre el prototipo de delgadez que en un principio nada tenía que ver con los patrones estéticos femeninos de su época, pues era notablemente alta (1.75 metros), pero nunca peso más de 45 kilos y en su palacio, junto a su recámara disponía de una sala de gimnasia, en la que realizaba diariamente su ración de ejercicio físico, a la vez que practicaba distintos deportes con desmesura y su restricción alimentaría fue permanente.

Sir William W. Gull (1869-1874), empleó por primera vez el término Anorexia Nerviosa en una conferencia pronunciada en Oxford. En la misma época se produce la descripción de dicha enfermedad, calificándola de "Inanición Histérica" y considerándola una enfermedad psicológica que afecta especialmente a mujeres jóvenes, las cuales fueron tratadas en Instituciones Médicas, presentando las siguientes características clínicas:

- ❖ Adelgazamiento morbososo
- ❖ Amenorrea
- ❖ Estreñimiento
- ❖ Ritmo cardíaco lento

1. Gómez, Paloma. Ibid. Pág. 20
2. Serrato Azat, Gloria. Ibid. Pág. 24.
3. Chinchilla Moreno, Alfonso. Ibid. Pág. 20

- ❖ Descenso de la temperatura del cuerpo (hipotermia)
- ❖ Edema o hinchazón en las piernas y
- ❖ Coloración azul y a veces negruzca de la piel. (4)

Gull destacó su típica aparición en la Adolescencia, los efectos del agotamiento calórico sobre los signos vitales, su preponderancia entre las mujeres y la importancia de intervenir oportunamente y con atención profesional especializada; También señala que el trastorno puede afectar a varones. Así mismo rechazó el término "Histérica", sustituyéndolo por "nerviosa", al negar la implicación del útero en la Anorexia y defenderla del sistema nervioso; Además señalaba que la supuesta falta de apetito de la Anorexia, se debía a un estado mental mórbido. (5)

Ernest Charles Lassegúé (1873-1874), neurólogo Francés publica su artículo "De l'anorexie hystérique", en el que señala que la Anorexia está asociada a trastornos digestivos generales del apetito; Varios de sus escritos se centran en la inanición. (6)

Lassegué ilustra especialmente las distorsiones cognitivas como la negación y trastornos de la imagen corporal, tomando en cuenta un optimismo inagotable, frente al cual las súplicas y las amenazas son inútiles, según mencionaban sus pacientes.

Distingue los siguientes tipos de Anorexia:

- ❖ Pérdida del apetito sin repugnancia, con lamentación del enfermo por no sentir la necesidad de tomar alimento.
- ❖ Aversión por determinados alimentos.
- ❖ Repugnancia por todos los alimentos de intensidad variable.
- ❖ Trastorno del apetito de carácter ilusorio.
- ❖ Tienen un apetito disminuido y están convencidos de que la comida les es perjudicial. (7)

Jean Martín Charcot (1885) fue el primero en señalar el miedo a la obesidad como responsable de la motivación anoréxica hacia el ayuno. Además de relacionar factores socioculturales de carácter esencialmente religioso que funcionarían como agentes precipitantes de ayuno y en su caso como mantenedor de la Anorexia. (8)

4. Carrato Azat. Gloria. Ibid. Pág.22.

5. UNAM. ENEP Campus Aragón. Bulimia y Anorexia: en busca del cuerpo perfecto. Video reportaje que, para obtener el título de Licenciado en Comunicación y Periodismo. Presentan: Sánchez García José Alejandro y Valadez García, Juana Azucena. Asesor: Rodríguez Bermúdez, Luis Manuel México 2003. Pág. 29.

6. Idem

7. Chinchilla Moreno. Alfonso. Ibid Pág. 23.

8. UNAM. ENEP Campus Aragón. Ibid. Pág. 30.

Sigmond Freud (1893-1895) menciona la neurosis de la alimentación en el manuscrito "melancolía", publicado en 1950, describiendo a la Anorexia nerviosa como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía. Describe un caso de Anorexia tratado con hipnosis; Es decir que dicho autor se enfoca al estudio de la neurosis, relacionándola así con la Anorexia nerviosa.

Simmonds (1914), Patólogo Alemán, que define a la caquexia hipoficiaria y considera una deficiencia endocrina, a través de describir a una paciente caquética a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción de pituitaria y durante los siguientes treinta años reinó la confusión entre insuficiencia pituitaria y Anorexia nerviosa. (9)

Hilde Bruch (1962), estadounidense nacida en Alemania y formada en el Psicoanálisis. Trabajó durante tres décadas con anoréxicas y realizó importantes investigaciones que aportó al estudio de la obesidad en la infancia y adolescencia. Ella destacó el trastorno de la imagen corporal y un defecto en la interpretación de los estímulos corporales, tales como los signos de necesidad nutricional. También describe en los pacientes una sensación paralizante de ineficacia que la atribuye al fracaso de los padres, adjuntándosela a ella misma (paciente), describiéndola como un "gorrion en una jaula de oro".

Bruch sostiene que la Anorexia nerviosa debe ser comprendida en términos del desarrollo de la personalidad total y en el contexto de la familia, antes que en términos de desarrollo psicosexual. También influye de manera importante en la descripción que por primera vez se incluye en el DSM-III (Sistema de Diagnóstico Médico), Manual de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos que contiene criterios diagnósticos especiales de los trastornos mentales. (10)

En 1994, el DSM-IV es la fuente con más consenso en la comunidad científica, en lo que se refiere a diagnóstico de enfermedades mentales.

La evolución de la Anorexia nerviosa se produce a través de tres etapas:

- ❖ En la primera la paciente manifiesta su malestar al comer, restringe los alimentos, aumenta su actividad física y recibe toda clase de presiones por parte de sus padres a incrementar su alimentación.
- ❖ La segunda etapa contempla el empeoramiento del estado mental de la paciente, obliga a la intervención médica, limita sus conversaciones al tema de la alimentación, la menstruación se hace irregular o insuficiente y la constipación intestinal se hace muy intensa.
- ❖ En la tercera fase el deterioro físico es evidente la aparición de amenorrea, sed persistente, piel pálida y seca, constipación persistente, atrofia gástrica, anemia, vértigo y desmayos.(11)

9. <http://www.monografias.com/trabajos/buliano/buliano>.

10. Serrato Azat, Gloria. Ibid. Pág. 23.

11. UNAM. ENEP Campus Aragón. Ibid. Pág. 29.

Así que como podemos ver la evolución de la anorexia nerviosa es bastante larga, pues como se dijo anteriormente, ésta inicia desde la época Romana y no es sino hasta nuestros días que el tema de anorexia nerviosa ha tomado gran importancia, ya que cada vez son más los casos médicos relacionados con este trastorno alimenticio; Debido a los múltiples factores que generan su proliferación y que más adelante daremos a conocer ampliamente.

3.2 ANTECEDENTES DE BULIMIA NERVIOSA:

Ahora toca la reseña histórica de la evolución de bulimia nerviosa. Desde tiempo atrás el peso corporal ha sido inconscientemente asociado con valores socioculturales. Siempre se le otorgó al cuerpo un lenguaje simbólico, en la antigüedad la delgadez fue asociada con espiritualidad y misticismo, ahora la delgadez se asocia con la belleza y éxito social.

Iniciamos ésta reseña histórica, aclarando que hay autores que consideran a la bulimia nerviosa como una enfermedad relativamente nueva, pues alcanza su autonomía como trastorno en la última década del siglo XX; Sin embargo hay que hacer notar que basta recordar la historia Romana y sus festines, para saber que la Bulimia ya existía, aunque no con la misma connotación de hoy en día, pero era practicada por los Romanos de las clases sociales altas o pertenecientes al poder, cuyo lema era: "Vomitara para comer y comer para vomitar". (12)

En el Talmud (400-500 a.c.) el término *boolmut* se utiliza para describir un síndrome de una persona agobiada por el hambre, ésta era considerada de peligro mortal.

Galeno describió la "Kynos orexia" o hambre canina como sinónimo de bulimia, considerándola como consecuencia de un estado de ánimo anormal. (13)

Aurelianus describió al hambre mórbida como un apetito feroz con deglución en ausencia de masticación y vómito auto provocado. En éstos enfermos eran evidentes las grandes glándulas parótidas y la existencia de caries, estos signos son característicos de la bulimia nerviosa y son consecuencias médicas del vómito auto provocado. El vómito fue utilizado como método de castigo y penitencia por religiosas en la época feudal. La historia cuenta que la monja Caterina de Siena (1380) evacuaba sus culpas a través del vómito y del abuso de hierbas con acción diurética. La bulimia fue concebida como un desorden somático causado por humores fríos, parásitos intestinales, lesión cerebral o simplemente como una anomalía congénita. (14)

12. Serrato Azat, Gloria. Ibid. Pág.24.

13. <http://www.monografias.com/trabajos/buliano/buliano>.

14. <http://www.nutrinfo.com.ar/pagina/info/anorexi2.html>

Históricamente, el trastorno bulímico tuvo mucho menor atención que el anoréxico, aunque con frecuencia se superponga a éste o forme parte del mismo y es en la década de los 70's cuando se ve ampliar la preocupación por el fenómeno de este trastorno, pero la atención de los interesados se limita a la bulimia de anoréxicos y obesos. Sólo al final de la década empieza a valorarse como entidad autónoma.

James 1743, empleó el término "boulimus" en asociación con caninus appetitus y fames canina, para describir la forma en que la persona vomitaba como un perro para aliviar el estómago, luego de ingerir demasiada comida. (15)

A inicios del siglo XIX los diccionarios médicos describieron a la bulimia como una curiosidad médica o un síntoma de otras enfermedades, sin embargo la definen como la presencia de apetito voraz seguido de vómito propio de la histeria y del embarazo.

En ésta época la delgadez no era considerada atractiva, pero el aspecto rozagante de la mujer regordeta, empezó a adquirir fama de poco saludable a medida que había más comida y casi todos se alimentaban bien, por lo que las clases altas, llevadas por el deseo de establecer una diferencia con la clase campesina, comenzaron a imitar modelos más esbeltos y refinados. La esbeltez iba asociada a la autodisciplina, a la abnegación y el autocontrol, mientras que la gordura era sinónimo de glotonería, codicia y haraganería.

Las mujeres fueron valoradas en función de su belleza física, por ejemplo en la época Victoriana sufrían una tortura corporal al forzar sus cuerpos a entrar en corsés tan pequeños que frecuentemente se desmayaban, por lo que se contaba con sillas especiales para esos desmayos por lo usual de su presencia. Además, muchas mujeres sufrieron fractura de costillas al ser presionadas en esos corsés, cuyo propósito era hacerlas lucir bellas. (16)

A finales del siglo XIX, el cuerpo regordete de la época Victoriana, dio paso a una figura más atlética, donde las mujeres adoptaron una nueva manía, la buena condición física. El ciclismo, el remo, el tenis y los ejercicios de calentamiento, adquirieron gran popularidad, pues se suponía que eran la panacea que curaba todo tipo de afección: Sea la corpulencia, la histeria o los trastornos nerviosos.

De éste modo, los corsés se volvieron más holgados, las mujeres empezaron a usar faldas más cortas que mostraban los tobillos y a veces, para andar en bicicleta, hasta llegaron a usar pantalones bombachos. El cuerpo, después de pasar siglos asfixiado, cubierto, envuelto o bien camuflajeado por amplio y largor vestidos, empezaban a emerger de la opresión restrictiva. Ellas tomaron mayor conciencia de su cuerpo, ya que la moda lo mostraba como jamás lo había hecho

15. UNAM. ENEP Campus Aragón. Ibid. Pág. 30.

16. Ibidem Pág.31.

antes, con otro inconveniente, los defectos que en el pasado hubieran quedado ocultos, estaban de pronto ahí a la vista de todos. (17)

Janet 1903, presentó un subgrupo de pacientes anoréxicas a quienes describió como obsesivas que se caracterizaban por persistentes sensaciones de hambre, una intensa aversión por el cuerpo e intensas cavilaciones centradas en la comida y en el control de los impulsos apetitivos.

Russell 1979, Médico Estadounidense que describe minuciosamente la Bulimia, es el primero en definir sus criterios diagnósticos, utilizó el término bulimia nerviosa para describir un subgrupo que a diferencia de las restrictivas resultó tener una edad mayor al iniciarse el sintoma. (18)

Thompson 1980, demostró la progresiva reducción de peso y de medidas del cuerpo de las competidoras por el título Miss América y las modelos de la revista Play Boy a lo largo de un período de varias décadas. En este mismo año aparece por primera vez como el trastorno de Bulimia y el aumento de experiencia en la clínica condujo a su clasificación como un desorden diferente a la anorexia nerviosa en la tercera edición del DSM-III (1980) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, en donde la inclusión al cuadro sintomático en este trajo la apertura a una nueva área de investigación pues cada vez hay más evidencias de que la incidencia y la frecuencia de la bulimia entre las mujeres sin antecedentes de desordenes en el peso y así en 1987 se adopta el término de Bulimia nerviosa. (19)

En la actualidad encontramos definida a la Bulimia Nerviosa en el DSM-IV, que la define como la ingesta excesiva de alimentos en un corto tiempo, acompañada de una sensación de pérdida de control sobre dicha ingesta y de conductas compensatorias como el vómito autoinducido, el uso de diuréticos, laxantes, ejercicio físico, pastillas adelgazantes, etc. (20)

Con lo anterior decimos que este trastorno surgió como una epidemia social en la década de los 70's y se prevé que prevalecerá en los años venideros. Es posible que previamente a la descripción de la enfermedad, la bulimia, no se diagnosticaba o se hacía erróneamente bajo el nombre de otra patología; también es posible que la descripción de los síntomas dio lugar a que los parientes y sus familiares reconozcan la enfermedad y soliciten tratamiento.

17. C. Feintein, Sherman y D. Sorosky, Arthur. Trastornos en la alimentación. Bulimia, Obesidad y Anorexia Nerviosa. Ed. Nueva visión, Buenos Aires 1988, Pág.24.

18. A. Gullimot, Michel. (traducción de Alfonso Rodríguez Martínez). Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura. Ed. MASSON S.A. México 1994, Pág. 9.

19. C. Feintein, Sherman y D. Sorosky, Arthur. 988, Pág.27.

20. <http://www.nutrinfo.com.ar/pagina/info/anorexi2.html>

CAPÍTULO 4. ¿POR QUÉ LOS ADOLESCENTES SON LA POBLACIÓN DE MAYOR RIESGO?

Dentro del ciclo vital del ser humano esta la pubertad y la adolescencia, la pubertad es el período postnatal de máxima diferenciación sexual, en el que se producen cambios en los órganos reproductores, aparecen las características sexuales secundarias y modifican el tamaño y composición corporal, lo que requiere un sin número de ajustes fisiológicos obligatorios para todos los seres humanos y termina cuando el individuo deja de crecer y esta apto para la reproducción. Mientras que la adolescencia es un proceso psicosocial propio del ser humano, que comprende todos aquellos cambios que constituyen la transición de niño a adulto y que se acompaña de una serie de ajustes que eventualmente le permite aceptar las transformaciones morfológicas, buscar un nuevo concepto de identidad (yo) y realizar un plan de vida. (1)

La palabra adolescencia deriva del latín *adolescere* que significa crecer o desarrollarse, la Organización Mundial de la Salud considera como adolescente a toda persona entre los 10 y los 19 años, aunque el comienzo y la duración de esta etapa varían según el sexo, la raza, el ambiente cultural y las condiciones socioeconómicas (2), esta es la época de la vida que delimita el paso de la infancia a la edad adulta y ha sido descrito como un período marcado por profundas transformaciones corporales y psicológicas; en lo psíquico se caracteriza por la reactivación del instinto sexual, deseo de libertad y autonomía, así por el intento de afirmaciones de la propia personalidad, destacando la gran riqueza de su vida afectiva a la que se le concede una gran importancia.

En el plano físico la chica inicia a menstruar (menarquía), a desarrollar caderas y senos que se redondean y a partir de este momento empieza a darse cuenta de que en la cultura su sexualidad se haya intrínsecamente relacionada con la reproducción y no es el inicio de un placer, sino de una preocupación y carga.

-
1. Casanueva, Esther, Kaufer- Horowitz, Martha y Cols. *Nutriología médica*. Ed. Médica panamericana. 2da edición, Enero 2001. México. Pág. 88.
 2. Gómez, Paloma. *Ibid.* Pág. 34.

Diferencias en el desarrollo de hombres y mujeres en la Adolescencia.	
Mujeres	Hombres
Comienzo del desarrollo de los senos.	Comienzo del desarrollo genital.
Primera menstruación o menarquía.	Espermatogénesis o producción de espermatozoides por los testículos.
Ovogénesis o producción de óvulos por los ovarios.	Primer vello pubiano.
Aparición del primer vello pubiano.	Órganos genitales adultos.
Se alcanza la talla definitiva.	Se alcanza la talla definitiva.
Órganos genitales, senos y vello pubiano adultos.	Forma corporal y vello pubiano adulto.

Fuente: Vargas Fermín, Helia Leticia. El hombre, la orientación y la sociedad. Ediciones Pedagógicas. México D.F. 1995, Pág. 12.

Las circunstancias que rodean el crecimiento de la adolescencia junto a las presiones cada vez más exigentes de modelos impuestos por la familia, sociedad, cultura, unidos a problemas de la personalidad pueden generar conflictos que no encuentren otra salida que deformar su conducta alimentaria, pues durante este período difícil y crucial en la vida de todo ser humano, la confusión y la desorientación en un medio que exige el logro de la perfección y competencia en todos los aspectos, hacen esencialmente frágil al adolescente y más aún si pensamos en las de esta época, como por ejemplo: búsqueda de identidad y autonomía, vulnerabilidad en el desarrollo y actitudes hacia la imagen corporal. (3)

Decimos que la adolescencia no es autónomo, sino una realidad emergente de los sistemas sociales pues no es lo mismo hablar de una adolescente que estudio, quien no lo hace, ni quien consume sustancias tóxicas; pues su conducta y su comportamiento son los de quien trata de definirse, es decir; ser algo en relación con los otros adultos y mundo en general.

El estilo de vida de un adolescente comprende la manera de ser, de estar, de vivir cada día; estando compuesto de elementos dispares como pueden ser las actividades que realizan, comunidades e instituciones con que se relaciona, consumos a que pueden acceder, sensaciones, vivencias, afectos, significados culturales de los que forman parte, relación con sus familias y personas adultas; es decir, todo aquello que siente y padece un adolescente, en su vida cotidiana, lo cual puede afectar su forma de comer, ya sea aumentándola o restringiendo su alimentación.

3. Serrato Azat, Gloria. Ibid. Pág. 118.

La nutrición es importante en cualquier etapa de la vida del ser humano, pero durante la adolescencia, cuando se generan cambios biológicos y psicológicos el requerimiento de esta aumenta en forma considerable, pues en esta etapa el organismo requiere alimentos que generan energía y propician el equilibrio de la salud para que el adolescente pueda desarrollarse armónicamente.

La nutrición es un proceso biopsicosocial, su influencia sobre los cambios que se producen en la pubertad y en la adolescencia son plenamente observables, pues en la pubertad la nutrición permitirá o no la expresión genética potencial de su desarrollo y en la adolescencia los cambios psicosociales van acompañados de modificaciones en los hábitos de alimentación, esto es debido al miedo que sienten algunos adolescentes a aumentar en medidas y peso. (4)

El estilo de vida del adolescente y el ambiente sociocultural que lo rodean, así como los cambios psíquicos propios de su edad, lo colocan en riesgo de sufrir diversas alteraciones que pueden ir desde adquirir hábitos de alimentación inadecuados hasta desarrollar adicciones dañinas para su nutrición y su salud.

Para hablar de la adolescencia es necesario aclarar que los adolescentes se han visto inmersos en una serie de acelerados cambios, distintos a los de hace una década; las rápidas transformaciones culturales han tenido consecuencias, han modificado su lenguaje, relaciones, conceptos de belleza, ideales, entre otros y han dejado una nueva marca en su forma y perspectiva de ver la vida, así como una dependencia excesiva a algunos sujetos que caen ante la voz del mercado, pues el adolescente de hoy ha tenido que enfrentar enormes y simultaneas crisis, entre las que destacan la propia, la de los vínculos de su familia y la de la cultura (5), así que el cuerpo durante la adolescencia, es una de las partes que ocasiona una buena parte de los conflictos de quien atraviesa esta etapa de la vida, pues los adolescentes se expresan a partir de él, en especial cuando asumen una moda que les permite afirmar su pertenencia a un grupo determinado y donde los modelos de delgadez son una importante influencia, también el medio social favorece el culto al cuerpo lo que estimula al desarrollo de conductas que pueden transformarse en trastornos alimenticios. La mayor vulnerabilidad de las niñas para sufrirlos se debe, probablemente, no sólo a la mayor sensibilidad ante los mensajes sociales de carácter estético, sino también a determinadas características que las diferencian de los varones. (6)

4. Casanueva, Esther, Kaufer- Horowitz, Martha y Cols. Ibid. Pág. 88.

5. <http://www.bulimarexia.com.ar/todo.html>

6. Serrato Azat, Gloria. Ibid. Pág. 116.

En general los jóvenes que padecen alguno de los trastornos de la alimentación transitan por una etapa que esta llena de situaciones muy estresantes como: cambios de escuela, de amigos, de barrio, en la relación con los padres y con ellos mismos la posibilidad de una interacción más íntima con el sexo opuesto y varios más. En ocasiones la dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas puede desencadenar que una persona sea o se vuelva vulnerable a desarrollar un trastorno alimenticio, convirtiendo así su cuerpo en un símbolo y fuente de autonomía, control, eficacia personal e identidad; entonces se interpreta erróneamente la delgadez como un signo de ser "especial" por lo que hacer dieta y bajar de peso pueden ser considerados por el adolescente como indicadores de autocontrol. (7)

La principal causa de que los adolescentes padezcan algún trastorno alimenticio, se puede situar en la preocupación por mantener un cuerpo delgado, fenómeno que lo presiona a adelgazar y sentirse bien; esta preocupación puede ser exagerada por aquellos que presentan algún factor de riesgo (divorcio de sus padres, baja autoestima, muerte de un familiar, antecedentes de un trastorno alimenticio, entre otros). De modo que los jóvenes dejan de comer y de expresar sus emociones así como sus sentimientos que no es otra cosa que dejar de ser ellos mismos. (8)

La mayoría de los adolescentes perciben su cuerpo por partes, fijándose particularmente en las dimensiones y formas de sus senos, glúteos, muslos, cadera y abdomen; así que preocupados por su aspecto corporal los adolescentes empiezan un régimen alimentario no adecuado a su desarrollo, como las restricciones dietéticas, puesto que el prototipo de mujer que exigen tanto los medios de comunicación como la sociedad en general deben tener las siguientes características: estar delgadas, firmes y bronceadas, en los hombres musculosos, buen cuerpo y guapos, además de la creencia de que para tener "éxito" deben estar así, por lo que la preocupación de la figura y el tamaño corporal se ve incrementada por la cada vez más creciente industria para bajar de peso. (9)

Por lo tanto los adolescentes son la población de mayor vulnerabilidad para el surgimiento de trastornos alimenticios por encontrarse en una etapa de cambios en su vida que los coloca en una posición donde se sienten vulnerables, así que el número que se hace adicto a las dietas y atracones, aumenta en las mujeres que tienen entre 11 y 18 años; es decir, en la adolescencia temprana y tardía aunque el problema puede continuar sin ser detectado, hasta los 25 años. (10)

7. Crispo, Rosina. Ibid. Pág. 73.

8. <http://www.tusalud.com.mx/120214.htm>

9. Abraham, Suzanne y Llewellyn- Jones, Derek. Ibid. Pág. 16.

10. Anorexia y bulimia nerviosa: Dos enfermedades silenciosas que se instalan en su hogar sin permitir la más mínima defensa. Primera edición, Junio 2003. Impreso en México. Ed. Latinoamericana. Buenos Aires Argentina. Pág. 10.

La anorexia nerviosa inicia en la adolescencia y en la pre-adolescencia pues se dice que es el resultado de la incapacidad de hacer frente a las demandas del desarrollo y a la necesidad de construir su identidad personal, aunado a esto todos aquellos factores familiares, sociales y culturales que rodean la vida del adolescente.

La Bulimia tiene un inicio más tardío, alrededor de los 18 a 20 años, lo cual contribuye al hecho de que un buen número de estos casos se den en pacientes que han tenido previamente anorexia nerviosa. El comienzo de la bulimia antes de los 14 años es excepcional, según varias investigaciones, aunque se han descrito algunos casos aislados en diversos estudios.

Aunque la Doctora Araceli Aizpuru, Directora de la Clínica JUVAT (mujer) de la Fundación Ellen West, asegura que cada tres años disminuye la edad de inicio de los trastornos alimenticios (Anorexia y Bulimia nerviosa), pues hace quince años afectaban a las jovencitas de entre 15 y 21 años, en la actualidad se dan casos entre los 9 y 12 años. Para el caso de México la edad promedio es de 14 años. (11)

El adolescente sufre una serie de transformaciones que lo obligan a centrar su atención, como ya se ha mencionado, sobre su cuerpo, el cual es su autoimagen, construida a través de la experiencia y especialmente de los resultados de sus propios actos y la aprobación y desaprobación de los demás, no siendo significativa para ellos la aprobación de los adultos, sino la de su grupo que está determinado por los modelos sociales oficiales y que valoran el culto al cuerpo y a la delgadez.

Otro aspecto que en ocasiones influye en la presencia de los trastornos de la alimentación en los adolescentes es el hecho de que la madre y el padre entran al mundo laboral, provocando la ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida, facilitando que muchos adolescentes que aprendan a comer mal o inicien una dieta, pues escapan al control familiar, transformando una alimentación irregular en una enfermedad grave.

También se habla de la competencia entre amigas como un generador de la presencia de los trastornos de la alimentación, pues según estudios en ocasiones el deseo de perder unos kilos se convierte en una competencia entre amigas, ya que cada una siempre se verá "más gorda" que la otra e intentará seguir adelgazando; además, entre ellas se apoyan y respaldan para seguir ayunando y perdiendo peso, esto además de la influencia del exterior provoca que las amigas de su entorno quieran parecerse a ella y acaben también enfermando.

11. http://www.universia.net.mx/contenidos/mujeres/mujeres-en-el-medio/anorexia_071904.jsp.

Como hemos visto en el caso de Anorexia y Bulimia nerviosa, parece evidente que los cambios experimentados durante el siglo XX en el modo de comer, los valores estéticos relacionados con el cuerpo y la imagen corporal en los estilos de vida y en el proceso de búsqueda de las mujeres de una identidad personal y profesional, han sido factores determinantes, para la proliferación de ambos trastornos.

CAPÍTULO 5. ¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA?

En el presente capítulo abordaremos todas aquellas señales de alarma que nos permitirán estar alertas en la identificación de los trastornos alimenticios, especificando que su diagnóstico sólo puede ser realizado por un profesional; sin embargo resulta importante mostrar el perfil de estos pacientes, clasificándolos en varias categorías que a continuación se enunciarán.

5.1 CARACTERÍSTICAS DE ANOREXIA NERVIOSA.

A continuación haremos mención del perfil de los pacientes que padecen Anorexia nerviosa.

5.1.1 FÍSICAS.

- ❖ "Se rehúsa o es incapaz de mantener un peso normal (pesar menos del 85% de acuerdo a su talla, estatura o complexión).
- ❖ Niegan cansancio a pesar de sentirse débiles.
- ❖ Tienen un historial ligero de sobrepeso.
- ❖ Le brindan una gran importancia a la báscula, por lo que se pesan varias veces al día.
- ❖ Es común el ejercicio ritualizado como: andar en bicicleta. Correr, entre otros".
(1)
- ❖ "Son personas muy hiperactivas.
- ❖ Pérdida significativa de peso.
- ❖ Por lo general se presenta en la pubertad.
- ❖ Son personas muy demacradas.
- ❖ Cabello reseco.
- ❖ Lanugo (vello excesivo).
- ❖ Caída de cabello.
- ❖ Palidez excesiva". (2)

5.1.2 CLÍNICAS.

- ❖ "Padecer amenorrea (pérdida de menstruación por tres meses consecutivos)".
(3)
- ❖ "Excesiva sensibilidad al frío (hipotermia).
- ❖ Presión alta (hipotensión).
- ❖ Síntomas de inanición.

1. <http://www.cem.itesm.mx/prevencion/anorexia.htm>
2. <http://www.comoves.unam.mx/articulos/añores.html>
3. C. Feintin, Sherman y D. Sorosky, Arthur. Trastornos en la alimentación. Bulimia, Obesidad y

- ❖ Pulso anormalmente lento (bradicardia)". (4)
- ❖ "Acrosianosis (coloración azulada de manos y pies).
- ❖ Debilidad y mareos.
- ❖ Piel seca, escamada y amarillenta.
- ❖ Palpitaciones rápidas.
- ❖ Calambres musculares.
- ❖ Halitosis (mal aliento).
- ❖ Agrandamiento de glándulas parótidas.
- ❖ Dolor de garganta.
- ❖ Constipación.
- ❖ Meteorismo (gases intestinales).
- ❖ Propensión a las infecciones debido a la inmunodeficiencia (anginas, bronquitis, resfriado).
- ❖ Uso de laxantes, diuréticos y edemas.
- ❖ Vómitos inducidos o espontáneos.
- ❖ Desnutrición.
- ❖ Pérdida desproporcionada del tejido mamario.
- ❖ Deshidratación.
- ❖ Dolor abdominal". (5)

5.1.3 PSICOLÓGICAS.

- ❖ "Temor intenso a aumentar de peso o volverse obesas, aun teniendo un peso por debajo de lo normal.
- ❖ Insomnio o dificultad para conciliar el sueño". (6)
- ❖ "Sentimiento de culpa o desprecio por haber comido.
- ❖ Niega los síntomas de la enfermedad.
- ❖ Preocupación irracional por la obesidad.
- ❖ Desarrollan conductas obsesivas-compulsivas.
- ❖ Muestran desinterés y resistencia al tratamiento.
- ❖ No reconocen que su delgadez es peligrosa.
- ❖ Consideran su autovalía en función de su silueta y peso corporal.
- ❖ Tienen una inteligencia promedio o superior.
- ❖ Baja autoestima". (7)
- ❖ "Sus juicios personales son extremos.
- ❖ Son rígidas y subjetivas.
- ❖ Son inconsistentes.
- ❖ Insisten en ser la mejor en todo lo que hacen.
- ❖ Tienen poca concentración.
- ❖ Su comportamiento es muy irritable.

4. Anorexia Nerviosa. Ed. Nueva visión, Buenos Aires 1988, Pág.82.

5. Chinchilla Moreno, Alfonso. Ibid. Pág. 41.

6. <http://www.bulimarexia.com.ar/todo.html>

7. <http://www.aacap.org/publications/apntsfam/eating.htm>

- ❖ Tienen miedo a situaciones nuevas.
- ❖ Son tímidas o introvertidas.
- ❖ Son perfeccionistas". (8)
- ❖ "Pueden presentar ansiedad y depresión intensa.
- ❖ Presentan sentimientos de culpa y autodesprecio, por realizar ayunos o haber comido.
- ❖ Hablan continuamente de sentirse gordos.
- ❖ Cambios de personalidad que van de la extroversión al aislamiento.
- ❖ Son inmaduros emocionalmente.
- ❖ Se centran más en la cantidad que en la calidad de vida.
- ❖ Realizan conductas antidestructivas.
- ❖ Padecen una obsesión por la comida.
- ❖ Son inseguras de sus capacidades
- ❖ Son competitivas.
- ❖ Son dependientes de su familia.
- ❖ Sufren de alteraciones en el carácter (ira, irritabilidad y agresividad)". (9)
- ❖ "Dificultad de aprendizaje.
- ❖ Tienen un mal control de sus impulsos como el abuso de alcohol y otras drogas.
- ❖ Tienen una gran tristeza.
- ❖ Tienen pensamientos suicidas.

5.1.4 ALIMENTICIAS.

- ❖ Tienen conductas alimentarias anormales dirigidas a la pérdida de peso.
- ❖ Pesan constantemente la comida.
- ❖ Coleccionan recetas de cocina.
- ❖ Preparan comidas muy elaboradas para los demás.
- ❖ Cortan la comida en pequeños trozos.
- ❖ Pierden tiempo ordenando los alimentos en el plato". (10)
- ❖ "Se niegan a comer incluso cuando tienen bajo peso o están desnutridas.
- ❖ Restringen su alimentación.
- ❖ Realizan dietas severas.
- ❖ Cuentan las calorías.
- ❖ Desmenuzan la comida.
- ❖ Tienen dificultad para comer comidas completas.
- ❖ Son rígidas en cuanto al tipo de alimento que consumen.
- ❖ Eliminan alimentos prohibidos "tiran la comida".
- ❖ Ayunan periódicamente, en ocasiones durante varios días.
- ❖ Tienen una constante preocupación por la comida.
- ❖ Sus conversaciones giran alrededor de las calorías, el peso y las dietas.
- ❖ Niegan la sensación de hambre". (11)

8. <http://www.psicoterapiaonline.net/anorexia.html>

9. <http://www.aacap.org/publications/apntsfam/eating.htm>

10. <http://www.comoves.unam.mx/articulos/añores.html>

11. <http://www.bulimarexia.com.ar/todo.html>

- ❖ “Se brinca comidas.
- ❖ Acostumbra a comer cuando esta triste, enojada, molesta, angustiada o frustrada.
- ❖ Come solo lo que considera necesario (de acuerdo a su criterio).
- ❖ Esconden alimentos ricos en hidratos

5.1.5 SOCIALES.

- ❖ Son obedientes y tranquilas.
- ❖ Avanzada la enfermedad se presenta el aislamiento social.
- ❖ No quieren salir a comer a lugares públicos”. (12)
- ❖ “Tienen un excesivo deseo de agradar a los demás y con ello evitar situaciones estresantes.
- ❖ Tienden a criticar a los demás y autocriticarse.
- ❖ Tienden a elegir o a aficionarse por una carrera que concede una gran importancia al peso.
- ❖ Proviene de familias competitivas que las crean para competir.
- ❖ Sus ideales son muy altos.
- ❖ Se visten con ropa muy holgada.
- ❖ Evitan comer con la familia y los amigos.
- ❖ Se altera demasiado o se avergüenza, sino saca buenas calificaciones o si su desempeño en el trabajo no es excelente.
- ❖ Valora poco a compañeros que no son buenos estudiantes o trabajadores.
- ❖ Si alguien los enfrenta con respecto a su conducta, niega que esta sea inusual y se rehúsan a hablar sobre ella.
- ❖ Tienden a realizar conductas de robos de comida, dulces y laxantes; En ocasiones también roban ropa y joyería.
- ❖ El paciente puede provenir de una familia cuyos miembros están orientados a la obtención de metas y logros.
- ❖ Sus relaciones interpersonales pueden ser inadecuadas o destructivas.
- ❖ Sus padres suelen ser directivos y preocupados por la delgadez.
- ❖ Casi todas las discusiones con la familia se centran en el problema de la dieta.
- ❖ Gran temor a verse obligadas a comer en sociedad, ya sea en fiestas o reuniones familiares.
- ❖ Se niega a usar traje de baño o a que vean su cuerpo”. (13)
- ❖ No comparten con el resto de la familia las horarios de comida, generalmente intentan estar ocupados en otras actividades a esa hora.
- ❖ Utilizan para su vestimenta colores oscuros pues las hacen ver más delgadas.
- ❖ Excesivo interés por todo lo relacionado con el mundo de la moda, modelos y bailarinas de ballet”. (14)

12. <http://www.mmhs.com/clinical/peds/spanish/mentalhealth/anorexia.htm>

13. <http://www.psicoterapiaonline.net/anorexia.html>

14. <http://www.bulimarexia.com/ar/todo.html>

5.1.6 PERCEPTUALES.

- ❖ “Se miran con frecuencia al espejo para asegurarse que están delgadas.
- ❖ Tienen una distorsión de la imagen corporal (se perciben gordas aunque estén en los huesos).
- ❖ Sufren de trastornos auditivos (sensación de “eco” por la pérdida del tejido graso en las áreas específicas del oído).
- ❖ Análisis exhaustivo de sus formas corporales”. (15)

5.1.7SEXUALES.

- ❖ “Por lo general hay un desarrollo sexual retrasado y una falta de interés en los adultos.
- ❖ La mayoría son de sexo femenino y adolescentes.
- ❖ No tienen interés ni preocupación por su madurez sexual y corporal.
- ❖ Desinterés por iniciar una relación sexual.
- ❖ Tienen un miedo intenso a ser adultos y separarse de sus padres”. (16)

5.2 CARACTERÍSTICAS DE BULIMIA NERVIOSA.

Después de haber presentado las características de alarma que definen el perfil de una persona que puede tener anorexia nerviosa, ahora toca el turno de mencionar las características con las cuales identificaremos a alguna persona que pueda tener Bulimia Nerviosa, también las clasificamos en categorías, de las cuales a continuación haremos mención:

5.2.1 FÍSICAS.

- ❖ “En general se trata de mujeres con tendencia al sobrepeso.
- ❖ Cansancio.
- ❖ Actividad física excesiva (no es constante) con el único objeto de quemar calorías”. (17)
- ❖ “Pesarse varias veces al día.
- ❖ Oscilaciones en el peso.
- ❖ Considera que el aspecto físico tiene mucho valor como medio para conseguir el éxito en cualquier área de su vida”. (18)
- ❖ “La mayoría de los pacientes tienen un peso dentro de la normalidad, pero algunos pueden estar por encima o por debajo.

15. <http://www.psicoterapiaonline.net/bulimia.html>

16. <http://www.dgi.unam.mx/boletin/bdboletin/2003.746.html>

17. <http://www.bulimarexia.com.ar/todo.html>

18. Ídem.

- ❖ El vómito disminuye el dolor abdominal, el sentimiento de estar lleno y permite a los pacientes continuar comiendo sin miedo a ganar peso.
- ❖ Caída de cabello". (19)

5.2.2 CLÍNICAS.

- ❖ "Problemas dentales (caries, pérdida de piezas dentarias, esmalte deteriorado).
- ❖ Irritaciones en la garganta.
- ❖ Ojos irritados.
- ❖ Estreñimiento.
- ❖ Engrosamiento de las glándulas localizadas en el cuello.
- ❖ Cara hinchada y agrandamiento de las glándulas parótidas.
- ❖ Puede haber roturas vasculares en las mejillas y debajo de los ojos.
- ❖ Dolores musculares.
- ❖ Fatiga física.
- ❖ A veces disfonía (voz ronca).
- ❖ Menstruaciones irregulares.
- ❖ Vértigo y dolor de cabeza.
- ❖ Hipotensión.
- ❖ Diarrea.
- ❖ Acidez estomacal.
- ❖ Reflujo.
- ❖ Úlcera gástrica o duodenal.
- ❖ Anemia.
- ❖ Sangrados por la nariz.
- ❖ Visitas al baño después de comer, para vomitar". (20)

5.2.3 PSICOLÓGICAS.

- ❖ "Reaccionan a la ansiedad comiendo desaforadamente casi con obsesión.
- ❖ Viven muy preocupados por su peso y figura.
- ❖ Son emocionalmente inestables, impulsivas, depresivas y con tendencia a la automedicación.
- ❖ Baja autoestima.
- ❖ Incompetencia social y gran necesidad de aprobación externa.
- ❖ Tienen menos tolerancia a la frustración.
- ❖ Demuestran una excesiva preocupación por su peso y silueta.
- ❖ Suelen tener síntomas ansiosos.
- ❖ Inestabilidad emocional.
- ❖ Terror a engordar.
- ❖ Cambios en el carácter: depresiones, fuertes sentimientos de culpa, repudio de sí mismo.
- ❖ En algunos casos hay alternancia entre euforia y depresión.
- ❖ Autocrítica severa.

19. <http://www.psicoterapiaonline.net/bulimia.html>

20. I. Kaplan, Harold. Ibid. Pág. 825.

- ❖ Imperiosa necesidad de recibir la aprobación de los demás.
- ❖ El nivel de autoestima es inversamente proporcional al de los demás.
- ❖ Dificultad de concentración y aprendizaje". (21)
- ❖ "Cambio de estado de ánimo (irritabilidad).
- ❖ Nerviosismo en las horas de las comidas.
- ❖ Ir al lavabo al finalizar las comidas con demasiada frecuencia.
- ❖ La depresión suele seguir al episodio de atracón y se le ha llamado angustia post-atracón.
- ❖ Son impulsivas.
- ❖ Tienen elevada sensibilidad interpersonal.
- ❖ Tendencia a tomar decisiones rápidas y a actuar de forma impredecible, poco meditada y en definitiva poco controlada.
- ❖ Poca tolerancia a la frustración.
- ❖ Un pobre control de sus impulsos.
- ❖ Presentan ansiedad, rumiaciones y retraimiento social". (22)
- ❖ "Intentos suicidas.
- ❖ Dificultades interpersonales.
- ❖ Inmadurez en general.
- ❖ Histerismo.
- ❖ Límites.
- ❖ Tratan de ocultar las vomiteras haciendo correr el agua mientras están encerradas por largos periodos en el baño". (23)

5.2.4 ALIMENTICIAS.

- ❖ "Presencia de atracones recurrentes, come descontroladamente en cortos periodos una cantidad superior a lo que la mayoría de la gente ingeriría en un tiempo similar.
- ❖ Los atracones tienen lugar por lo menos dos veces a la semana.
- ❖ Abuso de edulcorantes, consumo indiscriminado de goma de mascar sin azúcar.
- ❖ Suele ayunar, aunque no tiene tanta constancia.
- ❖ Almacena alimentos en distintos lugares de la casa con el propósito de contar con ellos al momento de darse el atracón, el cual se da generalmente por la noche.
- ❖ Las conversaciones giran alrededor de ciertos temas: calorías, peso y dietas". (24)
- ❖ "Engaños relacionados con la alimentación.
- ❖ Desaparición de comida en la cocina.
- ❖ Aparición de comida escondida en el bolso o en diferentes lugares de la habitación.
- ❖ Suelen comer rápido, a escondidas y muchas veces sin masticar.

21. <http://www.bulimarexia.com.ar/todo.html>

22. Idem.

23. García – Campa, Eduardo. Ibid. Pág. 100.

24. Chinchilla Moreno, Alfonso. Ibid Pág. 108.

- ❖ Durante los atracones, los pacientes comen: alimentos dulces, altos en calorías y generalmente de textura suave, como la bollería.
- ❖ Algunos prefieren comidas muy voluminosas sin importarles el sabor.
- ❖ Consumo de medicamentos adelgazantes.
- ❖ Acostumbra comer cuando está triste, enojada, molesta, angustiada o frustrada". (25)

5.2.5 SOCIALES.

- ❖ "Evitan asistir a reuniones donde puedan verse obligada a comer y recurren a todo tipo de excusas, a veces ridiculas.
- ❖ Robar alimentos "hipercalóricos" de los anaqueles de los supermercados en casa de sus amistades, en el trabajo, etc.
- ❖ Abuso de sustancias toxicas como los fármacos y el alcohol". (26)
- ❖ "Prefieren comer a solas y en casa.
- ❖ Evitan ir a lugares públicos donde haya que comer.
- ❖ Se aleja de amigos y familiares.
- ❖ Hace frecuentes comentarios sobre el peso, las tallas, el aspecto físico y la alimentación". (27)

5.2.6 PERCEPTUALES.

- ❖ "La autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
- ❖ Se contempla así mismo en toda circunstancia en que se halle frente a un espejo, realizando un análisis exhaustivo de sus formas corporales, comparándose con otras personas". (28)

A. CARACTERÍSTICAS SEXUALES.

- ❖ Tienden a la promiscuidad por su gran necesidad de cariño y aceptación.
- ❖ La Bulimia Nerviosa se presenta en la adolescencia, se puede decir que tiene un comienzo más tardío que la Anorexia Nerviosa. (29)

Finalmente decimos que algunas de estas características que acabamos de enunciar se pueden presentar en personas comunes, sobre todo en la adolescencia como ya lo vimos: por lo que puede resultar difícil diferenciar cuando se trata de un trastorno alimenticio y cuando no. Por ello es necesario ser cuidadosos al interpretarlas y recordar tener en cuenta la combinación de síntomas y la intensidad que estos tienen, pues estas son solo de alerta, ya que nada mas pueden ser diagnosticadas por un profesionista (psicólogo y psiquiatra) especializado en trastornos de la alimentación.

25. <http://www.bulimarexia.com.ar/todo.html>

26. I. Kaplan, Harold. Ibid. Pág. 825.

27. Chinchilla Moreno, Alfonso. Ibid. Pág. 108.

28. <http://www.psicoterapiaonline.net/bulimia.html>

29. I. Kaplan, Harold. Ibid. Pág. 825.

CAPÍTULO 6. ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS QUE DETONAN EL DESARROLLO DE ÉSTOS TRASTORNOS?

Para iniciar éste capítulo es necesario decir que el aspecto corporal no es un hecho social nuevo pues a lo largo de la historia los pueblos han cuidado su imagen basándose en los estereotipos predominantes, pero en la actualidad vivimos en una sociedad percibida por valores superficiales que no favorecen la comunicación entre los individuos y que ocasionan que los mensajes visuales y el aspecto se vuelvan relevantes, así que hay que decir que el origen de los Trastornos de la Alimentación han ido apuntando a diferentes razones a través de la historia, desde ser considerados trastornos somáticos del cuerpo, afecciones generadas por la histeria, enfermedad neurológica o del sistema nervioso y endocrina, hasta que Hilde Bruch, toma en cuenta el desarrollo de la personalidad total y el contexto familiar, por lo que es difícil conocer cual es la causa principal que genera los Trastornos Alimenticios, pues su origen se sabe no es único, sino múltiple y en tres niveles: Predisponentes, precipitantes y mantenedores.

PREDISPONENTES: Predisponer significa, preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin es decir, que cuando hablamos de éstos factores estamos diciendo que hay elementos en el contexto sociocultural en el que estamos inmersos y en todas aquellas características individuales del sujeto o de su familia, que preparan el ánimo de esa persona, de tal manera que puede prosperar más fácilmente la idea de dedicarse al culto de la figura o al control del peso corporal.

PRECIPITANTES: Que significa arrojarse a hacer o decir algo con arrebato y sin prudencia, acelerando cualquier elemento estresante que aparezca o la decisión de comenzar con dietas para concretar ese control.

PERPETUANTES O MANTENEDORES: Que significa hacer perpetuar una cosa, dar a las cosas una duración extensa, incesante, sin fin; es decir que el sistema de control del peso actúa como un fertilizante, ya que una persona se vuelve más vulnerable para desarrollar un Trastorno Alimenticio cuando se dan determinadas combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales, por ejemplo un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital en un terreno fertilizado por dietas y actitudes extremas, respecto al peso y figura, precipitan el problema, pero la perpetuación del trastorno, además de lo que pudo haberlo disparado en un comienzo y más allá de eso, está estrechamente relacionado con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno del comer en si mismo. (1) Es decir que se habla de una multideterminación de los Trastornos Alimenticios, por que existen diferentes factores que inciden para que alguien padezca Anorexia o Bulimia nerviosa, pero hay que aclarar que se sabe, según las diversas investigaciones que se han hecho del tema que ningún factor por sí solo es

1. Crispo, Rosina, Figueroa, Eduardo y Guelar, Diana. Ibid. Pág. 53.

suficiente para padecer algún Trastorno Alimenticio pues se necesita, como ya se dijo la combinación de distintos factores que adquieren características muy particulares en cada persona, pues dichos factores constituyen sólo un medio ideal que por determinadas carencias o padecimientos de la personalidad, se desplazan hacia el desarrollo de los Trastornos Alimenticios, además de mantener un aspecto acorde con las exigencias estéticas de cada época, obliga a la realización de comportamientos que afectan nuestra salud, como ya hemos visto a lo largo de los anteriores capítulos.

Como ya se ha mencionado en la presencia de los Trastornos Alimenticios (Anorexia y Bulimia nerviosa), intervienen muchos factores que hemos clasificado en las siguientes categorías las cuales son: Socioculturales, Individuales o Psicológicas, Familiares, Medios de comunicación, Publicidad, Mercado de consumo, Moda, Estereotipos y otros.

6.1 FACTORES DE ANOREXIA NERVIOSA:

6.1.1 GENÉTICOS: Dentro de los factores de riesgo éste es el más estudiado, ya que la Anorexia es 8 veces más común en personas que tienen parientes con el trastorno, desconociéndose, que factor hereditario puede ocasionarlo, algunos expertos creen que las personas Anoréxicas heredan una cantidad extraña de narcóticos naturales, que son descargas en condiciones de inanición, la cual da lugar a muchos cambios bioquímicos, así mismo produce amenorrea, lo que refleja niveles hormonales bajos y que promueven una adicción a estados de ánimo.

Otros factores biológicos propuestos, pero no del todo demostrados son las complicaciones perinatales y las infecciones, se postula que los problemas durante el embarazo o después del embarazo, tales como infecciones, traumas, bajo peso al nacer y mayor edad materna, estarían asociadas a una mayor incidencia de Anorexia, es importante recalcar que ésta es sólo una predisposición.

También se habla de la influencia de las alteraciones hipotalámicas donde el incremento de la actividad de la serotonina (sustancia que te hace sentir bien), podría explicar algunos rasgos de la enfermedad, sobre todo los obsesivos y la inanición psicosexual. (2)

Las alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono en donde podemos encontrar que en los pacientes son frecuentes las crisis hipoglucémicas que pueden ocasionarles la muerte y se acompañan de alteraciones en las pruebas de tolerancia a la glucosa.

2. García Campa, Eduardo. Ibid. Pág. 15.

El sexo es otro factor genético, pues se ha comprobado que las mujeres son más propensas a desarrollar Anorexia nerviosa que los hombres pues éstas piensan que el éxito es inversamente proporcional al peso y el resultado es que "entre el modelo ideal y la realidad posible, hay cada vez más disparidad" (3), aunque esto no significa que no haya hombres que padezcan éste trastorno, ya que hay mucha negación al respecto. Como otro factor genético tenemos también la edad. La Anorexia generalmente comienza en la adolescencia, entre los 13 ó 19 años, ocasionalmente puede comenzar antes (pubertad) o con posterioridad entre los 30 y 40 años se dice que en la adolescencia, como ya lo vimos en el capítulo III, éstos se encuentran en una época de cambios en su vida, colocándolos en una posición que los hace vulnerables frente a dichos cambios.

6.1.2 SOCIOCULTURALES: Cuando se considera a la obesidad, resulta indiscutible que las conductas alimenticias insalubres sean epidémicas en los países desarrollados del mundo Occidental, donde la presión social sin duda alguna juega un papel primordial en desencadenar un Trastorno Alimenticio. Un interesante estudio antropológico, mostró que durante ciertos períodos históricos y en culturas donde las mujeres son económicamente dependientes y en que los vínculos matrimoniales son más fuertes, el prototipo de belleza femenina, tiende a la delgadez, ya que las mujeres que logran estar delgadas creen haber realizado una victoria personal y cultural, han superado la tentación de la comida basura y al mismo tiempo han creado imágenes corporales idealizadas por los medios de comunicación.

6.1.2.1 PRESIÓN SOCIAL (SUPERMUJER): Las dimensiones corporales femeninas han sido valoradas de modo distinto en diferentes épocas de la historia del mundo Occidental. Dichos cambios históricos conllevan a cambios culturales que modifican los patrones estéticos corporales; la existencia de un modelo de belleza, supone una gran presión sobre todo para las mujeres, pues son quienes se ajustan a las características del modelo vigente evaluándose positivamente, pero aquellas personas que no cumplen con ello, pueden sufrir, ya que la sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente y los medios de comunicación perpetúan y refuerzan ésta idea sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa a través de la imagen corporal; es decir, que las mujeres están sometidas a una gran presión social, para satisfacer cierto ideal de belleza, que en el caso de los hombres esto ocurre en menor medida. El acceso de la mujer al mundo laboral y los horarios que se adaptan a las necesidades económicas del sistema, es otro factor que va dejando de lado la salud y la posibilidad de vida social alrededor de la mesa, ya que hacen que la nutrición caiga en manos de las grandes cadenas de comida rápida, que son de baja calidad y poco nutritivas.

3. Crispo, Rosina, Figueroa, Eduardo y Guelar, Diana. Ibid. Pág. 60.

En éste contexto se espera que la mujer se desempeñe con un cuerpo perfecto, desarrolle una carrera brillante, construya un matrimonio perfecto y sea una buena madre, para así poder destacar en la sociedad. En éstas últimas décadas se espera que la mujer considere la belleza y la delgadez como sinónimos y que crea que el éxito es inversamente proporcional al peso: "cuántos menos kilos, más logros", llevándonos a pertenecer a los estereotipos estéticos que suelen extenderse en las sociedades desarrolladas, en un sentido descendente; es decir, desde las clases más elevadas, hasta las pobres.

Para llegar a ser una mujer exitosa, 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. (4)

6.1.2.2 VALORES ESTÉTICOS DOMINANTES: Muchas jóvenes se valoran así mismas como personas sólo a partir de la aceptación que puede tener su cuerpo para los demás; Por supuesto, no por lo que ellas crean que es lógico, sino por como cumplen con los cánones impuestos desde fuera, ya que en Occidente la obesidad contradice todos los valores de una persona pues consideramos que ésta significa holgazanería y glotonería; por lo que muchos jóvenes luchan por conseguir el físico ideal, que es motivado por modelos y artistas que nos presenta la publicidad comercial, la cual señala que el mundo es de los delgados, generando así el rechazo de las personas hacia su cuerpo, por no tener la imagen de modelo tipo "Barbie".

Estos modelos estéticos vienen determinados por muchos factores propios de la sociedad opulenta donde hay una sobrealimentación, escasez de ejercicio físico y rechazo del alimento; por lo que el ideal de delgadez se da en éste tipo de sociedades y su mayor incidencia se produce en las clases media y altas, donde la obtención de alimentos no constituye ningún problema.

6.1.2.3 DISCRIMINACIÓN: El rechazo a la obesidad no aparece de repente, se va construyendo simultáneamente con la personalidad y sus cimientos se colocan rápidamente pues tener sobrepeso, significa estar fuera de los cánones de belleza marcados por la moda, lo que lleva a establecer la presión social que guía los gustos hacia la delgadez y por ende la estigmatización de la obesidad. (5)

Los prejuicios contra los obesos, especialmente las mujeres en el mundo laboral, que son sometidas a una enorme presión y crítica constante por sus compañeros de trabajo; lo que nos lleva a pensar que los kilos extras, ya no son un signo de lujo, pues la población recibe constantemente mensajes contradictorios a cerca de la salud y la alimentación, cuyos resultados son desastrosos pues surgen cada vez más casos de Trastornos de la Alimentación.

4. Crispo, Rosina, Figueroa, Eduardo y Guelar, Diana. Ibid. Pág. 61.

5. Serrato Azat, Gloria. Ibid. Pág. 50-52.

6.

6.1.3 INDIVIDUALES: En donde encontramos:

6.1.3.1 MIEDO A MADURAR: Porque los cambios físicos vienen acompañados de un aumento natural de peso corporal, que es lo que finalmente le da al cuerpo forma de mujer; Para muchas mujeres que padecen un Trastorno de la Alimentación, éste puede ser el factor precipitante, así como una intolerancia a esa realidad, una dificultad para aceptar un cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje, de que ya se ha dejado la infancia. Generalmente éstas jóvenes están estancadas en la niñez y tienen un gran temor a crecer o manejar la independencia que esto implica, así también perciben claramente el temor de sus padres a que eso suceda y sufren en realidad por la falta de apoyo de sus padres, no animándose a entrar o pertenecer al mundo de los adultos. Otro aspecto de éste temor a crecer, es el hecho de que éstas jóvenes conservan un pensamiento infantil que se mueve entre los extremos: Bueno – malo; todo – nada; obeso – delgado.

6.1.3.2 PROBLEMAS CON LA AUTONOMÍA: Esto se da cuando la seguridad está puesta exclusivamente en el exterior, en cumplir con lo que se supone se espera de uno, en adecuarse a la imagen que otros pueden tener de uno, por lo que es inevitable que se tenga una cierta sensación de ineficacia personal y una gran dificultad para resolver las cosas apelando a recursos personales, por que se termina siempre dudando de sí mismo, ya que siempre se vive pendiente de lo que los demás esperan de ellas, lo que les deja poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal. (6)

6.1.3.3 DÉFICIT DE LA AUTOESTIMA: Las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto a cerca de quiénes son, por lo que el grado en que el individuo se acepte así mismo es conocido como Autoestima. Los parámetros para la Autoestima varían en ambos sexos y en nuestra sociedad las mujeres conectan la autoestima con la imagen externa, la apariencia, aprobación del otro, es decir cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás; esta sensación de baja Autoestima, que nace de juzgarse a uno mismo desde las apariencias y desde lo que los demás consideran valioso, hará que el peso y la figura cobren esencial importancia para elevar la Autoestima.

6.1.3.4 CAMINO A LA PERFECCIÓN Y AL AUTOCONTROL: La tendencia al perfeccionismo es bastante común entre las personas que padecen un Trastorno de la Alimentación, ésta búsqueda de la perfección, también se desplaza al peso corporal y para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal a cualquier costo. Paradójicamente, éste perfeccionismo refuerza una sensación de inseguridad, por que exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo en sus recursos y posibilidades, lo que no les permite ser humanos. (7)

6. Crispo, Rosina, Figueroa, Eduardo y Guetar, Diana. Ibid. Pág. 73.

7. Ibidem, Pág. 75.

De acuerdo a ésta información, podemos encontrar jóvenes con tendencias muy marcadas a controlar todo en sus vidas, incluyendo el control de su cuerpo; estas jóvenes no soportan que las cosas no estén bajo su control y tienen una gran dificultad para ensayar alternativas de solución, por que suponen que deberían saber como hacer las cosas bien desde el principio; entonces surge el área de la comida y el peso como un campo que sí es posible controlar, además de la ilusión de que al lograrlo tendrán la prueba de su capacidad para enfrentar las cosas en la vida. Se sienten poderosas manipulando su peso corporal, seguramente como una compensación de sensaciones de impotencia que surgen en situaciones que les son difíciles de manejar, hasta que finalmente, comprueban que el sistema de control de peso, se vuelve en su contra. (8)

Así casi todos conocemos la sensación que se experimenta al comprobar en la pesa, que hemos perdido un par de kilos, es agradable sentir que hemos conseguido controlarnos de modo claro y visible, éste hecho puede ser especialmente satisfactorio para las niñas, en la etapa de adolescencia, ya que pueden creer que el peso es la única parte de su vida, sobre la cual tienen algún control; por lo que es fácil ver hasta que punto la dieta puede ser un fin en si mismo, más que una forma de perder peso.

6.1.3.5 TRASTORNOS AFECTIVOS: Cuando aparecen de repente síntomas depresivos que las enfermas de algún Trastorno de la Alimentación suelen referir como tristeza, desesperación, irritabilidad, dificultad de concentración, apatía, sentimientos de minusvalía, culpa, trastornos del sueño e ideas suicidas, siendo ésta última una de las principales causas de muerte en el caso de Anorexia y la sintomatología puede ser consecuencia de la desnutrición. En aquellos pacientes diagnosticados con Anorexia, es frecuente encontrar éste tipo de trastornos, así como los trastornos obsesivos – compulsivos y las fobias, pero también se habla de que hay una dificultad en el manejo de sus emociones, esto debido a que desde pequeños no nos enseñan a manejar nuestra emociones correctamente. (9)

6.1.3.6 NECESIDADES SOCIALES: Estas son importantes para cualquier individuo, son meramente psicológicas y representan lo que todo ser humano quiere obtener y ser en la vida, por lo que pueden ser factores importantes en la aparición de los Trastornos de la Alimentación si no se llega a obtener alguna de éstas necesidades; estas son:

- **DE PRESTIGIO:** Que significa tener renombre, influencia, reputación, deseo de ser importante, necesidad de llamar la atención por lo que en la medida en que las personas hacen suyos los valores de la sociedad de consumo, la enajenación aumenta, es decir lograr ser la supermujer.

8. Crispo Rosina, Figueroa, Eduardo y Guelar, Diana. Ibid. Pág. 75-77.

9. García Campa, Eduardo. Ibid. 158.

- **DE STATUS:** Es obtener una posición dentro de un grupo, ya que todos los miembros de una sociedad ocupan un nivel o posición, procurando siempre el más alto, es decir ser la más bella y sobresaliente de mis iguales.
- **DE SEGURIDAD:** Que significa sin peligro, perdiendo la capacidad crítica y se enajenan con la idea de sentirse protegidas ellas mismas y su entorno, es decir alcanzar el éxito para sentirse seguras.
- **DE ACEPTACIÓN:** Esta es la base de las relaciones humanas, ella significa que somos diferentes unos de otros, que se puede estar o no de acuerdo y que tenemos el derecho de ser como somos, es decir todos pretendemos formar parte de los cánones de belleza reinantes para sentirnos aceptados por el resto de la sociedad.
- **DE PERTENENCIA:** Significa sentirse identificado, integrado y aceptado en un grupo, es decir, pertenecer al grupo de mayor popularidad en nuestro entorno.
- **DE DESARROLLO PERSONAL:** Se refiere a obtener un nivel superior, metas y logros, es decir, ser triunfadora y perfeccionista en todas aquellas actividades laborales y sociales.(10)

Las personas con trastornos del apetito comparten algunos rasgos, temen perder el control y engordar, teniendo una autoestima baja. Algunas investigaciones han encontrado tres tipos de trastornos de la personalidad en personas con Anorexia, los cuales son:

- **TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACIÓN:** Tienen a ser perfeccionistas, sexual y emocionalmente inhibidos, acostumbran tener una vida menos fantasiosa que los bulímicos, el ridículo y la humillación les aterra.
- **PERSONALIDAD LÍMITROFE:** Temen que los abandonen, no soportan estar solos y tienen dificultades para controlar sus impulsos, se han descrito a los individuos con ésta personalidad como causantes del caos a su alrededor al usar armas emocionales del tipo explosiones de ira, intentos de suicidio e hipocondría. Utilizan a los demás y a menudo se sienten defraudados y rechazados.
- **TRASTORNOS DE ANSIEDAD, INCLUYENDO TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVO:** Estos son muy frecuentes en la Anorexia. Las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo habitualmente precede el inicio de los Trastornos Alimenticios. Las obsesiones son imágenes recurrentes o persistentes, pensamientos o ideas que resultan en una conducta compulsiva, repetitiva y rígida que desencadena rutinas propias para evitar la manifestación de la obsesión.(11)

10. Materia: Organización y Promoción social, Impartida por la profesora: María Eugenia Bernal Vargas.
Fecha: 5 de Noviembre del 2001.

11. http://www.uv.mx/psipysalud/numero_12-gfelix.html.

Quizás el factor más relevante sea la vulnerabilidad personal, se considera vulnerable a las personas con baja autoestima, inseguras, demasiado perfeccionistas con autoexigencias muy altas y muy preocupadas por la opinión de los demás.

6.1.4 FAMILIARES: Los Trastornos de la Alimentación, resultan de la interacción de muchos factores como ya hemos visto, de los cuales el factor familiar es sólo uno, donde tenemos que mencionar que una FAMILIA es un sistema social establecido entre dos individuos (mujer / hombre), que se unen a través de la combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos, los cuales tienen dos objetivos: 1) Dar a los adultos la oportunidad de reproducirse para lograr su madurez y 2) Brindar a los hijos los recursos necesarios, físicos y emocionales, para llegar al desarrollo pleno de sus potencialidades, hasta alcanzar su individualización. (12) Por lo que es innegable que la familia tiende a reflejar los conflictos sociales más amplios o actitudes e ideologías imperantes en cada época social, así los miembros de la familia, reproducen en su vida los valores que absorbieron durante el crecimiento, no siendo la excepción los problemas con la comida. Un trastorno Anoréxico genera una relación distorsionada en el seno familiar, originando sentimientos de enojo, ansiedad, culpa, lucha por el poder y dificultad en la comunicación, además el paciente y los miembros de su familia pueden ser considerados en forma alternada los que más sufren o los responsables de lo que sucede.

Dentro de éstas familias se han encontrado ciertas características comunes, las cuales son:

6.1.4.1 ESCASA COMUNICACIÓN ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA:

En éste caso hay que decir que un componente básico de todo sistema es la comunicación, a través de la cual interactúa dinámica y constantemente los miembros del sistema familiar, por lo que en éste caso las líneas de interacción son líneas de comunicación, tanto oral como escritas y en cualquiera de sus formas (señales, convenciones y actitudes). De ésta manera la comunicación es definida "como la transmisión de un mensaje entre individuos, sistemas u organismos" (13); es decir, que la comunicación es el fundamento de toda vida social, por lo que si se suprime en el grupo social, todo el intercambio de signos orales y escritos, el grupo dejaría de existir, pues la comunicación se trata de una actividad compartida, que pone en contacto a dos o más personas y además satisface dos necesidades: a) la de informar y b) persuadir a los miembros de la familia, por lo que en éste caso sabemos que toda comunicación es aprendida dentro de la familia; es decir, qué comunicar, cómo comunicar y los sentimientos que genera el comunicar, de esta forma las percepciones, los estilos de comunicación y el modo de interactuar están determinados dentro de la estructura familiar.

12. Materia: Familia y Vida cotidiana, impartida por la Profesora: María Eugenia Bernal Vargas, el día 16 de Junio del 2002.

13. Quintero Velásquez, Angela María. "Trabajo social y procesos familiares". Ed. Lumen Hvmnitas, Argentina, 1997, Pág. 99.

A continuación enunciamos cuatro modelos de comunicación que pueden existir en familias con un Trastorno de la Alimentación:

- ❖ **APLACADOR O CONCILIADOR:** Cuyo objetivo es lograr que la otra persona no se enoje, quien utiliza éste patrón trata de agradar, siempre disculpándose sin tener la culpa, no importando de lo que se trate, pues busca siempre la aprobación de alguien.
- ❖ **CULPADOR O RECIMINADOR:** Cuyo fin es culpar a otra persona, para que se crea que es fuerte, un dictador o amo. Su actitud predominante es de tirano y rebaja a todos y a todo, por lo que siente que es tomado en cuenta sólo si le obedecen.
- ❖ **DICTADOR O IMPERTINENTE:** Donde es ignorada la amenaza comportándose como si no existiera, haciendo y diciendo cosas que no corresponden a la ocasión.
- ❖ **SUPERRAZONADOR O COMPUTADOR:** Se intelectualiza y superrazona a acerca de un mensaje, enfrentando la amenaza como si fuera inofensiva y a la vez estableciendo el propio valor a través del uso de serenidad y tranquilidad distante, pero en su interior se siente vulnerable. (14)

Así que la comunicación resulta ser un componente esencial de la relación que se da entre los miembros de una familia, por lo que para que haya una comunicación debe haber una relación afectiva que transmita valores y sentimientos, evitando todas aquellas barreras que la impidan, como son: ordenar, poner apodos, dar soluciones, criticar, culpar, ridiculizar, alejar, amenazar, entre otras, que puedan desencadenar la presencia de los Trastornos de la Alimentación.

Por lo que podemos decir que la comunicación existente en la familia con Anorexia es indirecta, poco clara y en ocasiones nula, según refieren estudios realizados sobre el tema.

6.1.4.2 INCAPACIDAD PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS: Se da por la combinación del aglutinamiento, sobreprotección y rigidez que genera poca tolerancia al estrés, además de la no solución de conflictos y problemas, quedando éstos como una amenaza constante, es decir las familias presentan poca tolerancia al conflicto, poniéndose en acción toda una serie de mecanismos con el fin de evitar el desacuerdo, manteniéndolo oculto, para que no estalle nunca abiertamente. En éste proceso de evitación del conflicto, el paciente juega un papel central y vital pues no es raro observar que interfiere cada vez que la tensión entre los padres tiende a subir, consiguiendo el bloqueó del conflicto pues atrae sobre sí la atención preocupada de los padres.

14. Quintero Velásquez, Angela María. Ibid. 109.

6.1.4.3 SOBREPOTECCIÓN: Es decir crianza excesiva de los hijos. Todos los miembros de la familia muestran recíprocamente un alto grado de solicitud e interés, constantemente se estimulan y suministran respuestas de tipo protector en particular cuando el paciente asume un comportamiento sintomático, por lo que toda la familia se moviliza, para intentar protegerlo, sofocando a menudo en éste proceso, muchos conflictos intra familiares; por lo que la Anorexia tendría una función protectora con respecto a la familia, ya que éste tipo de familia impide a sus miembros la exploración del mundo.

6.1.4.4 RIGIDEZ Y FALTA DE FLEXIBILIDAD: Se refiere a la tendencia a mantener patrones fijos y no funcionales. Es el aspecto que caracteriza más los sistemas patológicos, es decir que la familia se resiste al cambio, por lo que tiende a presentarse como una familia unida y armonizada, en donde no existen problemas. Niegan entonces la necesidad de un cambio en su interior, también sus relaciones con el exterior son escasas y la familia siempre permanecerá aferrada a la conservación de sus actividades, pautas y normas. (15)

6.1.4.5 AUSENCIA DE LÍMITES GENERACIONALES: Estos tienen que ver con los roles que la familia designa, adapta o impone a sus miembros (padre, madre, hijos y hermanos), con el fin de que cada miembro asuma su papel dentro de la familia, pero si éste es impuesto o sustituido, no funcionará, pues sólo será temporal, por que los miembros tarde o temprano asumirán su verdadero rol.

6.1.4.6 EXPECTATIVAS DEMASIADO ALTAS DE LOS PADRES RESPECTO DE SUS HIJOS: Pues muchos padres suelen estar sobre involucrados en la vida de sus hijos o son excesivamente críticos con ellos pues tienen una relación muy estrecha con sus padres, por lo que siempre tratan de satisfacer los deseos, necesidades y expectativas de sus padres y al hacerlo dejan de expresar sus deseos; Lo que nos hace pensar que hay un gran control por parte de sus padres, privándolos de vivir su propia vida, pues estos gobiernan y toman decisiones sin permitirles desarrollar su propia identidad. Así también, los padres depositan sus expectativas en sus hijos, valorándolos sólo por lo que pueden hacer y no por ser un individuo.

15. http://www.uv.mx/psipsalud/numero_12-gfelix.html

6.1.4.7 HISTORIAS FAMILIARES: Los adolescentes que desarrollan Anorexia suelen provenir de familias en las que existen antecedentes de problemas de peso, enfermedades físicas y otros problemas mentales como depresión o abuso de sustancias. La familia de los adolescentes con éste trastorno, se sienten desafiadas por resolver el problema de manera adecuada, por lo que se vuelven rígidas, excesivamente críticas, entrometidas o sobreprotectoras, lo que hace que el adolescente sea dependiente e inmaduro en su desarrollo emocional, por lo que tiende a aislarse de los demás. En ocasiones, la familia concede una gran importancia emocional a la comida, el comer, el peso y aspecto, también puede haber casos de Anorexia nerviosa en la familia (madres o hermanas) que luchan por el mismo problema, provocando que el adolescente sienta miedo de que alguna vez le pase a ella. Además encontramos trastornos anímicos en familiares cercanos (depresión o manía depresiva), lo que genera una contención de los sentimientos, especialmente los negativos por que la familia los desaprueba.

6.1.4.8 VIOLENCIA FAMILIAR: Cuando en el seno de la familia existe violencia, a nivel físico, emocional y sexual, así como de abuso sexual; por lo que entendemos que en la Violencia Familiar se considera el uso de la fuerza física o moral, así como la omisión grave que se ejerce en contra de un miembro de la familia por otro integrante de la misma, contra su integridad física o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones. Esta se divide en:

- ❖ **FÍSICA:** Es cualquier acto de agresión, ejercida en cualquier parte el cuerpo, ésta puede ser causada por algún objeto, arma o sustancia, para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad de cualquier persona afectada.
- ❖ **PSICOEMOCIONAL:** Este tipo de violencia, es cuando se reciben insultos, amenazas o chantajes que no permiten desarrollarnos en un buen ambiente y en ocasiones pueden convertimos en una persona generadora de violencia contra algún integrante de la familia.
- ❖ **SEXUAL:** Es cuando te obligan a tener relaciones sexuales que causan dolo y en muchas ocasiones ésta es por celos y sin causa; dentro de éste tipo de violencia encontramos los siguientes casos, tales como :
 1. **VIOLACIÓN:** consiste en forzar a una persona a participar en una actividad sexual en contra de su voluntad. Es un acto de violencia en el cual el sexo se emplea como un arma de ataque. Sin embargo, su motivación no necesariamente es la satisfacción sexual, sino dominar, controlar y humillar a su víctima.
 2. **INCESTO:** Es el delito en que incurren los ascendentes que tengan relaciones sexuales con sus descendientes (Padres con hijos). La depresión y falta de autoestima son conductas frecuentes entre las víctimas.
 3. **ACOSO SEXUAL:** Se refiere al asedio lascivo reiterado a persona de cualquier sexo, valiéndose de su posición jerárquica derivada de sus relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquier otra que implique subordinación.
 4. **ABUSO SEXUAL:** De niños por parte de personas distintas a sus ascendientes, en ocasiones se concreta a caricias sexuales, en otras, el abuso es violento o por medio de amenazas y los efectos de ésta agresión sexual suele afectar la

autoestima y la pérdida de confianza en otras personas, se puede experimentar culpabilidad y vergüenza, por lo que no se denuncia a los padres. (16)

6.2 FACTORES DE BULIMIA NERVIOSA.

6.2.1 BIOLÓGICOS O GENÉTICOS: Los factores biológicos que parecen desempeñar un papel en el desarrollo de la bulimia son la predisposición a la depresión y los factores que propician tener peso y figura que no se ajustan a los estándares ideales promovidos por la sociedad, los cuales son adoptados por los bulímicos; pues al parecer la depresión desempeña un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la bulimia.

Se puede decir que el peso establecido se determina casi siempre por herencia y en gran parte, indica lo delgada que puede ser una persona, ya que la figura de una persona va de acuerdo a como son los padres; así que si la madre tiene senos, caderas y muslos grandes, también es probable que ella tenga un cuerpo similar al de su madre, por lo que trata de forzar un control sobre su cuerpo mediante la bulimia. (17)

Se ha comprobado que las mujeres de parientes con Trastornos Alimenticios tienen un riesgo muy superior de desarrollar este tipo de trastorno que la población general. En el caso de la Bulimia se ha visto que la combinación de vómitos y purgas constituye una forma de conducta compensatoria que se interpreta como la interrelación de diversos genes con influencias ambientales propias del entorno en que vive cada paciente; por lo que es posible que los síntomas depresivos sean efectos secundarios fisiológicos de la pérdida de peso o de las fluctuaciones en la nutrición.

6.2.2 FACTOR SOCIOCULTURAL: En las últimas décadas, las mujeres han sido víctimas de un conjunto más bien trágico de estándares en relación con el aspecto físico, que las coloca bajo una intensa presión para que hagan dieta con el objeto de cumplir con las expectativas sociales de delgadez, lo que nos muestra que una dieta comienza solo con el fin de querer ser más popular o atractiva, para estar acorde con los cánones estéticos reinantes y sentirse más integrada, pero todo esto beneficia el incremento de la bulimia nerviosa. (18)

6.2.3 PRESIÓN SOCIAL: Es probable que el hablar del término causa sea muy fuerte, pero es indudable que la sociedad contribuye a la generación de Bulimia mediante la penetrante preocupación por la esbeltez ya que aparentemente hay algo en los poderosos mensajes de la sociedad sobre la esbeltez que ayuda a que

16. Vargas Fermin, Helia Leticia. Ibid. Pág. 105 y 106.

17. C. Feinstein, Sherman y D. Sorosky, Arthur. Ibid. Pág. 226.

18. T. Sherman, Roberta y Ron A. Thompson. Ibid. Pág. 71-72.

las mujeres perciban erróneamente su físico y les desagrada la forma en que se ven, por lo que muchas mujeres jóvenes se ven así mismas más grandes de lo que son en realidad, además de que las dimensiones corporales femeninas han sido valoradas de modo muy distinto en diferentes épocas de la historia y de la sociedad en que se vive, lo que nos lleva a cambios culturales, especialmente en la figura y corporalidad de una mujer.

Así que los pacientes con Bulimia Nerviosa tienden a presentar muy buenos rendimientos y a responder a las presiones sociales en torno a la delgadez, además el principal factor generador para desarrollar Bulimia es la dieta, ya que las jóvenes que hacen dieta tienen un mayor riesgo de desarrollar Bulimia, así como en aquellas profesiones en las que se sigue dieta por sistema y donde el atracón se da en el contexto de restricciones alimentarias graves.

Así podemos decir que la búsqueda de la delgadez surge como un medio por el cual las mujeres pueden competir entre ellas y demostrar un autocontrol para ser delgada, lo que le dará un respeto ante mujeres de la cultura actual, en cambio si hay una falta de control de peso, que conduce a una obesidad moderada, esta favorece a la discriminación social, el aislamiento y una baja autoestima.

6.2.3 INDIVIDUALES: En el aspecto individual nos encontramos con que los bulímicos son más extrovertidos, irritables e impulsivos, de acuerdo a varias causas que enunciaremos a continuación:

6.2.3.1 PERSONALIDAD: Las bulímicas tienen largas historias de sentimientos de falta de control y de impotencia, en relación con su experiencia corporal, lo que contribuye a la baja autoestima. Las pacientes bulímicas son muy sensibles al rechazo, lo cual produce sentimientos de incomodidad social, conductas inseguras que las hacen sentir como inadaptadas.

6.2.3.2 BAJA AUTOESTIMA: Este es un rasgo muy importante, ya que se presenta con mucha frecuencia y es probable que sea un factor que contribuya más que cualquier otro a mantener la Bulimia, la cual se centra en el aspecto físico y le desagrada su interior, por lo que tiende a denigrarse usando una diversidad de características negativas como: gorda, fea, tonta, despreciable, débil y sin esperanza.

6.2.3.3 NECESIDAD DE APROBACIÓN O DE DEPENDENCIA: Las personas bulímicas creen que las cosas verdaderamente importantes que quiere en su vida, como seguridad y felicidad provienen de otras personas en lugar de estar bajo su control; por esta razón, tienden a tomar decisiones basadas en lo que creen que los demás quieren o esperan de ellas en un esfuerzo por complacerlos y ganarse su aprobación. Desafortunadamente la necesidad de aprobación que sienten les ayuda a volverse más pasivos, carentes de asertividad y demasiadas sumisas, esto es el resultado del temor a desagradar su fuente de sensaciones. Además las

bulímicas son personas que dependen de otras y que siempre hacen las cosas para complacer y brindar cuidados a los demás.

6.2.3.4 BAJA TOLERANCIA A LA ANSIEDAD Y A LA FRUSTRACIÓN: En palabras sencillas, una baja tolerancia a la ansiedad y a la frustración significa que la bulímica tiene dificultad para esperar. Parte de la dificultad para tolerar la frustración consiste en que siempre se ha sentido frustrada y en cierto grado es posible que sea cierto; en cambio la tolerancia a la ansiedad se relaciona con el hecho de sentirse ansiosa por una diversidad de razones entre los que encontramos el reprimir sus sentimientos. (19)

6.2.3.5 EXPRESIÓN DE LOS IMPULSOS: Los pacientes son vulnerables a las conductas impulsivas, ya que la conducta episódica de alimentación compulsiva puede ser un mecanismo relativamente seguro de expresión de impulsos, en la medida en que la alimentación no genere consecuencias morales, legales o médicas significativas como es el caso de la promiscuidad, la delincuencia o el abuso de drogas.

6.2.3.6 COMPULSIÓN: El estilo compulsivo de la bulímica puede caracterizarse por un perfeccionismo, por afán al orden y orientación hacia las reglas que, con frecuencia, ralla en la rigidez, por lo que una persona compulsiva se adapta a todo y es excesivamente complaciente, que llega al grado de estar dispuesta a negar lo que necesita y quiere.

6.2.3.7 IRRESPONSABILIDAD: Podría parecer extraño hablar a acerca de la irresponsabilidad de la bulímica a la luz de su necesidad de aprobación, su perfeccionismo y su compulsión; Pero con frecuencia el perfeccionismo le provoca indecisión, pues tiene miedo de recibir una evaluación negativa, por lo que nunca termina lo que está haciendo, ya que piensa que nunca hará algo suficientemente bien. (20)

6.2.3.8 DEPRESIÓN: La bulímica tiende a sentirse inadecuada e inferior, aun cuando la depresión es una emoción que afecta el estado conductual, donde la persona está propensa a aislarse socialmente, dándose una reducción en sus actividades, con excepción de comer y dormir. Cuando se está deprimido no sólo se reduce la actividad, sino también tiende a disminuir la calidad del desempeño; los pensamientos suelen ser obsesivos, confusos, negativos y se disminuye la concentración.

19. Ibidem. Pág. 59-71.

20. Ibidem. Pág.63-65.

6.2.3.9 EMOCIONES: Los trastornos Alimenticios van con frecuencia acompañados de depresión y trastornos de ansiedad, pero no se sabe si los trastornos emocionales son causa o resultados de los Trastornos Alimenticios. Así que cuando la mayoría de las personas piensa en la bulimia es factible que lo primero que se les ocurra sean los excesos en la comida y las purgas, pero en realidad, la bulimia es un trastorno emocional en el cual esos son sus principales síntomas, por lo que se trata de un trastorno que utilizan para ayudarse a lidiar con sus sentimientos, ya que generalmente la bulímica no ha aprendido a manejar sus sentimientos, sobre todo los displacenteros como: el enojo, depresión, ansiedad y el temor. Cuando está consciente de un sentimiento desagradable, la bulímica se distrae con pensamientos obsesivos a cerca de la alimentación los cuales conducen a los excesos en la comida y a las purgas.

6.2.3.10 TRASTORNO AFECTIVO: La depresión mayor puede preceder, coincidir o aparecer con posterioridad al inicio del cuadro bulímico; Por lo que se ha sugerido la posibilidad de que los pacientes bulímicos desarrollen un estado depresivo secundario al sentimiento de fracaso condicionado por la pérdida de control, sentimientos de culpa, vergüenza y humillación provocados por la enfermedad en pacientes muy preocupados por su aspecto físico. Los bulímicos a menudo experimentan un amplio espectro de estados anímicos, teniendo dificultad en identificar, articular y controlar estos estados de ánimo que incluyen ansiedad, pánico, depresión, aburrimiento, irritabilidad, cólera y euforia, los cuales pueden variar de forma impredecible durante el día y pueden provocar el ciclo atracón-culpa- purga- atracón.

6.2.3.11 ALCOHOLISMO Y ABUSO DE SUSTANCIAS: Se ha observado que los pacientes con este trastorno alimenticio presentan frecuente abuso o dependencia al alcohol, así como otras sustancias y la bulimia es el trastorno alimenticio con el que se ha establecido ésta relación de manera específica. Los pacientes dependientes comenzarán la conducta de abuso compulsivo como un intento de disminuir la ansiedad que eventualmente conducirá a un descontrol y a una actitud autodestructiva. (21)

6.2.4 FAMILIARES: La mayoría de las reuniones familiares u ocasiones especiales giran alrededor de la comida, por un lado algunas veces es una descortesía rechazar la comida cuando se nos ofrece, por el otro, se espera que vigilemos nuestra peso. Este doble mensaje contribuye a un patrón que facilita la aparición de la bulimia.

De acuerdo a las investigaciones que se han realizado respecto de los trastornos alimenticios, se ha comprobado que las familias de bulímicas de peso normal manifiestan mayor agresión, cólera, conflicto; Utilizan un modelo de comunicación indirecto, deficiente o destructivo, ya que se comprometen y apoyan menos entre ellos y ponen menor énfasis en la afirmación, autonomía y están menos interesados en acontecimientos políticos, sociales, culturales y recreativos a pesar

21. García Campa, Eduardo. Ibid. Pág. 159 y 166.

de expresar mayores expectativas de rendimiento; Así que estas familias rara vez modelan o alientan una expresión emocional directa y abierta, por que los padres nunca aprendieron de sus propios padres a expresar sus sentimientos en una manera confortable y apropiada, por lo que la familia contribuye al desarrollo de la bulimia, proporcionando un entorno, valores, actitudes y comportamientos modelados y reforzados dentro de esa unidad social, lo que nos indica que las familias bulímicas conceden una gran importancia a la dieta, alimentación, peso o el atractivo físico. La familia de la bulímica experimenta angustias subjetivas y conflictos en sus relaciones con los demás, también son hostiles y manipuladoras. La bulímica es percibida a menudo como la oveja negra de la familia a pesar de sus autosacrificios para irse de ese lugar. En general los padres de las bulímicas son muy observadores, controladores e invasores con sus hijos; Es decir, que las madres son descritas como más hostiles y deprimidas, mientras que los padres son impulsivos e irritables y manifiestan menos tolerancia a la frustración y son a menudo alcohólicos.

A continuación mencionamos tres tipos de familia en donde predominan casos bulímicos:

6.2.4.1 LA FAMILIA PERFECCIONISTA: Que da la impresión de ser exitosa y muestra a la bulímica como una niña buena y perfecta. Esta es una familia en la cual la apariencia y la reputación son de primordial importancia; La lealtad familiar es muy fuerte, por lo tanto, se ocultan secretos y problemas familiares, así los miembros de la familia llegan a ser grandes triunfadores, lo que ayuda a la bulímica a creer que su familia es perfecta.

6.2.4.2 LA FAMILIA SOBREPROTECTORA: La cual carece de una confianza básica en la capacidad de los otros miembros de la familia, especialmente la bulímica, para cuidarse así misma. Esta familia dificulta que la enfermedad se separe, ya que se le enseña que nadie fuera de la familia puede ocuparse de ella, ni ser digno de confianza; Tal desconfianza es comunicada por uno de los padres, por lo general la madre, quién algunas veces ha sido víctima de maltrato y nunca ha resuelto sus problemas pasados.

6.2.4.3 LA FAMILIA CAÓTICA (CARECE DE ESTRUCTURA Y ESTABILIDAD): Es frecuente que los padres no estén disponibles y los hijos casi siempre se crían solos y a menudo prevalece el uso de alcohol o de alguna otra sustancia, por lo que la inseguridad e incertidumbre que existe en ésta familia contribuye intensamente a la aparición de la bulimia. (22)

22. . Sherman, Roberta y Ron A. Thompson. Ibid. Pág.50 y 51.

Los siguientes factores, serán tomados en cuenta como generadores de ambos trastornos alimenticios (Anorexia y Bulimia), tales como:

6.3 MEDIOS DE COMUNICACIÓN: Los medios de comunicación proporcionan a la sociedad un espacio de diversión, esparcimiento, educación e información y paralelamente ofrecen, imágenes corporales que fomentan conductas que pueden desencadenar trastornos alimenticios en la población vulnerable; los medios de comunicación son al mismo tiempo portadores y creadores de estereotipos estéticos corporales que a las personas en general y a las mujeres en particular, bombardean con mensajes de que el atractivo, el éxito y la felicidad, dependen de estar delgadas; a pesar de la falta de éxito de las dietas, el adelgazar sin esfuerzo, es lo que promueven los medios de comunicación, llevando a muchas mujeres a pensar " si ella tiene ese aspecto, yo también lo tendré" (a cualquier precio) pues se sienten culpables por no alcanzar el estereotipo de mujer y hombre que venden los medios; se sienten fracasadas por no poder responder a lo que suponen son las únicas expectativas que se tienen de ellas lo que disminuye la sensación de seguridad y de confianza en sí mismas.

Por ello, hoy en día la exposición en los medios de comunicación a registrado un incremento de la identificación con el papel femenino de acuerdo con la patología alimentaria y por la interiorización del estereotipo del cuerpo ideal, relacionada con el incremento de la insatisfacción suscitada por el propio cuerpo, además de las presiones socioculturales, por lo que es evidente que la influencia de las imágenes o reproducciones corporales que aparecen en los medios de comunicación son ejercidas en mayor o menor medida sobre toda la población, pero especialmente, sobre la femenina y juvenil. Es así como los medios de comunicación hacen más atractiva la delgadez, aumentando el riesgo de padecer los trastornos alimenticios, al menos para cierto grupo de personas vulnerables, que en éste caso los medios visuales desempeñan un papel integral en éste aspecto, pues el mensaje de esbeltez, es comunicado en términos de productos y modelos que se emplean para venderlos.

6.4 PUBLICIDAD: Los estilos corporales van de la mano y se promueven a través de la publicidad y de las revistas femeninas, cuyo contenido editorial se confunde y disimula frecuentemente con los anuncios, pues desde 1980, las investigaciones de Garner y Garfinkel, respecto a la aparición de trastornos alimenticios, principalmente en la población femenina adolescente, otorga responsabilidad importante a la publicidad por su impacto potencial de establecer modelos identificables; es decir, que la publicidad se toma cada vez más en serio, ya que investigadores de lo social y activistas se han dado cuenta que está industria es una poderosa fuerza educativa, ya que la mayoría de los comerciales están hablando de el ideal de belleza femenina.

En la actualidad nos podemos dar cuenta que los anuncios publicitarios reinantes son de productos dietéticos que muestran un prototipo de mujer esbelta que obtiene éxito, belleza y felicidad; es decir anuncios publicitarios que bombardean a los adolescentes, provocando que en las escuelas vean a la obesidad como algo

6.7 OTROS FACTORES: Donde encontramos el divorcio, separación temporal, muerte de un familiar cercano o de un amigo íntimo, nacimiento de un hermano, cambio de vivienda, aparición de una enfermedad grave, obesidad, diabetes mellitus, cambios de escuela o de etapa escolar, conflictos con amigos, madre inmersa en su trabajo, cambio de hábitos, épocas festivas, rendimiento escolar bajo, hábitos dietéticos, trastornos del sueño y burlas por el físico o apariencia.
(23)

CAPÍTULO 7. CONSECUENCIAS QUE GENERAN LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS.

Las complicaciones de estos afectan prácticamente a todos los sistemas del cuerpo, aunque a menudo no se diagnostican correctamente, por ello es importante que los pacientes con cualquiera de estos dos trastornos, sean sometidos a un examen médico inicial y posteriormente valorar su estado físico en repetidas ocasiones.

En algunos casos estos pacientes acuden al médico familiar o al psiquiatra, en otros casos pueden solicitar atención en urgencias como consecuencia de las complicaciones médicas o deterioro importante del estado físico y por último se dice que el primer contacto del paciente puede ser con otros especialistas como el endocrinólogo, cardiólogo e incluso el dentista; todos ellos deben estar preparados en mayor o menor medida, para sospechar el diagnóstico de un posible Trastorno Alimenticio.

7.1 CONSECUENCIAS DE ANOREXIA NERVIOSA.

A continuación enunciamos las complicaciones que acarrea la Anorexia Nerviosa, de las cuales se desprenden las siguientes categorías:

7.1.1 METABÓLICAS: Estas son las reacciones que suceden en las células al de funcionar. La mayoría de los cambios fisiológicos y metabólicos son secundarios al estado de inanición (debilidad) provocado por la falta de alimento en éste caso.

Las alteraciones electrolíticas (líquidos corporales) son relativamente frecuentes en los pacientes con Trastornos Alimenticios. Algunas de las muertes atribuidas a estas enfermedades guardan relación con la hipopotasemia (que es la baja de potasio), condicionada por la baja ingesta de líquidos y la pérdida de volumen debido a la conducta de purga; la hipopotasemia puede producir graves arritmias (irregularidades en el ritmo cardíaco), así como enfermedades en el riñón debido a que los minerales como el potasio, el calcio y el fosfato no se disuelven normalmente en el líquido del cuerpo. El calcio y el potasio son particularmente críticos para el mantenimiento de las corrientes eléctricas que provocan que el corazón lata regularmente, por lo que los pacientes de bajo peso la presentan con frecuencia. La deshidratación (falta de agua) y la inanición (falta de alimento) reducen los niveles de líquido y el contenido mineral del organismo, generando una enfermedad conocida como desajuste electrolítico, que puede ser muy grave a menos de que los líquidos y minerales sean reemplazados. Los pacientes con dicha enfermedad, manifiestan síntomas físicos de debilidad, somnolencia y arritmia cardíaca que puede producir paros cardíacos súbitos (muerte); en la Anorexia es frecuente también la elevación de los niveles de colesterol que pueden provocar un infarto. (1)

1. García - Campa, Eduardo. Ibid. Pág. 129.

Otro aspecto importante es la disminución de energía debido a la baja ingesta de calorías; esto quiere decir que el cuerpo sabe que no está entrando suficiente combustible para el consumo de energía y es como si pusiera el motor a baja velocidad, también disminuye la temperatura, para que el cuerpo economice las pocas energías que le quedan disipándolas en forma de calor, lo que hace que las anoréxicas se quejen todo el tiempo de tener frío además de padecer infecciones, catarros, dolores de cabeza y desvanecimientos.

7.1.2 ENDOCRINAS: Son glándulas de secreción y producen hormonas dentro del torrente sanguíneo, la tiroides, la hipófisis y páncreas. La mayor parte de las alteraciones endocrinas en la Anorexia son una consecuencia adaptativa frente a la pérdida de peso, el exceso de ejercicio, el tipo de alimentación y probablemente la ansiedad, así que de alguna manera el organismo trata de conservar la energía que apenas puede obtener por medio de la alimentación generando alteraciones tiroideas en el proceso de crecimiento, bradicardia que es un latido cardíaco lento y amenorrea (perdida de menstruación). En las mujeres la Amenorrea es uno de los síntomas que sirve para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa, es decir que la pérdida de la menstruación a menudo precede a la pérdida severa de peso, por que la mujer requiere de un 18 a 22% de grasa corporal (2) ya que si el peso es bajo, no habrá menstruación pues hay un bajo nivel de estrógenos, por lo que en ocasiones la menstruación reaparece normalmente después de haber recuperado el peso normal. Aparte algunas veces también se encuentran niveles reducidos en las hormonas implicadas en el crecimiento, así como un aumento en la hormona cortisol, que produce Osteoporosis. Si el metabolismo disminuye de algún modo, produce bradicardia, resequedad de la piel, estreñimiento e intolerancia al frío, por la alteración en la secreción de la hormona antidiurética puede predisponer a la aparición de diabetes insípida. (3)

7.1.3 CARDIOVASCULAR (referente al corazón): La mayoría de las muertes en anoréxicas se deben a la debilidad cardiovascular secundaria a la desnutrición extrema, aunque es difícil predecir que pacientes anoréxicas podrían tener problemas cardíacos que pongan en serio peligro su vida. Se encontró que la mayoría de las pacientes hospitalizadas tienen baja frecuencia cardíaca, por lo que el daño al miocardio (músculo del corazón) puede producirse como resultado de la desnutrición o de los vómitos repetidos, lo que puede poner en peligro la vida de las anoréxicas. Las complicaciones cardíacas comunes son:

- **ARRITMIAS:** Consisten en un latido cardíaco rápido, lento o irregular, vinculadas con las alteraciones electrolíticas relacionadas con las conductas de purga que reducen los niveles de magnesio, potasio y calcio, lo que provoca alteraciones cardíacas.

2. Gómez, Paloma. Anorexia Nerviosa: la prevención en la familia. Editorial, Pirámide. colección salud integrada. Madrid - España. 1996. Págs. 28 - 29.
3. García - Campa, Eduardo. *Ibid.* Págs. 130 - 131.

- **BRADICARDIA:** Latido cardiaco lento, donde el corazón puede desarrollar ritmos de bombardeos anormales y peligrosos.
- **HIPOTENSIÓN:** Que significa presión sanguínea baja, donde se reduce el flujo sanguíneo y la presión arterial desciende. En éste caso los músculos del corazón llegan a padecer de hambre, perdiendo tamaño y las paredes del mismo, disminuyen su grosor, en especial el ventrículo izquierdo.
- Es también común el **EDEMA O HINCHAZÓN DE TOBILLO**, debido a la insuficiencia cardiaca.
- La realimentación forzada desencadena en ocasiones una **MIOCARDIOPATIA** la cual es una enfermedad del corazón que perjudica el funcionamiento de la pared muscular inferior del corazón.
- Mal funcionamiento de la **VÁLVULA MITRAL** que provoca hinchazón y que no cierra en forma adecuada.
- **DERRAME PERICARDICO** que es la ruptura del tejido que envuelve el corazón que provoca agua fuera de este. (4)

7.1.4 NEUROLÓGICAS (de los nervios): Los estudios de imagen de estudio cerebral, en particular la tomografía computarizada y la resonancia magnética, han puesto de manifiesto el aumento de las cavidades del encéfalo; además la disminución del volumen del cerebro, que se relaciona con los índices de masa corporal bajos, lo que pueden persistir después de la recuperación del peso.

Los pacientes pueden sufrir daño nervioso y experimentar convulsiones, pensamientos desordenados, calambres, hormigueos y cosquilleos, así como la pérdida de sensación u otros problemas nerviosos en las manos y en los pies.

Las exploraciones cerebrales, también indican que partes del cerebro experimentan cambios estructurales y su actividad es anormal durante los estados anoréxicos, algunos de estos cambios regresan a la normalidad, después del aumento de peso, pero existe evidencia de que algún daño puede ser permanente como el deterioro mental. También se habla de que los niveles de la hormona que regula el apetito bajan, agravando más la enfermedad. (5)

7.1.5 HEMATOLÓGICAS E INMUNOLÓGICAS (de la sangre y de las defensas): Se calcula que una tercera parte de los pacientes anoréxicos padecen anemia, que es un recuento bajo de glóbulos rojos y de leucopenia (recuento bajo de glóbulos blancos). (6)

La aparición de la anemia es causada por el déficit de hierro, lo que aumenta la sensación de cansancio por falta de fuerzas, también es frecuente el aumento de

4. <http://www.mmhs.com/clinical/peds/spanish/mentalhealth/anorexia.htm>
 5. <http://www.monografias.com/trabajos/buliano/biliano.shtml>
 6. <http://www.mmhs.com/clinical/peds/spanish/mentalhealth/anorexia.htm>

colesterol.

7.1.6 RENALES (del riñón): No es raro encontrar alteraciones en la concentración y disolución de la orina en pacientes con más de dos años de evolución de la Anorexia, pues la falta de agua produce una orina altamente concentrada, también puede desarrollarse Poliuria (aumento de la producción de orina) esto ocurre cuando la capacidad de los riñones para concentrar orina disminuye; también se habla de la retención anormal de agua que mantiene un equilibrio de agua en los vasos sanguíneos, de manera que cuando alguien se ve privado de comida o falta de proteínas, algo de esa agua puede pasar al tejido y producir un aspecto hinchado. (7)

Se sabe que los cambios renales generalmente se normalizan al restaurarse el peso normal.

Las alteraciones hidroelectrolíticas conducen en ocasiones a un mayor o menor grado de insuficiencia pre renal, por lo que es frecuente la descomposición de las proteínas del organismo que se encuentran en la orina, lo que se relaciona con una menor ingesta de proteínas y líquidos, por lo que las consecuencias de la desnutrición y el desequilibrio electrolítico, generan insuficiencia renal y en ocasiones pueden necesitar de un trasplante de riñón. (8)

7.1.7 MUSCULOESQUELÉTICAS (de los músculos y de los huesos): En la Anorexia se ha descrito un retraso en la maduración y disminución de la densidad ósea, así como fracturas, generalmente en la cadera y columna; la Osteoporosis vuelve a los huesos frágiles y vulnerables a las fracturas, debido a la disminución de los niveles de las hormonas llamadas estrógenos, importantes para el mantenimiento de unos huesos sanos; también se pueden dar altos niveles de la hormona cortisol, debido a la poca ingesta de calcio, vitamina D y proteínas como resultado de la inanición que produce osteoporosis.

Cuando aparecen síntomas de Anorexia, antes de haber alcanzado el total de la formación ósea, existe un mayor riesgo de Osteopenia (tejido óseo disminuido) u Osteoporosis (pérdida de hueso), como una consecuencia de la pérdida de menstruación, de bajos niveles de minerales en los huesos y mayores niveles de hormonas tiroideas, provocando con ello la ausencia o retraso en el desarrollo.

La falta de grasa en el cuerpo provoca dolor al sentarse pues no hay almohadilla natural encima de los huesos. (9)

6. Tannenhaus, Nora. Ibid. Págs. 46 - 47.

7. García - Campa, Eduardo. Ibid. Pág. 133.

7.1.8 GASTROINTESTINALES (del estómago y de los intestinos): Los síntomas gastrointestinales son extremadamente frecuentes y se relacionan con la escasa ingestión de alimentos, la sobrealimentación, los vómitos, el abuso de laxantes, el retraso del vaciamiento gástrico (estreñimiento) y la prolongación del tránsito intestinal (mala digestión).

En el estómago es frecuente el estreñimiento por las dificultades generadas en la concentración anormal del tubo digestivo, ocasionada por el déficit de nutrientes, cuya consecuencia lógica es la aparición de una sensación de saciedad precoz "me lleno en seguida, no me entra nada".

En el intestino, el movimiento intestinal es disminuido como consecuencia del déficit de calcio, potasio y magnesio, esto además por la poca ingestión de alimentos favoreciendo el estreñimiento por lo que en ocasiones se requiere de la utilización de laxantes; además hay una reducción del tamaño del estómago que junto con el estreñimiento generan flatulencias e inflamación del estómago, así como dolor abdominal.

La desnutrición y los vómitos pueden producir hemorragias gastrointestinales, casi siempre por una erosión del esófago que es el conducto de la faringe al estómago y en ocasiones por la ruptura del esófago. (10)

7.1.9 OROFACIALES (referentes a la boca y a los dientes): Estas son evidentes en las anoréxicas que vomitan pues se genera un aumento de las glándulas salivales, sobre todo por la inflamación de las parótidas (cuello), reflejando una cara hinchada. La inflamación parótida tarda varios meses en desaparecer una vez que se normaliza el peso y la conducta alimentaria; además en los pacientes que presentan vómitos repetidos, aparecen descalcificaciones en la cara interna de los dientes como consecuencia de la acción del ácido gástrico.

7.1.10 CUTÁNEAS (de la piel): Muchos pacientes con Anorexia nerviosa tienen una piel seca, áspera y quebradiza como consecuencia del déficit nutricional generando frío.

Las extremidades (manos y pies) suelen estar bastante frías y con frecuencia de un color violáceo, debido a las alteraciones circulatorias también pueden presentar un color amarillento en las plantas de los pies y las manos lo que se denomina hipercarotemia, esto es debido a la ingesta excesiva de calabaza o zanahoria, propia de la dieta que llevan este tipo de pacientes; además puede verse la

9. <http://www.mmhs.com/clinical/peds/spanish/mentalhealth/anorexia.htm>
10. Crispo, Rosina. *Ibíd.* Pág. 113.

aparición de callosidades en el dorso de la mano, producidos por la erosión dentaria durante los vómitos autoprovocados.

También es posible observar en zonas que normalmente no tienen vello (espalda, brazos y mejilla) la aparición de un vello fino y largo, tipo pelusa llamado lanugo.

Es factible encontrar edemas (hinchazón) en determinadas partes del cuerpo, generalmente en piernas y pies, sobretodo cuando la paciente comienza a realimentarse; el edema es una retención de líquido en el tejido celular subcutáneo, este es producido por la retención de sodio (sal), debido al aumento de sensibilidad renal y a la acción de la insulina en los tubos renales durante la realimentación. (11)

7.1.11 RESPIRATORIAS (de los pulmones): La Anorexia nerviosa provoca cambios en el tejido pulmonar similares a los que presentan las personas con eficema a causa del tabaco. El Doctor Horvey O. Coxson, del hospital general de Vancouver, Canadá señala que aun no está claro si los cambios estructurales de los pulmones son permanentes, ya que hay una pérdida de tejidos que ayudan a suministrar oxígeno al resto del organismo, esto también se ha detectado en pacientes con eficema provocado por el tabaco; así la mala nutrición puede causar eficema en los pacientes anoréxicos por lo que es importante establecer una terapia temprana en este tipo de pacientes con Anorexia. (12)

7.1.12 SEXUALES: La mayoría de las anoréxicas debido a la desnutrición que sufren, a la falta de hormonas del crecimiento, así como de las hormonas reproductivas implicadas en la menstruación, generan falta de desarrollo en sus órganos sexuales y de las glándulas mamarias, resequedad vaginal, ausencia de erección, dificultad para obtener el orgasmo, dificultad para tener relaciones sexuales e infertilidad por la pérdida de menstruación; pues la anorexia causa niveles reducidos de hormonas reproductivas, cambios en las hormonas de la tiroides y mayores niveles de otras hormonas como la de estrés llamada cortisol.

Las enfermas que quedan embarazadas antes de recuperar su peso normal afrontan un futuro reproductivo precario, pues los productos (bebés) nacerán con peso bajo provocando abortos espontáneos frecuentes y una tasa alta de casos de niños con defectos congénitos. (13)

11. Ibidem Pág. 114.

12. Revista Kéna, mes de junio, grupo editorial armonía. Número 252. sección medicina. Autora, Gabriela Paredes. Pág. 68.

7.1.13 PSICOLÓGICOS: Se sabe que la Anorexia nerviosa es generada por ciertos malestares emocionales cuyos factores de origen no son únicos, como ya hemos mencionado; por lo que en este caso la enfermedad se agrava debido a que continua el sufrimiento por sentir los enfermos que no son felices, generándose a sí una gran ansiedad, una profunda depresión, la falta de sueño (insomnio) y se agudiza el miedo a engordar asta volverse irracional, lo que provoca dificultad para concentrarse o pensar en forma clara. Además se han encontrado cambios en el carácter como es el caso de una mayor irritabilidad, ira, inseguridad sobre sus capacidades, sentimientos de culpa y autodesprecio por haber comido o dejado de hacerlo, agresividad, inmadures emocional, baja autoestima y pensamientos suicidas, que provocan generalmente la muerte de las anoréxicas si no se tratan a tiempo.

7.1.14 SOCIALES: En este caso hay un aislamiento social por parte de las enfermas, pues evitan las situaciones sociales y familiares, para no ser observadas o juzgadas por su comportamiento por parte de los demás.

A nivel familiar la anorexia provoca un distanciamiento entre los miembros de la familia por no saber como enfrentar la enfermedad y superar el problema, ya que al comentar la preocupación acerca de este problema, darán lugar al enojo, negación, victimación, manipulación y minimización del mismo, lo mismo sucede con las amistades de la anoréxica.

En su entorno escolar encontramos una gran competitividad entre los adolescentes, lo que genera la propagación de la enfermedad pues siempre se perciben "gordas", es decir sobreestiman su tamaño, especialmente unas partes de su cuerpo. Además de que entre amigas se apoyan y respaldan para seguir ayunando y perdiendo peso, también se puede producir lo que llaman "efecto domino", que consiste en que si una alumna logra adelgazar, conseguirá la admiración del resto del grupo, provocando que las amigas de su entorno quieran parecerse a ella y acaben también enfermándose. (14)

7.2 CONSECUENCIAS DE BULIMIA NERVIOSA.

Ahora haremos mención de las consecuencias que genera el padecer Bulimia Nerviosa:

7.2.1 BOCA: Cuando vomitamos volvemos a la boca toda la comida que sale del estómago y junto con ello, viene ácido clorhídrico, este se encuentra en el estómago para ayudar a digerir lo que uno come. El estómago esta preparado para que un elemento tan corrosivo este en contacto con sus paredes, sin embargo este ácido en la boca puede producir la pérdida del esmalte dentario facilitando el aumento de caries, por lo que el daño es irreversible; además daña las encías, el paladar y la garganta; produciendo inflamación e irritabilidad de los mismos.

Las manos u otros elementos introducidos en la boca para estimular el vómito pueden provocar heridas en la garganta y en el paladar que en ocasiones llegan a sangrar. (15)

7.2.2 GLÁNDULAS SALIVALES: En la Bulímica suele aumentar el tamaño de las glándulas salivales, en especial las parótidas (del cuello) como consecuencia del vomito, dando como resultado un rostro de aspecto regordete; muchas jóvenes comienzan a vomitar por que se ven gordas, sobre todo por que suelen mirarse el rostro que tal vez es de tipo redondeado, aunque el cuerpo este en buen peso, lo paradójico es que terminan reforzando esta característica facial por la inflamación que se produce en dichas glándulas. (16)

7.2.3 ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS (pérdida de minerales): Una de las complicaciones más graves de la bulimia es la reducción de potasio en sangre, cuya pérdida de este es a través de los vómitos, ya que el jugo gástrico que se pierde al vomitar es muy rico en este mineral, también se pierde por tomar diuréticos que producen una disminución de potasio debido a la eliminación excesiva de líquido; las purgas también producen una reducción del potasio, cloruro y de sodio, los cuales son necesarios para el adecuado funcionamiento de los sistemas del organismo.

Si bien son muchos los problemas que pueden resultar de un desequilibrio electrolítico, los más graves son irregularidades cardíacas, mareos, deshidratación e incluso la muerte. (17)

14. Crispo, Rosina. *Ibíd.* Págs. 106 - 107.

15. *Ibidem* Pág. 107.

16. *Ídem.*

17. *Ídem.*

7.2.4 DIGESTIVAS: Las alteraciones que sufre el aparato digestivo las encontramos en:

- El esófago: el cual puede irritarse por el paso del ácido clorhídrico acompañado por el vomito en forma reiterada, produciéndose una esofagitis; el gran esfuerzo realizado para vomitar puede provocar la ruptura esofágica y la presencia de una hernia hiatal, también como consecuencia de los vómitos reiterados es frecuente la aparición de reflujo esofágico, que significa que de forma espontánea el contenido gástrico suba hacia el esófago.
- En una persona vomitadora, es bastante común la aparición de gastritis, además es frecuente que sufra de un constante estreñimiento volviendo al estómago perezoso, generando una sensación de estar lleno lo que dificulta la regulación de la ingesta.
- En el intestino el efecto inmediato al uso de laxantes genera la presencia de diarrea y dolor abdominal así como cólico; lo más frecuente es la aparición de estreñimiento grave como consecuencia del uso prolongado de laxantes, ya que estos acostumbran al intestino a funcionar bajo su estímulo provocando que el intestino no responda a los estímulos normales, esto puede provocar que las paredes del recto se debiliten tanto al grado de requerir cirugía. (18)

7.2.5 CARDIOVASCULARES: El abuso de laxantes y diuréticos, además del vómito puede causar deshidratación y desequilibrios electrolíticos lo que provoca cansancio, debilidad, apatía, fatiga y falta de energía.

Las consecuencias cardíacas que se presentan son la disminución de la presión arterial por la pérdida de líquido y sodio, aumento de las pulsaciones cardíacas e irregularidades en el ritmo cardíaco generando paros cardíacos y muerte. En los casos más graves puede provocar debilidad muscular, contracción muscular y en raras ocasiones convulsiones y pérdida del sentido. (19)

7.2.6 RESPIRATORIAS: No es frecuente, pero se pueden producir bronquitis o neumonía a causa de auto inducirse el vómito, ya que los contenidos gástricos pueden llegar a las vías respiratorias. La bronco aspiración en las bulímicas se debe a que el vómito se va a los pulmones y puede causar muerte por asfixia. (20)

18. Ibidem Pág. 108 – 109

19. Tannenhaus, Nora. Ibid. Pág. 78 - 80.

20. Crispo, Rosina. Ibid. Pág. 110.

7.2.7 URINARIAS: No es difícil que se produzcan daños en el funcionamiento de los riñones como consecuencia de la deshidratación y abuso de diuréticos; también son frecuentes las infecciones urinarias y la producción de cálculos o arenilla. Cuando se abusa de los diuréticos por tiempo prolongado puede producirse un grave deterioro en los riñones, con la consecuente pérdida del mismo, así que los episodios bulímicos pueden resultar en la retención de agua e hinchazón abdominal. (21)

7.2.8 SEXUALES: Es muy frecuente la aparición de irregularidades menstruales debido a la mala alimentación; la menstruación también puede retirarse en pacientes con bulimia de peso normal como consecuencia del caos alimenticio que altera el funcionamiento del sistema endocrino y la alteración en los ovarios, así también se da un rechazo a las relaciones sexuales por temor a no ser atractivas, ausencia del apetito sexual, orgasmo y erección, así como la dificultad para tener una relación estable. Las bulímicas deben saber que la enfermedad que padecen en caso de embarazo provoca una mayor tasa de abortos, anomalías fetales y la disminución del peso del recién nacido. (22)

7.2.9 CUTÁNEAS: El cutis seco es una condición resultante de la deshidratación o pérdida de agua en el cuerpo, debido al vómito y abuso de laxantes o diuréticos; Con el fin de vomitar la bulímicas se meten la mano o dedos en la garganta, lo que provoca callosidades, erosiones y lastimaduras en las palmas o en los nudillos de los dedos, esto al raspar o rozar con los dientes a la hora de provocarse el vómito o porque estén en contacto frecuente con ácido que asciende del estómago.

7.2.10 NEUROLÓGICOS: Donde encontramos, dolores de cabeza, hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, disminución de la fuerza, problemas en el control motor, pérdida de cabello, poca tolerancia a las bajas temperaturas, trastornos en la visión y el sistema auditivo.

7.2.11 PSICOLÓGICOS: Las enfermas están propensas a la depresión y se encuentran en peligro por sus comportamientos impulsivos y peligrosos como la promiscuidad sexual, la cleptomanía y sus estados de ánimo como la irritabilidad, explosiones de cólera, mayor ansiedad, hiperconsumo de sustancias tales como café y goma de mascar, reducción de la autoestima, discusiones frecuentes, problemas de concentración y los pensamientos obsesivos recurrentes hacia la alimentación, la talla y la figura ya que solo se habla y piensa continuamente de ellas.

21. Idibem Pág. 111 y 182.

22. Idem.

7.2.12 SOCIALES: Las bulímicas pueden obsesionarse tanto con sus atracones que minimizan las consecuencias y a la larga descuidan los demás aspectos de su vida, es decir, que se van deteriorando sus problemas familiares y sociales, además tienen problemas económicos (por el dinero gastado en la comida) y problemas en el trabajo; algunas veces roban dinero o comida así como otros artículos. (23)

Por lo anterior consideramos que son personas más impulsivas que conceden un alto valor a la gratificación inmediata, además tienden al abuso de sustancias tóxicas tales como alcohol y drogas (anfetaminas y cocaína). Socialmente son personas que se aíslan por las constantes críticas y discriminación que genera su sobrepeso u obesidad en los demás.

23. Tannenhaus, Nora. *Ibid.* Págs. 78 - 80.

CÁPITULO 8. ¿EXISTEN ESTADÍSTICAS SOBRE ESTOS TRASTORNOS EN MÉXICO?

En México existe poca información sobre la prevalencia o incidencia de ningún trastorno alimenticio, es decir que no hay estadísticas generales ni cifras reales de Anorexia ni de Bulimia Nerviosa, pero se conocen cada día más casos, sobre todo los relacionados con personajes públicos, por lo que varios estudios demuestran la gravedad de los trastornos alimenticios en nuestro país. (1)

Según se muestra en una investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, el estudio de trastornos alimenticios es relativamente nuevo en México y esta en pleno desarrollo, por lo que hay pocos estudios epidemiológicos acerca de ello, algunos datos de estos estudios son recabados en consultas hospitalarias o psiquiátricas, pero existen ciertas limitaciones para recabar los datos esto se deben a la imprecisión de los criterios diagnósticos considerados en el diagnóstico, la no investigación completa de los casos y falta de estudios en áreas geográficas ya determinadas, además de que todas las personas que se someten a dietas extremas elevan su probabilidad de desarrollar un trastorno alimenticio, 18 veces más que las que no hacen dieta, lo que dificulta llevar un registro y contabilidad exacta; sin embargo hoy los trastornos alimenticios son considerados un problema de salud en la Ciudad de México como ya hemos mencionado, a pesar de no contar con datos estadísticos se sabe que el 0.9% de los hombres y el 2.8% de mujeres en el Distrito Federal presentan algún trastorno alimenticio y a nivel nacional el 0.6% de hombres y 1.8% de mujeres presentan Bulimia nerviosa, hemos de aclarar que dichos datos pertenecen a la población urbana, ya que las estadísticas generales no son aplicables a todo el país puesto que el problema (trastornos alimenticios) se da en las grandes ciudades, debido a que estos tienen que ver con los niveles socioculturales de la población y el acercamiento a las presiones sociales generados por los medios de comunicación y reforzadas en el núcleo familiar (2); de ahí que las instituciones médicas y de apoyo terapéutico públicas y privadas están concentradas en el Distrito Federal en donde se registran 18 instituciones de las cuales 4 realizan un estudio socioeconómico al paciente para determinar el costo de la consulta. Estas son Instituto Mexicano de Psiquiatría y el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, el Centro Integral de Salud de la Secretaría de Salud y la Fundación contra Bulimia y Anorexia.

-
1. <http://www.consultasexual.com.mx/documentos/anorexia.html>
 2. FOLLETO: 1er. Congreso Hispano Latino Americano de Trastornos de la conducta Alimentaria. 20 – 23 de Octubre del 2004. Ciudad de México. "Actualidades en el manejo ambulatorio", Academy for de Eating Disorders, INN SZ, UIA.

Un estudio realizado en la población estudiantil del Distrito Federal, informa que se han iniciado una serie de investigaciones en diferentes poblaciones como son pre-adolescentes, adolescentes y adultos, así como la población clínicamente diagnosticada con trastorno alimenticio y grupos de alto riesgo, en los que existe un interés especial por el peso, tamaño y forma del cuerpo entre los que destacan: deportistas, jockeys, bailarines, modelos, actrices; por el momento los datos recopilados dan cuenta de la presencia de los trastornos en el Distrito Federal, aunque a esto hay que agregar la información sobre pacientes provenientes de distintos estados de la República tales como Oaxaca, Veracruz, Puebla y Guerrero que son canalizados a las instituciones públicas y privadas del Distrito Federal y de las cuales a pesar de su diagnóstico no hay estadísticas (3), pero si se sabe que el origen multicausal de los trastornos alimenticios se ha constatado en otros contextos socioculturales, sobretudo en clase media, alta y población urbana.

Especialistas en los trastornos alimenticios señalan que las estadísticas prevalentes en México son similares a las que existen en Estados Unidos y Europa. El Psiquiatra y Director de la clínica Eating disorders México señala que "el 95% de las mujeres no están de acuerdo con su cuerpo, más del 60% de ellas realizan alguna dieta, en contra de un 35% de hombres. Más del 90% de estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad conocen a alguien que tiene un trastorno alimenticio, esto al decirles que es un trastorno alimenticio y solamente el 2% conoce sus requerimientos nutricionales" (4). Lo que nos dice que el problema realmente existe en nuestro país.

Otra investigación elaborada por Gilda Gómez Pérez-Mitre, investigadora de los trastornos alimenticios de la facultad de psicología de la UNAM señala que "si bien no hay estadísticas generales en México sobre estas conductas, ella cuenta con los resultados del Estudio de Factores de Riesgo en trastornos alimenticios, realizado en estudiantes de Bachillerato en la Ciudad de México (1994 – 2001). El tamaño de la muestra fue de 5187 alumnos, de los cuales 2270 son hombres y 2917 son mujeres con medias de edad que van desde 17.9 a 18 años en dicho estudio se midieron seis factores de riesgo que son:

1. El primero de ellos, el deseo de una figura delgada que se encuentra al inicio de esta cadena conductual; Representa la introyección del modelo ideal que promueve la cultura de la delgadez, independientemente del peso real. La prevalencia encontrada en las mujeres fue del 85%, mientras que entre los hombres sólo alcanzó un 31%, pues ellos, en su mayoría (69%) desean una figura más gruesa, con músculo pero sin grasa.
2. Otro fue la insatisfacción con la imagen corporal. La prevalencia de la del tipo positivo (porque se quiere estar más delgado) fue del 55% en sexo femenino y del 30% en el masculino, mientras que la negativa (querer estar más gruesa) fue del 24% entre las jóvenes y del 55% entre los varones.

3. <http://www.cipaj.org/doment62n.htm>

4. Entrevista al Dr. Alfredo Zúñiga Massieu. Psiquiatra y Psicoterapeuta, Director Médico de Eating Disorders México, el día 8 de Noviembre del 2004. hora: 11:10 A.M. a12:10 P.M.

3. El tercero, la alteración de la imagen corporal, que hace referencia a un efecto de distorsión con el que las personas se autoperiben más delgadas (subestimación) o más gruesas de lo que realmente son (sobreestimación). Las diferencias de género arrojan una prevalencia de sub y sobre estimación de 47% y 3% respectivamente entre los hombres, y del 41% y 9% entre las mujeres.
4. Uno más fue la dieta restrictiva, el factor de mayor riesgo, pues implica por sí mismo un problema de salud. De acuerdo con los investigadores más importantes en esta temática, el seguimiento de este tipo de dieta es el factor preocurrente que directamente puede conducir a trastornos alimenticios. La prevalencia fue mayor entre las estudiantes (44%) que entre sus compañeros (23%). Curiosamente entre los púberes esta relación se invierte.
5. El quinto factor fue la conducta alimentaria compulsiva, cuya prevalencia para la respuesta frecuentemente se dividió en 50% de las veces para cada sexo y para siempre en 30% de los hombres y 17% en las mujeres.
6. Finalmente, se midió la preocupación por el peso y la comida, reconocido como un factor de riesgo disparador de los otros y determinante para que los problemas detectados sean considerados trastornos alimenticios: dentro de las categorías de mucho y demasiado la prevalencia es del 13% para los jóvenes y del 35% para sus compañeras. Las púberes (10 a 12 años) y prepúberes (6 a 9 años) muestran porcentajes más altos, hasta del 64% en el caso de las más jóvenes". (5)

Un estudio más de campo aplicado a 4525 niñas y adolescentes en escuelas públicas y privadas del Distrito Federal, cuyos resultados demuestran que el problema existe en el país, pues dicho estudio muestra que a mayor edad se presenta con más frecuencia la elección de las figuras delgadas y la muy delgada que las chicas quisieran tener. Un 77% contra un 65% de las púberes y un 50% de las niñas de 6 a 9 años. Además 64% de las púberes están preocupadas por su peso, así como el 24% de las niñas y el 18% de las adolescentes. (6)

En México se sabe que el 10.7% de las muertes se deben a problemas de nutrición, según cifras del INEGI, entre las que se contemplan la bulimia y la anorexia, además de diversos casos de desnutrición. Por su parte, el sector salud dice que a partir de 1996 hasta la fecha, se han incrementado en un 15% los casos de bulimia y anorexia en el Distrito Federal, que es una cifra estadística considerable.

5. http://www.dgi.unam.mx/boletin/bdboletin/2003_746.html

6. UNAM. ENEP Campus Aragón. *Ibid.* Pág. 63.

La tasa de mortalidad de la Anorexia es de 0.5% al 1% por año de observación lo que supone una proporción 6 veces superior a la de la población normal y 12 veces la tasa de mortalidad de las mujeres jóvenes en la población general. Esta mortalidad se multiplica por 15 cuando el peso disminuye por debajo de los 35 Kg. Las causas más frecuentes de muerte son infecciones y desnutrición extrema, además del suicidio. Esta mortalidad ha alcanzado hasta el 20% de las pacientes al cabo de 20 años. (7)

En México una de cada cuatro mujeres con anorexia pierde la vida a causa de los severos daños que ocasiona este tipo de trastorno alimenticio que se presenta en mayor medida en la etapa de la adolescencia, dijo Gabriela Berlanga, experta en la materia durante su participación en el primer día de trabajos del segundo congreso mundial sobre adolescencia.

La investigadora (Gabriela Berlanga) de la Fundación Internacional para la Prevención y tratamiento de bulimia, anorexia y comer compulsivo, AC, señaló que el 87% de las adolescentes mexicanas se someten a dietas restrictivas tan variadas que van desde comer sólo una vez al día, hasta la recurrencia al vómito cuando comen en exceso. De acuerdo con estudios de la fundación el 27% de las adolescentes en el país han utilizado pastillas para bajar de peso, el 21% han recurrido a algún tipo de diurético, el 11% se han provocado el vómito y el 8% han hecho uso de algún tipo de laxante. (8)

Así pues la incidencia de anorexia nerviosa ha aumentado a lo largo de los últimos 20 años entre los adolescentes. Se calcula que ocurre en una de cada 100 mujeres entre los 16 y 18 años de edad. Inicialmente se encontró mayoritariamente en las familias de clase media y alta, pero ahora la anorexia se encuentra en todos los grupos socioeconómicos y en diversos grupos étnicos y raciales que tienen que ver en occidente. Se considera a la anorexia nerviosa como una enfermedad crónica a nivel internacional.

La prevalencia de la bulimia nerviosa entre las mujeres jóvenes oscilan entre cerca de 3% a 10%. Algunos estudios reportan que el 80% de las estudiantes universitarias han comido excesivamente en algún momento de su vida.

En la bulimia la mortalidad es probablemente más baja que en la anorexia, pero alrededor del 15% de los casos de bulimia tienen complicaciones médicas significativas y potencialmente mortales. (9)

-
7. García Campa, Eduardo. Ibid. Pág. 23.
 8. <http://www.cimac.org.mx/noticias/01jun/01061311.html>
 9. García Campa, Eduardo. Ibid. Pág. 23.

CAPÍTULO VIII. ¿DE QUE MANERA SE PUEDE TRATAR Y PREVENIR LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA?

El tratamiento de los Trastornos Alimenticios es complejo, por lo que el tratarlos de forma aislada no ayuda, se necesita un equipo multidisciplinario integrado por: Médico, Psiquiatra, Psicólogo, Endocrinólogo, Odontólogo, Nutriólogo, Entrenador físico, Terapeutas de grupo, Terapeutas de familia y Trabajadores Sociales, además de la participación de la familia, la cual es fundamental, ya que los expertos consideran que muchas veces la familia es la causante de ambos trastornos; este modelo de tratamiento interdisciplinario le permite a los distintos profesionales compartir la responsabilidad que se debe tener ante el enfermo y su familia, además de facilitar el quehacer terapéutico, por lo que si sospechas que padeces Anorexia o Bulimia nerviosa, deberás recurrir a alguna instancia de salud pública o privada para evitar a tiempo el infierno que hacen vivir ambos trastornos a las personas que los padecen.

El tratamiento deberá comenzar con una evaluación del paciente, tanto en el ámbito físico como en el mental pues el objetivo de éste primer paso será determinar:

- a) ¿Qué tipo de trastorno alimenticio tiene?
- b) ¿Cuán avanzado está? Y
- c) ¿Cómo esta el organismo de la paciente?,

Para ello los especialistas utilizan dos cuestionarios reconocidos que son el Test de Actitudes de la Ingesta de Comida (TAIC) que consiste en 26 preguntas destinadas a medir la presencia de patrones de ingesta trastornada y determinar si sufre Anorexia y el segundo cuestionario es el Inventario de los Trastornos de la Ingesta (ITIC) el cual cuenta con 91 preguntas que miden una serie de síntomas psicológicos que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los Trastornos Alimenticios, actualmente se maneja el ITIC-2, que no es más que una nueva edición revisada y actualizada que maneja todo aquello que tiene que ver con las tendencias a la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, estados corporales (hambre - fatiga), inseguridad social, negarse al placer, desenfreno, ineficacia, desconfianza, miedo a la madurez y regulación de los impulsos; debemos de aclarar que ambos cuestionarios no son utilizados para el diagnóstico de los Trastornos Alimenticios pues sólo logran identificar quiénes son más propensos a tener alguno de éstos trastornos, por lo que para obtener un diagnóstico deberá realizarse una entrevista donde el médico reconocerá al paciente potencial, ello se realiza cara a cara, además de que se requiere una evaluación física, después de la cual el médico, dependiendo de la edad de la persona, estado general de salud, antecedentes médicos, gravedad de los síntomas y tolerancia a determinados medicamentos dará una serie de recomendaciones respecto a los diversos tratamientos que hay contra la Anorexia o Bulimia nerviosa, pero lo importante de un tratamiento es que sea exhaustivo

combinando la psicoterapia, nutrición, asistencia socio psicológica y atención médica especializada. (1)

El tratamiento para la Anorexia o Bulimia Nerviosa tiene tres objetivos que son:

- 1) Ayudar al paciente a aumentar o reducir su peso, para que este dentro del rango de lo normal, dependiendo de su talla y estatura.
- 2) Ayudar a restablecer un comportamiento alimentario normal, evitando la utilización de otros métodos como los vómitos, abuso de laxantes, ejercicio excesivo, dejar de comer, entre otros.
- 3) Explicación de los síntomas físicos de manera que sean comprendidos por el paciente y su familia. (2)

El tratamiento integral se divide en tres fases:

FASE INICIAL que incluye lo relacionado con el diagnóstico médico, nutricional y mental, en ésta fase se determina si pelagra la vida del paciente o presenta alguna alteración que amerite la hospitalización, aunque lo primordial es recuperar el estado nutricional, dejando fuera de peligro al paciente. En lo psicológico se realizarán evaluaciones individuales y familiares, preparando el terreno para las intervenciones psicoterapéuticas; es decir, que se entablará un contrato terapéutico promoviendo la confianza y seguridad en el paciente y equipo médico, también se establecerán los límites de lo tolerable y sobre aquello que amenace el buen desarrollo del tratamiento y su salud, también se establecerá la hora, tiempo, lugar, frecuencia y costo del tratamiento que se le ha designado.

SEGUNDA FASE es la más prolongada por que las intervenciones se orientan al establecimiento de los hábitos alimentarios correctos, también se tratarán de regular los sistemas hormonales alterados, se consolidará la alianza entre paciente, familia y terapeuta, para llevar a cabo el trabajo adecuado para su tratamiento.

TERCERA FASE es la de seguimiento a largo plazo, en la cual se habrá comprendido la naturaleza del problema, se mantendrá el peso y desarrollo del tratamiento adecuado, para que la psicoterapia alcance los objetivos de funcionalidad y sustitución de los mecanismos de manejo de la ansiedad, logrando así mantener con los especialistas una participación activa en su tratamiento. (3)

9.1 TRATAMIENTOS DE ANOREXIA NERVIOSA.

A continuación mencionaremos las diversas opciones de tratamiento que hay para la Anorexia Nerviosa:

-
1. Tannehaus, Nora. Ibid. Págs. 108-110.
 2. Abraham, Suzanne y Llewellyn Jones Derek. Ibid. Pág. 97.
 3. Palma Escandón, Marcela. Ibid. Pág. 4.

El tratamiento de la Anorexia Nerviosa requiere de una atención multidisciplinaria y el primer paso para el inicio del tratamiento será obtener la cooperación del paciente, pues muchos se rehúsan y acuden a consulta de mala gana, pero esto se resuelve subrayándole los beneficios que le traerá el tratamiento, asegurándole que con ello puede mejorar su insomnio, síntomas depresivos, disminuir sus pensamientos obsesivos acerca de la comida y el peso corporal; los cuales interfieren en su vida, pueden aumentar su bienestar físico, nivel de energía y mejorar la relación con sus compañeros; por lo que el objetivo inmediato del tratamiento será restablecer la normalidad del estado nutricional del paciente, los casos más graves deberán ser hospitalizados y sometidos a controles diarios para lo cual se ayudan de los siguientes tratamientos:

9.1.1 TRATAMIENTOS MÉDICOS:

9.1.1.1 HOSPITALIZACIÓN: Tiene como fin estabilizar a la persona físicamente para evitar complicaciones serias o la muerte, también es un medio al que recurrirá el equipo de especialistas para impedir que el paciente se haga algún daño adicional ya sea físico o psicológico (suicidio), por que su estado de salud sea crítico (desnutrición y deshidratación), demostrando la incapacidad que tiene de poner fin al ciclo de atracón – purga, ya que algunos pacientes desean cambiar, pero no lo logran si no están bajo vigilancia médica y supervisión constantemente por el personal del hospital.

Los programas varían de hospital a hospital, pero una sesión típica incluye los siguientes elementos:

1. Evaluación u etapa de diagnóstico, dos semanas antes de la admisión
2. Etapa donde la paciente está interna durante 6 semanas y consiste en:
 - a) Consejo y terapia nutricional para aumentar su peso
 - b) Evaluación médica
 - c) Terapia individual diaria
 - d) Terapia de grupo diaria
 - e) Terapia de familia
3. Seguimiento durante un año, que consta de un tratamiento individual, de grupo y familiar, de acuerdo con las necesidades de cada paciente. (4)

En teoría la hospitalización deberá ser el último recurso de tratamiento puesto que en el paciente producirá una separación familiar, escolar y social, provocando con ello una constante resistencia al tratamiento y cuando lo acepte, sólo será para terminarlo lo más pronto posible y así poder continuar con sus practicas negativas hacia la comida pues se encuentran fuera de la vigilancia y control del hospital.

4. Tannehaus, Nora. *Ibid.* Págs. 122-123.

9.1.1.2 TRATAMIENTO EN HOSPITAL DE DÍA: Toma en cuenta diferentes aspectos como el biológico, psicológico, familiar y sociocultural. Su objetivo es que la persona afectada retome pautas y hábitos alimentarios normales, favoreciendo la adquisición de actitudes positivas hacia la alimentación, ejerciendo medidas mínimas de control que no se pueden realizar en el entorno familiar, intentando así prevenir la aparición de atracones – vómitos, para así romper con la conducta de control y descontrol; este tratamiento se adopta en los casos menos graves, proporcionando las siguientes ventajas:

- Mantenimiento del paciente en su medio habitual
- Desarrollo de tareas de información
- Sensibilización de la población
- La puesta en marcha de programas de prevención
- Atención permanente a grupos sociales y familiares
- La accesibilidad y disponibilidad de los paciente (5)

9.1.1.3 TRATAMIENTO ENDOCRINOLÓGICO: Tiene los siguientes objetivos:

1. La vigilancia médica del paciente, de ser necesario se deberá recurrir a otros especialistas.
2. Sustituir las deficiencias endocrinológicas, además del suplemento de potasio, calcio, magnesio y vitaminas.
3. Detectar señales de peligro tales como:

- ✓ Manifestaciones clínicas o de laboratorio que muestren alteraciones electrolíticas.
- ✓ Desnutrición que comprometa la vida del paciente y
- ✓ Enfermedades graves que requieran de cuidados hospitalarios.

9.1.1.4 TRATAMIENTO NUTRICIONAL: El Nutriólogo tiene como objetivo primario restablecer la buena nutrición del paciente y de los hábitos correctos de alimentación, para lograrlo será necesario evaluar el estado nutricional del paciente y conocer en la medida de lo posible los hábitos de alimentación que practica el enfermo, esto se logra a través del tiempo y ganando la confianza del paciente.

El objetivo de la terapia nutricional será ayudar al paciente a asumir que puede comer todo lo que quiera con moderación, para lograrlo deberá estar libre de su temor de que todo lo que coma le hará engordar; para la anoréxica esto implica un muro de negación pues ella insistirá en que su aspecto esquelético le gusta como es y que sus hábitos alimentarios son buenos, por ello la clave de su recuperación radica en el diseño que hace la nutrióloga de un plan alimenticio específico y adecuado a las características de cada paciente, pero siempre con dos objetivos comunes en todos los casos:

5. Serrato Azat, Gloria. Ibid. Pág. 101-103.

1. Normalizar el patrón alimentario y
2. Normalizar el peso

Dicho tratamiento comenzará paralelamente a la terapia psicológica y psiquiátrica, lo que ayudará para que la persona comience a aceptar comer de una forma apropiada.

Para las personas con Anorexia el fin primordial del tratamiento, será alcanzar un peso que lo mantenga fuera de peligro, esto se logra por medio de una dieta alta en calorías y proteínas, además del consumo de suplementos alimenticios, vitamínicos y minerales como soporte para el buen funcionamiento del cuerpo. (6)

Otro aspecto que maneja éste tratamiento, se refiere al hecho de que el sistema digestivo de la anoréxica se vuelve perezoso por lo que se sienten llenas con facilidad y no quieren seguir comiendo, así que parte del tratamiento será explicarles que esto es normal, mientras su organismo se habitúa de nuevo a comer las porciones indicadas, entonces el tratamiento va aumentando progresivamente al paso del paciente y nunca se le obligará a comer grandes cantidades de alimento de un día para otro, sino que se busca equilibrar despacio a la persona hasta que logre hacer las tres comidas diarias necesarias.

9.1.2 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS:

9.1.2.1 PSICOTERAPIA: Esta deberá aplicarse debido a que los trastornos alimentarios son considerados enfermedades psiquiátricas, por lo que es imprescindible recurrir a ella; este tipo de terapia la debe realizar un psicólogo y un psiquiatra especializados en Trastornos Alimenticios, pero sólo el psiquiatra se encargará de recetar los medicamentos aptos para la Anorexia y la Bulimia Nerviosa, como son los tranquilizantes o antidepresivos, es decir, que el psiquiatra adquiere mayor responsabilidad en el caso y el psicólogo por su parte tendrá una formación analítica y su papel se centrará en la realización de terapias desde el punto de vista conductual.

9.1.2.2 PSICOTERAPIA TRADICIONAL: Estos métodos de terapia ayudan al paciente a reflexionar acerca de su infancia, sueños y sentimientos no expresados, para de ese modo adquirir una nueva percepción de su conducta actual; es decir que al reconocer el papel de dichas influencias subliminales el paciente adquirirá una nueva percepción de sus acciones y las cambiará.

9.1.2.3 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA: Esta actúa sobre la base de reforzar una conducta deseada mediante premios y castigos o ignorar una conducta no deseada. Esta da resultado sólo en hospitales donde el personal puede controlar la situación, pero el resultado será temporal pues lo hacen para ser dadas de alta, una vez fuera continúan con sus conductas negativas.

6. UNAM. ENEP Campus Aragón. Ibid. Pág. 61.

9.1.2.4 TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL (TCC ó CC): Combina los mejores aspectos de la psicoterapia tradicional y la modificación de la conducta, este método requiere del conocimiento (cognición) y desafío de las conductas, pensamientos autodestructivos, seguidos de apropiados cambios en la conducta; es decir, que el paciente trabajará en sus motivaciones interiores y en las manifestaciones exteriores simultáneamente. (7)

Esta implica los siguientes pasos:

- Intensificar el conocimiento del paciente en sus propios patrones de pensamiento.
- Enseñar a reconocer la conexión entre ciertos sentimientos, pensamientos autodestructivos y la conducta de los Trastornos Alimenticios.
- Examinar la validez de ciertos pensamientos o creencias.
- Sustituir las creencias erróneas por ideas apropiadas.
- Combinar gradualmente las suposiciones que aparecen en el desarrollo de los Trastornos Alimenticios. (8)

Las técnicas de terapia cognitivas fueron desarrolladas por Garner y Bemis en 1982, el primer paso señala que el paciente debe escribir sus pensamientos en forma de evaluación, lo cual ayudará a determinar las distorsiones en el procesamiento e interpretación de los acontecimientos, además es recomendable que debe existir una buena relación terapéutica para poder formar unos hábitos de alimentación saludables, aprender estrategias de autocontrol, técnicas de solución de problemas, una reestructuración cognitiva y diversas formas de prevenir recaídas.

9.1.2.5 TERAPIA INDIVIDUAL: El aspecto más importante de ésta terapia para los Trastornos Alimenticios es el desarrollo de una buena relación entre el paciente y su terapeuta, ya que a las enfermas con algún Trastorno Alimenticio les resulta difícil confiar en los demás, en especial cuando se les pregunta por sus hábitos alimenticios. Este tipo de terapia la realiza sólo el paciente con el terapeuta en donde busca comprender las causas psicológicas más internas, para tratar de contrarrestarlas, desarrollando conductas alternativas, trata aspectos como la autoestima, imagen corporal, revisa los comportamientos relacionados con la crianza, traumas infantiles y las relaciones interpersonales, además es útil para tratar la depresión, ya que se centra en ayudar al paciente a afrontar la tensión emocional y a identificar las emociones desencadenantes de la Anorexia. (9)

7. Tannehaus, Nora. *Ibid.* Pág. 112 - 113.
8. UNAM. ENEP Campus Aragón. *Ibid.* Pág. 60.
9. Chinchilla Moreno, Alfonso. *Ibid.* Págs. 196-197.

Parte de la terapia será aprender a diferenciar al hambre de otros sentimientos como el aburrimiento, depresión o cansancio; la terapia logra que el paciente se redefina como una nueva persona desde una perspectiva positiva, de manera que pueda controlar su vida y aprenda a establecer su confianza en otros soportes diferentes a la apariencia física.

9.1.2.6 TERAPIA DE GRUPO: En la cual se busca que las enfermas estén con personas afines y en un contexto de confianza y apertura, donde se compartan vivencias, emociones, aprendan nuevos mecanismos de adaptación para las situaciones difíciles, fomentando así el desarrollo individual y facilitando la adquisición de mecanismos para mejorar el funcionamiento general de la persona en cuanto a su imagen corporal, control de impulsos, manejo de emociones, ansiedad, relaciones familiares, así como la prevención de recaídas; esta terapia suele ser desalentadora, por que en un grupo de anoréxicas, éstas competirán fieramente por ver quien consigue mantener el peso más bajo o pasar más tiempo sin comer, además de que una terapia prolongada de éste tipo, provoca que muchos grupos sean inapropiados pues no es usual que dichos grupos duren tanto tiempo. En éste caso se debe realizar una selección adecuada de las pacientes, para ofrecerles una opción de cambio permanente en sus relaciones sociales, incrementando su autoconciencia y su habilidad para afrontar sus emociones. El grupo optimo deberá estar integrado por 4 ó 6 pacientes pues es casi imposible que sea un grupo cerrado debido a la alta tasa de deserción del grupo, la duración de cada sesión dependerá de la resistencia del terapeuta, pero se sugiere de una hora y cuarto a dos horas; en ocasiones el grupo es el único vehículo a través del cual dejan de negar que sufren Anorexia pues se tranquilizan al saber que su caso no es único; También se recomienda que al estar mejor en el grupo, demostrándose a sí misma que puede recuperarse ellas solas, sin embargo se le brinda la oportunidad de volver si lo necesita además de mantener el contacto con el terapeuta. (10)

9.1.2.7 TERAPIA FAMILIAR: Su objetivo será averiguar como ha sido su historia familiar, su estructura y funcionamiento, para determinar si hay conductas que contribuyan a desarrollar o mantener los Trastornos Alimenticios en los pacientes. Esta es recomendada como parte del tratamiento de Anorexia, por que los pacientes son jóvenes y viven con sus familias, además de permitir observar los patrones trastornados; durante ésta terapia se contempla la comunicación de los miembros de la familia entre sí, el lugar que cada uno ocupa (identificando alianzas e interacciones), algunas veces será necesario que el terapeuta observe a la familia durante la comida con el fin de obtener indicios de la actitud familiar, lo que ayuda a la anoréxica a identificar y reconocer sus patrones negativos y a que la familia en conjunto ayude a cada miembro a satisfacer sus necesidades; por lo que será necesario tratar a la familia entera y junto con ella elaborar un plan de

10. Tannehaus, Nora. Ibid. 117-118.

ayuda para el enfermo, logrando que la familia entienda que el conflicto y la discrepancia son parte normal de la vida familiar, además de que los sentimientos pueden y deben hablarse y los conflictos pueden resolverse sin amenazar la estructura familiar. Ésta terapia no deberá ser utilizada como muleta, sino como una alentadora del desempeño saludable e independencia de cada miembro. (11)

9.1.2.8 PSICOEDUCACIÓN: Es considerada un complemento valioso para ayudar a los pacientes y sus familiares en el tratamiento, averiguando con ella qué es lo que pasa y por qué, esta información tranquiliza a los involucrados en los Trastornos Alimenticios al comprender los factores biológicos y culturales que determinaron la enfermedad; por lo que “a descripción del problema alimentario comprende los siguientes puntos:

- ✓ Entender como actúan los factores biológicos y culturales en la alteración de los patrones alimentarios.
- ✓ Se explicara a los pacientes por qué no es posible recuperarse mientras se esté haciendo dieta o vomitando.
- ✓ Se cuestiona la moda de las dietas y la presión social para que las mujeres quieran permanecer por debajo de su peso.
- ✓ Se habla de que el cuerpo tiende a mantener naturalmente su peso estable (set point), por que dicho peso es el que le corresponde.
- ✓ Hablar de que hacer dieta por un tiempo prolongado, no es lo mejor para controlar el peso pues acostumbrarán al cuerpo a la poca ingesta y éste almacenará por más tiempo la comida, provocando un aumento de peso.
- ✓ Aclarar que el peso de la mayoría de las mujeres está por encima del peso que difunden los medios de comunicación.
- ✓ Hablar a cerca de que la dieta permanente provoca hambre crónica y la costumbre de vomitar avala la decisión de atracarse.
- ✓ Que los vómitos y laxantes alteran el equilibrio electrolítico, por la eliminación de minerales y tampoco sirven como métodos para controlar el peso pues el cuerpo asimila una parte de lo consumido antes de eliminarlo.
- ✓ Advertir que se necesita tiempo y paciencia para empezar a cambiar las conductas y despejar los temores de engordar.
- ✓ Especificar junto con el médico el peso adecuado de la anoréxica y la bulímica e indagarán los factores hormonales”. (12)

11. Anorexia y Bulimia: Dos enfermedades silenciosas que se instalan en su hogar sin permitir la más mínima defensa, 1ra edición Junio 2003, impreso en México. Ed. Latinoamericana. Pág. 64.

12. http://www.uv.mx/psicysalud/nemero_12/Gfelix.html

9.1.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

El empleo de fármacos en el tratamiento de Anorexia, tiene pocos efectos beneficiosos por lo que se ha reducido su uso, sin embargo lo que se intenta con éste es aumentar el peso, corregir la acción de los neurotransmisores involucrados en el desorden y el término de la ansiedad y depresión de los pacientes. Se han utilizado neurolépticos en casos donde predomina la ansiedad y depresión, pero se sabe que la depresión en la Anorexia aparece como consecuencia de la desnutrición, por lo que se aconseja lograr una recuperación del peso antes de medicar, puesto que los efectos de los antidepresivos suprimen el apetito y contribuyen a la pérdida de peso; algunos médicos recomiendan la Ciproheptadina (peractin), que es un antihistaminico que estimula el apetito, así como la Metoclopramida que estimula los movimientos del tracto digestivo, ayudando a las anoréxicas a aumentar de peso y a tolerar la comida. (13)

9.1.4 TRATAMIENTO FÍSICO DEPORTIVO:

En éste caso es imposible hablar de salud sin un cuerpo sano, por lo que el deporte y el ejercicio son parte de una vida sana, ya que ambos traen muchas ventajas y para las anoréxicas no es la excepción, pero evitando que lleguen a los extremos, es decir, que deberán realizar ejercicio sólo 45 minutos tres veces a la semana, ya que les proporcionará bienestar físico y mental, mejora su estado de ánimo, su concentración, permitirá que duerman mejor, mejorarán la circulación sanguínea y aumentarán su rendimiento.

13. Tannehaus, Nora. Ibid. Págs. 120-121.

9.2 TRATAMIENTOS DE BULIMIA NERVIOSA.

Para la Bulimia Nerviosa también hay diversas opciones de tratamiento como las que a continuación mencionamos:

9.2.1 TRATAMIENTOS MÉDICOS:

9.2.1.1 TRATAMIENTO MÉDICO: Como ya hemos mencionado las bulímicas asisten al médico general por problemas gastrointestinales, electrolíticos, cardíacos, entre otros y con el odontólogo por problemas dentales o de encías, pero sin mencionar que son bulímicas, por lo que para éste tipo de casos es recomendable un estudio o examen físico y médico a fondo, el que deberá ser realizado por un especialista en Trastornos Alimenticios, el cual va informar al paciente si padece o no Bulimia y en caso positivo sobre los riesgos que genera su conducta bulímica, así también sobre las opciones de tratamiento que hay para dicho trastorno; los tratamientos pueden ser tan diferentes y variados como el terapeuta, agencia, programa y hospital que lo proporcione.

9.2.1.2 HOSPITALIZACIÓN: Esta se recomienda cuando la salud de la persona se ha afectado gravemente por la falta de algún mineral en el cuerpo, lesiones severas en el sistema cardiovascular (corazón) o cuando se encuentran daños graves en algún órgano como el esófago, garganta, estómago o riñones, así también cuando las etapas del ciclo restricción – atracón –compensación son muy severas e incontrolables; sin embargo sabemos que la Bulimia es un trastorno de control, por lo que si queremos ayudar a la persona bulímica, será necesario que adquiera mayor control en su alimentación, emociones y vida, por lo que el hospital no será la mejor opción pues le quita control y no le permite aprender a dominar su vida.

9.2.1.3 TERAPIA NUTRICIONAL: Su objetivo es ayudar al paciente a asumir que puede comer todo lo que quiera con moderación, para lograrlo deberá estar libre de su temor a que todo lo que coma le hará engordar. Para la bulímica el desafío consiste en aprender que, comer pequeñas cantidades de su comida favorita, no conducirá necesariamente a una sesión de atracón y purga, por lo que hasta que haya aprendido a comer normalmente las decisiones de qué y cuánto comer deberán ser tomadas por otras personas. Algunos terapeutas animarán al paciente a que coma, diciéndoles que consideren la comida como un “medicamento” que los protegerá de futuros deseos de atracarse; al final de la terapia la paciente deberá comer pequeñas cantidades de comida “prohibida”, para que compruebe que no hay necesidad de atracarse y purgarse, si el deseo es irresistible se recomienda lo siguiente:

- **DISTRACCIÓN** de los pensamientos atracón, purga y comida, por medio de actividades inofensivas y placenteras, pero guiadas por un terapeuta, médico o consejero.

- **RETRASO** de las actividades relacionadas con el atracón – purga, ello por medio de tareas agradables, buscando sí romper con la conexión entre el deseo de atracarse y el acto de atracarse.
- **REPETICIÓN** Animando al paciente a repetirse varias veces ciertas frases hasta que estén firmemente ancladas en su sistema de creencias (puedo comer normalmente, no necesito atracarme).

Pero la clave de la recuperación radica en el diseño de un plan alimentario específico y adecuado a las características de cada paciente.

9.2.2 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS:

9.2.2.1 PSICOTERAPIA: Algunos estudios recomiendan utilizar la psicoterapia de orientación cognitivo – conductual, para corregir determinadas conductas que conducen a los atracones de comida. Esta terapia ha demostrado ser efectiva por comprender la promoción del peso adecuado y la orientación alimentaria, incluyendo los alimentos que antes se evitaban, también incluyen la identificación de circunstancias que precipitaron los atracones y como resolverlas, por lo que algunos programas de ayuda conllevan contratos conductuales y de sensibilización de los pensamientos y sentimientos, justo antes de darse el atracón.

Los elementos de la terapia cognitivo – conductual para la Bulimia Nerviosa son:

- ✓ Desarrollo de una buena relación terapéutica.
- ✓ Auto monitoreo
- ✓ Educación acerca del mantenimiento y necesidad de cambio de la Bulimia Nerviosa.
- ✓ Establecimiento del peso semanal
- ✓ Educación acerca de la regulación del peso, efectos de la dieta y consecuencias de la purga.
- ✓ Prescripción de un patrón regular de alimentación (tres comidas al día más bocadillos planeados)
- ✓ Estrategias de autocontrol del impulso
- ✓ Solución de problemas
- ✓ Modificación de las dietas rígidas
- ✓ Reestructuración cognitiva de las preocupaciones por el peso y la figura
- ✓ Métodos de exposición para la aceptación del peso y la forma corporal
- ✓ Entrenamiento para la prevención de recaídas. (14)

14. Richard P. Halgin. Traducción: Leticia Pineda Ayala. Psicología de la Anormalidad, perspectivas clínicas sobre desordenes Psicológicos. 4ta edición. Ed. Mc Graw Hill. Pág. 541.

9.2.22 TERAPIA INDIVIDUAL: El terapeuta trabaja solo con la persona bulímica en un esfuerzo por saber como se han desarrollado las dificultades en la forma de comer y cómo podrían modificarse, para así empezar el proceso de cambio; Tomando en cuenta que a pesar de que muchas bulímicas practican las mismas conductas, cada persona es única y requiere de una técnica de tratamiento diseñada especialmente para satisfacer sus necesidades.

9.2.23 TERAPIA DE GRUPO: Es considerada la más eficaz en generar cambios terapéuticos; esta consiste en reunir a personas con Trastornos Alimenticios, siendo la mayoría bulímicas.

El tratamiento de grupo es benéfico, por que permite que cada persona descubra que no es la única con ese problema, acercándola así a varias personas que la apoyan y comprenderán lo que siente, además de brindarle un ambiente seguro en el que aprenderá nuevas aptitudes, para superar sus síntomas bulímicos; esta terapia proporcionará al paciente la oportunidad de aprender de los otros integrantes del grupo, así como del terapeuta y finalmente, el grupo brindará a cada integrante la oportunidad de establecer lazos significativos y separaciones terapéuticas al final de la misma.

Estos grupos exigen un compromiso firme, algunos manejan contratos que las pacientes firman comprometiéndose a asistir determinado número de sesiones, mantener un peso normal y el seguimiento de hábitos alimenticios regulares; la duración del grupo va desde una semana hasta más de un año.

9.2.24 GRUPOS DE AUTOAYUDA: Son aquellos grupos integrados por personas que padecen bulimia (no hay profesionales), éstos ayudan a las persona animándolas a contar sus historias personales, circunstancias actuales, es decir como eran las cosas y como son ahora.

9.2.25 GRUPOS DE APOYO: Suponen la ayuda de uno o más profesionales, aunque el papel de éstos cambiará a medida que cambian las necesidades de los miembros, los profesionales formularán preguntas y orientarán los comentarios que normalmente no se le ocurren a personas no especialistas en éstas cuestiones.

Ambos son para las personas que no quieren o no pueden entrar a un tratamiento formal o éste ha finalizado y requieren de más ayuda; estos varían en calidad y filosofía, pero proporcionan orientación, apoyo emocional, ayuda y salida social, para las personas aisladas, además el grupo recordará al paciente que no son los únicos, que deben superarse para así salir de la crisis, su única desventaja es que no exigen asistencia regular, generando con ello cierta inestabilidad. (15)

9.2.2.6 COMILONES ANÓNIMOS Ó COMEDORES COMPULSIVOS ANÓNIMOS

(CA): Fundados en 1960, son nietos de los programas de 12 pasos que ayuda a Alcohólicos Anónimos; su filosofías se refiere a que la ingesta compulsiva es una enfermedad progresiva y que puede controlarse con los 12 pasos que sigue un alcohólico.

El primer paso es admitir que se encuentran impotentes ante la comida; segundo paso es admitir que una fuerza superior puede devolver la cordura al afectado y; el tercer paso, implicará entregar su voluntad y vida a Dios, los pasos restantes implican y exigen que los miembros se enfrenten a sus errores y los expíen, para llevar una vida más espiritual y el más importante, transmitir el mensaje de los Comedores Compulsivos a los demás.

Estos grupos son gratuitos, sólo que en cada reunión se solicitan contribuciones voluntarias, su único requisito de ingreso es el deseo de dejar de comer de manera compulsiva (este tratamiento no funciona para las anoréxicas) pues consideran que comer en exceso es una enfermedad adictiva y progresiva, lo que es falso, ya que necesitamos comer para vivir.

Desafortunadamente éste tratamiento no ha sido tan útil para la Bulimia Nerviosa y en algunos casos es antiterapéutico, por que las bulímicas no pueden permanecer alejadas de la comida tanto tiempo de la misma forma que un alcohólico, así que como expresamos en dichos grupos se les enseña a las bulímicas que algunos alimentos son adictivos y que deben evitarse, por ello no son recomendados para el tratamiento de los Trastornos Alimenticios. (16)

9.2.2.7 TERAPIA FAMILIAR: Esta no sólo esta dirigida a las bulímicas, sino también a sus familiares, que la mayoría de las veces se relacionan con su conducta, pues casi siempre inician en casa, ya que dentro de la familia se dan interacciones o dinámicas que mantienen la Bulimia Nerviosa. Esta terapia se enfoca en la familia como una unidad y su objetivo será la modificación de conductas, interacciones y dinámicas disfuncionales familiares, mediante la cooperación y asistencia de los integrantes de la familia, por lo que sí esto se realiza con éxito, disminuirá la necesidad de atracarse y purgarse.

En ésta terapia se manejan dos modelos de los cuales tenemos:

- **ESTRATÉGICO:** El cual aconseja al paciente para que no cambie su conducta de atracones, pero se le pedirá que registre todo lo que come al día, también se le explicará la función que cumple su síntoma (bulimia) dentro de su familia, permitiendo así entender su conducta bulímica; el tratamiento suele durar entre 7 y 15 sesiones.

16. Ibidem. Págs. 124-126

- **ESTRUCTURAL:** En el cual el terapeuta intentará modificar su estructura familiar, permitiendo a los miembros de la familia escoger lo que comerán, hacerlos responsables de sus quehaceres domésticos, así como de su conducta (pagar la comida consumida durante el atracón ó limpiar el baño después de la purga), a no hacer comentarios acerca de su peso o aspecto, no estar al pendiente de cada bocado que coma, no reñir durante la comida y no dar por hecho lo que suponen que ella piensa. (17)

9.2.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Este comprende el uso de fármacos, casi siempre antidepresivos, ya que la mayoría de las bulímicas presentan problemas psicológicos relacionados con la depresión; los antidepresivos pueden reducir los atracones de comida y las purgas actuando sobre el sistema metabólico que regula el hambre y el equilibrio del peso.

Los especialistas consideran que los medicamentos Tricíclicos (se llaman así por su estructura química de tres anillos) son efectivos a corto plazo para reducir atracones y vómitos, aunque producen efectos secundarios como la sedación y aumento de peso, lo que en ocasiones genera el abandono del tratamiento; otro medicamento que ha tenido éxito son los inhibidores de la recaptación de serotonina con el que se han obtenido buenos resultados por producir pocos efectos secundarios y poco aumento de peso, sin embargo sabemos que los medicamentos deberán ser el último recurso para el tratamiento de la Bulimia Nerviosa. (18)

9.2.4 TRATAMIENTO FÍSICO:

El ejercicio moderado puede ser útil, ya que es considerado una conducta positiva que ayudará a la bulímica a sentirse mejor física y psicológicamente; además es una forma de enfrentarse al estrés, ansiedad y la depresión puesto que activa la mente y el cuerpo, así como a recuperar el control.

17. T. Sherman, Roberta y Ron A. Thompson. *Ibid.* Págs.50 y 51.

18. I. Kaplan, Harold. *Ibid.* Págs. 827-828.

Como hemos visto a lo largo del capítulo no existe un tratamiento único o estándar para todos los Trastornos Alimenticios, por lo que se recomienda que el tratamiento sea aplicado desde una visión plural, es decir atacando todos aquellos factores que intervinieron en el desencadenamiento del trastorno y para ello se requerirá de la ayuda de un equipo multidisciplinario en el que deberán intervenir diferentes profesionales de la medicina, nutrición, salud mental, entre otros que ya hemos mencionado a lo largo del capítulo; también deberá ir encaminado al mantenimiento por parte del paciente de unos buenos hábitos alimenticios, es decir que el tratamiento estará dirigido a la superación de los síntomas. Pero siempre hay que estar concientes de que el éxito del tratamiento dependerá de muchos factores como la personalidad del paciente, su deseo de cambio, la duración del trastorno que padece, edad a la que comenzó con el trastorno, su historia familiar, nivel sociocultural y si presenta depresión o no; así que podemos ver y decir que no hay una cura milagrosa contra los Trastornos Alimenticios y menos si tomamos en cuenta que dichos trastornos implican problemas contra los que los pacientes han luchado y seguirán luchando, en ocasiones durante la mayor parte de su vida.

9.3 DE QUÉ MANERA PODEMOS PREVENIR LA ANOREXIA Y LA BULIMIA:

Con todo lo anterior lo único que afirmamos es que si bien no existe un tratamiento milagroso para los Trastornos Alimenticios, si existe una forma de evitarlos y más aun se ha descubierto que es la única forma de acabar con estas terribles enfermedades que están de moda en nuestros días y ésta forma a la cual nos referimos es la **PREVENCIÓN**, que no es otra cosa que anticiparnos a los hechos para tratar de evitar algo, en éste sentido está deberá ir encaminada a la evitación de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa desde tres ámbitos que consideramos muy importantes para la vida de todo ser humano, nos referimos a la prevención a nivel Individual, Familiar y Social, tomando en cuenta que dentro de éste último ámbito está involucrado el ámbito Escolar.

Hablamos de estos tres ámbitos por que la vida de todo ser humano esta regida e influenciada por la familia, la Sociedad y la escuela pues son ellos quienes forman y ejercen una gran influencia en los individuos y que mejor que actuar desde estos ámbitos desde muy temprana edad.

A continuación haremos mención de una serie de medidas de precaución que se deben realizar en los tres ámbitos ya mencionados:

9.3.1 PREVENCIÓN INDIVIDUAL:

- Aprende a gustarte tal como eres, lo que te ayudará a aceptar tu peso natural.
- Aprende a reconocer y expresar tus sentimientos.
- Aprende a identificar tus propias necesidades, satisfaciéndolas sin perjudicar a otras personas.
- Acepta que nadie es perfecto y que todos cometemos errores.
- Acepta las cosas como son y disfrútalas.
- Evita pensar en ti misma (o) como alguien inútil o incompetente.
- Busca actividades que te agraden y en las cuales seas buena (o)
- Cuestionate por que es importante tener un aspecto ideal o determinado.
- Actúa como si fueras hermosa (o) y los demás lo notarán.
- Asume una posición autocrítica, pero objetiva.
- No hagas comentarios sobre la apariencia de las demás personas.
- Identifica cuál es tu tipo físico por medio de la medición de tu índice de masa corporal y veraz que a lo mejor no estas pasada de peso.
- Si precisas perder peso por razones de salud, hazlo siempre que sea bajo un estricto control médico.
- Consulta con un especialista antes de iniciar una dieta, sobre todo si estás en fase de crecimiento.
- Evita las dietas si estas en la etapa de adolescencia.

- Acepta la comida como un acto social, destinada a establecer lazos afectivos con otras personas.
- Lleva un programa alimenticio con responsabilidad, organizando y planificando las compras de la semana de acuerdo a una dieta balanceada.
- No comas solo, procura comer acompañado o en familia.
- Mejora los hábitos alimenticios, pero consumiendo poca cantidad de todo tipo de comida.
- Si esta pasada de peso, desarrolla un plan de nutrición y ejercicio apoyado por un Nutriólogo, pero no para lucir flaca, sino para sentirte mejor y estar saludable.
- No comas enojada (o), sino relajada para poder identificar las señales internas de hambre y saciedad.
- Establece un horario de comidas y no te saltes ninguna.

9.3.2 PREVENCIÓN FAMILIAR:

- ✓ El mantenimiento de una buena relación familiar dificulta la entrada de los Trastornos Alimenticios, por lo que se recomienda que exista una buena forma de comunicación en donde cada integrante mantenga su rol y sus propios proyectos de vida, pero con metas comunes.
- ✓ Busca que el elemento fundamental en la familia sea el afecto y el respeto, por ello será necesario predicar con el ejemplo, siendo honestos y aceptando que todos cometemos errores.
- ✓ Produce siempre un ambiente familiar sano, donde todos se apoyen, acepten y ayuden.
- ✓ Enseña a manejar nuestras emociones y hablar al respecto, para así saber decir que es lo que necesitamos y queremos.
- ✓ Evitar que haya una sobreprotección en los miembros de la familia, pues les dejarán poca iniciativa.
- ✓ Educar a los hijos para enfrentar la vida, dándoles las habilidades que les permitan tomar decisiones progresivamente más importantes.
- ✓ Conocer las características físicas, psicológicas y sociales de los adolescentes para comentarlas con ellos; lo que permitirá anticiparte a los cambios para aceptarlos y manejarlos.
- ✓ Fortalece la autoestima de los miembros de la familia.
- ✓ Los padres deberán estar atentos a partir de los nueve años de edad de sus hijos, respecto a la idea que tienen y manifiestan de su cuerpo.
- ✓ Hacerles ver a los integrantes de la familia que la talla y la figura no es lo primordial ni tiene importancia.
- ✓ Enseñarles a cuestionar los valores de la sociedad, diciéndoles que la delgadez no es tan importante.
- ✓ Trabaja en la eliminación del "Síndrome de la niña buena", haciéndole saber que es amada por quién es y no por lo que hace.

- ✓ Los Trastornos Alimenticios por lo regular cubren otros problemas familiares, los cuales deberán ser identificados, enfrentados y resueltos.
- ✓ Pide a los miembros de la familia su presencia a la hora de la comida pues es el momento de socializar.
- ✓ Trasmite roles y valores adecuados, no imposiciones.
- ✓ Refuerza los valores frecuentemente.
- ✓ Fomenta una alimentación equilibrada, basándote en la pirámide de la alimentación.
- ✓ Tratar de estar disponible cuando tus seres queridos te necesiten.
- ✓ Enseña y educa desde la infancia a tus hijos a llevar una vida saludable, inculcándoles hábitos alimenticios correctos y actividad física de acuerdo a sus facultades.
- ✓ Apoyarlos con la comprensión y confianza necesaria para que conozcan su propia realidad biológica y psíquica, sus capacidades y limitaciones.
- ✓ Infunde seguridad en sus capacidades y valores para que se sientan a gusto consigo mismos y se acepten como realmente son.
- ✓ Fomenta la autonomía y criterios capaces de evitar los mensajes sobre una imagen corporal falsamente perfecta.
- ✓ No fomentar el mal humor, capricho y agresividad.
- ✓ Evita proponer metas académicas, deportivas o estéticas inalcanzables a los hijos, pues ello disminuye su autoestima.
- ✓ Evita los temas de conversación relacionados con la comida, calorías y el cuerpo.
- ✓ No abusar de las drogas y el alcohol.
- ✓ Hablar siempre de los problemas, para tratar de resolverlos de la mejor manera y con la colaboración de toda la familia.

9.3.3 PREVENCIÓN SOCIAL:

- Si logramos aceptarnos como somos los unos a los otros, el mundo sería feliz, salvo la industria dietética que tendría grandes pérdidas.
- Respetar las diferencias de cada individuo.
- No valorar el éxito personal y profesional en función de un cuerpo perfecto.
- Evita la autoexigencia y perfeccionismo exagerado.
- No elogiar a las personas por su apariencia.
- Evita felicitar a personas cuando pierden peso o están adieta.
- Abstenerse de hacer comentarios y burlarse de los hábitos alimenticios de los demás.
- No promover prejuicios ni comentarios ofensivos en contra de las personas obesas.
- Evita y critica la venta de productos adelgazantes que van en contra de la salud física y psicológica.
- Crítica siempre los mensajes que difunden los medios de comunicación respecto al peso y la figura.

- Recuerda siempre que de la moda, lo que te acomoda.
- Ve más allá de la apariencia física y recuerda que al final ésta desaparece.
- Elogia destacar en todos los ámbitos de la vida por lo que hacemos y no por lo que somos.
- Es indispensable conocer a fondo los Trastornos Alimenticios, causas y consecuencias, así como las instituciones que las tratan.
- Difunde la información obtenida de los Trastornos Alimenticios a familiares y amigos e inclusive coméntenla.

Así pues la prevención de la Anorexia y Bulimia Nerviosa dependerán en gran medida del logro de una mayor y mejor participación así como capacitación de todos aquellos profesionistas y personas involucradas en la detección, diagnóstico, tratamiento y prevención de ambos trastornos, de modo que no consideremos los Trastornos Alimenticios como un asunto pasajero o capricho de pre – adolescentes y adolescentes, sino como una serie de enfermedades que van en aumento y que en el caso de Anorexia Nerviosa puede provocar la muerte; por ello es importantísimo tomar en cuenta que tanto la Anorexia como la Bulimia pueden y deben ser prevenidas a tiempo y como podemos ver todos podemos contribuir en la prevención desde diferentes ámbitos, pero lo importante e indispensable para lograrlo, será estar bien informados sobre cada uno de los Trastornos Alimenticios, para así evitarlos e identificarlos a tiempo en su defecto, ya que sabemos que éstas enfermedades no sólo afectan a la persona, sino que afectan a todos a su alrededor, tal es el caso de la familia, amigos y sociedad.

CAPÍTULO IX. INVESTIGACIÓN DE CAMPO.

El estudio que realizamos es solo exploratorio para conocer un panorama de la situación que existe en el CETIS No. 53, ya que nosotras consideramos necesario saber si las alumnas de este centro escolar tienen o no información sobre anoréxico o bulimia, lo cual es importante conocer ya que esta es la principal base para lograr una buena prevención y sobre todo conocer a través de las preguntas cuales son los hábitos y comportamientos alimenticios que llevan a cabo las adolescentes, lo que nos permitirá detectar si alguna de ellas tiene o esta en riesgo de padecer anorexia o bulimia, así que para realizar la Investigación de campo, decidimos aplicar un instrumento (cuestionario), Integrado por preguntas obtenidas de distintos instrumentos que son utilizados en diversas instancias que tratan trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia, como el cuestionario para saber si tú o alguien quien tu quieres padece un trastorno de la alimentación de la Clínica Eating Disorders México, 1999.

La muestra seleccionada es no aleatoria de tipo muestreo por cuota, en donde tomamos en cuenta las características de la población es decir su edad y sexo, las cuales son: solo mujeres de 15 a 18 años que estudian en el CETIS No. 53 de ambos turnos que se encontraban en el salón al pasar a aplicar el cuestionario. Se preguntarán por que sólo se les aplico a las alumnas es por que consideramos que la etapa por la que están pasando éstas adolescentes, las convierte en la población de mayor riesgo en cuanto a padecer algún trastorno alimenticio, puesto que atraviesan una etapa de gran vulnerabilidad, por ser mayormente influenciadas por la sociedad y los medios de comunicación respecto de la nueva "Cultura de la Delgadez", para ello consideramos conveniente la elaboración de un cuestionario con 60 preguntas, recopiladas de los diversos cuestionarios que utilizan los especialistas para la detección de los trastornos alimenticios como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, trastornos alimenticios no específicos, entre otros; elegimos dicha cantidad de preguntas para darle a las alumnas del CETIS No. 53 del turno matutino y turno vespertino, la posibilidad de identificarse con alguna de ellas y no limitar su identificación con las mismas.

El cuestionario ya mencionado que utilizamos para la recolección de los datos de las alumnas en dicha escuela está integrado por 60 preguntas cerradas que se contestan con un Si o un No, ya que creemos que es necesario conocer de que manera se sienten las alumnas con la complexión que tienen, si se aceptan o no tal como son y la forma en que su familia las ve y las hace sentir, además ello nos permitirá percatarnos de cuales son sus hábitos alimenticios, ya que muchas veces pueden presentar problemas alimenticios, lo cual no quiere decir que se vallan a convertir en Anoréxicas o Bulímicas, pero si es necesario que las alumnas estén alertas a la hora de optar por ciertas conductas que perjudican su salud, tales como las dietas, laxarse sin prescripción médica o simplemente el dejar de comer, para así prevenir la presencia de cualquier Trastorno Alimenticio; el cuestionario también incluye algunas preguntas que nos mostrarán la presencia de otro tipo de problemas en la familia de las encuestadas como violencia,

alcoholismo, drogadicción o sobrepeso, pero sobre todo incluimos preguntas que nos reflejarán el grado de información que tienen las alumnas del CETIS No. 53 de ambos turnos sobre anorexia y bulimia nerviosa y por último preguntamos si les gustaría recibir información sobre estos trastornos, pues para nosotras esta pregunta es importante y tiene la finalidad de alentar la prevención de anorexia y bulimia nerviosa entre las alumnas de dicha escuela y así hacerlas conscientes de las consecuencias que generan los trastornos alimenticios.

En el momento de aplicarles el cuestionarios a las 496 alumnas del CETIS No. 53, fue necesario aclararles ciertas dudas respecto de las preguntas y en ese momento las alumnas nos hicieron saber sus comentarios sobre sus respuestas y sobre el tema en cuestión, además de que se les brindó la oportunidad de escribir sus opiniones al margen de cada pregunta, de esta manera muchos estos serán mencionados a lo largo del análisis de resultados de cada una de las 60 preguntas que contendrá el instrumento que aplicaremos.

Nuestra muestra dependió del total de alumnos inscritos en cada turno, es decir que en el Turno Matutino hay un total de 825 alumnos, de los cuales 320 son mujeres, pero captadas para nuestra investigación fueron 251 mujeres y en el Turno Vespertino el total de alumnos es de 690, pero las captadas para la muestra fueron 245 mujeres, dándonos un total de "496" alumnas de 15 a 18 años en el CETIS No. 53 en ambos turnos.

Por último asistimos a dicho plantel, porque las alumnas y las autoridades del Centro de Estudios Tecnológicos, Industriales y de Servicio No. 53, tales como el sub director, trabajadora social y orientadora, mostraron gran interés por nuestra presencia, pero sobre todo, por el tema que abordamos en nuestra tesis, por lo que nos brindaron todas las facilidades para aplicar el cuestionario a las alumnas, a cambio de brindarles a los alumnos en general del turno vespertino, platicas informativas sobre ambos trastornos alimenticios si los alumnos así lo solicitaban.

Con dicho cuestionario pretendemos obtener los siguientes objetivos:

- Realización de una investigación de campo en el CETIS No. 53 sobre Anorexia y Bulimia nerviosa.
- Obtener el grado de información que las alumnas del CETIS No. 53 tiene a cerca de Anorexia y Bulimia Nerviosa.
- Detectar si las adolescentes del CETIS No. 53 presentan o están en riesgo de padecer alguno de los Trastornos Alimenticios ya mencionados.
- Brindarles información clara y precisa sobre los Trastornos Alimenticios como la Anorexia y Bulimia Nerviosa, así como de las Instituciones a las cuales pueden asistir y pedir ayuda en caso de padecer alguno de ellos esto solo se realizó en el turno vespertino.

Para el logro de los objetivos de este estudio exploratorio realizado en el Centro de Estudios Tecnológico Industriales y de Servicio No.53 en el turno matutino y

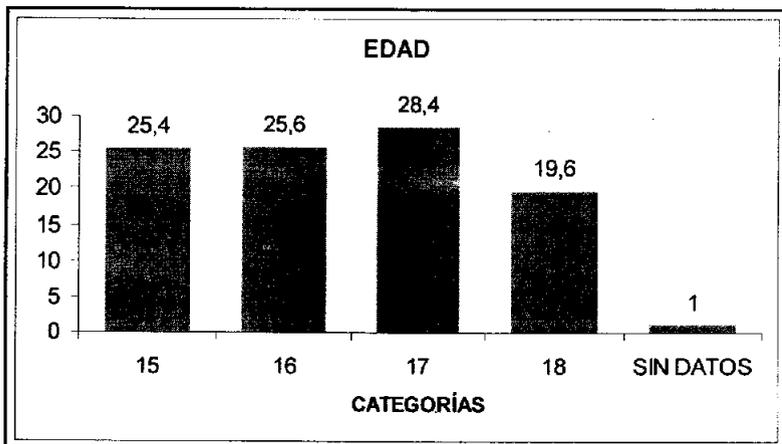
vespertino, consideramos pertinente tomar en cuenta cada una de las 60 preguntas por turno, pues cada una de estas son un punto clave para la detección de los Trastornos Alimenticios, de ahí que si las respuestas son afirmativas, representa la posibilidad de que alguna alumna padezca anorexia o bulimia, por ello consideramos pertinente presentar a continuación las tablas y resultados obtenidos, así como el análisis, las cuales nos permitirán apreciar la magnitud de sus respuestas, pero sobre todo el logro de dos de los objetivos que planteamos para esta investigación, de modo que a continuación presentamos los resultados de las 496 alumnas encuestadas.

A continuación mostramos los resultados obtenidos del instrumento aplicado a las "496" alumnas del CETIS No. 53 turno matutino y vespertino, y para el mejor manejo de la información y respuestas obtenidas de las sesenta preguntas de dicho cuestionario, decidimos manejar la información por turno, presentando las tablas de dichos resultados con su gráfica, para después continuar con un pequeño análisis de los resultados de cada una de las preguntas y así poder apreciar la magnitud de las respuestas obtenidas por turno y más adelante poderlas comparar; Por ello daremos inicio con la presentación y análisis de datos del turno matutino:

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS DEL CETIS NO. 53.

La muestra consta de 496 alumnas de ambos turnos de 15 a 18 años de edad.

GRÁFICO UNO: EDADES EN PORCENTAJE.



Fuente: Ayala Revueitas Araceli y Vargas Vela Diana Sofia. Tesis. Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer. México. 2005.

En el CETIS No. 53 se tomo una muestra de 496 alumnas de ambos turnos de las cuales 126 tienen 15 años, 127 son de 16 años, de 17 años son 141 encuestadas, 97 más tienen 18 años y solo 5 no escribieron su edad.

Estas son las edades que tomamos en cuenta como rango para la muestra, la cual va de 15 a 18 años, ya que creemos que es la etapa en la que son más influenciados por los estereotipos que presentan los medios de comunicación, lo que las hace realizar o practicar ciertas conductas que dañan su salud. Además gracias a las investigaciones hechas por los expertos en trastornos alimenticios la adolescencia es el periodo de la vida en la que corren mayor riesgo de padecer alguno de estos debido a la serie de cambios por los que están pasando. La muestra principalmente esta integrada por más adolescentes que se encuentran entre los 15 y 17 años.

RESULTADOS.

En el marco referencial utilizado se aborda un capítulo que contiene las características que presentan las personas con anorexia o bulimia, por tal motivo decidimos retomar algunas de ellas en el cuestionario aplicado a las alumnas del CETIS No. 53; así que de las 60 preguntas que contiene el instrumento, solo 53 de ellas son las que hacen referencia a estas características, se trato de poner signos de ambos trastornos, como por ejemplo para la anorexia tomamos en cuenta: si se sienten o no satisfechas con su cuerpo, si realizan dietas, se miden o pesan frecuentemente, consumen productos light, realizan actividad física excesiva, sufren de pérdida o retraso de la menstruación, niegan sentir hambre, depresiones constantes entre otras; de igual forma tomamos algunas características distintivas de la bulimia, tal como: uso de laxantes, realización de atracones, inducción del vómito, utilización de medicamentos para bajar de peso, bajar y subir de peso constantemente, ayunar y brincarse comidas, historias familiares de sobrepeso y algunas otras contenidas en el cuestionario; estas nos permitirán detectar si las alumnas encuestadas presentan síntomas propios de ambos trastornos.

Seis de las preguntas restantes del cuestionario ameritan un análisis independiente, individual y por turno debido a la importancia que tienen para nosotras sus respuestas, pues a partir de estas podemos relacionar el trabajo escrito con lo investigado, ya que lo elemental que se deseaba saber es el grado de información que tienen las alumnas sobre estos trastornos, además estas preguntas refuerzan el planteamiento del problema, la hipótesis y nuestro principal objetivo que se relacionan con el conocimiento que tienen de la anorexia y la bulimia lo cual permite lograr una mejor prevención y proliferación de estos.

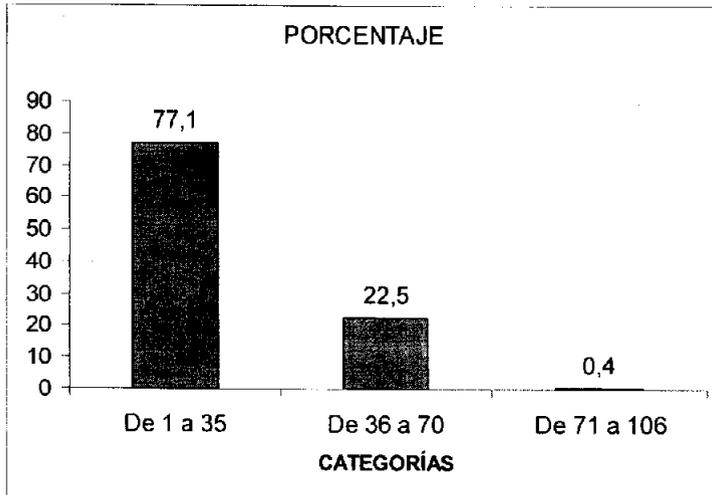
La última pregunta va dirigida al interés que mostrará, las encuestadas respecto al tema manejado, lo que pudiera dar pie a la realización de pláticas informativas que amplíen la información que tienen las alumnas de ambos trastornos, así como la resolución de sus dudas.

La primer parte del cuestionario que analizaremos consta de las 53 preguntas con que se inicia el instrumento, las cuales son cerradas y debían contestarse con "sí" y "no", aunque debido a los comentarios que realizaron las alumnas al momento de su aplicación, se dio la posibilidad de contestar con la frase "a veces". Fue necesario asignarle un valor a cada respuesta obteniendo un total de 106 puntos; considerando que las respuestas afirmativas debían tener un valor mayor se le dio el equivalente de "dos puntos" con excepción de las preguntas 47 y 50 a las cuales se les da el valor de "dos" si contestan que "no" ya que esta respuesta es representativa a nuestros intereses. A las respuestas negativas se les dio el valor de "cero" pues al contestar de esta manera no representa ningún problema y para las respuestas de "a veces" consideramos pertinente otorgarle "un punto" pues aunque las respuestas no son alarmantes es necesario tomarlas en cuenta para que no se conviertan en un problema más adelante.

Para facilitar el análisis de los datos recabados decidimos integrarlos en tres categorías, basándolas en las actitudes que podrían presentar respecto a la alimentación, así que las puntuaciones para cada categoría serán las siguientes:

- Si tuviste de 1 a 35 puntos indicará una actitud sana hacia el comer y los alimentos, así que no te preocupes pues todo parece marchar bien con tu alimentación.
- Si tuviste de 36 a 70 puntos, sugerirá que ciertas presiones acerca de la apariencia, así como ideas externas de cuanto deben comer pueden estar afectando su autoestima y bienestar, por lo que es necesario analizar a fondo estas respuestas para saber que esta sucediendo realmente.
- Si tuviste de 71 a 106 puntos, pudiera indicar la existencia de un problema serio con la comida que puede ir desde una obsesión por la comida asta un desorden alimenticio que interferirá con su vida diaria y/o afectará negativamente sus salud, por lo que les recomendamos recurrir a la asesoría de un profesional y a la evaluación médica para descartar o confirmar la presencia de un trastorno alimenticio.

GRÁFICO 2 PUNTAJES DEL TURNO MATUTINO



Fuente: Ayala Revueltas Araceli y Vargas Vela Diana Sofia. Tesis. Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer. México. 2005.

Satisfactoriamente podemos observar en el gráfico que el 77.1%, de las alumnas del turno matutino tienen una actitud sana hacia la comida y que sus preocupaciones no giran en torno a su figura y apariencia, este porcentaje indica que las encuestadas no presentan signos característicos de ninguno de estos

trastornos, aunque no por ello cuentan con buenos hábitos alimenticios pues según comentarios de algunas de ellas, no desayunan por falta de tiempo y organización; su desayuno dentro de la escuela, consta de un tamal y un atole o una torta y un refresco, así como de todos aquellos productos de alto valor calórico o de plano no desayunan y se esperan hasta la hora de la salida, lo que genera un descontrol en su organismo, provocándoles desnutrición y bajo rendimiento escolar.

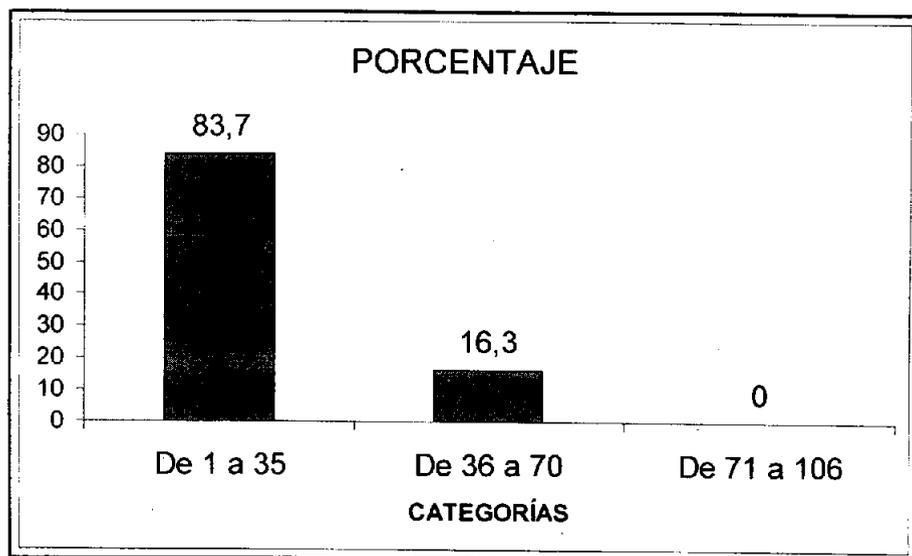
La segunda categoría esta representada aproximadamente por una cuarta parte del total de la muestra, siendo el 22.5%, que indica que estas alumnas sí se dejan influenciar por las presiones sociales y por los comentarios hirientes que hacen los demás respecto de la obesidad, de ahí la importancia de aprender a respetar a los demás como son y aceptarse uno tal como es; además encuentran las exigencias impuestas por la moda y por la delgadez extrema que se presenta en la publicidad, lo que hace necesario señalar que las encuestadas no estaban contentas con su cuerpo, lo que podría generar una serie de conductas inapropiadas en su alimentación que las podría llevar a padecer un trastorno alimenticio, sin tener en cuenta que existen métodos sanos y recomendables para bajar de peso, tales como: el ejercicio moderado y el buen mantenimiento de hábitos alimenticios que les permitan obtener un peso acorde a su talla y estatura.

Dentro de la categoría de 36 a 70 puntos se encontró que el puntaje que se repite con mayor frecuencia es el de 38 puntos, el cual se encontró en ocho de los 245 cuestionarios aplicados.

La información de mayor importancia, para esta investigación esta contemplada en ésta categoría y se refiere a la presencia de casos de anorexia o bulimia entre las encuestadas y satisfactoriamente, sólo se detectó a una alumna con problemas alimenticios, representando un porcentaje de 0.4% al obtener un total de 74 puntos generados al contestar afirmativamente gran parte de las 53 preguntas contempladas para éste análisis, mostrando con ello que tiene un problema serio con su alimentación y que tampoco se acepta como es, ya que su cuerpo no le satisface, por lo que realiza conductas tendientes a bajar de peso o corregir su aspecto y figura como el ayuno, brincar comidas, realizar dietas, tomar algún medicamento para bajar de peso, preferir productos light, quedarse con hambre, entre otras conductas que a la larga afectarán su salud pues el cuerpo requiere de todo tipo de alimentos y e por lo menos tres comidas al día para funcionar correctamente, pero si esto falta generará un desequilibrio en su organismo que lejos de hacerla bajar de peso, le provocará serios problemas de salud como los que se mencionan en el capítulo VII, también indica que las exigencias y presiones sociales presentes de la llamada "Cultura de la delgadez", avalada por los estereotipos, moda y modelos que imponen los medios de comunicación y publicidad, así como la existencia de factores que la hacen vulnerable influyen en la preocupación que tiene por su apariencia y figura, disminuyendo con ello su autoestima pues se valora a través de lo que los demás opinan de ella y tal vez pueda creer que la delgadez extrema le dará éxito y belleza, pues eso es lo que dicen los demás, pero en realidad las consecuencias que se generan a raíz de las

conductas que realiza, afectarán todos los ámbitos de su vida y la de los que le rodean e inclusive puede provocarle la muerte; de ahí la importancia de que ésta alumna acuda con un especialista en trastornos alimenticios, el cual podrá o no diagnosticar la enfermedad y asesorarla para su recuperación física y mental, aunque por desgracia, esta decisión deberá ser tomada por ella misma.

GRÁFICO 3 PUNTAJES DEL TURNO VESPERTINO



Fuente: Ayala Revueltas Araceli y Vargas Vela Diana Sofia. Tesis. *Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer*. México. 2005.

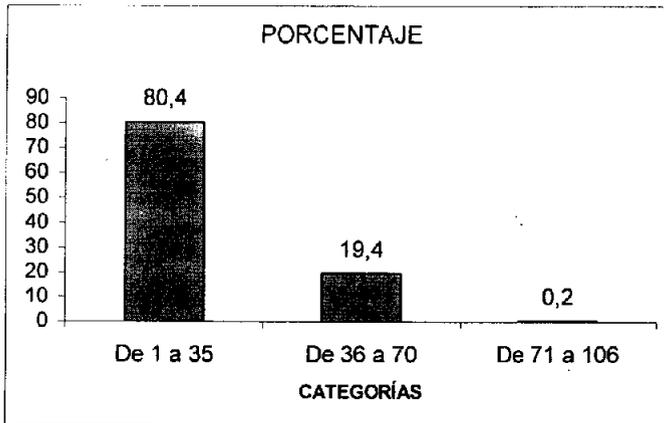
En el turno vespertino se encontró que de las 251 alumnas encuestadas el 83.7% corresponde a la categoría que va de 1 a 35 puntos, lo que representa a más de la mitad de la muestra, indicando que las alumnas no tienen problemas con la comida; sin embargo sí reúnen algunas de las características presentes en la anorexia o la bulimia, como es el caso de la pregunta número uno, donde se hace referencia a la insatisfacción que tienen por su cuerpo, ya que por algunos comentarios de las encuestadas se muestra el desagrado por su silueta o alguna parte de su cuerpo, especialmente sienten miedo al aumento de peso, lo que las hace recurrir a la realización constante de dietas sin ninguna asesoría especializada, generando alteraciones nutricionales severas que afectarán la salud de éstas, éste el caso de 74 alumnas que si han realizado alguna dieta, además de que algunas de ellas priorizan el consumo de productos light o dietéticos para no subir de peso; también nos percatamos de que las encuestadas con frecuencia ayunan o se brincan comidas, justificando esto con la falta de tiempo o por que ya comieron entre comidas, esto refleja que la mitad de la

muestra (51%) no cuenta con buenos hábitos alimenticios. En ésta categoría se encontró que el puntaje oscila entre dos y 35 puntos, repitiéndose más el de 20 con 21 encuestadas, siguiéndole el de 14 puntos con 20 alumnas, lo cual indica que los puntajes en ésta categoría no son tan altos.

Otra categoría que se tomó en cuenta para el análisis es la que tiene de 36 a 70 puntos, donde se ubican 41 de los instrumentos aplicados, lo cual indica que no son tantas las alumnas que se dejan influenciar por las presiones sociales existentes actualmente; éste 1.6% es un porcentaje pequeño, pero no menos importante, ya que estas alumnas, sí han llegado a presentar alguna característica distintiva de los trastornos alimenticios, especialmente llama la atención el hecho de que una parte de éstas alumnas ha tenido retraso o pérdida de la menstruación, éste criterio es utilizado, principalmente para diagnosticar la anorexia, por lo que es necesario ahondar más en las otras respuestas para saber si pueden tener algún trastorno o sólo se debe a los malos hábitos alimenticios que tienen; además éste retraso de la menstruación se puede originar por el estrés en que se encuentran las alumnas debido a la presión escolar. Es satisfactorio encontrar que de las encuestadas sólo 17 de ellas se han llegado a inducir el vómito y 7 más han utilizado medicamentos para bajar de peso, lo que provoca una serie de complicaciones físicas, psicológicas, sociales y sexuales las que se abordaron anteriormente; basándonos en lo observado y en los comentarios realizados en los cuestionarios se puede concluir que de las 251 alumnas del turno vespertino presentan una mala nutrición, debido a que no se organizan para darse el tiempo necesario para alimentarse, priorizando otras cosas sobre su propia salud.

El puntaje más alto que se encontró en el turno vespertino es el de 68 puntos, el cual se presenta en tres de los cuestionarios aplicados, éste puntaje brinda cierta tranquilidad pues se puede observar que el problema de los trastornos alimenticios aun no se encuentra presente entre éstas alumnas, pero sí es necesario poner mayor atención en sus conductas alimentarias pues tal vez pueden llegar a desarrollar un problema más serio.

GRÁFICO 4 PUNTAJES DE AMBOS TURNOS.



Fuente: Ayala Revueltas Araceli y Vargas Vela Diana Sofia. Tesis. Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer. México. 2005.

Después de analizar los 496 cuestionarios aplicados en ambos turnos se encontró que el porcentaje mayor se ubica en la categoría de 1 a 35 puntos, el cual es equivalente a 80.4%, indicando con ello que estas alumnas no tienen ninguna preocupación por la comida ni su apariencia física; sin embargo no se puede dejar de lado que su forma de alimentación no es la correcta, además de que sí presentan algunos de las características de los trastornos alimenticios, aunque esto no suceda con frecuencia; principalmente se encontró la realización de dietas, el ayuno, brincarse comidas, consumo de productos dietéticos, quedarse con hambre, entre otras, lo que llama la atención es el consumo de comida chatarra o de alto contenido calórico (galletas, quesadillas, refrescos, etc) esto según comentan algunas de las alumnas, de modo que aunque no hay que preocuparse por la presencia de anorexia o bulimia en ellas, sí es necesario que presten mayor atención a su alimentación, ya que se encuentran en una etapa de desarrollo importante en donde se requiere de todos los alimentos que integran el cuadro básico de alimentación (hidratos, lípidos, lácteos, vitaminas, etc). Por otro lado se encontró que el puntaje más repetido dentro de ésta categoría es el de 20 puntos que se presenta en 40 de los instrumentos, lo cual es un dato satisfactorio que anula por el momento la posibilidad de desarrollar un trastorno alimenticio.

En la segunda categoría se puede observar que el 19.4% de las alumnas se ubican entre un puntaje de 36 a 70 puntos, indicando que 96 de estas encuestadas, no padecen problemas alimenticios, sin embargo, sí presentan cierta preocupación por su apariencia y peso, ya que hay exigencias sociales que afectan su autoestima, esto lo podemos constatar con más frecuencia en el turno matutino, donde 75 alumnas no están satisfechas con su cuerpo pues les produce

miedo subir de peso, por lo que las alumnas de ambos turnos, si han llegado a realizar dietas, encontrando que las encuestadas del turno vespertino, lo realizan con más frecuencia combinándolo con el consumo de productos light y automedicación de pastillas para bajar de peso, las que se venden sin ninguna receta, evitando un control de éstos medicamentos.

Algunas de las características manejadas para detectar los trastornos alimenticios en los instrumentos se presentan de igual forma en ambos turnos, como es el caso e quedarse con hambre pues creen que les ayudará a bajar de peso, lo que es falso pues el organismo va a absorber todo lo consumido después de un periodo de ayuno, originando un ligero aumento de peso, que en lugar de ayudar al propósito de estas, afectará su autoestima y bienestar, por lo que es necesario analizar más a fondo sus respuestas, para saber que está sucediendo realmente con ellas, para poder descartar completamente un problema alimenticio.

El siguiente análisis esta basado en la categoría de 71 a 106 puntos, en donde ubicamos a todos aquellos casos de personas que tienen un problema serio con la comida y como podemos observar en la gráfica dos, el turno matutino es el que presenta a una alumna con un desorden alimenticio y una obsesión por la comida, que de acuerdo a sus respuestas, podemos decir que se trata de anorexia y aunque nosotras no podemos diagnosticarla, un psicólogo, si podría hacerlo, basándose en el instrumento que le fue aplicado y una entrevista, ya que presenta las siguientes características: temor a aumentar de peso, frecuentemente ayuna o se brinca comidas, realiza dietas, ha tenido retraso en su menstruación, se queda con hambre, prefiere estar muerta que gorda, se deprime constantemente, le da frio aunque haga calor, le dan calambres, utiliza laxantes, se aísla, siente que la comida controla su vida, su autoestima, identidad y valores se basan en su apariencia y peso, llama la atención de su familia comiendo de más o dejando de hacerlo, piensa que si esta delgada obtendrá éxito y belleza y ocasionalmente se provoca el vómito, entre otras, las que dan testimonio de su trastorno y aunque sólo hablamos de un caso que representa el 0.2% de un total de 496 alumnas, no se puede dejar de lado pues requiere de ayuda psicológica que la haga entender que sus conductas no son benéficas y mucho menos le ayudarán a sentirse mejor o desaparecer todo lo que no le gusta pues existen otras formas de solucionar sus problemas físicos y psicológicos que le resultarán menos perjudiciales.

La presencia del caso de anorexia en el turno matutino contrasta con la nula existencia de anorexia o bulimia entre las 251 alumnas del turno vespertino, pero no por ello quiere decir que deje de haber una tendencia por parte de estas, para padecer cualquiera de los dos trastornos pues se observa que su rango más alto fue de 68 puntos obtenidos por tres alumnas, que si bien, no cumplen con los requerimientos para pertenecer a la categoría de 71 a 106 puntos, si podemos afirmar que las conductas realizadas para cambiar su cuerpo y apariencia, dicen mucho a cerca de su forma de pensar respecto de la delgadez que según ellas podría brindarles éxito y las haría lucir bellas ante los ojos de los demás, lo que indica que no se aceptan como son pues de acuerdo a sus respuestas lo que no les gusta de ellas tiene que ver con todas las partes que según ellas no van

acorde al ideal de belleza reinante como su cuerpo, abdomen, estatura, sobrepeso, la panza, piernas y físico; es decir que la mayoría de las alumnas mencionan aspectos que pueden ser modificados con ejercicio y una buena alimentación, así como con la utilización de trucos que les permitan disimular las supuestas imperfecciones que dicen tener, evitando que lleguen a obsesionarse, hasta el punto de no aceptar su realidad pues se lastiman ellas y a los que le rodean, por ello es conveniente que todos nos detengamos un momento en nuestra acelerada vida, para que se reflexionen, analicen y critiquen, todos aquellos contenidos, ideas, valores, pensamientos e imágenes, que promocionen, apoyen y propicien la existencia de la delgadez que suele ser igualada con lo perfecto, ideal, exitoso y bello, aunque afecte seriamente la salud, generando así una nueva cultura de respeto y aceptación a la diversidad de formas.

ANÁLISIS DEL TURNO MATUTINO.

CUADRO 1. ¿QUÉ ES ANOREXIA?

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENFERMEDAD PSICOLÓGICA	26	10,6
COMER Y VOMITAR	27	11,1
HACER DIETA	1	0,4
OBSECIÓN POR LA DELGADEZ	40	16,4
MUERTE	2	0,8
EVITAR ALIMENTOS CHATARRA	3	1,2
PROVOCARSE EL VOMITO	10	4,1
ENFERMEDAD PSICOLÓGICA	26	10,6
SENTIRSE GORDAS	2	0,8
DEJAR DE COMER	65	26,5
PROBLEMA ALIMENTICIO	2	0,8
ANSIEDAD	1	0,4
PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	1	0,4
TRAUMA	1	0,4
PROBLEMAS	2	0,8
TRASTORNO MENTAL	1	0,4
NO SE	23	9,4
SIN DATOS	12	4,9
	N =245	100%

Fuente: Ayala Revueltas Araceli y Vargas Vela Diana Sofia. Tesis. Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer. México. 2005.

El saber o tener idea de lo que es la anorexia nerviosa, significa que podemos prevenir la enfermedad, esto según afirman los expertos en el tema, además de que estamos informados de lo que pasa a nuestro alrededor, porque aunque relativamente este trastorno es reciente, ha ganado gran terreno entre las niñas y varones, adolescentes y jóvenes, porque ni ellos ni sus familias conocen lo que es

la anorexia nerviosa, por ende, no saben como ayudarse, ni a quién recurrir. Resulta importante conocer que saben o entienden las 245 alumnas de 15 a 18 años del CETIS No. 53 turno matutino de Anorexia Nerviosa y en este caso los resultados son muy variados, por que aunque algunas tienen la idea de lo que es, no saben verdaderamente que es y que sucede con ella; podemos ver que los porcentajes más altos hablan de un enfermedad psicológica con el 10.6%, comer y vomitar con el 11.1%, obsesión por la delgadez 16.4%, enfermedad 10.6%, dejar de comer 26.5%, en menor medida está el no sé con el 9.4%, sin datos con el 4.9%, provocarse el vómito el 4.1% y las respuestas con porcentaje bajo se refieren a hacer dieta 0.4%, sentirse gordas 0.8%, traumas 0.4%, entre otras, aunque hay que decir que nosotras consideramos que la mayoría de éstas respuestas indican que las 245 alumnas del turno matutino tienen referencias de la anorexia pues conocen algunas de sus características, aunque no tienen de forma clara la información solicitada por lo que debemos decir, que necesitan más información sobre esto.

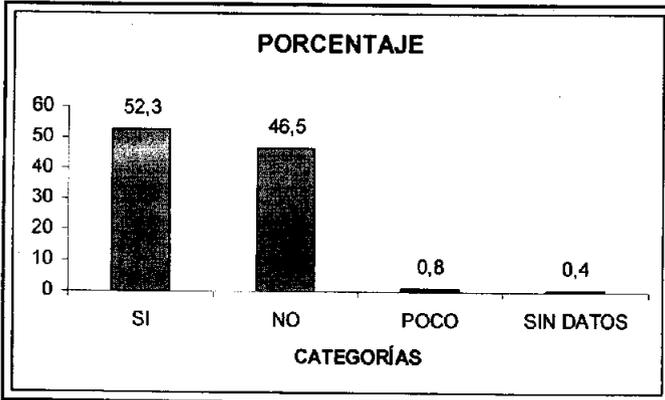
CUADRO 2. ¿QUÉ ES BULIMIA?

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMER Y VOMITAR	82	33,5
COMER EN EXCESO	20	8,2
ENFERMEDAD PSICOLOGICA	9	3,6
OBSESION POR LA DELGADEZ	8	3,3
DESORDEN ALIMENTICIO	2	0,8
DEJAR DE COMER	6	2,4
ALGO QUE ESTA MAL	1	0,4
ENFERMEDAD PSICOLOGICA	12	4,9
NO COMER BIEN	3	1,2
SENTIR CULPA	1	0,4
PROVOCARSE EL VÓMITO	23	9,4
NO QUERERSE	1	0,4
PROBLEMAS ALIMENTICIOS	2	0,8
ESTAR DELGADA	2	0,8
PERSONA QUE VOMITA	11	4,5
NO ME IMPORTA	2	0,8
OBSESION POR LA COMIDA	1	0,4
NO CONTROLAR EL VOMITO	1	0,4
NO SE	45	18,4
SIN DATOS	13	5,3
	N=245	100%

Fuente: Ayala Revueltas Araceli y Vargas Vela Diana Sofia. Tesis. Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer. México. 2005.

Saber que es la Bulimia Nerviosa también es importante para su prevención, porque no podemos actuar sobre algo que desconocemos de lo que se tiene una vaga idea, así lo demuestran las 245 alumnas del CETIS No. 53 turno matutino, las cuales contestaron a esta pregunta con porcentajes altos lo siguiente: comer y vomitar el 33.5%, provocarse el vómito el 9.4%, sin datos el 5.3%, enfermedad con el 4.9% y con porcentajes bajos el no comer bien 1.2%, no quererte 0.4%, entre otras, destacando con ello que no tiene la idea clara de lo que es la bulimia nerviosa pues sólo saben algunas de sus características y en este caso como en el anterior, con sólo tener la idea no basta, así que también ameritan información sobre éste tema.

GRÁFICO 5: CONSECUENCIAS DE ANOREXIA Y BULIMIA.



Fuente: Ayala Revueltas Araceli y Vargas Vela Diana Sofia. Tesis. Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer. México. 2005.

Las consecuencias de cualquier trastorno alimenticio son muy graves y en especial los de la anorexia y la bulimia nerviosa pues como ya los dimos a conocer en un capítulo anterior de esta tesis, ambos trastornos afectan la mayoría de los órganos y sistemas del cuerpo, por lo que creemos que si las alumnas del CETIS – 53 turno matutino conocieran estas consecuencias, evitarían la presencia de estos trastornos o pedirían ayuda en caso de saberse con uno de los síntomas de ambos trastornos. Afortunadamente hay 128 alumnas que dicen conocer las consecuencias de éstos, dos dicen conocerlas poco, pero lo importante aquí es saber cuales consideran ellas que son las consecuencias de la anorexia y la bulimia nerviosa y desafortunadamente 114 del resto de las alumnas muestra afirman no conocer las consecuencias de ambos trastornos, por lo que habrá que actuar aquí, informándolas y con ello previniendo los trastornos alimenticios.

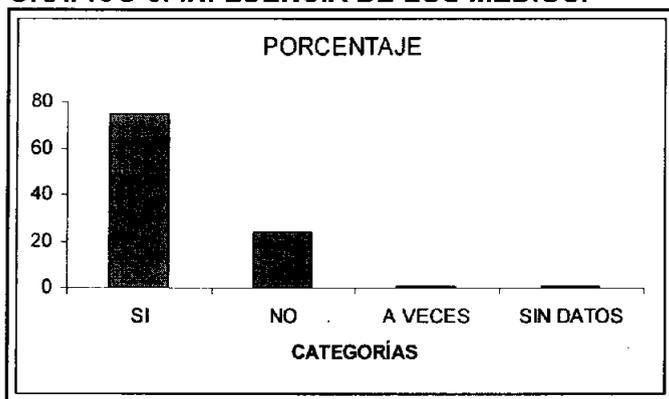
CUADRO 3: CONSECUENCIAS QUE CONOCEN.

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEPRESIÓN	8	3,3
DESNUTRICIÓN	8	3,3
MUERTE	58	23,7
SUICIDIO	1	0,4
DESHIDRATACIÓN	5	2
BAJO RENDIMIENTO FÍSICO	1	0,4
AGOTAMIENTO	7	2,9
PÉRDIDA DE LA MENSTRUACIÓN	8	3,3
PROBLEMAS MENTALES	2	0,8
PERDIDA DE PESO	3	1,2
RETRAZO EN EL DESARROLLO	1	0,4
BAJA AUTOESTIMA	2	0,8
PERDIDA DE DEFENSAS	4	1,6
AISLAMIENTO SOCIAL	2	0,8
PROBLEMAS FAMILIARES	2	0,8
PROBLEMAS GASTRICOS	1	0,4
PÉRDIDA DE MINERALES	1	0,4
OSTEOPOROSIS	2	0,8
DEJAR DE COMER	1	0,4
ANEMIA	4	1,6
DEBILIDAD	1	0,4
CAÍDA DE CABELLO	5	2
NO SE	71	29
SIN DATOS	47	19,3
	N =245	100%

Fuente: Ayala Revueltas Araceli y Vargas Vela Diana Sofia. Tesis. Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer. México. 2005.

Como podemos ver el 52.3% de las 245 alumnas muestra, dijo conocer las consecuencias de la anorexia y la bulimia nerviosa, por lo que según ellas las consecuencias son: la muerte con el 23.7%, el agotamiento 2.9% pérdida de defensas con el 1.6%, anemia 1.6%, depresión 3.3%, desnutrición 3.3%, pérdida de peso 1.2% y en menor medida consideran que son: problemas gástricos, problemas mentales, dejar de comer, problemas familiares, aislamiento social, baja autoestima, retraso del desarrollo, pérdida de la menstruación, entre otros que podemos observar en la tabla y con un porcentaje alto tenemos al 29% de las alumnas que no saben cuales son las consecuencias de ambos trastornos y sin datos obtuvo el 19.3%, por que no las conocen.

GRÁFICO 6: INFLUENCIA DE LOS MEDIOS.



Fuente: Ayala Revueltas Araceli y Vargas Vela Diana Sofia. Tesis. Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer. México. 2005.

Como bien sabemos y ya hemos dicho a lo largo de ésta investigación, los medios de comunicación son un factor muy importante que ejercen su influencia en la sociedad respecto de la "Cultura de la Delgadez" y que las niñas y adolescentes son las que mayormente captan, interiorizan y reproducen dichos mensajes y aunque también sabemos que no es el único factor que influye en la presencia de algún trastorno alimenticios, 183 alumnas del total, corroboran esta influencia; dos de ellas dicen que los medios de comunicación sólo influyen a veces y las 58 alumnas restantes dan una respuesta negativa.

CUADRO 4: LO QUE NO LES GUSTA DE ELLAS.

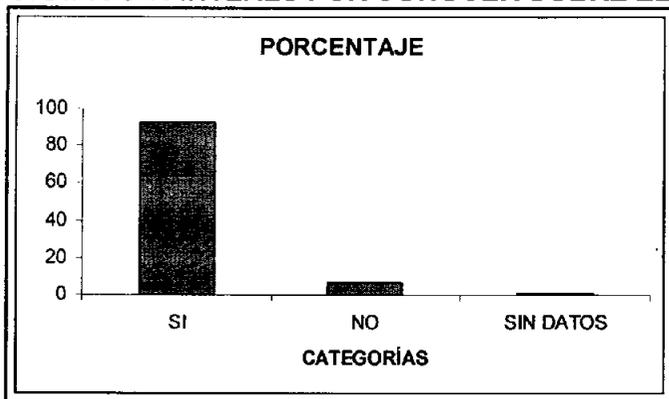
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUERPO	44	4,1
CARA	2	0,8
SOBREPESO	10	4,1
NADA	3	1,2
COMER CHATARRA	1	0,4
SUBIR Y BAJAR DE PESO	1	0,4
ESTAR DELGADA	2	0,8
CARÁCTER	6	2,4
FÍSICO	6	2,4
SER CAPRICHOSO	1	0,4
ABDOMEN	12	4,9
ESTATURA	13	5,3
BAJA AUTOESTIMA	2	0,8
MANO	3	1,2
NO SER TOLERANTE	1	0,4

PIERNAS	3	1,2
SER DEBIL	1	0,4
COMO CAMINO	1	0,4
PIES	1	0,4
PANZA	3	1,2
TODO	3	1,2
LONJAS	2	0,8
SER NERVIOSA	1	0,4
SIN DATOS	41	17
NULO	1	0,4
TODO ME GUSTA	81	3310%
	N = 245	100%

Fuente: Ayala Revueltas Araceli y Vargas Vela Diana Sofia. Tesis. Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer. México. 2005.

Todos los seres humanos expresamos algo que no nos gusta de nosotros mismos, por considerar que no es acorde al ideal de belleza establecido por la moda y los estereotipos vigentes de cada época y no por ello padecemos algún trastorno alimenticio, sin embargo lo anterior puede influir para su presencia, por ser un factor generador de conductas no aptas para formar parte de ese ideal de belleza, entre las conductas negativas hacemos mención de las dietas, uso de laxantes, ayuno, toma de medicamentos para bajar de peso, ejercicio excesivo, entre otras, por lo que al preguntarle a las 245 alumnas muestra del CETIS – 53 turno matutino, qué no les gustaba de ellas, podemos ver que a 81 alumnas todo les gusta de ellas y el resto oscila entre el 18% que opina que no le gusta su cuerpo, el abdomen el 4.9%, estatura el 5.3%, su sobrepeso opina el 4.1%, carácter y físico, ambas con 2.4%, panza 1.2%, manos 1.2%, piernas 1.2%, entre otras y sin datos con el 17%, pero si analizamos estos datos o respuestas, la mayoría menciona aspectos que podemos modificar o cambiar, ya sea con ejercicio y una buena alimentación, pero sin obsesionarse al punto de no aceptar la realidad pues aunque, por más de que nos esforcemos por ser delgadas, si nuestra estructura corporal es ancha, nada podremos hacer, más que aceptarnos como somos y empezar a trabajar sobre estas respuestas para evitar que algunas de estas padezcan en un futuro un trastorno alimenticio.

GRÁFICO 7: INTERES POR CONOCER SOBRE EL TEMA.



Fuente: Ayala Revueltas Araceli y Vargas Vela Diana Sofia. Tesis. Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer. México. 2005.

Como ya hemos dicho a lo largo de éste análisis el estar informados sobre los trastornos alimenticios, especialmente sobre anorexia y bulimia nerviosa, no va a dar oportunidad de prevenir su presencia, de ayudar, apoyar y saber que hacer en caso de que algún conocido o familiar padezca algún trastorno, por lo que el hecho de saber que 227 alumnas del CETIS –53 turno Matutino les interesa saber más a cerca de lo que es la anorexia y la bulimia nerviosa es muy satisfactorio pues se pudieron percatar con ayuda de este cuestionario que no tienen la información clara y precisa de ambos trastornos, pero lamentablemente 16 alumnas no les interesa conocer más a cerca de ambos trastornos, por lo que esperamos que por medio de las preguntas de éste cuestionario se puedan percatar a tiempo si ellas o alguien a su alrededor padece algún trastorno alimenticio para detenerlo, para pedir ayuda y solucionarlo a tiempo, lo mismo aplica para las dos personas que no respondieron a ésta pregunta.

ANÁLISIS DEL TURNO VESPERTINO.

CUADRO 5. ¿QUÉ ES ANOREXIA?

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CANCER EN LA SANGRE	1	0,4
DEJAR DE COMER	73	29,1
COMER EN EXCESO	7	2,8
COMER Y VOMITAR	36	14,3
OBSESIÓN POR LA DELGADEZ	28	11,1
ENFERMEDAD	14	5,6
ALGO QUE HACE DAÑO	1	0,4
NO ACEPTARSE COMO ES	4	1,6

PERDER PESO	2	0,8
TOMAR LAXANTES	4	1,6
AUTOESTIMA BAJA	2	0,8
ENFERMEDAD MENTAL Y FISICA	8	3,2
DEPRESIÓN	1	0,4
TRASTORNO ALIMENTICIO	2	0,8
VOMITAR	2	0,8
NO SABEN	50	19,9
SIN DATOS	16	6,4
	N = 251	100%

Fuente: Ayala Revueltas Araceli y Vargas Vela Diana Sofia. Tesis. Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer. México. 2005.

Al preguntarles a las chicas que entendían por anorexia pues ya dijimos que es parte importante de la prevención nos contestaron con los porcentajes más altos que es: dejar de comer (29.1%), comer y vomitar (14.3%), obsesión por la delgadez (11.1%), una enfermedad (5.6%), pero también hay varias alumnas que no saben lo que es la anorexia nerviosa (19.9%) y no por eso son menos importantes y hay otras respuestas que tienen porcentajes más bajos pero no por eso son menos importantes.

CUADRO 6. ¿QUÉ ES BULIMIA?

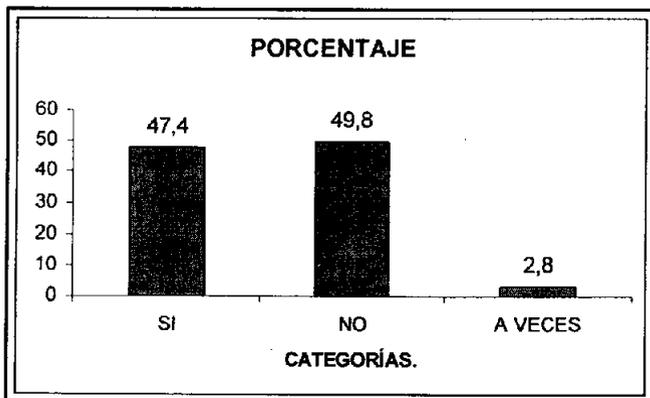
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMER Y VOMITAR	92	36,6
ENFERMEDAD MENTAL	6	2,4
CANCER EN LA SANGRE	2	0,8
OBSESION POR LA DELGADEZ	5	2
COMER DEMASIADO	36	14,3
DEJAR DE COMER	10	4
PROVOCARSE EL VOMITO	20	8
TOMAR MEDICAMENTOS	1	0,4
NO ES BUENO	1	0,4
ES UNA TONTERIA	1	0,4
DEPRESIÓN	1	0,4
DESCOMPENSACIÓN	1	0,4
BAJA AUTOESTIMA	1	0,4
NO SABEN	58	23,1
SIN DATOS.	16	6,4
	N = 251	100%

Fuente: Ayala Revueltas Araceli y Vargas Vela Diana Sofia. Tesis. Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer. México. 2005.

Las adolescentes nos contestaron que la bulimia nerviosa es comer y vomitar con un porcentaje de 36.6%, comer demasiado (14.3%), como porcentajes altos y de

las alumnas que no saben representan el 23.1% de las alumnas muestra, aunque hubo algunas que no contestaron, otras de las categorías son: provocarse el vomito (8%), enfermedad psicológica (2.4%), baja autoestima (0.4) entre otras, pero como sabemos estas son sus características y no la enfermedad en sí.

GRÁFICO 8: CONSECUENCIAS DE ANOREXIA Y BULIMIA.



Fuente: Ayala Revueltas Araceli y Vargas Vela Diana Sofia. Tesis. Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer. México. 2005.

Esta pregunta es de suma importancia para saber cual es la información que tienen las alumnas del CETIS No. 53 del turno vespertino, ya que así puede saberse si conocen cuales son las consecuencias que tienen estos trastornos y en consecuencia cuál es la información que les debemos proporcionar en las platicas informativas así que el 47.4% de las alumnas si saben cuales son las consecuencias, 2.8% solo a veces y el 49.8% no las conocen.

CUADRO 7: CONSECUENCIAS QUE CONOCEN.

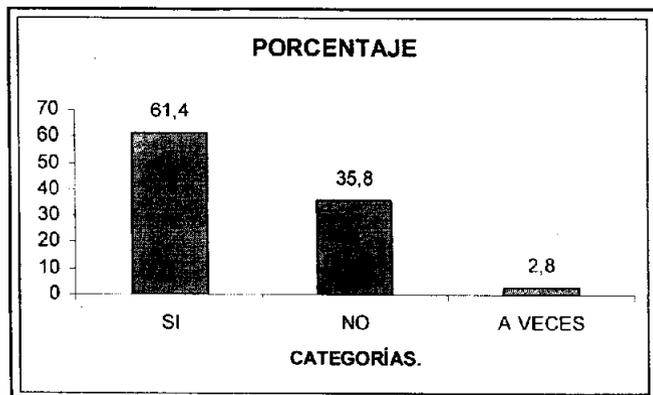
CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUERTE	46	18,3
PRESION BAJA	4	1,6
DEBILIDAD	6	2,4
OSTEOPOROSIS	3	1,2
DESHIDRATACIÓN	4	1,6
DOLOR DE CABEZA	2	0,8
PROBLEMAS GASTRICOS	4	1,6
PÉRDIDA DE MENSTRUACIÓN	4	1,6
CAÍDA DE CABELLO	6	2,4
DESNUTRICIÓN	3	1,2
DESMAYOS	3	1,2

BAJO PESO	11	4,4
PROVOCAR VOMITO	1	0,4
BAJA AUTOESTIMA	8	3,2
DEPRESIÓN	10	4
ANEMIA	2	0,8
SOBREPESO	1	0,4
DEMACRADA	1	0,4
DEJAR DE COMER	1	0,4
BAJA DE MINERALES	1	0,4
PARO CARDIACO	1	0,4
NO SABEN	63	25,1
SIN DATOS	66	26,2
	N = 251	100%

Fuente: Ayala Revueltas Araceli y Vargas Vela Diana Sofia. Tesis. Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer. México. 2005.

Algunas de las consecuencias que las alumnas escribieron que conocían son: la muerte (18.3%), presión baja (1.6%), debilidad (2.4%), osteoporosis (1.2%), deshidratación (1.6%), problemas gástricos (1.6%), pérdida de menstruación (1.6%), baja autoestima (3.2%), depresión (4%), entre otras consecuencias que también tienen una importancia significativa, pero hay que tomar en cuenta que el 49.8% de la muestra dijo que no conocer las consecuencias que contraen.

GRÁFICO 9: INFLUENCIA DE LOS MEDIOS.



Fuente: Ayala Revueltas Araceli y Vargas Vela Diana Sofia. Tesis. Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer. México. 2005.

Como bien sabemos y ya hemos dicho a lo largo de ésta investigación, los medios de comunicación son un factor muy importante que ejercen su influencia en la sociedad respecto de la "Cultura de la Delgadez" y que las niñas y adolescentes son las que mayormente captan, interiorizan y reproducen dichos mensajes y

aunque también sabemos que no es el único factor que influye en la presencia de algún trastorno alimenticios, 183 alumnas del total, corroboran esta influencia; dos de ellas dicen que los medios de comunicación sólo influyen a veces y las 58 alumnas restantes dan una respuesta negativa a esta pregunta.

CUADRO 8: LO QUE NO LES GUSTA DE ELLAS.

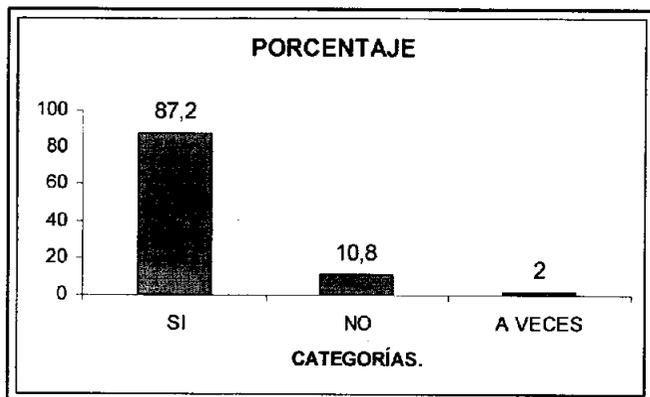
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LES GUSTA	45	18
OJOS	2	0,8
CUERPO	40	15,9
SU NARIZ	13	5,1
SU FORMA DE SER	1	0,4
SOBREPESO	18	7,1
SUS GLUTEOS	2	0,8
TODO	3	1,2
SUBIR DE PESO	6	2,4
BUSTO	1	0,4
CABELLO	7	2,8
ESTATURA	9	3,6
UÑAS	1	0,4
HÁBITOS ALIMENTICIOS	5	2
CARÁCTER	8	3,2
PIERNAS	7	2,8
BRAZOS	1	0,4
ESTAR DELGADA	5	2
MANO	1	0,4
SER TIMIDA	2	0,8
BULIMIA	1	0,4
ANOREXIA	1	0,4
DIENTES	1	0,4
NADA	8	3,2
SU VOZ	1	0,4
SIN DATOS	62	24,7
	N = 251	100%

Fuente: Ayala Revueltas Araceli y Vargas Vela Diana Sofia. Tesis. Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer. México. 2005.

A las adolescentes encuestadas se les preguntó que era lo que no les gustaba de ellas por lo que nos podemos dar cuenta, la mayoría de los casos tiene que ver con alguna parte de su cuerpo, tales como sus ojos (0.8%), su cuerpo donde se incluyen sus lonjitas (15.9%), su nariz (5.1%), sobrepeso (7.1%), estatura (3.6%), piernas (2.8%), otros se refieren a su carácter (3.2%) su forma de ser (0.4%); Aunque también hay otras cosas que no les gusta, pero hay quienes contestaron

que les gusta todo de ellas con un 18%, y hubo otras chicas que no contestaron (24.7%).

GRÁFICO 10: INTERES POR CONOCER SOBRE EL TEMA.



Fuente: Ayala Revueltas Araceli y Vargas Vela Diana Sofia. Tesis. Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer. México. 2005.

Les preguntamos a las alumnas que si les gustaría obtener más información sobre ANOREXIA y BULIMIA NERVIOSA y la respuesta fue satisfactoria para nosotras ya que al 87.2% si le gustaría recibir más información y al 2% a veces, mientras que el 10.8% no quieren obtener información ya que los temas no les interesan.

CAPÍTULO X. CONCLUSIÓN.

A través del desarrollo de este trabajo escrito nos pudimos dar cuenta de que la anorexia y la bulimia nerviosa son un tema de mucha importancia y relevancia en la actualidad pues están cobrando un gran auge, debido a la gran influencia que se recibe del exterior, entre otros factores ya mencionados que marcan la pauta de cómo debemos ser, vestir, pensar comer, etc. para así poder pertenecer a un canon y estereotipo de belleza imperante, que es aceptado por todos los demás, de ahí que informarle a la población de mayor riesgo (adolescentes) sea nuestra mejor labor; por ello debemos de aclarar que cada uno de los puntos que presentamos en un momento, representan conclusiones a las que llegamos después de habernos involucrado en la investigación, análisis y reflexión de un tema como el de anorexia y bulimia que en un principio era desconocido, pero que al conocerlo nos permitió adquirir todo un conjunto de conocimientos y parte de ellos serán expresamos a continuación.

En cuanto al objetivo general del presente trabajo podemos decir que gracias a las respuestas de los cuestionarios aplicados en ambos turnos del Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicios No. 53 a las 469 alumnas, permitieron conocer la información que dichas alumnas tienen sobre anorexia y bulimia nerviosa, encontrándonos en la posibilidad de afirmar que la información de ambos trastornos con que cuentan es mínima, vaga y confusa pues aunque algunas de ellas tienen la idea de que ambos trastornos son enfermedades mentales o trastornos alimenticios, no tienen claras sus diferencias o a que se refiere cada una, por lo que las confunden y enuncian sólo sus características, así que requieren de información clara, breve y correcta que permita tengan elementos de prevención.

Resulta para nosotras muy satisfactorio afirmar que cumplimos exitosamente con la realización documental expresada en el primer objetivo específico, de la que obtuvimos una serie de conocimientos importantísimos para el correcto desarrollo del capitulado manejado en el presente trabajo, además de brindarnos la enorme oportunidad de dar a conocer a las demás personas gran parte del conocimiento adquirido, con el fin de que a alguien le sirva y le brinde la posibilidad de tomar la mejor decisión, respecto de que hacer con ésta información y en el mejor de los casos evitar que los Trastornos Alimenticios continúen incrementándose en nuestro país.

La investigación de campo en el Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicio No.53 en ambos turnos nos dio la oportunidad de percatarnos que tratar el tema de Trastornos Alimenticios en dicha escuela, resultó muy importante, ya que pudimos constatar que para las autoridades del plantel (Director y Sub Director), académicos, trabajadora social, orientadora y sobre todo para los alumnos, en especial las alumnas, generó un gran interés pues según comentarios de estos, resultó un tema muy interesante, novedoso y de actualidad, por lo que les agradó la idea de que por medio de ésta investigación conocieran más a cerca

del tema, pero sobre todo el cómo poder prevenir las e identificarlas, de ahí que nos brindaron todas las facilidades para la aplicación de los cuestionarios a las alumnas, así como para la realización de platicas informativas a cerca de anorexia y bulimia, obteniendo en ambas actividades buenos resultados que nos alientan a seguir trabajando en beneficio de los demás, ya que descubrimos que el interés y preocupación por este tema no es sólo nuestro, sino que cada vez hay más personas que quieren involucrarse en el conocimiento de los Trastornos Alimenticios.

Como ya mencionamos anteriormente, realizamos la aplicación del cuestionario con 60 preguntas que nos permitieron saber el tipo de información que tienen las alumnas de dicho plantel a cerca de anorexia y bulimia nerviosa, lo que llevamos a cabo con buenos resultados pues observamos que las 496 alumnas encuestadas, presentan un gran desconocimiento del tema, esto lo afirmamos basándonos en sus respuesta y el interés que mostraron al término de la aplicación del cuestionario, para conocer y despejar sus dudas del tema, por lo que no sólo ellas sino el resto de los alumnos, requiere de un mayor conocimiento del tema pues esto les permitirá analizar todos aquellos mensajes e información que suponen a la delgadez extrema como sinónimo de éxito y belleza y así poder prevenir la presencia de los Trastornos Alimenticios en edades cada ves menores, además de la obtención de una mejor calidad de vida.

El análisis de la información recabada mediante las respuestas del cuestionario aplicado a las 496 alumnas del Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicio No. 53 se llevó a cabo por turno (matutino y vespertino), así como general y los resultados de este análisis fueron contundentes al hacer notar que en cada turno los porcentajes varían un poco en cada una de las tres categorías que tomamos en cuenta para el conocimiento de la información que tienen las alumnas y para la detección de Trastornos Alimenticios y lo que más sobresale de este análisis es la localización de un caso de anorexia en el turno matutino, así como el caso de 96 alumnas que presentan problemas alimenticios pues sus hábitos a este respecto no son los correctos; por lo que en el caso de la alumna con anorexia, le será recomendado que asista con un psicólogo y con un médico general, para saber que tan grave es el trastorno y si ha afectado su salud y en el caso de las demás alumnas (495) propondremos la visita de un nutriólogo para que las informe a cerca de cómo mantener una buena alimentación, los errores que cometen a la hora de alimentarse, además de aclarar sus dudas, para que se percaten de su situación de riesgo y puedan corregir sus malos hábitos alimenticios antes de que sea demasiado tarde.

Los resultados de la platica informativa que brindamos a un grupo de alumnos fue excelente pues su interés por conocer e informarse a cerca de los Trastornos Alimenticios, rebasó las expectativas que teníamos respecto del interés que pudieran mostrar los adolescentes sobre este tema y sobre su posible participación al aceptar contestar los instrumentos que aplicamos, así como de la insistencia que pudieran mostrar por conocer la información y los resultados que obtuviéramos en la investigación documental y de campo que elaboramos,

mostrándonos así en el error en que estábamos al no contemplar esta posibilidad, por lo que todo esto nos anima a continuar con esta actividad más adelante, además de que por parte de las autoridades del plantel, recibimos una atenta invitación para continuar impartiendo este tipo de pláticas a más alumnos.

El presente trabajo fue hecho con el propósito de que cualquier persona y en especial los adolescentes pudieran conocer y analizar su contenido, lo que les permitirá en determinado momento, prevenir o actuar a tiempo ante la presencia y señal de alarma de la anorexia y la bulimia y aunque por el momento no podemos afirmar ni negar la hipótesis que elaboramos a este respecto, sí podemos afirmar que no se puede actuar sobre algo que desconocemos o tenemos una vaga idea, pero en cambio si sabemos todo o gran parte de ese algo (Trastornos Alimenticios) podremos prevenirlo, además de que es bien sabido que investigar nos permite estar bien informados a cerca de lo que pasa a nuestro alrededor, además de brindarnos armas que permitirán tener el control de la situación o por lo menos que hacer en determinado momento, de ahí la importancia que tiene esta investigación.

En la actual época las adolescentes deben asumir la moda imperante para ser aceptadas dentro de un grupo de características definidas, donde los modelos de delgadez son muy importantes, debido a los estereotipos que presentan los medios de comunicación, en los que las modelos son extremadamente delgadas, originando que las adolescentes sueñen con tener un cuerpo similar al de ellas, por lo que comienzan a basar sus hábitos alimenticios y aspecto corporal en la moda y cultura de la delgadez, lo que las hace incurrir a la práctica de conductas inapropiadas propias de los trastornos alimenticios (vómitos inducidos, ejercicio excesivo, dejar de comer, consumo de productos light, entre otras), debido a que estas aun no cuentan con una identidad y personalidad definida las hace más vulnerables a los mensajes que reciben; además en esta etapa (adolescencia) buscan obtener el control sobre algo y que mejor que su alimentación. Algo que nos queda claro de la adolescencia es que pueden presentar ciertas características de la anorexia o la bulimia, pero estas suelen ser pasajeras debido a que son propias de esta etapa de la vida, sin embargo hay que estar alertas ante cualquier señal de alarma que se considere anormal.

Confirmamos que el origen de los trastornos alimenticios es multifactorial, donde el factor sociocultural es uno de los principales que los detonan ya que la vida, hábitos alimenticios y aspecto corporal son determinados por las exigencias y presiones sociales impuestas por la cultura y la sociedad en que se desarrollan las adolescentes, en la cual se pretende que las mujeres tengan un cuerpo perfecto, desarrollen una carrera brillante para destacar en la sociedad, además de que piensan que entre menos kilos más logros tendrán, así que lo ideal es tener la imagen de modelo tipo "Barbie", aunque esto signifique la destrucción de la vida de la persona (su muerte).

A nuestro parecer uno factor social importante que atribuye al desarrollo de los trastornos alimenticios es la entrada de la mujer (madre) al mundo laboral, con lo cual los adolescentes se hacen responsables de sus horarios de comida y de la calidad de los alimentos que consumen, pues al no contar con la supervisión de un adulto les da la libertad de consumir o no alimentos nutritivos para su desarrollo; además de que la familia ya no comparte los horarios de comida impidiendo la socialización entre los miembros de esta y ya no se puede ver como la principal fuente para adquirir normas, valores y bases para enfrentar la vida, proporcionando un ambiente propicio para la aparición o existencia de anorexia o bulimia ya que los hijos tienden a reproducir y somatizar los conflictos familiares originados por la escasa comunicación entre los miembros de la familia, algunos de los problemas existentes son: violencia familiar, drogadicción, alcoholismo, historias familiares de sobrepeso, antecedentes de algún trastorno alimenticio, sobreprotección, rigidez, entre otros. Actualmente los factores que influyen en la aparición de estos trastornos están más que identificados y solo falta que se actúe sobre ellos para poder modificar los comportamientos alimentarios de las adolescentes que se encuentran en riesgo, logrando que se acepten tal cual son y que no quieran igualar los estereotipos presentados.

Dentro de lo investigado nos encontramos con que las adolescentes no cuentan con la suficiente información sobre las complicaciones que producen los trastornos alimenticios, lo cual se ve reflejado en los resultados obtenidos del cuestionario, donde solo 128 de las 245 alumnas del turno matutino y 119 de las 251 encuestadas del turno vespertino sabe cuales son las consecuencias que pueden tener al padecer anorexia y bulimia, aunque en realidad la información que tienen es poco clara y precisa; sin embargo es satisfactorio ver que algunas de las adolescentes tienen la noción de que son mortales y les podrían provocar la muerte, esto es debido a que toman todos estos problemas a la ligera y como algo pasajero, haciendo necesaria la concientización de estas jovencitas de la gravedad del problema a través de la proporción de información verídica y entendible a su edad, para así lograr una mejor prevención de los trastornos alimenticios, ya que estos pueden llegar a dañar todos los órganos del cuerpo.

Una de las complicaciones importantes y poco estudiadas es la social, la cual es uno de los factores que influye en la aparición de anorexia o bulimia, por lo que consideramos que es necesario prestar más atención, ya que las pacientes tienden a aislarse para poder practicar sus conductas de purga y sobretodo para no ser juzgadas y recriminadas por los demás, también hay distanciamiento entre los integrantes de su familia, debido a que no saben como afrontar el problema, se generan dificultades laborales y escolares por la forma en que consiguen y comen los alimentos; todo lo anterior nos hace pensar que es de suma importancia ahondar más sobre el factor social, en el cual el profesionista de Trabajo Social puede intervenir.

Al dedicarnos a investigar la existencia en México, decidimos hacerlo directamente en las instituciones que atienden este tipo de trastornos y ¡ho! Sorpresa nos enfrentamos con instituciones cerradas y celosas con su trabajo, en las cuales nos

negaron el acceso a este tipo de información o ponían muchas trabas y después de tanto buscar llegamos a la Clínica Eating Disorders México, donde nos recibió el psiquiatra Alfredo Zúñiga y la nutrióloga Karla Arrellano, los cuales nos brindaron información muy valiosa para esta investigación, ya que nos dieron algunas de las pautas que ellas toman para detectar los casos de trastornos alimenticios; incluso mencionaron que para ellos también ha sido difícil lograr un contacto con las demás instituciones, dificultando un consenso sobre el problema, el cual es puesto en segundo plano por la Secretaría de Salud, ya que esta le da mayor prioridad a otras enfermedades (SIDA, cáncer, diabetes, entre otras); aunque creemos que estos trastornos son cada vez más frecuentes en los adolescentes de las grandes ciudades de la República Mexicana, pero esto no se puede comprobar numéricamente ya que las estadísticas existentes no son generales y no tienen un consenso, sin embargo hay que dar gracias a que hay personas profesionistas en la materia que han dejado en evidencia la gravedad del problema, poniendo alerta a la población sobre la aparición de anorexia o bulimia.

Un aspecto que consideramos importante para un buen tratamiento es el hecho de que la paciente acepte que tiene un problema y que necesita ayuda, pues sino es así no servirá ningún tratamiento, además estos no son milagrosos y se llevan su tiempo, por lo que se necesita de la participación del paciente, del equipo multidisciplinarios y de la familia, hay que aclarar que los tratamientos no son iguales en todos los casos, si no sólo similares y se adaptan a las necesidades y gravedad del problema, pues cada persona tiene características distintas. En México existen muy pocos especialistas en trastornos alimenticios y los que hay son muy celosos con su trabajo, lo que impide un desarrollo en el conocimiento de estos, pues no permiten que otros profesionistas se involucren en su trabajo sin pensar que su ayuda beneficiara a los resultados, por lo que sentimos necesario que los médicos familiares tengan conocimientos básicos de anorexia y bulimia, para lograr una rápida detección y para que no se sigan dando diagnósticos equivocados que dan una cura parcial, lo que contribuye a la ocultación del trastorno, generando que este se convierta en crónico y degenerativo que acabará poco a poco con la vida de la enferma. Algo primordial en los trastornos alimenticios es que exista el seguimiento del caso para evitar que la paciente vuelva a recaer y sobre todo para conseguir una recuperación total.

Consideramos que la participación del Trabajador Social es muy importante en la prevención y tratamiento de los trastornos alimenticios, por lo que este también debe ser considerado en el equipo multidisciplinarios que se involucra en estos trastornos, pues de acuerdo a lo que investigamos no encontramos evidencia alguna de la participación de trabajo social, lo cual deja de lado el aspecto social del problema, el cual es un factor determinante en su desarrollo, por lo que es necesario incluir la labor de trabajo social, desde la prevención hasta el tratamiento del paciente, pues esta profesión cuenta con los conocimientos y herramientas necesarias para intervenir en los trastornos alimenticios ya que es un profesionista que puede contribuir con el estudio de la situación familiar, social y económico por el que esta pasando, lo que ayudará a tener un mejor panorama de la situación que esta viviendo, proporcionando los elementos necesarios para desarrollar un

plan de tratamiento adecuado al paciente ya que cada uno tiene características distintas e independientes, aunque padezcan el mismo trastorno; así que el trabajador social es una pieza fundamental en el equipo multidisciplinario que trata la anorexia y la bulimia. Además es muy útil en el campo de la prevención de estos trastornos, ya que este puede informar a la población sobre el problema, haciéndoles ver las complicaciones que acarrearán, ya que creemos que es muy importante volver a reeducar a los padres de familia y a los adolescentes a través de la proporción de información que evidencie la gravedad del problema.

SUGERENCIAS.

Como parte importante del presente trabajo de investigación se dan a conocer algunas sugerencias las cuales se consideran puntos clave para la prevención de los Trastornos Alimenticios y sobre las cuales habrá que trabajar para poder obtener buenos resultados en la prevención y diagnóstico de la anorexia y bulimia nerviosa.

A continuación se mencionarán las sugerencias que son propicias para ser tomadas en cuenta y realizar a nivel Individual.

- Cuestionar los valores que dicta la sociedad, especialmente los impuestos por la Cultura de la Delgadez, la cual está bombardeando a las adolescentes con imágenes extremadamente delgadas, suponiendo que la belleza y delgadez dan éxito ante los ojos de los demás, sin darse cuenta que ponen en riesgo su salud.
- Aceptarse tal como se es, lo que no es nada fácil, por que la sociedad, los medios de comunicación y uno mismo se la pasa exigiendo estilos corporales extremos, sin tomar en cuenta los sentimientos, capacidades y aptitudes de las personas o por lo menos investigar que hay más allá de la apariencia física, la que en determinado momento se acaba.
- Se debe estar conciente de que no hay ninguna persona perfecta y que por lo mismo esto no debe ser algo indispensable, pues la verdad es que todos cometen errores y nunca tendrás contentos ni darás gusto a los demás.
- Corrige tus hábitos alimentarios, no limitándose de la comida chatarra, sino disminuyendo su consumo, llevando así una dieta equilibrada que incluya todos los grupos y nutrientes que el cuerpo requiera dependiendo de la edad y actividad de cada persona.
- Se debe indagar a cerca de los requerimientos nutricionales, así como de las exigencias de el organismo, para así saber la cantidad y variedad de alimentos que este requiere.

plan de tratamiento adecuado al paciente ya que cada uno tiene características distintas e independientes, aunque padezcan el mismo trastorno; así que el trabajador social es una pieza fundamental en el equipo multidisciplinario que trata la anorexia y la bulimia. Además es muy útil en el campo de la prevención de estos trastornos, ya que este puede informar a la población sobre el problema, haciéndoles ver las complicaciones que acarrearán, ya que creemos que es muy importante volver a reeducar a los padres de familia y a los adolescentes a través de la proporción de información que evidencie la gravedad del problema.

SUGERENCIAS.

Como parte importante del presente trabajo de investigación se dan a conocer algunas sugerencias las cuales se consideran puntos clave para la prevención de los Trastornos Alimenticios y sobre las cuales habrá que trabajar para poder obtener buenos resultados en la prevención y diagnóstico de la anorexia y bulimia nerviosa.

A continuación se mencionarán las sugerencias que son propicias para ser tomadas en cuenta y realizar a nivel Individual.

- Cuestionar los valores que dicta la sociedad, especialmente los impuestos por la Cultura de la Delgadez, la cual está bombardeando a las adolescentes con imágenes extremadamente delgadas, suponiendo que la belleza y delgadez dan éxito ante los ojos de los demás, sin darse cuenta que ponen en riesgo su salud.
- Aceptarse tal como se es, lo que no es nada fácil, por que la sociedad, los medios de comunicación y uno mismo se la pasa exigiendo estilos corporales extremos, sin tomar en cuenta los sentimientos, capacidades y aptitudes de las personas o por lo menos investigar que hay más allá de la apariencia física, la que en determinado momento se acaba.
- Se debe estar conciente de que no hay ninguna persona perfecta y que por lo mismo esto no debe ser algo indispensable, pues la verdad es que todos cometen errores y nunca tendrás contentos ni darás gusto a los demás.
- Corrige tus hábitos alimentarios, no limitándose de la comida chatarra, sino disminuyendo su consumo, llevando así una dieta equilibrada que incluya todos los grupos y nutrientes que el cuerpo requiera dependiendo de la edad y actividad de cada persona.
- Se debe indagar a cerca de los requerimientos nutricionales, así como de las exigencias de el organismo, para así saber la cantidad y variedad de alimentos que este requiere.

- Aprende a detectar si las necesidades fisiológicas son inducidas o realmente requeridas, esto por medio de siempre preguntarse si realmente se necesita o no.
- Enseña desde pequeños a comer de forma racional y dejar de obsesionarse por la comida.
- Lograr por medio de la enseñanza y educación que la comida es algo natural y necesario para el buen funcionamiento del organismo y no centrar su vida en la comida.
- Apoyar a la familia para que la comida familiar sea seleccionada o gusto y necesidades de los demás integrantes.
- Elaborar los menús diarios basándose en una dieta equilibrada y en la pirámide de la alimentación.
- Aprender a respetar y valorar los diferentes cuerpos, por como son las personas y no por su belleza exterior.
- Levantarse todos los días con una nueva actitud, aceptándose mental y emocionalmente, para así obtener una buena salud integral.
- Propiciar la comunicación y discusión de todos aquellos temas de interés para los miembros de la familia, dependiendo la edad y capacidad de comprensión.
- Integrar siempre en la vida una perspectiva de género, aprendiendo a aceptar, comprender y respetar las diferencias, exigencias y similitudes que hay entre hombres y mujeres.
- Obtener siempre un pensamiento positivo, abierto y real sobre la belleza, tomando en cuenta que ésta es relativa.
- Evitar los comentarios, el hecho de seguir fomentando la presencia de la anorexia y la bulimia nerviosa.
- En caso de conocer a alguien con algún Trastorno Alimenticio, lo mejor será averiguar realmente como lo puedes ayudar y así evitar que avance la enfermedad.
- Tratar de expresar todo aquello que les preocupe, moleste o lastime y así poder evitar que eso se vuelva a repetir, pero sobre todo si se aprende a manejar y entender las emociones.

- Aprender a mirarse desnudos en el espejo, para saber admirarse tal cual se es, observando lo que te gusta o lo que no, con el fin de responder si aquello que no te satisface tiene solución y admira lo mucho que te ha servido.
- Respeta y escucha a tu cuerpo, para así mejorar tu imagen corporal y autoestima.
- Escúchate cuando hables de tu cuerpo y del de los demás, para así poder detectar los insultos y ofensas que expresas y que bajan tu autoestima y la de los demás.
- Aprende a identificar tu estado de ánimo con el fin de comer cuando realmente tienes hambre y no por aburrimiento u ociosidad.
- Observa y conoce tu cuerpo tan bien que ello te permita sacarle partido y exaltar tus atributos.
- No sólo te arregles ni enfoques tu vida en los demás, sino que también hazlo por y para ti misma.
- Evita saltarte comidas, pues los resultados no son tan buenos, ya que tu cuerpo realizará un gran esfuerzo para acumular grasa cuando ingieras tu próximo alimento, generando así un aumento de peso.
- Deja de lado las dietas milagrosas, pildoras mágicas, ayunos y mejor visita un Nutriólogo.
- Come de todo, pero con medida, además haz un poco de ejercicio y descansa lo suficiente.
- Se menos crítico contigo mismo y con las personas que tienen sobrepeso.
- Entiende que la ropa normalmente se hace sobre la medida de una modelo y que si normalmente te queda una talla determinada y alguna vez esto no sucede, ten en cuenta que a lo mejor cambiaron de modelo y no por que engordaste.
- Utiliza los artículos que moldean tu figura, para verte bien sin necesidad de matarte de hambre.
- Trata de no aspirar a conseguir una figura que no tienes, por que el resultado puede ser frustrante y por el contrario realza tu forma y figura con el tipo de ropa que te va.
- Identifica tu Índice de masa corporal, para que sepas si estas o no obseso y que grado de obesidad tienes y si tienes bajo peso o peso normal.

- El hecho de saber que tienes unos kilos de más pueden provocarte problemas de salud, por lo que en éste caso es mejor que recurras con un especialista para bajar de peso por salud.
- Entiende que cada uno tiene un concepto de belleza distinto e influenciado por algo o alguien, por lo que la belleza es relativa y está siempre oscila entre lo individual y lo universal, pero que ahora está influenciada por el mundo del espectáculo.
- Aprende a aceptar la variedad de belleza física que hay en nuestro país, así como las distintas formas, figuras y personas, por que en México somos toda una mezcla de culturas y razas.

Continuamos con las sugerencias que como sociedad se deben empezar a tomar en cuenta, analizar y realizar, para evitar la propagación de los Trastornos Alimenticios:

- Informar a la población en general sobre los Trastornos Alimenticios, para saber identificarlos y detectarlos a tiempo.
- Recurrir a los medios de comunicación para que inicien campañas de prevención, ya que ellos son uno de los principales causantes de la proliferación de la anorexia y la bulimia, por lo que ya es hora de utilizados como medio de prevención.
- Fomentar la concientización de las personas ante la influencia generada por los medios visuales e impresos de la Cultura de la delgadez y de todos aquellos productos mágicos para bajar de peso sin ningún esfuerzo.
- Se debe empezar a propiciar y generar cierta independencia entre los niños y adolescentes, por medio de la iniciativa propia en cuanto a la toma de decisiones por medio de la realización de actividades de las cuales no tengan que preguntar que o cómo hacerlas pues tendrán que experimentar y correr riesgos, superando así el miedo que tienen de equivocarse, enfrentando sus errores y superándolos.
- Utilizar a la prevención primaria como medio para detectar y facilitar el diagnóstico precoz de los Trastornos Alimentarios
- Es necesario que en todos los ámbitos de la vida, pero especialmente en la familia y en la escuela sean tratados los temas de anorexia y bulimia nerviosa, evitando así que el problema se extienda y salga de control.

- Aprender que el éxito de las personas no depende de la belleza o de la delgadez, sino a las capacidades que como personas y profesionistas tienen.
- Buscar patrocinios por medio de empresas interesadas e involucradas para lograr la investigación, prevención y tratamiento de los Trastornos Alimenticios.
- Investigar y conocer los distintos grupos de alimentos y sus funciones en el organismo, para así poder analizar la información que brindan los productos, los medios de comunicación y la publicidad.
- Propiciar el análisis y discusión de todos aquellos modelos emergentes que presentan los medios de comunicación y publicidad, así como los tradicionales que ofrecen a la sociedad y las familias, sin olvidar el aparentismo en el que se debe y quiere vivir.
- Averiguar cómo se puede incidir o influir en los medios de comunicación, para que ofrezcan imágenes diferentes a las actuales, pero sobre todo que las imágenes sean acordes a la realidad.
- Boicotear y criticar los productos y publicidad que ofendan y menosprecien a las mujeres al exigir cánones de belleza a los cuales la mayoría de las veces no se pueden acceder o pertenecer.
- Evitar la propagación y aceptación de todas aquellas presiones sociales que tengan que ver con la delgadez, éxito, belleza, perfeccionismo, roles y comportamientos socialmente aceptados.
- Reforzar todos aquellos valores importantes como la independencia, responsabilidad, respeto, etc. para la mejor aceptación de la realidad.
- Tomar en cuenta la influencia positiva y negativa de los profesores hacia los alumnos, para que éstos apoyen en la prevención de los Trastornos Alimenticios.
- Analizar y reflexionar a cerca de toda la información e imágenes que presentan los medios de comunicación y la publicidad.
- Luchar por que se regule jurídicamente la industria de la dieta, para que no se sigan vendiendo productos que causan serios daños a las personas que los consumen, ya que la publicidad nunca advierte los riesgos que pueden correr los consumidores.
- Apoyar y fortalecer a todos aquellos medios de comunicación, asociaciones e instituciones alternativas que favorezcan la diversidad en todos los sentidos.

- Vigilar e identificar todas las falsas promesas que hacen los medios de comunicación y la publicidad a cerca de los productos y artículos que presentan y venden.
- Cuestionar y criticar lo que presentan los medios de comunicación, tratando de identificar el trasfondo del mensaje.
- Siempre tratar de hacer llegar a los niños y adolescentes el mensaje de una nueva cultura que realce el derecho de ser uno mismo sin complejos.
- Crear espacios destinados al análisis, discusión, orientación y que brinden ayuda a todas aquellas personas interesadas en el tema de anorexia y bulimia nerviosa.
- Realizar campañas de vigilancia y monitoreo a todos los medios de comunicación y publicidad, con el fin de denunciar todos aquellos mensajes que ofendan, hagan sentir mal, discriminen y exijan rangos de belleza no acordes a la realidad de nuestro país.
- Exigir por medio de protestas, cartas y oficios a los diseñadores de moda que diseñen y creen tallas extra en ropa, la cual deberá ser atractiva, en tendencia y que hagan sentir a gusto, sin tener que cambiar nuestro cuerpo por los mensajes y exigencias de los medios de comunicación y la publicidad.

Las siguientes sugerencias son para todas las familias y van encaminadas al logro de una prevención, diagnóstico, apoyo y comprensión de parte de estas para todos sus integrantes, afectados o no con algún Trastorno Alimenticio, pero principalmente para que dichos trastornos no se lleguen a presentar dentro del núcleo familiar.

- Mejorar la comunicación dentro de la familia es un aspecto muy importante para no propiciar algún problema, específicamente anorexia o bulimia nerviosa, ya que la comunicación entre los miembros de la familia dará pie a un desarrollo integral pues permitirá conocerse y detectar cuando algo no este bien para actuar en ese momento y no cuando el trastorno esté presente.
- Siempre buscar soluciones con la ayuda de los integrantes de la familia y no dejar la responsabilidad a uno solo, ya que estas podrían ser falsas salidas, como es el caso de la anorexia y la bulimia nerviosa, las que son la mayoría de las veces un medio para llamar la atención y evitar enfrentar la realidad.
- La familia siempre deberá de fomentar la tolerancia y paciencia de cada uno de sus miembros, para así poder solucionar cualquier problema que se presente en un futuro.

- Es indispensable recuperar los horarios de la comida familiar, ya que esto puede ser uno de los mejores momentos para interactuar y socializar, así como para la convivencia familiar.
- Tener en cuenta que el hecho de haber una mala relación familiar y sobre todo que exista violencia familiar, debiera ser un factor de riesgo, para que alguno de los miembros de la familia crean que la mejor forma de controlar algo en su vida, sea la presencia de la anorexia en su vida.
- Los padres de familia siempre deben estar alertas ante los cambios bruscos de carácter y actitud de sus hijos púberes y adolescentes, así como el percatarse de si hay casos de Trastornos Alimenticios entre sus amigos o conocidos.
- Como ya se había dicho la comunicación es indispensable para la prevención de cualquier problema, específicamente de los Trastornos Alimenticios, por ello es importante propiciar discusiones de temas relacionados con el entorno en que se desarrollan sus hijos, especialmente sobre la nutrición, delgadez, éxito, cultura, estereotipos, presión social, moda, entre otras.
- Los temas que discutirán y analizarán los miembros de la familia deberán también ser de interés para cada integrante, pero dependiendo de su edad y capacidad de comprensión.
- Es indispensable que los padres de familia tengan en cuenta que la crianza y educación de sus hijos requiere de información y formación brindada por ellos y no por la escuela o la televisión, es decir que no deben delegar la crianza de sus hijos sólo a estos dos, sino que por el contrario, la escuela y los medios de comunicación sean los encargados de reforzar dicha crianza.
- Los padres de familia deben tener en cuenta que los niños a partir de los 10 años, ya tienen noción y percepción de su cuerpo influenciada por el exterior, por lo que se deben educar para que eviten la utilización de calificativos, palabras despectivas y apodos, para referirse a ellos mismos y a los demás.
- Los padres deberán de evitar insultar o calificar a sus hijos basándose en sus características o aspecto físico pues esto se aprende y los hijos lo reproducen.
- Los padres de familia deben modificar sus propios hábitos alimenticios, para que puedan enseñar a sus hijos a tener buenos hábitos alimenticios, tener una vida sana y a que realicen actividad física de acuerdo a sus capacidades y posibilidades.
- Ayudar y apoyar a los hijos, para que éstos entiendan y comprendan su propia realidad, sus capacidades y limitaciones, es decir inculcándoles seguridad en sí mismos y en todo lo que hagan.

- Evitar exigir metas académicas, deportivas y estéticas difíciles de lograr, ya que esto genera una disminución de su autoestima y autonomía pues siempre buscará la aprobación de los demás.
- Querer a sus hijos tal como son, sin más ni menos, pero también aceptando que no son perfectos y que tarde o temprano cometerán errores que ellos mismos deberán afrontar y solucionar.
- Ante la sospecha de la presencia de anorexia o bulimia nerviosa, lo importante e indispensable será buscar ayuda y recurrir siempre a un especialista, para que éste lo diagnostique a tiempo y evitar confrontar el o la enferma pues esto agravará el problema.
- Las madres al momento de cocinar deberán tomar en cuenta los gustos y preferencias de los miembros de la familia dependiendo de sus requerimientos, limitaciones y edad.
- Involucra a toda la familia en la elección, elaboración y consumos de los alimentos.

PROPUESTA.

Antes de mencionar de qué manera puede intervenir el Licenciado en Trabajo Social en la prevención y detección de los trastornos alimenticios, creemos necesario recordar que el trabajo social a nivel licenciatura es una disciplina de las ciencias sociales que interviene directamente con los grupos sociales que tienen carencias y problemas sociales, es decir, es una profesión que no sólo investiga las causas y el proceso de los problemas y necesidades sociales, sino que interpreta e interviene en la problemática con la participación de la población afectada, generando alternativas de solución acordes a la realidad y demandas colectivas. El caso de los trastornos alimenticios su labor principal será lograr que por medio de una buena preparación y capacitación a los trabajadores sociales interesados en esta área puedan volverse especialistas y expertos en todo lo relacionado con los trastornos alimenticios para que puedan exigir su participación activa en el equipo multidisciplinario que maneja y atiende este tipo de trastornos, así como los demás de este tipo, por lo que para ello será necesario que el trabajador social tome en cuenta todas aquellas funciones que la profesión maneja con el fin de que le permitan lograr una buena prevención y detección de los trastornos alimenticios, evitando así la proliferación de estos principalmente entre los adolescentes del Distrito Federal, pero siempre tomando en cuenta que México es un país multicultural lo que hará que la prevención y detección sea distinta en cada Estado de la República pero con los mismos objetivos y bases que eviten la expansión y proliferación de los trastornos alimenticios.

Puesto que la licenciatura en trabajo social es una profesión interdisciplinaria cuyo propósito es el diseño y aplicación de estrategias o modelos de intervención que promuevan la participación de individuos, grupos, comunidades y sociedad en general en cuanto a la prevención, atención y solución de las necesidades y problemas sociales, creemos necesario que el trabajador social recurra a lo siguiente para intervenir en los trastornos alimenticios:

El trabajador social deberá iniciar con el diseño y elaboración de una investigación social acerca de los trastornos alimenticios, enfocándose en los adolescentes, esto con el fin de obtener el conocimiento necesario de dos de los principales trastornos alimenticios como son la anorexia y bulimia nerviosa, permitiendo así la identificación de ambos trastornos y sobretodo saber de qué manera actuar frente a esta problemática una vez detectada; Esta investigación se realizará obteniendo información de los libros existentes, vía internet, de revistas, de reportajes que realizan distintos programas televisivos y sobretodo de las instituciones que tratan estos trastornos, lo cual permitirá conocer historias de vida de los pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, dando como resultado la obtención de un buen marco teórico, para después desarrollar un proyecto estadístico con la colaboración de las instituciones que manejan y atienden los trastornos alimenticios, así que si se logran conjuntar las cifras que tiene cada institución se podrán obtener estadísticas más cercanas a la realidad, pero para lograrlo se le tiene que hacer ver a cada institución que es necesario dejar de ser tan celosos con su trabajo si

se quiere evitar la proliferación de los trastornos alimenticios, pero para conseguirlo se tiene que realizar el contacto con las instituciones y con las escuelas que trabajan con esta problemática, esto puede ser a través de escritos o entrevistas, en las que se acordaría una reunión donde se trate, lo que se quiere hacer para así llegar a acuerdos y planear actividades que permitan la obtención de cifras reales, ya que hasta el momento no se conoce a ciencia cierta en nuestro país la magnitud del problema, lo que nos permitirá exigir con sustento la participación del trabajador social en el equipo multidisciplinarios de expertos que esta integrado por un psicólogo, médico, nutriólogo, psiquiatra, enfermera, endocrinólogo y entrenador físico, los cuales atienden y manejan los casos de anorexia y bulimia nerviosa, puesto que los pacientes de algún trastorno alimenticio requerirán en determinado momento de varios especialistas, debido a la complejidad del problema.

La investigación social permitirá el contacto con las instituciones públicas y privadas que atienden los trastornos alimenticios en el Distrito Federal, lo que ayudará a la elaboración de un directorio de las instituciones que brindan ayuda, apoyo, orientación y tratamiento de los trastornos alimenticios. Además de sensibilizar a cada una de las instituciones contactadas con el fin de que entre ellas se genere una intercomunicación y retroalimentación, originando una mejor atención, prevención y tratamiento de los trastornos alimenticios. Principalmente creemos que estos directorios se deben distribuir en las escuelas, específicamente en secundarias y escuelas de nivel medio superior, así como en todas aquellas de nivel medio superior, así como en todas aquellas instituciones y organizaciones cuyas actividades generen algún riesgo en el padecimiento de la anorexia y bulimia nerviosa, como los gimnasios, escuelas de valet, de danza, de modelaje, entre otras. Para lograr la elaboración de los directorios es necesario buscar el patrocinio de empresas, instituciones, medios de comunicación, Secretaria de Educación Pública y las dependencias del nivel medio superior, de la Secretaria de Salud entre otras instancias que interceden en la prevención y detección de los trastornos alimenticios para que ayuden en la impresión y distribución de los directorios, los cuales contendrían el nombre, dirección y teléfono de las instituciones, además de contener información de los trastornos alimenticios para que las personas que laboren en las escuelas tengan el conocimiento de lo que son y cuales son sus características y puedan detectar a los alumnos con anorexia y bulimia nerviosa y así canalizarlos a alguna institución para ser tratados.

Para continuar en el ámbito escolar que es el principal campo en el que se pueden desarrollar, planear, administrar, ejecutar y supervisar proyectos y programas dirigidos a la prevención y detección de los trastornos alimenticios, por lo que es necesario impartir pláticas informativas a la población de riesgo en las que se abordarían una serie de temas dirigidos a la prevención de los trastornos alimenticios tales como: autoestima, nutrición, anorexia, bulimia, obesidad, adolescencia, valores, adicciones, identidad, depresión, costumbres entre otras. Estas temáticas se pueden manejar de forma general dentro de la escuela, organizándola en cinco sesiones dentro de las cuales se aclararían dudas que

tengan los alumnos y las autoridades de la escuela, las sesiones serían de la siguiente manera:

SESIÓN	TEMA	DURACIÓN	MATERIAL.
1	<ul style="list-style-type: none"> • ADOLESCENCIA • IDENTIDAD • DUDAS Y COMENTARIOS 	40 MINUTOS 40 MINUTOS 20 MINUTOS	RETROPROYECTOR ACETATOS ROTAFOLIO PAPEL BOND PLUMONES
2	<ul style="list-style-type: none"> • AUTOESTIMA • VALORES • COSTUMBRES • DUDAS Y COMENTARIOS 	30 MINUTOS 25 MINUTOS 25 MINUTOS 20 MINUTOS	RETROPROYECTOR ACETATOS RECORTES CARTULINAS RESISTOL TIJERAS CINTA CANELA PLUMONES
3	<ul style="list-style-type: none"> • DEPRESIÓN • ADICCIONES • DUDAS Y COMENTARIOS 	40 MINUTOS 40MINUTOS 20 MINUTOS	RETROPROYECTOR ACETATOS COLLAGES
4	<ul style="list-style-type: none"> • NUTRICIÓN • HÁBITOS ALIMENTICIOS • DIETAS SEVERAS • DUDAS Y COMENTARIOS 	80 MINUTOS 20 MINUTOS	RETROPROYECTOR ACETATOS VIDEOCASETERA VIDEO
5	<ul style="list-style-type: none"> • TRASTORNO ALIMENTICIO • ANOREXIA • BULIMIA • OBESIDAD • DUDAS Y COMENTARIOS 	15 MINUTOS 25 MINUTOS 25 MINUTOS 25 MINUTOS 20 MINUTOS	RETROPROYECTOR ACETATOS RECORTES CARTULINAS RESISTOL TIJERAS CINTA CANELA PLUMONES REVISTAS

Se daría una sesión por semana con una duración de 100 minutos, con excepción de la quinta sesión que durará 110 minutos, en las sesiones se les brindará información escrita en trípticos o cuadernillos informativos que contengan

información del tema que corresponda a la sesión. Las personas que están a cargo de las sesiones puede ser un trabajador social, psicólogo, nutriólogo o alguien del área médica especializado en los temas, los cuales podrían pertenecer a las instituciones que tratan la anorexia y bulimia nerviosa. Estas pláticas además de prevenir los trastornos alimenticios servirán para animar a los adolescentes a participar en la realización de campañas de salud que promuevan una buena nutrición y la adquisición de hábitos alimenticios para concientizar a la población de riesgo de las consecuencias que generan los trastornos alimenticios.

Independientemente de las pláticas se podrían realizar periódicos murales con la colaboración de los alumnos y de las personas que laboran en la escuela, con el fin de mantener informada a la población de riesgo, poniendo en alerta a los jóvenes para que no se pierdan en el mundo materialista y superficial en el que vivimos y así hacerles saber que se puede ser feliz aceptándose como se es y no tratando de imitar los modelos y estereotipos que presenta la sociedad, así la principal labor del trabajador social será educar o reeducar a los adolescentes y a su familia para obtener un adecuado desarrollo y generar un amplio criterio en tanto al adolescente como a su familia para que no se dejen manipular por los medios de comunicación que segundo a segundo los manipulan con los mensajes que presentan; Es decir que los adolescentes se vuelvan más analíticos y críticos frente a lo que ven, escuchan y les ofrecen los medios que les rodean.

A través de los proyectos y programas implementados en las escuelas se capacitará y formará a más personas capaces de detectar y prevenir la anorexia y bulimia nerviosa, sin olvidar que esto también lo pueden y deben realizar los padres de familia de los alumnos, por lo que en este caso se realizarían talleres de escuela para padres que contengan temáticas que les ayuden a entender de mejor manera el desarrollo de sus hijos, tales como: problemas familiares, baja autoestima, depresión, problemas de obesidad, adolescentes con problemas de identidad, nutrición, cultura, costumbres, roles, valores, adicciones, sexualidad, género, moda, belleza, entre otros que les permitan mantener una mejor comunicación con sus hijos.

También se les aplicará a los alumnos un cuestionario que contenga preguntas que ayuden a la posible detección de los adolescentes que pueden padecer un trastorno alimenticio y así poner en práctica la gestión con otras instituciones al canalizar a los adolescentes para que reciban una mejor atención y una pronta recuperación, ya que entre más tiempo pase en ser detectado el tratamiento será más largo y complicado, debido al deterioro físico, psicológico y social al que se enfrenta el adolescente. Las preguntas que pueden contener los cuestionarios las pueden ver en el anexo.

Estos cuestionarios se podrán aplicar cada determinado tiempo para así llevar un mejor control de los trastornos alimenticios en los alumnos.

Para las campañas de salud que se mencionaron anteriormente se solicitaría la participación de las instituciones públicas y privadas que tratan los trastornos

alimenticios y de las delegaciones del Distrito Federal, las cuales realizan campañas de salud comunitarias y dentro de las cuales se podrán realizar las pláticas de nutrición, de enfermedades crónicas (como diabetes, sida, osteoporosis, etc.), entre otras y que mejor que aprovechar el espacio para lograr la prevención y detección de los trastornos alimenticios, así como darles a conocer los factores de riesgo y las características de la anorexia y bulimia nerviosa, además de brindarles asesoría, orientación sobre las instituciones a las que se les puede canalizar de acuerdo a sus necesidades y posibilidades, con el fin de mantener informada a la población en general y así lograr un control y erradicación de los trastornos alimenticios, por lo que se sensibilizará a la población para generar un cambio de actitud que valla dirigido a controlar la problemática de los trastornos alimenticios pero sobre todo a obtener la participación, capacitación y educación de la población en general y de la población en riesgo de padecer anorexia o bulimia nerviosa.

Como hemos visto a lo largo de esta propuesta la labor del trabajador social en este caso estará dirigido a la prevención de los trastornos alimenticios pues con el presente trabajo de investigación (tesis) sabremos que es necesario evitar la proliferación de la anorexia y bulimia nerviosa en nuestro país, tomando en cuenta todos aquellos elementos que como profesionistas, personas y sociedad tenemos para lograrlo y atacarlo desde varios puntos debido a su influencia multifactorial que atiende los casos de anorexia o bulimia nerviosa deberá solicitar y contar con la colaboración del gobierno del Distrito Federal, de la Secretaría de Salud y sus dependencias, así como de la Secretaría de Educación Pública y de sus dependencias del nivel medio superior y también de todas aquellas instituciones, organizaciones, personas y profesionistas involucrados en la presencia de los trastornos alimenticios como los medios de comunicación, publicistas, mercadotecnia, modelos, diseñadores, bailarinas, familias, artistas, entre otras por lo que es necesario que ellos mismos ayuden en el fomento y promoción de políticas sociales dirigidas a mejorar la calidad de vida de los enfermos de algún trastorno alimenticio, mediante la generación de un nivel preventivo adecuado y satisfactorio, pero para lograrlo se necesitará de la organización de la población en general, por lo que es necesario hacerle saber a las autoridades por medio de sustentos reales como las investigaciones sociales, programas y proyectos que surjan, así como de la obtención de estadísticas reales en el Distrito Federal, lo cual permitirá argumentar y demandar por medio de escritos y verbalmente que para lograr una prevención y detección de los trastornos alimenticios se necesita su apoyo con el fin de que ellos también participen activamente para lograrlo y en dado caso la sociedad elegirá aprobar o desaprobar aquellos programas que fomenten la llamada cultura de la delgadez, consumir o no los productos light o dietéticos, realizar o no dietas extremas, adquirir o no buenos hábitos alimenticios y peor aún, padecer o no algún trastorno alimenticio aún sabiendo sus consecuencias, por lo que es necesario informar a la población para que se vuelvan más críticas y analíticas para que decidan sobre lo que mejor les convenga quiera y represente en su vida, pero siempre con información.

Para concluir podemos decir que la participación del trabajador social tiene un nivel de intervención primaria en los trastornos alimenticios, pero no hay que dejar de lado que puede tener otro nivel de intervención si es necesario, pues creemos que el trabajador social cuenta con las herramientas necesarias para afrontar la problemática de los trastornos alimenticios así que sólo hay que luchar constantemente para ganarnos un lugar dentro de este campo, ya que como vimos a lo largo del presente trabajo de investigación podemos dar mucho en cuanto a la prevención, detección y tratamiento de los trastornos alimenticios y que mejor que para lograr esto que iniciemos con una investigación y propuesta tan pequeña como esta.

BIBLIOGRAFÍA.

- Abraham, Suzanne y Derek Llewellyn- Jones. Anorexia y Bulimia: Desordenes alimentarios. Ed. Libro de bolsillo, Alianza Editorial, Madrid, 1994.
- A. Guillemot, Michel. Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura. Editorial, Masson s.a. Traducción Dr. Alfonso Rodríguez Martínez. 1994. Barcelona España.
- Ander-Egg, Ezequiel. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Edición sexta. Editorial, Hvmánitas. Argentina. 1976.
- Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social. Editorial ECRO-ILPH. Buenos Aires, Argentina.
- Casanueva, Esther, Kaufer- Hornwitz, Martha y Cols. Nutriología médica. Ed. Médica panamericana. 2da edición, Enero 2001. México.
- C. Feinstein, Sherman, Arthur D. Sorosky. Trastornos en la alimentación. Bulimia, Obesidad y Anorexia Nerviosa. Editorial, Nueva Visión. Buenos Aires. 1988.
- Crispo Rosina, Eduardo Figueroa y Diana Guelar. Anorexia y bulimia. Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Editorial, Gedisa- Divulgación y Autoayuda. España. 2001.
- Chinchilla Moreno, Alfonso. Anorexia y Bulimia Nerviosa. Editorial Ergón. Madrid. 1994.
- Davison, Evelyn. H. Trabajo social de casos. Editorial continental. México. 1968.
- Duker, Marilyn; Slad Roger Versión en español Claudio Ardisson Pérez. Anorexia nerviosa y bulimia: un tratamiento integrado. Editorial, Limusa. Grupo Noriega Editores. 1992.
- E. Harmes, Robert. Stuart C. Yudofsky. John A. Talbutt DSM-IV Tratado de psiquiatría. Tomo I. Editorial, Masson, EU. Tercera edición 2000.
- Estrada Graciela. El desafío de la anorexia. Editorial, Síntesis. España. 2002.
- García – Campa, Eduardo. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Editorial, Masson. Primera edición. 2001. Barcelona – España. 2002.

Para concluir podemos decir que la participación del trabajador social tiene un nivel de intervención primaria en los trastornos alimenticios, pero no hay que dejar de lado que puede tener otro nivel de intervención si es necesario, pues creemos que el trabajador social cuenta con las herramientas necesarias para afrontar la problemática de los trastornos alimenticios así que sólo hay que luchar constantemente para ganarnos un lugar dentro de este campo, ya que como vimos a lo largo del presente trabajo de investigación podemos dar mucho en cuanto a la prevención, detección y tratamiento de los trastornos alimenticios y que mejor que para lograr esto que iniciemos con una investigación y propuesta tan pequeña como esta.

BIBLIOGRAFÍA.

- Abraham, Suzanne y Derek Llewellyn- Jones. Anorexia y Bulimia: Desordenes alimentarios. Ed. Libro de bolsillo, Alianza Editorial, Madrid, 1994.
- A. Guillemot, Michel. Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura. Editorial, Masson s.a. Traducción Dr. Alfonso Rodríguez Martínez. 1994. Barcelona España.
- Ander-Egg, Ezequiel. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Edición sexta. Editorial, Hvmánitas. Argentina. 1976.
- Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social. Editorial ECRO-ILPH. Buenos Aires, Argentina.
- Casanueva, Esther, Kaufer- Horowitz, Martha y Cols. Nutriología médica. Ed. Médica panamericana. 2da edición, Enero 2001. México.
- C. Feinstein, Sherman, Arthur D. Sorosky. Trastornos en la alimentación. Bulimia, Obesidad y Anorexia Nerviosa. Editorial, Nueva Visión. Buenos Aires. 1988.
- Crispo Rosina, Eduardo Figueroa y Diana Guelar. Anorexia y bulimia. Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Editorial, Gedisa- Divulgación y Autoayuda. España. 2001.
- Chinchilla Moreno, Alfonso. Anorexia y Bulimia Nerviosa. Editorial Ergón. Madrid. 1994.
- Davison, Evelyn. H. Trabajo social de casos. Editorial continental. México. 1968.
- Duker, Merilyn; Slad Roger Versión en español Claudio Ardisson Pérez. Anorexia nerviosa y bulimia: un tratamiento integrado. Editorial, Limusa. Grupo Noriega Editores. 1992.
- E. Harmes, Robert. Stuart C. Yudofsky. John A. Talbutt DSM-IV Tratado de psiquiatría. Tomo I. Editorial, Masson, EU. Tercera edición 2000.
- Estrada Graciela. El desafío de la anorexia. Editorial, Síntesis. España. 2002.
- García – Campa, Eduardo. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Editorial, Masson. Primera edición. 2001. Barcelona – España. 2002.

- Garduño Valdés, María del Carmen. Teoría del trabajo social de casos. ENTS – UNAM. México. 1968.
- Gómez, Paloma. Anorexia nerviosa. La prevención en la familia. Editorial, Pirámide. Colección Salud Integrada. Madrid España.
- Anorexia y bulimia, dos enfermedades silenciosas que se instalan en su hogar sin permitir la más mínima defensa. Primera Edición, junio 2003. Impreso en México. Editorial Latinoamericana. Buenos Aires – Argentina.
- Halm, K-A. models to conceptualize risk factors for bulimia hervosorevista Arch-Gen-Psychiatry. 1997, Jul. Idioma English.
- Halgin P. Richard. Krauss Suan. Psicología de la Anormalidad: Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos. Editorial, MC Graw Hill, 4ta. Edición,
- Hamilton Gordon. Teoría y práctica del trabajo social de casos. Segunda edición. Editorial, Prensa Médica. México. 1965.
- I. Kaplan, Harold. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta psiquiatría clínica. 8ª Edición. España.
- J. Sadock Benjamín. Trastornos de la conducta alimentaria. Editorial Médica Panamericana 2000. España – Madrid.
- Joseph Toro Enric Vilardell. Anorexia nerviosa. Editorial, Martínez Roca. 1987.
- Kaye, W-H. Anorexia y bulimia. Revista; Anuu- Rev- MED. 2000. Idioma English.
- Palma Escandón Marcela. Trastornos de la conducta alimentaria.
- Plazas de Creixell, Maite. Prevenir la anorexia y bulimia. Los 3: cuadernos de nutrición. Vol. 20 Sep- oct.
- Quintero Velásquez, Angela María. "Trabajo social y procesos familiares". Ed. Lumen Hmanitas, Argentina, 1997, Pág. 99.
- Roma Ferri, María Teresa y Cols. Derecho de las mujeres a su imagen. Los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia). Editorial. Universidad de Alicante. Madrid. 2001.
- Rauseh Herscovici, C. y Bay, L. Anorexia y bulimia. Editorial, paidos. Buenos Aires. 1993.
- Richard P. Halgin. Traducción: Leticia Pineda Ayala. Psicología de la Anormalidad, perspectivas clínicas sobre desordenes Psicológicos. 4ta edición. Ed. Mc Graw Hill.
- Rousch, Herscovici, Cecile. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa a la autonomía. Editorial Paidos. Edición 1990. Argentina.
- Rocha Salvador. Tratamiento integral de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Rubio Villegas Mariana Penélope. Cinco modelos explicativos de la anorexia nerviosa. Una investigación documental.
- Serrato Azat, Gloria. Anorexia y bulimia: trastornos de la conducta alimentaria. Editorial, Libro-Hobby-club. S.A. Madrid. 2000.
- T. Sherman, Roberta y Ron A. Thompson. Bulimia: una guía para familiares y amigos. Editorial, Trillas. México. 1990.
- Tannenhous, Nora. Anorexia y bulimia. Traducción, Hugo Mariqui. Editorial plaza & Janes. Primera edición. España. 1995.

- UNAM. ENEP Campus Aragón. Bulimia y Anorexia: en busca del cuerpo perfecto. Video reportaje, que para obtener el título de Licenciado en Comunicación y Periodismo. Presentan: Sánchez García, José Alejandro y Valadez García, Juana Azucena. Asesor: Rodríguez Bermúdez, Luis Manuel. México 2003.
- Vargas Fermin, Helia Leticia. El hombre la Orientación y la Sociedad. Ed. Ediciones pedagógicas. México, 1995.
- Ware F. Carolina. Estudio de la comunidad. Edición cuarta. Editorial, Hvrmanitas. Argentina. 1963.

Direcciones de Internet.

Bulimia y anorexia: adolescentes en peligro.
<http://www.gordos.Com/defaultsecciones.aspx?ID=67>

Matey Patricia. Anorexia y bulimia: la nueva epidemia de los adolescentes.
<http://www.el-mundo.es/salud/Snumeros/97/S262/S262alimentacin.html>
 Los adolescentes con desordenes de la alimentación.
<http://www.aacap.org/publications/apntsfam.eating.html>

Anorexia y bulimia: adolescentes en peligro.
http://www.universia.net.mx/contenidos/mujeres/mejeres-en-el-medio/anorexia_071904.jsp

Bulimia y anorexia. http://www.e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Asociacion_de_Lucha_contra_Bulimia_y_Anorexia
 a

Guía de apoyo para padres cuya hija o hijo padece anorexia y/o bulimia.
<http://wwwavalon.com.mx/padres.html>

Trastornos de la alimentación. <http://www.adolescentesxlavida.com.ar/&b1.htm>

Salud mental y emocional de las jóvenes: Anorexia y bulimia.
<http://www.cipaj.org/doment62n.htm>

Todo lo que necesitas saber acerca de los trastornos alimenticios.
<http://www.bulimarexia.com.ar/todo.html>

Programa de estudios, segundo semestre. Licenciatura en Educación Secundaria.
http://www.normalista.ilce.edu.mx/normalista/r_n_plan_prog/secundaria/2semes/5bloque2desaadolece.htm

Betaza Patricia. Noticieros Televisa. Anorexia y bulimia, problemas de salud pública. <http://www.esmas.com/noticierostelevisa/noticieros/305/74.html>

La bulimia y la anorexia están de "moda". Fecha de publicación: 2003-11-22.
<http://www.chetumail.com/news.php?newsid=658>

¿Qué es la anorexia nerviosa? <http://www.cem.itesm.mx/prevencion/anorexia.htm>

Gómez Pérez- Mitré, Gilda. Amenazan a jóvenes mexicanos anorexia y bulimia.
http://www.dgi.unam.com/boletin/bdboletin/2003_746.html

Bulimia y anorexia. <http://www.monografias.com/trabajos/buliano/buliano.shtml>

Félix López, Gustavo Alonso y cols. Anorexia nerviosa: una revisión.
http://www.uv.mx/psicysalud/numero_12/Gfelix.html

Santoyo Alicia. Anorexia y bulimia: El radical rechazo de uno mismo.
http://www.fraynelson.com/biblioteca/vida_de_hoy/anorexia_bulimi.htm

http://www.gobcan.es/sanidad/scs/su_salud/jovenes/anorexiaybulimia.html

<http://www.comoves.unam.mx/articulos/anorexia.html>

<http://www.vivesindrogas.com/desordenes/anorexia.shtml>

<http://www.tusalud.com.mx/120214.htm>

<http://www.psicoterapiaonline.net/anorexia.html>

<http://www.psicoterapiaonline.net/bulimia.html>

<http://www.consultasexual.com.mx/Documentos/anorexia.html>

<http://www.cimac.org.mx/noticias/01jun/01061311.html>

http://www.iteso.mx/_cp49243/proyecto.html

http://www.selecciones.com/mx_articulos/mx-se_mueren.html

<http://www.esmas.com/noticierostelevisa/noticieros/305174.html>

<http://www.gda.itesm.mx/pat/bulimia.htm#test>

<http://www.cimac.org.mx/noticias/01enero/01012707.html>

<http://www.soa.psicol.unam.mx/articulo8.html>

<http://www.innszmx/homesp.html>

<http://www.nutrinfo.com.ar/pagina/info/anorexi2.html>

OTRAS FUENTES.

- Entrevista al Dr. Alfredo Zúñiga Massieu. Psiquiatra y Psicoterapeuta, Director Médico de Eating Disorders México, el día 8 de Noviembre del 2004. hora: 11:10 A.M. a 12:10 P.M.
- FOLLETO: 1er. Congreso Hispano Latino Americano de Trastornos de la conducta Alimentaria. 20 – 23 de Octubre del 2004. Ciudad de México. "Actualidades en el manejo ambulatorio", Academy for de Eating Disorders, INN SZ, UIA.
- Materia: Organización y Promoción social, Impartida por la profesora: María Eugenia Bernal Vargas. Fecha: 5 de Noviembre del 2001.
- Materia: Familia y Vida cotidiana, impartida por la Profesora: María Eugenia Bernal Vargas, el día 18 de Junio del 2002.
- Revista Kena, mes de junio, grupo editorial armonía. Número 252. sección medicina. Autora, Gabriela Paredes. Pág. 68.

ANEXOS.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS.

Factores Predisponentes	Factores Precipitantes	Factores Perpetuantes
Socioculturales	Estresores Actitudes	Atracones y Purgas
Familiares	Anormales como el peso y la figura.	Secuelas Fisiológicas y Psicológicas.
Individuales	Dietas extremas y Pérdida de peso.	

FACTORES ETIOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS.

Factores Biológicos

Explicaciones orgánicas y genéticas
Trastornos afectivos.

Factores Familiares

Mensajes contradictorios y expectativas familiares.

Factores Socioculturales

Patrones de belleza
Aversión social por la Obesidad.

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD
Pobre capacidad de autorregulación, baja autoestima.
Distorsiones Cognitivas
Mala aceptación de la sexualidad.

ANOREXIA NERVIOSA

BULIMIA NERVIOSA

INGESTIÓN COMPULSIVA.

TRATAMIENTO DE ANOREXIA NERVIOSA:

Tipo de tratamiento	Elementos clave	Medidas	Indicaciones
Tx. Médico	Recuperación del peso	Peso (ambulatorio: semanalmente; Ingresado: diariamente)	Al menos un 10% por debajo del peso normal para la edad y la talla.
	Rehidratación y corrección de electrolíticos séricos.	Electrólitos séricos	Historias de vómitos, abuso de laxantes, restricción grave de sólidos y líquidos.
Terapia conductual	Refuerzos positivos del aumento de peso. Prevención de respuesta de atracones y uso de purgantes.	Peso (ambulatorio: semanalmente; Ingresado: diariamente) Electrólitos séricos y amilasa sérica.	Bajo peso Debilidad, aumento de las glándulas parótidas, cicatrices en el dorso de las manos, aspecto demacrado, desvanecimientos.
Terapia Cognitiva	Racionalización de creencias, evaluación de pensamientos automáticos, comprobación de hipótesis, prospectivas, exploración de supuestos subyacentes.	Evaluación de cogniciones distorsionadas (pensamiento todo o nada), sentirse gordo, autovaloración centrada únicamente en la imagen corporal, sentido intenso de ineficacia salvo en la pérdida de peso.	Alteración en la manera de experimentar el propio peso y la silueta corporal; Negación de la gravedad de un peso corporal bajo; Implacable persecución de la delgadez para controlar el entorno.
Terapia Familiar	Asesoramiento familiar o esquema de terapia basado en las necesidades de la familia concreta.	Análisis del funcionamiento de la familia, roles e interacciones.	Si el paciente vive con la familia es indispensable algún tipo de asesoramiento o terapia familiar.
Farmacoterapia: Clorpromacina	Forma líquida, empezando a	Hemograma completo, presión	Pacientes hospitalizados con

	dosis bajas, 10 mg tres veces al día, para luego aumentarla gradualmente.	arterial acostado y de pie.	ideas delirantes, graves, hiperactivos.
Ciprohectadina	Forma líquida, comenzar con 4 mg dos veces al día y aumentar hasta 8 mg tres veces al día si es necesario.	Hemograma completo con plaquetas.	Paciente anoréxico muy hiperactivo que no realiza atracones ni purgas.
Fluoxetina	Preferible después de recuperar peso dada su tendencia a inducir activación.	Hemograma completo, observación del sueño total y de la actividad.	Conductas obsesivo – compulsivas graves relacionadas o sin relación con los trastornos de la conducta alimentaria, depresión grave.
Ciomipramina	Es necesario comenzar con dosis muy bajas debido a los efectos secundarios de hipotensión; Preferible utilizarla después de recuperar peso.	Hemograma completo, presión arterial acostado y de pie, electrocardiograma.	Conductas obsesivo – compulsivas graves.
Antidepresivos Tricíclicos	Es necesario comenzar con dosis muy bajas debido a los efectos secundarios de hipotensión; Preferible usarlos después de recuperar peso.	Hemograma completo, presión arterial acostado y de pie, electrocardiograma.	Depresión grave.

TRATAMIENTO DE LA BULIMIA NERVIOSA

Tipo de Tratamiento	Indicaciones	Medidas	Elementos clave
Terapia Cognitivo Conductual Grupo	Adultos ambulatorios jóvenes	Evaluaciones Psiquiátricas y médicas antes de iniciar la terapia	Componente psicoeducativo de todos los aspectos del trastorno bulímico
TCC Individual	Pacientes Ingresados; Ambulatorios adolescentes y adultos con trastornos de carácter graves.	Autorregistro de consultas médicas disponibles a lo largo de todo el tratamiento.	Autocontrol, reestructuración cognitiva.
Terapia Conductual	Normalmente se utiliza junto a la terapia cognitiva	Iguales que las de la TCC.	Exposición Restrictiva a indicios, desarrollar conductas alternativas, prevención de respuestas para dejar de vomitar.
Terapia Interpersonal	Pacientes ambulatorios adultos jóvenes	Evaluaciones psiquiátricas y médicas antes de iniciar la terapia y disponer de consultas durante el tratamiento.	Se centra en las relaciones interpersonales.
FARMACOTERAPIA Antidepresivos: Desipromina Imipramina Nortriptilina Fenelcina Fluoxetina.	Atracones, depresión, no desea iniciar una terapia cognitivo – conductual.	Evaluación inicial: Hemograma completo, amilasemia y electrocardiograma, presión arterial. Repetir después de una semana aproximadamente, tan a menudo como esté clínicamente indicado.	Los antidepresivos afectan la función de las indolaminas, que a su vez modulan la conducta alimentaria.

EL CUESTIONARIO UTILIZADO.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL.

Nombre: _____

Edad: _____ Grupo: _____

- 1.- ¿Te sientes insatisfecha con tu cuerpo?
Si _____ No _____
- 2.- ¿Temes aumentar de peso aunque sea un poco?
Si _____ No _____
- 3.- ¿Sientes que una de tus mayores preocupaciones son la comida, el peso, la talla o tu figura corporal?
Si _____ No _____
- 4.- ¿Con frecuencia ayunas o te brincas comida?
Si _____ No _____
- 5.- ¿Has realizado alguna vez dieta?
Si _____ No _____
- 6.- ¿Utilizas algún medicamento o pastillas para bajar de peso?
Si _____ No _____
- 7.- ¿Consumes grandes cantidades de comida sin subir de peso?
Si _____ No _____
- 8.- ¿Evitas comer en presencia de otros?
Si _____ No _____
- 9.- ¿Te gusta comer por las noches?
Si _____ No _____
- 10.- ¿Cortas en pequeños trozos la comida?
Si _____ No _____
- 11.- ¿Picoteas la comida o juegas con ella al momento de comerla?
Si _____ No _____
- 12.- ¿Cuándo comes ocultas la comida en servilletas?
Si _____ No _____
- 13.- ¿Prefieres comer productos Light o dietéticos?
Si _____ No _____
- 14.- ¿Te has inducido el vómito después de comer?
Si _____ No _____
- 15.- ¿Preparas alimentos para otros y tu no los consumes?
Si _____ No _____
- 16.- ¿Te pesas o mides frecuentemente?
Si _____ No _____
- 17.- ¿Bajas o subes de peso constantemente?
Si _____ No _____

- 18.- ¿Realizas actividad física excesivamente?
Si _____ No _____
- 19.- ¿Te preocupas por la forma en que comen otras personas?
Si _____ No _____
- 20.- ¿Visitas frecuentemente el baño, especialmente después de comer?
Si _____ No _____
- 21.- ¿Crees que quedarte con hambre es la única forma en la que puedes perder peso?
Si _____ No _____
- 22.- ¿Niegas frecuentemente tener hambre?
Si _____ No _____
- 23.- ¿Prefieres estar muerta que gorda?
Si _____ No _____
- 24.- ¿Disfrutas comiendo en restaurantes?
Si _____ No _____
- 25.- ¿Puedes dejar algunas golosinas, por qué sabes que puedes comerlas de nuevo mañana?
Si _____ No _____
- 26.- ¿Te sientes culpable cuándo comes hasta el punto de sentirte demasiado llena e incómoda?
Si _____ No _____
- 27.- ¿Puedes comer cuándo tienes hambre y dejar de comer cuando estas satisfecho?
Si _____ No _____
- 28.- ¿Acostumbas seleccionar tus comidas en base a la cantidad de calorías que tienen?
Si _____ No _____
- 29.- ¿En ocasiones tienen que comer sola, por que te avergüenza de lo mucho que comes?
Si _____ No _____
- 30.- ¿Te afecta emocionalmente el aumentar de peso?
Si _____ No _____
- 31.- ¿Te deprimas constantemente?
Si _____ No _____
- 32.- ¿Constantemente te sientes débil o agotada?
Si _____ No _____
- 33.- ¿Sientes calambres?
Si _____ No _____
- 34.- ¿Sufres de adelgazamiento del cabello o caída del mismo?
Si _____ No _____
- 35.- ¿Haz tenido pérdida o retraso de tu menstruación?
Si _____ No _____
- 36.- ¿Sientes frío a pesar de hacer calor?
Si _____ No _____
- 37.- ¿Haz utilizado laxantes?
Si _____ No _____

- 38.- ¿Actualmente sigues utilizando laxantes?
 Si _____ No _____
- 39.- ¿Eres retraída o te aíslas de los demás?
 Si _____ No _____
- 40.- ¿Te alejas de tus compañeros, amigos o familiares para no comer con ellos?
 Si _____ No _____
- 41.- ¿Tus temas de conversación se basan en la comida?
 Si _____ No _____
- 42.- ¿Hablas constantemente del peso, cuerpo, figura o estar delgada?
 Si _____ No _____
- 43.- ¿Consideras que el estar delgada te da éxito y belleza?
 Si _____ No _____
- 44.- ¿En tu hogar existe algún tipo de violencia?
 Si _____ No _____
- 45.- ¿Alguien en tu familia consume alcohol o alguna droga?
 Si _____ No _____
- 46.- ¿Algún miembro de tu familia sufre de sobrepeso?
 Si _____ No _____
- 47.- ¿Tu familia te acepta como eres?
 Si _____ No _____
- 48.- ¿Para llamar la atención de tu familia dejas de comer o comes demasiado?
 Si _____ No _____
- 49.- ¿Para tu familia el físico es importante?
 Si _____ No _____
- 50.- ¿Tú te aceptas tal como eres?
 Si _____ No _____
- 51.- ¿Sientes que la comida controla tu vida?
 Si _____ No _____
- 52.- ¿Te niegas a mantener un peso acorde a tu estatura y edad?
 Si _____ No _____
- 53.- ¿Sientes que tu identidad y valores están basados en como te vez o cuanto pesas?
 Si _____ No _____
- 54.- ¿Tú que entiendes por Anorexia?

55.- ¿Para ti qué es Bulimia?

56.- ¿Conoces cuales son las consecuencias que producen la Anorexia y la Bulimia? Si _____ No _____

57.- Si contestaste que si enuncia cuales conoces.

58.- ¿Crees que los medios de comunicación influyen para padecer anorexia o bulimia?

Si _____ No _____

59.- ¿Qué es lo que no te gusta de ti?

60.- ¿Te gustaría saber más sobre los trastornos alimenticios (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa)?

Si _____ No _____

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

GUIÓN DE EXPOSICIÓN UTILIZADO EN EL CETIS No.53.

La siguiente información es la que utilizamos para la exposición brindada en el Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicio No. 53.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.

Los trastornos de la alimentación se definen como alteraciones en la alimentación que producen complicaciones médicas severas y que desorganizan la vida de la persona. Además estos trastornos de la alimentación son crónicos, progresivos y mortales, pueden pasar varios años antes de ser detectados por las personas que rodean al paciente.

Las características de los trastornos de la alimentación son:

- ❖ Baja autoestima.
- ❖ Conceden una importancia excesiva al aspecto corporal.
- ❖ Pretenden siempre agradar a los demás.
- ❖ Sienten un temor exagerado a engordar.

Los trastornos de la alimentación se clasifican en:

1. **LA PICA:** La cual se define como la ingesta persistente de sustancias que no son alimento, como es gis, tierra, trozos de cal, ladrillo, entre otras.
2. **INGESTA COMPULSIVA:** Es el consumo de alimentos sin control.
3. **TRASTORNO POR ATRACÓN:** Se caracteriza por la ingesta de una enorme cantidad de alimentos ricos en hidratos de carbono, en muy poco tiempo y con la sensación de no poder controlar qué, ni cuánto se come.
4. **TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN NO ESPECÍFICOS:** Son los trastornos en los cuales alguien puede tener una relación alterada con la

comida, pero no tienen o reúnen los criterios con los que se diagnostica a una persona con anorexia o bulimia.

5. ANOREXIA NERVIOSA.

6. BULIMIA NERVIOSA.

ANOREXIA NERVIOSA: Significa "pérdida del apetito". Este es un trastorno de la alimentación en el que dejan de comer porque algo en su interior las empuja a querer adelgazar más y más independientemente de cual sea su peso real. La anorexia nerviosa se caracteriza por el miedo intenso a ganar peso y por tener una imagen distorsionada del propio cuerpo.

Para lograr perder peso utilizan varios métodos el principal es la dieta, aunque también utilizan:

- ❖ Ingerir mínimas cantidades de calorías.
- ❖ Toman pastillas para adelgazar.
- ❖ Masticación prolongada.
- ❖ Uso de laxantes.
- ❖ Vómitos.
- ❖ Ejercicio físico excesivo.
- ❖ Esconder la comida.
- ❖ Se purgan.
- ❖ Tiran los alimentos al sanitario.

Para diagnosticar a una persona con anorexia nerviosa debe reunir los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV), los cuales son:

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando su edad y talla.
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso (a).
3. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal.
4. Presencia de amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales seguidos)

La anorexia nerviosa se divide en dos tipos que son:

- ❖ **EL TIPO RESTRICTIVO:** En el cual se utiliza el ayuno y se disminuye la ingestión de alimentos.
- ❖ **EL TIPO COMPULSIVO – PURGATIVO:** Donde existe el ayuno y períodos de ingesta compulsiva acompañados de vómitos, purgas y enemas.

Algunas de las características que tomamos en cuenta para detectar a alguna persona con anorexia nerviosa son:

- Hiperactividad.
- Caída de cabello.

- Se pesan varias veces al día.
- Amenorrea.
- Coloración azulada de manos y pies.
- Debilidad y mareos.
- Piel seca, escamada y amarillenta.
- Estreñimiento.
- Uso de laxantes.
- Vómitos inducidos o espontáneos.
- Baja autoestima.
- Son rígidas.
- Sentimientos de culpa o desprecio por haber comido.
- Son tímidas.
- Perfeccionista.
- Se deprimen.
- Cuentan las calorías.
- Se brincan comidas.
- Realizan dietas severas.
- Esconden alimentos ricos en hidratos.
- Se aíslan.
- Usan ropa holgada y negra.
- No usan traje de baño.
- Se perciben gordas.
- Se miran con frecuencia al espejo.
- Tienen un desarrollo sexual retrasado.
- No comen en lugares públicos.

BULIMIA NERVIOSA: Significa "tener el apetito de un buey". Este trastorno es un desorden alimenticio causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico, se caracteriza por presentar episodios repetidos de ingesta excesiva, seguidos de vómitos, uso de laxantes, dietas exageradas y abuso de ejercicio para controlar su peso.

Los atracones se dan cuando los padres no están en casa, los fines de semana y a escondidas, además suelen ser nocturnos y solitarios, los atracones se caracterizan por ser bruscos, descontrolados o preparados con tiempo.

Las bulímicas utilizan distintos métodos para controlar su peso, tales como:

- ❖ La purga.
- ❖ El vómito.
- ❖ Laxantes y diuréticos.
- ❖ Dieta restrictiva.
- ❖ Ejercicio físico excesivo.

- ❖ Mericismo: consiste en arrojar repetidamente la comida del estomago a la boca, de donde es expulsada o masticada indefinidamente.

Los criterios para diagnosticar bulimia nerviosa son:

1. Episodios recurrentes de atracones, en un período discreto de tiempo (dentro de dos horas), sensación de falta de control para parar de comer.
2. Recurrir a conductas inapropiadas para evitar ganar peso (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, ayuno, ejercicio excesivo, enemas).
3. Los atracones y las conductas inapropiadas ocurran en un promedio de por lo menos dos veces por semana durante tres meses.
4. Influencia excesiva de la imagen corporal y el peso en la autovaloración.
5. No ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia.

La bulimia nerviosa se divide en dos tipos que son:

- ❖ **EL TIPO PURGATIVO:** Donde se recurre al vómito, el uso de laxantes, diuréticos y enemas.
- ❖ **EL TIPO NO PURGATIVO:** En este la persona emplea el ayuno y el ejercicio intenso para controlar su peso.

Algunas de las características que distinguen la bulimia nerviosa son:

- Tendencia al sobrepeso.
- Actividad física excesiva.
- Problemas dentales.
- Ojos irritados.
- Estreñimiento.
- Cara hinchada.
- Voz ronca.
- Menstruaciones irregulares.
- Visitas al baño después de comer.
- Baja autoestima.
- Son menos tolerantes a la frustración.
- Preocupación excesiva por su peso y silueta.
- Terror a engordar.
- Cambios en el carácter.
- Son depresivos.
- Son retraídos socialmente.
- Son inmaduros.
- Consumen goma de mascar sin azúcar.
- Almacenan alimentos en su casa.
- Esconden comida para después ingerirla.

- Comen rápido.
- Tienen a la promiscuidad.
- Prefieren comer a solas y en casa.
- Roban alimentos hipercalóricos.

FACTORES DE RIESGO:

- **BIOLÓGICO:** Las personas que más padecen anorexia o bulimia nerviosa son las MUJERES.
- **EDAD:** Varias investigaciones arrojan que la edad de riesgo para padecer algún trastorno alimenticio va de los 12 a los 15 años.
- **PUBERTAD Y ADOLESCENCIA:** Son etapas que marcan el paso de la infancia a la edad adulta, provocando profundas transformaciones corporales y psicológicas que pueden generar desequilibrios y dificultades para manejar y aceptar dichos cambios, más aun si no cuentan con el apoyo, comprensión y orientación de quienes les rodean.
- **PSICOLÓGICO:** Una baja autoestima, depresión continua, inseguridad, falta de madurez, ser perfeccionista, altas exigencias y preocupación por la opinión de los demás.
- **FAMILIAR:** Son familias con escasa comunicación, sobreprotectoras, rígidas, minimizan los conflictos, exigen altos grados de perfección y éxito, además de la existencia de Violencia Familiar.
- **SOCIAL:** Es innegable que la sociedad contribuye en la generación y propagación de mensajes que nos inducen a pertenecer y formar parte de un modelo y rol de comportamiento socialmente
- **MEDIOS DE COMUNICACIÓN:** Los que además de divertirnos, informarnos y educarnos, también son creadores y portadores de los estereotipos estéticos y corporales a los que todos queremos acceder, aumentando así los riesgos de padecer algún Trastorno Alimenticio.
- **PUBLICIDAD:** La cual esta encargada de propagar por medio de mensajes e imágenes los estilos corporales, modelos identificables y prototipos ideales de belleza que serán aceptados por la sociedad sin analizar las consecuencias que esto genera.
- **MODA:** La que ha generado toda una industria de la delgadez al no elaborar tallas arriba de la 9 para las mujeres, además de crear y distribuir

productos para bajar de peso, induciéndonos a obtener una figura delgada a cualquier precio, para así formar parte del estándar de belleza vigente.

- **OTROS FACTORES:** Donde encontramos los divorcios, muertes de familiares directos, cambios de vivienda o escuela y las burlas por la apariencia física.

CONSECUENCIAS DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS.

Las complicaciones de los trastornos alimenticios son muy numerosas y afectan prácticamente a todos los sistemas del cuerpo, ya que la anorexia y la bulimia contraen consecuencias médicas, psicológicas y sociales.

DENTRO DE LAS COMPLICACIONES MÉDICAS ENCONTRAMOS:

- Presión sanguínea baja o alta.
- Problemas cardiovasculares.
- Problemas neurológicos.
- Anemia.
- Problemas del riñón.
- Osteoporosis.
- Estreñimiento.
- Amenorrea.
- Agrandamiento de glándulas salivales.
- Inflamaciones en el cuello.
- Desnutrición.
- Deshidratación.
- Descalcificación en dientes.
- Manos y pies fríos y de color violáceo.
- Aparición de vello.
- Efisema pulmonar.
- Gastritis.
- Bronquitis.
- Neumonía.
- Piel reseca.
- Dolores de cabeza.
- Pérdida de cabello.
- Infertilidad.

EN LAS PSICOLÓGICAS ENCONTRAMOS:

- ❖ Baja autoestima.
- ❖ Depresión.
- ❖ Comportamientos impulsivos y agresivos.

- ❖ Irritabilidad, ira.
- ❖ Ansiedad.
- ❖ Problemas de concentración.
- ❖ Hablar y pensar constantemente en comida.
- ❖ Insomnio.
- ❖ Miedo exagerado a engordar.
- ❖ Inseguridad sobre sus capacidades.
- ❖ Sentimientos de culpa y autodesprecio.
- ❖ Son perfeccionistas.
- ❖ Tienen pensamientos suicidas.
- ❖ Inmadurez emocional.
- ❖ Explosiones de cólera.

LAS COMPLICACIONES SOCIALES SON:

- Aislamiento social para poder practicar sus conductas de purga.
- Dejan de realizar actividades en compañía de otras personas.
- Distanciamiento familiar, por no saber enfrentar la enfermedad y superar el problema.
- Poca comunicación.
- Encubrimiento de problemas.
- En el ámbito escolar hay competitividad.
- Problemas económicos y en su trabajo, por la compra de alimentos y por su sobrepeso.
- Críticas y discriminación por su sobrepeso.

Podemos decir que las consecuencias que generan la anorexia y la bulimia llegan a ser irreversibles y en muchos casos mortales, pues llevan al paciente a la muerte, por lo que es necesario que acudan con varios especialistas para su pronta detección y recuperación.

ESTADÍSTICAS.

Otro aspecto importante de éste tema es saber si hay estadísticas de la anorexia y la bulimia nerviosa en México.

Y la respuesta es que desgraciadamente en México no hay estadísticas ni cifras reales sobre ambos trastornos, sin embargo cada día se conocen más casos que demuestran la gravedad del problema en nuestro país; A tal punto que hoy los Trastornos Alimenticios en la Ciudad de México son ya un problema de salud pues se habla de un 0.9% de hombres y el 2.8% de mujeres que padecen de algún Trastorno Alimenticio en el Distrito Federal, pero las cifras aumentan cuando

hablamos de la presencia de las conductas de riesgo como las dietas, ayunos y uso de laxantes.

Cabe resaltar que estas cifras son Urbanas por que hasta ahora la anorexia y la bulimia nerviosa sólo se presentan en las grandes ciudades y no en el ámbito rural, debido a que en estos lugares no hay tanta presión social para formar parte de un ideal de belleza como sucede en las grandes ciudades.

TASA DE MORTALIDAD: En cuanto a ésta sabemos que en México 2 de cada 4 anoréxicas mueren por las complicaciones que el trastorno le genera y en el caso de la bulimia la mortalidad es **menor**, pero las complicaciones aumentan un **15%**; De ahí que según el **INEGI** contempla que el **10.7%** de las muertes en México se deben a problemas de **NUTRICIÓN**, tomando en cuenta los casos de anorexia y bulimia.

INSTITUCIONES QUE ATIENDEN LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS.

Otro punto importante es que las Instituciones médicas y de apoyo terapéutico (públicas y privadas) están concentradas en el Distrito Federal, por lo que los casos de anorexia y bulimia que se presentan en los Estados de la República deberán ser canalizados al Distrito Federal.

Las Instituciones que destacan en el Tratamiento de los Trastornos Alimenticios son:

- ✓ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".
- ✓ Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".
- ✓ Unidad de Psicología de la UNAM.
- ✓ Eating Disorders México.
- ✓ Gens México.

PREVENCIÓN:

Debemos de tener en cuenta que los Trastornos Alimenticios no son un asunto pasajero o un capricho, sino que éstas son enfermedades que provocan la muerte del enfermo, afecta a los que les rodean y van en aumento, por que no existe un tratamiento milagroso que acabe con ellas de raíz y lo único que nos queda es **PREVENIR**.

La **PREVENCIÓN** es cualquier intento sistematizado por cambiar las circunstancias que promuevan, inicien o sostengan algún Trastorno Alimenticio.

TIPOS DE PREVENCIÓN:

PRIMARIA: Cuyo objetivo es prevenir la aparición de nuevos casos.

SECUENDARÍA: Sirve para diagnosticar y controlar en su fase inicial los casos de anorexia o bulimia.

TERCIARIA: Cuya finalidad es lograr que haya más Unidades Médicas y Hospitales con el personal adecuado.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA PREVENCIÓN:

- Tener cuidado y pensar que los Trastornos Alimenticios son algo simple.
- No pensar que estos son sólo asunto de mujeres.
- Exigir la creación de programas efectivos de prevención encaminados a..
 - a) Alertarnos e informarnos a cerca de los signos y síntomas de los Trastornos Alimenticios.
 - b) Cuestionar los roles femeninos y masculinos de nuestra sociedad. Y
 - c) Propiciar discusiones en torno a la obsesión por la delgadez.
- Obtener por medio de la enseñanza y educación una buena autoestima y auto respeto.
- Brindarnos la oportunidad de expresarnos de forma abierta sin pena o temor.

TRATAMIENTOS.

El tratamiento de los trastornos alimentarios necesitan de un equipo multidisciplinario integrado por: médico, psiquiatra, psicólogo, endocrinólogo, odontólogo, Nutriólogo, entrenador físico, terapeuta de grupo y de familia así como la familia del paciente.

El tratamiento comienza con una evaluación del paciente en el ámbito físico y mental para así determinar el tipo de trastorno alimenticio que tiene, cuán avanzado está y cómo está el organismo de la paciente.

El tratamiento tiene básicamente tres objetivos que son:

1. Ayudar al paciente a aumentar o reducir su peso, para que este dentro del rango de lo normal, dependiendo de su talla y estatura.
2. Ayudar a restablecer un comportamiento alimentario normal, evitando conductas inapropiadas.
3. Explicar los síntomas físicos al paciente y a su familia de tal forma que sean comprendidos.

LAS DIFERENTES OPCIONES DE TRATAMIENTO SON:

1. El tratamiento médico que se divide en:

- Hospitalización: que tiene como fin estabilizar a la persona físicamente para evitar complicaciones serias o la muerte. Aunque el hospital debería ser el último recurso del tratamiento, ya que genera una separación familiar, escolar y social, pues deben quedarse internados.
- Hospital de día: tiene como objetivo que la persona afectada retome hábitos alimentarios normales, previniendo la aparición de atracones. Este tratamiento se adopta en los casos menos graves.
- Tratamiento nutricional: su objetivo es ayudar al paciente a asumir que puede comer todo lo que quiera con moderación y para lograrlo debe estar libre del temor a que todo lo que coma le hará engordar, por lo que es necesario normalizar el patrón alimentario y normalizar el peso.
- Tratamiento endocrinológico: tiene como objetivo lograr una vigilancia médica del paciente con otros especialistas, suministrando suplementos de potasio, calcio, magnesio y vitaminas, además de detectar complicaciones serias.

El tratamiento médico debe de comenzar paralelamente a la terapia psicológica y psiquiátrica para que la persona comience a aceptar comer de forma apropiada.

2. Tratamiento psicológico:

- **Psicoterapia:** la debe realizar un psicólogo y un psiquiatra especializado en trastornos de la alimentación, el psiquiatra se encargará de recetar los medicamentos, tales como tranquilizantes o antidepresivos y el psicólogo se centrará en la realización de terapias desde el punto de vista conductual.
- **Terapia tradicional:** ayuda al paciente a reflexionar acerca de su infancia, sueños y sentimientos no expresados.
- **Terapia cognitiva conductual:** en esta el paciente trabajará en sus motivaciones interiores y en las manifestaciones exteriores simultáneamente.
- **Terapia individual:** el terapeuta trabaja solo con el paciente, buscando comprender las causas psicológicas más internas, para tratar de contrarrestarlas, diseñando un tratamiento especial para satisfacer sus necesidades.
- **Terapia de grupo:** en el cual se busca que las enfermas estén con personas afines y en un contexto de confianza y apertura, donde se compartan vivencias, emociones y aprender nuevos mecanismos de adaptación para las situaciones difíciles.
- **Terapia familiar:** su objetivo será averiguar como ha sido su historia familiar, su estructura y funcionamiento, para determinar si hay conductas que contribuyan a desarrollar o mantener los trastornos alimenticios.
- **Psicoeducación:** para darles a conocer información de los trastornos alimenticios.
- **Grupos de autoayuda:** integrados por personas que padecen un trastorno alimenticio, que intercambian historias personales.
- **Comilones anónimos:** siguen los doce pasos que llevan los alcohólicos, estos son gratuitos y el único recurso de ingreso en el deseo de dejar de comer de manera compulsiva.

3. Tratamiento farmacológico: el empleo de fármacos en el tratamiento de los trastornos alimenticios, ha tenido pocos beneficios por lo que se ha reducido su uso. Sin embargo lo que se intenta con éste es aumentar el peso, corregir la acción de los neurotransmisores involucrados en el desorden. Los fármacos más empleados son los antidepresivos, los cuales reducen los atracones de comida y las purgas actuando sobre el sistema que regula el hambre y el equilibrio del peso.

4. Tratamiento físico: es imposible hablar de salud sin un cuerpo sano, por lo que el deporte y el ejercicio son parte de una vida sana, pero este debe realizarse solo tres veces a la semana por 45 minutos, para obtener un bienestar físico y mental, mejorar su estado de ánimo, mayor concentración, les permite dormir mejor, además de que las libra del estrés, ansiedad y depresión.

TÉCNICA O DINÁMICA.

Nombre: La pesca de Clichés, frases y mensajes hechos.

DESARROLLO:

- ❖ Formar equipos de máximo ocho personas.
- ❖ Cada equipo deberá escoger una tarjeta con la frase que van analizar, tomando en cuenta las siguientes preguntas.
 - 1) ¿Cómo y por qué aceptamos los mensajes que nos impone la sociedad y los medios de comunicación?
 - 2) ¿Cómo y por qué repetimos las frases sin analizar su veracidad?
 - 3) ¿Cómo y por qué la sociedad y los medios de comunicación nos inducen a pensar y actuar de determinada manera?
- ❖ Cada equipo comunicará de forma breve al resto del grupo las conclusiones a las que llegaron con su análisis.

LA DIETA DEL ADOLESCENTE DEBE SER:

- ❖ **Equilibrada:** Que incluya carbohidratos, proteínas, lípidos, minerales y vitaminas en proporciones adecuadas.
- ❖ **Variada:** Que incluya cereales, tubérculos, leguminosas y alimentos de origen animal, frutas y verduras.
- ❖ **Suficiente:** Que proporcione nutrimentos y energía necesarias para crecer y desarrollarse de una manera adecuada.
- ❖ **Adecuada:** Con respecto a la edad. Sexo. Complejión, estatura y en general al estado de salud.

Las necesidades nutritivas durante la adolescencia deben ser consideradas desde dos puntos de vista:

- a) **Cuantitativo** que significa cuánto comer; Es decir, los alimentos son necesarios para mantener energía calórica, por lo que los alimentos que consumen los adolescentes deben proporcionarles la cantidad adecuada de calorías para su cuerpo. Por ejemplo, un adolescente de 15 años, requiere un promedio de 2,500 a 3,000 calorías diarias, según su sexo, estatura, peso y la actividad que realiza.
- b) **Cualitativo** que quiere decir que comer, tomando en cuenta que algunos nutrientes sirven para la construcción y reparación de los tejidos, por lo que deben consumirse en esta época alimentos ricos en proteínas y que contengan vitamina, sales minerales y agua para reponer aquella que se pierde por transpiración o excreción.