



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

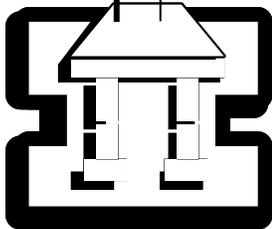
**“ANOREXIA Y BULIMIA:
EL CAMINO A LA BELLEZA O A LA MUERTE”**

TESIS EMPÍRICA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
CARINA AHIDE CABALLERO ALVARADO**

**DIRECTOR DE TESIS:
DOCTOR. SERGIO LÓPEZ RAMOS**

**DICTAMINADORES:
LIC. ARCELÍA SOLÍS FLORES
DRA. OLIVA LÓPEZ SÁNCHEZ**



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2006



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.

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada le quiero dar gracias a Dios de haberme puesto en este camino , haberme guiado y apoyado en todos los momentos buenos y malos que me han tocado vivir, muchas gracias Diosito por haberme dado la vida y por haberme llevado por el buen camino y aunque a veces me encontré con piedras en el camino y me sentí sola yo sabía que estabas ahí a mi lado, gracias Dios por haberme encaminado a escoger esta carrera que me ayudo a poder formarme profesionalmente y que me ayudo a madurar y a comprender algunas cosas de este maravilloso arte de vivir.

También le doy las gracias por ayudarme a poder entrar a la máxima casa de estudios que tiene este país, y aunque sufrí mucho para poder lograr mi entrada a la Universidad Nacional Autónoma de México, valió la pena el esfuerzo y las lagrimas que derrame cuando vi truncado mi sueño de no tener un espacio para poder estudiar esta carrera tan satisfactoria, gracias a la Carrera de Psicología, gracias UNAM, gracias FES Iztacala por darme la oportunidad de ser de sangre azul y piel dorada.

*Le doy gracias a dios y la vida por haberme dado los papas más maravillosos del mundo; **Angelina y Francisco.***

A mi mamita linda que me ha apoyado en todo, que me dio la vida, que me sabido guiar en el camino y que me ha enseñado a que todavía hay gente buena y que uno debe ser de ese tipo, que me ha enseñado a ir por el camino del bien que jala las orejas cuando ve que no lucho por ser más y por quedarme estancada, que me aconseja para poder ser una buena persona, gracias mami por todo lo que has sufrido por mí y por todo lo que has hecho por tu hija.

A mi papa que lo adoró, que es la luz de mi vida, gracias papí por consentirme, apacaharme y quererme tanto, por enseñarme a amar las cosas más simples de la vida, por enseñarme a no olvidar que todavía tenemos un niño dentro que nos hace olvidar los malos ratos de la vida, por enseñarme a ser un puma, por haberme apoyado y aconsejado cuando más lo necesite, por no dejarme sola y por pensar siempre en mí, Gracias papí.

*Al hombre más maravilloso del mundo que me vino mi vida sin que lo esperará y de sorpresa, al hombre que me enseñó lo importante que es aceptarme tal y como soy y que así me acepta, con mis defectos y mis virtudes, al hombre que me ama sin ninguna condición, al que enseñó que el amor es puro y sincero y que todavía existe, al hombre que me apoyó, me apoya y me sigue apoyando, el hombre que es el motor de mi vida y que ha estado conmigo en este maravilloso arte de vivir. **Gracias Gus** por estar a mi lado y por amarme tanto, por comprenderme, entenderme y tenerme paciencia en todo. **TE AMO GUS!***

A mi amiga Yazmín Rojas Guerrero y a toda su familia, por haberme aceptado como un miembro más de ellos y aunque no se que pase con nuestra amistad, Gracias Pulga por haberme permitido conocerte y formar parte de tus aventuras locas.

A Luis Servín Correa, por enseñarme que la amistad sincera entre hombres y mujeres existe, por haberme ayudado y apoyado cuando algo en la computadora no sabía hacer, Gracias Luis por ser mi amigo.

A mis amigas tan maravillosas que encontré en esta carrera, Bety Torres, Marle Rosario Ramírez y Karina Vargas, y que aunque no las veo tan seguido como quisiera, amistad durara toda la vida. Chavas las quiero mucho, gracias por dejarme ser su por apoyarme y quererme, gracias por enseñarme que la amistad es dar y recibir respeto, aprecio y comprensión.

A las chavas del seminario de titulación, A Erandení Molina., Mariana Castro, Areli, Lesli, Rosy, Rosa, Liliana, gracias por dejarme conocer un poco más de ustedes.

A todos los chavos del grupo 1111 de la generación 2001-2004, Paty, Marisol, Oscar, Carlos, Charlie, Anita, Álvaro, Paola, y a todos los que formamos parte de este grupo, gracias a todos ustedes, porque son una parte muy importante en mi vida.

Gracias a todas las misses del Anglo España Izcallí, Miss Pily, Miss Paty (Directora), Miss Ivonne, Miss Paty, y por supuesto a la Miss que me ayudó a conocer este mundo maravilloso de los niños, gracias Marlen por haber depositado tu confianza en mí, Gracias a todas ustedes por ayudarme y por tenerme la paciencia, por haberme aceptado y enseñado a que el mundo de los niños de kinder es muy hermoso y muy satisfactorio, y por supuesto a mis niños maravillosos de 2° "B.

Gracias a las señoras de los Aeróbics, del grupo de la maestra Rafaela, por haberme adoptado y por considerarme como su hija.

Gracias al Doctor Sergio López Ramos, por guiarme en este proceso de mi formación y ayudarme a entender y a escuchar cuando mi cuerpo me esta llamando y necesitando, por enseñarme a encontrarle otro sentido a la vida y otra forma de entender las cosas.

A las Profesoras Arcelía Solís y Oliva López, les agradezco por haberme tenido la paciencia, por darme su apoyo para poder realizar mi trabajo y por enseñarme a buscar a expresar las cosas.

Gracias a la Profesora Guadalupe Reyes Luna, porque me enseñó plasmar mis ideas en el papel, y gracias a todos mis profesores, Isabel Moratilla, Yazmín Arriga, Juan Antonio Vargas, Georgina Álvarez, y a todos aquellos profesores que estuvieron en mi formación, gracias porque aprendí lo difícil que es enseñar.

No puedo dejar de lado a todas aquellas personas que participaron en esta investigación, gracias por dejarme conocer un poco más sobre ustedes y dejarme plasmar sus sentimientos en el papel

Y Gracias a todos aquellos que no menciono pero que forman parte de mi vida y que están en mi corazón.

Con Cariño y Respeto Carina Caballero

INDICE

| | PAGINA |
|---|---------------|
| Resumen | 6 |
| Introducción | 7 |
| Capitulo I | |
| La Anorexia y la Bulimia: vistas desde la manera tradicional | 14 |
| 1.1 Trastornos Alimenticios | 14 |
| 1.2 Anorexia | 21 |
| 1.2.1 ¿Qué es la Anorexia? | 23 |
| 1.2.2 Cuadro Clínico de la Anorexia | 28 |
| 1.2.3 Criterios para poder diagnosticar a la Anorexia | 30 |
| 1.2.4 Tratamientos y Resultados en la Anorexia | 34 |
| 1.3 Bulimia | 44 |
| 1.3.1 ¿Qué es la Bulimia? | 48 |
| 1.3.2 Cuadro Clínico de la Bulimia | 55 |
| 1.3.3 Criterios para poder diagnosticar a la Bulimia | 56 |
| 1.3.4 Tratamientos y Resultados en la Bulimia | 62 |
| Capitulo II | |
| La Anorexia y la Bulimia: otra manera de entenderlas | 73 |
| 2.1 El cuerpo y la alimentación vistas desde una postura social | 73 |
| 2.1.2 El cuerpo | 73 |
| 2.1.2 La alimentación | 76 |
| 2.2 El Cuerpo y la Alimentación vistas desde lo corporal y lo psicosomático | 78 |
| 2.2.1 El cuerpo | 78 |
| 2.2.2 La alimentación | 80 |
| 2.3 La Anorexia y la Bulimia vistas desde lo corporal y lo psicosomático | 82 |
| 2.4 La teoría de los cinco elementos | 86 |
| 2.5 La teoría de los cinco elementos y lo psicomático en los trastornos de la alimentación | 92 |

| | |
|---|-----|
| Capitulo III | |
| ¿La familia tiene influencia en la Anorexia y/o Bulimia? | 105 |
| 3.1 La Familia | 105 |
| 3.2 Metodología | 112 |
| 3.3 Resultados | 115 |
| 3.4 Interpretación de los datos | 172 |
| | |
| Capitulo IV | |
| Conclusiones Finales | 198 |
| | |
| Anexos | 210 |
| | |
| Referencias | 218 |

RESUMEN

Los trastornos de la alimentación se conocen como un problema y/o alteración de psicológico, que manifiestan anormalidades en los hábitos de alimentación, y a la Anorexia y a la Bulimia se le define como trastornos de la alimentación, ya que el primero se define como el rechazo a los alimentos y al segundo se entiende como episodios incontrolables de ingesta de alimentos que se acompaña del uso de purgantes (laxantes, diuréticos y/o vómitos) y por medio de estos métodos obtener una figura esbelta y delgada.

En este trabajo se buscó analizar el porque del desarrollo de estos trastornos de la alimentación bajo los lineamientos de la medicina tradicional y los parámetros de la psicología, pero al quedarse estos conocimientos en la superficie y no ir más allá, se pretendió analizar por medio de otra perspectiva, basada en lo corporal y lo psicosomático y en la teoría de los cinco elementos de la acupuntura china para llegar al fondo del porque estos trastornos aparecen en la vida de algunos seres humanos, ya que aquí se toma en cuenta los sentimientos y emociones. Para esta investigación fue necesario realizar una serie de entrevistas a aquellas personas que padecieran uno o ambos trastornos, con el propósito de encontrar si la familia, los sentimientos y emociones influyen en el desarrollo de estos trastornos, encontrando que la familia si es un factor que influye en el desarrollo de estos trastornos además se encontró que las emociones influyen en el desarrollo de la Anorexia y la Bulimia desencadenando otras emociones que traen consigo un desequilibrio interno entre los órganos y las emociones, afirmando que este tipo de desequilibrio se le conoce como interdominancia, en la Teoría de los cinco elementos.

Es así como este trabajo intenta ir más allá de lo que la medicina tradicional y la psicología mencionan sobre estos trastornos, tomando en cuenta los sentimientos y las emociones que presenta un ser humano que sufre de Anorexia y la Bulimia, y analizar su nacimiento por medio de la teoría de los cinco elementos, así como también cual es el ambiente familiar en el que se desenvuelve este individuo y la influencia que tiene la misma en los trastornos de la alimentación.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se plasmó una visión diferente de entender los trastornos de alimentación, Anorexia y la Bulimia. Esta investigación se divide en cuatro capítulos, el primero se menciona básicamente lo referente a los trastornos alimenticios vistos desde la medicina tradicional, haciendo énfasis a lo que es un trastorno alimenticio, el cuál se define como un problema y/o alteración de índole psicológico, presentando anormalidades en los hábitos de alimentación; miedo a subir de peso, a la preocupación por mantener una figura esbelta y delgada y a emociones que no se pueden controlar con respecto a los alimentos. Así como también se habla de que estos trastornos se originan en el hipotálamo, ya que es ahí; donde radican los centros del hambre y la saciedad, es a través de la corteza cerebral donde se encuentran los mecanismos relacionados con la alimentación, entonces se habla de dos conceptos fundamentales, *el hambre* y *el apetito*, que están presentes en estos trastornos, pues el *hambre* se define como un estado somático provocado por la falta de alimento, mientras que el *apetito*, se define como el deseo y/o rechazo hacia los alimentos, entonces se entiende que los trastornos de la alimentación que se analizaron aquí, se relacionan con el apetito, ya que a la Anorexia se le define como el rechazo a los alimentos y la Bulimia se entiende como episodios incontrolables de ingesta de alimentos que se acompaña del uso de purgantes (laxantes, diuréticos y/o vómitos).

Dentro de este capítulo se hace mención de aquellos seres humanos que sufren un trastorno alimentario presentan una serie de características que aunque evidentes, pueden variar de unas a otras; se mencionan aspectos cognitivos inadecuados y persistentes en cuanto a la comida, al peso y al aspecto corporal. Además de que se menciona de que un trastorno de la alimentación se presentan distorsiones en cuanto a la manera de actuar hacia los alimentos, al peso y al aspecto físico.

Además de la Anorexia y la Bulimia se encuentran otros trastornos de la alimentación, que se mencionan a detalle dentro de este primer capítulo, tales como:

- ✓ **Vigorexia**
- ✓ **Síndrome del gourmet**
- ✓ **Trastorno nocturno**
- ✓ **Pica:** (de pica, "urraca", en latín)
- ✓ **Síndrome de Prader-Willy:**
- ✓ **Comedoras compulsivas**

También se hace referencia a que estos trastornos pueden definirse como nerviosos¹, haciendo así modificaciones al concepto de trastornos de la alimentación, por ejemplo, si a la **Anorexia**, se define como la *ausencia de hambre*, a la **Anorexia Nerviosa**, se define como un estado somático producido por la falta de apetito acompañado de un *intenso temor a engordar o a subir de peso*, por lo que las lleva a dejar de comer, mientras que la **Bulimia** se le conoce como *el exceso de comida acompañado por el uso de purgantes y/o vómitos inducidos*, pero cuando se le menciona como **Bulimia Nerviosa** se caracteriza por episodios críticos donde se ingieren cantidades grandes de alimentos experimentando sensaciones de pérdida de control sobre la ingesta de comida.

Así como se hace mención dentro de este primer capítulo la manera en que se puede diagnosticar que una persona sufre de un trastorno de la alimentación, el DSM-IV, es el más completo para llevar a cabo este punto, ya que aquí se hace referencia a los trastornos de tipo nervioso, además de que también hace referencia a una división de cada trastorno, el cual tuvo gran utilidad para el análisis de este trabajo. Además de que se menciona que para tratar estos trastornos se requiere de un equipo multidisciplinario y los tratamientos diseñados se enfocan a puntos antes, durante y después de la aparición del trastorno y del tratamiento, se habla de un programa de alimentación y a situaciones que ayudan a los pacientes a que aborden correctamente sus preocupaciones sobre el aumento de peso y los cambios de su imagen corporal; pues es preciso informarle los riesgos de su trastorno así como proporcionar el apoyo a los pacientes y familiares.

¹ Según el DSM-IV

En siguiente capítulo, se hace mención al cuerpo y a otra manera de entenderlo, ya que dentro de esta otra visión se entiende al cuerpo como una forma donde se constituye por medio de una fuente de energía armónica cuando se encuentra equilibrada en el flujo de alimentación a cada órgano y al cerebro, pero ¿qué sucede cuando se trabaja por medio de la perspectiva y el aspecto psicosomático del cuerpo y la acupuntura aborda estos problemas?, el ser humano se vuelve más íntegro con su persona, cambia su salud y sus formas de vivir, y la acupuntura sirve para aquellos seres humanos que desean ser tratados por una demanda de salud que los aqueja. Así como también se menciona que estos trastornos de la alimentación², tienen varios síntomas en común, como una imagen corporal perfecta y una distorsión de la realidad frente al espejo y se dice que lo psicosomático se convierte en un refugio ante las condiciones de existencia que no permiten disfrutar y comprenderse con la vida en nuestra sociedad, ya que los seres humanos son la posibilidad por medio de los cuerpos de no vivir esta experiencia.

Aquí mismo se hace mención que lo psicosomático se entiende como un principio que afirma que la enfermedad es la interacción de un organismo –de un ser humano– que se desarrolla en un ambiente muy concreto, y establece la posibilidad de comprender las relaciones que se construyen entre este ser humano y su entorno, además de que evita el razonamiento negativo; debido a ciertos conceptos que están en función de aquello que caracteriza a las enfermedades. La Anorexia y Bulimia se clasifican dentro de las enfermedades del tipo *funcional y psicogénico*; puesto que es un desorden de tipo psicológico que se vuelve obsesivo por obtener una figura extremadamente delgada, además de que estos trastornos no se reportan ningún que sea a causa de un trastorno orgánico, pero trae consigo consecuencias de tipo orgánico. Ya que las enfermedades en: *psicogénicas*, el proceso de está no demuestra ser de origen orgánico; *funcional*, donde la enfermedad es de tipo orgánico y psíquico; *endógeno* cuando la enfermedad no se relaciona con ningún agente exógeno. Mientras que las de tipo *constitucional, criptogénico y esencial*, no significan nada, pero cuando se dice que “*la enfermedad es originada por una predisposición constitucional*”.

² Anorexia y Bulimia

En la Teoría de los Cinco Elementos, se afirma que el enojo es la emoción mas dominante, manifestando una relación de interdominancia, debido a que el elemento **Madera**, de aquí pasa a la **Tierra**, en donde la **Ansiedad y los Pensamientos obsesivos Compulsivos**, provocan que siempre esté presente el peso y engordar y por consumir alimentos, estas emociones y sentimientos se depositan en el Estomago y en el Bazo, causando enfermedades relacionadas con estos órganos, provocando así **Miedo** y temor a engordar y a tener una figura obesa o de sobrepeso, esta emoción se guarda en el Riñón y en la Vejiga, los cuales representan al **Agua**, que van terminando con la **Alegría**, que se deposita en el Corazón, ocasionando algunas complicaciones con el sistema cardiovascular, haciendo que el **Fuego** se valla terminando, por lo que siempre están **tristes** y solas, siendo que esta emoción está en el pulmón y en el intestino grueso, las cuales se encuentran en el elemento **Metal**, es aquí donde se cierra el ciclo, y se vuelven a presentar en el primer elemento de esta cadena.

Debido a que la sociedad ha impuesto que los cuerpos femeninos sean extremadamente delgados y ha utilizado métodos como el dejar de comer, el ejercicio en exceso, uso de purgantes y/o vómitos inducidos; en el tercer capítulo se pone principal atención al papel que juega la Psicología dentro del origen, diagnóstico, tratamiento y recuperación que se presentan a consecuencias de los trastornos alimenticios; así como también entender porque estos trastornos aparecen a consecuencia de esta nueva moda, es así; por lo que en este capítulo se busco otras maneras de analizar estos trastornos vistos desde otra perspectiva, ya que la Psicología a puestos a un lado otras causas, como los sentimientos y las emociones que se presentan en estos trastornos; puesto que la manera tradicional, en que la Anorexia y la Bulimia han sido tratadas y estudiadas, es aquella donde se realiza un diagnóstico y se recibe un tratamiento como el que conocemos, llámese medico y/o nutricional, y encontrar otro tipo de análisis y la búsqueda de otras alternativas para recuperar la salud, su identidad y la definición de ser humano, por el simple hecho de ser mujer /suponiendo que es un problema exclusivo de mujeres) para recuperar la salud física y mental, así como también entender si los cuerpos delgados de las mujeres, las llevan a tener una vida feliz y exitosa en la realización de su vida personal y profesional y saber si estas son las causas de la Anorexia y la Bulimia, esta investigación se realizo, porque se

pretendió entender y encontrar si el núcleo familiar es un factor importante para que muchas mujeres caigan en alguno de estos trastornos, pues algunos miembros de la misma, ya sea padre o madre, buscan el bienestar de sus hijas, siendo esta acción deliberada o no, haciéndole ver que en muchas de las ocasiones el simple hecho de ser perfecta en todos los aspectos puede traerle beneficios para su vida, poniéndola en riesgo hasta de muerte, además de pensar que ser delgadas podrán alcanzar el éxito, puesto que la mujer debe ser el número uno en todos los aspectos.

Un punto importante por lo que esta investigación se realizó es para tratar de entender la influencia que tienen los sentimientos y las emociones en el desarrollo de la Anorexia y/o la Bulimia para que se presenten en la vida de un ser humano vulnerable a situaciones familiares, así como también identificar cuáles son las emociones que se presentan durante el proceso de desarrollo de estos trastornos, y después de haberlas encontrado comprender el viaje que realizan la Anorexia y la Bulimia por medio de la Teoría de los Cinco Elementos.

El objetivo general por el que se realizó esta investigación es tratar de encontrar y de analizar el viaje por el cual se construyen la Anorexia y la Bulimia, analizando este viaje por medio de la teoría de los cinco elementos, así como también comprender las causas en cuestión físico, emocional –principalmente-, profesional e intelectual, por las cuales se desarrollan estos trastornos, analizando las consecuencias que traen consigo estos trastornos, de la misma manera afirmar que la familia es uno de los factores que influyen para que se desarrollen estos trastornos de la alimentación.

Específicamente por lo que esta investigación se realizó fue para:

1. Analizar si factores como los cuerpos extremadamente delgados de la mujer, influyen en el desarrollo de trastornos alimenticios, así como también si las emociones y sentimientos irritantes, son factores por los cuales los trastornos de alimentación se presentan en la vida de ciertos seres humanos, sin dejar de lado factores obsesivos por tener un cuerpo delgado.

‡ Comprender cual es el papel que juega el núcleo familiar dentro del círculo del trastorno alimenticio, de la misma manera analizar específicamente cual es el papel que juega los padres en el desarrollo de estos trastornos, sin dejar de lado la influencia de otros miembros cercanos a aquella persona que padece uno o ambos de estos trastornos.

‡ Encontrar las respuestas al porque y cuales son las características por las que, la Anorexia y la Bulimia se presentan de manera independiente, en un solo ser humano, así como también analizar porque estos trastornos se desarrollan juntos; además de marcar las claras diferencias que existen en un trastornos y otro.

Capítulo I

La anorexia y la bulimia

vistas desde la medicina tradicional

CAPITULO I

LA ANOREXIA Y LA BULIMIA

VISTAS DESDE LA MEDICINA TRADICIONAL

1.1 Trastornos Alimenticios

Hoy en día, la buena salud y las enfermedades que están relacionadas con la obesidad, han tenido en los últimos años un alcance en la población más vulnerable, las mujeres adolescentes y jóvenes, que buscan por medio de dietas restrictivas y peligrosas, alcanzar un cuerpo perfecto, delgado y estético¹.

Es por esta razón que muchas de ellas sufren algún trastorno alimenticio, pero ¿qué es un trastorno alimenticio?. Un trastorno alimentario se refiere a trastornos psicológicos donde existen anomalías en el comportamiento de la ingesta; se habla de que en la base de estos trastornos se halla una alteración psicológica, además de que son graves trastornos que afectan más a mujeres (jóvenes y adolescentes) que a los hombres; y que son más frecuentes en sociedades desarrolladas donde existe abundancia de comida y en culturas donde se hace énfasis a la delgadez.

Las mujeres que sufren algún trastorno alimenticio, presentan una baja autoestima, sentimientos que hacen sentir a estas mujeres poco valorables, además de que sienten miedo a ser rechazadas o despreciadas por el peso, ya que en los últimos años los trastornos alimenticios se les atribuye el que la apariencia física y la preocupación por peso del cuerpo, sean factores importantes para que jovencitas o mujeres un poco más maduras crean que el cuerpo perfecto es sinónimo de éxito, felicidad y salud².

¹ Álvarez, G; Mancilla, J; Martínez, M y López X. (1998). **Aspectos psicosociales de la alimentación**. En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 50-58

² Raich, R. (1998). **Definición, evaluación del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal**. En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 15-26

Sabemos que una elevada parte de la población adolescente no está de acuerdo con su peso; siendo que muchas veces están en un peso promedio a su estatura, y que toman medidas drásticas para estar por debajo de su peso³.

Corona (1998)⁴ considera que son trastornos concomitantes, pues se tiende a considerar que la mayoría ellos se presentan en cualquier ser humano en cualquier momento de su vida, donde se ha encontrado que el sexo dominante es el femenino⁵. Pero ¿porqué se presenta un trastorno alimenticio?

El que se presente un trastorno alimenticio aun es desconocida, aunque Daniel Foster, pues menciona que se cree que existe una alteración funcional primaria en el hipotálamo, dichas alteraciones hipotalámicas desaparecen con el aumento de peso, se dice que estas alteraciones son más secundarias que primarias⁶. “Las concentraciones de plasmáticas de cortisol son altas a causa de del aumento de secreción de la hormona liberadora de corticotopina en el hipotálamo. Se cree que existe una alteración del mecanismo del hipotálamo”⁷ (pp. 529).

Mientras que autores como Klemchuk, Hutchinson y Frank (1990)⁸, mencionan que factores como la insatisfacción corporal, la preocupación por el peso; entre otros son la causa de algunos trastornos alimenticios que se han incrementado durante los últimos años, por lo que hay que hacer un análisis del medio ambiente donde estos factores se han incrementado, así como también revelar otros factores que pueden exacerbar más problemas relacionados con la alimentación (como otros trastornos que hemos mencionado).

³ Raich, R. (1998). **Definición, evaluación del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal.** En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 15-26

⁴ Corona, A (1998). **EL gobierno del cuerpo: Tecnologías disciplinarias y administración dietética.** En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Núm. 1 pp. 3-14

⁵ Vandereycken y Meermann (1984), citado en Turner (1989). El cuerpo y la sociedad: Explicaciones en teoría social. México: Fondo de Cultura económica

⁶ Foster, D. (1994). Anorexia y Bulimia. En: Harrison: *Principios de medicina interna*. España: Mc-Hill. Pág. 74

⁷ *op. cit*

⁸ Citados en: Mancilla, J; Álvarez, G; López, X; Mercado, L; Manríquez E y Román, M. (1998). **Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas.** En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 34-43

Así como también, Marsellach (1998)⁹, menciona que puede haber cuatro factores por los cuales un trastorno se puede presentarse, afirmando que:

- ⊗ Una marcada presión social a la delgadez ("Si eres una top model triunfarás en la vida").
- ⊗ Que en el pasado se le dijera que era "gordita".
- ⊗ Sentimiento interno de gordura (no es necesario un sobrepeso real).
- ⊗ El modelo de una madre a la que se considera gruesa.

Wiseman, Gray, Mosimann, Ahrendens, Andersen y Didomenico (1992)¹⁰ mencionan un factor que pone al descubierto el porqué de la preocupación por la figura perfecta, dicho factor es la influencia que tienen los medios de comunicación, sin dejar de lado a los agentes de socialización por propagar los ideales estéticos del cuerpo delgado, pero es más importante aun, la interiorización de este ideal; porque se compara el cuerpo real de muchas mujeres en la sociedad actual. De ahí la importancia también por ponerle atención al porqué muchas mujeres en nuestra sociedad sufren de trastornos alimenticios en la búsqueda de encontrar esa perfección y ese ideal estético que se pinta en los medios de comunicación del país –como en revistas, televisión, espectaculares de televisión, radio, periódicos, etc.-

La influencia que la publicidad tiene en el desarrollo de los trastornos alimenticios, es un indicativo de que las familias también influyen en los valores estéticos de sus hijas, pero no se descarta la posibilidad de que es más probable creer que características como el malestar por la imagen corporal e influencias por situaciones sociales son factores más característicos de los trastornos alimenticios¹¹.

Hoy en día los trastornos alimenticios se distribuyen en todos los niveles socio-económicos y culturales, pero las estadísticas muestran una mayor incidencia en los niveles más altos gracias que aquí, los estereotipos sociales ejercen una mayor presión; porque la satisfacción

⁹ Marsellach, G. (1998). **La anorexia y la bulimia**. En: www:\La Anorexia y la Bulimia.htm

¹⁰ Citados en: Raich, R. (1998). **Definición, evaluación del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal**. En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 15-26

¹¹ Vázquez, R. y Raich, R. (1998). **Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales en familias con trastorno alimentario**. En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 59-69

que hacen sentir las cosas superfluas (como el tener un cuerpo delgado sin importar lo que hay en interior de las personas), llegan a ser un factor de preocupación por llenar los estereotipos y buscar la salida rápida para buscar ese cuerpo delgado, cuestión que es contrastante en las clases más pobres. Pero también sabemos que en estos sectores no están exentos.

Por está y por otras razones existen varios trastornos de la alimentación que han tomado una gran relevancia en los últimos años¹², por lo que es importante mencionar cuales son estos trastornos:

- ✓ **Vigorexia:** Es un trastorno donde los síntomas son evidentes la obsesión por verse musculosos que se miran constantemente en el espejo y se ven enclenques. Sentirse de este modo les hace invertir todas las horas posibles en hacer gimnasia para aumentar su musculatura. A la Vigorexia se le denomina "la anorexia de los 90" es un trastorno mental diferente, no es estrictamente alimentario, pero sí comparte la patología de la preocupación obsesiva por la figura y una distorsión del esquema corporal. Es un trastorno que se presenta más en los hombres.
- ✓ **Síndrome del gourmet:** Las personas que lo padecen viven pendientes de la preparación, compra, presentación e ingestión de platos exquisitos. Han perdido interés en sus relaciones sociales, familiares y laborales. Se cree que es consecuencia de daños en el hemisferio derecho del cerebro; ya sea por un tumor o un golpe. No suelen estar demasiado gordas ni les preocupa su obsesión.
- ✓ **Trastorno nocturno:** Quienes lo sufren se levantan a comer por la noche, aunque continúan dormidos. No son conscientes de lo que hacen y no recuerdan nada al despertar. Si les cuentan lo que han hecho, lo niegan rotundamente. A menudo, hacen régimen durante el día. También se da en personas alcohólicas, drogadictas y con trastornos de sueño... Les tratan en unidades de trastornos de sueño.
- ✓ **Pica:** (de pica, "urraca", en latín). Las personas que padecen este trastorno se sienten impulsadas a ingerir sustancias no comestibles: tiza, arcilla, yeso, trocitos de pintura, almidón, óxido, ceniza. Suele darse entre mujeres con tendencia histérica, embarazadas

¹² www.AnorexiayBulimia.htm

y como consecuencia de déficits alimentarios serios. También es un hábito cultural de ciertos pueblos.

✓ **Síndrome de Prader-Willy:** Es un problema congénito asociado a un retraso mental. Si a las personas afectadas por el problema no se les controla el acceso a la comida, comen sin parar hasta que acaban muriendo. Parece estar relacionado con un mal funcionamiento del hipotálamo. El Prozac ayuda a controlar el problema, que no tiene cura de momento.

✓ **Comedoras compulsivas**¹³: Las personas que padecen este trastorno se dan frecuentes atracones, durante los cuales sienten que no pueden parar de comer. A menudo comen deprisa y a escondidas, o bien no dejan de comer y picar a lo largo de todo el día. Se sienten culpables y avergonzadas por su falta de control. Tienen todo un historial de fracaso con distintas dietas y regímenes. Suelen ser personas depresivas y obesas.

✓ **Anorexia:** se le define como el rechazo a la ingestión de alimentos que a menudo desencadenan espasmos viscerales y dolores.

✓ **Bulimia:** es la ingesta masiva de alimentos que va seguida de vómitos y un uso excesivo de laxantes. La meta de aquellas personas que sufren de estos trastornos es adelgazar rápidamente.

Con esta lista, los trastornos principales para tratar en esta ocasión son la anorexia y bulimia que por lo general se presentan en la adolescencia, puesto que forman parte de una crisis en el desarrollo, los cuales son producidos por múltiples factores como neurobiológicos, socioculturales, psicológicos y familiares, se dice también que es la consecuencia de una plaga por la búsqueda de la perfección y puede manifestarse de distintas formas y algunas de ellas difieren notablemente entre sí. Puesto que la vida de una paciente con trastorno alimenticio gira alrededor de su peso y su silueta, y piensa de una manera obsesiva en ellos; la autoestima, los estados de ánimo, la actitud hacia la vida, la sexualidad y las relaciones sociales, también giran alrededor de los mismos.

¹³ Este último trastorno puede llegar a confundirse con la Bulimia al momento de realizar el diagnóstico, debido a las características que lo definen, cuestión que se explicara posteriormente

Algunos autores consideran que la anorexia y la bulimia son “enfermedades” distintas; mientras que otros califican que la bulimia es una variante de la anorexia. Pero también resulta imposible no hablar de estos dos trastornos sin hablar de salud. Debemos decir, que para caracterizarlos de que son desórdenes alimentarios producto de una visión distorsionada de la realidad. Las estadísticas afirman que estos trastornos afectan entre el 1% y el 5% de la población universitaria en los países desarrollados y que de esta cifra el 95% son mujeres y el 5% faltante son hombres para ambos trastornos* .

La Anorexia y la Bulimia son trastornos de suma importancia dentro del binomio llamado medico-social, ya que dentro de estos trastornos están relacionados componentes de la salud y el destino de un gran número de adolescentes y mujeres jóvenes¹⁴, sin embargo estos trastornos no son un padecimiento de fácil manejo, ya que ponen en peligro la vida de aquellas mujeres que llegan a sufrir alguno de estos trastornos, porque llegan a tener un alto grado de desnutrición, seguida de perturbaciones psicológicas como problemas de personalidad, distorsión en la imagen corporal, ansiedad, depresión, gustación, etc.; y llegan a presentar también problemas en la vida familiar¹⁵

Ya que una mujer que sufre anorexia siempre va a decir “*me siento muy gorda*” –aun cuando esté extremadamente delgada, tal vez no extremadamente pero sí delgada- cuando está en un círculo social o convive con más personas, mientras que en una mujer que sufre bulimia va a preferir quedarse en casa para poder comer sin que le reprochen nada para poder vomitar, usar laxantes, pero es también típico que diga que diga que “*no voy a salir porque estoy gorda*” o “*nada me queda bien*”. Pues en lugar de controlar su peso, es el peso quien las controla, alejándolas de toda vida social¹⁶.

* **Nota:** Puesto que no hay un número específico de personas que sufren de alguno de estos trastornos; los porcentajes que se menciona son un aproximado de aquellas personas que lo padecen.

¹⁴ Herscovici, C. y Bay, L. (1990). **Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía.** México: Piados

¹⁵ Mancilla, J; Álvarez, G; López, X; Mercado, L; Manríquez E y Román, M. (1998). **Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas.** En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 34-43

¹⁶ Holtz, V.(1998). **Pareja, sexualidad y trastornos de la alimentación.** En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 44-49

En los últimos años, parecer ser que a los “valores” sociales vigentes, como el gran culto erróneo que se le da al cuerpo delgado y esbelto en nuestra sociedad actual, es factor que la mayoría de las personas que sufren anorexia o bulimia, son mujeres (adolescentes o jóvenes) debido a los cambios que sufren en su cuerpo y por la necesidad de ser físicamente atractivas al sexo opuesto.

Antes de continuar, es importante hablar de dos términos¹⁷ que Debré (1950, cit. en Kreisler, 1990)¹⁸, menciona que están presente dentro de los trastornos alimenticios, ya que estos términos explican una forma en la que la Anorexia y la Bulimia aparecen, estos términos son *hambre* que hace referencia a que es un estado somático provocado por la falta de alimento, es decir; la ausencia del hambre se define como un suceso orgánico y del *apetito* que se caracteriza por el deseo del alimento y cuando presenta un trastorno en el apetito hace referencia que su origen es psicológico, ya que se convierte en un factor para que se presenten trastornos del comer (trastornos alimenticios).

Es así como este primer capítulo abarca la definición de cada trastorno que se trata aquí, así como también algunas características de los mismos, además de que se presenta el cuadro clínico y un listado de algunas complicaciones físicas que se manifiestan en cada trastorno, de igual manera se explican los criterios para poder diagnosticar cada trastorno y finalmente se incluyen los tratamientos y los resultados que se han obtenido para que aquellas personas que sufren alguno de estos trastorno.¹⁹

¹⁷ Puntos importantes para poder entender estos trastornos de alimentación porque están estrechamente relacionados con las definiciones de los trastornos a tratar aquí.

¹⁸ Citado en: Aparicio, R. (2001). Evaluación diagnóstica y conceptual de los trastornos alimenticios: Anorexia y Bulimia Nerviosas. Tesina de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.
González, R y Pérez C. (2002). Asociación entre sintomatología de trastorno alimenticio y rasgos específicos de la personalidad. Tesis de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.

¹⁹ La manera en que esto se realizará es alfabéticamente; primero se menciona la **Anorexia** e inmediatamente después la **Bulimia**

1.2 Anorexia

Los primeros relatos sobre la anorexia se sitúan a partir de los siglos V al XVI, pues en Europa occidental existen registros de algunas jóvenes que realizaban ayunos que terminaban en el rechazo total del alimento, se creía que estos estaban poseídos por el demonio o por el contrario eran canonizadas porque se creía que eran santas²⁰.

Uno de estos relatos fue el de Liduina de Sheiman (una santa del siglo XIV) que comía solamente trocitos de manzana del grueso de una hostia, otro relato es el de Santa Wilgefortis (hija del Rey de Portugal) una doncella que ayunaba y le rezaba a Dios, rogándole que le arrebatara su belleza para que dejaran de asecharla los hombres. Mientras que la descripción clínica de este trastorno se le debe a R. Morton que en 1694, describía a una joven de 18 años, víctima de la desaparición de sus periodos menstruales, que fueron causadas por una gran multiplicidad de inquietudes y pasiones de su mente, lo cual causo que su apetito empezará a mitigar y su digestión paso a ser mala, la piel de su cuerpo empezó a ser flácido y su rostro era pálido, su paciente de Morton se negó a seguir el tratamiento, muriendo a los tres meses después²¹.

Abraham (1996)²² y Herscovici (1990)²³ hacen referencia a la primera vez que se utilizó el termino **anorexia**, el primer autor menciona que fue utilizado por primera vez por el médico inglés sir William Gull en 1873, mientras que el segundo hace referencia a que fue un año después, en 1874 por la misma persona. Describen a una joven de 17 años, que pesaba 37 kilogramos y media un metro 65 centímetros, que había perdido 33 libras de peso (15 Kg.), presentaba amenorrea²⁴ desde hace un año antes, aparentemente sana de abdomen encogido, plano y colapsado.

²⁰González, R y Pérez C. (2002). **Asociación entre sintomatología de trastorno alimenticio y rasgos específicos de la personalidad.** Tesis de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.

²¹ Herscovici, C. y Bay, L. (1990). **Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía.** México: Piados.

²² Abraham, S. (1996). **Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios.** España: Alianza Editorial

²³ Herscovici, C. y Bay, L. (1990). **Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía.** México: Piados.

²⁴ **Amenorrea:** Ausencia anormal del flujo menstrual

Pero es hasta el siglo XVII cuando se empieza a hablar de la anorexia en algunos manuales de psiquiatría del siglo definiéndola como un trastorno típico de las sociedades desarrolladas, además de considerar a este trastorno como una enfermedad bastante extraña y poco frecuente²⁵. Es en este siglo cuando se habla por primera vez del término **anorexia nerviosa**, donde se definía como un trastorno de tipo psicológico donde se apreciaba claramente que el adelgazar provenía de un origen orgánico.²⁶

A principios del siglo XX, específicamente en 1914, un patólogo alemán de nombre Simmonds, describe la autopsia que realiza a una paciente, que presentaba una destrucción pituitaria, lo cual causó que durante las siguientes tres décadas la enfermedad de Simmonds o la insuficiencia pituitaria²⁷ se confundiera con la anorexia nerviosa. Años después, en 1940 resurgen las teorías influenciadas por el psicoanálisis, donde se afirmaba que la anorexia era igual al repudio de la sexualidad. Tal vez Hilde Bruch es la autora que más influencia tuvo en este trastorno, ya que ella descartaba el trastorno de la imagen corporal (Dismorfofobia) y un defecto en la interpretación de los estímulos corporales (como los signos de necesidad nutricional). Mientras que Crisp propone que este trastorno está más vinculado a aspectos psicológicos y biológicos, ya que la evitación de alimentos con hidratos de carbono y la rápida pérdida de peso, interfieren en la regulación que realiza el sistema nervioso central en el periodo menstrual.²⁸

Con este resumen de los primeros casos de anorexia, encontramos que este trastorno lo podemos dividir en dos: **anorexia y anorexia nerviosa**, por lo que en el siguiente apartado trataremos de definir este trastorno así como ciertas características que se han encontrado que ayudan a entender mejor este tema.

²⁵ Corona, A. (1998). **EL gobierno del cuerpo: Tecnologías disciplinarias y administración dietética**. En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Núm. 1, 3-14

²⁶ González, R y Pérez C. (2002). **Asociación entre sintomatología de trastorno alimenticio y rasgos específicos de la personalidad**. Tesis de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.

²⁷ **Insuficiencia pituitaria:** Es una deficiencia de la glándula hipófisis, la cual regula la tiroides, las hormonas sexuales y el crecimiento de las glándulas suprarrenales.

²⁸ Herscovici, C. y Bay, L. (1990). **Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía**. México: Paídos.



29

1.2.1 ¿Qué es la Anorexia?

Como se mencionó, durante toda la historia de este trastorno, se ha hablado de la anorexia y junto de está se habla también de la anorexia nerviosa pero, ¿cuál es la diferencia entre **Anorexia** y **Anorexia Nerviosa**?, estamos hablando de que para poder definir este trastorno primero debemos de responder ha esta pregunta. **Anorexia**, se define como la *ausencia de hambre*, pero como característica de está, es que se asocia con algunas enfermedades como la gastritis, el cáncer de estomago, o con algunas enfermedades mentales severas como la esquizofrenia o la depresión, mientras que la **Anorexia Nerviosa**, si presentan un estado somático producido por la falta de apetito acompañado de un *intenso temor a engordar o a subir de peso*, por lo que las lleva a dejar de comer³⁰.

²⁹ Imagen tomada del libro **Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios**. De Alianza Editorial

³⁰ Aparicio, R. (2001). **Evaluación diagnóstica y conceptual de los trastornos alimenticios: Anorexia y Bulimia Nerviosas.** Tesina de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala

En el libro *Principios de Medicina Interna* de Harrison, Daniel Foster (1994)³¹ da una definición de la anorexia, donde la restricción de la ingesta calórica cuyo resultado final es la emaciación, es el objetivo que sigue este trastorno. A la **anorexia** se le define como un síndrome que se caracteriza por el rechazo a la ingestión de alimentos (el hecho de **comer**) que a menudo desencadenan espasmos viscerales y dolores. Las estadísticas dicen que el 1 % de la población mexicana está afectado, pero tal vez sea mayor. No es cierto que los jóvenes anoréxicos no sientan hambre, sino que la reprimen por el pavor que tienen a la obesidad. Ya que rechazan en (forma contundente) el mantener un peso corporal por encima de los valores mínimos aceptables para una determinada edad y talla.

Turón (1997)³² da una definición sobre la **Anorexia Nerviosa** donde afirma que se caracteriza por el deseo intenso de perder peso (muchos kilogramos), además de presentar un intenso miedo al binomio gordura-obesidad y padecer un trastorno en la imagen corporal a causa de verse más obesa de lo que es en realidad aquella persona que padece este trastorno. Es por esta razón que la manera en que pueden conseguir una pérdida progresiva de peso, es una restricción intensa de alimentos, ejercicio físico y conductas purgantes de comida; Toro (2001)³³ también da una definición muy parecida, pues él define que éste es un trastorno que se caracteriza por la pérdida de peso superior al 15%, desencadenado por una forma rápida y voluntaria de adelgazar, que se consigue de esta manera suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos especialmente aquellos que ayudan a subir de peso (como las grasas, los carbohidratos, los azúcares, etc.) que pueden ir acompañados de vómito inducido, uso de laxantes y ejercicio físico excesivo.

Es por este motivo, en el trabajo de Gutiérrez (2002)³⁴ expone que a la anorexia nerviosa se divide en dos tipos: **Tipo restrictivo**: Donde se describe cuadros clínicos con características de la pérdida de peso debido a una dieta, (la cual no fue realizada ni

³¹ Foster, D. (1994). Anorexia y Bulimia. En: Harrison: *Principios de medicina interna*. España: Mc-Hill. Pág. 74

³² Citado en: Aparicio, R. (2001). **Evaluación diagnóstica y conceptual de los trastornos alimenticios: Anorexia y Bulimia Nerviosas.** Tesis de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.

³³ Toro, J. (2001). **Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario.** España: Psiquiatría Editores

³⁴ Gutiérrez, E. (2002). **Evaluación de la imagen corporal en adolescentes y su asociación con la influencia de los modelos estéticos corporales.** Tesis de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala

supervisada por un especialista), presentan episodios de ayuno, además de ejercicio físico intenso, una característica de este tipo es que no se recurre a atracones ni a purgas. Y el **Tipo compulsivo/purgativo:** Este tipo se caracteriza porque se recurre a los atracones y/o a las purgas de manera regular; cuando se presentan episodios de atracones por lo general se hace uso de los purgantes, se produce el vómito o se utilizan diuréticos o laxantes, además de que también se puede recurrir al uso de estos purgantes o el vomito inducido cuando se a ingerido pequeñas cantidades de comida.

Entre las características más comunes de la anorexia se encuentran³⁵:



- ⊗ Rechazo a mantener un peso normal.
 - ⊗ Miedo intenso a ser obeso.
 - ⊗ Alteración grave de la imagen corporal.
 - ⊗ Piensan que tiene sobrepeso a pesar de que no es así.
 - ⊗ Hacen ejercicio compulsivamente hasta llegar a la fatiga.
 - ⊗ Se pesan constantemente.
 - ⊗ Sienten frío aún cuando su temperatura es normal.
 - ⊗ La piel es amarillenta y seca
 - ⊗ Amenorrea (pérdida de la menstruación).
 - ⊗ Autoestima deficiente.
 - ⊗ Llanto.
 - ⊗ Sentimientos de minusvalía, culpa y desesperanza.
-
- ⊗ Intensos estados de angustia.
 - ⊗ Bajo nivel de libido o nulo interés sexual.
 - ⊗ Lasitud y labilidad emocional.
 - ⊗ Violentos cambios de humor.
 - ⊗ Se enojan y se deprimen fácilmente.
 - ⊗ Aislamiento.
 - ⊗ Atracones (consumo de cantidades de comida superiores a las que podría ingerir una persona normal, siendo estos atracones muy espaciados).

³⁵ *op. cit*
www.anorexiaybulimia.htm

- ⊗ Abusan de pastillas de dieta o laxantes.
- ⊗ Sienten náuseas cuando comen sin importar la cantidad.
- ⊗ Se obsesionan por la comida y las calorías de la misma.
- ⊗ En muchas pacientes son hiperactivas.
- ⊗ No pueden relajarse.
- ⊗ Insomnio.
- ⊗ Tiene consecuencias fatales por si mismas.

Hemos visto que la anorexia se caracteriza por el hecho de no comer en el cual se manifiestan una característica que mencionan Kaplan y Sadock (1987)³⁶, donde dice que se presentan también patrones peculiares de preparar los alimentos, además de ese miedo que sienten por engordar no quieren saber es sobre comida.

La Anorexia surge y se mantiene por tres factores que González y Pérez (2002)³⁷ y Marsellach (1998)³⁸ mencionan, afirmando que estos son la causa de este trastorno se presente y se sostenga:

⊗ **Factores predisponentes:** Los factores genéticos son muy curiosos, puesto que se han encontrado familias donde las hermanas sufre este trastorno o en su defecto existe también la relación entre madre e hija para que se presente este trastorno. Sabemos que es trastorno característico del sexo femenino, entre los 13 y 20 años³⁹. Características de personalidad como alteraciones cognitivas, conformismo, necesidad de aprobación, hipersensibilidad y falta de respuesta a las necesidades internas; así como también factores familiares como la sobreprotección, falta de comunicación; y por ultimo los factores socio-culturales, que tiene una gran importancia en lo que se refiere a la alimentación y la estructura de la imagen corporal.

⊗ **Factores precipitantes:** Se habla de factores externos como los cambios propios de la pubertad, que van de la mano con algunos acontecimientos vitales potencialmente

³⁶ Kaplan, I y Sadock, J. (1987). **Compendio de psiquiatría**. España: Salvat

³⁷ González, R y Pérez C. (2002). **Asociación entre sintomatología de trastorno alimenticio y rasgos específicos de la personalidad**. Tesis de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.

³⁸ Marsellach, G. (1998). **La anorexia y la bulimia**. En: www.laanorexiaylabulimia.htm

³⁹ Este rango de edad solo es un dato, puesto que sabemos que este trastorno se puede presentar en cualquier etapa

estresantes como situaciones al miedo intenso a subir de peso o alguna enfermedad somática separaciones y pérdidas, contactos sexuales o el inicio de los mismos y exceso de actividad física.

⊗ **Factores de mantenimiento o mantenedores:** Se manejan factores predisponentes no resueltos como factores cognitivos referentes a una sintomatología obsesiva-compulsiva en cuanto a la relación con la comida, alteraciones consecutivas a la desnutrición, factores que se manifiestan en el afecto negativo, como irritabilidad, labilidad emocional, así como también actitudes de familiares y de amistad.

Sabemos también que la *anorexia*, se caracteriza por ser un trastorno muy complejo, en el que se relacionan mutuamente factores biológicos, psicológicos y sociales que en muchos casos como hemos mencionado llegan a causar la muerte⁴⁰.

Pero también es muy importante que la familia y las personas de aquella paciente que sufre de Anorexia, pongan atención en como se comporta esta persona, por lo que el siguiente cuadro muestra algunas de las “trampas” –dichas por algunas pacientes- para disimular el consumo de los alimentos⁴¹.

| Las trampas que disimulan el consumo alimentario según la versión de las pacientes |
|---|
| 1. Esconder la comida en la servilleta |
| 2. Dejar la corteza de la tostada o del pan sobre el plato y tirar lo demás |
| 3. Meter la comida en floreros, armarios o tirarla por la ventana |
| 4. Mantener la comida en la boca y tirarla cuando se lava los dientes |
| 5. Dar de comer al perro a escondidas por debajo de la mesa |

Cuadro1. Muestra las situaciones que las anoréxicas presentan no consumir alimentos.

Hablamos ya, de lo que es la anorexia, su definición, sus características, etc., pero ¿que sucede cuando se presentan más complicaciones físicas?, por eso es importante que se

⁴⁰ Corona, A (1998). **EL gobierno del cuerpo: Tecnologías disciplinarias y administración dietética.** En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Núm. 1 pp. 3-14

⁴¹ Abraham, S. (1996). **Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios.** España: Alianza Editorial, pp 99

incluya en este capítulo el cuadro clínico de estas pacientes, así como también las complicaciones físicas que se presentan en aquellas pacientes que sufren este trastorno, por lo que se incluye en este apartado el cuadro clínica así como una lista que es un complemento de lo que se explica en el cuadro clínica.

1.2.2 Cuadro clínico de la Anorexia

El cuadro clínico que presentan aquellas personas que sufren de anorexia se muestran en este cuadro, donde Daniel Foster (1994)⁴², explica cuales son esas complicaciones de las que se ha estado hablando:

| CARACTERISTICA | CUADRO |
|--|--|
| Sexo dominante | Mujeres |
| Método de control de peso | Limitación de ingesta |
| Ingestión desmedida de comida | Raros |
| Peso al establecer el diagnóstico | Muy bajo |
| Ejercicio ritualizado | Raro |
| Amenorrea | 100% |
| Conducta antisocial | Muy poco frecuente |
| Alteraciones cardiovasculares <i>Bradycardia</i> ⁴³ <i>Hipotensión</i> ⁴⁴ | Frecuentes |
| Alteraciones cutáneas <i>Hirsutismo</i> ⁴⁵ <i>Sequedad</i> ⁴⁶ <i>Carotinemia</i> ⁴⁷ | Frecuentes |
| Hipotermia ⁴⁸ | Habitual |
| Edemas ⁴⁹ | +/- |
| Complicaciones clínicas | Hipopotasemia ⁵⁰ Arritmias cardíacas ⁵¹ |

Cuadro 2. Menciona las características físicas que presentan las anoréxicas.

⁴² Foster, D. (1994). Anorexia y Bulimia. En: Harrison: *Principios de medicina interna*. España: Mc-Hill. Pág. 74

⁴³ **Bradycardia:** Frecuencia cardíaca disminuida por debajo de 60 latidos por minuto

⁴⁴ **Hipotensión:** cifras tensionales por debajo del límite inferior; menos 110 para la diastólica y menos 70 para la sistólica

⁴⁵ **Hirsutismo:** Estado en el cual hay crecimiento de vello facial en cara

⁴⁶ **Sequedad:** Es cuando la piel carece de humedad

⁴⁷ **Carotinemia:** Aumento de Betacarotemas o Vitamina A en la sangre, que se manifiesta como coloración o pigmentación en la piel de color naranja.

⁴⁸ **Hipotermia:** Disminución de la temperatura normal del cuerpo

⁴⁹ **Edema:** Acumulación de líquidos en la piel frecuentemente en los miembros inferiores.

⁵⁰ **Hipopotasemia:** : Grandes concentraciones de potasio en la sangre

⁵¹ **Arritmias cardíacas:** Alteraciones en los latidos del corazón, siendo éstas ya sean lentas o rápidas

El listado que se presenta a continuación pretende explicar a fondo el contenido del cuadro, mencionando específicamente cuales son las características con las presentan aquellas pacientes que sufren de anorexia⁵², ya que muchas pacientes:

- ◆ Pierden la mayor parte de su capa aislante de grasa y como consecuencia se es más sensible al frío y al calor, por lo general las manos y los pies tienden a verse de color azul.
- ◆ Sufren de piel seca.
- ◆ Su pelo se vuelve quebradizo.
- ◆ Se presenta un vello muy suave, llamado laguno⁵³ que aparece en cara, espalda y/o brazos.
- ◆ Se reduce la frecuencia cardiaca y disminuye la presión sanguínea; probablemente por que el cuerpo trata de ajustarse al bajo consumo energético utilizando menos energía.
- ◆ Estreñimiento.
- ◆ Dilatación de los intestinos que dan la sensación de sentirse inflada que agravan el estreñimiento.
- ◆ Sufren de deshidratación y cambios en los niveles de algunos electrolitos en la sangre.
- ◆ Bajos niveles de potasio y cloro.
- ◆ La deshidratación y los bajos niveles de potasio pueden causar debilidad.
- ◆ La sangre se vuelve alcalina produciendo alcalosis metabólica; que dificulta –en algunos casos- la función neuromuscular y algunas pacientes manifiestan una sensación de hormigueo en las manos y pies, así como espasmos involuntarios de las manos parecidos a los asociados con el tétanos.
- ◆ Los bajos niveles de potasio y la alcalosis pueden causar irregularidades en la frecuencia cardiaca y alteraciones cuando se realiza un electrocardiograma.

Con la ayuda del punto anterior funciona como parámetro para poder determinar la existencia de este trastorno, pero en muchas ocasiones a simple vista no se puede afirmar este trastorno

⁵²Abraham, S. (1996). **Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios**. España: Alianza Editorial

⁵³ Es un vello muy fino muy parecido o semejante al que cubre al feto al momento del nacimiento

está presente en la vida de una persona, por esta razón es importante conocer y entender cuales son los criterios que se utilizan para afirmar la presencia de este trastorno, por lo que la siguiente parte pretende mencionar los criterios que se han utilizado para diagnosticar la presencia de la Anorexia.

1.2.3 Criterios para poder diagnosticar a la Anorexia

En el diagnóstico se descarta toda enfermedad clínica capaz de provocar pérdida de peso, así como trastornos psíquicos que se pudieran acompañar. Es hasta 1970 cuando se establecen ciertas características que permiten hacer un diagnóstico sobre este trastorno, las cuales son⁵⁴:

- A. La conducta del paciente lleva a una pérdida de peso pronunciada.
- B. Hay un trastorno endocrino que se manifiesta clínicamente por la interrupción de la menstruación
- C. Hay una psicopatología caracterizada por un temor mórbido a engordar.

Distintos autores han ido modificando los criterios para el diagnóstico, siendo algunos los ICD-10 (1986, 1992)⁵⁵ de la Organización Mundial de la Salud así como el DSM-III-R (1987)⁵⁶, lo que explica el diagnóstico que está en el DSM-III-R, tomado del artículo de Daniel Foster que se encuentra en “*Principios de Medicina interna*; de Harrison⁵⁷, de igual manera se explica la cuarta versión que maneja el Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Mentales (DSM-IV, APA, 1994)⁵⁸, para diagnosticar este trastorno, así como también especificar de manera detalla el tipo de anorexia que se presente (sea este restrictivo o compulsivo/purgativo)⁵⁹. Los cuales serán mencionados en el orden que se presentaron:

⁵⁴Herscovici, C. y Bay, L. (1990). **Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía.** México: Piados

⁵⁵ El criterio ICD-10 en su versión de 1986, fue tomado de Herscovici, C. y Bay, L. (1990) *op cit*, mientras que el criterio ICD-10 en su versión más reciente de 1992, es tomado de Aparicio, R. (2001). **Evaluación diagnóstica y conceptual de los trastornos alimenticios: Anorexia y Bulimia Nerviosas.** Tesina de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala

⁵⁶ Herscovici, C. y Bay, L. (1990). **Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía.** México: Piados

⁵⁷ Foster, D. (1994). Anorexia y Bulimia. En: Harrison: *Principios de medicina interna*. España: Mc-Hill. Pág. 74

⁵⁸ Gutiérrez, E. (2002). **Evaluación de la imagen corporal en adolescentes y su asociación con la influencia de los modelos estéticos corporales.** Tesis de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala

⁵⁹ Toro, J. (2001). **Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario.** España: Psiquiatría Editores

⇒ **ICD-10 (1986, 1992)**

Pues como este criterio se maneja en dos versiones y se plantean un orden cronológico, el siguiente cuadro pretende explicar los criterios de cada mencionado sobre el ICD-10:

| ICD-10 (1986) | ICD-10 (1992) |
|---|--|
| <p>Hay una pérdida de peso significativa, pacientes prepúberes pueden mostrar fracaso en la ganancia de peso esperable durante el período de crecimiento.</p> <p>a) La pérdida de peso es autoinducida por medido de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la evitación de alimentos que engordan - vómitos autoinducidos - laxantes - exceso de ejercicio físico - uso de inhibidores del apetito y/o diuréticos. | <p>a) Perdida significativa de peso en el índice de masa corporal menos de 17.5%, mientras que en los enfermos prepúberes no se experimenta la ganancia de peso característica del crecimiento</p> |
| <p>b) Una psicopatología específica, según la cual persiste como idea sobrevalorada e intrusita el horror a la gordura y/o a la flacidez, y la paciente se impone un umbral de bajo peso.</p> | <p>b) La perdida de peso es consecuencia del comportamiento de la persona que padece este trastorno lográndolo a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No consumen alimentos que propician el aumento de peso - Vómitos provocados - Purgas intestinales - Ejercicio excesivo - Consumo de diuréticos |
| <p>c) Un trastorno que involucra el eje hipotálamo-hipofisiario-gonodal, que se manifiesta en la mujer como amenorrea, también puede haber niveles elevados de hormona de crecimiento, incremento en los niveles de cortisol, cambios en el metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.</p> | <p>c) Distorsión de la imagen corporal, propiciada por la presencia de una imagen sobrevalorada ante el pavor de la gordura o la flacidez de la forma del cuerpo, debido a esto el paciente se propone llegar a cumplir la meta que permanecer por debajo del límite máximo de peso corporal.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>D) PERO SI LA APARICIÓN ES PREPUBERAL, LA SECUENCIA DE ACONTECIMIENTOS PUBERALES SE RETRASO AUN SE DETIENE; ES DECIR, QUE SE INTERRUMPE EL CRECIMIENTO, NO SE DESARROLLA EL BUSTO Y HAY AMENORREA PRIMARIA. CON LA RECUPERACIÓN, GENERALMENTE SE COMPLETA LA PUBERTAD EN FORMA NORMAL PERO SE RETRASLA LA MENARCA.</p> | <p>D) PRESENCIA DE UN TRASTORNO ENDOCRINO QUE AFECTA AL EJE HIPOTÁLAMO-HIPOFISIARIO-GONODAL, LA MEJOR MANERA DE EXPLICAR ESTO ES CUANDO LA MUJER ES DIAGNOSTICADA CON AMENORREA. PUEDEN PRESENTAR ALTAS CONCENTRACIONES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO Y DE CORTISOL, ALTERACIONES EN EL METABOLISMO PERIFÉRICO DE LA TIROIDES Y ANOMALÍAS EN LA SECRECIÓN DE INSULINA.</p> |
| | <p>e) Si el trastorno se presenta antes de la pubertad, trae consigo complicaciones que retrasan los cambios que se darán en está, como el crecimiento de las glándulas mamarias</p> |

Cuadro 3. Muestra las diferentes versiones del diagnóstico ICD-10

⇒ DSM-III-R (1987)

Los criterios que el DSM-III-R plantea es que se presenta:

- a) Negativa a mantener el peso corporal por encima de un peso normal mínimo para edad y talla, es decir que la pérdida de peso que lleva al mantenimiento del peso corporal un 15% por debajo del esperable, o el fracaso en obtener ganancia de peso durante el crecimiento, alcanzando un peso de 15% inferior del esperable.
- b) Intenso temor a subir a peso o a engordar, a pesar de estar con déficit de peso
- c) Un trastorno en la manera en que el peso, el tamaño y la forma del cuerpo la vive la paciente con anorexia, se habla de que la persona manifiesta “sentirse gorda”, cree que alguna parte de su cuerpo está “demasiado gorda”, etc.
- d) La ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos, cuando se debía de haber presentado, se habla de una amenorrea⁶⁰ primaria o secundaria.

⁶⁰ Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos menstruales ocurren sólo por la inducción hormonal, por ejemplo la administración de estrógenos.

⇒ DSM-III de Principios de Medicina Interna⁶¹

Según el DSM-III, para el diagnóstico de la anorexia, se debe tomar en cuenta lo siguiente:

| ANOREXIA NERVIOSA |
|---|
| Negativa a mantener el peso corporal por encima del peso mínimo normal para su edad y estatura. |
| Miedo intenso a ganar peso o a tener grasa, aún pensando menos de lo normal. |
| Trastornos de la forma en que se experimenta el peso corporal, el volumen o la forma de su propio cuerpo. |
| Se ausencia al menos tres periodos menstruales (Amenorrea). |

Cuadro 4. Este cuadro muestra los criterios del DSM-III.

⇒ DSM-IV

El DSM-IV es el criterio más reciente que a aparecido para diagnosticar –en este caso- a la anorexia nerviosa, manifiesta cuatro criterios así como también describe los criterios para diagnosticar que tipo de anorexia que está presente.

| CRITERIO | DESCRIPCIÓN |
|-----------------|--|
| A | Rechazo y negativa a mantener un peso corporal por encima o igual del valor mínimo normal considerando la edad y la estatura (se habla de la perdida de peso o de mantener éste por debajo del 15%; es decir, que el peso de la persona está por debajo del 85% de lo que debería estar de acuerdo con el peso y la talla) |
| B | Miedo intenso al aumento de peso o a convertirse en obeso, incluso cuando se está por debajo del peso normal o se encuentra demasiado delgada. |
| C | Alteración de la percepción del peso y la silueta, exagerando el valor de los mismos y negar la existencia del peligro de estar debajo del peso de acuerdo a la talla |
| D | Presencia de Amenorrea, siendo esta la ausencia de tres ciclos menstruales de forma consecutiva |

⁶¹ Foster, D. (1994). Anorexia y Bulimia. En: Harrison: *Principios de medicina interna*. España: Mc-Hill. Pág. 74

| TIPO | |
|----------------------------------|--|
| Tipo restrictivo | Durante el episodio de Anorexia no se presentan conductas compensatorias inapropiadas ⁶² |
| Tipo compulsivo/purgativo | Durante el episodio de Anorexia si se presentan conductas compensatorias inapropiadas |

Cuadro 5. Muestra los criterios del diagnostico DSM-IV

1.2.4 Tratamientos y Resultados en la Anorexia

Para elegir el tratamiento específico para este trastorno, debemos tener en claro cuales son los objetivos de dicho tratamiento, donde se debe de incluir el restablecer un peso saludable, tratar las complicaciones físicas, aumentar la motivación de los pacientes para que cooperen en el restablecimiento de los patrones de conducta sanos y que participen en el tratamiento, darle información sobre nutrición y patrones alimentarios saludables; corregir las ideas, actitudes y sentimientos desadaptados con el trastorno alimentario; tratar los trastornos psíquicos adecuados, conseguir el apoyo familiar y suministrar orientación y terapia familiares cuando proceda y prevenir las recaídas.

Antes de continuar con este punto, Abraham (1996)⁶³ hace referencia a seis puntos importantes que se deben tener en la mira, puesto que algunas pacientes que sufren este trastorno pueden utilizar alguno de estos puntos para aparentar que están ganando peso, por lo que el siguiente cuadro menciona cuales son esos puntos:

⁶² **Conductas compensatorias inapropiadas:** Hace referencia a conductas como la provocación del vómito, consumo de laxantes, diuréticos o enemas

⁶³ Abraham, S. (1996). **Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios.** España: Alianza Editorial, pp 100

| LAS TRAMPAS QUE SE HACEN PARA APARENTAR UNA GANACIA DE PESO SEGÚN LA VERSIÓN DE LAS PACIENTES |
|--|
| 1. Beber grandes cantidades de agua una noche antes de pesar |
| 2. Evitar desechar toda la orina antes de pesarse |
| 3. Beber el agua del baño o de la ducha |
| 4. Comer bien una noche antes de pesarse |
| 5. Usar ropa pesada |
| 6. Coser pesas dentro de la ropa por la noche o muy temprano por la mañana antes de pesarse. |

Cuadro 6. Muestra los engaños que hacen las anoréxicas para aparentar el aumento de peso.

Es así como Toro (2001)⁶⁴, menciona que el tratamiento se puede dividir en tres, aunque sabemos que la anorexia es un trastorno grave y crónico que requiere de diferentes modalidades terapéuticas en las diferentes etapas de la enfermedad y de su recuperación.⁶⁵

Empecemos por el primer tratamiento:

⇒ **Rehabilitación nutricional**

Los objetivos de la rehabilitación nutricional son recuperar el peso normal que tenía el paciente antes de perder tanto peso, normalizar patrones alimentarios, que puedan volver a tener percepciones normales del hambre y la saciedad y corregir las secuelas biológicas y psicológicas de la desnutrición, pero también recuperar los ciclos menstruales y de ovulación.

Los programas de rehabilitación nutricional también deben servir de ayuda para que los pacientes aborden correctamente sus preocupaciones sobre el aumento de peso y los cambios de su imagen corporal; pues es preciso informarle del riesgo de su trastorno así como proporcionar el apoyo a los pacientes y familiares.

⁶⁴ Toro, J. (2001). **Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario**. España: Psiquiatría Editores

⁶⁵ *op. cit*

Se deben establecer los pesos saludables que se desea conseguir y las tasas esperadas de aumento controlado de peso, los programas de realimentación deben llevarse a cabo en ambientes emocionalmente acogedores y deberá establecer algunos reforzamientos positivos y negativos; por ejemplo descanso en cama, restricciones de ejercicio físico, esto se reduce o se elimina cuando se alcanza el peso deseado. Por lo general los niveles de ingesta alimentaría deben iniciarse de 30 a 40 kilocalorías/kilogramos por día y la ingesta puede irse incrementando hasta 70 o 100 kilocalorías/kilogramos por día cuando se habla de la fase de recuperación.

El control médico durante la realimentación esencial, debe incluir la medición de constantes vitales, así como el equilibrio alimentario e hídrico, electrolitos y la presencia de edema, aumentos de rápidos de peso, fallo cardíaco progresivo y síntomas gastrointestinales. La actividad física debe adaptarse a la ingesta de alimento y el gasto energético del paciente.

La hipopotasemia debe tratarse con suplementos orales de potasio y rehidratación, mientras que los niveles de minerales y los electrolitos deben controlarse debido a los peligros derivados de la hipofostemia y los desequilibrios de los electrolitos, sin dejar a un lado los niveles plasmáticos de potasio.

La eficacia en la recuperación del peso varía según el contexto en donde éste el paciente, por ejemplo muchos pacientes con un peso muy bajo al normal –de acuerdo a su talla- el tratamiento de rehabilitación nutricional podría conseguir un leve aumento de peso. En relación con peso saludable a conseguir después el paciente debe mantener, el fin de este tratamiento es aumentar de 250 gramos a 500 gramos, por semana.

Algunos médicos recomiendan la alimentación nasogástrica⁶⁶ a la alimentación intravenosa,⁶⁷ pues se sienten más aliviados al estar asistidos y aunque son incapaces de comer por si solos, aceptan que los médicos los alimenten.

⁶⁶ **Alimentación nasogástrica:** Es cuando se alimenta a los pacientes por medio de sondas

⁶⁷ **Alimentación intravenosa:** Es cuando se alimenta a los pacientes por medio de sueros

La alimentación nasogástrica o parenteral forzada involuntaria implica también peligros, por ejemplo la retención grave de líquidos y el fallo cardiaco por la realimentación rápida, por lo que no debe de realizarse de manera rutinaria.

Se ha encontrado que la rehabilitación nutricional disminuye síntomas de este trastorno ya que con la recuperación del peso aumenta la elección de alimentos, disminuye la acumulación de comida y obsesiones a la misma, reduce la frecuencia e intensidad, pero no es cierto que los hábitos alimenticios anormales mejoren en función del aumento de peso.

Es muy probable que en los pacientes se presenten edemas e hinchazón pues se está intentando que el paciente vuelva a comer y a tomar líquidos, además también pueden presentar dolores abdominales durante las comidas, esto se debe al vacío gástrico retrasado que acompaña a la mala nutrición. Una realimentación excesiva puede resultar peligrosa debido a que se pueden presentar retenciones de líquidos graves, arritmias cardiacas, paros cardiacos, delirios o convulsiones cuando son pacientes con muy bajo peso. La hipofosfatemia puede aparecer durante la realimentación cuando las reservas están agotadas. En ocasiones se presenta estreñimiento, en algunos casos resistentes al tratamiento, pero puede dar lugar a una obstrucción intestinal aguda. Algunas pacientes suelen desarrollar acné y mastalgias.

Durante la realimentación muchas pacientes se sienten desmoralizados, tristes y decepcionados por los cambios que ellas observan en su silueta corporal, para esto; la realimentación o el programa de nutrición debe ser muy cuidadosa, estamos hablando de que por semana la paciente aumente de 900 a 1300 gramos, que tenga revisiones físicas, así como también estudios donde se incluyan los niveles de sodio, potasio, cloro, bicarbonato, calcio, fósforo y magnesio.

⇒ **Tratamientos psicosociales**

Hablamos de varios tratamientos psicosociales, los cuales tienen que cumplir con los mismos fines; se habla de que hay cinco tipos de tratamientos psicosociales, con cuatro

puntos a cumplir; punto uno; debemos de entender y cooperar en la rehabilitación nutricional y física; punto dos, debemos de entender y modificar las conductas y actitudes disfuncionales relativas al trastorno alimentario –en este caso la anorexia-; punto tres mejorar el funcionamiento interpersonal y social; y punto cuatro, corregir aquellos conflictos psicológicos que refuerzan o mantienen los comportamientos característicos de la anorexia. Habitualmente los programas se deben de basar en modelos interdisciplinarios de tratamiento en equipo, donde el psiquiatría –o psicólogo- redacta las órdenes, controla los requerimientos administrativos, mientras que los médicos prescriben técnicas destinadas a cambiar los patrones alterados de ingesta y peso. Pero, para que todo esto resulte eficaz, todo el personal debe trabajar en estrecha colaboración, manteniendo abierto las vías de comunicación y respetando le trabajo que realiza cada miembro de este equipo.

Estos son los cinco tipos de tratamientos psicosociales:

1. Estructuración de programas de hospitalización completa y parcial: Los programas de hospitalización utilizan intervenciones terapéuticas asociadas a la conducta; es decir, en estos programas de hospitalización se combinan con restricciones y recompensas relacionadas con el ejercicio físico, descanso en la cama y privilegios asociados cuando se cumple el programa de hospitalización.

Los programas conductuales han demostrado ser efectivos en periodos de cortos, ya que los pacientes que estuvieron hospitalizados poco tiempo y al mismo tiempo utilizaron terapia conductual conseguían aumentar su peso de manera más sólida. Mientras que los pacientes que estuvieron hospitalizados por periodos largos donde se utilizaba el descanso en cama, existía la amenaza de que el paciente no aumentara de peso, pero muestran también ser más eficaces que los programas de hospitalización más estrictos, ya que estos últimos lo que los pacientes ingieren en cada comida o el peso diario se vinculo con los programas de hospitalización privilegiados, se habla de puntos como el tiempo que pasa el paciente fuera de la cama, el tiempo que pasa fuera del hospital –si es que puede salir éste-, autorización para hacer ejercicio físico o sí puede recibir visitas. Es preciso utilizar con mucho cuidado las modalidades consideradas coercitivas en estos pacientes, ya que para ellos el control es de gran importancia.

2. Psicoterapia individual: Los médicos sugieren que durante la realimentación aguda y mientras que se produce el aumento de peso, siempre trae beneficios proporcionar a los pacientes que sufren de anorexia un tratamiento psicoterapéutico individual, donde se le proporcione al paciente explicaciones, elogios por el peso que han ganado, apoyo, animo, entre otros más, esto debe de hacerse durante y posterior al tratamiento –en este caso el de hospitalización-.

Es decir, aquellos pacientes faltos de motivación, las sesiones psicoterapéuticas que utilizan técnicas basadas en incrementar la motivación pueden ser de gran utilidad para aumentar la conciencia y el deseo de recuperación. Pero los intentos de realizar una sesión psicoterapéutica formal en aquellos pacientes que son negativos u obsesivos suelen ser ineficaces, es por esta razón que los médicos sugieren que la psicoterapia como tratamiento único suele ser insuficiente en los pacientes que presentan un grado grave de desnutrición, pero este punto suele ser incierto.

Ningún estudio ha comprobado que la psicoterapia cognitiva-conductual u otras intervenciones psicoterapéuticas específicas sean eficaces en la recuperación nutricional, pero algunos médicos han utilizado modalidades de terapias en grupo como un complemento para el tratamiento de la anorexia, aunque algunos profesionales han encontrado que esta modalidad en la fase aguda del tratamiento sus objetivos suelen ser ineficaces en pacientes con un alto grado de desnutrición ya que pueden tener efectos terapéuticos negativos, ya que entre ellos mismos pueden competir para ser el más delgado o intercambiar técnicas que sean contraproducentes relativas a la simulación del aumento del peso o la ocultación de comida.

Pero cuando se está atendiendo la desnutrición con la cual llegan las pacientes y se inicia el aumento de peso, existe la posibilidad de trabajar con la psicoterapia individual, ya que ayuda a los pacientes a entender: 1) Lo que les ha sucedido; 2) Los antecedentes familiares, culturales y la evolución del trastorno; 3) Que la anorexia es quizás un intento desadaptado de enfrentarse a determinadas situaciones las cuales tiene un desequilibrio emocional y buscan por medio de este trastorno, regularlas; 4) Puede evitar o minimizar los riesgos posibles de un recaída, y 5) Ayuda a abordar en el futuro, los problemas evolutivos

relevantes y otras cuestiones vitales importantes. No hay un peso o un porcentaje de grasa corporal que indique cuando la paciente está lista para iniciar la terapia individual, pero mientras se lleva a cabo las terapias individuales de una manera ya formal, las pacientes suelen presentar una mejoría en su estado de ánimo, en el funcionamiento cognitivo y mayor claridad en los procesos cognitivos –aún antes de conseguir el aumento de peso-.

La psicoterapia cognitivo-conductual es muy utilizada por los médicos ya que fomenta y mantienen las conductas alimentarias saludables, mientras que la psicoterapia cognitiva o interpersonal es utilizada para promover procesos de enfrentamiento más eficaces para la recuperación de este trastorno.

En algunos pacientes a pesar de los intentos de rehabilitación nutricional, medicación y la hospitalización, es posible utilizar medidas psicoterapéuticas más intensivas con el fin de comprometerlos y ayudarlos a encontrar la motivación que necesitan para salir adelante.

3. Psicoterapia familiar: La terapia familiar suele ayudar tanto para reducir síntomas del trastorno así como también para tratar los problemas familiares de relación que contribuyen a que la anorexia siga presente. Ya que los adultos –padres y madres- suelen influenciar en la recuperación de los pacientes, ya que los tratados de terapia familiar demostraron una mejoría un año después de iniciado el tratamiento en terapia familiar a los tratados con la terapia individual.

4. Intervenciones psicosociales basadas en modelos de adicción: Algunos profesionales de la medicina consideran que este trastorno puede tratarse mediante los modelos de adicción, ya que los estudios que se realizaron para comprobar la eficacia de este tratamiento, pero se encontraron algunos problemas, ya que pacientes que han intentado resolver la anorexia mediante programas de 12 pasos pudieron obtener grandes beneficios si lo hubieran tenido ayuda de los procedimientos terapéuticos convencionales como los medicamentos, asesoramiento nutricional o intervenciones psicodinámicas o cognitivas-conductuales, ya que no se obtiene la información nutricional necesaria para este trastorno.

Pero es importante aclarar que de tratamiento no hay datos que avalen la eficacia de estas orientaciones en los pacientes con anorexia.

5. Grupos de autoayuda: Hay grupos de ayuda que están dirigidos a profesionales y a asociaciones implicados en el tema, pues proporcionan tanto a los pacientes como a sus familiares apoyo, consejo e información sobre este trastorno, estos grupos en combinación con las psicoterapias suelen traer beneficios a los pacientes y a su familia. Hoy en día las páginas Web, grupos de noticias y Chat son cada vez más utilizadas por familias de pacientes con anorexia, pero se dispone de una cantidad de valiosa información que la falta de supervisión profesional en algunas de estas, implican errores informativos y dinámicas erróneas por los usuarios, es por eso que los profesionales- especialmente los médicos- deberán conocer si su paciente utiliza este tratamiento como suplemento del que lleva, así como también saber de otros procedimientos alternativos y complementarios, también deben de estar dispuestos estos profesionales a discutir la información que los pacientes han encontrado en estas fuentes.

⇒ Tratamientos farmacológicos.

Los fármacos suelen utilizarse después de la recuperación para mantener el peso y las conductas alimentarias normales, así como también para tratar síntomas psiquiátricos asociados este trastorno.

Ya que los síntomas y ciertas características asociadas a la anorexia, como la depresión pueden ayudar en el aumento de peso, pero las decisiones concernientes al uso de los fármacos suelen aplazarse cuando se ha recuperado el peso. Sabemos que los antidepresivos pueden considerarse como medida para mantener el peso, pero la decisión de utilizarlos y la elección de cuales son, se debe de tomar a partir del conjunto de síntomas residuales, ya que los antidepresivos suelen considerarse en los pacientes con depresión grave, ansiedad o síntomas obsesivos-compulsivos.

Los estudios sobre la utilización de los antidepresivos en la recuperación de peso, son limitados ya que estos fármacos no se administrarán en la fase aguda del tratamiento que siguen los pacientes con un nivel grave de desnutrición.

Por ejemplo un estudio reciente ha demostrado que añadir Fluoxetina al tratamiento de los pacientes hospitalizados con un alto grado de desnutrición no trae grandes beneficios para aquellos pacientes que sufren de este trastorno en lo referente a la velocidad en que se recupere el paciente, sin embargo otro estudio sugiere que la Fluoxetina podría ayudar a algunos pacientes que se resisten a recuperar peso⁶⁸.

Se dice que cuando el paciente ha recuperado su peso y también se ha recuperado de los efectos psicológicos seguidos de la desnutrición, los antidepresivos han demostrado ser útiles en el mantenimiento del peso ya recuperado, ya que la Fluoxetina mostró que los pacientes presentaban una menor pérdida de peso, menos depresión y menos reincidencia en seguir presentado este trastorno. También se ha comprobado que este medicamento altera el apetito y hace que los pacientes de peso normal y en los obesos tratados con dosis altas pierden peso.

En otros estudios que se realizan se demostró que el Citalopram en conjunto con psicoterapia, dio malos resultados en algunos pacientes ya que perdían peso (en kilogramos) en lugar de recuperarlo; mostrando un mejor resultado en aquellos pacientes donde únicamente fueron tratados con psicoterapia, aunque sí perdían peso (cerca de 200 gramos) no era la misma cantidad que perdían en conjunto con el Citalopram, además de que este medicamento ha demostrado tener un riesgo elevado ya que se pueden presentar convulsiones, por lo que este medicamento no debe administrarse a estos pacientes que sufren este trastorno.

⁶⁸ Toro, J. (2001). **Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario.** España: Psiquiatría Editores

Una combinación de Amitriptilina y Ciproheptadina, trajo beneficios a aquellos pacientes que recibieron un tratamiento en el hospital, pero no mostraron ningún efecto beneficioso cuando se agregaba Clomipramina.

Los ISRS suelen considerarse para aquellos pacientes con este trastorno cuando presentan síntomas depresivos, obsesivos-compulsivos y persisten a aumentar de peso o en ausencia de éste.

Hay estudios donde tratan la utilización de otro tipo de fármacos, como los psicotrópicos, por ejemplos, en un estudio el Carbonato de litio y la Pimocida, no mostraron ningún beneficio sustancial, sin embargo se han utilizado algunos otros psicotrópicos en dosis bajas, como los Neurolépticos, que solo se prescriben en casos donde existen síntomas obsesivos, ansiedad e ideas psicóticas, así como también cuando se presentan agentes ansiolíticos, administrándose antes de los alimentos para reducir la ansiedad anticipatorio ante la ingestión de los mismos.

Otros tratamientos como las terapias vitamínicas y hormonales, o la terapia electroconvulsiva no han mostrado ventajas específicas en el tratamiento de este trastorno⁶⁹, pero en algunas ocasiones se utiliza la sustitución de estrógenos en aquellas pacientes con amenorrea crónica para reducir la pérdida de calcio y disminuir los riesgos de osteoporosis⁷⁰, ya que se ha comprobado que la terapia hormonal sustitutiva es marginal para el tratamiento o la prevención de la osteopenia en las mujeres con este trastorno.

Un estudio demostró que la densidad mineral ósea alumbra en mujeres con anorexia que consumieron anticonceptivos era en estas pacientes significativamente más alta que la de las pacientes que no habían recibido suplementos de estrógenos, aunque la densidad mineral ósea de ambos grupos se mantuvo por debajo de lo normal en relación a la edad.⁷¹

⁶⁹ Toro, J. (2001). **Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario**. España: Psiquiatría Editores

⁷⁰ *op.cit*

⁷¹ Citado en: Toro, J. (2001). **Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario**. España: Psiquiatría Editores

La terapia hormonal sustitutiva no mejoró en la densidad de la masa ósea, ya que los efectos de la administración de estrógenos en las mujeres con este trastorno demostró que las pacientes tratadas con estrógenos no mostraron cambios significativos en la densidad de su masa ósea, sin embargo los estrógenos no parecen revertir la osteoporosis o la osteopenia y a no ser que la paciente haya aumentado de peso, no previenen una mayor pérdida ósea, por otro lado la rehabilitación del peso ha demostrado ser un medio eficaz para aumentar la densidad mineral ósea.

Muchos médicos han dicho que los pacientes deprimidos y desnutridos en comparación con los depresivos de peso normal, son más propensos a sufrir efectos secundarios y presentan una respuesta menor a los efectos de los tricíclicos, los ISRS y otros nuevos fármacos depresivos, que son benéficos. Por ejemplo, los tricíclicos pueden asociarse a un mayor riesgo de hipotensión, que la conducción cardiaca sea lenta y arritmias, así como también se debe de tener una vigilancia constante cuando se prescriben éste medicamento en las pacientes bajo de peso y en aquellos que presentan riesgo de suicidio.

Entre varias estrategias para evitar los efectos secundarios se incluyen limitar el uso de fármacos en los pacientes con síntomas de depresión, ansiedad o síntomas obsesivos-compulsivos; así como también utilizar dosis bajas cuando se inicia el tratamiento en pacientes con bajo peso y vigilar la aparición de efectos secundarios, ya que algunos pacientes pueden sufrir efectos cardiovasculares a causa de los medicamentos; y será conveniente realizar una consulta cardiológico para evaluar el estado del paciente y prescribir el mejor uso del medicamento.

1.3 Bulimia

Hasta hace unos años se consideraba que la **Bulimia** era parte de la anorexia, puesto que Abraham, (1996)⁷² menciona que la anorexia se había dividido en dos grupos, el primero es el de aquellas pacientes que siguen un régimen de alimentación para poder perder peso restringiendo rigurosamente su consumo diario de alimentos, mientras que el segundo grupo en el que se dividió la anorexia, es el de los “vomitadores” o “purgadores” consumen más comida cuando se llegaba a presentar un episodio donde sintieran hambre, pero evitan

⁷²Abraham, S. (1996). **Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios**. España: Alianza Editorial,

que el cuerpo lo asimile por medio de provocándose el vomito y/o haciendo uso excesivo de purgantes.

Por esta razón, la Bulimia era menos importante que la Anorexia ya que es hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX cuando a la Bulimia, empieza a ser nombrada como una pequeña parte de los trastornos del comportamiento alimentario de este lapso de tiempo.⁷³

Se tiene conocimiento de los primeros relatos sobre **Bulimia** en los bacanales romanos, donde se preparaban enormes cantidades de comida para grandes banquetes, donde los invitados ingerían cantidades exageradas de comida, para inmediatamente después estimular su garganta con el fin de desechar todo lo que comieron por medio del vomito para vaciar sus estómagos e iniciar nuevamente su glotonería y gula⁷⁴.

La **Bulimia** ha sido definida como un *enorme apetito*, que se caracteriza por la ingesta de comida en cortos periodos de tiempo (*boulimos*), que se relaciona con una patología digestiva acompañada de una intensa preocupación por la comida; también se ha definido como una *afección crónica* que se acompaña de desvanecimientos y/o vómitos después de la ingesta de cantidades enormes de comida⁷⁵

Existen relatos de personajes y grupos sociales en la Europa y el mundo occidental, que plasmaban la existencia de este trastorno, pues se practicaban los atracones y el vómito, ya que en la Edad Media y durante el Renacimiento, el vomito fue una práctica penitenciaría donde el penitente arrobada de está manera sus pecados. Se habla también de que existen muchos relatos donde se hace referencia a conductas muy parecidas pero es aquí cuando se empieza a determinar que la Bulimia es nerviosa, se cree que los vómitos y otras conductas compensatorias (uso de laxantes y diuréticos) que se empezaban a manifestar en este

⁷³ Toro, J. (2001). **Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario**. España: Psiquiatría Editores

⁷⁴ González, R y Pérez C. (2002). **Asociación entre sintomatología de trastorno alimenticio y rasgos específicos de la personalidad**. Tesis de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.

⁷⁵ *op. cit*

trastorno, se empleaban como una forma de evitar el sobrepeso, ya que al igual que la anorexia nerviosa, existe el temor de engordar o subir de peso⁷⁶.

Fue hasta 1940 cuando la **Bulimia Nerviosa** se le empezó a considerar como un síndrome, (y por supuesto se empezó a utilizar el término **nerviosa**), aunque existe reportes de que este trastorno tenía una estrecha relación con la Anorexia Nerviosa, pues aún no se le considera como un síndrome independiente, más bien se creí que era un síntoma de la Anorexia⁷⁷. Ha pasado tiempo y ahora se acepta que la Bulimia es un trastorno separado de la Anorexia, aunque tiene características en común, durante esta parte se encontrara las diferencias que existen entre ambas.

Ya para la década de los setenta, se tiene conocimiento de un trastorno con características de episodios de ingestión incontrolada⁷⁸, y es a finales de esta década y principios de la siguiente cuando a la **Bulimia Nerviosa**, se le reconoce como un trastorno independiente y diferente de la Anorexia, puesto que se encontró que este trastorno no solo se presentaba en aquellas personas que sufrían este último trastorno (anorexia) o que sufría de sobre peso, sino que también la podía padecer aquella persona que se encuentra en peso normal; durante este período se le conoció como *bulimarexia* (propuesto por Boskind-Lodah en 1976); también se le denominó *diety chaos syndrom* (propuesto por Palmer en 1979) y finalmente **Bulimia Nerviosa** por Rusell en 1979⁷⁹.

Surge el mismo punto a tratar cuando se hace referencia a **Bulimia** y **Bulimia Nerviosa**, por lo que en el siguiente apartado, parece ser que se habla de que estos términos son diferentes pero que a la vez presentan características muy similares, pues se define que el término Bulimia es un síntoma que involucra atracones y que no va acompañada de conductas como el vomito inducido, uso de laxantes o diuréticos ni tampoco sienten temor por engordar, mientras que la Bulimia Nerviosa se relaciona con una falta de control sobre

⁷⁶ Aparicio, R. (2001). **Evaluación diagnóstica y conceptual de los trastornos alimenticios: Anorexia y Bulimia Nerviosas.** Tesina de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.

⁷⁷ *op. cit*

⁷⁸ González, R y Pérez C. (2002). **Asociación entre sintomatología de trastorno alimenticio y rasgos específicos de la personalidad.** Tesis de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.

⁷⁹ Aparicio, R. (2001). **Evaluación diagnóstica y conceptual de los trastornos alimenticios: Anorexia y Bulimia Nerviosas.** Tesina de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.

la ingesta de alimentos que termina en “atracones de comida”, que van acompañados de conductas como el vómito provocado, uso de laxantes o diuréticos, ejercicio excesivo para evitar subir de peso.⁸⁰

El siguiente apartado tratará de explicar este punto además de marcar las diferencia que existe entre este trastorno y aquel conocido como *Comedores Compulsivos*, pues por la definición que se dio sobre Bulimia (como termino) ya que menciona características muy similares a las de éste trastorno (*Comedores Compulsivos*), pero como referencia en éste último no hay un temor a subir de peso. Pues bien, como ya se menciona se definirá a continuación el trastorno conocido como Bulimia y por supuesto aquel que también lleva consigo el termino *Nerviosa*.



81

⁸⁰ *op. cit*

⁸¹ Imagen tomada del libro **Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios**. De Alianza Editorial

1.3.1 ¿Qué es la bulimia?

Daniel Foster⁸² en su libro *Principios de Medicina Interna* de Harrison; afirma que la palabra **bulimia**; proviene del griego y significa "hambre de buey"⁸³, mientras que Aparicio (2001)⁸⁴ y González y Pérez (2002)⁸⁵ menciona el termino *Bulimy*⁸⁶ que también proviene del griego, es así como estos últimos autores toman los términos “buey”, “hambre” y “hambre voraz” en latín para definir Bulimia. Por otro lado, el termino *Bulimy* se ha traducido al ingles como *Bringe Eating* (que al español se traduce como *parranda o fiesta alimentaría*)⁸⁷ pero también se ha utilizado el termino *Purging* (ya que se hace referencia al uso de laxantes o diuréticos para purgarse⁸⁸)⁸⁹

La Bulimia es una tendencia a pensar en episodios de voracidad incontrolables (ataques), y del intento de purgarlos con laxantes, pastillas o vómito. Además de que es un desorden alimenticio causado por la ansiedad y por preocupación excesiva del peso corporal y el aspecto físico, se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de provocación del vómito, uso de laxantes, dietas exageradas y/o abuso del ejercicio para controlar el peso. Generalmente se presenta entre los 18 y 28 años de edad y al igual que en la anorexia, el 95% de los pacientes bulímicos son mujeres y el 5% restante son hombres⁹⁰.

Un bulímico lo podemos describir como una persona que siente compulsión por comer grandes cantidades de comida durante un corto periodo de tiempo (normalmente dos horas o menos), al igual que la anorexia, la bulimia suele presentarse más en mujeres además de que comporten muchas características en común, de las cuales hablaremos más adelante,

⁸² Foster, D. (1994). Anorexia y Bulimia. En: Harrison: *Principios de medicina interna*. España: Mc-Hill. Pág. 74

⁸³ **Hambre del buey:** *bous* significa buey y *limos* significa hambre

⁸⁴ Aparicio, R. (2001). **Evaluación diagnóstica y conceptual de los trastornos alimenticios: Anorexia y Bulimia Nerviosas.** Tesina de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.

⁸⁵ González, R y Pérez C. (2002). **Asociación entre sintomatología de trastorno alimenticio y rasgos específicos de la personalidad.** Tesis de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.

⁸⁶ **Bulimy:** Hambre voraz o hambre canina

⁸⁷ Aparicio, R. (2001). **Evaluación diagnóstica y conceptual de los trastornos alimenticios: Anorexia y Bulimia Nerviosas.** Tesina de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.

⁸⁸ **Purga:** es una medicina o un remedio que limpia o purifica el aparato digestivo por medio de las heces fecales o la orina

⁸⁹ Gutiérrez, E. (2002). **Evaluación de la imagen corporal en adolescentes y su asociación con la influencia de los modelos estéticos corporales.** Tesis de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala

⁹⁰ Foster, D. (1994). Anorexia y Bulimia. En: Harrison: *Principios de medicina interna*. España: Mc-Hill. Pág. 74

pero lo que es de llamar la atención es que aquellas personas que sufren este trastorno tienen un peso normal o pueden presentar ser obesas.

Es así como Turón (1997)⁹¹ define que la **Bulimia** se caracteriza porque ya no se tiene control sobre la conducta alimentaria, que acaba por convertirse en episodios de ingesta voraz de grandes cantidades de comida en cortos periodos de tiempo, para culminar con el uso de laxantes o diuréticos o de provocarse el vómito para evitar el aumento de peso.

Debido a estas características, se llega a confundir este trastorno con los *comedores compulsivos*, debido a que estos últimos presentan frecuentes episodios voraces de comida, donde sienten que no pueden parar de comer y se ocultan para hacerlo. Suelen comer demasiado rápido no dejan de comer y durante todo el día, son personas que han estado sometidas a varios regímenes de alimentación y varias dietas que fracasan, además de que sienten culpables y avergonzadas por su falta de control.⁹²

Con estas características nos damos cuenta que tanto la bulimia como los comedores compulsivos son muy similares, pero la diferencia entre estos es que los que sufren del primer trastorno utilizan laxantes o purgantes para desechar todo lo que se comieron, así como también se provocan el vomito y abusan del ejercicio físico. Mientras que los comedores compulsivos, realizan dietas y/o abusan del ejercicio, pero fracasan cuando lo están intentando, además de que en éste trastorno no abusan de laxantes y/o purgantes y no se provocan el vómito, es por éstas últimas características que hay una gran diferencia entre los comedores compulsivos y la bulimia. Ya que el comportamiento bulímico en personas que llevan a cabo dietas exageradas, no llega a producir pérdidas importantes de peso, ya que este trastorno se caracteriza a los vómitos provocados, los cuales llegan a causar problemas gastrointestinales e hipopotasemias⁹³.

Ahora bien, cuando se escucha el termino **Bulimia Nerviosa**, se define como un trastorno de alimentación que se caracteriza por episodios críticos en donde se ingieren cantidades

⁹¹ Citado en Aparicio, R. (2001). Evaluación diagnóstica y conceptual de los trastornos alimenticios: Anorexia y Bulimia Nerviosas. Tesina de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.

⁹² Abraham, S. (1996). **Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios.** España: Alianza Editorial

⁹³ **Hipopotasemias:** que son concentraciones bajas de potasio en sangre graves y lesiones en los dientes debido al ácido del vómito

significativamente grandes de alimento (cantidades que son superiores a las que se podría ingerir en situaciones similares), durante estos episodios se experimentan sensaciones de pérdida de control sobre la ingesta de comida (es importante señalar que no se desea incurrir en “atracones de comida”, pero se cae en ellos, porque no hay control sobre la ingesta)⁹⁴. Una persona que sufre **Bulimia Nerviosa**, puede definir que siente compulsión por comer durante cortos periodos de tiempo (entre dos horas o menos) grandes cantidades de comida⁹⁵.

Dado estas explicaciones, Gutiérrez (2002)⁹⁶ menciona que a la **bulimia nerviosa** se divide en dos tipos (caso similar al de la anorexia nerviosa), el **Tipo Purgativo**: que se caracteriza porque durante la presencia del episodio de Bulimia Nerviosa, se provoca el vómito o uso de laxantes⁹⁷, diuréticos⁹⁸ o enemas⁹⁹ en exceso. Y el **Tipo No Purgativo**: el cual se caracteriza porque se emplean otras conductas como el ayuno o el ejercicio intenso y no se recurre a la provocación del vómito, al uso de laxantes o diuréticos o enemas.

La Bulimia destaca dos puntos muy importantes, la ingesta de comida y el vomito autoinducido (acompañado de unos de laxantes o diuréticos), ¿pero como es la ingesta voraz de comida y a que se refiere el termino vomito autoinducido?. El primer termino se refiere a que se van añadiendo alimentos tras alimentos, de los cuales no se tiene el control y acompañada también por la dificultad de dejar de comer¹⁰⁰, y lo único que lo puede detener es un malestar físico, un dolor abdominal y nauseas.

Mientras que el vómito autoinducido (yo pienso que se entiende mejor provocarse el vomito) para disminuir el malestar físico que el ser humano siente cuando come

⁹⁴ Aparicio, R. (2001). **Evaluación diagnóstica y conceptual de los trastornos alimenticios: Anorexia y Bulimia Nerviosas.** Tesina de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.

⁹⁵ Abraham, S. (1996). **Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios.** España: Alianza Editorial

⁹⁶ Gutiérrez, E. (2002). **Evaluación de la imagen corporal en adolescentes y su asociación con la influencia de los modelos estéticos corporales.** Tesis de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala

⁹⁷ **Laxantes:** Es un medicamento (natural o fármaco) que desecha lo que se ha ingerido por medio de las heces fecales

⁹⁸ **Diuréticos:** El uso de este método desecha lo que se ha ingerido por medio de la orina tomando grandes cantidades de líquidos

⁹⁹ **Enemas:** Es un medicamento que funciona como laxante para limpiar las heces fecales del intestino grueso

¹⁰⁰ *op. cit*

compulsivamente o manifiesta su gran preocupación por su peso (pensar obsesivamente en su peso y la forma de su cuerpo), y cual es la mejor forma que tienen las personas que sufren de este trastorno para poder perder y controlarlo, pues es como ya mencionamos provocarse el vomito, usando laxantes y otros cuantos intentan controlar y perder peso por medio de dietas, pero como hemos visto en este punto siempre fracasan, ya que este trastorno se caracteriza por la manera excesiva de comer y no poder controlar su manera de comer, pues lo siguen haciendo y para no sentirse culpables hacen todo lo que hemos mencionado.

Hay que hacer un paréntesis aquí, ya que se ha menciona la presencia de **episodios de Bulimia Nerviosa o de episodios bulímicos**, puesto que es un termino de suma importancia es importante que se defina este termino, pues forma parte de la definición de este trastorno. Pues bien, sabemos que la *bulimia* se destaca por la ingesta episódica, descontrolada y compulsiva en grandes cantidades de alimento en un periodo corto de tiempo, pero cuando se habla de ingesta episódica hay un alto contenido de calorías, de las que normalmente se debe consumir, pues cuando estos episodios de ingesta se presentan siempre son de manera secreta que se convierte en un circulo vicioso, con una actitud rebelde que después de comer compulsivamente se presentan sentimientos de culpa y angustia¹⁰¹, sentimientos que como hemos revisado hacen que se aquellas mujeres que sufren este trastorno se purguen, ya sea provocándose el vomito y/o utilizan de manera exagerada laxantes y/o diuréticos.

Esta figura muestra cuales son los componentes que forman parte de un episodio bulímico, el cual hace que este trastorno se convierta en un círculo vicioso, ya que el Stress y todo lo que conlleva él mismo, conduce a la paciente bulímica a que se sienta triste, su baja autoestima esté siempre presente, además de que está siempre preocupada por su figura, haciendo que está persona viva episodios de tensión e inquietudes.¹⁰²

¹⁰¹ Corona, A (1998). **EL gobierno del cuerpo: Tecnologías disciplinarias y administración dietética**. En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Núm. 1 pp. 3-14

¹⁰² Abraham, S. (1996). **Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios**. España: Alianza Editorial pp 127

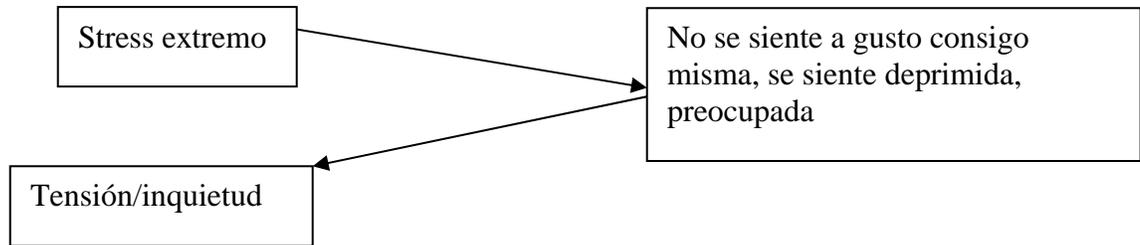


Figura 1. Menciona los componentes del porque puede aparece de un episodio de bulimia.

Este trastorno se presenta en especial en las adolescentes, pues se debe a diferentes mecanismos psicológicos y el más obvio es la respuesta que se ejerce sobre la que la presión social que valora la delgadez, pues se considera como atractivo físico y las dificultades para asumir un cuerpo sexuado.

Por lo que las características¹⁰³ más comunes que presenta este trastorno son:

- ⊗ Mantienen un peso normal.
- ⊗ Conflictivas
- ⊗ Son desorganizadas
- ⊗ Miedo a ser obesos.
- ⊗ Tristeza y síntomas de depresión
- ⊗ Estados de ánimo depresivos en situaciones estresantes
- ⊗ Alteraciones de sueño.
- ⊗ Extrema vigilancia de su peso y figura corporal.
- ⊗ Tiende a ser más exigirse más de su persona
- ⊗ Toman decisiones rápidas
- ⊗ Su forma de actuar es impredecible pero controlada
- ⊗ Atracones a escondidas, donde se desvanece su inquietud y tiene una sensación de libertad
- ⊗ Se encuentran en estados de tensión y son inquietas.
- ⊗ Temen que los atracones a escondidas pueden causar una ganancia de peso

¹⁰³ González, R y Pérez C. (2002). Asociación entre sintomatología de trastorno alimenticio y rasgos específicos de la personalidad. Tesis de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.
www.anorexiaybulimia.htm



- ⊗ Vómito inducido, que se asocia a una disminución de la tensión
- ⊗ Sentimientos de culpabilidad por inducirse el vómito y por episodios voraces de comida
- ⊗ Uso excesivo de laxantes y diuréticos.

- ⊗ Caída del cabello.



- ⊗ Pérdida del esmalte dental, debido a los efectos del ácido del vómito sobre los dientes.
- ⊗ Caries dentales producidas por el ácido del vómito

- ⊗ Trae consecuencias fatales que desencadena problemas cardiacos

Además este trastorno se caracteriza por la ingestión rápida de gran cantidad de alimentos, la culpabilidad provocada por el abuso al comer y la autoinducción al vómito, se utilizan en forma indiscriminada laxantes y diuréticos y el ejercicio excesivo también se presenta, debido a que estos jóvenes tienen pavor a subir de peso, también es característico que durante mucho tiempo ellos nieguen estas conductas. Los alimentos que se consumen cuando se sufre de este trastorno, son aquellos que contienen grandes cantidades de carbohidratos, así como altos en grasas y proteínas¹⁰⁴.

La Bulimia aparece y se mantiene por tres factores que González y Pérez (2002)¹⁰⁵, mencionan que dichos factores son: Factores predisponentes, Factores precipitantes y Factores de mantenimiento) mientras que Marsellach (1998)¹⁰⁶, menciona otros dos tipos factores: Factores pertenecientes a la historia familiar y Factores pertenecientes a la historia personal. Los tres factores que se menciona en primer lugar son:

¹⁰⁴ Abraham, S. (1996). **Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios**. España: Alianza Editorial

¹⁰⁵ González, R y Pérez C. (2002). **Asociación entre sintomatología de trastorno alimenticio y rasgos específicos de la personalidad**. Tesis de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.

¹⁰⁶ Marsellach, G. (1998). **La anorexia y la bulimia**. En: www:\La Anorexia y la Bulimia.htm

☼ **Factores predisponentes:** Se menciona el exceso de peso, el ayuno, baja autoestima, perfeccionismo, personalidad caótica y conflictos familiares, como factores que manifiestan la presencia de este trastorno. Ya que este trastorno tiende a aparecer en mujeres con peso corporal normal, en algunas de ellas existen antecedentes de obesidad además de una negación al hecho de aumentar el peso. En la mayoría de los casos se ha encontrado que la relación de las madres de aquellas personas sufren este trastorno es distante, además de que son muy exigentes con ellas, además de que entre los miembros de esta familia no hay comunicación, existen comentarios negativos, así como desorientación y confusión, por estas razones no hay actividades recreativas.

☼ **Factores precipitantes:** Factores como situaciones estresantes, trastornos emocionales, restricción de alimentos y antecedentes de anorexia nerviosa, son factores que entran en esta categoría; ya que la personalidad de estas pacientes se define como impulsiva, depresiva, además de que pueden cometer actos suicidas. Tiene sentimientos de gran necesidad de aceptación por las demás personas, además de que sufren de frustración.

☼ **Factores de mantenimiento:** Se habla de dietas, conductas anormales sobre la alimentación, episodios de ansiedad y negativa hacia la imagen corporal, ya que todo esto tiene que ver con las distorsiones cognitivas además de que se presentan sentimientos de culpabilidad por el exceso de comida, además de sentir miedo al aumento de peso.

Por otro lado Marsellach (1998) hace referencia dos tipos de factores, que al igual que los tipos de factores manejaron en un principio tienen características muy similares, estos factores son:

☼ **Factores pertenecientes a la historia familiar:** presencia de trastornos afectivos entre familiares, abuso de sustancias, obesidad y gran preocupación de los padres por el peso y la figura de la hija.

☼ **Factores pertenecientes a la historia personal:** presencia de trastorno afectivo, obesidad, abuso sexual y diabetes mellitus. Determinados rasgos de personalidad y presencia de ideas sobrevaloradas sobre la figura y el peso.

Hasta ahora se ha abarcado todo lo referente a la definición, características, el por qué puede aparecer este trastorno y las diferencias que existe entre la Bulimia y la Bulimia Nerviosa, pero es importante también mencionar cuáles son las complicaciones físicas que se presentan en este trastorno, por lo que el siguiente apartado cumple con este objetivo, mencionando el cuadro

clínico y las complicaciones físicas, así como un listado sobre las mismas que sirve de complemento para entender las consecuencias que trae consigo este trastorno.

1.3.2 Cuadro clínico de la Bulimia

El cuadro clínico que presentan aquellas personas que sufren de bulimia se muestran en este cuadro:

| CARACTERÍSTICA | CUADRO |
|--|--|
| Sexo dominante | Mujeres |
| Método de control de peso | Vómito, Laxantes Diuréticos |
| Ingestión desmedida de comida | Invariables |
| Peso al establecer el diagnóstico | Casi normal |
| Ejercicio ritualizado | Frecuente |
| Amenorrea | 50% |
| Conducta antisocial | Frecuentes |
| Alteraciones cardiovasculares <i>Bradycardia</i> ¹⁰⁷ <i>Hipotensión</i> ¹⁰⁸ | Raras |
| Alteraciones cutáneas <i>Hirsutismo</i> ¹⁰⁹ <i>Sequedad</i> ¹¹⁰ <i>Carotinemia</i> ¹¹¹ | Raras |
| Hipotermia ¹¹² | Rara |
| Edemas ¹¹³ | +/- |
| Complicaciones clínicas | Hipopotasemia ¹¹⁴ Arritmias cardíacas ¹¹⁵ Aspiración del contenido gástrico ¹¹⁶ Ruptura esofágica o gástrica. ¹¹⁷ |

Cuadro 7. Menciona las características físicas que presentan las bulímicas.

¹⁰⁷ **Bradycardia:** Frecuencia cardíaca disminuida por debajo de 60 latidos por minuto

¹⁰⁸ **Hipotensión:** cifras tensionales por debajo del límite inferior; menos 110 para la distólica y menos 70 para la astólica

¹⁰⁹ **Hirsutismo:** Estado en el cual hay crecimiento de vello facial en cara

¹¹⁰ **Sequedad:** Es cuando la piel carece de humedad

¹¹¹ **Carotinemia:** Aumento de Betacarotemas o Vitamina A en la sangre, que se manifiesta como coloración o pigmentación en la piel de color naranja.

¹¹² **Hipotermia:** Disminución de la temperatura normal del cuerpo

¹¹³ **Edema:** Acumulación de líquidos en la piel frecuentemente en los miembros inferiores.

¹¹⁴ **Hipopotasemia:** Grandes concentraciones de potasio en la sangre

¹¹⁵ **Arritmias cardíacas:** Alteraciones en los latidos del corazón, siendo éstas ya sean lentas o rápidas

¹¹⁶ **Aspiración del contenido gástrico:** Consumo del jugo gástrico que produce el estómago

¹¹⁷ **Ruptura esofágica o gástrica:** Se puede llegar a presentar el rompimiento del esófago

Al igual que en lo anterior, el siguiente listado pretende explicar a fondo las complicaciones clínicas que presentan aquellas pacientes que sufren *bulimia*¹¹⁸, ya que:

- ◆ Durante un episodio bulímico, la mayoría de las mujeres se sienten “infladas” o “llenas” y algunas de ellas tiene hinchados las manos y los pies
- ◆ Cuando terminan de comer, empiezan a sentir dolor de cabeza y cansancio
- ◆ Presentan náuseas y dolores abdominales
- ◆ Cuando se autoinduce el vómito, éste es provocado introduciendo los dedos de la mano o una cuchara por la garganta, pero cuando esto se vuelve costumbre logran conseguirlo por medio de una fuerte contracción del diafragma y de los músculos abdominales
- ◆ Un episodio bulímico puede constar de seis a diez veces que se autoinduce el vómito y puede durar de 5 a 30 minutos cada episodio.
- ◆ El uso de laxantes afecta al intestino grueso, debido a que provoca que el intestino se vacíe cuando la energía es obtenida por el intestino delgado.
- ◆ La función de los laxantes acelerar el proceso de la defecación
- ◆ El uso de la diuréticos causan una deficiencia potásica
- ◆ Cuando se utiliza los diuréticos solo se libera el agua y los electrolitos del cuerpo no tienen ningún efecto sobre la eliminación de la grasa almacenada.

Este apartado, además de que cumplir con el fin que se menciona en un principio, también cumple con otro objetivo, el cual se refiere a los criterios para diagnosticar este trastorno, por lo que lo que se mencionó anteriormente sirve de parámetro a primera vista para realizar un diagnóstico más preciso y certero, por lo que el siguiente apartado menciona los criterios para diagnosticar este trastorno.

1.3.3 Criterios para poder diagnosticar a la Bulimia

En 1980, la Asociación Norteamericana de Psiquiatría en el DSM-III, formula que uno de los criterios para el diagnóstico de la Bulimia, es que los *episodios bulímicos no se deben a la anorexia o a ningún trastorno físico conocido*.

¹¹⁸ Abraham, S. (1996). **Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios**. España: Alianza Editorial

Al igual que la Anorexia, se habla de ciertas características para poder diagnosticar este trastorno alimenticio, las cuales son¹¹⁹:

- A. Preocupación por la comida, ansias irresistibles por el alimento y repetidos episodios de ingesta excesiva.
- B. Recursos destinados a contrarrestar los efectos “engordantes” de la comida.
- C. Una psicopatología que se parece mucho a la que presenta la anorexia, es decir una psicopatología caracterizada por un temor mórbido a engordar.
- D. Un episodio previo o críptico¹²⁰ de anorexia.

Es así como, al igual que los criterios para el diagnóstico de la Anorexia se habla del ICD-10¹²¹ en su versión de 1986, 1992 de la Organización Mundial de la Salud, del DSM-III-R (1987)¹²², y lo que se menciona en el DSM-III-R, tomado de “*Principios de Medicina interna*; de Harrison¹²³, así como también los criterios que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, APA 1994)¹²⁴ así como los criterios para diferir de que tipo de Bulimia se está diagnosticando (ya sea de tipo purgativo o no purgativo)¹²⁵. Los cuales se presentaran en el orden que aquí se menciona.

⇒ **ICD-10 (1986, 1992).**

Al igual como se mencionó en este apartado cuando se trató el tema de la Anorexia, para este criterio se mencionan dos versiones en orden cronológico, de la misma manera el siguiente cuadro trata de explicar este criterio:

¹¹⁹ Herscovici, C. y Bay, L. (1990). **Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía.** México: Piados

¹²⁰ **Críptico**, se define como una pérdida de peso de 3 a 5 kilos, aunque sea transitoria y la ausencia de tres períodos menstruales, que pueden ser indicares de una sensibilidad previa al tamaño corporal.

¹²¹ El criterio ICD-10 en su versión de 1986, fue tomado de Herscovici, C. y Bay, L. (1990) *op cit*, mientras que el criterio ICD-10 en su versión más reciente de 1992, es tomado de Aparicio, R. (2001). **Evaluación diagnóstica y conceptual de los trastornos alimenticios: Anorexia y Bulimia Nerviosas.** Tesina de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala

¹²² Herscovici, C. y Bay, L. (1990). **Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía.** México: Piados

¹²³ Foster, D. (1994). Anorexia y Bulimia. En: Harrison: *Principios de medicina interna*. España: Mc-Hill. Pág. 74

¹²⁴ Gutiérrez, E. (2002). **Evaluación de la imagen corporal en adolescentes y su asociación con la influencia de los modelos estéticos corporales.** Tesis de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala

¹²⁵ Toro, J. (2001). **Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario.** España: Psiquiatría Editores

| ICD-10 (1986) | ICD-10 (1992) |
|--|--|
| <p>a. Hay una persistente preocupación por el comer, ansias irresistibles por el alimento y el paciente sucumbe a episodios de ingesta excesiva en donde se consumen grandes cantidades de alimento en breves períodos de tiempo.</p> | <p>a) Una preocupación continua por el deseo de comer, puesto que el enfermo termina por rendirse ante ellos, presente episodios de ingesta durante los cuales se consume grandes cantidades de alimento en periodos cortos de tiempo.</p> |
| <p>b. El paciente intenta contrarrestar los efectos engordantes de la comida por medio de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vómitos autoinducidos - abuso de purgantes - periodos alterantes de de inanición - uso de drogas como inhibidores del apetito, ya sean preparados tiroideos o diuréticos | <p>b) La persona que sufre de este trastorno intenta contestar los efectos del aumento de peso debido a la ingesta desmedida de comida, utilizando métodos como el vómito autoinducido, abuso de laxantes, periodos de ayuno, así como consumo de medicamentos supresores del apetito como diuréticos o medicamentos para tratar problemas en la tiroides.</p> |
| <p>c. La psicopatología consiste en el terror mórbido a la gordura y la paciente establece para sí un umbral de peso rígido notablemente inferior a su peso premórbido, y prosigue a considerarlo su peso óptimo sano.</p> | <p>c) Debido a la presencia del miedo por engordar cuando se sufre de este trastorno, la persona con Bulimia se fija una meta para poder bajar de peso por debajo del que tenía antes de presentar este trastorno, además de que no se tienen antecedentes de anorexia nerviosa.</p> |
| <p>d. Con frecuencia –no siempre- existe un episodio previo de anorexia, y el intervalo va desde algunos meses a varios años, este episodio puede haberse manifestado claramente o puede haber tomado una forma menor y críptica con una moderada pérdida de peso y/o una fase transitoria de amenorrea.</p> | |

Cuadro 8. Menciona las dos versiones del diagnóstico ICD-10

⇒ **DSM-III-R (1987).**

Los criterios que el DSM-III-R hace referencia, aclara que para poder afirmar que una persona presente este trastorno presenta:

- a. Episodios recurrentes de atracones, es decir, rápido consumo de comida en un período de tiempo discreto, generalmente menos de dos horas.
- b. Un terror a no poder parar de comer durante los atracones de comida.
- c. Embarcarse regularmente en vómitos autoinducidos, uso de laxantes o dieta rigurosa o ayuno para contrarrestar los efectos del atracón.
- d. Un promedio mínimo de dos episodios de atracones por semana durante por lo menos tres meses.
- e. Preocupación exagerada y persistente por la forma corporal y el peso.

⇒ **DMS-III de Principios de Medicina Interna**

Según el DSM-III, para el diagnóstico de la bulimia, se debe tomar en cuenta que se presentan:

| BULIMIA |
|---|
| Episodios repetitivos de voracidad |
| Sensación de no tener dominio sobre el acto de comer durante los episodios de voracidad |
| Afición a provocarse el vómito con regularidad, a usar laxantes o diuréticos, a ayunar o llevar dietas rígidas, o a realizar ejercicio intenso para evitar engordar |
| Dos episodios de voracidad por semana durante mínimo 3 meses |
| Preocupación excesiva y constante sobre la forma y el peso corporal. |

Cuadro 9. Muestra los criterios del diagnóstico DSM-III de **Principios de medicina interna**

⇒ DSM-IV

El DSM-IV, es la versión más reciente para diagnosticar la presencia de la Bulimia, mencionando cinco criterios así como las características para definir de qué tipo de Bulimia se está diagnosticando:

| CRITERIOS | DESCRIPCIÓN |
|--------------------------|---|
| A | Presencia de atracones recurrentes o episodios de sobreingesta que se caracteriza por: (1) Entre un episodio de comida y otra hay un corto periodo de tiempo (por ejemplo 2 horas), donde se conducen grandes cantidades de comida superiores a las que la mayoría de las personas puede consumir en situaciones similares o bajo circunstancias muy parecidas. (2) Sensación de pérdida de control durante episodios alimenticios, como sensaciones de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está consumiendo |
| B | Presencia de conductas compensatorias inapropiadas que se repiten, con el fin de ya no ganar peso como el vómito; el uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos: ayuno y ejercicio excesivo. |
| C | Los atracones o la sobreingesta de alimento así como las conductas compensatorias inapropiadas, ocurren en promedio dos veces ala semana como mínimo durante un período de tres meses. |
| D | La autoevaluación está exageradamente influenciada por el peso y la figura corporal. |
| E | La alteración de la imagen corporal no aparece exclusivamente en el transcurso de la presencia de Anorexia Nerviosa |
| TIPO | |
| Tipo Purgativo | Existe el antecedente de que durante el episodio de Bulimia Nerviosa, el individuo se provoca el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso |
| Tipo No Purgativo | El episodio de Bulimia Nerviosa existe el antecedente de que el individuo utiliza otro tipo de conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse ni el uso de laxantes , diuréticos o enemas en exceso. |

Cuadro 10. Menciona los criterios para realizar el diagnóstico por medio del DSM-IV.

Cuando se ha detectado que alguien sufre de alguno de estos trastornos es importante que se siga un tratamiento específico para cada uno, por esta razón es importante tener claro cuales son las características que presentan para poder elegir el tratamiento adecuado para cada uno de los trastornos; por lo que la cuarta y última parte de este capítulo pretende mencionar cuales son los tratamientos y los resultados que durante mucho tiempo se han utilizado para beneficiar en su salud física y mental aquellas personas que sufren alguno de estos trastornos.

La mayor parte de los estudios únicamente analizan la eficacia de los tratamientos que hacen referencia a los síntomas de los trastornos alimenticios, pero no hay un análisis de los tratamientos donde también hagan referencia a las características asociadas como los cambios en el estado de ánimo, trastornos de la personalidad, ansiedad, entre otras muchas¹²⁶. Veamos lo referente a nuestros temas.

Para elegir el tratamiento específico cualquiera de estos dos trastornos alimenticios, debemos tener en claro cuales son los objetivos de dicho tratamiento, donde se debe de incluir el restablecer un peso saludable, tratar las complicaciones físicas, aumentar la motivación de los pacientes para que cooperen en el restablecimiento de los patrones de conducta sanos y que participen en el tratamiento, darle información sobre nutrición y patrones alimentarios saludables; corregir las ideas, actitudes y sentimientos desadaptados con el trastorno alimentario; tratar los trastornos psíquicos adecuados, conseguir el apoyo familiar y suministrar orientación y terapia familiares cuando proceda y prevenir las recaídas.

De la misma forma que se ha estado llevando este capítulo, se mencionan los tratamientos y los resultados que han encontrado de estos trastornos de manera alfabética.

¹²⁶ Toro, J. (2001). **Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario**. España: Psiquiatría Editores

1.3.4 Tratamientos y Resultados en la Bulimia

Las estrategias para el tratamiento de la bulimia –al igual que las estrategias de la anorexia– mencionan tres tipos de tratamiento, pero primero hay que mencionar cuales son las necesidades que las pacientes que sufren de Bulimia presentan, por lo que el siguiente cuadro pretende cumplir este punto, para posteriormente mencionar cuales son las características que presentan los tratamientos que aquí se mencionan y discutir si es que éstos cubren las necesidades que presentan el cuadro:

| LAS NECESIDADES DE LA BULIMICAS¹²⁷ |
|--|
| Estar motivadas para recuperarse |
| Aprender que es innecesario seguir un régimen |
| Aprender que la mayoría de los alimentos pueden ser consumidos en cantidades moderadas sin producir un cambio dramático del peso |
| Comer tres comidas al día |
| Cesar los vómitos y las purgas |
| Comprender que los deseos de hacer comer compulsivamente puede persistir durante muchos veces |
| Encontrarse con el terapeuta cada semana o cada dos semanas para planificar las comidas durante el período siguiente |
| Dejar de dividir la comida en “buena” y “mala” |

Cuadro 11. Muestra las necesidades que presentan las bulímicas, antes de empezar un tratamiento.

⇒ **Rehabilitación nutricional**

Reducir los episodios de atracones y purgas son los objetivos principales del tratamiento de la bulimia, ya que la mayoría de los pacientes que sufren este trastorno tiene un peso normal puesto que el recuperar peso no un objetivo terapéutico.

Algunos pacientes que sufren de bulimia que tienen un peso más bajo de los niveles de regulación ponderal determinados biológicamente, pueden ser importante que aumenten de peso para lograr la estabilidad psicológica y emocional, ya que estos pacientes requieren un

¹²⁷ Abraham, S. (1996). **Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios**. España: Alianza Editorial, pp 141

patrón de comida regular –sin atracones- donde se incremente la ingesta calórica y se diversifique la selección de nutrientes.

La rehabilitación nutricional puede utilizarse para cumplir distintos objetivos, como: reducir las conductas relativas a este trastorno, minimizar la restricción de los alimentos, aumentar la variedad de alimentos ingeridos y fomentar el ejercicio físico saludable -no en exceso-. También hay programas terapéuticos que incluyen asesoramiento y organización de dietas balanceadas como parte de estos programas, trayendo resultados más eficaces que aquellos que no incluyen esta última parte.

⇒ Tratamientos Psicosociales

En este tipo de tratamientos lo que se pretende hacer es: reducir y/o eliminar los episodios de atracones y conductas purgativas, mejorar aquellas conductas relativas a este trastorno, minimizar la restricción de los alimentos, fomentar el ejercicio físico saludable sin exceso del mismo, tratar las características clínicas asociadas a este trastorno (como la formación de la identidad, preocupaciones de la imagen corporal, subir el autoestima en áreas ajenas relacionadas con el peso y la silueta, problemas sexuales y de agresividad, regulación en el estado de ánimo, expectativas del papel genérico, disfunción familiar, estilos de enfrentamiento y resolución de problemas). A diferencia de la anorexia, los tratamientos psicosociales específicos para la bulimia son 4:

1. Psicoterapia individual: La *psicoterapia cognitiva-conductual* es la que mejor resultados ha obtenido, ya que ha podido reducir en algunos pacientes los episodios de atracones, el provocarse el vómito y el uso de laxantes en algunos pacientes que recibieron este tipo de tratamiento; sin embargo no logró reducir en un porcentaje muy pequeño de las conductas conjuntas de atracones/purgas.

Se recomienda que las intervenciones de este tipo sean periodos cortos, 20 sesiones individuales en 16 semanas, con visitas programadas semanalmente durante las primeras 4 semanas.

Y se sugiere también la posibilidad de utilizarse dentro de la terapia cognitiva-conductual, manuales de autoayuda en conjunto con algunos fármacos, pero estas técnicas no se han desarrollado lo suficiente para recomendar su utilización como estrategia terapéutica principal.

Durante la práctica se emplean otros tipos de *psicoterapia individual* como la psicoterapia interpersonal, la orientada psicodinámica o la que está orientada básicamente al psicoanálisis, ya que estas orientaciones son útiles en el tratamiento de los trastornos relacionados a el estado de ánimo, ansiedad, personalidad, interpersonales y los relacionados con traumas y/o abusos que acompañan frecuentemente a este trastorno.

La terapia conductual, empleando procedimientos de exposición de alimentos; en conjunto con la prevención de la respuesta, empleando la inhibición del vómito después de comer, se ha considerado como un tratamiento con resultados positivos en la bulimia cuando únicamente se ha utilizado de forma complementaria, ya que la exposición de los alimentos no parece lograr mayores beneficios, que los obtenidos por un programa de terapia cognitiva-conductual.¹²⁸

Fairburn y algunos colaboradores (1993)¹²⁹, compararon a la *terapia cognitiva-conductual*, con la psicoterapia interpersonal y la terapia conductual demostró que existen tres modalidades que eran eficaces para reducir los síntomas de los episodios de atracones, mientras que la terapia cognitiva-conductual fue la más eficaz en lo referente a la mejora de actitudes alteradas respecto a la silueta, el peso y la dieta restrictiva.

2. Psicoterapia de grupo: En el tratamiento de la bulimia también se han utilizado las intervenciones de terapias en grupo, ya que se incluyen programas de rehabilitación y tratamiento dietéticos, son más eficaces que los que no los incluyen¹³⁰, así como también las visitas al inicio de cualquier tratamiento para este trastorno y que sean frecuentes dan

¹²⁸ Toro, J. (2001). **Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario.** España: Psiquiatría Editores

¹²⁹ Citados en: Toro, J. (2001). *op.cit*

¹³⁰ *op. cit*

lugar a mejores resultados, ya que muchos profesionales de la medicina prefieren una combinación de psicoterapia individual y de grupo¹³¹.

La terapia en grupo ayuda también a los pacientes a fomentar con mayor eficacia la vergüenza que rodea al trastorno, además de que proporcionan una rehabilitación y apoyo adicionales a través de otras personas que sufren este trastorno y que están dentro de este grupo.

3. Terapia familiar y conyugal: La terapia familiar únicamente debe utilizarse en aquellos pacientes que todavía viven con sus padres, en pacientes de más edad que mantienen interacciones conflictivas con sus progenitores y en pacientes que tiene conflictos conyugales.

Por ejemplo en el caso donde las madres son las que sufren de este trastorno, el programa terapéutico tendrá que incluir cierta ayuda para las funciones parentales, así como intervenciones destinadas a evaluar y a ayudar a sus hijos¹³².

4. Grupos de apoyo/programas de 12 pasos: Los programas de 12 pasos no incluyen consideraciones nutricionales ni abordan tampoco los complejos de déficit psicológicos/conductuales de tales pacientes, puesto que el papel de estos programas como intervención única en el tratamiento de la bulimia suele ser controvertido. Los programas de 12 pasos u otras intervenciones centradas en la necesidad de abstinencia, no prestan atención a consideraciones nutricionales que no son recomendables como intervención única en el tratamiento de este trastorno.

Dado que existen una gran variedad de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas entre los distintos manuales y entre los distintos especialistas con respecto a los trastornos alimenticios y su tratamiento psicoterapéutico y médico, así como los diferentes trastornos médicos, estructuras de personalidad y sensibilidad a las prácticas contraterapéuticas, los

¹³¹ *op.cit*
¹³² *op. cit*

profesionales de la medicina deben controlar cuidadosamente la participación de los pacientes en estos programas.

A veces las pacientes presentan dificultades ante determinados elementos de los tratamientos psicosociales, ya que algunos pacientes que reciben terapia cognitiva-conductual ya que muchos de ellos muestran una resistencia inicial a modificar sus conductas alimentarias cuando les corresponde incrementar su ingesta calórica o a reducir el ejercicio físico, sin embargo no se muestra un rechazo absoluto al tratamiento.

Las estrategias para afrontar los posibles efectos negativos de las intervenciones psicoterapéuticas se incluyen la evaluación minuciosa antes del tratamiento, donde el terapeuta debe evaluar y mejorar el nivel de motivación para modificar la actitud del paciente e identificar quienes son los candidatos apropiados para un tratamiento individual o frente a un grupo; se incluyen también estrategias para ponerle atención aquellas reacciones y actitudes del paciente respecto al tratamiento que se está proponiendo, así como dentro de esto se incluye el escuchar y discutir las preocupaciones del paciente; se habla también de estrategias para identificar la calidad de las relaciones terapéuticas; y finalmente se incluyen estrategias para identificar aquellos pacientes quienes deben tener tratamientos complementarios o tratamientos previos a la psicoterapia como el uso de laxantes. Es posible que se requieran de otras estrategias alternativas para avanzar en el proceso terapéutico.

⇒ **Tratamientos farmacológicos**

Al igual que la anorexia, los fármacos –principalmente los antidepresivos- se administran para reducir las conductas alimentarias alteradas como los atracones y las vómitos. De la misma manera, los fármacos se utilizan para aliviar síntomas que pueden acompañar a estas conductas, tales como la depresión, ansiedad, obsesiones u otros síntomas compulsivos, así como también los antidepresivos muestran una mejoría en aquellos pacientes que sufren de trastornos afectivos.

Los antidepresivos que han demostrado grandes resultados son aquellos que incluyen compuestos tricíclicos como la Imipramina, Desiprimina y Amitriptilina (La Amitriptilina trae consigo el aumento de peso), enfocados únicamente al estado de ánimo y no para tratar las variables alimentarias; mientras que la Fluoxetina -que es un ISRS-, la Fenelcina, Isocardioxina y Brofaramina –estos tres últimos están dentro de los IMAO-, son utilizados para desaparecer los vómitos y no para desaparecer los atracones, han traído estos resultados. Otros antidepresivos como la Mianserina, Trazodona y el Bupropión, también son utilizados para el tratamiento farmacológico de la bulimia (sin embargo, el último antidepresivo mencionado, está asociado a convulsiones en pacientes que utilizaban laxantes para purgarse, por lo que no se recomienda su uso en estos pacientes). El único fármaco que puede ser el apropiado para tratar la bulimia es la Fluoxetina, afirmación hecha por la *Food and Drug Administration*¹³³, ya que ha demostrado ser un medicamento que evita las recaídas, pero también trae algunos efectos secundarios como el Insomnio, Náuseas y Astenia

Los antidepresivos tricíclicos traen consigo efectos secundarios habituales como la sedación, el estreñimiento, boca seca; la sobredosis de los antidepresivos tricíclicos puede provocar la muerte, por lo que los médicos están obligados a no prescribir estos medicamentos en pacientes con tendencias suicidas.

En algunos pacientes se requieren estabilizadores de ánimo y el Carbonato de Litio resulta no ayudar en esta cuestión, ya que los niveles de Litio pueden variar considerablemente con los cambios de volumen, tanto el Carbonato de Litio y el Ácido Valproico suelen producir aumentos indeseables de peso. La selección de los estabilizadores de estado de ánimo que evite estos problemas puede mejorar el cumplimiento de las instrucciones y la eficacia del tratamiento.

¹³³ Mencionada en: Toro, J. (2001). **Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario**. España: Psiquiatría Editores

Las dosis de los antidepresivos tricíclicos e IMAO para tratar a estos pacientes que sufren este trastorno, son semejantes a los antidepresivos para tratar a pacientes que sufren depresión. La Fluoxetina puede ser más eficaz para los síntomas bulímicos, administrada en dosis más altas que las utilizadas para la depresión (60-80 mg/día). Este fármaco es sorprendentemente bien tolerado en esta dosis, muchos médicos inician el tratamiento de la bulimia con Fluoxetina administrando la dosis más alta, reduciendo la dosis si se presentan efectos secundarios.

Otro fármaco utilizado para la bulimia es la Fenfluramina, pero se ha retirado del mercado por asociarse con alteraciones valvulares cardíacas¹³⁴, si se combina con la Fentermina.

Los síntomas básicos como atracones y purgas, así como las actitudes relativas a este trastorno, generalmente responden mejor a la terapia cognitiva-conductual que a la farmacoterapia, muchos médicos experimentados afirman que la terapia cognitiva-conductual no es tan útil como –según ellos- describen las investigaciones.

Es así como este capítulo básicamente consta en tratar de definir y comprender lo que se conoce como un trastorno de alimentación y tener una visión más amplia y comprender lo que es la Anorexia y la Bulimia, es así; como un trastorno de la alimentación se define como una alteración psicológica donde existen anormalidades en el comportamiento de la ingesta; se habla de que en la base de estos trastornos se halla una alteración psicológica, además de que son graves trastornos que afectan más a mujeres ya que a veces llegan a presentar una baja autoestima, miedo a ser rechazadas o despreciadas por el peso, puesto que los trastornos alimenticios se han vuelto un tipo de moda y se atribuye el que la apariencia física y la preocupación por peso del cuerpo, sean factores importantes en las mujeres un poco más maduras crean que el cuerpo perfecto es sinónimo de éxito, felicidad y salud.

¹³⁴ *op. cit.*

La Anorexia y la Bulimia comparten varios síntomas en común: uno de ellos es el de desear una imagen corporal perfecta y distorsionar la realidad frente al espejo, una de las causas por lo que esto ocurre; es porqué en las últimas décadas el ser físicamente perfecto se ha convertido en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas y en una meta impuesta por nuevos modelos de vida en los que el aspecto parece ser el único sinónimo válido de éxito, felicidad e incluso salud, son “enfermedades” que se caracterizan por el miedo intenso a engordar y por la percepción distorsionada de la propia imagen corporal. Y esto significa que la persona puede sentirse gorda (aun si es muy delgada) y actuar en consecuencia a esforzarse por bajar de peso.

Los pacientes con anorexia pueden sufrir una muerte súbita secundaria debido a taquicardias ventriculares, mientras que las complicaciones de la bulimia son la aspiración, la rotura esofágica o gástrica, el neuromediastino, la hipopotasemia y las arritmias cardíacas, la pancreatitis y la miopatía o miocardiopatía provocadas por la ipecacuana. Entonces debe subrayarse que estos trastornos de alimentación, no son enfermedades, pero se van a convertir en esto cuando llegan a afectar en el bienestar físico y/o mental de la persona, cuando producen complicaciones médicas severas o desorganizan la vida de la persona hasta un grado considerable o distorsiona tanto su vida que los familiares cercanos resultan también trastornados y buscan ayuda, desafortunadamente, en los casos más extremos además de que no sean tratados, pueden conducir a la muerte prematura de la persona que sufre estos trastornos.

Cuando se hizo la investigación sobre estos temas, así como su diagnóstico se encontró varios tipos de este último, por ejemplo el ICD-10 de 1986 y 1992. También es importante mencionar que el DSM-IV, que es el criterio que más se acerca a las definiciones y características de estos trastornos ya que hace marcadas diferencias para el mismo, puesto que debemos de ser muy cuidadosos al momento de hacer una valoración de aquellas personas que sufren alguno de estos trastornos, porque podemos cometer errores cuando se está haciendo dicha valoración. A su vez también este diagnóstico hace la división de estos trastornos donde nos explican, puesto que la Anorexia se divide en **Tipo restrictivo:** se describe cuadros clínicos con características de la pérdida de peso

debido a una dieta, presentan episodios de ayuno, además de ejercicio físico intenso, una característica de este tipo es que no se recurre a atracones ni a purgas. Y el **Tipo compulsivo/purgativo**: se recurre a los atracones y/o a las purgas de manera regular; cuando se presentan episodios de atracones por lo general se hace uso de los purgantes, se produce el vómito o se utilizan diuréticos o laxantes, además de que también se puede recurrir al uso de estos purgantes o el vomito inducido cuando se a ingerido pequeñas cantidades de comida. Mientras que la Bulimia también se divide en dos tipos: el **Tipo Purgativo**: que se caracteriza porque durante la presencia del episodio de Bulimia Nerviosa, se provoca el vómito o uso de laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Y el **Tipo No Purgativo**: el cual se caracteriza porque se emplean otras conductas como el ayuno o el ejercicio intenso y no se recurre a la provocación del vómito, al uso de laxantes o diuréticos o enemas. Esta información nos ayudara de mucho a entender el porque estos trastornos tienen características en común y van de la mano.

No existe un tratamiento específico ni para la bulimia ni para la anorexia. El intenso temor a engordar unido a las alteraciones de la percepción que dan lugar a una sobreestimación del tamaño corporal provocan una poderosa resistencia al tratamiento. Para tratar la enfermedad se utilizan diversas terapias de grupo y terapias de condicionamiento. Los antidepresivos pueden también ser efectivos, pues muchos de los bulímicos sufren también depresión. Ambas enfermedades, que provocan alteraciones en los hábitos alimenticios sobre todo en las adolescentes que tienen en común la obsesión por el cuerpo y por estar delgadas o en su reverso un miedo paralizante a ser gordas, sólo como una reacción simple y directa ante los modelos de belleza profundamente estilizados de nuestra sociedad actual.

Principalmente es necesario que la persona logre reconocer su enfermedad, cosa que no resulta nada fácil. A partir de este punto de partida, toda la familia y el entorno de la persona afectada deben comenzar un tratamiento. Se habla de 5 tipos de tratamientos que pueden ayudar en el tratamiento de estos trastornos.

Pero tanto como la Anorexia como la Bulimia tiene características en común y muy similares, es por eso que los tratamientos que se menciona también son muy similares, puesto que por sus mismas características se manejan criterios para poder tratar estos trastornos, por eso es importante también afirmar que no todos funciona de la misma manera en todas aquellas personas que sufren de alguno de ellos, por lo que, tanto del diagnostico como del tratamiento debe hacerse de manera detalla y de manera muy importante individual, puesto que cada ser humano es diferente, cuando se sufre de Bulimia o de Anorexia sucede lo mismo, por eso el diagnostico y el tratamiento debe ser personalizado.

Capitulo II

La Anorexia y La Bulimia: Otra manera de entenderlas

CAPITULO II

LA ANOREXIA Y LA BULIMIA: OTRA MANERA DE ENTENDERLAS

- *Si quería conseguir un trabajo cuando dejase la escuela,*
 - *creía que debía pesar tres kilos menos.*
- *Todas mis amigas estaban siguiendo un régimen pero mi madre no me dejaba.*
 - *Decía que era la gordura de los adolescentes y desaparecería.*
 - *Yo sabía que no lo haría, así que tuve que fingir que*
 - *no tenía hambre porque quería estar delgada¹*

En este capítulo II, se pretende mencionar todo lo relacionado con otra forma de entender el surgimiento de los trastornos de la alimentación, vistos desde lo corporal y lo psicosomático, pero para esto es necesario que se aborde al cuerpo y al proceso de la alimentación (hablar de este último concepto es fundamental en los trastornos de alimentación) vistos desde una visión social y después abordarlos en lo corporal y lo psicosomático.

2.1 El cuerpo y la alimentación vistas desde una postura social.

2.1.1 El cuerpo

Durante gran parte de la historia se ha considerado deseable a una mujer cuando su cuerpo estaba rellena, la moda era estar gorda, la creencia cultural de ser gorda significaba ser atractiva se debía a la inseguridad de las provisiones de alimentos en las sociedades preindustriales o recién industrializadas, a la incidencia irregular de la escasez de alimentos, un cuerpo lleno de curvas indicaba que el marido o el padre eran prudentes, eficaces y acaudalados. Pero durante los últimos 75 años, al haber existido una provisión abundante de comida y una buena distribución de los alimentos en varias naciones por primera vez en

¹ Abraham, S. (1996). *Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios*. España: Alianza Editorial

la historia el estar delgada se convierte en una moda, gracias a las revistas de moda, en las medidas de las mujeres que ganan concursos de belleza o los medios de comunicación subrayan lo deseable que es para la mujer joven y estar o convertirse en una persona delgada, ya que estos mensajes influyen en las adolescentes que se encuentran en un periodo en el que están sometidos a estrés emocional al buscar cómo lograr independizarse de sus planes., competir con sus compañeras y hallar su propia identidad². La imagen del cuerpo es la imagen del ser humano, que está nutrida por ciertos materiales simbólicos que atraviesan al hombre como un tejido de correspondencia, pues el cuerpo no se distingue de la persona y las mismas materias primas que están dentro de la composición del hombre y de la naturaleza que la rodea. Dichas concepciones de la persona no se separa al hombre de su cuerpo.³

A fines de la década de los sesenta, la crisis de legitimidad de las modalidades físicas de la relación del ser humano con los otros y con el mundo tomó una amplitud considerable con el feminismo, la revolución sexual, la expresión corporal, la crítica deportiva, el surgimiento de nuevas terapias que la voluntad de dedicarse solamente al cuerpo, un cuerpo imaginario, lujurioso, se adentró a la sociedad; pero ninguna práctica social salió a las que tomaron impulso a partir de la crítica a la condición social del ser humano.⁴

El cuerpo existe en una totalidad de sus componentes gracias al efecto que tiene la educación y las identificaciones que lleva consigo el ser humano para asimilar los comportamientos de su medio ambiente, es por eso que la educación no es una actividad puramente intencional, ya que los modos de relación, la dinámica afectiva de la estructura familiar, la manera en que el ser humano se sitúan en la trama de la sumisión o de la resistencia da lugar a coordenadas que son consideradas cada vez más importantes para la socialización. Puesto que en las sociedades que siguen siendo tradicionales y comunitarias, el cuerpo es el elemento que liga la energía colectiva, ya que a través de él, el ser humano está incluido en el cuerpo, condición que sucede a la inversa en sociedades individualista,

² *op. cit*

³ Le Breton, D (2002). **La sociología del cuerpo**. Argentina: Nueva Visión, 110 pp

⁴ *op cit*

pues el cuerpo es el interruptor que marca los límites de la persona ya que es donde comienza y donde termina la presencia del ser humano⁵

La crisis de este sentido y de los valores que estremecen la modernidad, la búsqueda sinuosa e incansable de nuevas legitimidades hasta el día de hoy no pueden ocultarse, pues son factores que contribuyen a resaltar el físico de los seres humanos, haciendo que el cuerpo sea un lugar de privilegio con el mundo que se encuentra bajo la luz de muchos proyectores.⁶

Es decir, que el cuerpo no está presente en un estado natural, pues se encuentra en una trampa del sentido, sentido que inclusive en sus manifestaciones a parte de la rebeldía, se establece una ruptura en la transferencia de la relación física con el mundo del ser humano (estas manifestaciones pueden ser el dolor, la enfermedad, el comportamiento no habitual, etc.). Además de que el cuerpo es una construcción simbólica, la relatividad de la definición a través de las sociedades humanas lo considera como el objeto de aprobación. Las representaciones que intentan identificar al cuerpo deben precisar ciertos vínculos de relación alma-cuerpo-pensamiento, así como mencionar las partes que lo competen y sus funciones reciprocas, es decir, la fisiología simbólica que las estructura, pues al final intenta nombrar sus componentes y sus vínculos con el entorno social, cultural o cósmico.⁷

La marca social y cultural del cuerpo, se lleva a cabo por medio de una escritura directa hacia el ser humano, y para alguien que sufre de alguno de estos trastorno puede llegar a pensar que su imagen corporal es una “construcción del vientre con un vendaje ajustado; engordante o adelgazamiento”⁸ y que se constituye como una representación mental diagrafica en la conciencia corporal de cada persona, ya que estas alteraciones sobre la imagen corporal son el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical⁹, y es la adolescencia una época de constante de preocupación hacia la imagen corporal.¹⁰

⁵ *op cit*

⁶ *op cit*

⁷ *op cit*

⁸ *op cit*, pp 62

⁹ Raich, R. (1998). **Definición, evaluación del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal.** En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 15-26

¹⁰ Abraham, S. (1996). **Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios.** España: Alianza Editorial

La medicina y la biología proponen un discurso a cerca de que la apariencia del cuerpo es irrefutable y culturalmente legítimo. Pero este monopolio sobre el cuerpo está ya descuido por otras medicinas que se basan en tradiciones populares, variables según su cultura o en otras tradiciones para el estudio del cuerpo, como la acupuntura, la homeopatía, quiropráctica, medicina ayurvédica, etc., pues estas medicinas se apoyan en que el cuerpo humano tiene diferentes representaciones.¹¹

La expresión corporal se puede maniobrar socialmente aunque está éste bajo un mismo estilo, ¿cómo se logra esta condición?, la respuesta es porque los otros contribuyen a dibujar los contornos de su universo, además de darle ese relieve social que necesita para lograr ese cambio y también le ofrece la posibilidad de construir otro ser humano. Dentro la comunidad social donde este ser humano se encuentra, todas las manifestaciones corporales de un ser humano son significantes para todos los miembros que están alrededor de él, ya que tiene una relación con el conjunto de los datos de la simbólica del grupo social. no existe nada natural en un gesto o en una sensación.¹²

2.1.2 La alimentación

Desde el inicio de la humanidad la alimentación, es y ha sido una necesidad primaria y fundamental que los seres humanos han tenido que satisfacer para poder vivir, ya que el desarrollo pleno del ser humano solo puede darse cuando recibe diariamente las cantidades necesarias para y las combinaciones adecuadas de nutrimentos, pero cuando esto no sucede da como resultado los malos hábitos que ponen en peligro la salud física y emocional de cualquier persona¹³ –especialmente en mujeres-.

Hagámonos primero estas dos preguntas: la primera, ¿Qué es la alimentación?; y la segunda ¿Qué es nutrición? (pues como se mencionó se cae en el error de creer que es lo mismo cuando no es así). La respuesta de la primera pregunta se refiere a una acción voluntaria mediante la cual se consumen comestibles que está bajo aspectos como la cultura, los

¹¹ Le Breton, D (2002). **La sociología del cuerpo**. Argentina: Nueva Visión, 110 pp

¹² *op cit*

¹³ Álvarez, G; Mancilla, J; Martínez, M y López X. (1998). **Aspectos psicosociales de la alimentación**. En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 50-58

niveles socioeconómicos, la disponibilidad de alimentos, los gustos por los alimentos, el contexto de la sociedad, y aspecto importante –al menos en este trabajo- los estados de ánimo. Mientras que la respuesta de la segunda pregunta se habla de que es un conjunto de procesos químicos que debe de realizar el organismo con los alimentos, para poder así convertirlos en energía y poder realizar nuestras actividades cotidianas.¹⁴

De esta manera, el proceso que llamamos nutrición debe ser parecido entre los seres humanos, –supuestamente, pero yo creo que no es así, porque una mujer requiere de los nutrientes de los alimentos distintos a los de un hombre, por ejemplo-, pero la alimentación es diferente entre los seres humanos, ya que muchos factores influyen para que esto sea sí, pues dentro de nuestro país es diferente, es diferente entre una región y otra, entre un estado y otro, entre una familia y otra, incluso entre los miembros de la misma familia. Factores como el número de comidas al día, los horarios de las mismas, los alimentos dentro de las comidas, la manera en que se preparan los alimentos y la combinación de los mismos, en que porción se sirven y el número de las mismas, hasta los ritos sociales, familiares e individuales que rodean a la comida¹⁵, influyen que existan trastornos de la alimentación como la anorexia y la bulimia.

Una actividad cotidiana en los seres humanos es comer, porque es importante para todas las personas pero los excesos, las deficiencias, los desequilibrios o/y los malos balances, crean problemas no solo fisiológicos, sino también problemas psicológicos y problemas de relaciones interpersonales¹⁶ –como lo pretendemos hacer en este trabajo-.

Ya que es en el seno familiar donde se aprenden los hábitos alimentarios, pues el comportamiento alimentario es una forma de intercambio entre los seres humanos y su entorno, pues aprendemos a alimentarnos a partir del contacto con otras personas, es de

¹⁴ Higashida, B. (1991). **Ciencias de la salud**. México: McGraw-Hill

¹⁵ Álvarez, G; Mancilla, J; Martínez, M y López X. (1998). **Aspectos psicosociales de la alimentación**. En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 50-58

¹⁶ Vírveda, J. (1995). **Autoimagen y alimentación. Un estudio preliminar**. En: Psicología Iberoamericana. Vol. 3, Num. 2, 35-39

aquí donde surge decir que el comer es un acto social¹⁷, y que los trastornos alimenticios que surgen a partir del acto de comer son y forman parte de la sociedad.

Es así como la alimentación desempeña un papel básico dentro del desarrollo de los seres humanos, en medida de que esto se va cimentando como un requerimiento fisiológico, pero se debe distinguir entre lo que es alimentación y lo que es nutrición, términos que a menudo son usados como sinónimos y esto es un error¹⁸.

2.2 El cuerpo y la alimentación vistas desde lo corporal y lo psicosomático

2.2.1 El cuerpo

El cuerpo humano es una fuente de acumulación de riquezas, hoy él está dividido entre varios profesionales de la salud, que trae consigo la pérdida de la perspectiva sobre el sujeto social, pues esta fragmentación corporal está acompañada de una representación social, porque se ha impuesto que el adornar al cuerpo es una fuente de riqueza y no hay algo que no se elabore pensando en la mercadotecnia del cuerpo¹⁹, claro ejemplo todo aquello que se refiere a productos para bajar de peso, así como instrumentos para lograr el mismo.

“Hay que explorar en la vida de los seres humanos, descubrir y leer el cuerpo como un proceso emocional o corporal conlleva una interrelación que se manifiesta en cierta sintomatología o si se quiere en trastornos energéticos que desequilibran las emociones o los órganos vitales del ser humano; en otras palabras, aprenden a hacer un buen diagnóstico para poder elaborar una estrategia de tratamiento”²⁰, pues en este proceso se encuentran muchas soluciones para poder tratar estas enfermedades pero si no se hace esto no existen

¹⁷ Álvarez, G; Mancilla, J; Martínez, M y López X. (1998). **Aspectos psicosociales de la alimentación**. En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 50-58

¹⁸ Álvarez, G; Mancilla, J; Martínez, M y López X. (1998). **Aspectos psicosociales de la alimentación**. En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 50-58

¹⁹ López, S. (1997). **Zen, acupuntura y psicología**. México: Plaza y Valdez

²⁰ *op. cit* pp. 353

los resultados esperados sobre todo aquellos resultados que esperan los que sufren de algún trastorno.

La historia del cuerpo humano debe partir de la relación que tiene la sociedad con la representación simbólica, el proceso no debe partir de una categoría que no puede englobar la condición corporal, es una cuestión histórica de las diferentes sociedades²¹.

El cuerpo humano es tan complejo, parecido a una caja fuerte donde se guardan todos aquellos momentos dolorosos, frustrantes, traumáticos pues nos damos cuenta de que todos somos producto de los sueños de los padres y de la sociedad que no permite otras formas de crecimiento individual sin tanto dolor.²²

La construcción de opciones al interior del cuerpo es un proceso interesante que explica el fenómeno de lo psicossomático, que se explica como un proceso que termina en lo biopsicosocial, ya que si se sostiene que el cuerpo es un microcosmos significa que en su interior no existe nada sin una relación con el exterior, existe una comunicación interno que no se puede soslayar en aras del objetivismo, nada de lo que sucede afuera del cuerpo está ajeno de él²³.

La lectura de un documento vivo como lo es el cuerpo humano, es sumamente difícil porque se tiene que hacer una recopilación de toda la vida de aquella paciente que sufre o sufrió alguno de estos trastornos, puesto que hay momentos o situaciones que no quiere recordar.²⁴

Si se hace un profundo y detalla análisis de esto, el cuerpo se define entonces como un espacio donde no solo están los elementos del planeta sino que también existe una relación

²¹ López, S. (2000). Representación de lo corporal México: siglo XIX. **Zen y cuerpo humano**. México: CEAPAC, pp. 8-22

²² Araujo, M (2002). **El abandono corporal femenino, producto de la posesión y la dependencia**. Lo corporal y lo psicossomático. México: plaza y Valdez, Tomo I, 141-151

²³ López, S (2003). **Una aproximación a la epistemología de lo psicossomático**. Lo corporal y lo psicossomático. México: CEAPAC, Tomo III, 19-29

²⁴ Flores, P. (1997). Entre las sombras del cuerpo y del alma. **Zen, acupuntura y psicología**. México: Plaza y Valdez

al interior de los individuos que permite construir un tiempo en relación del cuerpo y sus órganos, además de una estrecha relación con las emociones de ira, alegría, tristeza, miedo e inteligencia²⁵. Ya que en algún lugar del cuerpo, empieza la construcción racional para poder resistir una presión enorme; manifestándose en enfermedades crónicas o en trastornos alimenticios y se construye un miedo a vivir que es un fantasma que habitará en nuestros sueños y que nos acompañara hasta la muerte.²⁶

“El cuerpo se puede estudiar en y con la lógica de un tiempo y espacio”²⁷ pues permite que la representación corporal busque mecanismos ocultos, los cuales llevan a la degradación de la condición humana o que lo sublime, mecanismos que pueden terminar en la pérdida de la moral con relación a los usos sociales del cuerpo, mecanismos que también hacen normal las circunstancias que solo venden ilusiones a futuro inmediato.²⁸

2.2.2 La alimentación

El comportamiento alimentario es una forma de intercambio entre los seres humanos y su entorno, a su vez manifiesta significados ocultos a través de los cuales se conocen costumbres sociales de un país o acontecimientos especiales para la familia, una familia.²⁹. Sabemos que el acto de comer es un hecho social, que implica muchos aspectos además de la necesidad de comer, por lo tanto no es extraño que tenga un significado muy pesado, ya que en algún momento se expresó que también se hablaba de que pueda representar un estado patológico alterado, ya sea orgánico o psicológico; ejemplo de ello los trastornos alimenticios³⁰.

²⁵ López, S (2003). **Una aproximación a la epistemología de lo psicosomático**. Lo corporal y lo psicosomático. México: CEAPAC, Tomo III, 19-29

²⁶ *op. cit*

²⁷ López, S. (2000). Representación de lo corporal México: siglo XIX. **Zen y cuerpo humano**. México: CEAPAC, pp. 10

²⁸ *op. cit*

²⁹ Vázquez, R. y Raich, R. (1998). **Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales en familias con trastorno alimentario**. En: Revista psicológica, y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 59-69

³⁰ *op. cit.*

La alimentación y las emociones, genera un daño orgánico y lo sigue fomentando, llega el momento en que la acción es irreversible, puede cuerpo, al ser un todo, empieza a defenderse de la enfermedad, utilizando a los otros órganos como sustituto o creando mecanismos propios como los tumores quistes o miomas. Podemos decir que la emoción, puede cambiar el manejo de la memoria, llegando a gobernar la red de cooperación, formando por consiguiente una nueva célula que cambia y altera el funcionamiento de la red a través del sistema endocrino, inmunológico o sistema nervioso central, teniendo por un efectos ya a nivel orgánico, lo que se va a manifestar como una orgánica que trae como resultado particular el enfermarse³¹.

Todo comienza con la alimentación, pues la preparación de los alimentos que se consumen forma parte del cuidado que todos los seres humanos merecen, pues así como dejar de consumir aquellos alimentos que lo único que ocasionan es que el cuerpo y la mente se enfermen.³²

Hay que darle gusto a la sociedad y a los otros, cuando se sufre de algún trastorno de alimentación, no importa que *no coma*, que sufra por las tonterías que le hacen los otros y que ella se las crea, que mutile su cuerpo dejándolo a engordar y encontrar en ello sentido a la vida, porque desean que sea de determinada forma física³³.

De ahí que las dietas, son la consecuencia de esta gran preocupación por adelgazar, pero también generan otro tipo de consecuencias como la abstención total o parcial de los alimentos, ejemplo claro la anorexia; pero en algunos casos la combinación de periodos de sobreingesta, seguidas de vómitos, uso de laxantes y/o diuréticos, como es el caso de la bulimia³⁴.

³¹ Solís, A. (2002). **La obesidad, un proceso emocional.** Lo corporal y lo psicosomático. México: plaza y Valdez, Tomo I, 93-103

³² Araujo, M (2002). **El abandono corporal femenino, producto de la posesión y la dependencia.** Lo corporal y lo psicosomático. México: plaza y Valdez, Tomo I, 141-151

³³ *op. cit*

³⁴ Saldaña, C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. España: Fundación Universidad-Empresa

2.3 La Anorexia y la Bulimia vistas desde lo corporal y lo psicossomático

El proceso de socialización por la que pasa la condición corporal de cualquier ser humano, pasa por momentos que son más fuertes que otros durante su existencia, dichos momentos suceden en la infancia y en la adolescencia, por ejemplo cuando un niño crece en una familia con distintas categorías sociales, ocupa una posición propia en el juego de variaciones que caracterizan la relación con el mundo de la comunidad donde está incierto.³⁵

La manifestación y predominio de las emociones como nueva condición en los individuos se construye en un cuestionamiento que rebasa la lógica de lo causal, de los pensamientos forma, pues la relación con lo orgánico no permite hacer la propuesta que pueda remediar y al menos tratar al sujeto con la búsqueda de las leyes universales, entre el pasado y del presente. Las emociones no para ser interpretadas con las herramientas de la causalidad y es necesario recurrir a la lógica de la construcción de un cuerpo, como un microcosmos, es decir; las leyes universales enfrentan una frontera entre una nueva relación. Lo psicossomático se convierte en una nueva realidad social que se va asimilando en la población sin importar los recursos económicos y culturales, es una nueva posibilidad en los estilos de vida, y en los niveles de somatización se convierten en un nuevo modo de vida o una pseudo nueva realidad que los individuos construyen como un factor de riesgo en la maneras de llegar su existencia, el objeto básico de la somática es tener un control sobre nosotros mismos a través de ir aprendiendo a navegar con las tensiones y los traumas de la vida³⁶.

Lo psicossomático se puede instituir en el cuerpo a partir de la exaltación de alguna(s) emoción(es) que se cultiva en lo cotidiano y logra cambiar el camino de la seguridad social

³⁵ Le Breton, D (2002). **La sociología del cuerpo**. Argentina: Nueva Visión, 110 pp

³⁶ López, S. (2002). **Las enfermedades psicossomáticas: una interpretación**. Lo corporal y lo psicossomático. México: Plaza y Valdés, Tomo I, 23-34

de la mente, al camino de un síntoma que puede causar dolor³⁷, que hace que estos trastornos e conviertan en forma real de la vida de alguien que sufre este trastorno.

Y para poder desentrañar la creación de estos espacios es preciso aproximarnos a una vivencia para poder sentir al cuerpo, observar el proceso de las posibles patologías y desequilibrios energéticos que se concretan en una sintomatología y que hoy en día son una realidad en el cuerpo. Es preciso interpretar con una nueva relación de órganos con emociones, con cultura con familia entre otros procesos; con el fin de darle un sentido distinto a lo que hoy nos atiende; lo *psicosomático*, así como un trabajo con el cuerpo para poder crear nuevas soluciones y la oportunidad de poder encontrara mediante este mirada³⁸.

Los médicos alópatas dicen y lo clasifican como algo de padecimiento genéticos, de origen nervioso, menopáusico o somático, pues es una respuesta a padecimientos que no responden a la canasta básica de medicamentos que las instituciones oficiales tienen. En este sentido, “las enfermedades psicosomáticas, en sentido estricto, son aquellas cuya manifestación y desarrollo están bajo la influencia de los factores psicosociales. Es así como lo psicomático se ha convertido en una nueva forma de etiquetar de lo lógica cartesiana que no puede manejar el complejo proceso de la construcción individual. Los trastornos psicosomáticos son diferentes y pueden clasificarse en³⁹:

☼ **Síntomas de conversión:** El síntoma es de carácter simbólico y no es comprendido por el paciente, su manifestación se entiende como el intento a solucionar un conflicto y los síntomas de conversión suelen afectar la motricidad voluntaria y los órganos sensoriales.

☼ **Síndromes funcionales (somatomorfos):** No se puede detectar cambios en los tejidos, además intenta trata de una consecuencia no especifica del trastorno de una función o percepción corporal.

³⁷ López, S (2003). **Una aproximación a la epistemología de lo psicosomático.** Lo corporal y lo psicosomático. México: CEAPAC, Tomo III, 19-29

³⁸ *op. cit*

³⁹ López, S. (2002). **Las enfermedades psicomáticas: una interpretación.** Lo corporal y lo psicosomático. México: Plaza y Valdés, Tomo I, 23-34

☼ **Enfermedades psicosomáticas en sentido estricto (psicosomatosis):** Se presenta por una reacción física primaria frente a una vivencia conflictiva que se acompaña por morfologías objetables y una enfermedad orgánica.

Se dice que lo psicosomático se convierte en un refugio ante las condiciones de existencia que no permiten disfrutar y comprenderse con la vida en nuestra sociedad, ya que los seres humanos son la posibilidad por medio de los cuerpos de no vivir esta experiencia⁴⁰.

Es así como; tanto la Anorexia y la Bulimia comparten varios síntomas en común, uno de ellos es el de desear una imagen corporal perfecta y distorsionar la realidad frente al espejo, una de las razones por lo que esto ocurre; es porque en las últimas décadas, el ser físicamente perfecto se ha convertido en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas, el ser físicamente perfecto es una meta impuesta por nuevos modelos de vida, en los que el aspecto parece ser el único sinónimo válido de éxito, felicidad e incluso salud, son enfermedades que se caracterizan por el miedo intenso a engordar y por la percepción distorsionada de la propia imagen corporal. Y esto significa que la persona puede sentirse gorda (aun si es muy delgada) y actuar en consecuencia: esforzarse por bajar de peso⁴¹.

Aquellas personas que sufren de estos trastornos hacen del proceso psicosomático; un instrumento para evadir compromisos con la existencia y no cumplir con el papel que tiene en la familia y en la sociedad, estos trastornos son un obstáculo para vivir. El sistema social en que hoy vivimos es competitivo y el cuerpo humano se expone a niveles de presión que lo puede hacer que explote o que desarrolle mecanismos para enfrentar la competencia, lo que importa es dominar o controlar a quien este al lado, la ganancia como sinónimo de éxito marca a los estrellados y a la estrella⁴².

Sabemos que la anorexia y la bulimia son trastornos alimenticios que se gestan por una estructura social y familiar, que relacionan entre sí características psicológicas, que al

⁴⁰ *op. cit*

⁴¹ Anorexia y Bulimia.htm.

⁴² López, S. (2002). **Introducción.** Lo corporal y lo psicosomático. México: Zendová, Tomo II. 7-12

expresar un rechazo abiertamente a la ingestión de comida y su deseo por adelgazar progresivamente, provocan enormes cambios en el organismo que son la expresión de que algo está pasando en su interior y que pasa directamente a afectar a la familia.

La construcción cultural de los trastornos alimenticios no es ajena a la construcción de un nuevo esquema de explicación e intervención, pues en cualquier momento de la vida de cualquier ser humano puede aparecer un síntoma que hace ver al sujeto con ojos de enfermo que no quiere hacer algo por su vida, y convertirlos así en un recurso para no hacer nada por su vida⁴³.

La ingratitud con el cuerpo es un asesinato silencioso⁴⁴, porque en estos trastornos eso es lo que va pasando, porque poco a poco se va acabando la energía que proporciona los alimentos; en el caso de la Anorexia, o hay presencia complicaciones a causa de vómito provocado; como sucede en la Bulimia.

La configuración de los sentidos, su tonalidad y el contorno de su despliegue, tiene naturaleza social y no solamente a nivel fisiológico, puesto que el mundo lo transformamos en informaciones visuales, auditivas, olfativas, táctiles o gustativas; consecuencia de que ciertos grados del cuerpo escapan del control voluntario del ser humano o de su conciencia, pero no por eso pierde su dimensión social y cultural. La percepción de los colores, del gusto, de los sonidos, el tacto, el umbral del dolor y la percepción de innumerables estímulos que el cuerpo puede recibir en cada momento es función de la pertenencia social del ser humano y de su modo tan peculiar que tiene para insertarse en un medio cultural que para este ser humano sea suficiente para llenar sus expectativas y por supuesto las expectativas de ese medio cultural⁴⁵.

⁴³ López, S (2003). **Una aproximación a la epistemología de lo psicosomático**. Lo corporal y lo psicosomático. México: CEAPAC, Tomo III, 19-29

⁴⁴ López, S. (1997). **Zen, acupuntura y psicología**. México: Plaza y Valdez

⁴⁵ Le Breton, D (2002). **La sociología del cuerpo**. Argentina: Nueva Visión, 110 pp

2.4 La teoría de los cinco elementos[☞]

Es por eso que la participación del cuerpo en la construcción del conocimiento es interpretada desde la visión oriental, que expone la teoría de los 5 elementos: fuego, tierra, metal, agua y madera.

La visión oriental de los cinco elementos en el cuerpo humano, encuentra una relación equivalente en los órganos principales, donde el corazón se equipara al fuego, el brazo a la tierra, el pulmón al metal, el riñón al agua y el hígado a la madera e, igualmente, los ciclos de generación y la dominancia se presentan en ellos. Pero en la teoría piagetiana se explica de otra manera, más detallada y bajo una estructuración del pensamiento por estadios, esto se conoce mejor como el proceso que sigue el pensamiento humano a partir del nacimiento y hasta la adolescencia, ya que en etapas tempranas el cuerpo está involucrado, aunque de manera pragmática, en la construcción del conocimiento⁴⁶.

La profundidad de la teoría de los cinco elementos⁴⁷ del medio ambiente de la acupuntura china, es una nueva forma de comprender la relación que tienen estos elementos con la construcción del cuerpo internamente y emociones que están presentes en la vida del ser humano.

La teoría de los cinco elementos se basa en una filosofía que data de hace 5,000 años antes de nuestro tiempo, se habla de una propuesta de los taoístas, donde se afirma que todo coexiste en una relación con un macrocosmos y un microcosmos; es decir, el cuerpo es definido como un microcosmos que se relaciona con los cinco elementos del macrocosmos, se entiende que cada elemento está relacionado con dos órganos del cuerpo humano; que a su vez se relaciona con una emoción; es decir se afirma entonces que *la madera* tiene estrecha relación con el hígado y la vesícula biliar, y su emoción que se presenta es la *ira*;

[☞] **Nota:** En los Anexos se encuentran un cuadro y un esquema que nos ayudará a entender el viaje que realiza la Teoría de los 5 Elementos

⁴⁶ Durán, N. (2002). **Incorporación de la intuición por medio del cuerpo**. Lo corporal y lo psicosomático. México: Plaza y Valdés, Tomo I, 35-40

⁴⁷ Madera, fuego, tierra, agua y metal

el fuego se relaciona con el corazón y con el intestino grueso, y la emoción es característica es la *alegría*; la relación de *la tierra* esta presenten en el bazo-páncreas y en el estomago, y la *ansiedad*, es la emoción que se encuentra en este elemento; *el metal* esta relacionado con el pulmón y con el intestino grueso, aquí la emoción que se presenta es la *melancolía*; y *el agua* tiene una relación con la vejiga y el riñón; donde la emoción que aquí se presenta es el *miedo*⁴⁸.

Esto nos explica que la relación de los cinco elementos que existe en el medio ambiente, también está presente en el interior del cuerpo, pero cuando algo externo altera este equilibrio, causa implicaciones y efectos en el interior del ser humano; y se presentaran problemas en la relación que existe entre los cinco elementos y los órganos.

El equilibrio, en la acupuntura no solo habla de la armonía que existe entre frío y el calor, sino que también habla de una relación que está presenten en formas y situaciones dentro de las relaciones de los seres humanos, es decir; hace referencia a la relación de los cinco elementos, que recae directamente en los procesos internos del cuerpo y explica que es a partir de este proceso en donde se inicia la relación de los cinco elementos con los órganos del cuerpo, esta es la primera relación de tres que están presenten en esta teoría, la cual se conoce como primigenia o de **intergeneración**, la cual se considera como el principio donde los órganos del cuerpo y los cinco elementos representan la vinculación entre madres-hijos-hermanos, lo cual se entiende como la relación de origen y continuidad perfecta y funcional entre sus miembros, esta relación se entiende como un principio de cooperación y ayuda entre órganos, viaja como las manecillas del reloj, es decir; la madera apoya al fuego, el fuego ayuda a la tierra; la tierra apoya al metal; el metal apoya a el agua y el agua a la madera; y así continuamente.

Pero, cuando suceden hechos que hacen que este equilibrio se vea alterado, encontramos un proceso distinto, a esta segunda relación se le conoce como **interdominancia** (o exceso en dominancia), debido que su proceso consiste en que un elemento dominar a otro, se

⁴⁸ López, S. (2002). **Historia del aire y otros olores en la ciudad de México 1840-1900**. México: CEAPAC, 195 P.

entiende que la madera domina a la tierra, y dominara la ira; la tierra domina al agua; y está presente en exceso la ansiedad; el agua a su vez domina al fuego; y el miedo es la emoción más dominante; cuando el fuego domina al metal, la emoción que más se presenta es la alegría; y el metal domina a la madera, siendo la melancolía la emoción más dominante, y su viaje es así continuamente. Aquí es donde se presenta un desequilibrio entre los cinco elementos y los órganos, ya que estos tienen una estrecha relación con las emociones; es decir, cuando un elemento se altera tendrá consecuencias en un órgano y dominara aquella emoción que está depositada ahí.

El desequilibrio no termina aquí, como se menciona anteriormente existen tres relaciones; está última se le conoce como **contradominancia**, se entiende como un viaje que va en contra de las manecillas del reloj; es decir, la madera que esta presente en el hígado y en la vesícula biliar, siendo la ira la emoción que está presenta, dominara a el metal, que se deposita en el pulmón y en el intestino grueso, siendo la melancolía la emoción dominada; el metal domina a el fuego, siendo el corazón y el intestino delgado donde se deposita este elemento y la melancolía domina a la alegría; el fuego domina a el agua, que se deposita en el riñón y en la vejiga, siendo el miedo la emoción dominada por la alegría; el agua domina a la tierra, donde este último elemento se deposita en el bazo-páncreas y en el estomago, y la emoción que domina el miedo es la ansiedad; por último la tierra domina a la madera, y la emoción que la ansiedad, es la ira que se deposita en el hígado y en la vesícula biliar.

Además se acepta que el cuerpo humano está compuesto por dos tipos de energía una que es el *ki* genético, que es heredado por los padres a sus hijos y se deposita en los riñones; y otra que es el *ki* adquirido, que se obtiene por medio de los alimentos, del agua, el sol y de la relación que se establece con el medio ambiente y la naturaleza donde se vive; las cuales se conjugan en una relación del hombre con su naturaleza y con los órganos, dentro de una estilo de vida, se entiende que el ser humano es un microcosmos que encuentra la armonía para vivir en un lugar y adaptarse a él, pero cuando ese espacio exterior se altera, trae consigo consecuencias y los efectos dañaran en el interior del cuerpo humano, de manera

drástica el cuerpo humano, rompiendo los lazos internos de los órganos, obligando al cuerpo humano a buscar otros lazos. en el hígado y en la vesícula biliar⁴⁹

En el texto de Durán (2002)⁵⁰, explica a la teoría de las cinco elementos como un proceso de conocimiento hacia la luz de visión integral, puesto que el estudio al interior de los órganos manifiesta, que el proceso se trunca en el hemisferio izquierdo del cuerpo, es decir, que cuando el sujeto elige conocer algo, lo hace con el corazón, ya que este proporciona ánimos para aprender, el intestino delgado se encuentra acoplado a la energía del corazón y en el proceso de conocimiento ayuda a asimilar lo aprendido así como lo hace con los nutrientes.

“El corazón es la sede de la alegría, del respeto, y se manifiesta en el habla. Aprender con el corazón es hacerlo con gozo, diversión y deleite, es también hacerlo con responsabilidad. En el corazón se atesoran los sentimientos que llevan al sujeto a la elección. Esta energía de elección continua su flujo en el cuerpo de manera circular, de derecha a izquierda, para ser transmitida al brazo, en el cual se atesora la mente, el brazo proporciona el buen sentido de la concepción y se es más receptivo ante nuevos pensamientos, ideas y costumbres”⁵¹.

“El estómago se acopla a la energía del brazo. Si la condición de salud es buena en el sujeto la trayectoria mencionada se da. La lógica piagetiana proporciona al conocimiento y que es el modo en que se dirige el pensamiento a la cultura occidental. Una vez que la energía dirigida al conocimiento se ha estancado en esos dos órganos: corazón y brazo, el flujo circular de la misma hacia el hemisferio derecho se ve disminuida y los demás órganos que a su vez participan en la construcción de conocimiento no reciben la cantidad adecuada, por ejemplo: el pulmón, órgano al que le correspondería acoger plenamente la energía del brazo y tiene acoplado al intestino grueso, puede participar en el conocimiento porque se manifiesta en los sentidos de la piel y del tacto”⁵².

⁴⁹ López, S. (2002). **Historia del aire y otros olores en la ciudad de México 1840-1900**. México: CEAPAC, 195 P.

⁵⁰ Durán, N. (2002). **Incorporación de la intuición por medio del cuerpo**. Lo corporal y lo psicosomático. México: Plaza y Valdes, Tomo I, 35-40

⁵¹ *op.cit pp 36-37*

⁵² *op.cit pp. 37*

Produce sentimientos en un estado de buen equilibrio de rectitud y abandono por eso permitimos desechar ideas añejas. Pero si la energía en el ciclo de generación de conocimiento por la vía corporal no es plena, el pulmón produce sentimientos de aflicción, tristeza y pensar, el intestino grueso se relaciona con la eliminación y la descarga del cuerpo, nos hace mas abiertos, tanto mental como físicamente, por ejemplo: cuando se padece estreñimiento, el cuerpo se encuentra mas cerrado mas cerrado al conocimiento, con falta de interés ante las ideas nuevas, con pocos deseos de cambiar nuestra vida.

“La energía del pulmón pasa a proveer al riñón, pero una energía tan debilitada solo produce el sentimiento del miedo en el sujeto, pues este ultimo órgano, es capaz, dentro de su buen funcionamiento, de liberar sentimientos como vigilancia, quietud y suavidad, a favor del conocimiento. El riñón esta conectado a la apertura de los oídos, cuando los riñones son fuertes, se incrementa nuestra agudeza auditiva; esto ayuda a la capacidad de conocer y aprender. Al riñón se encuentra acoplada la vejiga, que se encarga de eliminar los fluidos tóxicos, con lo cual se tiene siempre una sangre purificada para que fluya de manera más libre; asimismo fluirán las ideas”⁵³.

“La energía pasa así de lleno al hemisferio derecho del cuerpo cuando llega al hígado, que al recibir energía débil generará sentimientos de ira y agresividad. El hígado y la vesícula biliar proporcionan la posibilidad de que el sujeto sea más asertivo y de que tome decisiones más fácilmente. La apertura son los ojos; su principal fuente de energía es visual. En condiciones adversas a su funcionamiento la visión resulta dañada, lo cual dificulta la programación en nuestra mente de lo que vemos y la integración de lo que aprendemos y conocemos. La energía del hígado se transmite hacia el corazón, así continúa en ciclo de generación de energía de manera constante. Por último, y con un papel igual de revelante que los demás los órganos sexuales son la sede de la energía creativa, por lo tanto si nuestra energía sexual es baja existente menos creatividad en el sujeto”⁵⁴.

⁵³ *op.cit pp. 38*

⁵⁴ *op.cit pp 38*

Cuando el hemisferio izquierdo del cerebro es dominante, como sucede en la mayoría de los sujetos de nuestra cultura, los individuos tienden a falta de iniciativa, pero cuando el hemisferio derecho del cerebro es dominante en el sujeto se advierte la irresponsabilidad. Se pugna por el equilibrio entre ambos, porque así se favorece el aprendizaje y la creación de conocimientos; cuando esto sucede, cada órgano en su interrelación con los otros no permitirá que ningún sentimiento se exceda en la construcción del mismo, de tal manera que todos participarán lo más armónicamente posible para esa tarea.⁵⁵

El cuerpo constituye una fuente de energía armónica cuando se encuentra equilibrada en su flujo de alimentación a cada órgano y al cerebro. El hombre como la mujer se encuentren, en los países como el nuestro con un mediocre desarrollo sobre el conocimiento, se debe también a que la respiración no activa adecuadamente la circulación no activa adecuadamente la circulación de la energía en el cuerpo y que nuestra alimentación resulta deficiente a minerales y vitaminas, pues se basa en carbohidratos y proteínas⁵⁶.

La perspectiva de ver al ser humano con su condición humana y emocional en su cuerpo se habla de que se materializa; y tiene la perspectiva de ser trabajado con el aspecto psicosomático del cuerpo y la acupuntura aborda estos problemas, pues contribuye a que el ser humano sea más íntegro con su persona y con los que le rodean. El ser humano puede cambiar su salud y sus formas de vivir, y la acupuntura sirve para aquellos seres humanos que desean ser tratados por una demanda de salud que los aqueja, la acupuntura puede tener reacciones adversas en algunos casos por desnutrición o si el paciente ha ingerido alcohol⁵⁷.

La acupuntura sostiene que una emoción o un sentimiento se relaciona con un órgano y al revés, que un órgano se relaciona con una emoción, pero cuando la emoción domina se instala en un órganos, lo que permite que la persona que lo padece, manifiesta trastornos energéticos en él. La ruptura que existe puede llegar estar en una estrecha relación con las condiciones de vida y las formas en que se expresan los sentimientos⁵⁸.

⁵⁵ *op.cit*

⁵⁶ Le Breton, D (2002). **La sociología del cuerpo**. Argentina: Nueva Visión, 110 pp

⁵⁷ *op. cit*

⁵⁸ López, S. (2002). **Las enfermedades psicosomáticas: una interpretación**. Lo corporal y lo psicosomático. México: Plaza y Valdés, Tomo I, 23-34

2.5 La teoría de los cinco elementos y lo psicomático en los trastornos de la alimentación

La obesidad se trata de combatir con dietas, ejercicio, masajes reductivos, medicamentos que eliminan la grasa, junto con toda una serie de nutrientes del cuerpo que se conjugan con parches, aparatos de funcionales a la actividad que se desarrolla, estableciendo de clínicas con el si esto de poder bajar de peso, en poco tiempo, y no importa los efectos que pueda hacer en el futuro, y que en gran parte de los casos llega a la muerte por el uso y abuso de los medicamentos; como lo son las intervenciones quirúrgicas como la liposucción el corte de intestinos, grapas en el estomago.⁵⁹

Es por eso que los trastornos alimenticios, como la obesidad se definen como un proceso emocional y no es una enfermedad orgánica pues es mucha de las problemáticas sociales se concretizan en una enfermedad orgánica, donde su abordaje se da en función de lo que manifiesta y no de lo que origina el proceso emocional, es entendida como un exceso de consumo de alimentos ricos en grasas, carbohidratos y azúcares, mal balanceados, que generan un deficiente metabolización de los nutrientes, trayendo como consecuencia el almacenamiento de ellos en el tejido adiposo y manifestaciones por la distensión de la piel en diferentes lugares del cuerpo, principalmente en el alto y bajo abdomen, llegando a exceder el peso en más de 30 kilos. Si esto es cierto, solo rebase a la concretización de una problemática emocional donde la obesidad solo es una manifestación de la construcción de la vida personal, por lo cual el origen de la obesidad no es orgánico⁶⁰.

Es así como la obesidad, la anorexia y la bulimia, se entienden como un proceso que primero debe aceptar el cuerpo que tenemos, se llega al entendimiento de que solo hace mas patente dicho proceso en el cuerpo. Por lo que la única manera de relacionar o aislar de la gente la idea de ver si comparte lo que es diferente: la obesidad, por tal razón, la persona que es obesa en lo primero que se fija en quien está gordo y quién no. La aceptación del

⁵⁹ Solís, A. (2002). **La obesidad, un proceso emocional**. Lo corporal y lo psicosomático. México: plaza y Valdez, Tomo I, 93-103

⁶⁰ Solís, A. (2002). **La obesidad, un proceso emocional**. Lo corporal y lo psicosomático. México: plaza y Valdez, Tomo I, 93-103

cuerpo permitirá empezar a trabajar con él, y se cambiara la memoria a través primeramente de un cambio de alimentación, así como controlar los deseos corporales por medio del tratamiento corporal de la meditación

Carlos Delgado⁶¹ reflexiona sobre que la anorexia y la bulimia nerviosa no son enfermedades de adolescentes que desean ser delgadas, sino que son personas con una grave perturbación psicológica, muy frágiles, que se encuentran un momento tal vez conflicto - no pueden evolucionar psicológicamente como personas ni pueden crecer - angustioso. Y deciden crecer retrasando su desarrollo. Con todo esto la prevención de todo lo recogido para los trastornos alimentarios va a servir para los demás, en relación con el fomento de la autoestima y las habilidades sociales.

Si bien las causas de los trastornos alimentarios son aún desconocidas, un nuevo estudio sugiere que la depresión y la dificultad para expresar sentimientos puede ser un factor de riesgo de trastornos de la conducta alimentaría en adolescentes que han sufrido problemas familiares. Sin embargo, se ha encontrado una relación directa entre la depresión y la alexitimia (que es dificultad para identificar y expresar los propios sentimientos) y los trastornos de la alimentación⁶².

“La mera presencia o ausencia de abandono o abuso físico o psicológico durante la infancia no se asocia con los trastornos alimentarios, aunque sí existe un vínculo entre el desarrollo de depresión o alexitimia como consecuencia de estas experiencias infantiles y la anorexia o bulimia”. Puesto que las jóvenes con problemas de la conducta alimentaría podrían beneficiarse de terapias conductuales dirigidas a hacer frente a la depresión. Del mismo modo, los psicólogos deberían buscar síntomas depresivos o de alexitimia en las pacientes además de indagar en la presencia de conflictos familiares.⁶³

Las personas que sufren un trastorno alimentario presentan una serie de características que aunque evidentemente pueden variar mucho de unas a otras, tienen varios puntos comunes.

⁶¹ La Anorexia y la Bulimia.htm

⁶² Como es el caso de esta investigación.

⁶³ La depresión, factor de riesgo de anorexia y bulimia.htm

Tanto la anorexia como la bulimia; se observan aspectos cognitivos inadecuados y persistentes que se refieren principalmente a la comida, al peso o al aspecto corporal.⁶⁴

Antes se pensaba que los trastornos alimenticios solo prevalecían en ciertos lugares donde dejar de comer no tenía ninguna relación con la insuficiencia de comida, sino que son actos voluntarios, volitivos dentro de un ambiente social como la familia, ya que es aquella donde se tiene un valor enorme a lo que se hemos llamado la “*Cultura de la delgadez*”.⁶⁵

Los sentimientos que predominan en estas pacientes son frecuentemente negativos, como que se encuentran en un callejón sin salida se podría decir que es el intento de control sobre la comida para cambiar su cuerpo. Y a su vez, se ven controladas por este problema por lo que son frecuentes los sentimientos de tristeza y el llanto, el sentir baja autoestima, el miedo que experimentan por su propio cuerpo, (especialmente a la ganancia de peso y hacia la comida, en particular a determinados tipos de comida) y se puede definir como de tipo fóbico el tratamiento de los trastornos alimentarios se han de utilizar muchas de las técnicas de reducción de ansiedad⁶⁶.

Es por eso que es de llamar la atención es que una de las características generales de los trastornos de alimentación que resalta es la dificultad en sus relaciones sociales, pues los pacientes con trastornos alimentarios que distorsionan o devalúan su apariencia; aprenden a reducir su ansiedad y evitan las situaciones que podían provocarla, lo que podríamos llamar las restricciones sociales que se auto imponen, para no ser observadas ni juzgadas; favorece una cierta fobia social y cuando se relajan al no asistir a una reunión social, puede aumentar la probabilidad de no asistir en un futuro y que este hecho es una de las cosas más gratificantes para ellas; por tanto, aumentan sus dificultades en la relación social.⁶⁷

La correlación entre enfermedad, afectos y emociones no es un tema de mucha discusión, ya que lo que interesa es saber cuándo y cómo se da el proceso de cambio en el cuerpo, es

⁶⁴ La Anorexia y la Bulimia.htm

⁶⁵ Mancilla, J; Álvarez, G; López, X; Mercado, L; Manríquez E y Román, M. (1998). **Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas**. En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 34-43

⁶⁶ La Anorexia y la Bulimia.htm

⁶⁷ *op. cit*

decir; no se habla de una somatización como tal; si no se habla de que hay algo que afecta la relación de pérdida o estado emocional, que cambia el metabolismo de los cuerpos. La somatización, las construcciones son distintas junto con las manifestaciones y en este proceso (visto desde la mirada occidental) se debe centrar en la teoría de los cinco elementos, pues sostiene que cada elemento tiene una relación con los órganos, pasando por la acupuntura; pues el equilibrio energético se puede producir por los alimentos que se consumen, la forma en que se respira, etc, pero en donde no existe una armonía, puede llegar a producir un desequilibrio energético⁶⁸. Y los pensamientos circulares, repetitivos y persistentes sobre la comida y el peso, comportamientos rituales y comprobaciones repetidas también se observan en estas personas tanto que podrían describirse como personas obsesivo-compulsivas⁶⁹.

Ahora bien, si hablamos de que los trastornos de alimentación se presentan por manifestar una emoción obsesiva-compulsiva (ansiedad), se manifestaría un desequilibrio de “clasificación” interdominancia, empezando este desequilibrio en el elemento **Tierra***, haciendo que el elemento **Agua**, se altera causando un enorme miedo en lo que se refiere a tener un figura obesa o a subir de peso, o por no poder consumir todo tipo de alimentos, haciendo que poco a poco se valla terminado la alegría, y trayendo como consecuencias un desequilibrio en el elemento **Fuego**, manifestando una enorme tristeza que altera al elemento **Metal**, causando un enorme enojo hacia que la figura corporal obesa, a el sobrepeso y/o a el consumo de alimentos, que altera a la **Madera**, es aquí donde el ciclo se cierra y vuelve a realizar el mismo recorrido.

⁶⁸ *op. cit*

⁶⁹ *op. cit*

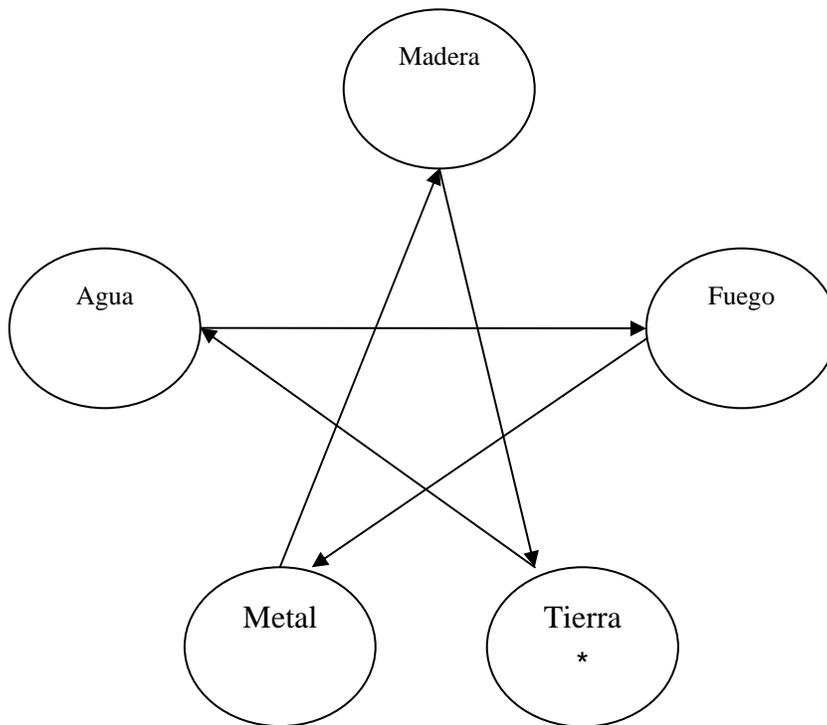


Figura2. Muestra el camino que realiza la Anorexia y la Bulimia, en base a la teoría de los cinco elementos.

Para tratar a la Anorexia y la Bulimia se requiere de un equipo multidisciplinario (médico, nutriólogo, psicólogo y fisioterapeuta) con el único objeto de mejorar la salud física, reducir los síntomas, incrementar la autoestima y lograr un mejor desarrollo personal y social. Como se trata de problemas emocionales y de tipo psicológico, suele negarse⁷⁰.

Sabemos que la *Perfección* es un factor que predomina en aquellas mujeres que sufren anorexia, pero la y que la *Inefectividad* es un factor que predomina en las mujeres que surgen bulimia⁷¹, ya que se busca llegar –por la salida falsa y rápida- a la perfección y se llega a sentir inefectividad cuando no se cumple con el fin. Ya que el cuerpo genera respuestas ante una sociedad cada vez más competitiva y más destructiva de los espacios humanos y de los individuos⁷².

⁷⁰ Terra - Cómo superar la anorexia y la bulimia.htm

⁷¹ Crispo, R. Figueroa, E. y Golear, D. (1996). **Anorexia y Bulimia: un mapa para recorrer un territorio trastornado**. España: Gedisa

⁷² López, S (2003). **Una aproximación a la epistemología de lo psicosomático**. Lo corporal y lo psicosomático. México: CEAPAC, Tomo III, 19-29

Es también importante mencionar que el sufrimiento y la sensación de no cumplir con el fin de tener un cuerpo delgado y estético, hace que las estas personas se vuelvan más exigentes en todos los aspectos, pero siente que lo que hacen nunca es bueno, sino que es todo lo contrario, ya que en ese punto de alzar la perfección el peso corporal que da a un lado y para poder alcanzar la perfección, buscan el cuerpo ideal a cualquier precio, incluyendo la muerte.

Podemos decir que todo lo que viene detrás de la obesidad, se entiende que existe y un problema emocional, el cual será necesario como primer paso introducirse en él, aprender que la adicción a la comida es el producto de uno de los diferentes placeres del cuerpo en el que la gente obesa se refugia para no enfrentar su responsabilidad en la vida.

Sabemos que cuando las anoréxicas alcanzan a tener el control sobre su peso, se sienten poderosas porque manipulan su peso corporal pero se sienten impotentes en otras cuestiones que para ellas son de difícil manejo, como por ejemplo los problemas familiares, cuestiones que son todo lo contrario en las bulímicas, porque es en ellas donde fallan en el intento por mantener el control sobre su cuerpo que les hacen sentir sentimientos de no sentir útiles.

Estos trastornos alimenticios tienen características en común, como la baja autoestima, estados de ánimo que hacen que estas personas vean y sientan distorsionado su cuerpo, están siempre preocupadas por complacer a otros, experimentan una reacción de que lo que hacen es normal además de que creen que son organizadas, cuestión que nunca cumplen. Así como también características como la obsesión, ansiedad, estrés, hostilidad, somatización, mala adaptación social, confusión en cuanto a la identidad sexual, anestesia física, sensibilidad interpersonal, altos niveles de dismorfobia, abuso de sustancias, frustración, distorsión cognitivas, impulsividad, también sufren perturbación interna que las lleva a comer en exceso o no comer, a purgarse o autoinducirse el vomito, para desahogar los niveles de tensión que son de difícil manejo⁷³.

⁷³ Holtz, V.(1998). **Pareja, sexualidad y trastornos de la alimentación**. En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, num., 1, 44-49

De forma muy peculiar la preocupación por la talla y la estatura, es una distracción conveniente y socialmente es aceptada que separa al ser humano de aquellas cosas más complejas y profundas que nunca se resolverán o desaparecerán, como la fuerza de voluntad, el conteo calórico y el ejercicio⁷⁴, pues se hace referencia a que se abusa de la comida -aunque se tenga o no hambre- o no se consuma la comida, como apoyo para enfrentar la angustia ante el rechazo, la desconfianza, la carencia de afecto, la ira guardada y el dolor⁷⁵.

Sabemos que la alimentación es un acto social, y en la familia los padres usan la alimentación como un medio para estimular o castigar a sus hijas⁷⁶ –pues sabemos que las mujeres son las que caen en los trastornos alimenticios-, ya que en el desarrollo de los seres humanos no solo se comprende de llenar las necesidades de nutrición y necesidades de salud y biológicas, sino que también son un factor de armonía, estímulo y amor con respecto al grupo familiar en que se encuentra los seres humanos⁷⁷.

Estos dos trastornos se desarrollan principalmente en mujeres por lo general en la adolescencia, ¿pero porqué?, la respuesta es porque durante esta etapa se inicia una lucha en busca de la propia identidad enfrentándose a exigencias nuevas del mundo adulto, pero se complica aún más cuando otras circunstancias como la cultura y la familia ponen en riesgo la autonomía y la vida de de la adolescente⁷⁸.

⁷⁴ Mahoney, J. (1985). **Control de peso: una solución al problema de las dietas**. México: Trillas. Citado en: Álvarez, G; Mancilla, J; Martínez, M y López X. (1998). **Aspectos psicosociales de la alimentación**. En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 50-58

⁷⁵ Szamos, K. (1994). **Comer compulsivamente, como romper la esclavitud: laberinto hacia la libertad**. México: Alpe. Citado en: Álvarez, G; Mancilla, J; Martínez, M y López X. (1998). **Aspectos psicosociales de la alimentación**. En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 50-58

⁷⁶ Beal, V. (1983). **Nutrición en el ciclo de vida**. México: Limusa. Citado en: Álvarez, G; Mancilla, J; Martínez, M y López X. (1998). **Aspectos psicosociales de la alimentación**. En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 50-58

⁷⁷ Ávila, H. (1982). **Nutrición y Salud: Conceptos inseparables**. En: Cuadernos de Nutrición, Vol. 5, Num. 2, 17-32. Citado en: Álvarez, G; Mancilla, J; Martínez, M y López X. (1998). **Aspectos psicosociales de la alimentación**. En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 50-58

⁷⁸ Álvarez, G; Mancilla, J; Martínez, M y López X. (1998). **Aspectos psicosociales de la alimentación**. En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 50-58

Los cambios que cada persona sufre durante la adolescencia se debe a la vulnerabilidad ante la que factores como la presión social por adelgazar, el miedo a tener que madurar, la insatisfacción corporal, la sensación de ineffectividad, el ser perfecto en todo los aspecto, la desconfianza interpersonal y la motivación por adelgazar por medio de dietas restrictivas, entre otros más, que influyen en que se desarrollen estos dos importantes trastornos alimenticios: *Anorexia* y *Bulimia*⁷⁹.

Hablemos de la economía de la belleza que es vital para aquellas personas que pueden realzar su atractivo por medio de la compra de productos destinados para cambiar el color del cabello, cambiar su forma corporal y perder peso (Bulímicas, sería el ejemplo más claro pues buscan como perder peso rápidamente y lo pueden lograr utilizando laxantes y/o diurético) o comprar ropa. Pero sabemos que estos métodos usualmente se encaminan hacia afirmar que si sufren de una apariencia que “según” no es la más adecuada para la sociedad y que pueden ellos llegar de forma “natural” a la apariencia que la sociedad si acepta, pero en casos más extremos se utilizan algunos métodos quirúrgicos⁸⁰, como las lipoesculturas, las liposucciones, tratamientos en hielo seco, tratamientos con fajas de yeso, pastillas para adelgazar rápidamente, pastillas para asimilar la grasa y desecharla ya sea por medio de la sudoración o cuando se va al baño, pastillas que ayudan a no sufrir estreñimiento, y bueno tantos y tantos métodos que hoy en día existen y que no terminaríamos de mencionarlos.

La mercadotecnia tiene lo mucho que ver con que el cuerpo se valla muriendo poco a poco y en silencio, puesto que ese binomio que se denomina salud-enfermedad, es un aspecto ideológico que se ha construido como una “moda” de nuestro tiempo; para esto se entiende que la salud y la enfermedad no existen en el ser humano, pues estos procesos son el resultado de una política económica y cultural en la población, puesto que la enfermedad no está naturalmente construida, pues la construcción es compleja interrelación que se materializa en un estilo de vida⁸¹. Además de que lo corporal y su representación social,

⁷⁹ *op. cit*

⁸⁰ *op. cit*

⁸¹ López, S. (1997). **Zen, acupuntura y psicología**. México: Plaza y Valdez

vende su imagen como una estrecha relación con las aspiraciones colectivas de lo instituido y que descarta un proyecto de humanización⁸².

En una sociedad como la nuestra sobemos que un cuerpo estético, significa hablar de un patrón de belleza que lo delinea y en el que las características que lo definen responden al contexto social donde lo ubiquemos. La belleza femenina se ha definido de cuerdo a la condición económica y política que se vive en ese momento, de tal manera que en la actualidad encontramos que la belleza es sinónimo tanto de éxito como de prestigio social como de un cuerpo delgado, una cintura estrecha, de una cadera y busto generosos, de una fisonomía de rasgos finos y delicados. Esto es de llamar la atención, ya que e una sociedad que es mercantilista como lo es la nuestra, los gordos nos hemos convertido e un buen negocio ya que las opciones de tratamiento parten del que es el problema: el sobrepeso. Todo este proceso trae únicamente resultados temporales de baja de peso, pero se vuelven a recuperar mas adelante, paro si los resultados se vuelven permanentes es justamente en la autoestima y seguridad de los obesos, los cuales al devaluarse cada vez mas y bajar su autoestima, van a transformar su estructura corporal por la frustración de que no obtener lo anhelado, generando tristeza, desesperación, ira, coraje, impotencia, depresión , etc., las cuales se depositan y se manifiestan el cuerpo (como la ansiedad)⁸³.

La presión sociocultural a la esbeltez junto a la estigmatización de la obesidad juegan un papel fundamental pero evidentemente es necesario que aparezcan otros elementos para que se desarrollen los trastornos alimentarios, como pueden ser: un contexto educativo y familiar que particulariza el modelo estético-corporal, una baja autoestima, un estilo de afrontamiento deficiente y el mito de la “Súper mujer”. Es importante tener en cuenta que las consecuencias del estrés no son las mismas para todas las personas. Un buen contacto social, que permita expresar los miedos y angustias que padecemos es un buen protector, disponer de un buen entorno social adecuado también lo es, generar determinadas expectativas, tener un lugar de control centrado en uno mismo más que en el exterior en

⁸² López, S. (2000). Representación de lo corporal México: siglo XIX. **Zen y cuerpo humano**. México: CEAPAC, 8-22

⁸³ Solís, A. (2002). **La obesidad, un proceso emocional**. Lo corporal y lo psicosomático. México: plaza y Valdez, Tomo I, 93-103

general es positivo. Tener habilidades de resolución de problemas y una cierta confianza en la propia capacidad de respuesta serían algunos de los elementos que pueden ayudar a superar estos momentos conflictivos. Es imprescindible que una vez evidenciadas algunas de las actitudes mencionadas en las líneas anteriores o bien tengamos sospecha de estar cercanos a una persona con trastorno en la alimentación, traspasemos la evaluación y tratamiento del mismo a un especialista. Este valorará adecuadamente el problema de forma individual y fijará el método más adecuado a cada caso⁸⁴.

Es así, como la finalidad de este capítulo es explicar el proceso de la Anorexia y la Bulimia, así como la visión del cuerpo femenino mediante otra perspectiva, desde lo corporal y lo psicosomático, específicamente haciendo énfasis a la teoría psicosomática que va de la mano con la Teoría de los cinco elementos de la Acupuntura China, además de que se nos explica la manera en que la medicina tradicional nos explican la definición, diagnóstico y tratamientos elaborados para los trastornos de alimentación.

Este fue un capítulo muy difícil de recopilar, ya que es muy poca la información que existe sobre los trastornos de alimentación analizados por medio de la medicina alternativa, puesto que son problemas que se han mantenido en completo anonimato y ocultos debido a las consecuencias que traen consigo.

La teoría de los cinco elementos, explica de otra manera el proceso de las enfermedades que se han presentado durante los últimos años, ya que esta teoría va más allá de realizar un diagnóstico y seguir un tratamiento; si no más bien explica como las emociones y los sentimientos influyen en el proceso de cualquier enfermedad y que poco a poco termina con la armonía interna de los órganos del cuerpo humano, sin dejar de lado algunas complicaciones físicas que traen consigo (en este caso se habla de la Anorexia y la Bulimia). Se habla de que la teoría de los cinco elementos se divide en tres viajes, uno de estos viajes se le conoce como de intergeneración donde todos los órganos del cuerpo están en perfecto equilibrio y las emociones y sentimiento se encuentran en esta situación, el segundo viaje que realiza se le conoce como exceso de dominancia o interdominancia,

⁸⁴ Marsellach, G. (1998). **La anorexia y la bulimia**. En: [www: La Anorexia y la Bulimia.htm](http://www.LaAnorexiaylaBulimia.htm)

debido que su proceso consiste en que un elemento dominar a otro, puesto que aquí se empieza a encontrar un desequilibrio entre órgano-emoción, y por último el tercer viaje que realiza se le conoce como contradominancia, ya que aquí el proceso va en contra de las manecillas del reloj y el viaje que realiza es en dirección contraria al anterior.

Es decir, que los sentimientos predominantes en estas pacientes son negativos, sobre la comida y sobre su cuerpo, y se ven controladas por sentimientos de tristeza y el llanto, baja autoestima y por el miedo que experimentan por subir de peso y episodios de ansiedad, y los comportamientos se describen como obsesivo-compulsivos, además de que a consecuencias del estrés, los miedos y las angustias, el proceso de los trastornos de alimentación se va agudizando. La somatización entre la enfermedad y las emociones, se construye en la teoría de los cinco elementos, ya que sostiene que cada elemento tiene una relación con los órganos, pasando por la acupuntura; pues aquí se sostiene en una armonía que puede llegar a producir un desequilibrios energéticos, pues el equilibrio energético se puede producir por los alimentos que se consumen, la forma en que se respira, etc. Entonces sentimientos como la *Perfección* predomina en aquellas mujeres que sufren anorexia, y la *Inefectividad* predomina en las mujeres que surgen bulimia.

El cuerpo estético, es un factor que habla de un patrón de belleza delineado mediante las características que responden al contexto social donde lo ubiquemos. Es decir, la belleza femenina se encuentra bajo parámetros de la condición económica y política que se vive actualmente, de siendo así un sinónimo de éxito y de prestigio social, es decir que la cultura de la delgadez junto a la estigmatización de la obesidad, son papeles fundamentales en el desarrollo de los trastornos alimentación.

Entonces, estos trastornos se desarrollan principalmente en mujeres adolescentes debido a que es en esta etapa donde se inicia una lucha por la búsqueda de la propia identidad enfrentándose a exigencias de las personas adultas, ya que los cambios que cada persona sufre durante la adolescencia hacen vulnerables a este adolescente ante factores como la presión social por adelgazar, el miedo a tener que madurar, la insatisfacción corporal, la sensación de inefectividad, el ser perfecto en todo los aspecto, la desconfianza interpersonal y la motivación por adelgazar por medio de dietas restrictivas, entre otros más, que influyen

en que se desarrollen estos dos importantes trastornos alimenticios, además de que se complica otras circunstancias como familiares, que ponen en riesgo la autonomía y la vida de de la adolescente.

Ya que se busca llegar –por la salida falsa y rápida- a la perfección y se llega a sentir ineffectividad cuando no se cumple con el fin. Ya que el cuerpo genera respuestas ante una sociedad cada vez más competitiva y más destructiva de los espacios humanos y de los individuos

CAPITULO III

¿La familia tiene influencia en la
Anorexia y/o Bulimia?

CAPITULO III

¿LA FAMILIA TIENE INFLUENCIA EN LA ANOREXIA Y/O BULIMIA?

3.1 La familia

En este capítulo, es importante incluir a la *familia* y poder definir si tiene influencia o no, los trastornos de Anorexia y Bulimia y así ha analizar los casos que aquí se mencionan.

¿Conocemos que es una familia?, Sí, porque todos nos desarrollamos en este concepto, y sabemos que se forma cuando dos personas (Hombre/Mujer), las cuales están viviendo un proceso de maduración físico, mental y espiritual, (o que saben realmente lo que van a ser de su vida familiar y están preparados porque muchas veces no lo están) que se unen ya sea de manera legal o religiosa – pero y en algunos de los casos por ninguna de las dos – para vivir bajo el mismo techo y a su vez tener hijos, y así sucesivamente , con el único fin tal vez de conservar un apellido, una posición o porque simplemente se siente preparados para formar una familia, pues ya que también estas dos personas forman parte de una familia sin ninguna relación, la cual esta ultima se formo de la misma manera o parecido.

A lo largo de la historia de la familia es considerada el núcleo de toda la organización social y el medio en el cual el hombre se forja, entonces podríamos decir que la familia es el ombligo del mundo¹. Gracias a todo existen teorías y métodos de estudio que se han ocupado de la familia; y dice que esta, es la célula y la unidad de la sociedad².

¹ García, (1990); “Padres e hijos”; México: Limusa; Pág. 4

² López, S. (2000); “Zen y cuerpo humano”; México: CEAPAC, 39-45

“La familia es un modo de organización social basada primeramente en la selección por parentesco, aunque los elementos de reciprocidad y coerción no están ausentes de las relaciones entre parientes y esposos”³.

“La familia es un contexto social primario”⁴ puesto que “la familia es la fuente primaria de socialización, el individuo aprende como funciona su sociedad y desarrolla patrones de conducta que le permiten funcionar de manera efectiva en la sociedad”⁵.

La cultura, de la sociedad pasada y actual, consideran que la familia es el plan social de nuestra sociedad, puesto que se han visto diversas formas de representar a la familia en los diferentes grupos sociales, donde se menciona un gran número y muy interesante de argumentos sobre su valor y su reproducción en una sociedad de consumo, pues la cultura es de suma importancia ya que es la base para el aprendizaje, la cual puede ser de dos formas⁶:

1. Observando las acciones de las personas - que forman parte de la familia – y;
2. Recibiendo de ellos una enseñanza oral o escrita, pues esto es lo único que permite la acumulación de del aprendizaje por generaciones.

La familia es el factor determinante más importante para el resto de la vida de un ser humano y también, dentro de la familia se conocerán normas que guiaran al este ser humano a través de su vida, las cuales son establecidas por su familia dentro del hogar⁷.

Entonces, una familia se funda “coloquialmente”, cuando un ser humano busca a otra persona de diferente sexo, se dice que a esto forjar una pareja, es decir, dos personas de familias diferentes que están juntas, crean un lazo, el cual será una nueva familia⁸.

³ Van Den (1983); “Sistema de la familia humana”; México: Fondo de Cultura Económica, pp 30

⁴ Vázquez, R. (1998); “Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales con trastorno alimentario”; *Revista psicología y ciencia social*. Vol. 2, num. 1, pp 59

⁵ Powell (1985): *La psicología de la adolescencia*; México: Fondo de Cultura Económica, pp. 276

⁶ López, S. (2000); “Zen y cuerpo humano”; México: CEAPAC, 39-45

⁷ Powell (1985): “La psicología de la adolescencia”; México: Fondo de Cultura Económica, pp. 597

⁸ Sky, M.(1996); “La vida emocional en la familia”; Argentina: Logar editorial; 17-27

De esta manera, “la estructura y las relaciones de la familia son un fenómeno poco estudiado que requiere de mayor conocimiento”⁹, y más cuando en ella, alguno de sus integrantes padece un trastorno de alimentación, por eso es importante que conozcamos diferentes definiciones de la familia, ya que nos interesa saber si la familia tiene influencia o no la tiene, en la aparición de alguno de los trastornos que se presentan en ciertos seres humanos vulnerables a esta situación.

Puesto que se menciona que la familia es una unidad primaria de la sociedad en la cual se vive, y desempeña un papel en la vida de los seres humanos; es decir se habla de que la familia debe que una familia debe de estar compuesta por dos personas completas que están viviendo en un proceso de madurez y preparación para la misión que deben emprender en la vida¹⁰. Además de ser “dos personas se casan, se unen y procrean con la idea de participar en el futuro inmediato de sus hijos, esa posibilidad es solo eso; una de las múltiples formas de construir las relaciones familiares”¹¹.

Y se define también como una estructura social básica donde se dan diferentes roles, ya que además de ser un grupo de personas que conviven entre sí durante toda su vida, y están unidos lazos sanguíneos y a su vez este grupo se relaciona con una sociedad, en donde se suministra una cultura e ideología, es decir; cada grupo familiar forja su propia ideología la cual, se entiende como las aspiraciones y el anhelo por adquirir determinadas cosas, las cuales – en muchos de los casos - están dentro de una amplia gama que va desde lo material hasta los valores familiares, artístico, deportivos, etc.¹².

Pero tanto la cultura como la ideología pueden llegar a ser enfermizas o sanas, pues la ideología se nutre de la cultura de la familia en específico y es formadora de la cultura, de ahí la importancia de que “la cultura de cada familia esta representada por una manera especial de emplear mecanismos de defensa, la cual constituye su carácter, a la vez que la distingue de las demás y configura su identidad” (*op, cit*; pp. 24)¹³.

⁹ Denman (1993); “Familia. Salud y sociedad”; México: Universidad de Guadalajara; pp 27

¹⁰ Rage, E (1997) “Ciclo vital de la pareja y la familia”; México: Plaza y Valdez, pp. 308

¹¹ López, S. (2000); “Zen y cuerpo humano”; México: CEAPAC, pp 38

¹² Saiter R. (1979); “¿Para qué la familia?”; Argentina: Kapelus, 21-24

¹³ *op, cit* pp. 24.

Además de ser la organización más completa de todas las instituciones conocidas y que también desempeña un conjunto de funciones especiales para una comunidad y para la sociedad en la cual se encuentra inmersa, además de ser la unidad económica básica de dicha sociedad¹⁴.

Con la definición anterior se dice que la familia en la sociedad son consideradas como una institución diferente, ya que se les llama también “pequeñas escuelas” especializadas, en donde se enseñaba a cultivar la tierra (por ejemplo) o dirigir la empresa que la familia pudiera llegar a tener¹⁵.

La familia es así, un **marco**, en donde se relacionan las condiciones de vida, las modalidades de intercambio y la comunicación en el interior y exterior¹⁶.

De esta manera, el ser humano llega a formar parte de la sociedad, cuando este llega a formar parte de una **familia**, pero que sucede cuando algo dentro de ella hace que este ser humano tenga problemas con la alimentación y caiga en un trastorno, llamase Anorexia o Bulimia, puesto que la crianza y el desarrollo nutricional son factores que cruzan en una sociedad que busca la modernidad y la construcción de individuos, como pilar importante de hombres y mujeres que deben ser el futuro de la nación –nuestra nación-¹⁷, por eso es importante que toquemos este tema de la alimentación vistos desde la otra perspectiva y hacer una pequeña reseña de la misma.

Aunque se reconoce la importancia de la familia, no se reconoce como un factor uní causal de cualquier trastorno alimenticio, si no más bien es un factor importante que puede acelerar o modificar el curso del trastorno alimenticio, cualquiera que esté sea, cuando se considera en el diagnóstico o el tratamiento.¹⁸

¹⁴ Donald (1994) “La Familia Marginal. Las otras familias”; España: Calatrava Sociedad Corporativa; 13, 16

¹⁵ Becker, G. (1987); “Tratado sobre familia” España: Editorial Alianza S.A.; Cap. 11

¹⁶ Morel, D (1991); “Las familias creadoras” Argentina: Nuevas Visión; Pág. 1

¹⁷ López, S. (2000); “Prensa, cuerpo y salud en el siglo XIX mexicano”; México: CEAPAC, Pág. 2

¹⁸ Marsellach, G. (1998). **La anorexia y la bulimia**. En: [www: La Anorexia y la Bulimia.htm](http://www.LaAnorexiaylaBulimia.htm)

La dinámica familiar es el centro de muchos estudios además de que es la base de las explicaciones de la génesis de los trastornos alimentarios pero existen también muchos otros aspectos dentro de la misma familia donde hay, o está la luz roja de que anda algo mal con alguno de sus miembros y lo único que pueden hacer este miembro es buscar la salida a sus problemas por medio del exceso de comida y después desecharla por medio peligrosos o la restricción de la misma, estos otros aspectos de los que estamos hablando a los cuales hay que ponerles atención son: *actitudes paternas hacia el peso o la imagen corporal*. ¿Qué es esto?, la respuesta es cuando los padres les comunican a sus hijas –por razones ya mencionadas- el ideal el cuerpo o la importancia de que el peso y la figura en las personas que son delgadas y en las frustraciones que sufren las personas que son muy poco gorditas, y el efecto que todo esto afecta en la autoimagen que se construya del cuerpo¹⁹.

La sociedad, a lo largo de su historia, ha desarrollado diversos elementos que se encuentran en constante transformación, y es precisamente por esta transformación que el ser humano realiza innovaciones necesarias para su vida social; el ser humano es un ser social que está obligado a cumplir con diversas tareas y actividades, con el fin de satisfacer y llenar necesidades que son vitales para la sociedad, las cuales son formas y técnicas que utilizan para construir un entorno social; se habla entonces de, una notable diferencia evidente que hay entre sus semejantes y entre el grupo social²⁰.

Los procesos de alimentación/nutrición y salud/enfermedad, están íntimamente relacionados y son parte fundamental de los trastornos alimenticios que se tratan en esta ocasión, ya que uno de los principales problemas que existen en la sociedad de nuestros días es el desinterés por la elaboración y el consumo de los alimentos²¹.

¹⁹ *op cit.*

²⁰ Baca, T (2004). Sugerencias para una buena nutrición. México: CEAPAC

²¹ *op. cit*

Los seres humanos, necesitan para desarrollar todo su potencial físico, psicológico, afectivo, emocional, espiritual, de aprendizaje, de socialización y de identidad al máximo; asumir una actitud ante un alimentación balanceada y rica en elementos naturales que forman parte de su entorno²², pero ¿qué sucede cuando ciertos seres humanos –mujeres- que sufren problemas y trastornos en su alimentación pierden de vista este punto tan importante?, bueno, pues este punto es parte importante y fundamental para poder analizar el porqué se deja de comer o porqué se sienten culpa por consumir los alimentos.

Cuando las personas que sufren de alguno de estos trastornos “procura tener una alimentación sana”, debe también, “saber manejar sus emociones”, puesto que el “cuidar lo que uno come”, no significa que automáticamente se tenga una mejor calidad de vida y buena salud²³, porque si todas sus emociones están en conflicto, que tipo de vida es la que la que llevan estas personas que sufren, ya sea de Anorexia o Bulimia, pero se debe de aprender a enfrentar, experimentar y observar las emociones que se enfrentan ante la alimentación, como parte de la construcción humana, ya que son decisivas en los hábitos alimentación en los seres humanos.

El ser humano debe de encontrar un equilibrio que le permita alimentarse sin culpa y sin remordimiento, ya que alimentación es reflejo y producto del grupo social donde se desarrolla y crece como persona, además de que es también - la alimentación – una manifestación social y cultural que expresa las preferencias, gustos, técnicas, conocimientos, reglas, prohibiciones y tabúes.

La teoría psicosomática incluye un principio que afirma que la enfermedad no es resultado de un proceso aleatoria, mas bien es la interacción de un organismo –un ser humano- que se desarrolla en un ambiente muy concreto, lo que establece la posibilidad de comprender las relaciones que se construyen entre este ser humano y su entorno, además de que evita el razonamiento negativo, porque define aquellos conceptos que en función de aquello que no caracteriza a las enfermedades, es por eso que se clasifican a estas en: *psicogénicas*, el

²² *op.cit.*

²³ *op.cit.*

proceso de está no demuestra ser de origen orgánico; *funcional*, donde la enfermedad es de tipo orgánico y psíquico; *endógeno* cuando la enfermedad no se relaciona con ningún agente exógeno; *constitucional*, *criptógeno* y *esencial*, no significan nada, pero cuando se dice que “*la enfermedad es originada por una predisposición constitucional*”, no sirve de nada porque entonces no se sabe cual es el origen de la enfermedad²⁴.

En el cerebro existe una región que cambia cuando adquirimos un hábito determinado, debido a que para adquirir un hábito se supone que hay un esfuerzo considerable, ya el cerebro almacena en su memoria la “plantilla” del hábito, para reactivarla ante una señal, ya que estos patrones se desarrollan y se establecen en el llamado ganglio basal, cuyas funciones son esenciales en la adquisición de los hábitos, las adicciones y los procesos de aprendizaje, es así como los hábitos nos ayudan en la vida cotidiana, puesto que permiten que no tengamos que estar decidiendo cada uno de nuestros actos continuamente, mientras que los malos hábitos traen consigo la dificultad para deshacernos de ellos es mayúscula. Además, una vez que se pierden, quedan latentes dentro de nuestro cerebro²⁵

Es así como alimentarse es un hábito y no es sólo comer, ya que se ha confirmado que el funcionamiento de nuestro organismo puede ser mejorado con la ingestión equilibrada de una dieta adecuada a nuestra actividad particular, porque los alimentos actúan en la capacidad intelectual, interviniendo de manera indirecta en la neuroquímica cerebral²⁶.

Durante la pubertad se necesitan más calorías y vitaminas que en otras etapas, ya que una mala nutrición y dietas exóticas pueden perjudicar el crecimiento normal de las jóvenes, puesto que el rápido aumento de estatura y peso requiere de calorías adicionales. Además de que el cuerpo necesita alrededor del 50% más de calcio, hierro y vitamina D, pero si el elemento más insuficiente en la dieta del adolescente es el hierro, (que se encuentra en la carne y verduras de hojas oscuras y que es muy necesario una vez que la menstruación comienza), una anemia por deficiencia de hierro es lo más común entre las adolescentes

²⁴ Alcaraz, J (2003). “**Creencias y procesos psicossomático**”. Lo corporal y lo psicossomático. México: CEAPAC, Tomo III, 69-86

²⁵ Morales, M. (2005). **Identificada la región del cerebro que regula los hábitos.htm**

²⁶ Nutrientes y Química Cerebral.htm

que en cualquier otro grupo de la sociedad. Es así como durante la pubertad pueden presentarse desórdenes alimenticios severos, a causa de la enorme presión de lucir esbeltas como sus estrellas favoritas empuja a muchas jovencitas a convertirse en víctimas de la anorexia nerviosa, que afecta a una de cada cien y en menor porcentaje a los varones, o de la bulimia nerviosa con la cual se ingiere mucha comida y, para evitar aumentar de peso, se provoca el vómito, se usan laxantes o se hace ejercicio excesivo²⁷, como en los casos que se presentan a continuación.

3.2 Metodología

⇒ **Justificación:**

Debido a que la sociedad ha impuesto que los cuerpos femeninos sean extremadamente delgados y ha utilizado métodos como el dejar de comer, el ejercicio en exceso, uso de purgantes y/o vómitos inducidos; se pone principal atención al papel que juega la Psicología dentro del origen, diagnóstico, tratamiento y recuperación que se presentan a consecuencia de los trastornos alimenticios, Anorexia y Bulimia; así como también entender porque estos trastornos aparecen a consecuencia de esta nueva moda, es así; por lo que en este trabajo se busco otras maneras de analizar estos trastornos vistos desde otra perspectiva, ya que la Psicología a puestos a un lado otras causas, como los sentimientos y las emociones que se presentan en estos trastornos; puesto que la manera tradicional, en que la Anorexia y la Bulimia han sido tratadas y estudiadas, es aquella donde se realiza un diagnóstico²⁸ y se recibe un tratamiento como el que conocemos, llámese medico y/o nutricional, y encontrar otro tipo de análisis y la búsqueda de otras alternativas para recuperar la salud, su identidad y la definición de ser humano, por el simple hecho de ser mujer /suponiendo que es un problema exclusivo de mujeres) para recuperar la salud física y mental, así como también entender si los cuerpos delgados de las mujeres, las llevan a tener una vida feliz y exitosa en la realización de su vida personal y profesional y saber si estas son las causas de la Anorexia y la Bulimia..

²⁷ Morado, A. (2005). **Las mujeres y sus cambios.htm**

²⁸ Ver Anexo 2 y Capitulo 1

Ahora bien; esta investigación se realizó, porque se pretendió entender y encontrar si el núcleo familiar es un factor importante para que muchas mujeres caigan en alguno de estos trastornos, pues algunos miembros de la misma, ya sea padre o madre, buscan el bienestar de sus hijas, siendo esta acción deliberada o no, haciéndole ver que en muchas de las ocasiones el simple hecho de ser perfecta en todos los aspectos puede traerle beneficios para su vida, poniéndola en riesgo hasta de muerte, además de pensar que ser delgadas podrán alcanzar el éxito, puesto que la mujer debe ser el número uno en todos los aspectos.

Un punto importante por lo que esta investigación se realizó es para tratar de entender la influencia que tiene los sentimientos y las emociones en el desarrollo de la Anorexia y/o la Bulimia para que se presenten en la vida de un ser humano vulnerable a situaciones familiares, así como también identificar cuáles son las emociones que se presentan durante el proceso de desarrollo de estos trastornos, y después de haberlas encontrado comprender el viaje que realizan la Anorexia y la Bulimia por medio de la Teoría de los Cinco Elementos.

⇒ **Objetivo General:**

El propósito por el que se realizó esta investigación es tratar de encontrar y de analizar el viaje por el cual se construyen la Anorexia y la Bulimia, analizando este viaje por medio de la teoría de los cinco elementos, así como también comprender las causas en cuestión físico, emocional –principalmente-, profesional e intelectual, por las cuales se desarrollan estos trastornos, analizando las consecuencias que traen consigo estos trastornos, de la misma manera afirmar que la familia es uno de los factores que influyen para que se desarrollen estos trastornos de la alimentación.

⇒ **Objetivos Particulares:**

Específicamente por lo que esta investigación se realizó fue para:

1. Analizar si factores como los cuerpos extremadamente delgados de la mujer, influyen en el desarrollo de trastornos alimenticios, así como también si las emociones y sentimientos irritantes, son factores por los cuales los trastornos de alimentación se

presentan en la vida de ciertos seres humanos, sin dejar de lado factores obsesivos por tener un cuerpo delgado.

‡ Comprender cual es el papel que juega el núcleo familiar dentro del círculo del trastorno alimenticio, de la misma manera analizar específicamente cual es el papel que juega los padres en el desarrollo de estos trastornos, sin dejar de lado la influencia de otros miembros cercanos a aquella persona que padece uno o ambos de estos trastornos.

‡ Encontrar las respuestas al porque y cuales son las características por las que, la Anorexia y la Bulimia se presentan de manera independiente, en un solo ser humano, así como también analizar porque estos trastornos se desarrollan juntos; además de marcar las claras diferencias que existen en un trastornos y otro.

⇒ **Sujetos:**

En un principio, cuando se planteo este proyecto, se manifestó la realización de 30 entrevistas, dividiéndolo en dos; es decir, 15 personas que sufrieran de Anorexia y 15 que sufrieran de Bulimia, pero resulto muy difícil poder manejar esta situación, por lo que para esta investigación se tiene a 19 personas entrevistadas, 18 son del sexo femenino y una es del sexo masculino, el rango de edades está entre los 16 y 33 años.

Dentro de esta población se encontraron que 7 de ellas reportan tener ambos trastornos, mientras que 7 reportan sufrir de Anorexia y las 6 personas restantes sufren de Bulimia. Algunas de estas personas físicamente muestran características físicas muy parecidas, así como formas de pensar y visualización de los trastornos muy diferentes, pero es importante que se mencione esta parte, porque se encontró diferentes formas de ver estos, aunque se tenga la creencia de que todo va por el mismo camino

⇒ **Aparatos e Instrumentos:**

Para esta investigación se utilizaron algunos aparatos e instrumentos que ayudaron en este proyecto, los cuales fueron:

‡ grabadora de audiocassette,

- ↳ cassette,
- ↳ formato de la entrevista (ver anexo, dicho formato se realizo cuando se planteo este proyecto, pero durante las entrevistas, se presentaron cuestiones que no estaban dentro del formato de la entrevistas, así que durante las entrevistas se formulaban preguntas las cuales no se encontraban dentro de este formato)
- ↳ así como plumas y hojas, las cuales se utilizaron para hacer ciertas observaciones importantes.

3.3 Resultados

Para poder realizar este punto y entender más a fondo la información que los entrevistados proporcionaron, se realizaron 12 categorías para describir cuales fueron los resultados obtenidos, las cuales sirvieron para realizar el análisis de las mismas. Es así, con este cuadro de categorías podemos encontrar de una manera más practica y sencilla, de la misma manera entender el proceso de como cada paciente visualiza su trastornos o ambos trastornos, en caso de tener los dos, y saber de que manera la familia de cada paciente a estado con ellos, y si influye o no para que estos trastornos aparezcan, de la misma manera se encuentra también otras categorías las cuales explican si los entrevistados explican como fue que se enteraron que sufrían de algún o ambos trastornos y si han recibido o no algún tratamiento, y también saber si a causa de estos trastornos han traído repercusiones físicas; se incluyeron categorías las cuales reflexionan sobre la manera en que cada entrevistado se califica física e internamente y como es el carácter de cada entrevistado descrito por ellos mismos; y se incluyen también categorías que nos ayudan a entender como los entrevistados se enfrenten a los alimentos, y si el ejercicio físico forma parte fundamental para poder perder peso rápidamente, dichas categorías son:

| # CATEGORÍA | NOMBRE DE LA CATEGORIA | DEFINICIÓN |
|----------------|---|--|
| 1 [♦] | Visión del trastorno –Anorexia- | Aquí hacen un pequeño relato y dan una definición de cómo es el este trastorno |
| 2 [♦] | Visión del trastorno -Bulimia- | Las entrevistas que sufren de este trastorno dan una explicación y una definición de cómo es este trastorno |
| 3 | Relaciones familiares | Los entrevistados aquí comentan como es la relación con los miembros de su familia, y si ellos son un factor para que estas personas sufran de estos trastornos. |
| 4 | Diagnostico (como se entero de su trastorno | Aquí hacen un pequeño relato de cómo fue que se enteraron de que sufrían alguno de estos trastornos, sea esté por medio de un especialista de la salud (Médico, psicólogo y/o psiquiatra) o que ellas afirman que lo tienen. |
| 5 | Tratamiento | Las entrevistadas manifiestan si es que después del diagnostico, recibieron algún tipo de tratamiento, ya sea medico, nutricional y/o psicológico o psiquiátrico |
| 6 | Enfermedades u otras complicaciones | Se les pregunta si han tenido otra complicación física o enfermedades, a parte del trastorno que las aqueja, y si éstas son o a causa del trastorno que padecen |
| 7 [*] | Percepción de si mismo | Aquí ellas dan una explicación de cómo ellas se ven así mismas, físicamente. |

♦ La categoría 1 y 2, son de suma importancia para poder hacer el análisis de los resultados, puesto que aquí las entrevistadas mencionan como ellas visualizan su trastorno.

* * Estás dos categorías pueden confundirse entre ellas mismas, pero lo que diferencia una de la otra, es que la primera se enfoca a la percepción física que ellas tienen de si mismas, mientras que la segunda se enfoca a que ellas den una explicación de cómo son como personas.

| | | |
|----|---------------------------|--|
| 8* | Definición como persona | En está, dan una explicación de cómo es su carácter y de cómo son interiormente |
| 9 | Sentimientos y Emociones | Las entrevistadas manifiestan cuales son las emociones y sentimientos más predominantes que ellas han notado de su persona |
| 10 | Alimentos que mas consume | Menciona los alimentos que mas consumen y que más le gusta comer |
| 11 | Alimentos que evita | Hacen mención de los alimentos que no puede consumir. |
| 12 | Ejercicio físico | Las entrevistadas aquí explican que tipo de ejercicio realizan y cuanto tiempo hacen del mismo. |

Cuadro 12. Muestra las categorías que se utilizaron para interpretar los datos obtenidos durante el proceso de la investigación.

Coloquialmente se entiende, que la Anorexia es un trastorno de la alimentación, que se caracteriza por no consumir alimentos y/o en algunos casos utilizan otro tipo de método para no consumirlos o desecharlos rápidamente; esta categoría define como cada entrevistado visualiza este trastorno, ejemplos tales como:

...de repente entre me entró toda la culpa y no sé estaba llenita igual y ya en enero repente dije ay! voy hacer una dieta.... y pum, de repente dije ya no voy a comer y dejaba de comer así y hasta me sentía orgullo y decía: no comí hoy wuo!, estoy orgullosa decía, de repente decía estas loca pero estas orgullosa, estás bajando de peso, ósea veía que se está notando, que no sé que, porque de hecho si baje de peso, y ya este, no se me sentía orgullosa, cuando comía una vez por ejemplo no comí en toda la semana, decía sábado y domingo si voy a comer... después, cuando tenía Anorexia, bueno, sí se puede llamar así, este!, llegaba de la escuela, y empezaba a hacer abdominales y todo, en la mañana, hacía un buen así, sí me cansaba a los 10 minutos otra vez, y otra vez, y otra vez, luego sí decía ay!, no voy a hacer hoy, luego me metí al gimnasio, y ya luego empecé a comer normal... a mí no importaba, ya después a mí ya no me importaba sí tenía nalgas, si tenía pecho, ósea ya no me importaba nada, yo quería estar delgada, y es que mírate estas toda chupada, y yo es que estoy gorda yo quiero estar delgada, pero es que ve como te ves y yo no, no, y no, ósea..., hoy

*no vas a comer nada, nada, nada, sí, hoy no vas a comer nada, y llegaba la noche y decía, hoy no comí, que bueno!, y al otro día empezaba, ósea, de hecho todavía uno de mis miedos, es así pesarme, ósea yo no puedo subirme a una báscula porque ya estoy, ósea yo ya, ya, ósea, igual yo me ponía a llorar porque me subía a la bascula, y sí veía que se subía la flechita tantito, me ponía a llorar, y es que **ya subí de peso**, en cambio cuando veía que estaba más a bajo, bien, bien vamos, sigue, y no comiste y bajaste, yo creo que sí no sigues comiendo vas a bajar más²⁹*

... pero yo siempre estaba estoy gorda, y lo que yo desayunaba en la escuela eran bolsitas de papás con mucha salsa valentina, en la mañana no comía nada, este, comenzaba a hacer muchas dietas, comenzaba a hacer mucho ejercicio en la secundaria, en la secundaria comencé a ir a clases de jazz, aeróbics, y comenzaba con mis dietas, empezaba en la secundaria a tomar un té de las bailarinas que me provoco varios desmayos, y mi mamá me regañaba porque hacia dietas, pero ya fue hasta cuarto o como quinto de prepa, fue cuando me puse mal, por tanta dieta me descompensé, tuve una descomposición por la dieta, prácticamente no comía, mi mama me hacía carne asada, ensaladas, verduras, le decía que ya había comido o me comía la carne asada, pero normalmente yo no llegaba a comer a la casa....³⁰

como al os 15 años, más o menos empecé, este!, con no sé, has de cuenta de que fui a Estados Unidos, estuve ahí como 2 meses y medio, conocí a unos, bueno unos familiares que tenía allá, viví con ellos, conocía la novia mi primo, era vegetariana, y entonces yo dije ay!, me voy a vegetariana no?, y todo empezó como algo muy normal...regrese aquí a México y seguí un año y medio sin comer carne, pero también empecé, estuve corriendo, haciendo mucho ejercicio, corría y todo eso, este!, entonces algo así, como muy normal, ni cuenta me dí, este!, y pues comía así, puras verduras pero como que poco a poco deje de comer, como yo empecé a darme cuanta de que empecé a bajar, este!, se me volvió como más obsesión, de que, ay!, así como que, todo mundo me jodía, y me jodía, me jodía, entonces se volvió así como que obsesión, y me acuerdo que ya de repente de una comida normal, ósea ya deje de comer, yo creo que comía muy poquito y hacía más ejercicio de lo que comía... empecé a utilizar sustancias y todo eso, drogas, marihuana, cocaína, todo eso, porque era, porque no me quería acordar de que tenía que comer... me subía los platos de la comida y los escondía a bajo de la cama y cosas así, o luego lo tiraba por el escusado.... escondía mi comida y que la dejaba a bajo de la cama y cosas así!... y ya a principios de los16 ya fue cuando empecé a

²⁹ Entrevista #1 “Mi trauma es ser gorda”, realizada por Carina Caballero

³⁰ Entrevista #2 “Yo tengo un súper trauma, ser gorda”, realizada por Carina Caballero

hacer así, todo no?, a dejar de comer y cosas así, yo creo que fue como un año que estuve así, o un año y medio que estuve así...³¹

Como a los 13 años, más o menos, sí como a los 13 años... toda la gente me empezó a decir, que no sé que, con mi familia, con mis amigos, me empezaron a traumar, porque una persona me dijo, no te voy a decir nada porque yo sé que tu no eres de hacer una dieta, y ya... de que de repente dejaba de comer, y de repente ay!, me ponía a comer, y me atascaba de comida, de todo lo que encontraba a mi paso, o del refrigerador, y así!, hasta que empecé a bajar mucho de peso, baje mas de 30 kilos, y este!, fue cuando me empezaron a decir, me empecé a poner muy mala, tuve una descompensación muy fuerte y pues ya!... entonces siempre llegaba tarde a mi casa, o me llevaba algo de ahí, me llevaba cosas de mi casa, no sé, sándwich, hot cakes, o cosas así, y llegaba ala escuela y las repartía, no es que ya comí mucho en la escuela y ya!, no comía, ósea mi mama decía cena, y ya!, entonces llegaba a la hora de la cena y me salí, trataba de no estar en mi casa y evitar comer, pero cuando tenía que comer como que sí, media toda mi comida y mi limite así eran 500 calorías, entonces siempre comía arroz hervido y una cucharada, y mi mama así como que, no le gustaba, me decía que sí no comía no sales, y entonces yo pues no salgo, entonces prefería no salir, y que comer... me daban la comida y me subía y ya!, como que la escondía, se iban y haber a quien se la daba o cualquier cosas, pero de hecho no me gustaba esconder la comida, casi siempre le decía a mi mama que no tenia hambre, o que ya había comido en la escuela, y ya!....³²

Este, yo nunca me había cuidado de lo que comía, pero después de que tuve a mi hija, si logre adelgazar, no hice dietas, hice muchísimo ejercicio, me ponía cremas y todo eso, pero como de un tiempo para acá, no sé así salio solo, el hecho de ver que por ejemplo ya me comía 5 tacos, 6 tacos o hasta 7, y pues no, ya tenía que medirle, porque en mi familia no todas somos delgaditas, entonces si tenía que cuidarme... pues este no comía, no comía, evitaba esas comidas o tomaba muchisisima agua...³³

Eh!, yo no los llamaría como problemas de alimentación, ahora sí que con el simple hecho de yo me cuide y de que quiera estar delgada, no quiere decir que tenga algún problema.... Ah!, eso sí, porqué yo lo vi desde chica, no?!, por el simple hecho de que yo estaba llenita, ahora sí que no,

³¹ Entrevista #3 “Yo siempre voy a vivir así” realizada por Carina Caballero

³² Entrevista #4 “Crecí muy rápido” realizada por Carina Caballero

³³ Entrevista #6 “Yo me cuido para ser delgada” realizada por Carina Caballero

tenía muchas problemas y la gente se burlaba de mí, y ahora que soy delgada pues recibo halagos, me siento ahora sí que mucho mejor...³⁴.

Sí dejar de comer... Bueno, es casi, cuando iba la principio de la carrera, de la universidad, entonces hubo un tiempo en que yo nada más tomaba café, mi papa siempre me regañaba porque yo ponía de pretexto que iba a llegar tarde a la escuela, y este!, entonces no desayunaba, y no cenaba, lo que comía, pues era poco, y aquí en la escuela lo que hacía más era fumar, pensando en que el fumar me iba ayudar a adelgazar, entonces este!, el café pues no me gusta mucho, entonces para agarrarlo de pretexto como para café, y cigarro y ponerme a adelgazar no!, pero con el cigarro sí yo pensaba que era para adelgazar... yo tomaba el agua de jamaica porque me di cuenta de que con eso, me sentía ¿cómo se dice?, más ligerita, porque me daba diarrea, porque, este!, mas que nada me daba diarrea, entonces me sentía mas ligera con todo eso, y me acostaba y sentía como mi abdomen se bajaba, y mi estomago también se bajaba, entonces, también empecé a ver como eso sí ayuda, pero no lo veía como que me ayudará a, nada más así como que, no se como que me ayuda poquito y ya, pero no como una obsesión para que yo realmente bajara de peso...³⁵

Sí!, si! si deje comer.... A veces podía no comer 2 o 3 días, también dependiendo, porque si yo tenía que hacer muchas cosas que hacer, que la tarea o que tenía que salir a algún lado, pues me hacía mensa, y ay! no ya me tengo que ir y dejaba la comida ahí, y cuando regresaba no pues que come algo, no ya comí por allá, no!, no comía unos tres días más o menos...³⁶

Pues cada que sentía hambre, tomaba un litro de agua y pensaba en lo que había obtenido porque estaba delgada, así paso el tiempo hasta que la sensación de apetito se hizo desconocida para mi, pero todavía seguía pensando que me tenía que adelgazar más, pero al paso de lo meses, las cosas se pusieron mal, porque por más que evitaba la comida, ya no bajaba de peso, pero mi aspecto era cada vez peor. Intenté ya no comer nada, pero absolutamente nada, pero la pancita que se me veía, no me desaparecía, me traumaba verme en el espejo, porque no me veía como quería verme, muy delgada ...³⁷

Como a los 18, 17, 18 años, que era de que, como no me gustaba comer solo, pues no comía, o por tanto trabajo no me daba tiempo de comer o algo, hasta que se me olvida comer, pasaban 2, 3 días

³⁴ Entrevista #9 “Me cuido no porque esté enferma” realizada por Carina Caballero

³⁵ Entrevista #13 “No creo tener nada malo” realizada por Carina Caballero

³⁶ Entrevista #14 “Nunca me quedo con las ganas” realizada por Carina Caballero

³⁷ Entrevista #15 “En mi casa siempre hablaban mal de las gordas” realizada por Carina Caballero

*y no comía nada... Pues raro, es que al principio era, pues muy X, no?!, ay!, no he comido, ay!, no importa no tengo hambre, después ya me empezaba a sentir muy débil, y este!..*³⁸

*Pues no comía, había veces que no ni comía, me la pasaba tomando agua, tomaba yo creo que exageradamente 6 litros al día me traume tanto que empecé a tomar anfetaminas, ósea yo sentía que estaba súper gorda, entonces para adelgazar empecé a tomar anfetaminas en la secundaria, pero me dio varicela en la secundaria, y cuando me dio varicela, yo tenía 5 kilos menos, cuando me dio la varicela, baje como 10 kilos...*³⁹

*...yo le deje de hacer (comer) así, en automático, así, entonces, fue cuando yo dije: algo está mal, no está bien, intente a volver a comer normal... , y yo no comía, se me olvidaba comer, y decía, ¡no, no, no!, me hice de esa idea, después de tantos, tantas fracturas emocionales... empecé a dejar de comer otra vez, ya cuando entre aquí ala carrera, ya fue de que ¡no, no, no!, me dedico a trabajar y luego a comer, y llego un momento en que ya no me acordaba que tenía hambre... bueno voy a dejar de comer un poquito, como que me di más a la tristeza, voy a dejar de comer porque ya me estoy poniendo gorda, si no que me tire más la tristeza, entonces con ese chavo, a pesar de que yo no anduve con él, lloré mucho, y me dedique más a llorar, y me dediqué más a sufrirle, que deje, fue así de ya!, no me pasa lo comida... cuando pase al bachillerato, fue ahí donde conocía un baboso, tenía que?, 14 años cuando lo conocí, y él a cada rato, me decía: a mi me gustan las mujeres de pelo largo y delgadas... y yo esta llenita, entonces yo me queda así, yo no tengo nada que ver con tus gustos, pero en ese entonces no pensaba como pienso ahora, yo decía: ¡jiole!, ese hombre, fue al que más quise, de mis 15, fue al que más quise, y por lo mismo que yo lo quería, yo dije: algo tengo que hacer porque se me va a ir, entonces me deje crecer el pelo, me deje crecer el pelo, me cambie de vestir, hasta eso me deje de vestir toda prangana, así de..., entonces con el empecé a cambiar, que la faldita, que esto que el otro, pero el tuvo un detalla: **es que yo veo que estas medio gorda**, y yo así: **ah!, si!**, y yo no era de las: **ay!, no es cierto no estoy gorda**, ni iba ni preguntaba a mi mama: oye!, estoy gorda, es que dicen que estoy gorda, no!, sino que dije: chin!, es que si he de estar gorda, y con este chavo si empecé, yo llegaba a mi casa y mi mama me decía: ya comiste?,este!; es que ya comí en la escuela, y yo no había comido nada, y yo desayunaba a las 6 de la mañana, y me la pasaba así, hasta las 8 de la noche, sin comer nada, y yo empezaba a ver que me daba hambre, y si no le hacía caso, ya no me iba, ya no tenía ansiedad de comer, porque ya me dejaba de doler el estomago, y cuando tenía hambre nada más tomaba leche, y decía es que: tengo antojo de leche, por lo mismo de que mi mama ya no controlaba tanto la educación, como en*

³⁸ Entrevista #16 “Yo también lo tengo” realizada por Carina Caballero

³⁹ Entrevista #17 “Me da miedo subir de peso” realizada por Carina Caballero

la secundaria, entonces yo aproveche para decir: ya comí!, y me iba un poquito más tarde para no desayunar, es que ya se me hizo tarde, ya se me hizo tarde!, ya no desayunaba, entonces, llego un momento, que yo dije: no me hambre, no me desmayo, porque yo me acuerdo que dije: quien se desmaya es porque quiere, yo nunca me desmaye, pasaba un día sin comer, para nada, yo así enterita, entonces si tenía hambre, pues tomaba mi leche, y dije: bueno, pues así voy a hacerle, estuve un año así, y si!, si baje de peso, ay!, ya me acorde, que si baje de peso, como 6 kilos....⁴⁰

Llámale Anorexia, porque así se llama no?, y no me preocupa ni me siento mal porque no estuve muy mal y con la carne pegada a los huesos, y todo eso, yo supe que era Anorexia porque una vez una amiga de la universidad me dijo que ella había dejado de comer y se tomaba pastillas para adelgazar, y que hasta estuvo en tratamiento cuando iba a la prepa y como yo empecé a bajar de peso como que se preocupo y por eso me dijo que me cuidara y que me pusiera abusada porque luego se vuelve costumbre de ya no come... Deje de comer por la presión de la escuela, tenía mucho trabajo y no me daba tiempo de comer porque la escuela exigía mucho, y cuando llegaba la hora de la comida o llegaba a mi casa no comía porque en la escuela tenía trabajo, exámenes, tenía que estudiar, hacer trabajos, bueno... como que yo deje de comer por presiones de la escuela, no porque me sintiera gorda...⁴¹

Ahora bien la Bulimia se dice ser un trastorno contrario a la Anorexia, porque en la Bulimia se consumen alimentos en exceso y se utilizan métodos purgativos para desechar el alimento y/o provocarse el vómito, como se mencionan en algunos casos con estas características particulares:

...y un día comí y dije voy a vomitar a ver que pasa y vomité y dije no lo voy a volver hacer, y no comí en toda la semana y lo volví a comer al otro fin de semana y ya otra va!, pero antes era de que lloraba porque, porque vomitaba, antes era no, no, porque lo estoy haciendo, estoy defraudando a mi familia y, primero a mi era todo mi familia mi papa no?, estoy comiendo y después cuando comía no podía, ósea necesitaba el dedo era una adicción meterme el dedo... y yo me ponía a llorar de la desesperación de que quería meterme el dedo, me metía al baño de la escuela a vomitar, ósea por cualquier cosa, me comía y todo era vomitar, primero era si no comer y si fue cuando baje de peso cañón pero un motón hasta me decían yo te veo bien mal, vete, y yo les decía hay no tengo nada, no tengo nada, de hecho no le dije a muchas personas, me venía el

⁴⁰ Entrevista #18 “Tengo dos personalidades, ¿Cuál quieres conocer?” realizada por Carina Caballero

⁴¹ Entrevista #19 “ Por la escuela...” realizada por Carina Caballero

remordimiento, ay! Vas a subir de peso, te vas a poner bien gorda, ya comiste una sopa, ya vas a estar bien gorda, iba a mi recamara y este, prendía la televisión y le subía o el radio, y en mi bote pues tengo una bolsa, y en la bolsa me lo provocaba así y hasta que ya no salí nada.... si estaba sola en mi casa iba al baño y vomitaba, de que llegaba y vomitaba y ya me sentía bien y decía ay! Ya lo sacaste que bueno, y así ya, y en escuela igual iba al baño me encerraba y me provocaba el vómito y ya este, y luego este si tomaba linaza y eso, y decía:, no , no , no eso no me va a servir como , bueno eso ya hasta el último porque primero empecé no comiendo... luego sí decía voy a tomar está cosa para purgarme no, para que salga no, pero sí vomitaba cada ratito, cada ratito, me daban algo de comer iba y lo vomitaba porque por lo mismo de que yo comía antes, decía ay!, ya comí un chocolate, no!, iba y vomitaba el chocolate, a los 5 minutos entonces me daban una barra, ya hasta la barra la vomitaba, luego decía, pues comía papaya, es que esto no me va a engordar pero decía, no sé comía un plato grande de papaya y decía ya comí mucha papaya, es mucha, en vez de comer poquita, no!, mucha, hubiera comido poquita, comí mucha, es que es mucha, iba y lo vomitaba, fuera lechuga para mí si había comida mucha lechuga iba y lo vomitaba y si vomitaba, toda la fruta...porque ya era de que la comida la sentía en la garganta, ósea me dolía la garganta, así todo así, así me ardía mucho ya ni salía nada, puro amarillo, pero luego ya tiene un rato que no lo hago, pero lo hice y no estoy ganando nada, porque yo sé mucho de esto, bueno no mucho pero ay!, más o menos, con esto ni vas a bajar de peso, sí quieres bajar no comas, pero como yo no puedo dejar de comer, no, pues no!, de plano...⁴²

... mis amigas en la escuela yo iba al baño, ah!, porque a mi me tomaba como cuatro litros de agua de jaimaca diario, si podía más, y este!, mis amigas, una nada más fue la que me dijo, que, la que más estuvo conmigo, veía que iba al baño, iba conmigo para ver que no vomitará... yo no comía me daban dinero para comer en la escuela yo compraba los tes, lo tes llegué a hacérmelos a escondidas iba a la cafetería de la escuela y pedía el agua solamente caliente, bueno ya me daban el agua y ya le echaba el polvito, alguna vez una de mis amigas sí me pregunto pero le decía algo para que no siguiera preguntando y ya. Si me laxaba pues no la hacia en mi casa...⁴³

... me provocaba el vómito, ya de más grande así me provocaba el vómito, y cosas así, y fue como que, ósea ya estando yo consiente de que era malo, pero finalmente lo seguí haciendo porque no me importaba porque era un afán de que yo seguía queriendo estar delgada, y aparte después de que estuve en tratamiento y todo eso, subí sí otra vez de peso, entonces este!, pues no sé así me paso, y

⁴² Entrevista #1 “Mi trauma es ser gorda” realizada por Carina Caballero

⁴³ Entrevista #2 “Yo tengo un súper trauma, ser gorda” realizada por Carina Caballero

yo creo que sí, hasta la fecha sigo hiendo al psicólogo... De Bulimia, este!..., pues no sé, de repente, ósea yo sabía que, quería adelgazar y todo, no sé, a veces, no me daba cuenta y comía, y comía, y ya cuando me daba cuenta ya había comido más de lo que, no sé, a lo mejor de lo que yo me permitía, no!, y agarra y estaba así, me desesperaba y lloraba mucho, y me provocaba el vómito, y así, no estaba satisfecha, hasta que no sintiera otra vez el estomago vacío, que no lo sintiera así como, no, no sentir esa satisfacción de estar tan llena, bueno, esa sensación de estar llena... sí hasta que no sintiera el estomago vacío otra vez, ya era como que dejaba de vomitar... Diuréticos sí, laxantes no... pues el agua de jamaica, una cosa que se llamaba Planchalau, (risas)no me acuerdo, ese es un té, el de las 3 bailarinas, ósea, un montón de porquería y media, pero sí, ese tipo de cosa, sí llegué a tomar, no pastillas, pastillas de que no sé como se llaman?, pero que son para adelgazar, no de esas no!, pero sí de que tiene fibra, que no se que, ósea, cuando estás tan acomplejado, cualquier cosa que te pongan enfrente, te lo tomas, igual, bueno, ¿Quién sabe?, ese es mi caso, no sé, pero casi, muchos de los casos que he visto o que he escuchado creo que es parecido...⁴⁴

... fue como unos meses después que me había hartado de no comer, ya me daba hambre, y ya!, fue como unos meses, no sé cuanto, pero eso no lo hacía muy seguido porque no me gustaba vomitar, y entonces, prefería dejar de comer, y hasta ahí!, de hecho a veces no comía nada, y lo que comía lo vomitaba, pero este!, ya hasta, de hecho cuando estuve tratando de salir... comía, todo lo que podía, y así ya hasta decir basta, ya no puedo comer nada, ya no me cabe nada, y ya iba y ya, ya yo me provocaba el vomito, ósea llego un tiempo que ya era tan seguido y que lo estaba haciendo un montón de veces al día, que muchas veces ya comía y me daba mucho asco, y entonces ya iba y vomitaba yo solita, ósea ya era... es que ya era a la hora que comiera, ósea, hubo un tiempo que comiera lo que comiera y lo vomitaba, y aunque no lo hiciera...⁴⁵

Justamente después del aborto, empecé a tragar, hubo una época en que no comía, ósea, llegaba y así sentada completamente, pero siempre había sido, delgadita, muy delgada, cuando me embarazo empiezo a tragar 5 veces al día, y eran platos, ósea no eran tonterías, eran platillos así impresionantes, empecé a comer, a comer, a comer, a comer, subí de peso, que?, como 10 kilos a lo mejor en 2 meses, nunca volví a recuperar mi peso, jamás, deje de comer en eso tiempo, pero por lo mismo de eso no perdí peso..., y empecé a comer, igual, igual, igual, y empecé a ganar más peso, más peso, más peso, ahí fue donde ya nunca regresé a como estaba, nunca y hasta la fecha sigo

⁴⁴ Entrevista #3 “yo siempre voy a vivir así” realizada por Carina Caballero

⁴⁵ entrevista #4 “Crecí muy rápido” realizada por Carina Caballero

comiendo con una buena capacidad... y me meto a una dieta, y me salgo de la dieta, me vuelvo a meter un día, y **el lunes empiezo**, y el viernes me doy unas atascada de mi vida, pero sí que sientes la comida (señala la garganta) hasta acá, y eso me pasa mucho, como pero me, me sobrepaso, por no como hasta que dejo de tener hambre, como hasta que tengo la comida aquí, ósea, hasta que siento que no me cabe el aire, no creo que eso sea bueno, si!, no, no me lleno... yo creo que debería dejar de comer, pero no puedo dejar de comer, entonces, pues no hago nada, me quedo así nada más, mirando no estoy dispuesta a meterme nada para dejar de comer, no voy a tomar medicinas, algunas veces si me dan ganas de, de las cosas esa Fatache, y todas esas madres, mi mama, no me las va a comprar, yo soy muy coda, yo no voy a gastar en eso, entonces, este!, pues eso ha hecho que lo haga, lo que sí he llegado a hacer es a vendarme, y me he hecho cada, ahí si para que veas, hubo una época en que según yo empecé a hacer ejercicio, entonces, me empecé a poner una pomada, que no sé de que madre es, pero apesta a Vick, y luego me ponía vendas, al otro día, me ponía, las vendas a modo que no me dejaban respirar, al otro día en la mañana, ósea (señala el abdomen) todo esto lastimado y lleno de ronchas, ronchas, ronchas, ronchas, ¿porque?, porque como hacía ejercicio y sudaba y luego tenía la pomada y encima me ponía a las vendas, y arriba de las vendas me ponía una faja, pues imagínate el sudor, me salían granos, y me quedaban todas las vendas marcadas, no se me quitaban y no me gustaba verme así... quiero ir como dejando de comer poquito a poquito, ósea, no me gustaría enfermarme realmente, no quiero, no quiero tener ese tipo de broncas, no estoy dispuesta a permitírmelo, entonces más bien lo que quiero es, dejarlo poquito a poquito, de una forma como normal, tranquila, sin tener tantas broncas...⁴⁶

Es que yo me provocho el vomito desde hace mucho tiempo... pues dije, vamos a ver que pasa, a ver sí puedo, bueno..., sí, fue más que nada eso, así de que va!, a ver que pasa, a ver que logro con esto o a ver sí si es cierto, ah!, eso pensaba... que pueda bajar de peso con esto, y ya después, pues, no me gusto el hacerlo, pero, bueno las primeras veces no me gustaba, pero, después me fui acostumbrando y, ya después de sentirme tan llena y después de hacerlo ya no me sentía así, eso fue lo que sentía... Pues porque, porque..., bueno con todo lo que había comido y sin vomitar ni nada, pues siento que subí de peso y entonces eso fue lo que, hizo que volviera a caer.... (ha dejado de comer...) Para ya no vomitar, no me gusta.... Pues porque yo quería estar más flaca, pues fue por eso, aunque yo no estuviera así muy gorda, yo quería estar ni muy gorda ni muy flaquita... Como tres, pero ya no diario, así, dejan de pasar unos días, por ejemplo al tercero solamente vomito una vez, pero ya no diario...⁴⁷

⁴⁶ Entrevista #5 “ Después de que perdí a mi bebe” realizada por Carina Caballero

⁴⁷ Entrevista #7 “Yo no tengo problemas, mi mama dice que los tengo” realizada por Carina Caballero

Sí, sí baje de peso, pero mis dietas yo no las sacaba así... de no comer sal, procuraba tomar mucha agua, este!, mucha papaya, piña, no comer nada de pan, ni tortilla, así pero, como mi mamá hacía su comida normal y yo la comía, tampoco me sacrificaba de que tenía que hacer dieta, pues no, no trababa de no comer en comidas... Eso fue hace como tres años, fue en 2001, hace tres años, y este!, ya después de ahí me estuve manteniendo, me estuve manteniendo, después tuve problemas, subí a 92 kilos, y así ya después baje a 86, 86 kilos, entonces, este... ósea fue como en un año, no, ni sé, pero fue cuando me pese ya era 86 kilos, pero yo nunca lo note, pero siempre así, como que siempre así, por ejemplo siempre ando de pans, o playera así guangas, yo por ejemplo luego así veo a personas de mi edad que traen sus pantalones de mezclillas o cosas así, les quedan bien, y digo, bueno yo no puedo usar eso porque ya no hay tallas para mí, tengo que ir a las tallas extras, no!, bueno así me sentía no!, y ahorita ya, después me metí a los ejercicios, igual, volví a hacer mi dieta, de no comer pan, tortillas, y eso, y sí baje, 12 kilos en tres meses, pero ya ahorita, este!, empiezo a comer, a comer, a comer; a cenar, a cenar, a cenar, y a comer un buen de cosas, es algo que no puedo evitar, pues dejarlo...⁴⁸.

Una semana, porque me sentía mal con los medicamentos.... me acuerdo que las primeras veces, como que le tenía coraje a mi marido porque yo tenía que comer y de que me dijera que era lo que yo tenía que comer, no vallas a comer eso, no vallas a comer el otro, ya lleva tu dieta normal, y me daba mucho coraje y más ansiedad de comer más las cosas que estaban comiendo todos, me daba mucho coraje pero ahora que estoy así, como que no, como que ya me trabajo psicológicamente, no debo de comer esto y ya no se me va antojar porque era muy feo vencer la ansiedad de comer nada, no era tanto hambre era ansiedad de comer y ahora ya no siento tan feo porque cuando quiero como lo que quiero comer y cuando no, yo me programo psicológicamente que no debo de comer y ya no sufro como sufría antes ...⁴⁹.

Bulimia, creo que bulimia, es cuando te provocas el vómito no?... Intente varias veces provocarme el vómito, pero nunca pude lograr sacar todo lo que comía de esa manera, durante los tres años de la prepa hice mucho ejercicio y comía mucho pero cuando puede vomitar fue cuando estaba en el último año... yo creo que es para no sentirme culpable por lo que comió... me meto el dedo en la garganta y me taño en la garganta y estoy así hasta que lo que comí lo vomito...La verdad no se si

⁴⁸ Entrevista #8 “Como mucho” realizada por Carina Caballero

⁴⁹ Entrevista #10 “Me da coraje no ser flaca” realizada por Carina Caballero

el provocarme el vomito me ayudo a bajar de peso, pero cuando pese 60 kilos intente una dieta y creo que me funciono además de que iba al ejercicio...⁵⁰

... tomé medicamento para bajar de peso cuando estaba en el último año de la prepa, cuando tenía 17 años, que también por eso busque ayuda con la psicóloga de la escuela, tomé gotas para bajar de peso, las gotas me subieron el colesterol, me subieron los triglicéridos, porque yo no desecha la grasa, la grasa se quedaba en la sangre, entonces, cuando yo tomaba las gotas para adelgazar, no me hicieron bajar nada, creo que me hicieron bajar creo 2 kilos, en un mes... también tome las pastillas de Redugrass, no sirvieron, no sirven, pero eso no me causo ningún problema, no tuve problemas no baje de peso, pero tampoco no me trajeron problemas de salud, las que sí me trajeron fueron las gotas... lo que hago, me laxo, me como un nopal asado diario, en las mañanas y en ayunas, nada más, es lo único que hago, no tomo otra cosa eran una gotas que tenías que tomarte en, no me acuerdo sí eran 10 gotitas en medio vasito, antes de cada comida, era lo que hacía, me lleva las gotas ala escuela, iba yo en la prepa, imagínate!, así yo contando mis gotitas y órale, y llevaba una dieta que ellos te daban, nada más, pero eso fue lo que más me hizo daño, por que no las asimilo, mi cuerpo....⁵¹

Pues esas no sé, a lo mejor..., era inmediato, porque yo creo que por lo mismo ahorita cuando como, no me provoco el vómito, pero yo creo que ya mi organismo, hace que, yo termino de comer, y como los pájaros, luego, luego hacer del baño, no sé si es causa de que a lo mejor antes yo comía y decía, ay!, no creo que comí mucho, vomita, yo no vomitaba todo, porque sabía que tenía que tener algo en la panza, pero sí vomitaba, no sé por decir algo la mitad de lo que me comía, no sé, eran 2 o 3 veces al día, dependiendo de que tan llena me sintiera, sí yo me sentía muy inflada aunque yo supiera que a lo mejor era por agua, yo iba y vomitaba el agua... Pues, comía de todo, pero había cosas que decía, ay!, como que engorda esto más que el otro, no sé, a lo mejor que unas papitas, o que una hamburguesa, o que tacos o que cosas as... Ocupe este!, pues las pastillitas esas que según se ocupan para el estreñimiento, yo sabía que no tenía estreñimiento, ni nada similar, pero decía, no!, que aceleran, mi..., sí pues mi funcionamiento se, se acelerara, y así que la comida se tardara, no sé, a lo mejor, 8 horas en salir, yo hacía que saliera en meno tiempo, y pues sí, tomaba, no, no son precisamente laxantes si no nada más, como que, pastillitas para el estreñimiento...⁵²

⁵⁰ Entrevista #11 “Creo que tengo Bulimia” realizada por Carina Caballero

⁵¹ Entrevista #12 “Tal vez así por mi mama” realizada por Carina Caballero

⁵² Entrevista #14 “Nunca me quedo con las ganas” realizada por Carina Caballero

... llego un momento en que, si comía algo, lo empezaba a vomitar, a vomitar, me la pasaba hasta que vomitaba sangre, tenía una novia, que era unos años mayor que yo, y este!, ella fue la que se dio cuenta de que algo estaba pasando, me llevo con un médico, que fue el que dijo que tenia Bulimia, pero según él, era una Bulimia Nerviosa, una cosa por el estilo, me mando muchas vitaminas, y comida para este!, y este!, pastillas para abrir el apetito, y para evitar el vomita y así me estuvieron controlando un tiempo, me dijeron que no necesitaba atención psicológico por este!, no era tanto por vanidad, si no que fue ocasionada por otros aspectos... Yo creo que sí, el estrés, el hecho de que no había mucho tiempo para comer, o a veces de plano, por tanto trabajo, no había nada de tiempo para comer, o este!, o llegaba solo en la mañana, y no me gustaba desayunar solo, cenar solo, y pues este!, te digo que llego un momento en que se me olvida... Los vómitos venían solos..⁵³

Mi mama siempre ha llevado dieta, pero como ella si sufría un poquito de sobrepeso, tenía que ir al medico, si tenía que estar haciendo ejercicio, entonces..., de hecho eran pastillas homeopáticas, y ya después eran las gotas, entonces pues me volaba los frascos, como le daban varios frascos, entonces, yo me los agarraba, ya después poco a poco me empecé a comprar laxantes... No me acuerdo, se llaman narango, algo así..⁵⁴

...me daba asco la comida, y si hubo ocasiones en las que ya no me tuve que meter el dedo, sí hubo ocasiones en las que volvía el estomago, muy pocas, pero sí lo volvía, porque a mi ya la comida me empezaba a dar asco, y es algo que hasta la fecha no se me ha quitado, yo intente, dije: yo voy a regresar a mi vida normal, entonces intente comer, y guacareaba, entonces así, intentaba comer así poquito, al rato tenía un asco y yo..., voy a volver, voy a volver, entonces, lo que hacía era comerme un dulce y ya, se me pasaba el asco, pero, este!, yo no fue lo mismo, y hasta la fecha ya no es lo mismo ...⁵⁵

En los casos que aquí se tratan, en siete de ellos, sufren de ambos trastornos, Anorexia y Bulimia, en estos casos el primer trastorno que surgió fue Anorexia, seis casos sufren de Anorexia, y finalmente los casos de Bulimia son 6, puesto que tanto la Bulimia como la Anorexia, se dividen, ambas, en dos, el trastorno puede ser “nombrado” de diferente forma, puesto que en cada caso, se manifiesta características que hacen que al trastorno, puede

⁵³ Entrevista #16 “Yo también lo tengo” realizada por Carina Caballero

⁵⁴ Entrevista #17 “Me da miedo subir de peso” realizada por Carina Caballero

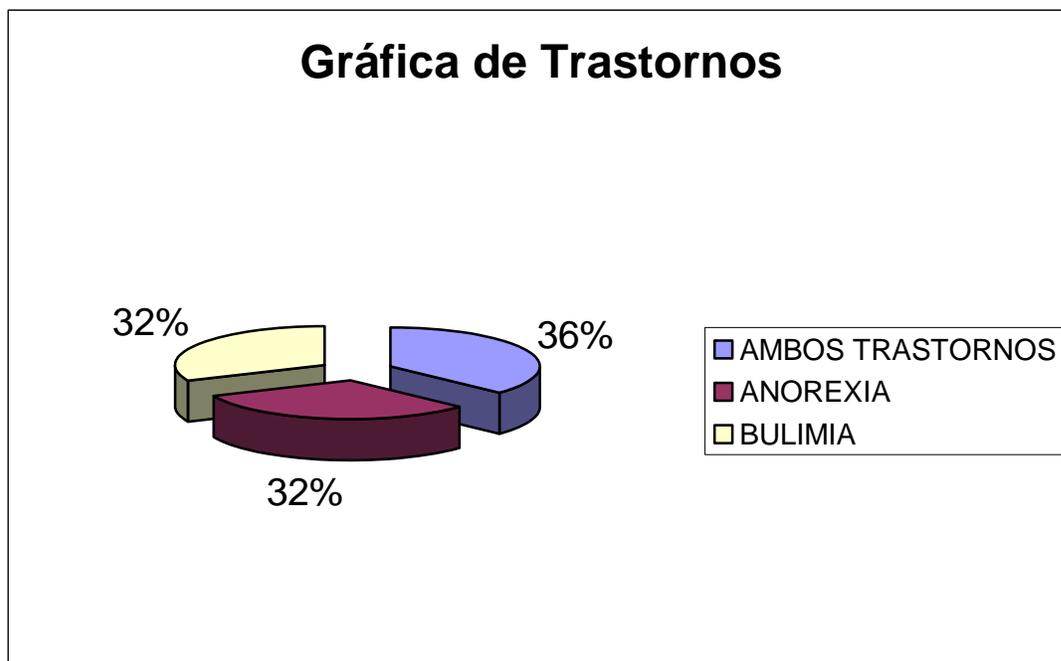
⁵⁵ Entrevista #18 “Tengo dos personalidades ¿Cuál quieres conocer?” realizada por Carina Caballero

llamarse Anorexia purgativa/restrictiva⁵⁶, así como Bulimia purgativa/no purgativa⁵⁷; en el caso de trastorno *Anorexia restrictiva* son seis casos y en el caso de *Anorexia purgativa* son seis casos; mientras que para las características de *Bulimia purgativa* son cuatro casos y finalmente en *Bulimia no purgativa* son tres casos. Los siguientes cuadros dan un mejor panorama de lo que aquí se menciona, así como una gráfica para cada cuadro que explica esta situación.

CUADRO DE TRASTORNOS

| | |
|-------------------------|----------|
| AMBOS TRASTORNOS | 7 |
| ANOREXIA | 6 |
| BULIMIA | 6 |

Cuadro 13. Muestra en números, el total de personas que sufren de uno o ambos trastornos de alimentación.



Gráfica 1. Muestra en porcentaje, el total de personas que sufren de uno o ambos trastornos de alimentación.

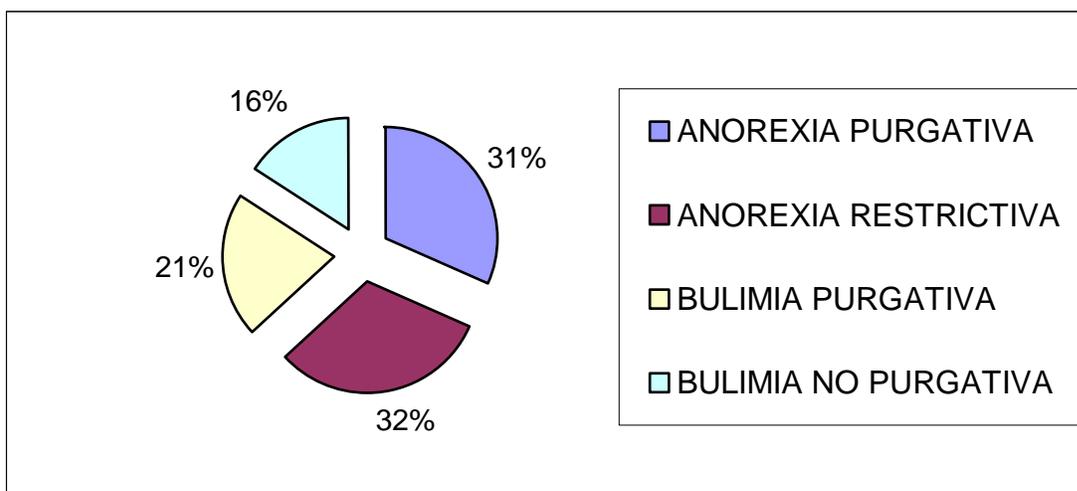
⁵⁶ Según el DSM-IV

⁵⁷ Según el DSM-IV

CUADRO DE TRASTORNOS SEGÚN EL DSM-IV

| TIPO DE TRASTORNO | |
|-----------------------|---|
| ANOREXIA PURGATIVA | 6 |
| ANOREXIA RESTRICATIVA | 6 |
| BULIMIA PURGATIVA | 4 |
| BULIMIA NO PURGATIVA | 3 |

Cuadro 14. Muestra en numero, el total de personas que sufren de alguno de los trastornos de acuerdo con los criterios del DSM-IV



Gráfica 2. Muestra en porcentaje, el total de los trastornos de alimentación según el DSM-IV.

Como se mencionó desde el principio de este capítulo, se hizo la mención de que la familia es un factor importante de desarrollo para todos los seres humanos y durante el proceso de las entrevistas se encontró que algún miembro de la familia, ya sea el padre o la madre, (en la mayoría de los casos) o algún otro miembro de la misma, tenga influencia para que la Anorexia o la Bulimia (y en algunos casos ambos trastornos) estén presente dentro de una familia, este punto se encontró en la mayoría de los casos:

“... mi papa, así jugando hay estas muy gorda”... “luego si mi papa me decía ya no vomitas la comida verdad?, me enojaba tanto y yo le decía ay!, no!, pero en la forma en que lo dicen, no sé, me podría decir, ya no vomitas la comida, o como has estado?, no sé, ya no vomitas la comida verdad?!, y yo, no!, ósea me enojaba mucho y yo decía, más mi tía, mi tía luego sí me decía que es la que más me apoya, igual mi otra tía, me dijo sí tu no te sientes bien con ese psiquiatra, pues vamos que no sé que?, si quieres un particular, yo te lo pagó, que no se que, y yo gracias, ósea se

portaba mejor conmigo que mi papa” ... y luego mi hermano es muy delgado y come mucho porque hace ejercicio y entonces luego si me día ay! Gorda y no se “... Mis tías me dijeron: no mira, si tu quieres llevar una dieta, o algo así nosotras te hacemos la comida, échale ganas, me preguntaron porque pasó todo, y dijeron que, ellas me pidieron una disculpa por haberme dicho, si luego me decían que estas gordita discúlpanos, no lo hacíamos con esa intención... una tía que ay! Me decía con está playera no te ves bien, se te ve la panza”⁵⁸

“...mi papa siempre , hasta la fecha, sí estas gorda te tienes que cuidar o me trae cualquier gel, yo soy hipoglucemica y me dice que me cuide, o por ejemplo, luego durante el día mi hermana que luego está en la casa le decía algo para que me cuidará, siempre con la misma intención, chicle y pegué no!, pero como tengo baja deja de azúcar, este!, pues luego me dice cuídate y mi papa cuando ve esas cosas o escucha en algún programa en el radio o en la tele me llama, y yo papa, me lo sé de memoria, si no recuerdas soy psicóloga, pero este!, sí, mi papa siempre ha estado más al pendiente que mi mama”... yo tenía la ilusión de ser como mis hermanas “mi mama: es que estas gorda, o me ponía alguna ropa este mira se te ve la lonja, o ah!, ese pantalón te queda muy embarrado, o siempre ah!, estas comiendo ya mucho, a veces me decía en una semana te vas a comer lo que yo hago y en los fines de semana si quieres un pasteles ah!, pues te lo comes, pero ya aquí como y llegó a la casa y hay caldo de pollo, o carne asada, pechuga asada, ensalada, y sigo hiendo al gimnasio, llegó y luego compra pan para mis hermanas para cuando se quedan a comer, y me dice ay!, tienes tu verdura, tienes tu germen, yo me quisiera comer las piedras pero no me entran”⁵⁹

mis papas se divorciaron en la adolescencia.... mi mama se empezó a dar cuanta que salía con otras personas, entonces, este!, un día mi mama se enteró que, pues este!, ya tenía otra pareja, este!, entonces decidieron divorciarse, mi papa quería seguir viviendo en la casa, entonces mi mama, mi mama lo permitía, como fue el amor de su vida, mi papa, pues estaba muy enamorada de él, por eso lo permitía, que viviera en la casa, entonces yo, mi mama bajo 10 kilos, así, entro en una depresión así muy cañona, por lo de mi papa, entonces este!, pues a mi me toco, como la veía muy mal, y yo era la más grande, me toco como que ser la fuerte, no!, entonces sí yo lloró, entonces van a estar todas mal, entonces sobre mí cayó un poquito el peso de toda la familia, y... a mi me toco correr a mi papa de la casa y decirle pues sí quería a mi mama o en algún momento quedaba algo así, pues sí!, era la mama de sus hijas o un poquito de amor o respeto, pues.... me sentí muy mal

⁵⁸ Entrevista #1 “Mi trauma es ser gorda” realizada por Carina Caballero

⁵⁹ Entrevista #2 “Yo tengo un súper trauma, ser gorda” realizada por Carina Caballero

porque después mi mamá me lo reprocho mucho, así como que, pero era su misma desesperación de que, como que andaba muy sacada de onda por lo que había pasado con mi papá, y yo me acuerdo que ese día, mi mamá le dijo a mi papá que ella no era la que la estaba corriendo sí no que era yo, entonces este!, pues ya mi mamá después, ya después mi mamá me dijo que, este!, pues que sí que a lo mejor nosotras estábamos más cuerdas que ella, pero que también entenderíamos, y también a mí me dijo es que entiéndeme la verdad estoy desesperada, nunca me imaginé que tu papá fuera a hacer esto y mi mamá por ser, una buena mamá, no sé, te empecé a mandar los dos sándwiches, y así, me empecé a subir, empecé a subir, y aparte de que también de chica, fíjate de chiquitita, chiquitita era, dice mi mamá que era muy delgada, pero me tuvieron que quitar las anginas porque tenía un estafilococos o no sé, entonces el doctor le dijo a mi mamá que iba a empezar a subir de peso, y sí!, dice mi mamá que empecé a subir de peso, pero yo creo que también fue como que descuido de mi mamá, o no sé, la verdad no!, no aparecía en la foto, no sé, porque a la mejor, también subí mucho, bueno no mucho pero sí subí de peso, y pues ya después me molestaban como de ser tan flaquita hasta subir de peso, me molestaban mis primos, todos todo el mundo me molestaba porque estaba gordita, ...en sí que a mi mamá le hayan dicho que tenía Anorexia o que tenía bulimia, pero!, pero no sé, ahorita ya preguntando y platicando con mi mamá, me dijo: es que tú si tenías eso, ósea a mí me dijeron que era eso, pero como no había nada, nada en la televisión como lo hay ahora...⁶⁰

“De hecho, no me cae nada bien, y así muchas cosas, pero..., es mi papá, no me cae nada bien, le tengo mucho rencor a mi papá, y este!, no!, no me cae bien, es una persona que...” tiene un carácter y aparte como que..., ay!, no sé, tiene un carácter horrible, muy feo, y ya no me gustaría hablar de él... aparte mi papá, estaba en la casa iba y me decía que yo quería estar nada más en su casa, comiendo que estaba bien gorda, entonces como que sí, me sentía muy mal... y lo que me molesto es que muchas veces, platicábamos con alguien o estaban en mi casa platicando, mi papá sacaba el tema de que era anoréxica, entonces era lo que no me gustaba, de contar mi vida, de por sí no me conoces, y nunca hablo contigo, porque le vas a contar mi vida a las personas, y así!., pero no se dieron cuenta, de hecho lo sigue haciendo, y por eso, ya de, no esconder, si no que, ya no me gusta decirlo, y aparte ya!, ya no sé!... no me llevo bien con él... mi mamá, sabe que de repente dejo de comer y me regaña, porque, por lo mismo que estoy enferma, porque todo lo que me ha pasado, pero no saben que, este!, que luego ya si no comó...⁶¹

⁶⁰ Entrevista #3 “yo siempre voy a vivir así” realizada por Carina Caballero

⁶¹ entrevista #4 “Crecí muy rápido” realizada por Carina Caballero

*Mis papas están separados desde hace año y medio, vivó con mi mama, con mi abuelita, y con mi hermana... con mi hermana es buena, es también tiene el carácter mi mama, es más bien dura, las dos son muy fijaditas en que te combina, no te combina, y yo soy más bien fodonga, entonces, sí mi hermana, si , pero en general no llevamos bien, nos peleamos como los hermanos, normal, pero nada así mal con mi hermana es buena, es también tiene el carácter mi mama, es más bien dura, las dos son muy fijaditas en que te combina, no te combina, y yo soy más bien fodonga, entonces, sí mi hermana, si , pero en general no llevamos bien, nos peleamos como los hermanos, normal, pero nada así mal... “**Mi papa** antes no me decía nada, pero sí hubo, hubo una época que, para la graduación, llegamos y este!, no sé?, estábamos con la modista, y se le queda bien mi papa a la modista y le dice ay!, a ver como le haces para que se vea más flaca, un comentario así hizo, el primero que mi papa hizo, enfrente de mis amigos, y yo lo volteo a ver con cara de que, que agradable eres, gracias me haces sentir muy bien, pero él si no dice mucho, nada más me dice, ya estas gorda pero no lo dice con el tono de mi mama que lo dice para joder, lo dice así como chin!, ya baja de peso” “A **mi mama** no le gusta, no le gusta, siempre está diciéndome que, no te pongas eso, ve como te ves, ya deja de comer, siempre, siempre, siempre, mira esa cara, ya no la tienes como antes, así, pero todos los días es el comentario de que ya deja de comer, ya deja de comer, ya, ya, ya, ya, no lo he tomadazo, al principio hubo una época que íbamos a casa de un tío, te digo que todos en la familia somos, buenos son flacos, y este!, era la pinché burla, y mi mama la empezaba, no que sí que, que ya está bien gorda, entonces todos empezaba, jijijiji, si que el gimnasio, si, jijijiji, que..., y yo me reía, hasta que una vez en el coche le dije: oye!, gracias, en lugar de portarte como mi amiga te portas como mi peor enemiga, te lo agradezco pero no es necesario, no pues es que yo te digo para que trates de bajar de peso, mira!, el día que a mi se me de la gana bajar de peso, voy a bajar, mientras me estés dice, y dice, y dice, y dice, no lo voy a hacer, así estoy bien, así me quiero, ya no me dijo nada, pero si son comentarios que yo siento que no son correctos que los haga mi menos enfrente de los demás, no?!, ósea así, que te quite la comida, de la boca enfrente de los demás, o que empieces a comer y te diga tu no debes de comer eso, pero con toda la mesa llena, ósea no manches”” Cuando lo dice **mi mama** me molesta, cuando lo dice la gente alrededor, digo ¡puta madre!, es que si es cierto, si estoy pasada de peso, es difícil, yo, no, no quiero pensar, bueno siempre he pensado que importa más el interior de la gente, pero también soy muy vanidosa, porque siempre me considere bonita, siempre tuve suerte, en ese aspecto y que la gente me veía, y ay!, que bonita niña, y ay!, y con los niños tenía suerte, que también te van como creando, una imagen de ti misma, y a veces cuando me veo, digo ¡puta madre!, ósea, sí me gustaría verme diferente, no, no puedo decir ¡puta madre, que fea, que triste me siento!, porque hay ocasiones en que me hace sentir así aunque no sea diario, entonces, el*

*hacer las bromas y todo eso, es como una forma de defenderme a mi misma, de mi misma, de esos mismos, como momentos que empiezo a tener, de ¡no manches, ve como estás, ya bajale!, empiezo con las bromas y no es que me sienta bien, es que simplemente lo voy sobrellevando.... mi mama no es de dieta, pero es que mi mama jode mucho, ósea, no es flexible, ósea ella, te pones a dieta, y es ponerte a dieta, y no lo puedes cambiar, y ya **no combines tu comida, y fíjate lo que estas comiendo, que si combinas carbohidratos, con proteínas, con no sé que, y cuenta tus calorías, no quiero enfermarme así, ósea no quiero comer por necesidad, quiero seguir comiendo por gusto, pero para eso tendría que estar en mi peso, esa es la bronca, entonces, por eso procuro no decirle a mi mama, porque si yo ahorita le digo, **no!, tu nada más hablas, quieres hacer la dieta, te lo doy y no haces nada, entonces para que me estás fregando, olvídale no quiero nada...*****⁶²

porque mi papa se dio cuenta una vez, cuando salí de bañarme y ya le dijo a mi mama, y me regañaron... Nada, se enojaron, trataron de hablar, no sé, se esperaban que yo solita arreglara el problema, pero no sé, pero, no sé, porque primero me decían que, ya no lo hiciera, les decía que sí, y dejaba de hacerlo un tiempo, y después ya cuando veía que ya no se escucha o algo ya lo volvía hacer y otra vez, y cuando se volvían a dar cuenta y hacían lo mismo, ya para la tercera vez que fyue está, pues ya, porque yo les dije que ya no quería hacerlo y todo eso, y ya fue cuando, porque a la segunda vez, mi mama me dijo que si quería que me, que me, llevaran al psicologo y le dije que sí, pero, ya nada más me dijo pero nunca me llevó ni nada, ya fue hasta esta vez que me trajo...⁶³

*“...me dice es que no, que yo no quiero que estés gorda o luego por ya por ejemplo así en la adolescencia así como que ya empezaba a ponerme pantalones de mezclilla, me decía ay!, ponte una chamarra porque se te sale tu llanta, entonces como que, yo no le tomé importancia pero me decía eso y como que también, y luego así me empezaba a ver esos defectos, no?!, de la llanta y todo eso, pero mi mama lo hacía, bueno más bien, mi mama lo hacía con otra intención, no con la intención de, de que yo me sintiera mal, o de que estas fea, no!, pero a lo mejor mi mama, lo hacía con otra intención, pero bueno. Mi mama igual, ella sí ya no cena, come, pues, moderadamente”
Mi mama sí, je!, mi mama sí, porque mi mama es, como que ella es muy vanidosa, ella si siempre es de las señoras que se va a hacer ejercicio, bueno ella siempre se va a correr, no?!, pero ahorita últimamente ya no porque subió mucho de peso, tuvo algunos problemas, cierto tipo de enfermedad tuvo que empezó a subir de peso, pero ahorita ya eso es últimamente pero ella antes sí, desde siempre, que va a correr, y que esto que el otro, y me dice es que no, que yo no quiero que estés*

⁶² Entrevista #5 “Después que perdí a mi bebe” realizada por Carina Caballero

⁶³ Entrevista #7 “

gorda o luego por ya por ejemplo así en la adolescencia así como que ya empezaba a ponerme pantalones de mezclilla, me decía ay!, ponte una chamarra porque se te sale tu llanta, entonces como que, yo no le tomé importancia pero me decía eso y como que también, y luego así me empezaba a ver esos defectos, no?!...⁶⁴

*bueno pues mi mama.... lo único que no me gustaba era que me comparaba con mis amigas, porque eran más delgadas o con mi hermana, decía que ellas eran delgadas, que si yo no podía ser como ellas, que si no me daba pena, pues de ahí, empezó a cuidarme más en mi alimentación, me hacía ensaladas, me decía que no comiera, este!, comida chatarra, carnes, ahora sí que comías puras ensaladas, y yo desde que empecé a comer eso de ensaladas y que mi mama me empezó a cuidar en mi alimentación, pues me di cuenta de que estaba yo adelgazando y pues la verdad pues sí, sí me gustaba y yo le hacía caso a mi mama y me comía lo que ella me daba, y pues desde ahí empecé yo a adelgazar...con quien convivía más era con **mis primas** no!, este!, pero este!, me aleje de ellas, porque siempre se burlaban de mi, es que como yo de chiquita, yo era un poco llenita, no?!, y siempre me ponían apodos, o simplemente no se querían juntar conmigo, pues sí!, pero, pues sí casi no tuve amiguitos, porque me ponían apodos....⁶⁵*

Pues no son problemas, nada más son comentarios de que ya no coma tanta porque te estas poniendo muy gorda, cuídate porque no sé que, o este, yo me enojo porque digo que ya no me quiere, que ya estoy gorda, pero me dice que no que lo hace por mí, porque luego yo ando llorando de que ya nada me queda... Sí, luego si me dicen comentarios de que estoy bien gorda, pero pues ni modo, si les hago caso, me acomplejo más....⁶⁶

... yo creo por eso los comentarios de mi mama eran más fuertes, nunca me trato de ofender, pero yo si me sentía así me molestaba tanto que me diga y hasta la fecha lo hace.... No conflictiva no es, es buena, considero que mi mama es una buena madre, esposa y amiga, nos conoce bien a mi hermano y a mí a mi papa lo trata bien y lo considera igual a él, pero lo único que no soporto y que si me molesta mucho es que siempre a la hora que voy a comer o ya me está diciendo y regañando por lo que voy a comer, también me dice que no debo de comer cosas que me pueden hacer engordar o ya me esta regañando porque la ropa que me gusta no me la puedo poner porque la hacen para chavas que son muy delgadas. También tuve muchos problemas con ella porque como ya había salido de la escuela y no trabajaba y mi hermano ya había conseguido trabajo a

⁶⁴ Entrevista #8 “Como mucho” realizada por Carina Caballero

⁶⁵ Entrevista #9 “Me cuido no porque esté enferma” realizada por Carina Caballero

⁶⁶ Entrevista #10 “Me da coraje no ser flaca” realizada por Carina Caballero

principios de este año mi mama estaba muy orgullosa, mi mama cambio mucho, empezó a cambiar cuando entre a la universidad.... “pero lo único que no soporto y que si me molesta mucho es que siempre a la hora que voy a comer o ya me está diciendo y regañando por lo que voy a comer, también me dice que no debo de comer cosas que me pueden hacer engordar o ya me esta regañando porque la ropa que me gusta no me la puedo poner porque la hacen para chavas que son muy delgadas.... Con mi hermano es más o menos buena, pero me enoja mucho con el cuando me empieza a decir que estoy gorda y que así nadie me va a ser caso es cuando tenemos problemas, porque como su novia es finita, esta delgada pues por eso me dice, pero yo se que si me quiere y se preocupa por mí, a veces me dice que no le haga caso a mi mama, porque lo que hace lo hace por mi bien y no quiere que sufra, él dice que si me debo de cuidar porque a veces como hombre quieren que su novia este muy delgadita, bonita de la cara e inteligente, pero el dice que no se puede tener todo en una sola mujer, hasta he pensado que su novia no cumple con lo que el quiere pero algo de su novia le gusto, porque hasta se va a casar con ella el año que entra, me llevo bien con el lo quiero mucho....⁶⁷

“**Mi mama**, incluso, me da mucho coraje y me da mucho tristeza que mi mama, me angustia mucho pensar que siempre me esta cuidando en eso, yo a lo mejor yo tuve la culpa en estarle diciendo, es que estoy gordita , mama, necesito bajar de peso, entonces, desde ese entonces mí mama ya, ya así es, y yo creo que ya, que el día que me valla de mi casa a lo mejor se acaban estos problemas, pero ahorita si están, mucho, mucho, mucho Por mi culpa, porque yo siempre, por yo siempre decirle que es que porque estoy gordita, nadie me va a querer, entonces se preocupaba mi mama por lo que yo comía, entonces ahorita digo que ya no quiero que mi mama ya no esté en eso, ya quiero que me dejé en paz, pues no y siempre está atrás de mi, y a la hora de comida a veces si me regaña y me dice **no!, ya comiste eso, ya no comas**, ay!, me da mucho coraje, pero de ahí en fuera, cuando son las horas de la comida, cuando está mi papa no me dice nada, pero cuando estamos solas si me llega a decir... cuando yo quise salir que mi mama ya me dejará en paz, ella no quiso, **es que te tengo que cuidar, ¿porque sí no te cuido yo quien te va a cuidar?, porque tu no te quieres cuidar**, y cuando ella dijo, **yo ya me voy a salir del circulo**, yo ya no quise porque yo ya quería que mi mama me estuviera cuidando de que comía, y que me pusiera mi fruta en la escuela, que me pusiera esto, que no quiera esto, y ¿mama puedo comer esto?, **Sí!, no mejor esto no**, y así, ¿sabes que?, siento que siento que es compulsión, por la comida⁶⁸

⁶⁷ Entrevista #11 “Creo que tengo Bulimia” realizada por Carina Caballero

⁶⁸ Entrevista #12 “Tal vez así por mi mama” realizada por Carina Caballero

...mi papa siempre me ha dicho que siempre he sido de buen comer, siempre me ha dicho nunca te preocupes por si estas gorda o no, así se te va a querer y todo, pero, este!, sí te digo, realmente no me gusto como persona, "... y con mi hermana la mayor, este!, que siempre me ha estado diciendo que estas bien gorda, que ya baja de peso que ya deja de comer, que estas comiendo mucho, entonces eso es lo que me molesta, ella es médico, y siempre nos está fregando con la salud, de que ay, que sí no, que sí no, te pones a dieta vas a padecer esto, vas a padecer el otro, y todo eso...⁶⁹

...estaba yo muy enojada con mi papa, no le quería hablar, no quería ni se me acercara, por lo mismo que era alcohólico, pero como que ahora ya le callo el veinte y esta hiendo a AA, yo siento que fue por mi que decidió salir adelante, no se?, me da tristeza pensar que si no fuera porque tengo Anorexia, y que estoy en tratamiento, él no hubiera tomado la decisión de dejar de tomar, ahorita ya me llevo bien con el, pero antes, no por lo mismo de su alcoholismo, pero ahora ya es buena, y con mi mama ahora ya es mucho mejor mi relación con ella, y antes con mi mama estaba muy enojada también porque como que solapaba a mi papa en su enfermedad, pero después de todo lo que me paso y con el tratamiento, ahorita nos llevamos bien... además de que el alcoholismo de mi papa fue muy difícil de sobrellevar, mi mama como que nunca se quiso dar cuenta de que mi papa era alcohólico, mi papa va ahora a AA, para salir adelante, a mi me da mucho miedo que vuelva a beber, porque a mi si sería un golpe muy duro, sabes que...?, no me acuerdo mucho de mi infancia porque el alcoholismo que mi papa sufre, porque no sabemos si pueda volver o recaer o no...mi mama se empezó a preocupar por mi, como no comía a las horas de comida, o con ellos, se empezaron a preocupar, ahora sí ya toda la gente me prestaba atención, ah!, incluso mi papa me preguntaba si estaba enferma y ya no se metía conmigo...⁷⁰

Mi abuela estaba desahuciada, mi mama fue a cuidarla, porque mi abuela no se quería venir acá, y este!, pero se supone que era por poco tiempo y se aventó 4 años allá, y mi papá se atrás de ella, para no dejarla sola, y se supone que yo me quedaba con mi hermano el mediano, pero mi hermano se la pasaba yodo el día trabajando, no teníamos mucho contacto..... se fue mi mama primero de mi casa, después se fue mi papa, y me quede solo con mi hermano mediano, desatendí un poco la escuela, me salí de la escuela, me metí a trabajar, este!, que más?, pues tenía 16 o 17 cuando empecé a trabajar, tenía mucho trabajo, era, estaba, algo estresante, deje de..., este!, empecé a salir mas con mis amigos que a ponerle atención a otra cosa, y lo único que hacía era mis amigos y mi trabajo, con mis papas ahí se deterioro mucho, de hecho ya no los iba a ver, ni ellos venían

⁶⁹ Entrevista #13 "No creo tener nada malo" realizada por Carina Caballero

⁷⁰ Entrevista #15 "En mi casa siempre hablaban mal de las gordas" realizada por Carina Caballero

tampoco, este!, a mi no me gusta comer solo, nunca comía...a lo mejor si yo hubiera estado con mi familia, viviendo con mi familia, no me hubiera sentido solo, y a lo mejor hubiera habido alguien que este!, que se preocupara por si comía o no comía, y te repito, a mi solo nunca me ha gustado comer, estoy solo y pues no como...⁷¹

Pues ahorita, como casi ya no los veo, por el trabajo y todo eso, pues ahorita nos llevamos bien, pero antes si era medio pesado, como fue cuando nos cambiamos... de cuando entre a la secundaria, como entre en la tarde, ya casi no veía a mis papas, entonces este!, pues prácticamente me quedaba sola desde las 9 de la mañana, hasta la una que entraba ala escuela, a los 8 salía, pues nada más llegaba a dormir, que sin nada de hacer nada, un poquito de tarea, me dormí y al otro día, hacía lo mismo no?!, residencia, ya, se podría decir que nos llevamos mejor, que era cuando mi hermano estaba más chiquito...⁷²

*mi hermana la de en medio, era, flaquita, nació, porque nació un poquito enferma, pero se le quito con el tiempo, a los 9 años se puso regordeta, entonces, por decir, ella se puso gorda, tu te vas a poner gorda, entonces yo era de las que a cada rato estaba comiendo pan, pero, yo tenía 9 años, yo no le veía nada de malo, que una niña de 9 años coma pan no!, yo comía mi pan en el desayuno, mi pan en la merienda, se me antojaba, y me la pasaba comiendo así, y no estaba yo , ay!, ahí va una bola, no!, estaba yo flaquita, entonces, mi abuelita empezó, como íbamos de vacaciones con ella, no comas pan, te vas a poner gorda, no comas pan, te vas a poner como tu hermana, no comas pan, no comas esto, no comas el otro, y luego mi mama también se agarró a partir de ahí, tu hermana a los 9 años engordo, y yo ¡¡??????, pues como niña de 9 años, **a mi que!**, te vas a poner como tu hermana y luego la ropa no te va a quedar, y **yo eso que**, entonces mi mama también empezó no comas tanto pan, te estas poniendo gorda, te estas poniendo gorda... mi mama, ay!, es un bombón, es lo mejor que me ha pasado en la vida, a veces lo pienso así, mi mama es un pan de dios para mi, porque mi mama, a pesar de que me daba unas golpizas, que me dejaba marcada, mi mama, si no hubiera sido por ella, por esos golpes, yo no sería nada, porque a mi mama le costo mi carrera, ósea, no le costo en... Con mis hermanas...Ay!, bien chida, era re te' buena, (risas), te digo que con una era muy buena, nada más nos cambiamos de casa, empezó a ver muchas cosas que no teníamos, empezó a ver dinero, porque nosotros no teníamos muchas cosas, porque no teníamos dinero, empezó a ver de todo, entonces como que, no se?!, si vino a romper, o vino a demostrar quienes éramos en verdad, o en realidad fue lago, te juro que no se que detono eso, te digo que*

⁷¹ entrevista #16 “Yo también lo tengo” realizada por Carina Caballero

⁷² Entrevista #17 “Me da miedo subir de peso” realizada por Carina Caballero

*éramos una familia, de que yo te ayudo, yo te ayudo, yo te hecho la mano si puedo, de repente hubo de todo, y ráscate con tus propias uñas, y haber como le haces, entonces cuando yo me llevaba mal con la de en medio, ahora es con la que me llevo de mil maravillas, y me empiezo a agarrar del chongo con mi hermana la mayor, pero ya fue cosas de envidia, porque me empezaba a gritar, es que sabes que?, tú, es que!, a ti te dan esto, a ti te dan el otro, a ti te compran acá, a ti comprar allá, a mi nunca me compraron nada, a tu edad yo ya trabajaba, entonces fue como cosas que a mi me dolieron, me fue lastimando, porque era con la que mejor –según.- me llevaba, y de la noche a la mañana, me odiaba, y eso, ahorita estamos calmadas, tranquilas, pero, yo tomé la decisión hace poco, hace un año, de decir: **¿sabes que?, yo trabajando, cuando pueda me compro un departamento, en una azotea, aunque sea, y me voy de aquí, yo no te quiero volver a ver en mi vida**, entonces llegamos al grado, el pelito llevo al grado de decir: ¿sabes que?, yo ya no te quiero volver a ver, ni a tratar, vivimos juntas, tu en cuarto yo en el mío, bye, se acabo, entonces como que ahorita nos llevamos bien, nos hablamos, pero yo me quede con el miedo ahorita, ella se violenta mucho, está como, pareciera que tiene, este!..., arranques de ..., de violencia, así cabrones, de ay!, guey!, un día me vas a matar, me vas a agarrar a golpes...⁷³*

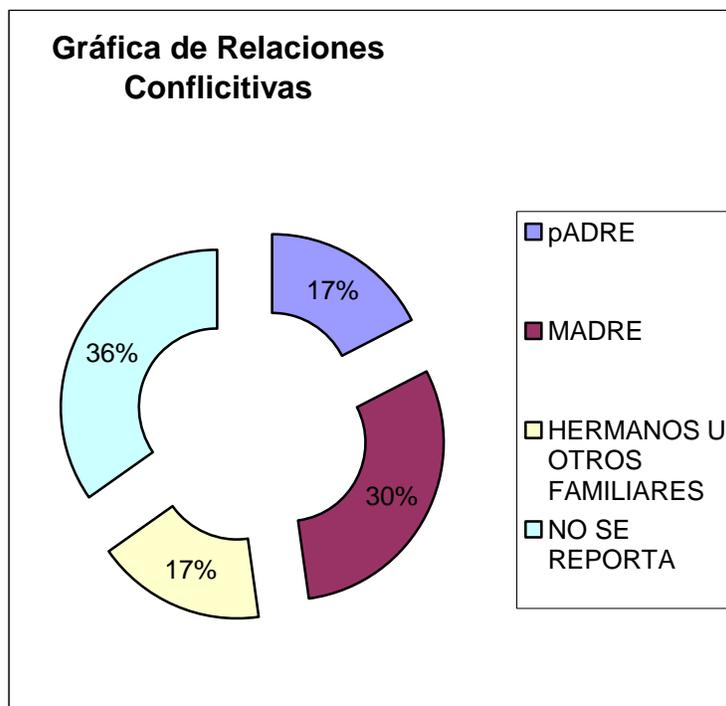
En la mayoría de los casos, reportan una relación conflictiva con su madre, puesto que es ella la que manifiesta comentarios respecto al peso, reciben criticas sobre su condición corporal y a la figura, así como también manifiestan conflictos y cuidados por parte de la madre hacía su persona y en sobre todo en su alimentación, mientras se reporta una situación contrario, y es aquí en donde el padre manifiesta comentarios acerca de la figura corporal de ella, además de manifestar que su relación con él es distante, además de que manifiesta recibir comentarios sobre su condición corporal. Pero hay casos donde los comentarios provienen de otros familiares como hermanos, tías y/o primos, el siguiente cuadro muestra un mejor panorama de lo que aquí se esta mencionando, así como también se anexa una gráfica que explica está situación.

⁷³ Entrevista #18 “ tengo dos personalidades, ¿Cuál quieres conocer? realizada por Carina Caballero

CUADRO DE RELACIONES CONFLICTIVAS

| | |
|------------------------------------|----------|
| PADRE | 4 |
| MADRE | 7 |
| HERMANOS U OTROS FAMILIARES | 4 |
| NO SE REPORTA | 8 |

Cuadro 15. Muestra en numero, el total de personas que presentan una relación conflictiva con algún miembro de su familia



Gráfica 3. Muestra el porcentaje de las relaciones conflictivas que presentan en los trastornos de alimentación.

Ahora bien, la manera en que las personas que se entrevistaron supieron que sufrían de uno o ambos trastornos fue por medio de un diagnóstico, en donde mencionan que les realizaron una evaluación médica, psicológica o/y psiquiátrica, algunos comentarios fueron:

Llegué al doctor y todo, y me revisó la doctora y me dijo te vamos a hacer análisis porque a lo mejor tienes principios de anemia, ok... lo que pasa es que yo fui al doctor, y me dijo la chava que, bueno la doctora, este!, yo llegué y le dije, sabes que?, que a lo mejor yo tengo esto y esto, y me dijo a ver siéntate, este!, me empezó a revisar y me preguntó que haces?, y le dije sí, ósea nunca fue de que, de que lo tienes así, pero me dijo que, sí, ósea sí lo tienes pero, no está tan avanzado...

Bueno, pues me dijo que: tu tienes que ir al psiquiatra, necesitas ayuda porque sí lo tienes, pero no está tan grave, no está tan adelantado, necesitas análisis y todo... y cuando me dijeron, que a lo mejor tienes anemia, yo dije (expresión de enfado) Ay!, y mi papa, no hombre!, y yo bueno, pero sí, ese día fue cuando ya me dijeron, no ve, de hecho, a mi cuando me preguntan que tuviste yo nunca digo, yo dije: problemas alimenticios....⁷⁴

Yo tuve una descompensación tremenda, dijeron que tenía principios de Anorexia... Me hicieron una evaluación psicológica, me hicieron, este, estudios médicos, ya la segunda vez era así como muy evidente por los antecedentes que tenía, y me detectaron bajos niveles de azúcar, hipoglucemia, baja de azúcar, baja de potasio, nada más baje., bastantes kilos, y este, en muy poco tiempo, era talla 9 y baje a 5 y la 5 me quedaba grande....⁷⁵

... me mandaron a hacer estudios, a raíz de los estudios, la verdad, bueno yo porque, la verdad estaba muy chica, nada más me acuerdo que mi mama me llegó, bueno salí con la doctora, pues no sé, no sé si por las bajas que tenía en la sangre y cosas así, que tenía la Anorexia, este!, Bulimia, y como me portaba, y el comportamiento que tenía también, ósea también la psicóloga me dijo que sí, que era a raíz de todo lo que traía yo desde niña, porque de niña fui muy gordita y me molestaba muchísimo....⁷⁶

Primero me di cuenta yo sola... sí estoy mal, ahora sí que estoy mal, y ya después este!, mmm, una orientadora en la escuela me mando llamar a mi, y ay fue que me dijo que, empezó a platicar conmigo, y entonces me empezó a preguntar que..., y ahora sí que sin querer, me diera cuenta de lo que me estaba preguntando, me dijo que yo tenía Anorexia y Bulimia, y yo ah!, gracias!, y este!, y ya me mandaron a un psicólogo, y ya fue que también me dijo que tenía Anorexia y bulimia, y así fue como me entere que, y ya también cuando fui a un doctor me dijeron que estaba anoréxica, y bulímica....⁷⁷

Eran como 20 mil cuestionarios, de personalidad, de imagen, de autoconcepto, no me acuerdo bien, pero cuestionarios, cuestionarios, puros cuestionarios, cuestionarios, cuestionarios, cuestionarios, que fue donde salio..... De tus hábitos alimenticios, cuantas veces comías, que comías, como te sentías, que, cuando te mirabas al espejo que era lo que sentías, era de opción

⁷⁴ Entrevista #1 “Mi trauma es ser gorda” realizada por Carina Caballero

⁷⁵ Entrevista #2 “Yo tengo un súper trauma, ser gorda” realizada por Carina Caballero

⁷⁶ entrevista #3 “Yo siempre voy a vivir así” realizada por Carina Caballero

⁷⁷ Entrevista #4 “Crecí muy rápido” realizada por Carina Caballero

múltiple, mmmm?, creo que también algo sobre la relación con mis papas, hubo una entrevista, también, fueron como 3 días de hacer los cuestionarios y la entrevista, ya tiene como, como 3 años, yo creo, ya tiene mucho, por eso, no me acuerdo bien, pero este!, salio así, en una, que la estadística?, no, no era la estadística, las probabilidades que me diera Bulimia, eran muy altas, y ya!, nunca fui a tratamiento o algo así, no!, nunca.... Me sorprendí, me sorprendí, dije mhm?!, ósea se que tengo broncas con mi peso, he pensado ir a Comedores compulsivos, en, me sorprendí más que nada porque, pero, tampoco, fue como que me consterno porque yo ya sabía que tenía broncas con la comida, entonces, tampoco le hice, mucho, mucho caso...⁷⁸

He leído y se mucho... porque yo he visto, he leído, he visto fotos y cosas así!...⁷⁹

Una vez vi un programa en la tele que hablan sobre la bulimia, más o menos explicaban de lo que se trataba y me dí cuenta de que yo me sentía como la chava que ahí salía, sí me da miedo subir de peso, más bien me da miedo ser gorda, por eso me provocho el vómito...⁸⁰

Si!, porque yo estuve hiendo a unas platicas de Anorexia y Bulimia, nos hicieron un cuestionario de muchas preguntas y una de las doctoras o nutriologa que estaban ahí, nos dijo que, que lo que yo tenía era Bulimia Nerviosa no purgativa, porque nunca llegué a provocarme el vomito, bueno si, pero nunca puede vomitar, por lo mismo, por las características que me han dicho es que me da mucho miedo engordar, como compulsivamente, no soy comedor compulsivo por que no me preocupe, no me preocupe pues de que engorde, los comedores compulsivos no se preocupan y yo si me preocupo por lo que como, y por que como compulsivamente, y nunca he usado laxantes, ni diuréticos, bueno si!, tome el té de la bailarinas, que como me daba diarrea, y nada más, eso fue lo único que tome, y ahorita que me laxo, con el nopal y como mucha papaya también, además porque yo no me purgo....⁸¹

⁷⁸ Entrevista #5 “Después de que perdí a mi bebe” realizada por Carina Caballero

⁷⁹ Entrevista #7 “Yo no tengo problemas, mi mama dice que los tengo” realizada por Carina Caballero

⁸⁰ Entrevista #11 “Creo que tengo Bulimia” realizada por Carina Caballero

⁸¹ Entrevista #12 “Tal vez soy así por mi mama” realizada por Carina Caballero

*...en los programas de, así como casos de la Vida real, o cosas así, de que plantean problemas no!, que la chica esta a lo mejor, teniendo, que se provoca el vomito o que se toma purgantes, para según adelgazar o cosas así, y dije ay!, pues en algunas cosas, se supone que se están padeciendo también yo lo tengo, por eso yo creo que también, pudiera ser que yo estuviera también en ese rango...*⁸²

*sí, me hicieron una evolución médica, me pesaron, y fue hasta ese momento que me di cuenta que estaba muy mal, porque había dejado de menstruar debido a que estaba desnutrida, la panza que yo me veía era una úlcera duodenal, tenía anemia perniciosa y fue hasta aquí cuando me di cuenta de que estaba muy mal físicamente, después me dijeron que tenía que llevar un tratamiento médico, psicológico y nutricional*⁸³

*Sí, de hecho fuimos con un doctor, y el doctor me dio tratamiento, tanto médico como nutricional, me empezaron ahí a pesar, y nos dijo que era importante que tomara un tratamiento psicológico, estuve como 6 meses en tratamiento pero no sentí que me sirviera porque únicamente me hacían hablar, luego estuve en terapia como de grupo y como que me sentí porque hablan de todas sus broncas y como que me deprimía más, me sentía muy mal, y mejor le dije a mi mama que ya no quería ir porque sentía que ya no me estaba ayudando.....*⁸⁴

Cada caso manifiesta como fue que se les diagnóstico alguno de estos trastornos, ya sea por un psicólogo o médico, se habla de nueve casos; mientras que en siete de los casos se reporta que nunca se los han diagnosticado, se habla de tres casos donde no hay un diagnóstico, si no que aceptos que la tiene por medio de otra información como en la televisión, revista o algún medio de comunicación, (ya sea revistas, periódico o radio) o Internet, el siguiente cuadro muestra una mejor perspectiva de está situación, así como también una gráfica que explica lo que aquí se menciona.

⁸² Entrevista #14 “Nunca me quedo con las ganas” realizada por Carina Caballero

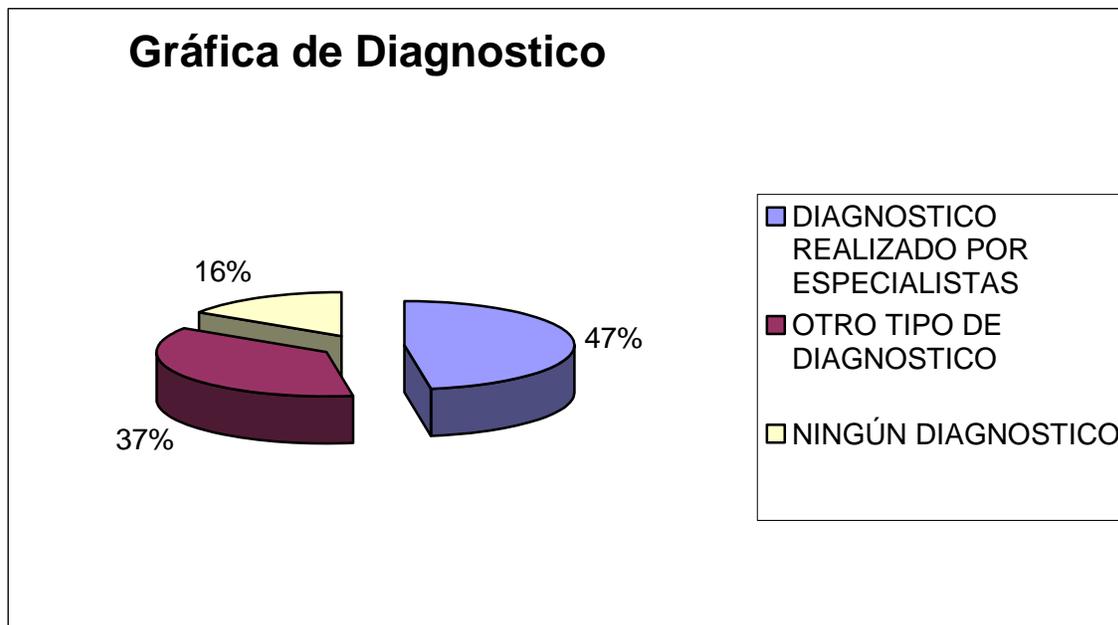
⁸³ Entrevista #15 “En mi casa siempre hablaban mal de las gordas” realizada por Carina Caballero

⁸⁴ Entrevista #16 “yo también lo tengo” realizada por Carina Caballero

CUADRO DE TIPO DE DIAGNÓSTICO

| | |
|--|----------|
| DIAGNÓSTICO REALIZADO POR ESPECIALISTAS | 9 |
| OTRO TIPO DE DIAGNÓSTICO | 7 |
| NINGÚN DIAGNÓSTICO | 3 |

Cuadro 16. Muestra el número total del tipo de diagnóstico que recibieron las personas que participaron en esta investigación.



Gráfica 4. Muestra el porcentaje del tipo de diagnóstico que recibieron las personas que participaron en la investigación.

Un punto importante que nos ayudara a analizar porque es importante que se busquen otras alternativas para que el cuerpo, y la salud física y/o mental se recuperen, son los tratamientos, se encontró que los tratamientos que se recibieron fueron los de tipo medico, psicológico y nutricional, pero resultan ser obsoletos o que no les sirvieron en nada, los comentarios que ejemplifican este punto son:

..., pues ósea primero me empezó a decir que como eran en mi casa y todo eso, ya sabes!, y me dijo que le echara ganas, que íbamos a seguir platicando, y todo eso, y yo va!, pero lo vi, y este!, se fue de vacaciones como mes y medio, y este!, cuando yo tenía la cita yo no pude venir, entonces después de ahí ya no vine, y dije: ah!, pero, bueno, yo sí me acorde de que tenía cita pero yo no quería venir... yo no quería venir, ósea, de repente me entra así como que la, va vamos a echarle ganas, y de repentote das

bajones, de que (expresión de angustia) Ay!, de repente dices (expresión de enojo) no!, vas a engordar, porque la doctora me dijo tienes que subir kilos, y yo (expresión de enojo) No!, ósea, no!, no quiero subir, quiero que me ayuden pero no quiero subir, ósea, entonces yo no quería venir porque decía yo no quiero, de repente decía no!, si me siguen ayudando voy a engordar, no sé es que todo siempre es por engordar, o no quiero ir porque, no ósea no, no quiero simplemente no, ahorita no quiero, me siento mal, me siento gorda y no quiero ir, ósea sí, de repente no, no sé, no te explicas, de repente no, no quiero ir porque, porque me, ya no estoy mal, ya no estoy mal, ya estoy bien, y ya, no sé cuantas semanas paso, y ya no lo vi, y ya estuve bien, entonces ya no necesito la ayuda de nadie ahorita, pero de repente, ósea te das cuenta, yo de todos modos, ahorita sigo, ósea sigo, me pongo cremas, y antes de comer ósea pastillas y esas cosas, pero, ya no tanto, ósea, yo la verdad si digo que estoy mal, pero ya no así como antes, antes sí.... Sí, y si quiero, pero luego este!, es bien pesado, no sé?, es que no sé porque, no sé con mis análisis nunca fui porque cuando me pesaron, este!, sí me pesaron y me midieron... me decían vamos al psicólogo, vamos a aprobar otros y yo como a muchos, ni modo que a cada uno le este contando mis problemas, y yo: no, no, no, me siento bien con él, me siento bien con él, este!, por dentro era igual no!, de sí voy o no voy, ósea, pero sí, me dijeron mis tías vamos y yo, no ¡, por mi no, yo soy muy mentirosa, y sé mentir, entonces, no!, porque me siento muy bien y ni modo de que esté con mi cara con el psicólogo, entonces no!, pero yo no me sentía bien...⁸⁵

Medicamentos y Nutricional, comía cosas fuertes que ya no quería comer... me llevaron al psicólogo, me llevaron a doctores, la doctora, con ella me llevó muy bien, de hecho ella me cuidaba de cuanto ejercicio hacia, de que era la que comía, me llevó a ver a niñas con anorexia, a un lugar para ver como estaban, y yo no quería estar así... fui con el psicólogo... Prácticamente no fui mucho tiempo con él, iba y platicaba y así, de cómo me sentía, de cuales eran mis miedos, de mi familia, autoestima, este, me evaluaba lo que tenía, de lo que comía, este, básicamente mi tratamiento....⁸⁶

con la psicóloga, pues sí, porque no comía, que sentía cuando comía, a veces me acuerdo que hasta, no sé, me quería lastimar yo, y que decía ya no, es que ya no aguanto el hecho de estar así, porque yo me veía gordísima, me veía mal, entonces, ya luego, este!, me acuerdo que tenia ganas a veces de querer morirme porque me sentía tan mal, no sé, una ocasión, ósea me acuerdo que agarre unas tijeras y dije ay!, no!, este!, ósea no quería hacer muchas cosas, no sé, entonces este!, ya con la psicóloga ya hablando de esas cosas, ya fue como se diagnostico, tanto con la psicóloga tanto con la doctora, con el medico..., pues con el nutriólogo era de organizar más que nada los, mis horarios de comida, mis alimentos, este!, no sé, que tanta, como que aprender a medir que tantas proteínas debías de comer al día, que tantos carbohidratos, cosas así, como que me hizo una dieta balanceada de acuerdo a mi peso y

⁸⁵ Entrevista #1 “Mi trauma es ser gorda” realizada por Carina Caballero

⁸⁶ Entrevista #2 “Yo tengo un súper trauma, ser gorda” realizada por Carina Caballero

*a mi estatura y todo eso!, y con la psicóloga fue más que nada así, no sé de trabajar el autoestima... pues que era lo podía pasar sí yo seguía sin comer, ósea cosas así, este!, pues si seguía sin comer que me podía morir, y así de que, de que tanto quería estar viva, que sí me interesaba tener proyectos y metas, eh!, con el doctor, como empecé a tener una gastritis a raíz de eso, pues me mandaron raditidina, me hicieron endoscopia, ósea, fueron así como que, eso fue más que nada el tratamiento médico, pero yo creo que lo que más me ayudo fue tanto lo psicológico y como el nutriólogo, mmm...*⁸⁷

*...la misma psicóloga de la escuela me dijo que me quería tratar , pero siempre que querían hablar de eso, como que lo esquivaba, y ya no dejaba que me trataran sobre eso, porque, por lo mismo que se supone estaba en psicólogo, no me gustaba, de estar así, y cuando el psicólogo le pasara el chisme a mi mama, mejor no le voy a platicar, entonces, que tal si le decía a mi mama que lo seguía haciendo y por eso casi no. Me llegaron a recetar este!..., es que entre en una depresión muy fea, no!, no tanto por, ósea sí influía el trastorno, pero como entre en la depresión me mandaron pastillas y todo eso, antidepresivos....*⁸⁸

*Me llevaran al psicólogo (CUSI Almaraz) Pues que ya no lo hiciera, varias cosas de que me sintiera, que me pusiera a pensar en todo el esfuerzo que están haciendo mis papas, que me tengo que demostrar a mí que sí puedo, pues yo digo que controlar lo que como, porque hay veces que, que, cuando como mucho es cuando me viene la culpa o el remordimiento, entonces yo digo que sino comiera así tanto, pues, pues ya me sentiría bien....*⁸⁹

*Sí, en la prepa, sí busque ayuda, había una psicóloga en la escuela, igual, me trato a mi y a mi mama, pues porque con quien era con quien más convivía, pues con mi mama, y sí le dijo a mi mama, alguien tiene que cortar ese circulo, y alguien se tiene que salir de ese circulo, porque si no se salen van a estar así mucho tiempo*⁹⁰

*Después me dijeron que tenía que llevar un tratamiento médico, psicológico y nutricional... ..Hijole!, es que de eso no te puedo hablar mucho sobre mi tratamiento, no se porque pero me dijo mi terapeuta que no hablara mucho de eso, o hablara lo menos posible de eso porque me puede afectar mi tratamiento...*⁹¹

⁸⁷ Entrevista #3 “Yo siempre voy a vivir así” realizada por Carina Caballero

⁸⁸ Entrevista #4 “Crecí muy rápido” realizada por Carina Caballero

⁸⁹ Entrevista #7 “Yo no tengo problemas, mi mama dice que los tengo” realizada por Carina Caballero

⁹⁰ Entrevista #12 “Tal vez soy así por mi mama” realizada por Carina Caballero

⁹¹ Entrevista #15 “En mi casa siempre hablaban mal de las gordas” realizada por Carina Caballero

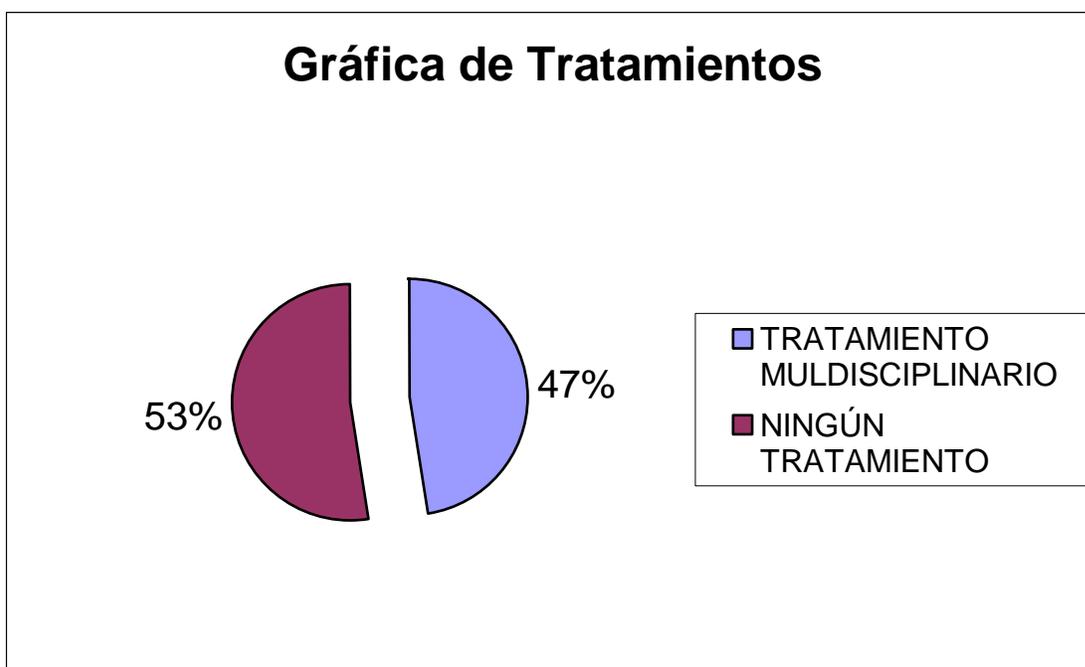
*Sí, ah! no!, psicológico no!..*⁹²

Cuando se toca el tema de que si buscaron algún tipo de ayuda, ya sea psicológica, medica, nutricional o psiquiátrico, se presentaron 9 casos, así como también se encontró que en los 10 casos restantes no buscaron la ayuda de un tratamiento para superar estos problemas, en el siguiente cuadro se manifiesta esta situación, así como también una gráfica donde nos ayuda a tener una visión más amplia de cómo se manifestó esta situación. pero también manifiestan que

CUADRO DEL TIPO DE TRATAMIENTO

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO | 9 |
| NINGÚN TRATAMIENTO | 10 |
| | |

Cuadro 17. Menciona el número total del tipo de tratamiento que recibieron



Gráfica 5. Muestra el porcentaje de aquellas personas que recibieron un tratamiento y de los que no recibieron tratamiento.

⁹² Entrevista #16 “Yo también lo tengo” realizada por Carina Caballero

Ahora bien, la Anorexia y la Bulimia a pesar de ser trastornos que van separados, traen consigo otro tipo de complicaciones físicas y/o enfermedades, que se presentan en ambos casos, y por supuesto los entrevistados padecen en común Gastritis, Colitis, hipotermia, úlcera, Depresión, Hepatitis, Visión borrosa, Presión baja, Amenorrea y Migraña, a continuación se presentan algunos de los comentarios que los entrevistados hicieron al respecto:

Nunca tuve desmayos, pero sí este, pero sí, estaba de repente así, y me sentía mal, o la vista empezaba a ver como negro, como borroso, no sé, este!, me empezaron a salir manchas de la cadera, o moretones, y este!, así, pero todo, todo, todo, sí me sentía muy cansada, pero, luego no me quería ni parar de la cama, no, no tengo ganas, me sentía débil, no tenía ganas de hacer nada, nada más de estar acostado, y ya luego que corríamos y luego si, si me mareaba, así de repente, ay!, pero nunca me desmaye ni nada...⁹³

bajos niveles de azúcar, hipoglucemia, baja de azúcar, baja de potasio... por La Gastritis.... y Colitis también...⁹⁴

Pues te digo que tuve gastritis y hasta la fecha sigo teniendo la gastritis...pero era ya como que la presión me bajaba de vez en cuando, y yo digo que sí porque también por el alimento, me bajaba, por eso yo te digo que siempre traía las manos frías... estaba llena de ronchas tenía bajos los niveles tanto de azúcar, ósea de todo estaba así, tenía una descompensación así cañona, tenía principios de anemia....⁹⁵

me enferme del corazón, de hecho me dan, taquicardias, me dio gastritis, me dio colitis, me dio anemia, y este!, de hecho hace, hace como 5 meses me salio un bolita en la garganta y me dijeron que, me tenía que hacer unos estudios porque podía ser cáncer en los ganglios, y me dijeron que todo eso era producido por lo de la anorexia, de todas las cosas que había hecho⁹⁶

⁹³ Entrevista #1 “*Mi trauma es ser gorda*” realizada por Carina Caballero

⁹⁴ Entrevista #2 “*Yo tengo un súper trauma, ser gorda*” realizada por Carina Caballero

⁹⁵ Entrevista #3 “*Yo siempre voy a vivir así*” realizada por Carina Caballero

⁹⁶ Entrevista #4 “*Crecí muy rápido*” realizada por Carina Caballero

*Gastritis y Colitis, cosa que te hace pensar, ósea, no puedo seguir tragando así como estoy acostumbrada, si sigo comiendo mucho, que sean no sé, verduras, fruta, agua o cosas así, porque con gastritis y Colitis y con la hernia, ósea es demasiado ...*⁹⁷

*Me desmaye una vez... Se me baja la presión, estuve hiendo a correr al cerro y me iba a correr desde muy temprano, iba también con un entrenador y tuve que suspender mi, mi ritmo de ejercicio porque se me bajo la presión y me volví a desmayar y todo eso....*⁹⁸

*La garganta y el estomago, siempre, bueno siempre he estado enferma casi de la garganta y cuando me dolía el estomago, bueno cuando terminada de hacerlo me dolía la boca del estomago y la garganta. Sí, alguna vez llegue a vomitar sangre, eso ya fue cuando iba en la secundaria y fue por eso que deje de hacerlo un tiempo, pero ya después volví hacerlo, pero ya no vomitaba sangre...*⁹⁹

*Ay!, problemas con el colesterol... Gastritis, tengo gastritis...*¹⁰⁰

*Bueno una vez, me ardió mucho el estomago,, por lo que fui a ver al doctor del trabajo, entonces él me dijo que tenía gastritis y colitis, pero el doctor me dijo que la gastritis era porque, ahora sí que comía muchos condimentos en las ensaladas o porque comía mucho picante, y la colitos podía ser por tanto estrés en el trabajo, ahora sí que tantas presiones es lo que había, desarrollado eso...*¹⁰¹

*La verdad no sé, yo creo que a lo mejor Gastritis...*¹⁰²

*Sabes de lo que si me he dado cuenta es que mis dientes se están poniendo como amarillos, pero digo que e porque fumo y porque tomo mucho café yo digo que es por eso...*¹⁰³

*...la garganta de vez en cuando, pero me angustio sentirme enferma, no me gusta me da miedo, soy hipocondríaca, dice mi mama, que soy hipocondríaca ...*¹⁰⁴

⁹⁷ Entrevista #5 “Después de que perdí a mi bebe” realizada por Carina Caballero

⁹⁸ Entrevista #6 “Yo me cuido para ser delgada” realizada por Carina Caballero

⁹⁹ Entrevista #7 “Yo no tengo problemas, mi mama dice que los tengo” realizada por Carina Caballero

¹⁰⁰ Entrevista #8 “Como mucho” realizada por Carina Caballero

¹⁰¹ Entrevista #9 “Me cuido no porque esté enferma” realizada por Carina Caballero

¹⁰² Entrevista #10 “Me da coraje no ser flaca” realizada por Carina Caballero

¹⁰³ Entrevista #11 “Creo que tengo Bulimia” realizada por Carina Caballero

¹⁰⁴ Entrevista #12 “Tal vez soy así por mi mama” realizada por Carina Caballero

Yo padecí también de hepatitis... que era cuando no íbamos a la escuela y este!, a partir de ahí, dije ya estoy delgada, me estoy sintiendo bien, pero no era cierto, después ya me empecé a sentir mal., porque ya los pantalones, no!, me quedaban bien grandes, porque ya las blusas, igual las bubis se me bajaron....¹⁰⁵

Ya había dejado de menstruar debido a que estaba desnutrida, la panza que yo me veía era una úlcera duodenal, tenía anemia perniciosa...¹⁰⁶

Tengo colitis, tengo gastritis y tengo úlcera y estuve bajo, buena tomo medicina cuanto tengo las molestias, de hecho la úlcera no se puede operar porque es ulcera nerviosa, y nada más es tratamiento cuando tengo molestias, cuando estoy muy nervioso, muy tenso...¹⁰⁷

Tengo Gastritis, de hecho para eso si tomo medicamento...¹⁰⁸

... yo era regular en mis ciclos, empecé a ser irregular, me empezó a doler mucho cuando me bajaba, me vinieron las migrañas, a partir de ahí tengo bajones de azúcar... A mi, las migrañas, me empiezan a dar en las madrugadas, por baja de azúcar, y como que empecé a sentir molestias, como de gastritis....¹⁰⁹

No se si antes o después de esto, pero tengo Gastritis.... Como 2 año, yo creo que sí fue porque deje de comer...¹¹⁰

En el siguiente cuadro se muestra cual es la enfermedad que más se presenta, así como también se anexa una grafica que muestra y explica esta situación.

¹⁰⁵ Entrevista #13 “No creo tener nada malo” realizada por Carina Caballero

¹⁰⁶ Entrevista #15 “En mi casa siempre hablaban mal de las gordas” realizada por Carina Caballero

¹⁰⁷ Entrevista #16 “Yo también lo tengo” realizada por Carina Caballero

¹⁰⁸ Entrevista #17 “Me da miedo subir de peso” realizada por Carina Caballero

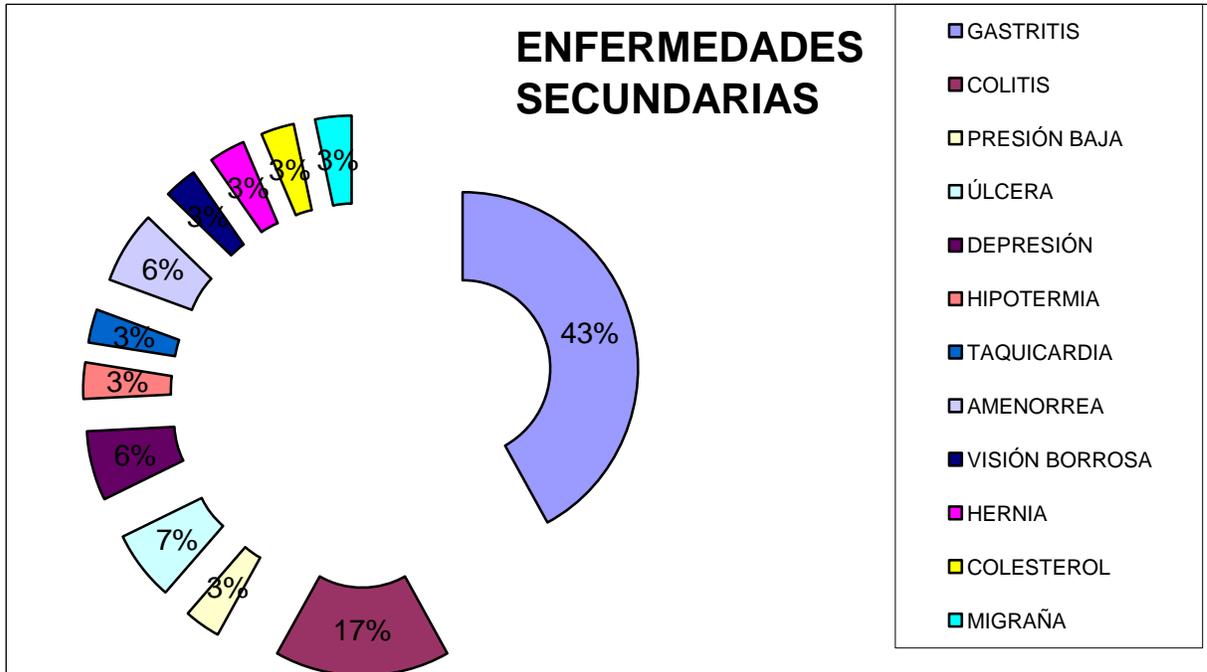
¹⁰⁹ Entrevista #18 “Tengo dos personalidades, ‘cual quieres conocer?’” realizada por Carina Caballero

¹¹⁰ Entrevista #19 “Por la escuela” realizada por Carina Caballero

CUADRO DE ENFERMEDADES SECUNDARIAS

| | |
|-----------------------|-----------|
| GASTRITIS | 13 |
| COLITIS | 5 |
| PRESIÓN BAJA | 1 |
| ÚLCERA | 2 |
| DEPRESIÓN | 2 |
| HIPOTERMIA | 1 |
| TAQUICARDIA | 1 |
| AMENORREA | 2 |
| VISIÓN BORROSA | 1 |
| HERNIA | 1 |
| COLESTEROL | 1 |
| MIGRAÑA | 1 |

Cuadro 18. Muestra el número total de las enfermedades secundarias que aparecen a raíz de alguno o ambos trastornos de alimentación



Gráfica 6. Muestra el porcentaje en que presentan cada enfermedad secundarias a consecuencia de los trastornos de alimentación.

El punto que sigue, es uno de los puntos más importantes que nos ayudaran a analizar porque los entrevistados caen en estos trastornos y porque aparecen en la vida de aquellas personas que sufren de Anorexia y/o Bulimia, en esta parte los entrevistados hacen comentarios de cómo se ven físicamente, es decir; exponen la manera en que se ven su cuerpo, algunos ejemplos de ellos son:

... a mí me choca que me digan que... o porque estoy gorda y mis amigas no me choca, no!, no lo soporto, porque no es cierto, porque lo dicen de puro compromiso, al único que se lo digo es a mi novio y eso no sé porque, y así de que, a nadie, mi sobrino es que ya estas bien, ah!, sí, luego sí me veo en el espejo ay!, te ves bien, pero a los 5 minutos ay!, mira que..., y a mí me encantaba que, me dijeran mis tías estas adelgazando, yo decía wou!, sí lo estoy logrando, aunque, aunque yo decía que no, cuando me lo decía, ay!, sí, lo estoy logrando, sí si estoy adelgazando tengo que seguir hasta que yo me vea delgada, porque, porque yo no me veo delgada, o lo normal, yo no veo, y aunque me digan no!, cuando empecé, ay!, estas muy flaca, no!?, no!, yo creo que desde la secundaria..., o porque no me van a hacer caso los chicos, yo creo que desde ahí se va haciendo la inseguridad, no sé, en la prepa yo creo que fue, porque todavía en la secundaria, fui un poquito más segura, así de que, yo decía que mi autoestima estaba bien, pero sí yo ahorita digo que no...¹¹¹

... yo iba a la primaria con un súper gran trauma, porque me decía Peggy, me decían Peggy, y era mi trauma de que estaba gordita... no me siento tan mal como antes, si ahorita si subí como 3 kilos, si 3 kilos lo siento en las piernas pero bueno sé que con ejercicio los puedo bajar, ahorita estoy con el nutriólogo, y pues él me da una dieta... el estereotipo que te muestran en la televisión, en la adolescencia eso te puede afectar mucho, porque en la mayoría de los programas salen que baje de peso, que ya sale esto para bajar talla, o tratamientos para esto, cremas para esto, entonces como que eso, el estereotipo de mujer bonita es delgada, este, una tiritas así súper flacas, yo creo que sí tiene mucho que ver la sociedad en el estereotipo de la mujer...¹¹²

me veía súper gorda, así, cosas así, horrible, me veía gorda, este!, o siempre, como que siempre sí me menospreciaba mucho y como que antes no me pesaba tanto, en mí, en cuanto a eso, ósea yo, la única debilidad que tenía era eso, el que, me veía en un espejo y era así lo que me daba en la torre... me empecé a ver en el espejo y me espante porque así horrible, porque me vi así toda flaca, me veía yo muy mal, me sentí muy mal, me espante, yo dije ay!, creo que ya estoy adelgazando mucho, pero pues seguí siendo así como que ya era, como que ya no aguantaba tener nada en el

¹¹¹ Entrevista #1 “Mi trauma es ser gorda” realizada por Carina Caballero

¹¹² Entrevista #2 “Yo tengo un súper trauma, ser gorda” realizada por Carina Caballero

*estomago, o no se, como que ya no me acostumbre, no me acostumbraba, no sé, fue como que, yo decía ay!, a lo mejor estoy exagerando, no sé, pero yo me acuerdo mucho que esa vez que me vi en el espejo me saque mucho de onda, pues que onda!?, porque nunca me había visto tan delgada, no!, y yo dije, no, no, no, yo creo que estoy loca...*¹¹³

*...a cada rato me andaba pesando, ósea me ponía mi ropa y ya me quedaba súper grande y yo veía que no, ósea era como, que, me obsesionaba mucho con eso, y de que ya estoy flácida y quería bajar más...*¹¹⁴

*...casi siempre concentro en eso mi atención, veo, a una mujer, es traviesa, tiene cara de traviesa, es, es, le gusta divertirse, no le gusta estar en un solo lugar, tiene que estar moviéndose constantemente...*¹¹⁵

*pues que la ropa se te ve mejor, que este, no se como explicar eso de me siento mejor, pero sí me gustaría estar mas delgada...*¹¹⁶

*Físicamente, pues me sentí bien, igual ya no me sentí llena con todo lo que había comido.... porque por un lado estaba yo pensando que estaba muy gorda y que iba a hacer para enflacar otra vez...*¹¹⁷

*Horrible, mal, no me gusta, no me gusta....No, no me gusta, ni de la cara, mucho menos del cuerpo así, no!, un espejo así este!, no sé de cuerpo enteró, me traumo, no me puedo ver. Como que no veo mi cuerpo que tiene forma, como que siento que no!, que no está mi cuerpo acordé mi cuerpo, no!, nada que ver, ni con mi edad, ni..., no sé como que no tiene forma, no!, no me gusta...*¹¹⁸

*Bueno, ahora sí que hay días que, pues me veo bien, delgada, me siento bien, pero hay otros en que, en que sí como que me veo un poco, un poco gordita, no sé si sea el espejo o esa un aumento del espejo, pero yo trato de verme bien, ahora sí, como te había comentado, de que mi trabajo requiere de una excelente presentación...*¹¹⁹

¹¹³ Entrevista #3 “Yo siempre voy a vivir así” realizada por Carina Caballero

¹¹⁴ Entrevista #4 “Crecí muy rápido” realizada por Carina Caballero

¹¹⁵ Entrevista #5 “Después de que perdí a mi bebe” realizada por Carina Caballero

¹¹⁶ Entrevista #6 “Yo me cuido para ser delgada” realizada por Carina Caballero

¹¹⁷ Entrevista #7 “Yo no tengo problemas, mi mama dice que los tengo” realizada por Carina Caballero

¹¹⁸ Entrevista #8 “Como mucho” realizada por Carina Caballero

¹¹⁹ Entrevista #9 “Me cuido no porque esté enferma” realizada por Carina Caballero

*Pues sigo sintiendo, porque veo que los años no han pasado en balde (risas), cada día estoy más, y que los cuerpos cambian mucho y que es muy difícil aceptar tu nueva imagen...*¹²⁰

*Que no es el que yo quiero, yo quiero ser muy delgada, muy, muy, delgada, quiero ser flaca, eso es, lo más flaco que se puede, y no veo en el espejo así, no veo delgada, yo quisiera verme delgada...*¹²¹

*Ay!, una persona fea, por ejemplo me veo en el espejo, y digo ay!, no!, ya estoy bien gorda, ya me he descuidado y todo, ahí es donde yo me pongo a..., querer dejar de comer, pero no puedo, nunca he podido...mi papa siempre me ha dicho que siempre he sido de buen comer, siempre me ha dicho nunca te preocupes por si estas gorda o no, así se te va a querer y todo, pero, este!, sí te digo, realmente no me gusto como persona...*¹²²

*Pues no me veo muy, muy bien que digamos a pesar de que me dicen, no, no estas gorda, y., sí a lo mejor te sobran unos kilitos, pero yo no digo que me sobran unos kilitos, si no que me sobran demasiados kilos, ósea yo me siento como que, estoy viendo casi, casi un, tinaco, y a lo mejor las otras personas me dicen que no es cierto, peor y o no veo lo mismo que ven otras personas...*¹²³

*Pues antes me veía fea, gorda, ahora ya lo estoy superando, todavía me cuesta un poco de trabajo verme al espejo, y empiezo a pensar en que ya me veo gorda, pero digo, no!, no pienses en eso porque entonces todo el trabajo que hemos hecho durante tanto tiempo, no va a servir de nada, la verdad si trato de no verme en el espejo, porque todavía me cuesta mucho trabajo, pero creo que eso poco a poco lo tengo que ir superando... porque al llegar a la adolescencia me sentía avergonzada por mi cuerpo, y cuando empecé a menstruar fue de verás muy traumatizante, porque me mis senos empezaron a crecer muy rápido y los tenía muy grandes, no soportaba las groserías que me decían en la calle y los comentarios y las miradas que me hacían mis compañeros en la escuela...*¹²⁴

¹²⁰ Entrevista #10 “Me da coraje no ser flaca” realizada por Carina Caballero

¹²¹ Entrevista #12 “Tal vez soy así por mi mama” realizada por Carina Caballero

¹²² Entrevista #13 “No creo que tenga nada malo” realizada por Carina Caballero

¹²³ Entrevista #14 “Nunca me quedo con las ganas” realizada por Carina Caballero

¹²⁴ Entrevista #15 “En mi casa siempre hablaban mal de las gordas” realizada por Carina Caballero

*Estoy muy a gusto con lo tengo, y como estoy, como todos, siempre vemos algún pequeño defectivo, que si la lonjita, la grasita, o el hoyo en la rodilla, pero estoy a gusto por eso, no cambiara nada de lo que tengo ahorita, de cómo estoy no cambiara...*¹²⁵

*Hay días que en los que me veo, me veo bien, pero en general, me siento demasiado, no se?!, gorda, insignificante....*¹²⁶

*...que bella!, (risas), antes no, me veía horrible, pero decía ¡que fea estoy!,(risas), mira!, cuando yo conocí el maquillaje, muy bella, cuando yo no me pintaba, horrible, ay!, digo un monstruo en el espejo!, yo, me empiezo a pintar, porque me empiezo a pintar muy chica, a los 13, y aquí le empiezo a agarrar más gusto, me empiezo a pintar más; cuando yo conozco el maquillaje y todo eso, yo digo: yo estoy hecha de la pura pintura, porque yo ni soy bonita, ni nada, por el maquillaje, y cuando me veo al espejo si veo, algunas veces si la veo bonita, cuando no tiene maquillaje y todo, pero cuando la veo con maquillaje, digo ay!, que bella y es cuando salgo segura, a la calle, o cuando siento que mi ropa no coordina, o no combina o algo, o ase me ve así una llanta, es cuando digo me siento mal, me siento fea, me siento horrorosa, y te juro que camino hasta jorabada, y me quiero ir del lugar donde estoy, porque no me siento bien, no me siento a gusto...*¹²⁷

*Gorda (risas), no!, no es cierto, a veces sí, pero, te digo, no me preocupa porque como soy de familia gordita, y mi complexión es así, pues como que ya me resigne, me preocupa el peso pero por salud nada más...*¹²⁸

Los sentimientos que se manifiestan son el enojo acompañado por la preocupación; de la misma manera se presentan casos donde el enojo está acompañado de la tristeza; también se manifestó sentir culpa; en el siguiente cuadro se muestra un mejor panorama de lo que se está mencionando así como también una gráfica en donde se hace referencia a la emoción y sentimiento más dominante.

¹²⁵ Entrevista #16 “Yo también lo tengo” realizada por Carina Caballero

¹²⁶ Entrevista #17 “Me da miedo subir de peso” realizada por Carina Caballero

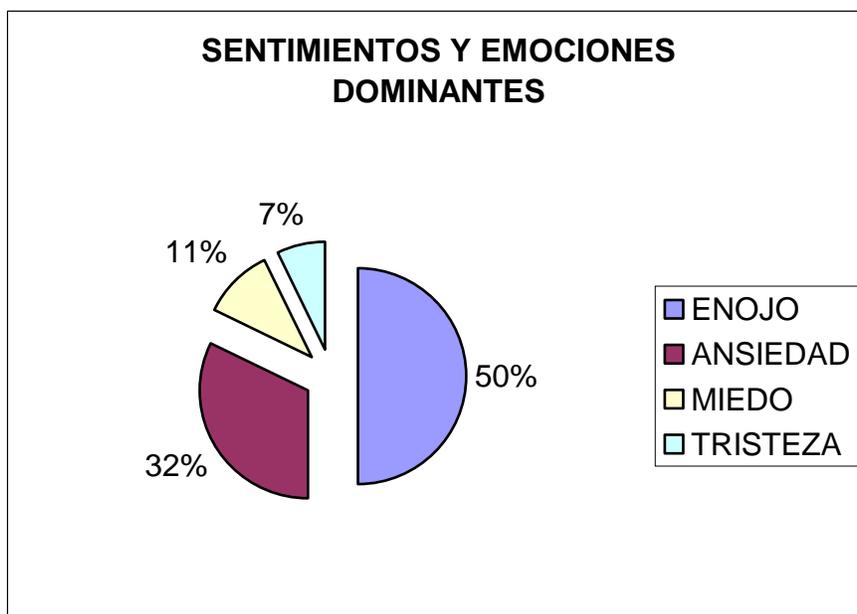
¹²⁷ Entrevista #18 “Tengo dos personalidades, ¿Cuál quieres conocer?” realizada por Carina Caballero

¹²⁸ Entrevista #19 “por la escuela” realizada por Carina Caballero

CUADRO DE SENTIMIENTOS Y EMOCIONES MÁS DOMINANTES

| | |
|-----------------|-----------|
| ENOJO | 14 |
| ANSIEDAD | 9 |
| MIEDO | 3 |
| TRISTEZA | 2 |

Cuadro 19. Muestra el número total de las emociones y sentimientos más predominantes en los trastornos de alimentación.



Gráfica 7. Muestra el porcentaje de los sentimientos y emociones más dominantes en los trastornos de alimentación.

Cuando se habla de **¿como te defines como persona?**, los entrevistados manifiestan que es una pregunta difícil de contestar, a lo que ellos explican como es su carácter y en su manera de ser y pensar, hay comentarios muy interesantes y también hay algunos que parecen ser poco relevantes, aunque para los entrevistados son puntos de gran relevancia, comentarios como:

Pues no sé, yo digo que es porque soy así, ósea, no sé, es lo que yo veo en mis hermanos, son súper seguros, mis tías también mi papa, no se diga, y yo!... porque soy insegura, no sé de rencorosa yo creo que, no sé, toda mi primaria y mí secundaria, fue así, entonces, los chavos me daban igual, pero sí un chavo le hablaba a mi amiga, no sé, yo creo que yo me empecé a hacer así desde la secundaria... yo no tengo autoestima, no, estaba bajísima..., Yo soy una persona muy de

*confianza, me gusta tener muchos amigos, para mi siempre esta la amistad, siempre me peleo con mi papa, por mis amigos, porque, para mi, mis amigos, no sí son vagos o fuman, o no!, él que van a estar ahí en las malas, entonces, mis amigos, tengo un carácter fuerte, y también los defiendo mucho a mis amigos, pues sí, si me conoces, las personas que no saben que tengo esto dicen que a lo mejor peleonera, por decir mi amiga, ay!, es que una chava me dijo esto, ay!, no que vas a ver!, esta loca a ti no te puede hacer nada, los defiendo mucho, y siempre están primero mis amigos...*¹²⁹

*Yo me defino, me defino fuerte, me defino, mmm, alegre, sociable, este!, que cumplo mis metas, una persona de proyectos de logros, este!, soy muy narcisista también, este!, no sé, como que ya últimamente pienso más en mi, y primero estoy yo, y después ya están los demás, No, bueno, antes, yo creo que siempre he sido así, pero yo creo que hubo una etapa que, que, no sé, no podía decir las cosas tal y como eran, porque como que vivías más acorde a lo que estabas viviendo o con quien estabas, y como que te quedas callada o como que te guardas muchas cosas, pero sí, a lo mejor no era tanto como ahora pero sí, como que siempre tuve, siempre he sido una persona que siempre dice lo que siente, lo que piensa, nunca me quedo con nada, no me gusta ser hipócrita, pero sí, a lo mejor sí no era tanto como ahora, y pues, creo que mucho de la carrera te ayuda un poquito... después de haber estado tanto tiempo tan delgada, ósea, yo me sigo traumando, porque digo, entonces porque engordé?, y yo creo que por eso no me he curado, porque no estoy, porque no estuve ni contenta, ni, ósea, ni, ni fue por mi que, que quise comer, ni así, si no fue más bien porque ya no estuviera mi mama triste, porque ya nadie me estuviera molestando, porque no quería estar toda la vida en un hospital encerrada o, no sé, yo creo que fue más bien por darle gusto a los demás, que por mi misma, por eso yo creo que la terapia no me sirvió, porque fue de que voy, para que no molesten, ni mi mama, ni mi papa, ni mi familia, ni nada de eso, o cosas así, pero no fue porque yo quisiera...*¹³⁰

*¿Cómo persona?, autentica, inteligente, tolerante y sencillita y carismática...*¹³¹

...le cuesta trabajo estar tranquila, mmm?, tienen muchas necesidades... ay!, me estás haciendo preguntas cada vez más difíciles, ¿Cómo me defino como persona?... Yo creo que soy inteligente, soy buena persona, aunque, soy vengativa, cuando me hacen algo ¡puta!, me voy con saña, no me gusta caerme, no me gusta estar triste, me puedo deprimir, medio día, y se acabo, dos lagrimas y vamonos!!!!, a lo que sigue, aunque este llorando a lo que sigue, me lo aguanto, me lo trago y se

¹²⁹ Entrevista #1 “Mi trauma es ser gorda” realizada por Carina Caballero

¹³⁰ Entrevista #3 “Yo siempre voy a vivir así” realizada por Carina Caballero

¹³¹ Entrevista #4 “Crecí muy rápido” realizada por Carina Caballero

*acabo y vámonos, creo que soy fuerte, soy capaz de tomar decisiones, me gusta ser independiente, tengo muchas ganas de hacer muchas cosas, muchas ilusiones, muchas ganas de vivir, de recuperar muchas cosas...*¹³²

*Este!, inteligente, guapa, perseverante, este!, a veces alegre, pues así... Cansada pues a raíz de esos cansancios, se me baja la presión y todo no he podido establecerme otra vez, ósea ya tiene un tiempo que estoy tomando vitaminas y comiendo bien y durmiendo más porque no me recupero de ese desgaste físico que tuve...*¹³³

*Pues me sentía mal, mal conmigo, y por otro lado en pensar en mí, en lo que me iba a pasar, en que todo el esfuerzo que estaba haciendo mi familia por mí, y pues que, ósea piensas si no va a valer o cosas así de que no sirvió el esfuerzo... Pues digo que estaba bien tonta que no sabía ni lo que quería, bueno tampoco ahorita no?!, pero antes menos....*¹³⁴

*Una persona compulsiva... la compulsión por comer demasiado, es así, como ansiedad, es más bien una ansiedad que tengo por comer, eh!, pues principalmente esos son los problemas que he llegado a tener. Como persona, una persona muy sensible, una persona muy sensible, así como también la verdad, una persona muy sensible, no?!, muy reservada, ósea, ahorita lo digo porque de plano ahorita me siento como que mal; pero no con cualquier persona así como que me reservó mis cosas, este!, a veces, a veces siento muy alegre, a veces siento eso, cuando estoy así en mis estados así bien, bueno, ósea que me puedo sentir bien...una persona que ama mucho a sus padres, a pesar de todo lo que ha pasado, en mi niñez, con mi padre, pero lo quiero, lo amo, al igual que a mis hermanos, aunque siempre este peleando con mi familia, mi madre, no sé diga, mmm, una persona que así respeta mucho a su familia... no soy una persona problemática, ni con mis vecinos, no?!, tampoco soy muy sociable, así que digamos pero siempre guardo un cierto respeto por las personas, ah!, una persona igual compulsiva...*¹³⁵

Bueno yo me defino como, creo que soy algo insegura, pero ahora sí que sí me gusta ser perfeccionista, me gusta que, que todo estén bien, mucha, ahora sí que mucha gente me dice que,

¹³² Entrevista #5 “Después de que perdí a mi bebe” realizada por Carina Caballero

¹³³ Entrevista #6 “Yo me cuido para ser delgada” realizada por Carina Caballero

¹³⁴ Entrevista #7 “Yo no tengo problemas, mi mama dice que los tengo” realizada por Carina Caballero

¹³⁵ Entrevista #8 “Como mucho” realizada por Carina Caballero

*que soy algo voluble, pero de eso yo no estoy segura verdad?, la gente lo dice y yo no sé si esa cierto...*¹³⁶

*...mientras uno no se acepte siempre, mientras yo no me acepte de que estoy gorda siempre voy a tener esos complejos, porque el día que me llegué a aceptar ese día se va acabar... como persona muy noble... Me veo bien, me veo tranquila, no me considero una persona mala, si un poco berrinchuda, pero no mala, con muchos proyectos...*¹³⁷

*...soy amable, educada, trabajadora, casi no me enojo, son pocas cosas las que me hacen enojar, enojar en serio, sincera, sencilla, soy insegura, así me defino, entregada...*¹³⁸

*Yo quiero ser una persona productiva, económicamente productiva, quiero trabajar, quiero tener mis cosas, eh!, igual... me daba mucho coraje, de sentir y pensar que yo no iba a tener novio porque era gordita, me deprimía, me ponía triste, ya no quería salir, no quería ya ni comer a veces, no comer yo no puedo dejar de comer.... yo quiero ser, yo se que soy alguien, pero ser alguien mas quiero tener más, quiero tener un carro, quiero tener mi casa, quiero tener dinero, quiero ser feliz, quiero muchas cosas, pero por lo mismo, por mi misma gordura, a lo mejor, me causa que me deprima, me veo en espejo y ay!, me decaigo, me da mucha tristeza....*¹³⁹

... lo único que no me gusta, es que nunca he podido expresar lo que siento, porque siempre me quedo callado todo, siempre, nunca puedo expresar cuando quiero a alguien, cuando quiero a, ¿no sé?, que le..., ¿cómo te podría decir?, que le, que le quiero desear algo a la persona, nunca puedo, y eso me a traído varios problemas, porque, igual, mis relaciones las he terminado porque, me dicen, es que tú no me dices nada, tu nunca me cuentas nada, y todo, y con mis amigos, no tanto, porque trata de expresárselos yo, escrito, aunque luego no me sale como yo quisiera, pero todo lo que siento me lo quedo dentro eso es lo único que no me gusta de mí, como persona sí, si me siento bien... pues me defino una persona alegre, una persona, sincera, ehm!?, sencilla, este!, nada más...

140

¹³⁶ Entrevista #9 “Me cuido no porque esté enferma” realizada por Carina Caballero

¹³⁷ Entrevista #10 “Me da coraje no ser flaca” realizada por Carina Caballero

¹³⁸ Entrevista #11 “Creo que tengo Bulimia” realizada por Carina Caballero

¹³⁹ Entrevista #12 “Tal vez soy así por mi mama” realizada por Carina Caballero

¹⁴⁰ Entrevista #13 “No creo que tenga nada malo” realizada por Carina Caballero

Pues creo soy una buena persona, no puedo decir que soy tranquila porque no lo soy, este!, nunca me he quedado con las ganas de nada, así que, en algunas cosas eso es benéfico para mí, y en otras pues hasta perjudicial, porque, por lo mismo que, de que no me quedo con las ganas, a lo mejor en una de esas, se me antoja darme un atascón, con papitas, y me las comó y al rato ya las estoy vomitando, pero mientras no me quede con las ganas de las papas, así que... ¹⁴¹

Tímida, insegura, miedosa, preocupada todo el tiempo por el peso, poco cosa, por lo mismo porque me sentía gorda, antes de estar en tratamiento, pero ahora, me siento un poco más segura, pero sí me a costado mucho trabajo, quiero ser valiente para poder afrontar todos mis problemas, tanto con mi familia como en mi persona, porque ahorita estoy chavita, pero pronto voy a entrar a la universidad, quiero estudiar una carrera y salir adelante... en mi casa siempre había pleitos y discusiones, yo pasaba desapercibida tanto en mi casa como en la escuela, me sentía muy enojada con todos, pero pensé que no valía la pena llorar me sentía muy enojada con todo.... ¹⁴²

Como persona, alegre, soñador, juguetón, ambicioso.... ¹⁴³

Mi carácter es muy fuerte, soy una persona demasiado voluble, demasiado sensible, por cualquier cosita que para cualquier persona puede ser nada, para mi puede ser una explosión... ¹⁴⁴

No! soy un amor, (risas), ¿quieres la verdad o una mentira piadosa? C: No, la verdad! E: Ah!, pues la verdad, soy una persona bastante, bastante, pendeja, bastante pendeja, C: ¿porque? E: Creo mucho en la gente, y creo que la gente me quiere, y la gente no me quiere, bastante tonta para muchas cosas, si!, soy muy pendeja, y ..., no tengo un bonito carácter, tengo un carácter bastante fuerte, pero, yo creo que mi defecto en esta vida, a aparte de nacer (risas)... me he considerado una persona de doble personalidad, al decir doble, una es dulce, amable y gentil, tierna y todo lo que quieras, y la otra , que es la que todo mundo conoce, es ojete, odiosa, es egoísta, pone la pata, muchas veces le puse le pata a mucha gente, soy bastante competitiva, eso si nunca me lo van a quitar, aunque se me acaba el hígado, soy bastante competitiva, soy muy luchona, lucho por lo que quiero aunque tenga que ametrallar a todo mundo, pero, sí!, si tengo dos personalidades, ¿Cuál quieres conocer?, y para gente soy una, porque cuando saco a la otra, todo el mundo le da en la

¹⁴¹ Entrevista #14 “Nunca me quedo con las ganas” realizada por Carina Caballero

¹⁴² Entrevista #15 “En mi casa siempre hablaban mal de las gordas” realizada por Carina Caballero

¹⁴³ Entrevista #16 “Yo también lo tengo” realizada por Carina Caballero

¹⁴⁴ Entrevista #17 “Me da miedo subir de peso” realizada por Carina Caballero

*madre, entonces es una persona que casi no hace, es la que pinta, la que escribe poesía, la que ama, pero también cuando ama, la tachan de pendeja, entonces a esta no la saco...*¹⁴⁵

*.. Amable, sencilla, buena onda..*¹⁴⁶

Cuando se les pregunta sobre como ven su cuerpo frente al espejo, la imagen que reportan es que se ven distorsionadas, puesto que quieren verse delgadas, además de que se definen como inseguras, pero hay otras que se definen como fuertes, sinceras, nobles, sencillas, alegres, sociables, tolerantes, tranquilas, entregadas; pero estas definiciones se terminan cuando ven su imagen en el espejo, puesto que muchas de ellas sí manifiesta que un cuerpo delgado tiene éxito en todo.

Una parte fundamental de esta investigación, es encontrar cuales son los sentimientos y las emociones más dominantes y las que más se presentan dentro de la vida de cada persona que se entrevisto, y para encontrar cuales son estas veamos algunos casos en las que mencionan ciertas emociones y sentimientos:

*... a mí me choca que me digan que, me choca, no!, no lo soporto, porque no es cierto, porque lo dicen de puro compromiso..., yo digo que es porque soy así, ósea, no sé, es lo que yo veo en mis hermanos, son súper seguros, mis tías también mi papa, no se diga, y yo!, ay!, es que, no sé, yo creo que en ese momento digo no tengo una mama que me diga que, yo se lo dije a mi papa, es ahorita cuando yo siento que necesito a una mama...*¹⁴⁷

*... me da miedo vomitar... se sentía muy feo.... El estereotipo de la mujer bonita es delgada...*¹⁴⁸

*... me deprimía mucho... me insultaba yo mucho... me siento triste, me siento angustiada me desespero mucho, este!, no se, meee?, no se me preocupa mucho...*¹⁴⁹

... es que soy muy tranquila y siempre me la paso en mi casa.... Con mis amigas me aislaba y me sentía sola... y fue de que te digo que empecé con la depresión y a parte mi papa, estaba en la casa,

¹⁴⁵ Entrevista #18 “Tengo dos personalidades, ¿Cuál quieres conocer?” realizada por Carina Caballero

¹⁴⁶ Entrevista #19 “Por la escuela” realizada por Carina Caballero

¹⁴⁷ Entrevista #1 “Mi trauma es ser gorda” realizada por Carina Caballero

¹⁴⁸ Entrevista #2 “Yo tengo un súper trauma, ser gorda” realizada por Carina Caballero

¹⁴⁹ Entrevista #3 “Yo siempre voy a vivir así” realizada por Carina Caballero

*iba y me decía ir yo quería estar nada más en su casa comiendo, que esta bien gorda, entonces como que si me sentía mal y este! siempre me la pasaba solita, deprimida pero trataba de salir...*¹⁵⁰

*A raíz del aborto aprendí mucho, porque aprendí a defender lo que yo quería, porque en ese momento yo no supe defender que lo que yo quería, la decisión que estaba tomando, a raíz de eso, fue cuando dije ¿saben que? Se detiene, ósea, a lo mejor no soy lo que tu querías que fuerte, sobretodo con mi mama, mi mama tenía una imagen preparada completamente para mi... Entre en una depresión...*¹⁵¹

*Ay!, que si me gustaría bajar mas, porque me gustaba estar así, me sentía mejor...*¹⁵²

*Tu comes y sientes sentimientos de culpa? Sí...*¹⁵³

*... depresión... siento que soy una persona compulsiva... yo creo que sentía place en comer...*¹⁵⁴.

*... me aleje de ellas (primas) porque siempre se burlaban de mi es que como yo de chiquita, yo era un poquito llenita... y siempre me ponían apodos.... Porque decían que yo estaba gorda ...creo que soy algo insegura...*¹⁵⁵

*... no me considero una persona mala, si un poco berrinchuda, pero no mala...*¹⁵⁶

*... casi no me enojo, son pocas cosas las que me hacen enojar, enojar en serio... soy insegura...*¹⁵⁷

*....me daba mucho coraje, de sentir y pensar que yo no iba a tener novio porque era gordita, me deprimía, me ponía triste.... Me siento culpable por comer...*¹⁵⁸

por ejemplo me veo en el espejo, y digo ay!, no!, ya estoy bien gorda, ya me he descuidado y todo, ahí es donde yo me pongo a..., querer dejar de comer, pero no puedo, nunca he podido... pues

¹⁵⁰ Entrevista #4 “Crecí muy rápido” realizada por Carina Caballero

¹⁵¹ Entrevista #5 “Después de que perdí a mi bebe” realizada por Carina Caballero

¹⁵² Entrevista #6 “Yo no cuido para ser delgada” realizada por Carina Caballero

¹⁵³ Entrevista #7 “Yo no tengo problemas, mi mama dice que los tengo” realizada por Carina Caballero

¹⁵⁴ Entrevista #8 “Como mucho” realizada por Carina Caballero

¹⁵⁵ Entrevista #9 “Me cuido no porque esté enferma” realizada por Carina Caballero

¹⁵⁶ Entrevista #10 “Me da coraje no ser flaca” realizada por Carina Caballero

¹⁵⁷ Entrevista #11 “Creo que tengo Bulimia” realizada por Carina Caballero

¹⁵⁸ Entrevista #12 “Tal vez soy así por mi mama” realizada por Carina Caballero

*coraje ... porque le he dicho a mi papa ay! papa porque me hiciste así como, tan gordita, porque no me hiciste como Liliana... es que como eres la última tu mama te dejo todo...*¹⁵⁹

*De ansiedad, primero de Ansiedad, porque digo porque no puedo estar más flaca, luego de tristeza, ay!, no!, me pongo casi, casi a llora, no creo que pueda ser posible, que no pueda bajar de peso, y ya después me da coraje, me da coraje con la comida, porque digo está porquería como es posible de que tan chiquita que esté, hace que me suba tanto de peso...*¹⁶⁰

*... yo pasaba desapercibida tanto en mi casa como en la escuela, me sentía muy enojada con todos, pero pensé que no valía la pena llorar me sentía muy enojada con todo...*¹⁶¹

*Como persona, alegre,...*¹⁶²

*Mi carácter es muy fuerte, soy una persona demasiado voluble, demasiado sensible, por cualquier cosita que para cualquier persona puede ser nada, para mi puede ser una explosión...*¹⁶³

*entonces dije: ¡se acabo! , con los amigos no!,pero con la gente que sí, lo voy a hacer y me vale madres, entonces lo hice, te voy a decir lo que hice, y siguieres lo puedes poner, estaba yo tan triste, cuando yo estoy triste bajo de peso, automáticamente bajo de peso, no comó, no hambre, el estomago...*¹⁶⁴

Ya que estos son trastornos de alimentación, no podemos dejar a un lado a los alimentos, es donde nos damos cuenta de como los entrevistados tratan de mantener “la figura, tratando consumir alimentos que les ayuden a perder peso. A continuación se menciona aquellos alimentos que los entrevistados mencionan que mas consumen así como también los alimentos que no les gustan y que prefieren evitar:

...en la mañana igual no!, mi barra y mi yogurt, nada más eso, no sé que de repente que se me antoja un torta o algo así, pero es mi barra y mi yogurt, no sé este!, antes de irme a la escuela, luego fruta, igual, manzana y todo y luego en la escuela, que llevan papás o algo, o sí llevan

¹⁵⁹ Entrevista #13 “No creo que tenga nada malo” realizada por Carina Caballero

¹⁶⁰ Entrevista #14 “Nunca me quedo con las ganas” realizada por Carina Caballero

¹⁶¹ Entrevista #15 “En mi casa siempre hablaban mal de las gordas” realizada por Carina Caballero

¹⁶² Entrevista #16 “Yo también lo tengo” realizada por Carina Caballero

¹⁶³ Entrevista #17 “Me da miedo subir de peso” realizada por Carina Caballero

¹⁶⁴ Entrevista #18 “Tengo dos personalidades, ¿Cuál quieres conocer?” realizada por Carina Caballero

galletas o algo así, un galleta, no!, ósea este!, normal, no!, o si ves a tus amigos que están comiendo papas, dame una, y a veces, a veces, cuando llego, bueno comó leche, porque ya estoy tomando leche, o corn flakes...sí comía, pedía pechuga asada, o ensaladas, y en la noche ya no cenaba, o que, no tenga sal, o pescado, este!, no sé, de hecho todavía cuando me van a ser bistec o algo así, yo lo pido asado, no lo pido con grasa después, empecé a ver las calorías, entonces, ya no, veía y decía ay!, ya son muchas calorías, no mejor no voy a tomar leche, y era, era pura agua, ósea no!, primero yo decía, es por lo mismo de que, después de veía y todo, y me decían es que tienes que comer grasa, tienes que comer, ósea me empezaban a decir que era lo que tenía que comer, entonces, llegó, y comía mi pan o leche o corn flakes, o luego que hay comida, como, o como frijoles, o arroz, ya si es sábado o domingo, pues te digo, no sé a lo mejor, pues ya como la comida, pero, no sé que de repente tengo que ir a la escuela o algo, me como un torta, ósea, comiendo no mucho, pero más o menos lo normal, o por decir cuando no como, cuando deje de comer, cuando yo decía voy a comer unas papas, ósea las papas me sabían a gloria, ay!, que ricas!, ósea hace mucho que no comía, no sé tenía un mes de no comer papas, ahorita sí ya, ya no me privo de muchas cosas, ósea ya no, pero antes sí, el limón y el chile piquín, no lo comía porque, ya para mi era así como, y como la valentina no tiene calorías pues le ponía salsa valentina, tengo que comer, o tengo que echarle algo, la sal, no!, sal tampoco le echaba, todo era así, todo para mí era que ya engordaba, la manzana igual porque es muy dulce, y no ya no, todo era para mí ya, era así de es mucho no sé y de hecho todavía veo las calorías, ósea todavía, digo que onda con eso....

165

*Mi mama me hacía carne asada, ensaladas, verduras, le decía que ya había comido o me comía la carne asada, pero normalmente yo no llegaba a comer a la casa, le decía que yo ya había comido en la cafetería de la escuela, en la cafetería de la escuela no comía, mis amigas me llevaban a la cafetería de la escuela y este me decían que quieres, un cóctel, pero sin chantilly, me comía el cóctel iba y vomitaba té de las bailarinas En la mañana desayuno jugo, fruta, yogurt, cereal, en la comida, sopa, verdura, carnes asadas, fruta, en la noche tomo café, yogurt, fruta, y que la medio día chocolatitos, así entre comidas. Me tomaba el té o el café, o me comía un paquete de galletas siempre ligh, me comía una y las demás las regalaba, o mi mama me hacía verdura, comía poquito, y al medio día comía la fruta,...*¹⁶⁶

¹⁶⁵ Entrevista #1 “Mi trauma es ser gorda” realizada por Carina Caballero

¹⁶⁶ Entrevista #2 “Yo tengo un súper trauma, ser gorda” realizada por Carina Caballero

A veces comía lechuga, zanahorias, este!, pues la verdad así una comida bien, bien, bien, no!..., agua, tomaba mucho agua, este!, no sé, ósea, deje de comer así no comía nada de golosinas, nada de porquerías, porque me acuerdo que era tanta la obsesión que hasta escuchaba voces, de que, ay!, no, y cualquier cosa que quería agarrar empezaba a escuchar como voces de que estaba bien gorda, y este!, ya no podía tocar nada, luego, me acuerdo que me la pasaba comiendo puros chicles, comía yo puros chicles todo el día, bueno masticaba porque no era comida, este!, que más?, y ya, me acuerdo que también se volvió así como que más obsesión porque empezaba a esconder los platos de comida...¹⁶⁷

... es que, comía, nunca me a gustado comer así papitas, bueno sí como, pero no era de que, yo no estaba gordita, o que comía papitas o dulces o cosas así, pero por lo mismo que tenía los tres hermanos, era de que ellos llegaban, en la noche, y uno se hacía un torta y yo lo acompañaba, y llegaba el otro y lo volvía a acompañar, y llegaba el otro y también lo acompañaba, y luego tenía hambre y comía más, ósea, entonces yo comía muy bien, de hecho, lo que me servía mi mamá en la comida me lo comía bien, lo comía 3 veces, ósea lo comía mucho, entonces este!, era lo que me..., me provocho que subiera mucho de peso, pero de hecho no me importaba, estar así gordita, ósea sí era de que, en la escuela luego sí, tenía unos amigos que luego si me decían pero ahora sí que no me importaba, así estaba feliz conmigo, y me sentía bien y no me hacía falta nada, porque sabía que, me conocía, era el carácter que tenía, así, y de hecho ahorita no lo hago tanto porque, ósea es algo que , ya!, llevo una persona y me traumo más ...¹⁶⁸

Todo lo que vendan en la calle, tortas, tacos, pambazos, tostadas, quesadillas, todo eso, ósea y en la casa, que tu sopa, tu guisado, tu refresco, tortillas, normal, pero como demasiado seguido, ósea desayuno en mi casa, luego vengo aquí y desayuno otra vez, llegó a mi casa y comó, en la tarde sí, no como mucho, es más de dulces y en la noche pues ceno, aunque es muy forzoso irse con la panza vacía, entonces, casi todo el tiempo estoy comiendo Al principio, al principio me sentía muy contenta y el sabor, así, el néctar de la comida en la boca, me hacía sentir el sabor, es que lo puedo comparar con muy pocas cosas...¹⁶⁹

¹⁶⁷ Entrevista #3 “Yo siempre voy a vivir así” realizada por Carina Caballero

¹⁶⁸ Entrevista #4 “Crecí muy rápido” realizada por Carina Caballero

¹⁶⁹ Entrevista #5 “Después de que perdí a mi bebe” realizada por Carina Caballero

*Pues de todo tipo de comida, no me mido, eso sí hago mis tres comidas, me desayuno por ejemplo un licuado y dos quesadillas, y comó lo que hay aquí sopa, guisado, si no, no me mido en eso, nada más eso sí trato de tomar mucho agua y de hacer ejercicio...*¹⁷⁰

*Pues comía normal de todo, todo lo que hacían en mi casa, verduras, mmm, pues lo normal un guisado, así fruta, también comía mucho dulces, bueno ni tanto, pero ya después de esto pues empecé a comer más cosas, ya no iba a engordar. Pues a veces, mmm, no como, pero cuando ya cuando estoy con mis amigas y todas empiezan a comer, ósea, pues ya sí como, pero igual, me siento así culpable. así como panes y dulces, así, o comía más porque decía que, pues podía vomitarlo y ya, según ya no iba a engordar. Pues con el pan, con, cosas así con mucha azúcar o con mucha grasa...*¹⁷¹

*Mi mama tenía una recaudería, y entonces, como siempre había fruta, a mí me encanta el aguacate entonces en la noche llegaba porque yo iba a la escuela en la tarde, llegaba a hacerme un aguacate con, y ponía así un buen de tortillas, así a hacer totopos, y un buen de grasa, y me ponía a comer, no?!, y luego psicológicamente yo pensaba, ya termine de esto, pero ahorita me voy a hacer esto de comer, ósea todo el tiempo era comida. Entre comidas, lo cual ahora hago y por más que quiero de que así, no, no, no, no, no, pues necesito comer algo, comer una galleta, de tener algo en mi boca, es una compulsión. El pan!, el pan con mantequilla, una torta de tamal, ósea todo lo que es así grasoso, me encantan las tortas, pero el pan, es lo que más me gusta, yo puedo comer todo con pan, todo, todo, todo, sopa, lo que sea, pero con pan...*¹⁷²

Ay!, todo, todo lo que engorda, que son los pozoles, los tacos, ay!, la comida no sé puede comer sin tortilla, todo lo que engorda, es lo que más me gusta.... De todo porque ahí no había pretextos de que todo me engordará, todo, comía yo muchas cosas, comía, es que en la casa comía, entre comidas, comía mucho de que, de que hacíamos los taquitos nosotros, cocinábamos pozole, que sí una bistesisa, son comidas muy así y eso era todo lo que yo comía en el embarazo, porque con eso de que se me antojaba todo, todo comía. Pues cuando estaba a dieta nada más, que comía?, pues comía un desayuno ligerito en la mañana, que fuera un huevito sin grasa, all bran, o un jugo de naranja, o un sándwich, ahí me lo balanceo, a la hora de la comida este, me llevaba casi puros chayotes casi diario, porque me gustan mucho, con carne asada, pastas, spaghetti eso era casi lo

¹⁷⁰ Entrevista #6 “Yo me cuido para ser delgada” realizada por Carina Caballero

¹⁷¹ Entrevista #7 “Yo no tengo problemas, mi mama dice que los tengo” realizada por Carina Caballero

¹⁷² Entrevista #8 “Como mucho” realizada por Carina Caballero

*que yo comía diario y en la noche, trataba de ser balanceado igual, comía unos all bran, papaya o cualquier cosa que no tuviera grasa...*¹⁷³

*Trata de comer saludable, sopa de verduras, pollo, pescado, fruta, vegetales, me gusta mucho el picante... trato de evitar el azúcar, la sal, la comida frita, las golosinas, las papitas, todo lo que engordar pero la verdad me cuesta mucho trabajo evitar esas comidas y cuando mucho de lo prohibido es cuando me provocho el vómito...*¹⁷⁴

*Ay!, el chocolate es mi delirio, así, igual, me gusta mucho comer cosas en la calle, igual, tacos, tortas todo lo que tenga que ver con grasa, es lo que más me gusta comer, y el arroz, nada más, hace poquito no podía comer atún porque me hizo daño, comí una empanada y me intoxicó ...*¹⁷⁵

*El pollo, el pollo, me gusta comer más, las pastas, me gusta todo, pues, me gusta realmente todo, yo realmente no soy chocosa para la comida, yo comó de todo, de todo... Lo que evito, mmm?, lo que casi no me pasa, es todo, lo embutido, los embutidos, ay!, eso sí me, sí lo llego a comer, porque muchas veces luego no hay dinero, una comida más que puede estar un poco más económica, no!, y pues ni modo me tengo que aguantar, y., pero eso es lo que casi no!, si hay eso y hay otro alimento, prefiero otro alimento que, comer eso todos lo embutidos...*¹⁷⁶

*Pues de todo... solo que no me gusta mucho comer, cosas así como muy, que según yo como que engordan, como la tortilla, el pan y que, los cereales, las pastas, ósea sí me lo como, peor no me como ni siquiera...*¹⁷⁷

*...lo que no me gusta comer la pasta...*¹⁷⁸

*Ahorita?, pues disfrutar... no se?!, algún tipo de carne, el pollo, algún tipo de carne que antes no me atrevía comer... Todavía le tengo miedo a todo lo que tiene que ver con la grasa, las quesadillas, los sopes todo eso, como que todavía no...*¹⁷⁹

¹⁷³ Entrevista #10 “Me da coraje no ser flaca” realizada por Carina Caballero

¹⁷⁴ Entrevista #11 “Creo que tengo Bulimia” realizada por Carina Caballero

¹⁷⁵ Entrevista #12 “Tal vez soy así por mi mama” realizada por Carina Caballero

¹⁷⁶ Entrevista #13 “No creo que tenga nada malo” realizada por Carina Caballero

¹⁷⁷ Entrevista #14 “Nunca me quedo con las ganas” realizada por Carina Caballero

¹⁷⁸ Entrevista #16 “Yo también lo tengo” realizada por Carina Caballero

¹⁷⁹ Entrevista #17 “Me da miedo subir de peso” realizada por Carina Caballero

*Es que todo me gusta... es que todo me gusta, ay!, el pollo, odio el pollo...*¹⁸⁰

En todos los casos manifiestan que se cuidan en la alimentación, alimentos como frutas, verduras, carne asada, lechuga, zanahorias, productos ligth, cereales, y alimentos que no fueran grasosos, además de que tratan de no comer cosas –que para ellas- son alimentos que engordan, pero mencionan también que les gusta comer todo lo que -para ellas- engorda, pero en todos los casos también manifiestan que les gusta mucho comer dulces y golosinas, aunque después sientan culpa por haberlo hecho.

Sabemos también que el ejercicio físico forma parte importante de los trastornos de la alimentación, por eso no podíamos dejar de mencionar como en las entrevistas hacen referencia a este punto; los comentarios sobre de que tipo de ejercicio físico que realizan son:

*... yo empecé a subir cuando entre al gimnasio, pero me decían es que es músculo...*¹⁸¹

*“clases de jazz, aeróbics, Ahorita cuando tengo tiempo 2 horas pero cuando no tengo tiempo haga una... y sigo hiendo al gimnasio....”*¹⁸²

*Ahorita, diario hacía, hago, bueno, lunes, miércoles y viernes, hago una hora de sspping, martes y jueves hago, pilates y hago sspping, hago 2 horas, sábados, este!, hago una hora y media de sspping, y luego, una hora, sí, si hora de taebo, taebo?, sí taebo, entonces, ósea, pero no tiene mucho tiene como tres meses que a penas empecé hacer... iba correr, entonces, este!, como las pistas que hay aquí, bueno, las pistas que hay de arcilla, de atletismo, esas, todavía me acuerdo que todavía llegaba y corría otras 7 vueltas, ósea, hacía, no te imaginas, hacía así, cañón, pero a mi se me hacía que no hacía muchas cosas porque aguantaba muchísimo...*¹⁸³

No mucho, era así de que, en sí no me gusta hacer ejercicio casi, pero no era así de ay!, estoy haciendo ejercicio, porque, por lo mismo de que ya estaba mala no podía correr, ni nada por el estilo, pues no, no hacía mucho ejercicio, y..., hacer cosas, pero no!, hasta, apenas hace poquito

¹⁸⁰ Entrevista #19 “Por la escuela” realizada por Carina Caballero

¹⁸¹ Entrevista #1 “Mi trauma es ser gorda” realizada por Carina Caballero

¹⁸² Entrevista #2 “Yo tengo un súper trauma, ser gorda” realizada por Carina Caballero

¹⁸³ Entrevista #3 “Yo siempre voy a vivir así” realizada por Carina Caballero

*que me metía al gimnasio y ya empecé a hacer bicicleta y todo eso!, pero..., ay!, es que si me sentía bien llena, y ahorita ya es así traumatizante, comí pero hacía ejercicio, es que te digo son temporadas que me dan es que luego me pongo muy loca, y me pongo a hacer una hora de bicicleta, y este!, ya me paso a lo de las pesas como 2 horas, y ya!, después me voy y me pongo caminar o hacer cualquier cosa...*¹⁸⁴

*Es que hay épocas, hay días en que digo, ¡me vale madres!, así estoy bien, entonces me tiro, tragas y ves la tele todos los días, y ahí a gusto no!, todo el día, pero hay otras épocas en que digo no ni madres, ahora sí lo voy a hacer, que no sé que, entonces me conseguí mi aparato, mi aiesheper, era a lo mejor una hora, hora y media, pero de no hacer nada yo sacaba una rutina quien sabe de donde, pero ahí estaba en chinga, entonces me metía al gimnasio, dos horas todos los días, ¿cómo?, no sé, venía a la escuela, de la escuela me iba a dar terapias, de ir a dar terapias, me iba al gimnasio, llegó a la casa a las 10 de la noche, muerta, ósea muerta, muerta completamente, pero seguía hiendo, hasta que me encontraron una hernia, y yo dije bueno; Dios no quiere que haga ejercicio, ¿que puedo hacer?, deje de hacer...*¹⁸⁵

*... pues depende, cuando yo me lo exigía podía hacer hasta 2 horas aunque estuviera súper cansada y mi corazón me latía muy rápido y ya no podía seguir, pero ahorita no puedo hacer, lo tengo prohibidísimo tengo que descansar. Me siento relajada cuando hago ejercicio... sí, muchísimo ahorita también. Pues muchos años, si no yo siempre estuve en alguna actividad, conforme iba avanzando el tiempo cambiaba la actividad, era mas chica y era natación, después era tae kwondo, luego balet, luego jazz, y luego por cuestiones de tiempo y la bebe y todo, yo ya me ponía hacer...*¹⁸⁶

*Sí últimamente sí, bueno, a partir de los 18 años, por lo mismo así de que gorda, gorda esto, gorda el otro, no?!, de hecho en mi casa me dicen gorda, me dicen obesa, mis hermanos, pero este!, me metí a unos ejercicios, a los aeróbics, y si baje mucho de peso, porque recuerdo que baje, eh!, 17 kilos, en tres meses, entonces sí fue demasiado...*¹⁸⁷

¹⁸⁴ Entrevista #4 “Crecí muy rápido” realizada por Carina Caballero

¹⁸⁵ Entrevista #5 “Después de que perdí a mi bebe” realizada por Carina Caballero

¹⁸⁶ Entrevista #6 “Yo me cuido para ser delgada” realizada por Carina Caballero

¹⁸⁷ Entrevista #8 “Como mucho” realizada por Carina Caballero

No, ejercicio no hago, porque la verdad, no, no me gusta porque me cansó mucho y no tengo tiempo, ahora sí que por el trabajo no tengo tiempo... ¹⁸⁸

No casi no, una sola vez me metí a un gimnasio pero no.... ¹⁸⁹

Mi mama me metió a danza regional y no gustaba, la verdad me enojaba que me obligara a ir, no me gustaba pero como mi hermano hacia según Karate y ejercicio yo también tenía que estar haciendo ejercicio porque según mi mama éramos una familia de deportistas porque a mi papa le gustaba mucho jugar Básquet y como yo iba hacer la única en casa que no hiciera ejercicio, así que me tuve que resignar, dure como tres años en danza... ¹⁹⁰

yo tomaba 2 clases diarias, una en la mañana y una en la tarde, y yo era feliz, me sentía contenta, me sentía realizada, me sentía bien, bien ... ¹⁹¹

... duro como un mes y ya, los dejo de hacer, y otra vez me empiezo a sentir gorda y a tomar un motón, mucho agua, este!, y otra vez a ponerme hacer ejercicios, pero no son ejercicios así de, ¿como te podría decir?, pues que leves una rutina, o que, realmente lo lleves así durante mucho tiempo, ósea nada más son así chiquitos unas cuantas abdominales y como me cansó ay!, mejor las dejo.... ¹⁹²

Pues sí lo hacía, peor así como que, me daba flojera, así que prefería algo que no costara trabajo y por eso opte por, vomitar, me ahorraba el trabajo de que, ay así!, de que ya termine toda cansada y que me duelen las piernas, me duelen los brazos, me dolía todo, y..., me fui por la salida más fácil que encontré... ¹⁹³

No, no puedo, porque tengo mal la cadera, el tobillo y la rodilla, por eso no puedo hacer ejercicio.... ¹⁹⁴

¹⁸⁸ Entrevista #9 “*Me cuido no porque esté enferma*” realizada por Carina Caballero

¹⁸⁹ Entrevista #10 “*Me da coraje no ser flaca*” realizada por Carina Caballero

¹⁹⁰ Entrevista #11 “*Creo que tengo Bulimia*” realizada por Carina Caballero

¹⁹¹ Entrevista #12 “*Tal vez soy así por mi mama*” realizada por Carina Caballero

¹⁹² Entrevista #13 “*No creo que tenga nada malo*” realizada por Carina Caballero

¹⁹³ Entrevista #14 “*Nunca me quedo con las ganas*” realizada por Carina Caballero

¹⁹⁴ Entrevista #16 “*Yo también lo tengo*” realizada por Carina Caballero

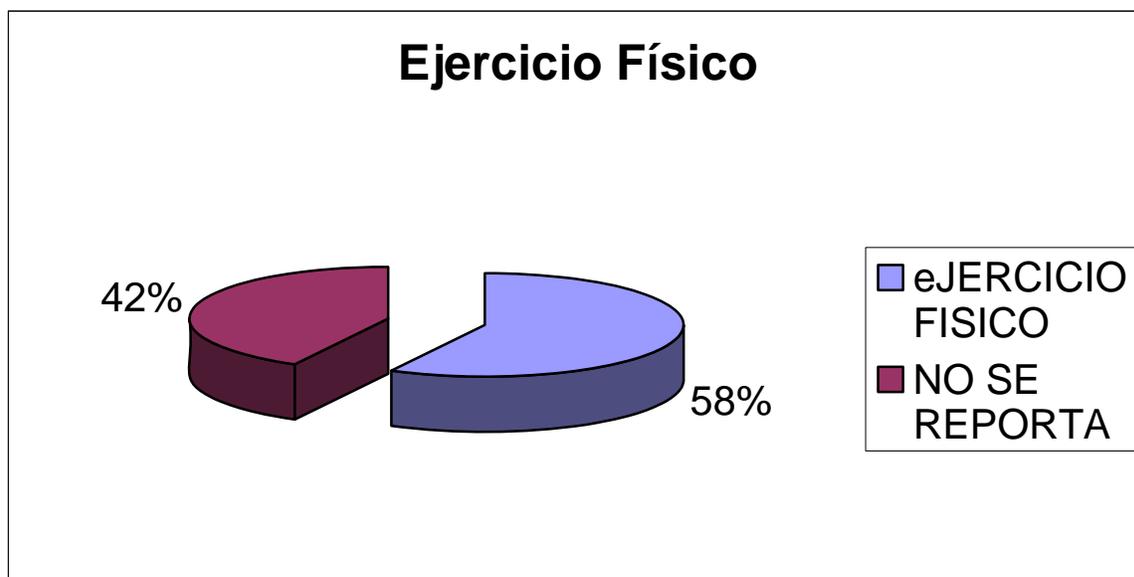
*No llegue hace grado, porque mis medios no me lo permitían, pero yo creo que si hubiera podido, sí!,pero yo no tenía mucho dinero, yo no tenía opciones, o me cerraba el pico, o me ponía a engordar o en engorda, pero no!, yo no llegue a eso, yo no sabía que era un problema de alimentación hasta que entre aquí, ay!, yo tuve un desorden alimenticio, porque fue desorden, no fue Anorexia o Bulimia...*¹⁹⁵

*Jazz... Es que en la prepa, empezaron a dar clubs, de fútbol, de porristas y de jazz, iba los sábados, varias amigas de la prepa se metieron y me metí con ellas, si baje de peso y adelgace, pero cuando salí de la prepa y entre a la universidad...*¹⁹⁶

En los métodos para perder peso, se encuentran el ejercicio físico que realizan están los Aeróbics, el Jazz, el Gimnasio, los Pilates, Ssipping, Taebo y Básquetbol,

| | |
|-------------------------|-----------|
| EJERCICIO FÍSICO | 11 |
| NO SE REPORTA | 8 |

Cuadro 20. Muestra el número total de las personas que realizan ejercicio físico



Gráfica 8. Muestra el porcentaje de aquellas personas que realizan o no ejercicio físico

¹⁹⁵ Entrevista #18 "Tengo dos personalidades, ¿Cuál quieres conocer?" realizada por Carina Caballero

¹⁹⁶ Entrevista #19 "Por la escuela" realizada por Carina Caballero

3.4 Interpretación de los datos

En este trabajo se trato de encontrar aquellas características por las cuales los seres humanos buscan la perfección física por medio de métodos para ser delgado, sin importar lo que pase con el cuerpo físico ni emocionalmente, ya que en la sociedad actual, cree que el ser humano debe ser perfecto interna y exteriormente, es por eso que la salida más fácil para llegar a la perfección física es utilizando “métodos” para adelgazar y/o perder peso, dicha puerta es la aparición de los trastornos de alimentación que se presentaron en las entrevistas y en los comentarios que hicieron; sabemos que la Anorexia y la Bulimia son trastornos que se caracterizan, uno; por no ingerir alimentos y otro; por el exceso de ellos acompañados de algún tipo de purgante y/o vómitos inducidos y en casos extremos, ambas características juntas. Se encontró que el primer trastorno que aparece es la Anorexia, la pregunta es: ¿porqué aparece este trastorno primero y después parece la Bulimia?, la respuesta más lógica y sencilla, porque se piensa que es la forma más “rápida”, para perder peso, dejar de comer y no consumir alimento por varios días, de ahí que sea el primer trastorno en aparecer, pero en algunos casos se muestran conductas purgativas.

Ahora bien sí se está hablando de que la Anorexia es una trastorno que se caracteriza por no comer, ¿Por qué se presenta entonces conductas claras del otro trastorno en la Anorexia?, porque a este trastorno se le divide en Anorexia Restrictiva y en Anorexia Purgativa, características de ambos se presentaron en los casos de Anorexia; es decir que en estos casos; se utilizan dos métodos, uno; el dejar de comer y dos; el dejar de comer pero va acompañado del uso de purgantes, dichas conductas se presentan en los casos donde la Anorexia y la bulimia se presentan juntas. En cambio cuando se habla de Anorexia Restrictiva, se afirma que es un trastorno que se caracteriza por no consumir alimentos¹⁹⁷.

Sabemos que la Bulimia se caracteriza por el consumo en exceso de alimentos y para no subir de peso, utilizan métodos como el uso de purgantes y/o vómitos inducidos; pero de la misma manera que la Anorexia, este trastorno se divide en dos Bulimia Purgativa y Bulimia No Purgativa, estos términos se refieren a que se presentan casos en donde el consumo de alimentos en exceso se acompaña de el uso de laxantes y/o diuréticos, para poder

¹⁹⁷ Ver cuadro de Análisis, en le apartado de *Trastorno según el DSM-IV*

desecharlos mas rápido; se habla de una Bulimia Purgativa; o se presentan casos donde este exceso de comida se elimina con el vomito provocado; buscando la misma opción, desecharlos de una manera más rápida; esto se define como Bulimia No Purgativa¹⁹⁸.

Es importante también que se mencione un trastorno que puede ser confundido con la Bulimia, que es conocido como Comedores Compulsivos¹⁹⁹, este trastorno se caracteriza por atracones de comida, donde el peso y su condición física les preocupa no tan obsesivamente como se presenta en la Bulimia, si no vas bien su ansiedad y obsesión se manifiesta presentado conductas de culpabilidad por haber consumido cantidades exuberantes de comida, no hacen ejercicio o utilizan algún método para perder peso, como la conducta purgativa, o el ejercicio físico en exceso, estas características, como se observa en los resultados se presentan en casos de Bulimia No Purgativa.

En los casos que se mencionan a continuación tienen como característica principal que presentan Anorexia, ya sea esta restrictiva o purgativa, puesto que en el primer caso, manifestó padecer de ambos trastornos, Anorexia y Bulimia, ella menciona que fue cuando cursaba la secundaria, en donde únicamente asistían mujeres, fue donde escucho por primera vez ambos trastornos, por medio de videos y fotografías de otras personas que sufrieron de estos trastornos; pero ¿porque padeció su trastorno?, porque su hermano le empezó a hacer comentarios de que estaba pasada de peso, al igual que su padre pero en tono de broma, ella afirma que sufrió primero de este trastorno porque se empezó a dar cuenta de que en la calle las personas "gordas", como ella las menciona recibían malos comentarios e insultos, así que decidió hacer una dieta para peder peso, y finalmente decidió dejar de comer poco a poco hasta que de repente dejo de comer totalmente, cuando por primera vez se provoco el vómito fue una decisión que tomo porque únicamente comía los fines de semana, pero menciona que sintió culpa por haber comido tanto que se provoco el vómito, pero reporta que después se convirtió en una necesidad de "meterse el dedo en la garganta" para poder vomitar.

¹⁹⁸ Ver cuadro de análisis en el apartado de *Trastorno según el DSM-IV*

¹⁹⁹ Ver Capitulo 1

Para el segundo caso manifestó haber sufrido de Anorexia, específicamente principios de Anorexia, pero por las características que menciona está fue una Anorexia de tipo Purgativo, pues reporta que desde niña pudo haber tenido manifestaciones sobre sus problemas de alimentación, pues tuvo un “apodo” (éste era “Peggy”) con el cual paso su infancia, por lo que ya en secundaria pudo perder peso pero siguió con el mismo “trauma”, pues estaba rodeada tanto en su casa como en la escuela por personas muy delgadas, también fue en la preparatoria cuando empezó a recibir comentarios por parte de su madre sobre su condición corporal y sobre su manera de comer, por lo que empezó a hacer dietas y poco a poco dejó de comer, además de que también reporta que utilizó laxantes para perder peso.

El tercer caso es de llamar la atención, pues reporta que sufrió de ambos trastornos, el primer trastorno que padeció fue bulimia, pues ella quería estar delgada y no podía adelgazar. Manifiesta que lloraba por esta situación, por lo que empezó a comer mucho y decidió provocarse el vómito, y únicamente se sentía bien cuando vomitaba todo lo que había comido, también se ayudó con laxantes; pero empezó sufrir de Anorexia, reporta que ella empezaba a esconder la comida debajo de la cama y su mamá fue la que se dio cuenta, también reportó que todavía sufre de episodios de Bulimia, pues siente que forma parte de su vida.

Situación similar ocurre en el cuarto caso, pues también manifestó que sufrió de ambos trastornos y hasta la fecha de la entrevista, manifestó que a pesar del tratamiento todavía sufre de episodios de Bulimia, específicamente, siendo éste trastorno el primero que padeció, ya que como ella relata comía mucho hasta saciarse y por el sentimiento de culpa se provocaba el vómito, pero como la sensación que reporta no era de su agrado, tomó la decisión de dejar de comer, ya que el vómito se lo provoca cada vez que comía, incluso manifestó que sentía náuseas por la comida.

Una situación diferente se presenta en el sexto caso, pues este un caso puede entrar en la definición de Anorexia restrictiva, pues manifestó características muy marcadas, pero sin que sufriera del trastorno como tal, ya que tomó la decisión de perder peso, después de

haber tenido a su hija, llegando a comer muy poco, hasta el grado de no comer y tomar agua, no diuréticos ni laxantes

La novena entrevista, es ejemplo claro de ser un caso de Anorexia restrictiva, pues manifiesta que únicamente se cuida en su alimentación para no subir de peso porque desde niña ha recibido comentarios por el sobrepeso que sufrió en esta etapa, manifiesta que no son problemas de alimentación, únicamente que lo hace por cuidar se figura, pues su trabajo depende de esta

Las características del caso numero trece, se define como un trastorno de Anorexia Purgativa, pues la entrevista reporta que tomo la decisión de dejar de comer, no porque estuviera obsesionada con la pérdida de peso, si no que recibía comentarios sobre que es importante ser delgados únicamente por salud, los cuales eran dichos por su hermana que es médico, por eso toma la decisión de dejar de comer poco a poco, pero no al grado de no comer nada, manifestando que utilizó diuréticos para perder peso.

El caso numero catorce, es un caso de Anorexia de tipo purgativa, pues la entrevistada reporta que si dejo de comer en conjunto con medicamentos autorecetados, pues reporta que no comía en varios días, por cuestiones escolares, además de reportar que utilizó también medicamentos para el mismo fin, sin supervisión médica.

El caso numero quince, es un caso el cual, cuando se realizo la entrevista estaba en tratamiento por lo cual no se logro profundizar en este tema, es un caso de Anorexia Restrictiva, pues la decisión de dejar de comer, fue porque sentía mucho enojo hacía todo el mundo, por lo que dejo de comer, al probar el alimento sentía nauseas y prefería dejar de comer, pero también presentó pensamientos obsesivos hacia su condición corporal, además de que también empezó a sentir la soledad pues pensaba que porque ya había perdido peso, la gente a su alrededor sentía envidia, además de que desde niña afirma que escuchaba comentarios acerca del sobre peso, por lo que también dejo de comer, pero a pesar de que dejo de comer no perdía peso.

El siguientes caso, el numero dieciséis, es el único caso que se presentó en hombre, esto nos da una idea de que no son problemas exclusivos de las mujeres, manifestando ambos trastornos, el entrevistado reporta que empezó con estos problemas de alimentación, a consecuencia del estrés, además de su desagrado por comer solo y que había ocasiones en las cuales se le olvida que tenía de comer, para el caso de la Anorexia, pero, en el caso de Bulimia, sus vómitos no eran provocados por el mismo, nunca utilizó purgantes para perder peso, además de que no sentía preocupación por el mismo, la situación por las que se presentó la Bulimia fue por cuestiones de estrés y presiones en el trabajo.

En el caso numero diecisiete, la entrevistada reporta que sufrió de Ambos trastornos, además de hacer mucho ejercicio físico para poder perder peso, además de que trataba de pasar mucho tiempo en la escuela o fuera de su casa para no tener que comer, pues ella reporta que quería perder peso, pero por cuestiones no obsesivas, si no porque había una persona que le interesaba, la cual únicamente salí con personas (mujeres) delgadas, por lo que empezó a dejar de comer, después decidió tomar medicamentos para perder peso, los cuales estuvieron a su alcance porque su mama tomaba para misma cuestión, pero al final su familia supo y estuvo en tratamiento.

El siguiente caso, el numero dieciocho, manifiesta ser un caso de Anorexia Restrictiva, ocasionado por otras situaciones, dejando a un lado su condición corporal, pues reporta que no fue porque estuviera gorda, si no más bien, por que sentía mucha tristeza, ocasionada por una persona del sexo opuesto que se interesaba en mujeres muy delgadas, por o que dejo de comer, incluso afirma que en ocasiones se olvida de comer, este tipo de trastorno se define como Anorexia Restrictiva debido a que perdió peso dejando de comer pero no porque se sintiera gorda si no por esta cuestión.

En los siguientes casos se encuentra como característica principal, manifestaciones de presencia de Bulimia, ya sea en caso de Bulimia Purgativa o No purgativa, así como también que está puede ser confundida con lo que se conoce como Comedores Compulsivos, como lo es el quinto caso, es un caso el cual puede ser llamado comedor compulsivo, pues reporta que después de haber sufrido de un aborto, empezó a tener

episodios de comer compulsivamente, intento provocarse el vomito, jamás utilizó laxantes, pero sentía culpa por haber comido tanto, y por tal motivo decidió hacer una dieta, incluso también menciono que de parte de su madre, sufrió comentarios mal intencionados, pues su madre es muy delgada, así como manifestar que es directora de una clínica estética y moldeadora donde se encargan del cuerpo.

Un caso de Bulimia no purgativa, es el séptimo caso, pues ella reporta que nunca tomo algún tipo de purgante, únicamente se provocaba el vomito porque sentía que iba a va subir de peso y recuperar todo lo que había perdido con la ayuda del vómito provocado, acción que la entrevistada reporta como un método para bajar de peso.

Al igual que el quinto caso, el octavo caso por las características que manifestó la entrevistada, jamás a dejado de comer y no utilizó ningún tipo de purgante, únicamente reporta que si hace ejercicio para poder perder peso, además de que hizo dieta para la misma cuestión, pero como característica marcada de este caso es un comedor compulsivo, es que dentro de la entrevista manifestó que sufre de episodios de que come en forma compulsiva.

Las características del décimo caso, además de ser el único caso de matrimonio, es otro ejemplo de comedor compulsivo, que puede entrar dentro de las características de Bulimia Purgativa, ya que durante la entrevista se encontró características de este trastorno de alimentación, porque manifestó que acudió con un médico para que le recetara medicamentos para peder peso, los cuales le ocasionaron malestares durante el tiempo que los tomó, además de que también utilizó medicamentos para el fin, autorecetados.

El caso numero once, es un caso de Bulimia de tipo no purgativa, este caso es definido así, porque existieron vómitos inducidos, pues su madre y su hermano le hicieron comentarios sobre el sobrepeso que para ellos tenía, comenzó hacer ejercicio, situación obligada por su madre, ya que ella practica deporte para peder peso, por lo que después decidió provocarse el vomito para llegar al fin a su meta: peder peso.

El caso siguiente, el numero doce, es un caso de Bulimia Purgativa, ya que reporta el uso de purgante, tanto diuréticos como laxantes, para perder peso, pero no menciona el intento de vómitos, además del uso de medicamentos, recetados por un médico, los cuales trajeron como consecuencia el Colesterol a niveles altos, además de utilizar laxantes para la misma cuestión hasta hace algún tiempo, actualmente se preocupa por el peso y realiza actividad física para el mismo fin.

Y el caso numero diecinueve, es un caso de Anorexia Restrictiva, pero la entrevistada menciona que dejo de comer por cuestiones escolares y no porque estuviera obsesionada con el peso y adelgazar, aunque se encontraron, ciertas contradicciones, como el ejercicio físico para poder perder peso, y que dejo de comer no porque estuviera o se sintiera gorda, si no porque en su carrera le exigía mucho tiempo y esfuerzo, incluso que no le daba tiempo de comer.

Es así, como se encontró características muy similares, a pesar de que entre uno y otro trastornos, existen características que son muy distintas, estas similitudes se enfocan a la condición física y a la preocupación y miedo por subir de peso y tener una figura que -para ellas- es obesa, esto puede manifestarse de esta manera, ya que las personas que aquí participaron mencionan estas características.

En la mayoría de los casos que aquí se presentan, se reportan una relación conflictiva con alguno de sus padres, en las entrevistas donde la relación con la madre tiene ciertas características especiales, como comentarios respecto al peso, además de que hace criticas sobre su condición corporal y a la figura, así como también manifiestan conflictos y cuidados por parte de su madre en la alimentación de las entrevistadas, sobre esta cuestión se encuentran datos interesantes acerca del trastorno que reportan tener, ya que en los casos donde la relación con la madre es la que menciona como conflictiva; sufren de Bulimia, ya sea purgativa o no purgativa, esto se debe a que la madre se vuelve sobreprotectora, cuidadosa, obsesiva, en las cuestiones acerca de la condición corporal. Situación que

sucede cuando la figura materna recae en algún otro miembro de la familia, como sucede en el caso de las hermanas²⁰⁰.

Por otro lado, cuando es el padre quien hace estos comentarios y presenta estas conductas hacia la condición corporal, se encontró que en estos casos reportan padecer Anorexia, ya sea restrictiva o purgativa, esta situación se debe a que el padre al ser más distante y exigente con respecto a la figura corporal de sus hijas, las hace pensar que dejando de comer podrán perder peso y ser aceptadas por él²⁰¹.

Ahora bien, cuando los comentarios provienen de otra figura paterna, como puede ser el esposo, podría decirse que sucede una situación similar, pero en los datos que aquí se presentan, menciona que no es un caso de Anorexia si no más bien de Bulimia, sin embargo, en donde se reporta que tienen una relación conflictiva con ambos padres, se presenta esta última cuestión²⁰².

Surge esta pregunta ¿Qué pasa con la madre cuando el padre es autoritario?, tiene una relación con su hija distante y separada, ya que en algunos comentarios de las entrevistadas no se encontró que la madre le hiciera algunos comentarios que ayudaran que ellas no sintieran ese rechazo por el padre.

La pregunta que surge es ¿por qué es la madre quien más hace comentarios y críticas a cerca de la condición física que tiene las entrevistadas?, esto se debe que no están de acuerdo con la condición física de las entrevistadas además de que en algún momento, las entrevistadas hacen comentarios a cerca de su figura y es por eso que la madre empieza a hacer reproches y cuidados en la alimentación de sus hijas, pues son estas las que empiezan a manifestar y a tener cuidados en la alimentación y en la condición corporal de cada una, es así como la madre de cada una de ellas, llega a influencia en que la figura delgada es aquella que trae la

²⁰⁰ Ver cuadro de categorías en el apartado de *Trastorno según el DSM-IV* y el apartado *Relaciones conflictivas*

²⁰¹ Ver cuadro de categorías en el apartado de *Trastorno según el DSM-IV* y el apartado *Relaciones conflictivas*

²⁰² Ver cuadro de categorías en el apartado de *Trastorno según el DSM-IV* y el apartado *Relaciones conflictivas*

perfección física y mental, parte del éxito que está se cree que puede tener. Ahora bien, se encontró que no solo la madre es una persona de la familia que influye para que estos trastornos de la alimentación se presenten en la vida de los entrevistados, sino que también otros familiares como los padres, los hermanos y otros familiares cercanos a ellos, llegan a hacer comentarios sobre la condición física de los entrevistados, pero es la madre quien más influencia llega a tener, puesto que es ella quien más tiempo pasa con los entrevistados durante la vida de cada uno de ellos, esto parecer decir que la madre es la culpable de que estos trastornos aparezcan, sino que es la familia quien hace que los entrevistados tenga que utilizar métodos característicos de la Anorexia y la Bulimia, sin embargo se encontró que la madre no es la que hace las críticas hacia los entrevistados, si no es el padre quien hace comentarios acerca de su condición física, aquí lo grave es que los padres no tienen el tacto para que estos no se vuelvan ofensivos, pero causan grandes repercusiones en la manera en que las entrevistadas visualizan su cuerpo y en su forma de consumir alimentos, de la misma manera los hermanos y otros familiares, que en los casos que aquí se mencionan son tías y primos, quines también hacen comentarios a cerca de la condición física, con estos puntos, se afirma que la familia si influye en los trastornos de la alimentación, ¿cómo?, por medio de estos comentarios y críticas en aquellas personas que son vulnerables y creen que el cuerpo delgado es una condición perfecta de vida, además de que también se encontró que estos problemas de la alimentación y la obsesión de tener un cuerpo delgado se presentan, porque en algún momento de sus vidas, recibieron comentarios y críticas sobre su condición corporal desde la infancia, pero es en la adolescencia donde el ser humano se encuentra en la búsqueda de su propia identidad, y es en esta etapa donde los comentarios sobre su condición corporal empieza a ser importante, pues en los casos que se presentan aquí se encontró que es en la adolescencia donde los trastornos de alimentación aparecen más a menudo, ya que es aquí donde la apariencia física se vuelve parte fundamental de la vida del ser humano.

Pero ¿que sucede cuando estos trastornos aparecen no por la influencia de la familia, si no por cuestiones diferentes, como el ritmo de vida, el estrés, la presión, etc.?, esto se debe a que se conjugan no van separados, esta respuesta es muy clara durante el proceso de las entrevistas, ya que se encontró que otros factores como los que se mencionó, son los

causantes de que la figura delgada y el hecho de manifestar un rechazo hacia la comida y hacia el sobrepeso, es decir; se encuentran dos caminos paralelos para que la Anorexia y la Bulimia se presenten, uno de ellos es la influencia que tiene la familia sobre aquellos integrantes (sobre todo con los mujeres) que son muy sensibles y que se toman muy a pecho las críticas sobre su condición corporal, ¿pero que pasa cuando la familia no es la causante, con sus comentarios y críticas, de que se presenten estos trastornos?, la pregunta tiene dos respuestas muy sencillas, uno; esto se debe a que los medios de comunicación, la televisión, la radio, el cine, las revistas, han hecho la cultura de la delgadez, el pan nuestro de muchas adolescentes mujeres y a últimas fechas hombres, creen que el cuerpo muy delgado, es aquello que llevara al éxito, en todos los aspectos físicos, emocionales y profesionales, como se mencionó anteriormente es esta etapa, donde la vida del ser humano se define en muchos aspectos y una influencia como esta puede causar daños severos en la condición corporal de los seres humanos, más aún, cuando se trata de perder peso por medio de métodos como el dejar de comer y los vómitos inducidos y/o el uso de purgantes, que llegan a causar hasta la muerte con el único fin de creer que el cuerpo delgado y esbelto es el camino a la perfección en general; por otro lado, se hace referencia aquí a que las causas para que se padezca un trastorno o ambos se debe a que pueden ser otras causas, como el estrés de la vida tan rápida que actualmente llevamos, y que por dichas presiones laborales y/o profesionales pueden causar daños severos en la vida de los seres humanos, (como se muestran en algunos de los casos que se presentaron aquí) donde hacen referencia a que no fue la familia quien tuvo influencia para que estos trastornos aparecieran, si no que fueron otros factores como la vida profesional, laboral y/o ética (la escuela, por ejemplo), por lo que los cuales la apariencia y la excelente presentación tanto física como emocional y/o intelectual, son factores que hacen “pensar” que la apariencia física es lo más importante y que por medio de métodos “tan sencillos” por los que la Anorexia y la Bulimia se caracterizan, pueden llegar de una manera rápida y fácil a la perfección de la figura delgada.

Puesto que estos trastornos pueden ser calificados por propios afectados, como una “enfermedad” que puede causar vergüenza y rechazo hacia su misma condición física de creer que sufren de un sobrepeso, cuando su condición no es de esta manera, los

entrevistados no hablan de esta situación ya que por esa mismo sentimiento, prefieren mantener en secreto que sufren de algún trastorno de la alimentación, además de que piensan que estos trastornos de alimentación para su vida no es un problema, pero cuando su condición física y su salud se empiezan a ver deterioradas es cuando deciden recibir la ayuda de un profesional de la salud, en estos casos se muestra que es los médicos son los que dan el primer diagnostico hacia los entrevistados, sobre que en realidad ese deterioro físico y de salud, se debe a que no tiene la energía suficiente para la vida tan estresante que actualmente se vive, esto se debe a que no tiene los alimentos balanceados para poder llegar ese ritmo de vida, puesto que esto algunos de los entrevistados piensan que el cuerpo delgado es sinónimo de salud tanto física como mental, debido a que presentan un tipo de obsesión, necesitan entonces la ayuda de un profesional de la salud mental (por así llamarle a los psicólogos), para que les ayuden a entender el porque de la obsesión por perder peso de una manera muy perjudicial, puesto que no únicamente se habla de una cuestión de salud física, sino que estos trastornos hay sobrepasado esa línea tan delgada, sin embargo se tiene la idea de que la Anorexia y la Bulimia son una enfermedad, es importante aclarar que no es una enfermedad sino que se trata de un trastorno que afecta el consumo de alimentos, por creer que consumirlos pueden traer consigo el aumento de peso, de ahí que se le conozcan como trastorno de la alimentación, pues empiezan a manifestar conductas y sentimientos hacia el hecho de consumir alimentos, es por esto que la atención que se le debe de dar a aquellas personas que sufren de estos trastornos que traen consigo consecuencias muy graves para su salud física y poder recuperar así poco a poco la energía que el cuerpo necesita por medio de una alimentación balanceada, además de que necesitan aceptar su complexión física y emocional con respecto a su figura corporal, así como también de encontrar las causas por las cuales estos trastornos aparecen en la vida de cada uno de los entrevistados, entonces se habla de que tiene que ser un equipo multidisciplinario de profesionales para atender estos “problemas” de la alimentación, es decir; un equipo conformado por Médicos, Nutriologos y Psicólogos. Pero durante el proceso de las entrevistas se encontró que muchos de los entrevistados no recibieron un diagnostico que estuviera respaldado por estos tres profesionales, esto se debe a que en muchos de los casos no acepta tener problemas de la alimentación, pues consideran que esto forma parte de la vida de cada uno de ellos, pero aun así hay casos en los que manifiestan han tenido la

evaluación de al menos dos miembros de este equipo. Sin embargo, las entrevistas demostraron que no siempre un diagnóstico realizado por alguno de estos profesionales, por medio de una evaluación, se puede afirmar que una persona sufra de algún trastorno de la alimentación, pudiendo ser este Anorexia o/y Bulimia, si no que en las entrevistas hacen referencia a que tienen problemas con el hecho de consumir alimentos, de ahí en los casos donde se manifiesta que sufren de estas características y que no recibieron una evaluación aceptan que sufren de algún trastorno de la alimentación, pero en algunos casos mencionan que únicamente tienen ciertos cuidados con su forma de comer u en el hecho de que realizan ejercicio físico para mantener una figura esbelta, sin embargo nunca menciona que se trata de un trastorno de alimentación, es más durante el proceso de la entrevista nunca se menciona el nombre de alguno de los trastornos.

Cuando se les pregunta a los entrevistados si después del diagnóstico recibieron algún tipo de tratamiento que les ayudara a poder superar estos trastornos y las consecuencias que traen consigo, se encontró que no en todos los casos que aquí se presentan recibieron este tipo de ayuda, sin embargo en aquellos casos donde se manifestó que con respecto a que su condición física y mental estaban en condiciones muy deterioradas, necesitaron un tratamiento con un equipo de al menos dos profesionales del equipo multidisciplinario que se menciono anteriormente, es importante decir que el tratamiento que el médico proporciona se enfoca a otras consecuencias que traen consigo estos trastornos, las cuales se mencionaran más adelante durante este apartado. El tratamiento que recibieron tratamiento de algún Nutriólogo, se encarga de realizar un menú especial de alimentación para cada uno de los entrevistados que requirió de características especiales dependiendo del nivel de desnutrición en el que se encontrara dicho entrevistado, puesto que por la falta de alimentos, cada persona debe de recibir una cantidad específica de energía concentrada en los alimentos, ya que si el menú no esta balanceado de acuerdo a las necesidades de cada persona puede traer otro tipo de consecuencias a la salud física de cada uno de ellos, dicho tratamiento se encontró en muy pocos de los casos, esto se puede deber a que se trata de llevar una alimentación balanceada que trae consigo el consumir alimentos, cuestión que para muchos de los entrevistados traen consigo conflictos, pues aún “piensan” que esto se recupera el peso que “según” perdieron por no consumir alimentos o el hecho de cualquier

alimento que el cuerpo no este acostumbrado puede ser desechado ya sea por el uso de purgantes o por el vomito inducido, es aquí donde el tratamiento proporcionado por los psicólogos deben realizan una tarea muy difícil, ya que ellos tiene los conocimientos y las habilidades para poder comprender y hacerle comprender al “paciente” que sufren de un trastorno de alimentación debido a causas que no necesariamente son por problemas físicos de su cuerpo por los cuales no pueden consumir alimentos, si no que se trata de un problema (un trastorno) a causa de la obsesión por perder peso, dejando de comer o/y utilizando otros métodos como el uso de purgantes y/o el vómito inducido, y que a demás es causa de otros factores sociales y culturales, como el hecho de “creer” que el cuerpo extremadamente delgado es una puerta que lleva al camino del éxito, profesional y personal; se habla entonces de que la Psicología tienen un papel de gran peso e importancia en el tratamiento para poder superar estos trastornos, además de que esté profesional tiene que buscar (junto con el “paciente”) la mejor forma de superar estos trastornos y que estos no sean un impedimento para poder seguir forjando su vida y su futuro, ya que se habla de que la mayoría de los casos son personas las cuales están en ese proceso de búsqueda e identidad, ¿pero que sucede cuando la psicología no funciona y no les ayuda ningún tratamiento, ya sea médico, nutricional o/psicológico?, surge está pregunta, porque estos comentarios se encontraron durante todas las entrevistas manifestando que decidieron mejor abandonarlo pues no recibieron la ayuda que necesitaban y que esperaban, puesto que durante y/o después del tratamiento volvieron a recaer en alguno de los trastornos o porque siente la obligación a tomar uno o varios tratamientos, porque su familia así se los está pidiendo; ahora bien, en algunos casos se encontró que sí recibieron un tratamiento psicológico pero por otras cuestiones y por este tratamiento se desencadenaron problemas con la alimentación. Pero también está el otro lado de la moneda, es decir; donde este tratamiento realmente trajo consigo consecuencias muy buenas, como el hecho de poder ir superando poco a poco el aceptar la figura física tal y como es la complexión de cada uno de los casos que aquí se presentan, así como el hecho del consumo de alimentos y no desecharlos por medio de métodos que se han estado mencionando durante todo este apartado. Ahora bien, la respuesta a la pregunta que se formulo líneas arriba, tiene un respuesta muy singular y que se encuentra dentro de los comentarios que se manifestaron durante las entrevistas; es decir, puesto que estos trastornos de alimentación se están

volviendo un método muy “fácil, sencillo y rápido” de perder peso y una moda, los profesionales de la Psicología deben buscar más a fondo el porque se están presentando este tipo de problemas con la aceptación de la figura corporal y encontrar también cuales son las carencias que se están presentando dentro de los tratamientos, ya que estas son las causas porque las personas que sufren algún trastorno no buscan este tipo de ayuda y prefieren seguir con este problema y hacerlo parte de su vida.

A raíz de sufrir estos trastornos, se presentan otras enfermedades secundarias, a consecuencia de la falta de alimento y por el uso de purgantes y vómitos inducidos, dichas enfermedades que la medicina afirma son Gastritis, Colitis, Úlcera, Presión baja, Taquicardia, Hipotermia, Amenorrea y Depresión ¿Por qué estas enfermedades?, la respuesta a esto es muy sencilla, en el caso de la Gastritis, la Colitis y la Úlcera, se debe a que por la falta de alimento, el aparato digestivo busca y desea obtener la energía necesaria que proviene de los alimentos para poder realizar las actividades comunes en su vida y por la falta del mismo, el aparato digestivo tiene que utilizar las reservas que se encuentran dentro de su cuerpo para poder realizar su función, sin que existe la parte fundamental para realizar dicho trabajo, esto en caso de la Anorexia, en el caso de la Bulimia, se debe a por el mismo exceso de alimento y desecharlo por medio de vómitos inducidos y/o el uso del laxantes, hacen que el aparato digestivo tenga que trabajar más de lo normal, debido a que el esfuerzo que se hace al vomitar daña todo el aparato digestivo, porque al momento de querer desechar el alimento por medio del vomito inducido daña todo el esófago y la laringe, por el esfuerzo que se hace es demasiado fuerte, mientras que el uso de purgantes hace que el proceso desecho se vea afectado, ya que los purgantes lo que hacen es acelerar la defecación, por lo que el trabajo del aparato digestivo tiene que trabajar más rápidamente. En el caso de la Taquicardia y la Presión Baja, se habla de que por la falta de alimento, la energía del cuerpo para poder realizar sus actividades comunes se encuentra en niveles por debajo de la normal, por lo que el corazón tiene que esforzarse más en las actividades que realiza durante el día, esto cuando se reporta de sufrir Anorexia, pero cuando se reporta que se sufre de Bulimia, y cuando el uso de el vómito inducido, es el que se manifiesta utilizar más, el corazón trabaja más rápido de lo normal acelerando el ritmo cardiaco y por el debilitamiento que viene después de no haber desechado el alimento por

medio de este método, la energía empieza a ser menos y se empieza a manifestar un debilitamiento físico, esto también sucede cuando se desecha el alimento rápidamente por medio de purgantes, puesto que no hay la energía suficiente para realizar las actividades del día. Ahora bien la Hipotermia se presenta en ambos trastornos, debido a que no hay la energía necesaria para poder mantener la temperatura normal del cuerpo, de ahí que en las entrevistas reporten tener frío la mayoría del tiempo. Un trastorno que trae consecuencias muy graves a aquellas personas que sufren de algún o ambos trastornos, que es la Amenorrea es la alteración en el ciclo menstrual, ya que debido a que empieza a presentarse una descompensación por todo lo que ocasiona el no consumir alimentos y/o desecharlos rápidamente. Por otro lado la Depresión, ocupa un lugar muy importante dentro de este punto, debido a que en la mayoría de las ocasiones los pacientes sienten una profunda tristeza, angustia y frustración que termina en esa obsesión de perder peso y obtener una figura esbelta, además de que se acompaña con otros acontecimientos que están presentes en la vida de los aquí entrevistados, pero al darse cuenta de que no pueden llegar a la meta de ser muy delgadas, empiezan a caer en esa frustración al grado de estar siempre “adentrados en su mundo”, este caso en particular se presenta más en las mujeres debido a que en ellas hay una enorme presión por parte de la sociedad y de parte de ellas mismas

Es importante mencionar que existen muchas teorías, sobre todo en la medicina y psicología del cómo, porque, cuando y en que consiste, que los trastornos de alimentación que se trataron aquí, Anorexia y Bulimia, nazcan y sufran un proceso que es asombroso y “traumatizante”, (por poner un adjetivo para calificar lo sorprendente de estos trastornos), puesto que se supone que a lo único que el cuerpo no se acostumbra a no comer, en el caso de la Anorexia es todo lo contrario, porque aquí dejan de comer con todas sus letras; lo que en este punto nos ocupa es tratar de comprender cómo la Anorexia y la Bulimia se desarrollan por medio de otra mirada, pues tanto la medicina como la psicología se encargan de explicarnos bajo su propio lenguaje y conocimiento de cómo se aparecen estos trastornos, explicándonos todo lo que aquí hemos tratado desde el capítulo 1, es por esta razón la otra mirada, la mirada de la medicina tradicional china, es la que nos explicará mejor cómo se desarrollan los problemas de la alimentación tomando como punto de referencia la teoría de los cinco elementos.

Como sabemos, esta teoría es un concepto antiguo de la filosofía China que explica la naturaleza de los materiales y sus interrelaciones, que también representan las actividades tangibles del ying y el yang; y de cómo se manifiestan los cambios de la naturaleza que regulan la vida en la tierra, y varias fases de transformación en los ciclos naturales de cada estación, crecimiento y decrecimiento, cambiando condiciones climáticas, sonidos, sabores, emociones, y la fisiología humana, cada uno de los Cinco Elementos está relacionado con el elemento natural que refleja una función, puesto que son fuerzas activas que se representan por medio de símbolos, estas cinco fuerzas cósmicas primordiales actúan según relaciones determinadas, basadas en sus características relativas.

Se habla entonces de que los sentimientos y las emociones²⁰³ que se manifiestan son el enojo, acompañado de la ansiedad y el miedo (aunque la melancolía se presenta pero no como una emoción dominante), pero ¿Por qué es importante tomar en cuenta estos sentimientos y emociones?, porque básicamente este trabajo se enfoca a tratar de entender cual es la relación que tiene estos trastornos de la alimentación con los elementos que se menciona dentro de la teoría de los 5 elementos, ya que dichos sentimientos y emociones están estrechamente relacionados con la percepción y con la definición que de cada uno de los entrevistados tiene de si mismo, ya que para poder entender todo lo que se menciona en este análisis, que va desde las relaciones familiares, así como también como la familia desarrolla ciertas emociones y sentimientos que desencadena la manera en que se define y se percibe cada uno de los entrevistados, esto se describe como la forma en que ven su cuerpo frente al espejo, la imagen que reportan es que se ven distorsionadas, puesto que quieren verse delgadas, lo cual hace que se definen como inseguras, pero hay otras que se definen como fuertes, sinceras, nobles, sencillas, alegres, sociables, tolerantes, tranquilas, entregadas; pero estas definiciones se terminan cuando ven su imagen en el espejo, puesto que muchas de ellas sí manifiesta que un cuerpo delgado tiene éxito en todo, de la misma manera se tiene que hacer referencia a los alimentos que más consumen los entrevistados, ya que todos los casos manifiestan que se cuidan en la alimentación, alimentos como frutas, verduras, carne asada, lechuga, zanahorias, productos ligh, cereales, y alimentos libres de grasa, además de que tratan de no comer cosas –que para ellas- son alimentos que

²⁰³ Ver cuadro de Análisis, en el apartado de *Emociones y Sentimientos*

engordan, pero mencionan también que les gusta comer todo lo que -para ellas- engorda, pero en todos los casos también manifiestan que les gusta mucho comer dulces y golosinas, aunque después sientan culpa por haberlo hecho.

Ahora bien, en el capítulo II, se manifestó que la emoción más dominante es la ansiedad y los pensamientos obsesivos compulsivos hacia una figura obesa, a subir de peso, o por no poder consumir todo tipo de alimentos, alterando la relación con los demás elementos y se explica que se habla de una relación de interdominancia, pero en este tercer capítulo se encontró que la emoción más dominante es el enojo y realiza el mismo recorrido, por lo que en la teoría de los 5 elementos en base a la Anorexia y/o Bulimia, se encontró que la emoción más dominante es **el enojo**, esto se debe a que los entrevistados sienten hacia sus padres este sentimiento, ya sea por el hecho de hacerles comentarios acerca de su condición corporal y/o a situaciones familiares que causan que esta emoción este presente, dicha emoción se encuentra en el elemento **Madera***, de aquí pasa y recae en el elemento **Tierra**, en donde se deposita la **Ansiedad y los Pensamientos obsesivos Compulsivos**, los cuales provocan que siempre estén pensando en que pueden engordar y subir de peso por consumir alimentos, emociones y sentimientos que se depositan en el Estomago y en el Bazo, causando enfermedades como la gastritis o colitis, provocando **Miedo** a engordar y a tener una figura obesa o de sobrepeso, se deposite en el Riñón y en la Vejiga, los cuales representan al **Agua**, acabando poco a poco con la **Alegría**, que se deposita en el Corazón, provocando que algunas padezcan de taquicardias o sufran de presión baja, haciendo que el **Fuego** se valla terminando, por lo que siempre viven **tristes** y solas por la situación de vivir esas experiencias, siendo que esta emoción se deposita el pulmón y en el intestino grueso, las cuales se encuentran en el elemento **Metal**, es aquí donde se cierra el ciclo, y se vuelven a presentar en el primer elemento de esta cadena.

Como revisamos en el capítulo anterior, estos trastornos de alimentación, recorren dentro de la teoría de los 5 elementos en una relación de **interdominancia** y la emoción que mas domina es el enojo, la ira y el coraje y para entender esto, el recorrido que hace por los cinco elementos se explica de la siguiente manera:

- ❑ Puesto que la emoción que mas se presenta es el coraje, se deposita en el hígado y en vesícula está se encuentra en la **Madera***,
- ❑ Se traslada al elemento **Tierra**, la cual su emoción es la Ansiedad y se deposita en el Bazo y en el Estomago.
- ❑ De este punto, viaja hacia el elemento **Agua**, su emoción es el miedo y se deposita en el Riñón y la vejiga
- ❑ De aquí viaja al elemento **Fuego**, que se deposita en el Corazón y en el Intestino delgado y su emoción es la Alegría
- ❑ Y finalmente de aquí viaja al **Metal**, que se deposita en pulmón y en intestino grueso y su emoción que representa es la tristeza y/o melancolía.

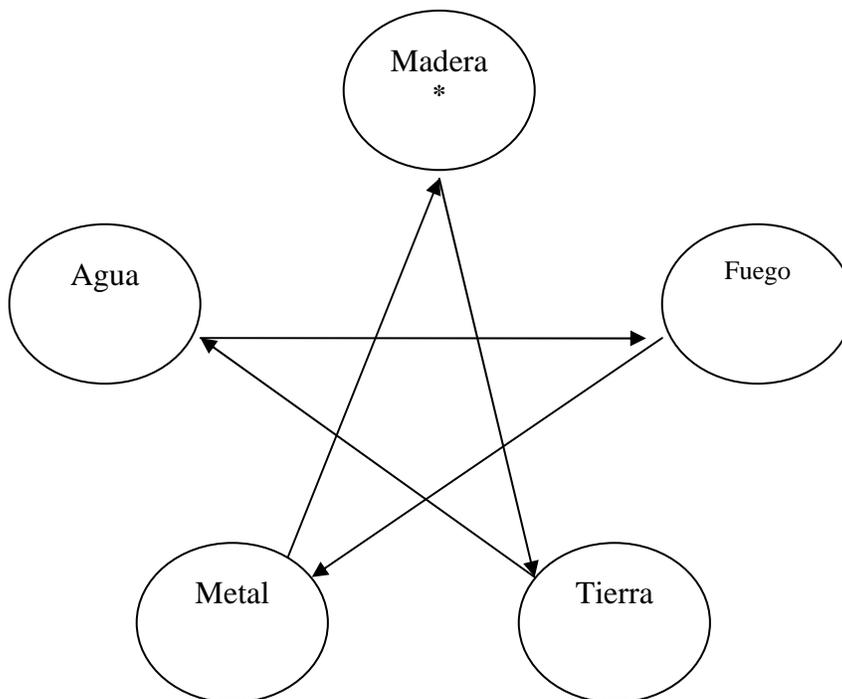


Figura 2. Muestra el camino que siguen la Anorexia y la Bulimia, basados en la información que aquí se presentó.

En los casos que se trataron aquí este viaje se manifiesta y menciona características del mismo, ¿pero porque se afirma esto?, la respuesta es muy sencilla, que por el cuadro que se anexo en el capítulo 2 y por las figuras que se añadieron en esta última parte podemos encontrar en todas las entrevistas donde la emoción más dominante es la ira.

Durante la realización de este último capítulo se encontraron varios puntos importantes por los cuales la Anorexia y la Bulimia, como trastornos de la alimentación se utilizan como métodos que sirve para perder peso y para obtener un figura delgada, afirmándose que esto ya no es un problema únicamente del sexo femenino, sino que se encontró que esto ha sobrepasado ahora también al sexo masculino²⁰⁴, es importante señalar que las mujeres utilizan los métodos que se han estado mencionando en este ultimo capítulo, para poder obtener lo que tanto anhelan, el éxito físico, mental, profesional y personal, por medio de tener un figura delgada.

Sin embargo esto es un problema que se ha vuelto una “moda” ya que hoy en día lo ideal es tener una figura como los medios de comunicación y la sociedad en general le exige a la mujer de nuestro tiempo, ya que la visión que se tenía del cuerpo (femenino, para ser mas exacto) en épocas pasadas, se ha revolucionada en la actualidad a tal grado de imponer y exigir a las mujeres la perfección en todos los aspectos, dándole más importancia al aspecto físico, aunado a esto también se encontraron otras razones por las cuales los trastornos de la alimentación aparecen dentro de un núcleo familiar, que en varias ocasiones, aparenta ser común y corriente, así como también hacerle creer a todo aquel que se encuentra fuera de ese núcleo que en realidad no sucede nada fuera de lo normal, exigiéndole a ese ser humano vulnerable y sensible a estas criticas a caer en esta puerta falsa para poder perder peso, sin importarle si esta en riesgo su vida.

Es así como en las casos que aquí se trataron, la Anorexia tiene características muy similares a la Bulimia y Viceversa, pero también es de suma importancia mostrar las diferencias que hay dentro de estos trastornos, de ahí que dentro del cuadro de análisis se incluyo un apartado donde se haga un “tipo diagnostico” del trastorno que reporta cada entrevistados, se habla entonces de que una de estas características muy parecidas es la que se refiere al hecho de perder peso por medio de métodos que ponen en riesgo su salud física y mental, es decir; los métodos más utilizados son la restricción de alimentos o el uso de purgantes o los vómitos inducidos; es decir se habla de que si se reporta tener un trastorno llamado Anorexia; este trastorno a su vez manifiesta haber utilizado métodos de la Bulimia;

²⁰⁴ Ver cuadro de Análisis en el apartado *Sexo*

llamado por el DSM-IV²⁰⁵ como Anorexia Purgativa, así como si en este trastorno se presentan características las cuales hacen referencia a la restricción de comida, el gDSM-IV, la llama Anorexia Restrictiva.

Esta cuestión también sucede con la Bulimia, ya que la también hace una división de la misma, afirmando que existen dos tipos; el trastorno sobreingesta de alimentos que se desecha con la ayuda de purgantes (laxantes y/o diuréticos) que en algunos casos se acompaña de vómitos inducidos, a este se le conoce como Bulimia Purgativa, mientras que la otra se le conoce como Bulimia No Purgativa, cuando se caracteriza por la sobreingesta de alimentos que se trata de desechar con el uso de vómitos inducidos únicamente, también es importante hacer la mención de que esta división de la Bulimia se llega a confundir con un trastorno de alimentación que se conoce como Comedores Compulsivos, ya que por la característica de la sobreindigesta de alimentos los entrevistados llegan a mencionar de sufrir Bulimia, cuando en realidad el trastorno que padecen es este último que se acaba de mencionar²⁰⁶.

Por esta razón es muy importante que se tengan claros los criterios para poder afirmar y para poder hacer la diferencia entre la Anorexia y la Bulimia, ya que la única diferencia que ambos presentan es lo que se refiere a la ingesta de alimentos, ya que uno se caracteriza por la sobre ingesta de ellos y el otro hace referencia a restricción de los mismo, de ahí la importancia de manejar durante toda esta investigación los criterios que se menciona el DSM-IV, además de que hacen referencia a ciertas características que hacen visibles las diferencias entre un trastorno y otro, donde su único punto de comparación, a parte de la creencia de que estos trastornos aceleran la pérdida de peso, es que ponen en riesgo la vida de aquellas personas que sufren de alguno de ellos.

También se hace referencia a que el ejercicio físico es una característica fundamental que acompaña a estos trastornos, ya que sí la medicina y sus profesionales afirman que el ejercicio físico debe de ser parte de la vida de cada ser humano, en los trastornos de

²⁰⁵ Ver Anexo 2

²⁰⁶ Ver cuadro de Análisis en el apartado de *Trastorno según el DSM-IV*

alimentación se presenta como una característica primordial pues también hacen referencia en las entrevistas, que este es un método para perder peso rápidamente con el único fin de poder obtener una figura delgada y esbelta, es así como se afirma que el ejercicio físico forma parte fundamental de estos trastornos, al mencionar que es un método lateral que les ayuda a perder peso rápidamente.

Cuando se planteo este capítulo donde se pretendía encontrar sí la familia, es un factor que influye para que alguno de sus miembros, ya sea por los comentarios y críticas que hacen respecto a la figura corporal de aquella persona que es propensa a caer en un trastorno de la alimentación²⁰⁷, es decir; con la información que se recabó en la entrevistas y en los casos donde una mujer es la que reporta sufrir de algún trastorno, es donde se reporta que son sus padres, en especial la madre la que influye para que ella piense en perder peso rápidamente por medio de métodos característicos de estos trastornos de la alimentación, sin dejar de lado que los comentarios que el padre hace hacia sus hijas, cuando ellas tienden a tener una complexión robusta, por la que su cuerpo aparenta tener sobrepeso buscando que por medio de los trastornos de alimentación pueden llegar a este fin, aunado también a que el ejercicio físico forma también de que deben de tener una figura delgada para poder llegar al éxito en su vida, tanto personal como profesional.

No debemos dejar de lado que otros miembros de la familia también son parte fundamental para que estos trastornos se desarrollen en la vida de aquel miembro que se encuentra vulnerable y sensible a las críticas que le hacen hacia su aspecto físico, ya que cuando se planteo este capítulo, se afirma que únicamente los padres son los que influyen en que dichos trastornos aparezcan, y durante el proceso de la realización de las entrevistas se encontró que no únicamente son los padres quienes influyen si no que también otros miembros más cercanos como los hermanos, con sus comentarios y críticas acerca de que la figura delgada y esbelta es un sinónimo de éxito en todos los niveles, y puesto que en la mayoría de estos casos se hace referencia a que su complexión no es como la que se afirma ser la mejor, además de que también otros miembros de la familia, primos y tías básicamente, con sus comentarios y críticas a que ciertos miembros de esa familia caigan

²⁰⁷ Ver cuadro de Análisis en el apartado *Relaciones Conflictivas*

en trastornos de alimentación para poder perder peso, sin embargo la familia no es el único factor para que estos trastornos de la alimentación se presenten en algún miembro de la misma, pues dentro de las entrevistas se encontró que otros factores como el estrés, la preocupación, el abandono corporal y la búsqueda de la perfección física y emocional son causantes de que estos trastornos se desarrollen en aquellos seres humanos que tienen problemas con su visión de su propio cuerpo, en consecuencia buscan la forma no darle importancia a estas situaciones, que ponen en riesgo su vida.

Así también se encontró que al convertirse el perder peso una obsesión por llegar a obtener una figura delgada y esbelta, esto se vuelve un problema que trae consecuencias físicas, mentales y emocionales, por lo que cual se necesitan de los conocimientos y aptitudes de un equipo multidisciplinario, tanto para afirmar la presencia de alguno de estos trastornos así como también los fundamentos para poder recuperar la salud física y mental que dejan como consecuencias estos trastornos, se habla entonces de un equipo encargado de evaluar físicamente las consecuencias que deja el no consumir alimentos así como también encontrar las enfermedades que esto puede traer consigo, además de recuperar la salud física que deja el debilitamiento por no consumir alimentos, así como también las consecuencias que aparecen por la misma razón, de estas tareas se encargarían los médicos, que tendrán que trabajar a lado de nutriólogos, los cuales que se encargan de recuperar la energía perdida por medio de los alimentos, tomando en cuenta otros factores para poder desarrollar una dieta balanceada para aquella persona que sufra alguno de estos trastornos, y para poder hacer una evaluación que afirma que esto se desarrolla a causa de problemas que tienen que ver más con la aceptación corporal, en conjunto con problemas que se relacionan al mismo, se tiene que hacer una evaluación donde se califiquen aspectos que den una visión más amplia y no simplemente que se afirme por medio de una evaluación física que este trastorno está presente en la vida de cualquier ser humano, si no es más bien buscar en lo más profundo de cada ser humano el porque estos trastornos aparecen por medio de criterios que se encuentran dentro de una evaluación, dicho trabajo le corresponde a los psicólogos, además de que también son ellos quienes deben de tratar de recuperar la salud psicológica de aquella persona que sufre alguno de estos trastorno.

Pero durante el proceso de las entrevistas se encontró que no en todos los casos buscan y aceptan tener un problema con la condición corporal, ya que los entrevistados manifiestan que no se quieren darse cuenta de que esto está afectando su vida y que sí aceptan someterse a una evaluación física y mental, en donde afirmar que padecen de Anorexia y/o Bulimia, se convierte en una cadena de sentimientos encontrados, puesto que el hecho de padecer alguno de estos trastornos en la mayoría de los casos, forma parte de su vida y lo acepta con un hecho común y corriente, además de que también se encontró que no hay los fundamentos ni las herramientas que son necesarios para poder recuperar la salud mental, ya que durante las entrevistas se manifestó que aún siguen en la búsqueda de esa ayuda para poder recuperarse y en algunos casos deciden dejar el tratamiento pues lo consideran una pérdida de tiempo, esto hace que se formule una pregunta ¿Por qué prefieren no llevar un tratamiento o abandonarlo cuando ya están dentro de él?, porque los entrevistados tratan de ocultar los problemas que enfrentan al momento de ingerir alimentos, así como también el hecho de tener un cuidado con la forma de consumirlos, ya que también la obsesión por perder peso y obtener una figura esbelta y delgada a través de los trastornos, se ha vuelto parte de su vida, es por esto que muchos de los pacientes no buscan la ayuda que el equipo disciplinario les ofrece.

Pasando a otro orden de ideas se ha mencionado que la Anorexia y la Bulimia, traen consigo consecuencias en la salud física de cada entrevistado que aquí se presento, esto se debe a que a estos trastornos, se encontró que la Gastritis y la Colitis, son las enfermedades que más común se presentan, debido que estas tiene una estrecha relación con el aparato digestivo así como también las Úlceras, sin embargo otro tipo de enfermedades que se presentan tiene que ver más con las condiciones cardiacas a causa del debilitamiento, a raíz de la falta de alimentos, es decir se habla de en las entrevistas se menciona las Taquicardias y la Hipotensión (presión baja), además de que reportan tener temperaturas bajas (hipotermia) debido a las mismas consecuencias. Un trastorno hormonal como la Amenorrea se manifiesta como una alteración en el ciclo menstrual, lo cual se reporta en casos muy contados, esto puede deberse a que por las mismas consecuencias que esto trae consigo, como el desagrado a su condición corporal, ocasionan que se mantenga oculto esta situación, ahora bien la Depresión, es un factor que se presenta en los casos que aquí se

presentan a consecuencia de una profunda tristeza, angustia y frustración, que desencadena en el hecho de perder peso y obtener una figura esbelta²⁰⁸.

Ahora bien, debido a que la Anorexia y la Bulimia tiene que ver con ciertos sentimientos y ciertas emociones, analizando esto a través de la Teoría de los Cinco Elementos, donde el enojo es la emoción que mas predomina en las entrevistas, así como también se encontraron otras emociones que se relacionan con el enojo o la ira, las cuales van de la mano con el viaje que realiza estos trastornos por el camino de los cinco elementos, es decir se habla de que es una relación de interdominancia ya que la emoción más dominante es el **coraje, la ira y el enojo**, que se deposita en el elemento **Madera**, viaja al elemento **Tierra**, donde la **Ansiedad y los Pensamientos Obsesivos Compulsivos** son las emociones que depositan en este elemento, ya que se presentan ideas como el hecho de engordar y subir de peso por consumir alimentos, las cuales se depositan en el Estomago y en el Bazo, provocando que el **Miedo** a engordar y a tener una figura obesa o sobrepeso, se deposite en el Riñón y en la Vejiga, los cuales representan al **Agua**. Dichas emociones son las que más se reportan en las entrevistas por lo que este viaje se cumple con los criterios que la Teoría de los 5 elementos afirma.

Para finalizar, podemos decir que algunos de los objetivos que se plantearon desde el principio de este capítulo se cumplieron, ya que se encontró que existen factores físicos muy característicos, como los cuerpos extremadamente delgados por cuales estos trastornos se pueden presentar, pero se analizo que no fueron esos factores físicos, como el hecho que a través de estos trastornos se pueda obtener una figura delgada, ya que influyen más los factores emocionales y psicológicos que se presentan en estos casos, los cuales ocasionan su presencia en la vida de los entrevistados, es decir; se habla de estos factores influyen más que los físicos, se hace referencia a la preocupación y la presión que el sexo femenino ha adoptado de que los cuerpos delgados son aquellos que llegan al éxito, profesional y personal.

Se encontró, que la familia sí juega un papel muy importante en el desarrollo de estos trastornos dentro de ese núcleo familiar, pero en ningún caso se encontró que esto llegue

²⁰⁸ Ver cuadro de Análisis en el apartado de *Enfermedades o Complicaciones*

afectar la vida social de aquella persona que sufre estos trastornos, ni en su vida intelectual, más bien tanto la Bulimia como la Anorexia influye en que aparecen emociones como el enojo, la cual no la supo enfrentar la cual afecta en su vida familiar y emocional, sin dejar de lado que también ocasiona problemas físico debido al debilitamiento, como consecuencia de no consumir alimentos y/o desecharlos por medio de purgantes, acompañado de vómitos inducidos, además de que se encontró que esto no es un problema de salud física y/o mental para los que la padecen, ya que forma parte de su vida, y han aprendido a ver esto como algo común y corriente.

Además de que se encontró que la familia tiene un alto porcentaje de influencia en el nacimiento de estos trastornos en alguno de sus miembros, de ahí la importancia de que los miembros de una familia donde se puede desarrollar un o ambos problemas con la forma de consumir alimentos o con los trastornos de alimentación, pueden hacer que esto no se presente, pues se encontró que la familia si es un factor que causa la presencia de Anorexia y/o la Bulimia, haciendo comentarios con respecto a su condición físico y a su forma de consumir alimentos, con esto se finaliza que si es la familia es el factor que más influye en la aparición de estos trastornos.

Capitulo IV

Conclusiones Finales

CAPITULO IV

CONCLUSIONES FINALES

Para finalizar es importante mencionar aquellos puntos que nos ayudaran a entender de una manera concreta y sencilla los trastornos de alimentación que aquí se trataron, tomando en cuenta primeramente el principal propósito por lo que se realizo está investigación el cual consistió en tratar de encontrar el camino por el cual se construyen la Anorexia y la Bulimia, en cuestión físico, emocional –principalmente-, profesional e intelectual, tomando en cuenta lo que la sociedad manifiesta sobre “la figura perfecta” que la mujer debe de tener, y sin dejar fuera el papel que juega la familia en la aparición uno o ambos, y cómo la familia se apropia de estos trastornos, tratando de que estos se mantengan en secreto o no. Afirmando que lo que se planteo se ha cumplido, gracias a la investigación recopilada para este fin.

Durante todo el proceso de la investigación se hizo menciono a que la Anorexia y la Bulimia son trastornos de la alimentación se define como un problema y/o alteración de índole psicológico que se manifiestan en graves anormalidades en los hábitos de alimentación, se hace referencia al miedo a subir de peso, a la preocupación por mantener un figura esbelta y delgada) y a emociones que no se pueden controlar; y la única manera de manifestar que tiene algún o algunos de estos aspectos es por medio de alteraciones con respecto hacia la comida, además de mencionar dos conceptos, *el hambre y el apetito*. Con está definición se entiende que los trastornos de alimentación se relacionan con el *apetito*, ya que la *Anorexia* se entiende como un síndrome que se caracteriza por el rechazo a la ingestión de alimentos y la *Bulimia* se entiende como episodios incontrolables de ingesta de alimentos que se acompaña del uso de purgantes, laxantes, pastillas o/y vómito, pero cuando se les coloca el termino **Nervioso**¹, el significado de cada trastorno tiene otro significado, por ejemplo la Anorexia **Nerviosa**, si presentan un estado somático (miedo, enojo, preocupación) producido por la falta de apetito acompañado de un *intenso temor a*

¹ Este punto que se entenderá cuando se explique la importancia del mismo termino dentro del diagnostico

engordar o a subir de peso, por lo que las lleva a dejar de comer, mientras que la **Bulimia Nerviosa** se caracteriza por episodios críticos en donde se ingieren cantidades significativamente grandes de alimento (cantidades que son superiores a las que se podría ingerir en situaciones similares), experimentando sensaciones de pérdida de control sobre la ingesta de comida.

Y se habla de que en el hipotálamo es donde radican los centros del hambre, del apetito y la saciedad; y es través de la corteza cerebral donde se establecen mecanismos más complejos relacionados con la alimentación. Se menciona que la depresión y la dificultad para expresar sentimientos son un factor de riesgo de trastornos de la conducta hacia los alimentos en adolescentes que han sufrido problemas familiares. Aun así, las causas de los trastornos alimentarios son aún desconocidas, pero son los estereotipos de la belleza actual y el rechazo social a la obesidad femenina son las causa por la que muchas adolescentes y mujeres jóvenes sientan un impulso irrefrenable de estar tan delgadas como las modelos "top models" que la publicidad y medios de comunicación presentan a diario.

Una de las características generales de los trastornos de alimentación que resalta, es la dificultad en sus relaciones sociales, pues los pacientes con trastornos alimentarios que distorsionan o devalúan su apariencia; aprenden a reducir su ansiedad y evitan las situaciones que podían provocarla, lo que podríamos llamar las restricciones sociales que se autoimponen, para no ser observadas ni juzgadas; favorece una cierta fobia social y cuando se relajan al no asistir a una reunión social, puede aumentar la probabilidad de no asistir en un futuro y que este hecho es una de las cosas más gratificantes para ellas; por tanto, aumentan sus dificultades en la relación social.

Se encontró que tanto la Anorexia y la Bulimia comparten varios síntomas en común, uno de ellos es el de desear una imagen corporal perfecta y distorsionarla frente al espejo, una de las razones por lo que esto ocurre; es porqué en las últimas décadas, el ser físicamente perfecto se ha convertido en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas, el ser físicamente perfecto es una meta impuesta por nuevos modelos de vida, en los que el aspecto parece ser el único sinónimo válido de éxito, felicidad e incluso salud, son enfermedades que se caracterizan por el miedo intenso a engordar y por la

percepción distorsionada de la propia imagen corporal. Y esto significa que la persona puede sentirse gorda (aun si es muy delgada) y actuar en consecuencia: esforzarse por bajar de peso.

¿Cómo un profesional de la salud, puede afirmar que alguna persona puede sufrir alguno de estos dos trastornos que se trataron?, lo puede hacer por medio de los criterios del DSM-IV (ya que es uno de los más completos sobre los trastornos de alimentación) y con ayuda de la elaboración de un cuadro clínico que se le realice a aquella persona que sufra alguno de estos trastornos es importante mencionar que en casi todos los casos se presentan el termino **Nervioso**, ya que la diferencia se muestra cuando se realiza la indagación para entender que tipo de trastorno sufren; el siguiente cuadro muestra una manera muy sencilla de entender el diagnostico de la Anorexia nerviosa y la Bulimia nerviosa.

Con el objeto de mejorar la salud física, reducir los síntomas, incrementar la autoestima y lograr un mejor desarrollo personal y social. Como se trata de problemas emocionales y de tipo psicológico, suele negarse. Aunque no estamos hablando de un [problema tan nuevo](#) como se podría pensar, ha sido en los últimos veinte años cuando la [anorexia](#) y la [bulimia](#) han aumentado de tal forma su número de casos que se han convertido en objeto de preocupación y reflexión, ambas enfermedades, que provocan alteraciones en los hábitos alimenticios sobre todo en las adolescentes que tienen en común la obsesión por el cuerpo y por estar delgadas o en su reverso un miedo paralizante a ser gordas, sólo como una reacción simple y directa ante los modelos de belleza profundamente estilizados de nuestra sociedad actual.

Pero ¿porqué estos trastornos se presentan en la construcción de la vida del ser humano?, esto es debe que el ser humano se encuentra la mayoría del tiempo en la búsqueda de la perfección física y mental, es así como la Anorexia y la Bulimia se encuentran dentro de lo que se conoce como "la cultura de la delgadez", se habla de una obsesión por la perfección del cuerpo, y es impresionante saber que el número de personas que desearían estar en el "cuerpo de otro" es muy alto, debido a este punto de adoptar esta "cultura", ya que se cree que por medio de una figura delgada y esbelta se puede llegar al éxito, a la

felicidad y a la salud , ya que varios expertos en psiquiatría realizados por el doctor Carlos Delgado hace una reflexión sobre que la anorexia y la bulimia no son enfermedades que se presentan en mujeres que desean ser delgadas, sino que son personas con una grave perturbación psicológica, muy frágiles, que se encuentran un momento tal vez conflicto - no pueden evolucionar psicológicamente como personas ni pueden crecer – angustiados.

Sabemos que el cuerpo se constituye por medio de una fuente de energía armónica cuando se encuentra equilibrada en el flujo de alimentación a cada órgano y al cerebro, pero que sucede cuando la alimentación resulta deficiente a minerales y vitaminas, y se basa en carbohidratos y proteínas la perspectiva de ver al ser humano en su condición humana y emocional, es totalmente distinta gracias a la cultura de la delgadez y se materializa; ya no se puede hacer gran cosa; pero que sucede cuando se trabaja por medio de la perspectiva y el aspecto psicosomático del cuerpo y la acupuntura aborda estos problemas, contribuye a que el ser humano sea más íntegro con su persona y con los que le rodean, además de que puede cambiar su salud y sus formas de vivir, y la acupuntura sirve para aquellos seres humanos que desean ser tratados por una demanda de salud que los aqueja.

Se encontró que la Anorexia y la Bulimia comparten varios síntomas en común, uno de ellos es el de desear una imagen corporal perfecta y distorsionar la realidad frente al espejo, una de las razones por lo que esto ocurre; es porque en las últimas décadas, el ser físicamente perfecto se ha convertido en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas, el ser físicamente perfecto es una meta impuesta por nuevos modelos de vida, en los que el aspecto parece ser el único sinónimo válido de éxito, felicidad e incluso salud, son enfermedades que se caracterizan por el miedo intenso a engordar y por la percepción distorsionada de la propia imagen corporal. Y esto significa que la persona puede sentirse gorda (aun si es muy delgada) y actuar en consecuencia: esforzarse por bajar de peso. Se dice que lo psicosomático se convierte en un refugio ante las condiciones de existencia que no permiten disfrutar y comprenderse con la vida en nuestra sociedad, ya que los seres humanos son la posibilidad por medio de los cuerpos de no vivir esta experiencia.

Estos trastornos se clasifican en las enfermedades psicosomáticas de **Síntomas de conversión**; ya que sus características se manifiestan de cómo carácter simbólico y además de no ser comprendidos por el paciente, su manifestación se entiende como el intento a solucionar un conflicto y los síntomas de conversión suelen afectar la motricidad voluntaria y los órganos sensoriales. Los sentimientos que predominan en estas pacientes son frecuentemente negativos, como que se encuentran en un callejón sin salida se podría decir que es el intento de control sobre la comida para cambiar su cuerpo. Y a su vez, se ven controladas por este problema por lo que son frecuentes los sentimientos de tristeza y el llanto, el sentir baja autoestima, el miedo que experimentan por su propio cuerpo, (especialmente a la ganancia de peso y hacia la comida, en particular a determinados tipos de comida) y se puede definir como de tipo fóbico el tratamiento de los trastornos alimentarios se han de utilizar muchas de las técnicas de reducción de ansiedad, los pensamientos circulares, repetitivos y persistentes sobre la comida y el peso, comportamientos rituales y comprobaciones repetidas también se observan en estas personas tanto que podrían describirse como personas obsesivo-compulsivas.

La teoría psicosomática incluye un principio que afirma que la enfermedad no es resultado de un proceso aleatorio, es mas bien la interacción de un organismo –de un ser humano- que se desarrolla en un ambiente muy concreto, lo que establece la posibilidad de comprender las relaciones que se construyen entre este ser humano y su entorno, además de que evita el razonamiento negativo; debido a ciertos conceptos que están en función de aquello que caracteriza a las enfermedades, es por eso que se clasifican a las enfermedades en: *psicogénicas*, el proceso de está no demuestra ser de origen orgánico; *funcional*, donde la enfermedad es de tipo orgánico y psíquico; *endógeno* cuando la enfermedad no se relaciona con ningún agente exógeno; *constitucional*, *criptógeno* y *esencial*, no significan nada, pero cuando se dice que “*la enfermedad es originada por una predisposición constitucional*”. La Anorexia y Bulimia se clasifican dentro de las enfermedades del tipo *funcional* y *psicogénico*; puesto que es un desorden de tipo psicológico que se vuelve obsesivo por obtener una figura extremadamente delgado, además de que estos trastornos no se reportan ningún que sea a causa de un trastorno orgánico, pero trae consigo consecuencias de tipo orgánico.

Y Gracias a esta información se ha encontrado que los trastornos de Alimentación, tienen otra explicación que los médicos tradicionales y que la psicología en sí, ha dejado fuera, analizando por ciertos sentimientos y ciertas emociones, que se explican a través de la Teoría de los Cinco Elementos, afirmando que el enojo es la emoción más dominante², pues el viaje que realiza es una relación de contradominancia, depositándose en el elemento **Madera**, viaja al elemento **Tierra**, donde **la Ansiedad y los Pensamientos Obsesivos Compulsivos** son las emociones que depositan en este elemento, ya que se presentan ideas como el hecho de engordar y subir de peso por consumir alimentos, las cuales se depositan en el Estómago y en el Bazo, provocando que el **Miedo** a engordar y a tener una figura obesa o sobrepeso, se deposite en el Riñón y en la Vejiga, los cuales representan al **Agua**.

Además de que se encontró que la familia, es el factor que más influye para que alguno de sus miembros, ya sea por los comentarios y críticas que hacen respecto a la figura corporal de aquella persona que es propensa a caer en un trastorno de la alimentación, respecto a implicaciones de personalidad, afecto, visión corporal del cuerpo y la descalificación hacia el mismo, y la búsqueda por encontrar el éxito, la felicidad y la salud por medio de una figura delgada, es decir; con la información que se recabó en las entrevistas y en los casos donde una mujer es la que reporta sufrir de algún trastorno, es donde se reporta que es sus propios padres, en especial la madre la que influye para que ella piense en perder peso rápidamente por medio de métodos característicos de estos trastornos de la alimentación, sin dejar de lado que los comentarios que el padre hace hacia sus hijas, cuando ellas tienden a tener una complexión robusta, por la que su cuerpo aparenta tener sobrepeso buscando que por medio de los trastornos de alimentación pueden llegar a este fin, aunado también a que el ejercicio físico forma también de que deben tener una figura delgada para poder llegar al éxito en su vida, tanto personal como profesional.

No debemos dejar de lado que otros miembros de la familia también son parte fundamental para que estos trastornos se desarrollen en la vida de aquel miembro que se encuentra vulnerable y sensible a las críticas que le hacen hacia su aspecto físico, ya que cuando se planteó este capítulo, se afirma que únicamente los padres son los que influyen en que

² Ver cuadro de Análisis

dichos trastornos aparezcan, y durante el proceso de la realización de las entrevistas se encontró que no únicamente son los padres quienes influyen si no que también otros miembros más cercanos como los hermanos, con sus comentarios y críticas acerca de que la figura delgada y esbelta es un sinónimo de éxito en todos los niveles, y puesto que en la mayoría de estos casos se hace referencia a que su complexión no es como la que se afirma ser la mejor, además de que también otros miembros de la familia, primos y tías básicamente, con sus comentarios y críticas a que ciertos miembros de esa familia caigan en trastornos de alimentación para poder perder peso, sin embargo la familia no es el único factor para que estos trastornos de la alimentación se presenten en algún miembro de la misma, pues dentro de las entrevistas se encontró que otros factores como el estrés, la preocupación, el abandono corporal y la búsqueda de la perfección física y emocional son causantes de que estos trastornos de desarrollen en aquellos seres humanos que tienen problemas con su visión de su propio cuerpo, en consecuencia buscan la forma no darle importancia a estas situaciones, que ponen en riesgo su vida. la familia tiene un alto porcentaje de influencia en el nacimiento de estos trastornos en alguno de sus miembros, de ahí la importancia de que los miembros de una familia donde se puede desarrollar un o ambos problemas con la forma de consumir alimentos o con los trastornos de alimentación, pueden hacer que esto no se presente, pues se encontró que la familia si es un factor que causa la presencia de Anorexia y/o la Bulimia, haciendo comentarios con respecto a su condición físico y a su forma de consumir alimentos, con esto se finaliza que si es la familia es el factor que más influye en la aparición de estos trastornos.

Y se debe fomentar la autonomía y criterios capaces de evitar que los excesivos mensajes de los medios de comunicación y la publicidad sobre una imagen corporal falsamente perfecta, se convierta en una meta a conseguir y en un modelo que se olvida de los valores integrales de la persona.

Hay puntos que ni la psicología, ni la medicina alópata, le ha dado la importancia para también analizar el proceso de la presencia de los trastornos de la alimentación, ya que la medicina alópata, como se menciona anteriormente no toma en cuenta cuestiones como las emociones, los sentimientos y las pretubaciones, preocupaciones, alteraciones y presiones,

etc., (que se pueden presentar) para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos de la alimentación, lo único que realizan es hacer una evaluación para todas aquellas personas que sufren uno o ambos trastornos, llamase Anorexia y/o Bulimia, tomando en cuenta características de criterios que no en todos se pueden estudiar, tal vez como punto de partida “probablemente” para entender lo que es un trastorno de alimentación, puedan funcionar, pero con sus reservas, ya que la medicina tradicional realizara únicamente una serie de evaluaciones físicas que se solo afirmaran lo que se ha estado padeciendo durante algún tiempo, pero solo se quedara ahí, en una evaluación meramente física que no le ayudara a sobreponerse a este problema, de ahí que se busca la ayuda de la psicología, pues no únicamente de un problema físico, se encontró que esto va más allá de un problema de utilizar métodos drásticos para poder perder peso, si no que se encontró que hay otros aspectos que la Psicología es la única que puede encontrar y analizar, sin embargo también ha dejado fuera puntos importantes para afirmar la presencia y el desarrollo de la Anorexia y la Bulimia, se encontró que la psicología se basa para hacer su diagnóstico y su tratamiento en cuestiones superficiales, que únicamente podrán decir que se sufre un trastorno de la Alimentación, o por características que únicamente se mencionan se afirma que existe la presencia de Anorexia y/o Bulimia, pero no trata de buscar un poco más allá de lo que se reporta, nada más realiza su explicación con lo tiene.

Lo que se intento buscar aquí fue encontrar eso que la Psicología ha dejado a un lado, y se encontró que es una emoción la que causante de que los trastornos de la Alimentación se presentan y desarrollan la presencia de otras emociones que se reflejan en la vida de aquel ser humano que padece Anorexia y/o Bulimia, y que es dentro de la familia donde este se empieza a fomentar esas emociones que hacen la que estos trastornos se presenten, ya que como se encontró en las entrevistas, es alguno de los padres quien hace comentarios sobre la condición corporal de algún miembro de esa familia, haciendo que estos comentarios se conviertan en una emoción que es manejada adecuadamente y esto hace que ciertos sentimientos, acciones, actitudes y aptitudes, hacia la condición corporal se vean afectadas y se manifiestan en la vida normal de aquella persona que es propensa a padecer algún trastorno o ya lo padece, cuestión que se encontró en las entrevistas, de ahí que la Psicología no haya tomado en cuenta estos puntos, por supuesto que sin la Medicina

tradicional alópata y la Psicología no se podría haber realizado esta investigación, pero es importante decir que dejando de lado las cuestiones interna del cuerpo, haciendo referencia a emociones y sentimientos que están presentan en los trastornos de Alimentación, que a su vez desencadenan otras emociones y sentimientos que afectan al cuerpo físicamente y a su salud mental y emocional, porque no debemos dejar de lado que debe de haber un equilibrio en las emociones, y cuando estas no están en equilibrio, se empieza a encontrar cuestiones como las que encontramos en las entrevistas.

Cuando se planteó la investigación se manejo que esto era un problema exclusivo de mujeres, cuestión que no es del todo cierta, ya que se encontró causas, no meramente físicas, como el tener una figura delgada, si no más bien son por cuestiones emocionales que se desencadenan por cuestiones familiares, por las cuales se presenta estos trastornos se pueden presentar, pero se concuerda que no únicamente esto sucede con los hombres, si no que es una línea que se sigue el desarrollo de los trastornos de alimentación.

Se considera también que estos trastornos van de la mano, ya que si una persona que desea perder peso de manera rápida, probablemente el método más fácil sea dejar de comer, y cuando esto no le funciona entonces busca métodos como los purgantes para poder perder peso, o puede ser viceversa, pero es importante mencionar que esto es una constante lucha interna y externa por obtener una figura esbelta y perfectamente, para obtener varios beneficios.

Es de llamar la atención que en muchas entrevistas se encontró que no les interesa recibir algún tipo de tratamiento pues creen que no les ayudara en nada, de ahí que es importante analizar en que se está fallando para encontrar el porque no les interesa recuperar su salud, o por lo menos que ya no caiga en estos problemas, es aquí, donde la Psicología debe de poner principal atención en este punto, porque cada día se encuentra que esto ya es más común, y es preocupante esta situación porque entonces se busca una perfección física, que se piensa que trae consigo éxito, felicidad y salud, y se deja un lado la esencia del ser humano, dando más importancia a la apariencia física.

Para futuras investigaciones sobre el tema, es importante tomar en cuenta lo que los hombres sienten hacia la búsqueda de algún tipo de perfección física, tal vez no buscan una figura esbelta y delgada como lo hacen las mujeres, más bien buscara entonces tener una figura atlética y cumplir y con las condiciones y exigencias que la sociedad pide hoy en día.

También sería importante analizar lo que la sociedad piensa sobre las mujeres que son extremadamente delgadas y que “aparentemente” no sufren de algún tipo de trastornos de alimentación y saber cual el la perspectiva que se tiene así misma y la sociedad. Por eso es importante analizar también porque se ha incrementado el número de personas que sufren estos trastornos, en la búsqueda de la perfección física y que “probablemente”, esto les sucede a estas personas.

En futuro sería importante comprender como va de la mano, una persona que es extremadamente delgada con aquellas que tiene sobre peso, y sería interesante ver diferentes opiniones que se tiene de una y la otra, así como también identificar emociones, sentimientos, actitudes, aptitudes, características, etc., presenten en cada una de las mujeres con estas situaciones, ya que una persona que sufre de sobre peso es propensa a recibir más criticas, que una que es delgada, o puede presentarse situación adversa, de ahí que surja la inquietud de poder realizar una investigación donde se analice esta situación.

En lo personal este trabajo me deja la satisfacción de poder entender otra manera de ver el cuerpo humano sobre todo, nuestro cuerpo, como mujer, y tratar de escuchar cuando este nos esta hablando, aprender a sentir y tratar de descifrar lo que a veces queremos tener en secreto, como lo que sucede con las personas que se entrevistaron, a pesar de que me costo mucho trabajo poder encontrar personas que quisieran ayudarme en esta ingestación, puesto que estos temas son muy difíciles de compartir con otras personas extrañas, pero bueno, eso no fue motivo para no realizar esta ingestación, ya que para ellos este tipo de trastornos pueden ser causa de pena, vergüenza, insatisfacción, etc., con respecto a lo que es el cuerpo, ya que ahora se considera que la mujer debe de ser perfecta en todos los aspectos de la vida en la que nacemos, crecemos, nos reproducimos y morimos, siendo el cuerpo como la base de todos los éxitos, haciendo que la mujer busque maneras de tener una figura

esbelta, que ponga en riesgo su integridad física y psicológica, ya que la sociedad a impuesto como modelo a seguir aquellas mujeres que son extremadamente delgadas, con la piel pegada a los huesos, siendo esto como un sinónimo de felicidad, éxito y salud; cuando se realizaron las entrevistas aprendí que lo importante no es lo que hay físicamente, ya que esto puede llegar a perder cuando se descuida el cuerpo, aprendí que es importante escucharlo y entenderlo, ya que sí no le hacemos caso y nos dejamos influir por lo que la sociedad diga, en tener un cuerpo extremadamente delgado esto nos puede ocasionar perder muchas cosas, es importante que le tengamos un cuidado especial al cuerpo, teniednmdo una buena alimentación, acompañado de ejercicio moderado y sobre todo atender al cuerpo cuando este nos quiere decir algo; pero no al grado de dejar de comer o provocarnos el vómito, usar purgantes, o usar todo para tener una figura esbelta, que nos puede traer la felicidad, el éxito y la salud a nivel perfecto, sin importar si perdemos algo en el camino, puede ser incluso que se pierda nuestra propia vida.

Encontré también que la familia puede ser un factor que influya en el nacimiento de estos trastornos, pero es más la sociedad quien tiene mayor influencia en la aparición de la Anorexia y la Bulimia, imponiendo modelos de mujeres extremadamente delgadas, gracias a la mercadotecnia y a los medios de comunicación, por eso es importante que las familias tengan bien cimentados aquellos principios y valores que forjan una familia, creo que dentro de esta investigación encontré que estas familias donde se encuentra una persona que sufre de alguno o de ambos trastornos, hay algo que no funciona bien dentro de esta, de ahí que alguno de sus miembros busque aquello que le hace falta o que le sobra, aquello que le molesta, que le enoja, que le frustra, que le preocupa, que le da miedo, en fin otras emociones y sentimientos ocultos, que la única forma de sacarlos es por medio de dañar al cuerpo, haciendo todo lo que se ha mencionado a lo largo de esta investigación. De ahí que la familia tenga que estar muy atenta a los miembros que la forman, y que estos trastornos aparezcan. Y reflexionar que cuando seamos futuros padres o ya lo seamos, tener presente que los comentarios que les hagamos les pueden causar mucho daño físico y emocional en aquellos que formaran las generaciones futuras.

Para finalizar considero que esta investigación traerá nuevas formas de entender, comprender y analizar el desarrollo de los Trastornos de la alimentación, y no solamente para la psicología sino también para otras ramas que se enfocan a la sociedad, tanta física, emocional, intelectual, económica, etc., si no buscar más internamente y profundizar en la vida de un ser humano. Además de que también es importante reflexionar lo que se ha vuelto una prioridad para el ser humano, el hecho de ser una persona física e internamente sin importar que esto traiga consigo consecuencias como la muerte, no meramente física sino espiritual y perder la esencia de la vida, perderle gusto a las cosas que hacen que la vida tenga esa chispa para estar en ella, y vivir pensando que la único que importa es la perfección física por medio de un cuerpo delgado y esbelto que nos traerá consigo éxito, salud y felicidad, buscando la perfección física, utilizando métodos como el no comer o provocarnos el vómito, acompañado del uso de purgantes para llegar a esta meta.

Y como parte de la sociedad es importante que se pongan sobre la mesa aspectos del porque la perfección física se ha vuelto base para la realización como seres humanos, además de analizar porque muchas mujeres jóvenes que se “cree” viven en un ambiente familiar perfecto, sufren de alguno de los trastornos aparezcan en la vida de algunas personas vulnerables, como en los casos que aquí se encuentran, además nos encontramos en una sociedad que exige más de los seres humanos es importante que reflexionemos a cerca de que cada día se tendremos más retos y en las manos de algunos de los entrevistados y de los que participaremos en la tarea de formar a nuevos seres humanos se encuentra la labor de fomentar si esto es lo que queremos para esas generaciones futuras, el imponer que la perfección física y mental, se obtiene por medio de un cuerpo perfecto, y que para llegar a este fin se buscan caminos como la Anorexia y la Bulimia.

AneXos

Anexo 1

Cuadro Clínico de los Trastornos de Alimentación.

| CARACTERISTICA | ANOREXIA | BULIMIA |
|--|--------------------------------------|---|
| Sexo dominante | Mujeres | Mujeres |
| Método de control de peso | Limitación de ingesta | Vomito, laxantes Diuréticos |
| Ingestión desmedida de comida | Raros | Invariables |
| Peso al establecer el diagnóstico | Muy bajo | Casi normal |
| Ejercicio ritualizado | Raro | Frecuente |
| Amenorrea | 100% | 50% |
| Conducta antisocial | Muy poco frecuente | Frecuentes |
| Alteraciones cardiovasculares <i>Bradycardia</i> ¹ <i>Hipotensión</i> ² | Frecuentes | Raras |
| Alteraciones cutáneas <i>Hirsutismo</i> ³ <i>Sequedad</i> ⁴ <i>Carotinemia</i> ⁵ | Frecuentes | Raras |
| Hipotermia ⁶ | Habitual | Rara |
| Edemas ⁷ | +/- | +/- |
| Complicaciones clínicas | Hipopotasemia Arritmias cardiacas | Hipopotasemia arritmias cardiacas Aspiración del contenido gástrico Ruptura esofágica o gástrica |

¹ **Bradycardia:** Frecuencia cardiaca disminuida por debajo de 60 latidos por minuto

² **Hipotensión:** cifras tensionales por debajo del limite inferior; menos 110 para la distolica y menos 70 para la astolica

³ **Hirsutismo:** Estado en el cual hay crecimiento de vello facial en cara

⁴ **Sequedad:** Es cuando la piel carece de humedad

⁵ **Carotinemia:** Aumento de Betacarotemas o Vitamina A en la sangre, que se manifiesta como coloración o pigmentación en la piel de color naranja.

⁶ **Hipotermia:** Dismunición de la temperatura normal del cuerpo

⁷ **Edema:** Acumulación de líquidos en al piel frecuentemente en los miembros inferiores.

Anexo 2

Diagnóstico según el DSM-IV

| CRITERIO | ANOREXIA | BULIMIA |
|----------|--|--|
| A | Rechazo y negativa a mantener un peso corporal por encima o igual del valor mínimo normal considerando la edad y la estatura (se habla de la pérdida de peso o de mantener éste por debajo del 15%; es decir, que el peso de la persona está por debajo del 85% de lo que debería estar de acuerdo con el peso y la talla) | Presencia de atracones recurrentes o episodios de sobreingesta que se caracteriza por: (1) Entre un episodio de comida y otra hay un corto periodo de tiempo (por ejemplo 2 horas), donde se conducen grandes cantidades de comida superiores a las que la mayoría de las personas puede consumir en situaciones similares o bajo circunstancias muy parecidas. (2) Sensación de pérdida de control durante episodios alimenticios, como sensaciones de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está consumiendo |
| B | Miedo intenso al aumento de peso o a convertirse en obeso, incluso cuando se está por debajo del peso normal o se encuentra demasiado delgada. | Presencia de conductas compensatorias inapropiadas ⁸ que se repiten, con el fin de ya no ganar peso como el vómito; el uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos: ayuno y ejercicio excesivo. |
| C | Alteración de la percepción del peso y la silueta, exagerando el valor de los mismos y negar la existencia del peligro de estar debajo del peso de acuerdo a la talla | Los atracones o la sobreingesta de alimento así como las conductas compensatorias inapropiadas, ocurren en promedio dos veces a la semana como mínimo durante un período de tres meses. |
| D | Presencia de Amenorrea, siendo esta la ausencia de tres ciclos menstruales de forma consecutiva | La autoevaluación está exageradamente influenciada por el peso y la figura corporal. |

⁸ **Conductas compensatorias inapropiadas:** Hace referencia a conductas como la provocación del vómito, consumo de laxantes, diuréticos o enemas

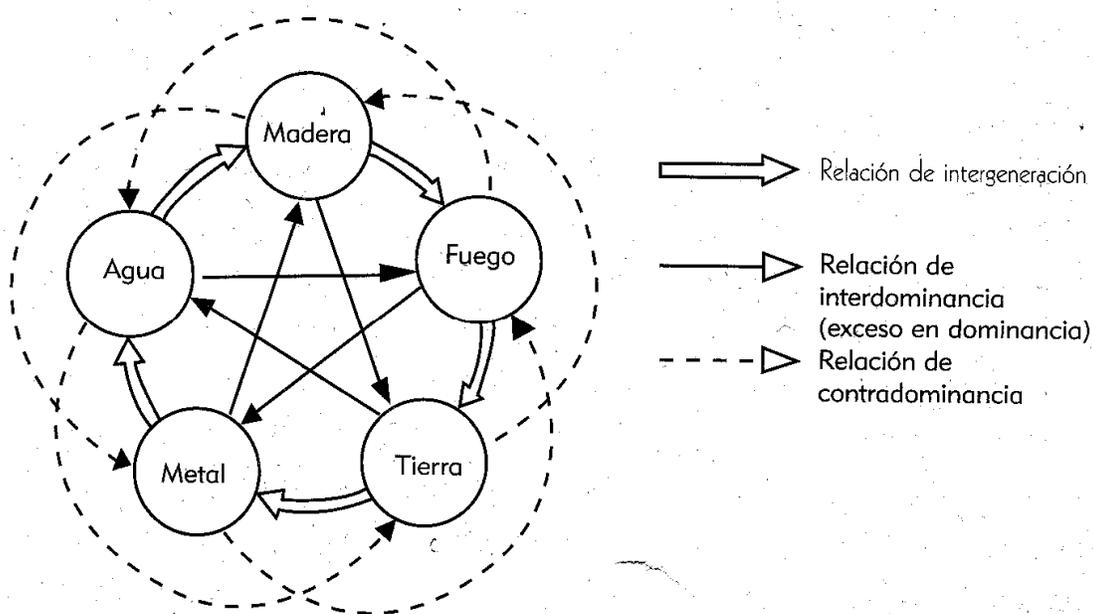
| | | |
|-------------|--|---|
| E | | La alteración de la imagen corporal no aparece exclusivamente en el transcurso de la presencia de anorexia nerviosa |
| TIPO | | |
| | Restrictiva Durante el episodio de Anorexia no se presentan conductas compensatorias inapropiadas | Purgativa Existe el antecedente de que durante el episodio de Bulimia Nerviosa, el individuo se provoca el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso |
| | Compulsivo/restrictivo Durante el episodio de Anorexia si se presentan conductas compensatorias inapropiadas | No purgativo El episodio de Bulimia Nerviosa existe el antecedente de que el individuo utiliza otro tipo de conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse ni el uso de laxantes , diuréticos o enemas en exceso. |

Anexo 3⁹
Cuadro de las categorías que conforman y explican la Teoría de los Cinco Elementos

| LAS CINCO CATEGORÍAS DE LAS COSAS CLASIFICADAS DE ACUERDO CON LOS CINCO ELEMENTOS | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|-------------------|---------------------------------|--------------------------|------------------|-------------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------|----------------|----------------------|
| Grupo Humano | | | | | | | Naturaleza | | | | |
| Cinco Elementos | Zang | Fu | Órgano de los 5 sentidos | Los cinco tejidos | Emociones | Estaciones | Factores ambientales | Crecimientos y desarrollo | Colores | Sabores | Orientaciones |
| Madera | Hígado | Vesícula | Ojos | Tendón | Ira | Primavera | Viento | Germinación | Verde | Agrio | Este |
| Fuego | Corazón | Intestino Delgado | Lengua | Vasos | Alegría | Verano | Calor | Crecimiento | Rojo | Amargo | Sur |
| Tierra | Bazo | Estómago | Boca | Músculos | Ansiedad | Verano tardío | Humedad | Transformación | Amarillo | Dulce | Centro |
| Metal | Pulmón | Intestino Grueso | Nariz | Pie y Pelo | Melancolía | Otoño | Sequedad | Cosecha | Blanco | Picante | Oeste |
| Agua | Riñón | Vejiga | Oreja | Huesos | Pánico y miedo | Invierno | Frío | Almacenamiento | Negro | Salado | Norte |

⁹ Cuadro tomado del libro de **Historia del aire y otros olores en la Ciudad de México 1840-1900**, Del autor Sergio López Ramos, México: Ceapac, pp.164

Anexo 4
Esquema de los cinco elementos¹⁰



¹⁰ Diagrama tomado del libro **Historia del aire y otros olores en la Ciudad de México 1840-1900**, Del autor Sergio López Ramos, México: Ceapac, pp.161

Anexo 5

Entrevista ¹¹

- ¿Cómo se dio cuenta de que tenía este trastorno?
- ¿Cuáles fueron las causas por las cuales surgieron su trastorno?
- ¿Cómo ha afectado esto en su vida?
- ¿Cómo influyó su familia?
- ¿Hubo algún otro motivo por el cual surgió este tipo de trastornos?
- ¿Cómo se sintió durante el tiempo en que sufrió alguno de estos trastornos?
- ¿Cómo su familia se dio cuenta de que sufría este trastorno?
- ¿Creó usted que puede llevar a tener una vida normal después de esto?
- ¿Cómo le afectó físicamente?
- ¿Qué consecuencias que le trajo?
- ¿Quién fue la(s) persona(s) que lo apoyaron para poder buscar ayuda?
- ¿Qué tratamientos llevo a cabo?
- ¿Sí alguien se lo llevara a proponer, trataría con algún otro tipo de cura?
- ¿Por qué?

¹¹ Estos puntos se realizaron como un bosquejo de la entrevista que se utilizó para cada uno de los trastornos

CUADRO DE ANÁLISIS

| NÚMERO | EDAD | SEXO | OCCUPACIÓN | LUGAR DE ORIGEN | LUGAR DE RESIDENCIA | ALTA | FECHA DE NACIMIENTO | FECHA DE FALLECIMIENTO | TRANSICIÓN QUE REPORTA | LA TRANSICIÓN | TRANSICIÓN EN EL DÍA DE LA | MÉTODO PARA OBTENERLA | TIPO DE FAMILIA | EDUCACIÓN | RELACIONES CON LA FAMILIA | TIPO DE RELACIONES CON LA FAMILIA | FECHA DE FALLECIMIENTO | FECHA DE FALLECIMIENTO | LUGAR DE FALLECIMIENTO | CONQUISTAS | SENTIMIENTOS Y EMOCIONES | VALORES | ENTENDIMIENTOS/COMPLICACIONES | DIAGNÓSTICO | TRATAMIENTO | RECOMENDACIONES AL TRATAMIENTO | | |
|--------|---------|-----------|---------------------|-----------------|------------------------|---------|---------------------|------------------------|------------------------|---------------|--|--------------------------------------|----------------------------|-----------|---------------------------|-----------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------|--|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 34 años | Femenino | Estudiante (prepa) | México DF | México DF | 18 años | 01/04 | 01/04 | América y Bolivia | América | América y Bolivia | Dep. de Ciencias Exactas y Naturales | 1 año | 11/04 | Padre | Guatemala | 4 | 1 año | 7 | Teniente | Dep. de Matemáticas | Valores | Entendimiento y comprensión de la enfermedad, cambio de actitud, actitud de apoyo | Diagnóstico | Tratamiento | No se debe olvidar que se trata de una enfermedad crónica | | |
| 2 | 21 años | Femenino | Paralelo | México DF | Guatemala | 18 años | 01/04 | 01/04 | América | América | América y Bolivia | Dep. de Ciencias Exactas y Naturales | 7 años | 11/04 | Madre | América y Guatemala | 7 | 4 años | 9 | Padre | Dep. de Matemáticas | Guatemala y Chile | Entendimiento y comprensión de la enfermedad, cambio de actitud, actitud de apoyo | Paralelo, México, América | Tratamiento | Es importante no olvidar que se trata de una enfermedad crónica | | |
| 3 | 21 años | Femenino | Paralelo | México DF | Guatemala, El Salvador | 18 años | 01/04 | 01/04 | América y Bolivia | Bolivia | América y Bolivia | Dep. de Ciencias Exactas y Naturales | 7 años | 11/04 | Padre | América y Guatemala | 4 | 1 año | 7 | Madre y Hermana | Dep. de Matemáticas | Guatemala y Chile | Entendimiento y comprensión de la enfermedad, cambio de actitud, actitud de apoyo | Paralelo, México, América | Tratamiento | Es importante no olvidar que se trata de una enfermedad crónica | | |
| 4 | 17 años | Femenino | Estudiante (prepa) | México DF | Guatemala, El Salvador | 18 años | 01/04 | 01/04 | América y Bolivia | Bolivia | América y Bolivia | Dep. de Ciencias Exactas y Naturales | 4 años | 11/04 | Padre | Bolivia, Guatemala | 6 | 1 año | 4 | Padre y Hermana | Dep. de Matemáticas | Guatemala, Chile, América, América, Chile | Entendimiento y comprensión de la enfermedad, cambio de actitud, actitud de apoyo | Paralelo | Tratamiento | Es importante no olvidar que se trata de una enfermedad crónica | | |
| 5 | 34 años | Femenino | Paralelo | México DF | Tampico, El Salvador | 18 años | 01/04 | 01/04 | Bolivia | Bolivia | Bolivia y América y Chile y Colombia | América y Chile y Colombia | América y Chile y Colombia | 7 años | 11/04 | Madre | Guatemala y Chile y Colombia | 4 | 1 año | 7 | Madre y Hermana | Dep. de Matemáticas | América | Guatemala, Chile, América | Entendimiento y comprensión de la enfermedad, cambio de actitud, actitud de apoyo | Paralelo | Tratamiento | Es importante no olvidar que se trata de una enfermedad crónica |
| 6 | 21 años | Femenino | Estudiante (prepa) | México DF | Guatemala, El Salvador | 18 años | 01/04 | 01/04 | América | América | América y Bolivia | Dep. de Ciencias Exactas y Naturales | 6 años y 6 meses | 11/04 | Padre y Hermana | Guatemala | 6 | 1 año | 7 | Padre y Hijo | América | Chile | Chile y América | Entendimiento y comprensión de la enfermedad, cambio de actitud, actitud de apoyo | Paralelo | Tratamiento | Es importante no olvidar que se trata de una enfermedad crónica | |
| 7 | 17 años | Femenino | Estudiante (CCI) | México DF | Guatemala, El Salvador | 18 años | 01/04 | 01/04 | Bolivia | Bolivia | Bolivia y América y Chile y Colombia | América y Chile y Colombia | América y Chile y Colombia | 7 años | 11/04 | Madre | Guatemala y Chile y Colombia | 4 | 1 año | 7 | Padre y Hermana | Dep. de Matemáticas | Guatemala | Entendimiento y comprensión de la enfermedad, cambio de actitud, actitud de apoyo | Paralelo | Tratamiento | Es importante no olvidar que se trata de una enfermedad crónica | |
| 8 | 21 años | Femenino | Estudiante (prepa) | México DF | Guatemala, El Salvador | 18 años | 01/04 | 01/04 | Bolivia | Bolivia | Bolivia y América y Chile y Colombia | América y Chile y Colombia | América y Chile y Colombia | 7 años | 11/04 | Madre | Guatemala y Chile y Colombia | 4 | 1 año | 7 | Padre y Hermana | Dep. de Matemáticas | Guatemala, Chile, América | Entendimiento y comprensión de la enfermedad, cambio de actitud, actitud de apoyo | Paralelo | Tratamiento | Es importante no olvidar que se trata de una enfermedad crónica | |
| 9 | 21 años | Femenino | Comida | México DF | Tampico, El Salvador | 18 años | 01/04 | 01/04 | América | América | América y Bolivia | Dep. de Ciencias Exactas y Naturales | 7 años | 11/04 | Madre | Guatemala | 4 | 1 año | 7 | Padre y Hermana | Dep. de Matemáticas | Guatemala y Chile | Entendimiento y comprensión de la enfermedad, cambio de actitud, actitud de apoyo | Paralelo | Tratamiento | Es importante no olvidar que se trata de una enfermedad crónica | | |
| 10 | 17 años | Femenino | América y Chile | México DF | Guatemala, El Salvador | 18 años | 01/04 | 01/04 | Bolivia | Bolivia | Bolivia y América y Chile y Colombia | América y Chile y Colombia | América y Chile y Colombia | 7 años | 11/04 | Padre | Guatemala y Chile y Colombia | 4 | 1 año | 7 | Padre y Hermana | Dep. de Matemáticas | Guatemala, Chile, América | Entendimiento y comprensión de la enfermedad, cambio de actitud, actitud de apoyo | Paralelo | Tratamiento | Es importante no olvidar que se trata de una enfermedad crónica | |
| 11 | 21 años | Femenino | Paralelo | México DF | Guatemala, El Salvador | 18 años | 01/04 | 01/04 | Bolivia | Bolivia | Bolivia y América y Chile y Colombia | América y Chile y Colombia | América y Chile y Colombia | 7 años | 11/04 | Madre | Guatemala y Chile y Colombia | 4 | 1 año | 7 | Padre y Hermana | Dep. de Matemáticas | Guatemala, Chile, América | Entendimiento y comprensión de la enfermedad, cambio de actitud, actitud de apoyo | Paralelo | Tratamiento | Es importante no olvidar que se trata de una enfermedad crónica | |
| 12 | 21 años | Femenino | Paralelo | México DF | Guatemala, El Salvador | 18 años | 01/04 | 01/04 | Bolivia | Bolivia | Bolivia y América y Chile y Colombia | América y Chile y Colombia | América y Chile y Colombia | 7 años | 11/04 | Madre | Guatemala y Chile y Colombia | 4 | 1 año | 7 | Padre y Hermana | Dep. de Matemáticas | Guatemala, Chile, América | Entendimiento y comprensión de la enfermedad, cambio de actitud, actitud de apoyo | Paralelo | Tratamiento | Es importante no olvidar que se trata de una enfermedad crónica | |
| 13 | 21 años | Femenino | Paralelo | México DF | Tampico, El Salvador | 18 años | 01/04 | 01/04 | América | América | América y Bolivia | Dep. de Ciencias Exactas y Naturales | 4 años | 11/04 | Hermana | Guatemala | 6 | 4 años | 7 | Padre, Hermana y Hijo y Chile y Colombia | Dep. de Matemáticas | Guatemala, Chile, América, América, Chile | Entendimiento y comprensión de la enfermedad, cambio de actitud, actitud de apoyo | Paralelo | Tratamiento | Es importante no olvidar que se trata de una enfermedad crónica | | |
| 14 | 21 años | Femenino | Estudiante (prepa) | México DF | Guatemala, El Salvador | 18 años | 01/04 | 01/04 | América y Bolivia | América | América y Bolivia | Dep. de Ciencias Exactas y Naturales | 7 años | 11/04 | Padre y Hermana | Guatemala | 4 | 1 año | 7 | Padre | Dep. de Matemáticas | Guatemala, Chile, América | Entendimiento y comprensión de la enfermedad, cambio de actitud, actitud de apoyo | Paralelo | Tratamiento | Es importante no olvidar que se trata de una enfermedad crónica | | |
| 15 | 18 años | Femenino | Estudiante de prepa | México DF | Guatemala, El Salvador | 18 años | 01/04 | 01/04 | América | América | América y Bolivia | Dep. de Ciencias Exactas y Naturales | 4 años | 11/04 | Madre | Guatemala | 4 | 1 año | 7 | Padre y Hermana | Dep. de Matemáticas | Guatemala y Chile | Entendimiento y comprensión de la enfermedad, cambio de actitud, actitud de apoyo | Paralelo y Chile | Tratamiento | Es importante no olvidar que se trata de una enfermedad crónica | | |
| 16 | 21 años | masculino | América | México DF | Guatemala, El Salvador | 18 años | 01/04 | 01/04 | América y Bolivia | América | América y Bolivia y América y Chile y Colombia | Dep. de Ciencias Exactas y Naturales | 7 años | 11/04 | Madre | Guatemala | 5 | 1 año | 7 | Padre | Dep. de Matemáticas | Guatemala, Chile y América | Entendimiento y comprensión de la enfermedad, cambio de actitud, actitud de apoyo | México | Tratamiento | Es importante no olvidar que se trata de una enfermedad crónica | | |
| 17 | 21 años | Femenino | Paralelo | México DF | Guatemala, El Salvador | 18 años | 01/04 | 01/04 | América y Bolivia | América | América y Bolivia | Dep. de Ciencias Exactas y Naturales | 7 años | 11/04 | Padre y Hermana | Guatemala | 4 | 1 año | 7 | Madre y Hermana y Chile y Colombia | América | Guatemala | Entendimiento y comprensión de la enfermedad, cambio de actitud, actitud de apoyo | Paralelo y Chile | Tratamiento | Es importante no olvidar que se trata de una enfermedad crónica | | |
| 18 | 21 años | Femenino | Paralelo | México DF | México DF | 18 años | 01/04 | 01/04 | América y Bolivia | América | América y Bolivia | Dep. de Ciencias Exactas y Naturales | 4 años | 11/04 | Hermana | Guatemala | 5 | 1 año | 7 | Padre y Hermana | Dep. de Matemáticas | Guatemala, Chile y América | Entendimiento y comprensión de la enfermedad, cambio de actitud, actitud de apoyo | Paralelo | Tratamiento | Es importante no olvidar que se trata de una enfermedad crónica | | |

REFERENCIAS

Abraham, S. (1996). **Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios**. España: Alianza Editorial

[Anorexia y Bulimia.htm](#)

Alcaraz, J (2003). “**Creencias y procesos psicossomático**”. Lo corporal y lo psicossomático. México: CEAPAC, Tomo III, 69-86

Álvarez, G; Mancilla, J; Martínez, M y López X. (1998). **Aspectos psicossociales de la alimentación**. En: Revista psicossológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 50-58

Araujo, M (2002). **El abandono corporal femenino, producto de la posesión y la dependencia**. Lo corporal y lo psicossomático. México: plaza y Valdez, Tomo I, 141-151

Baca, T (2004). Sugerencias para una buena nutrición. México: CEAPAC

Beal, V. (1983). **Nutrición en el ciclo de vida**. México: Limusa

Becker, G. (1987); “Tratado sobre familia” España: Editorial Alianza S.A.; Cap. 11

Crispo, R. Figueroa, E. y Golear, D. (1996). **Anorexia y Bulimia: un mapa para recorrer un territorio trastornado**. España: Gedisa

Corona, A (1998). **EL gobierno del cuerpo: Tecnologías disciplinarias y administración dietética**. En: Revista psicossológica y ciencia social. Vol. 2, Núm. 1 pp. 3-14

Denman (1993); “Familia. Salud y sociedad”; México: Universidad de Guadalajara; pp 27

Donald (1994) “La Familia Marginal. Las otras familias”; España: Calatrava Sociedad Corporativa; 13, 16

Durán, N. (2002). **Incorporación de la intuición por medio del cuerpo**. Lo corporal y lo psicossomático. México: Plaza y Valdes, Tomo I, 35-40

Flores, P. (1997). Entre las sombras del cuerpo y del alma. **Zen, acupuntura y psicología**. México: Plaza y Valdez

Foster, D. (1994). Anorexia y Bulimia. En: Harrison: *Principios de medicina interna*. España: Mc-Hill. Cáp. 74

García, (1990); “Padres e hijos”; México: Limusa; Cáp. 4

González, R y Pérez C. (2002). **Asociación entre sintomatología de trastorno alimenticio y rasgos específicos de la personalidad.** Tesis de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala.

Gutiérrez, E. (2002). **Evaluación de la imagen corporal en adolescentes y su asociación con la influencia de los modelos estéticos corporales.** Tesis de Licenciatura. UNAM, FES Iztacala

Raich, R. (1998). **Definición, evaluación del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal.** En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 15-26

Herscovici, C. y Bay, L. (1990). **Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía.** México: Piados

Higashida, B. (1991). **Ciencias de la salud.** México: McGraw-Hill

Holtz, V.(1998). **Pareja, sexualidad y trastornos de la alimentación.** En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 44-49

Kaplan, I y Sadock, J. (1987). **Compendio de psiquiatría.** España: Salvat

La Anorexia y la Bulimia.htm

La depresión, factor de riesgo de anorexia y bulimia.htm

Le Breton, D (2002). **La sociología del cuerpo.** Argentina: Nueva Visión, 110 pp

López, S. (1997). **Zen, acupuntura y psicología.** México: Plaza y Valdez

López, S. (2000); “Zen y cuerpo humano”; México: CEAPAC, 39-45

López, S. (2000). Representación de lo corporal México: siglo XIX. **Zen y cuerpo humano.** México: CEAPAC, pp 8-22

López, S. (2000); “Prensa, cuerpo y salud en el siglo XIX mexicano”; México: CEAPAC, Cáp. 2

López, S. (2002). **Introducción.** Lo corporal y lo psicosomático. México: Zendová, Tomo II. 7-12

López, S. (2002). **Historia del aire y otros olores en la ciudad de México 1840-1900.** México: CEAPAC, 195

López, S (2003). **Una aproximación a la epistemología de lo psicosomático.** Lo corporal y lo psicosomático. México: CEAPAC, Tomo III, 19-29

Mahoney, J. (1985). **Control de peso: una solución al problema de las dietas.** México: Trillas

Mancilla, J; Álvarez, G; López, X; Mercado, L; Manríquez E y Román, M. (1998). **Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas**. En: Revista psicológica y ciencia social. Vol. 2, Num. 1, 34-43

Marsellach, G. (1998). **La anorexia y la bulimia**. En: [www:\ La Anorexia y la Bulimia.htm](http://www.\ La Anorexia y la Bulimia.htm)

Morales, M. (2005). **Identificada la región del cerebro que regula los hábitos.htm**

Morado, A. (2005). **Las mujeres y sus cambios.htm**

Morel, D (1991); “Las familias creadoras” Argentina: Nuevas Visión; Cáp. 1

Nutrientes y Química Cerebral.htm

Powell (1985): La psicología de la adolescencia”; México: Fondo de Cultura Económica.

Rage, E (1997)“Ciclo vital de la pareja y la familia”; México: Plaza y Valdez, pp. 308

Saiter R. (1979); “¿Para qué la familia?”; Argentina: Kapelusz, 21-24

Saldaña, C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. España: Fundación Universidad-Empresa

Sky , M.(1996); “La vida emocional en la familia”; Argentina: Lugar editorial; 17-27

Solís, A. (2002). **La obesidad, un proceso emocional**. Lo corporal y lo psicosomático. México: plaza y Valdez, Tomo I, 93-103

Szamos, K. (1994). **Comer compulsivamente, como romper la esclavitud: laberinto hacia la libertad**. México: Alpe

Terra - Cómo superar la anorexia y la bulimia.htm

Toro, J. (2001). **Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario**. España: Psiquiatría Editores

Turner (1989). El cuerpo y la sociedad: Explicaciones en teoría social. México: Fondo de Cultura económica

Vázquez, R. (1998); “Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales con trastorno alimentario”: Revista psicología y ciencia social. Vol. 2, num. 1, pp 59

Van Den (1983); “Sistema de la familia humana”; México: Fondo de Cultura Económica, pp 30

Vírseda, J. (1995). **Autoimagen y alimentación. Un estudio preliminar**. En: Psicología Iberoamericana. Vol. 3, Num. 2, 35-39

Vi-E.htm