



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TALLER PARA PREVENIR ANOREXIA Y BULIMIA EN  
ADOLESCENTES DE EDUCACIÓN BÁSICA

T E S I N A  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:  
VANESSA HERNÁNDEZ RÍOS

DIRECTORA DE LA TESINA:  
LIC. MA. EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓNEZ



Ciudad Universitaria, D.F.

Enero, 2010



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.

El más grande agradecimiento a:

Dios, por darme la oportunidad de vivir, darme la mejor mamá del mundo, un padre responsable, un esposo amoroso, una hija sana y la fortaleza para concluir este trabajo; pero sobre todo, muchas gracias por cada día darme la oportunidad de ser mejor y agradecer todo lo que tengo.

Agradecimientos especiales a:

Mis padres, por dejarme ser parte de su vida, brindándome amor y atención a lo largo de mi existencia; sobre todo a mi mamá quien ha sido el más grande apoyo. Los amo infinitamente.

Mi pequeña Reni, por llegar a mi vida; tú eres el motor que me impulsa día a día a superarme y aspirar a una vida mejor. Te amo eternamente.

Mi esposo Rubén, por su comprensión e infinita paciencia, te amo.

Mis hermanos: Gerardo, Hugo y Naidín, por aceptarme y quererme tal cual soy, créanme que de cada uno he aprendido mucho. Los quiero mucho.

Los hijos que pueda tener en un futuro, porque el pensar que quizás lleguen ha sido motivante para mi superación.

Mi mejor amigo José Luis, por brindarme tu amistad incondicional, ser confidente, comprensivo y alentarme a terminar este trabajo ¡Eres un ser maravilloso! te quiero mucho.

Ivonne, por todos los bellos momentos vividos en la universidad, el aliento en los momentos difíciles y el compartir la aventura de ser psicólogas.

Agradezco a:

La Universidad Nacional Autónoma de México y a la Dirección de Educación Continua de la Facultad de Psicología por guiar mi trabajo y hacerlo posible con el gran orgullo de titularme en la UNAM.

Todos mis profesores desde la educación básica hasta la Universidad Salesiana, es un orgullo egresar de la misma.

La Mtra. Ma. Eugenia Gutiérrez, por su valiosa dirección, paciencia y apoyo compartiendo sus conocimientos.

Las sinodales, Lic. Aída A. Mendoza, Mtra. Laura Somarriba, Mtra. Ma. Cristina Heredia y Dra. Mariana Gutiérrez, por su tiempo en leer, corregir y hacer valiosas aportaciones a este proyecto.

Todas aquellas personas que de manera directa e indirecta me motivaron a titularme. ¡Mil gracias!

**Nuevamente todo el agradecimiento a Dios, sin él nada hubiese sido posible.**

# ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPITULO I      ADOLESCENCIA</b>	
1.1    Conceptos de Adolescencia.....	9
1.2    Teorías que hablan sobre la adolescencia.....	11
1.3    Etapas y cambios durante la adolescencia.....	13
1.4    La adolescencia como una etapa vulnerable.....	16
<b>CAPITULO II      ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA</b>	
2.1    Antecedentes Históricos.....	19
2.2    Conceptos de anorexia y bulimia.....	22
2.3    Clasificación de la anorexia y bulimia nerviosas.....	24
2.4    Etiología de la anorexia y bulimia nerviosas.....	26
2.5    Factores de riesgo.....	31
2.5.1 Biológicos.....	31
2.5.2 Psicológicos.....	33
2.5.3 Socioculturales.....	35
2.6    Criterio Diagnóstico.....	36
2.7    Características de la anorexia y bulimia nerviosas.....	41
2.8    Tipos de tratamiento.....	44
2.9    Consecuencias.....	49

### **CAPITULO III FACTORES PSICOSOCIALES EN EL DESARROLLO DE LA ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA**

3.1	La identidad y su relación con la anorexia y bulimia nerviosa.....	51
3.2	La imagen corporal y la anorexia y bulimia nerviosa.....	55
3.3	La autoestima en los trastornos de alimentación.....	58
3.4	Influencia de los medios de comunicación en la anorexia y bulimia nerviosa.....	64

### **CAPITULO IV PREVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN**

4.1	Definición de prevención.....	63
4.2	Tipos de prevención.....	63
4.3	Prevención primaria.....	64

### **CAPITULO V PROPUESTA**

1	Justificación.....	68
2	Población.....	69
3	Escenario.....	69
4	Evaluación.....	69
5	Materiales.....	69
6	Taller (carta descriptiva).....	70
<b>1</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>81</b>
<b>2</b>	<b>LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....</b>	<b>83</b>
<b>3</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>85</b>
<b>4</b>	<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

Los trastornos en la conducta alimentaria, específicamente anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, continúan extendiéndose de manera alarmante. Señalando como multifactoriales las causas que los originan y a los adolescentes la población de mayor riesgo debido a los diversos cambios físicos, psicosociales y cognitivos que enfrentan. Por lo que después de la familia, se sugiere como principal prevención, el aula educativa, la cual debe enfocarse a reafirmar la identidad, potenciar la autoestima, fomentar hábitos y actitudes saludables, apreciando las diferencias humanas como riqueza; orientar el concepto y percepción de belleza desde un cuerpo saludable (no excesivamente delgado), entre otros, lo cual se propone a través de un taller que trabaja en la prevención primaria de forma dinámica en nivel básico escolar, con la finalidad de impedir que continúe el abrumador incremento de los trastornos como la anorexia y bulimia nerviosas.

## INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas un sigiloso trastorno se ha ido extendiendo de manera alarmante, cada vez se presenta a una edad más temprana, afectando principalmente a los (as) adolescentes. Es un trastorno en la conducta alimentaria en el cual la obsesión por la perfección del cuerpo, está siempre presente, su proceso de gestación inicia cuando se ha experimentado rechazo social, fracaso que se atribuye al peso o simplemente existe algún grado de insatisfacción con la apariencia del cuerpo; esto ocurre porque en los últimos años ser físicamente delgado es uno de los principales objetivos de las sociedades modernas (Salas, 2005).

Dicho trastorno ha sido conocido desde la Edad Media en donde se presentaban conductas alimentarias desordenadas como el ayuno (abstenerse total o parcialmente de alimento) y los ágapes (ingesta excesiva de alimentos), seguidos por provocación de vómito para continuar la ingesta; conductas, en donde abstenerse de alimento resultaba un factor de control y mismas que a las puertas del siglo XXI han tomado mayor popularidad, transformando el ayuno permanente, en símbolo de belleza (Salas, 2005).

Los jóvenes, motivados por impuestos estereotipos de perfección, tendencias de moda y aceptación, se ven intensamente atraídos por experimentar esa vida perfecta y exitosa que representan modelos a través de su esbelto físico y aunque el desear una imagen perfecta no implica tener una enfermedad mental, si es una conducta de riesgo que puede favorecer padecerla. Otro detonante según la Organización Mundial del Trabajo y del Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas para la Mujer (2007), es la existencia de prácticas discriminatorias en centros de trabajo, toda vez que se exige determinada imagen y talla como requisito para ser contratados en diversas labores, lo cual ha llevando especialmente a las mujeres a tomar decisiones como “hacer dieta estricta” por conseguir una figura más que delgada y así obtener dicha admisión.

Socialmente, la discriminación al “gordo” es frecuente, ya que al estar obeso, con algunos kilos de más o sencillamente alejado de los estándares de moda, representa entre los adolescentes vergüenza; ser motivo de bromas y burlas; incluso en el ámbito educativo se limita la participación de niños o jóvenes con sobrepeso en eventos cívicos, deportivos y/o artísticos que se realizan en el colegio; acciones que en gran medida motivan el iniciar un trastorno de alimentación.

Los trastornos en la alimentación se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, específicamente la anorexia nerviosa implica el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales en cuanto a edad y talla, y la bulimia nerviosa consiste en episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o ejercicio excesivo (DSM-IV-TR, 2002).

La anorexia nerviosa y bulimia nerviosa tienen diversos detonantes entre los cuales encontramos factores genéticos, socioculturales, individuales, familiares, etc.; los cuales se apreciarán durante el presente trabajo haciendo énfasis en el bombardeo constante de medios de comunicación, mismos que de manera directa e indirecta fomentan la cultura de la extrema delgadez.

El problema es tan severo que la Organización Mundial de la Salud (2009) clasificó estos desequilibrios como trastornos mentales y de comportamiento como particularmente peligrosos, pues 15% de los pacientes a nivel mundial muere tras prolongados periodos de privación de alimento. Los trastornos de alimentación llegan a convertirse en padecimientos crónicos e irreversibles dejando secuelas que afectan la capacidad de adaptación, relación laboral, familiar y social.

En México, de acuerdo con la Secretaría de Salud las cifras van en aumento. En los últimos 10 años, se ha contabilizado más de un millón de casos de anorexia y bulimia de los cuales 3% fallecen por desnutrición y 57% nunca se cura. El 90% son mujeres entre los 13 y 18 años, sin embargo, peligrosamente la edad va descendiendo hacia niñas menores, de entre siete y nueve años; aunado a esto la

Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa (2007), reveló que en el Distrito Federal 87% de los adolescentes están obsesionados con su peso.

Resulta abrumador que cada vez más jóvenes, incluso niños, formen parte de un grupo que comparte varios síntomas en común, entre los que destacan desear una imagen corporal perfecta y distorsionar la realidad frente al espejo, misma que lleva a presentar graves problemas fisiológicos e incluso fallecer por exagerados cambios en su alimentación; cuestión que se ha transformado en un problema de salud pública, por lo que el rol que cada uno debe adoptar es de prevención y promoción de hábitos alimenticios saludables, evitando que los estereotipos de belleza actuales y rechazo social a la obesidad femenina sean un impulso infrenable por estar delgadas a costa de limitaciones inverosímiles al comer, afectando gravemente la salud (Citado en Gamboa, 2001).

Al ubicar como población en riesgo a los jóvenes, en el Capítulo I se revisan diversos conceptos de adolescencia, teorías sobre la misma y los principales cambios físicos, cognitivos y psicosociales que esta implica y que sin duda nos conduce al por qué de la vulnerabilidad del adolescente ante los trastornos de la conducta alimentaria.

El Capítulo II permite conocer todo lo relacionado a los trastornos en la alimentación: antecedentes de ambos trastornos, conceptos y modificaciones de los mismos a lo largo de la historia, hasta llegar a la clasificación en tipos de anorexia: restrictiva y no restrictiva, y tipos de bulimia: purgativo y no purgativo.

Posteriormente y como apoyo en enfoques como el psicoanálisis, el conductismo, sistémico y diversos autores, se expone que la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa no responden a un origen único, sino que dependen de diversos factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de los trastornos de alimentación. Los criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa que se presentan están instituidos por la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales CIE-10, (1992) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales DSM-IV-TR (2002). Posteriormente se describen diversas

características físicas, psicológicas y del comportamiento que presentan quienes son afectados por mencionados trastornos. Se exponen diferentes tipos de tratamientos con diversos enfoques y para concluir el capítulo, se muestra un cuadro que expone las consecuencias físicas y psicológicas de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

A partir de los ya mencionados factores biológicos, psicológicos y socioculturales que influyen en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, el Capítulo III permite identificar de manera más específica, el por qué de la estrecha relación que existe entre problemas de identidad, imagen corporal, baja autoestima e influencia negativa de los medios de comunicación como agentes que denotan o mantienen la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

El Capítulo IV permite conocer la definición y tipos de prevención, señalando la prevención primaria como la idónea contra los trastornos en la conducta alimentaria; misma que se explica, destacando lo urgente y primordial del trabajo preventivo y constante, ya que como enfermedades devastadoras, la anorexia y bulimia nerviosas deben detenerse.

Por consiguiente en el Capítulo V se describe una propuesta, que consistió en la elaboración de un taller titulado: “Prevención de la anorexia y bulimia nerviosas” y el cual es dirigido para adolescentes de 5° y 6° de educación primaria con la finalidad de prevenir los trastornos en la conducta alimentaria, mismo que se desarrolla en 10 sesiones que constan de dos horas cada una, bajo un esquema de trabajo dinámico, individual y en equipo que promueve de forma general información acerca de los trastornos de la conducta alimentaria a la par del fortalecimiento de la autoestima.

Para finalizar, se exponen las conclusiones, limitaciones y sugerencias que se han derivado del presente trabajo, el por qué del interés en la temática y el papel de la psicología en la prevención de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, haciendo énfasis en que los mencionados trastornos deben atacarse desde todas las áreas sociales.

# CAPITULO I

## ADOLESCENCIA

*"La crisis necesaria"(Menéndez).*

## 1.1 Concepto de adolescencia

Hacia la primera parte del siglo XIX se elaboró el concepto moderno de "adolescencia", definiéndola como un fenómeno biológico y enfocando como objeto de estudio la clase media occidental. En 1904 se publicó el clásico tratado *Adolescencia, su psicología y su relación con: la fisiología, sociología, sexo, crimen, religión y educación*, del psicólogo G. Stanley Hall. Esta obra inspiró a toda una generación de profesionales y legitimó a la adolescencia como una etapa que requiere estudio y atención. A mediados del siglo XX nació el interés por la medicina de la adolescencia, orientada a la prevención. La investigación produjo información acerca de este periodo del desarrollo humano.(Silber, 1997).

A través del tiempo las definiciones de adolescencia han cambiado, antiguamente se le asociaba a una etapa de transición desde la irresponsabilidad hasta la responsabilidad, actualmente se enuncia para hacer referencia al período entre la infancia y la edad adulta y en la cual además de finalizar un desarrollo físico dejando atrás el cuerpo infantil, construyen su propia personalidad (Delval, 1996).

Con la finalidad de tener un amplio concepto sobre lo que implica la definición adolescencia y su perspectiva teórica, se citará a diversos autores, mismos que han destacado gracias a sus aportaciones respecto al tema.

La entrada en la adolescencia está marcada por el pasaje de la etapa llamada "de latencia" a "la pubertad" o "adolescencia temprana" y la última de ellas es la denominada "adolescencia tardía o prolongada" por Bloss, Aberastury (1937), entre otros.

Anna Freud (1946) consideraba los años adolescentes como más importantes para la relación del carácter. Los cambios glandulares que producen los cambios fisiológicos también afectan el funcionamiento psicológico. La libido, energía básica que abastece el impulso sexual vuelve a despertarse. Los conflictos resultantes causan ansiedad, así como posibles temores y síntomas neuróticos, que ponen de manifiesto defensas de represión, negación y desplazamiento (Citado en Poinso, 1976).

Eric Erikson (1950, 1965, 1968) identificó la adolescencia como una crisis de identidad en oposición a confusión de papel. El rápido crecimiento del cuerpo y la nueva maduración genital evidencian ante los jóvenes su inminente adultez, y los hacen interrogarse acerca de sus papeles en la sociedad adulta. La tarea más importante de la adolescencia es descubrir "Quién soy yo". Un aspecto significativo de esta búsqueda de identidad es la decisión por parte de los jóvenes de seguir una carrera (Citado en Stierlin, 1979).

La adolescencia es una etapa de transición que no tiene límites temporales fijos. Ahora bien, los cambios que ocurren en este momento son tan significativos que resulta útil hablar de la adolescencia como un periodo diferenciado del ciclo vital humano. Este período abarca desde cambios biológicos hasta cambios de conducta y status social, dificultando precisar sus límites de manera exacta (Hamel y Cols, 1985).

Petersen (1985) define en principio la adolescencia como un fenómeno biológico. La primera adolescencia se caracteriza por la pubertad, el largo proceso biológico que transforma al niño inmaduro en una persona madura sexualmente. (Citado en Coleman, 2003). Conceptos que comparten (Phillippi, 1995 y Papalia, 1997) cuando definen la adolescencia como el principio de los cambios fisiológicos que desembocan en plena maduración de los órganos sexuales, la capacidad de relacionarse sexualmente y procrear.

La adolescencia es una etapa distinta y trascendental en el desarrollo humano, la cual hay que vivirla de la forma más "sana" posible, para que de esta manera, se pase a la adultez de una forma óptima (Marquen, 1995).

Así, la adolescencia es el resultado de la interacción de los procesos de desarrollo biológico, mental, emocional y social de las personas, de las tendencias socioeconómicas y de influencias culturales específicas. Este conjunto genera los patrones de conducta de los adolescentes; es el producto de un aprendizaje socialmente condicionado a través de la cultura, sobre una base biológica, y sometido a las restricciones surgidas de otros aspectos sociales, como la economía local. Parte de este aprendizaje se refiere al desarrollo de las percepciones y conductas relacionadas con la salud y la enfermedad (Maddaleno, 1995).

## **1.2 Teorías que hablan sobre la adolescencia**

Los teóricos consideran la adolescencia en sus estudios, determinando cuáles son las características más predominantes en esta etapa del desarrollo, por lo que se incluyen algunas teorías y sus perspectivas.

- 1 Teoría psicoanalítica de Freud: La adolescencia es considerada como un período en el que existe una acentuada vulnerabilidad de la personalidad, debida primordialmente a la fuerza de las pulsiones que surgen durante la pubertad. La teoría psicoanalítica tiende a proporcionar un cuadro coherente de la sexualidad del niño, sean las que fueren las vicisitudes del ambiente, y considera el proceso del desarrollo como una interacción dinámica entre las necesidades y las pulsiones inherentes al individuo y las fuerzas ambientales, bajo las formas de las normas sociales. Con la etapa genital comienza la pubertad y surge la adolescencia hasta la adultez, en la cual hay un surgimiento de los deseos sexuales y agresivos. El impulso sexual, el cual antes era autoerótico, se busca satisfacer a partir de una interacción genuina con los demás. Freud creía que los individuos maduros buscan satisfacer sus impulsos sexuales sobre todo por la actividad genital reproductora con miembros del sexo opuesto (Aguirre, 1994).

- 1 Teoría de la adolescencia de Erikson: Para Erikson la adolescencia es una crisis normativa, es decir, una fase normal de incremento de conflictos, donde la tarea más importante es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles, lo cual explica en la etapa número cinco del desarrollo “identidad frente a confusión de papeles” (Marquez, Phillippi, 1995).
- 2 Escuela de Ginebra. Piaget: Este autor señala la importancia del cambio cognitivo y su relación con la afectividad. El importante cambio cognitivo que se produce en estas edades genera un nuevo egocentrismo intelectual, confiando excesivamente en el poder de las ideas. Es la etapa de las operaciones formales, pensamiento abstracto e independencia del medio que le rodea (Marquez, Phillippi, 1995).
- 3 Teoría de Elkind: Como autor de orientación piagetiana, habla de dos aspectos de ese egocentrismo adolescente: “la audiencia imaginaria”, que es la obsesión que tiene el adolescente por la imagen que los demás poseen de él, la creencia de que todo el mundo le esta observando; y “la fábula personal” que es la tendencia a considerar sus experiencias como únicas e irrepetibles (Coon, 2004).
- 4 Teoría focal de Coleman: Este autor toma a la adolescencia como crisis, si bien los conflictos se dan en una secuencia, de tal forma que el adolescente puede hacerle frente y resolver tantos conflictos sin saturarse. El período de la adolescencia tiene como características fundamentales la búsqueda de sí mismo, de identidad y auto-concepto; los cuales se forman y desarrollan a partir de las concepciones que acerca de sí mismo tienen personas, grupos e instituciones y va asimilando todos los valores que constituyen el ambiente social (Coleman, 2003).
- 5 Teoría de Maslow: La adolescencia es el inicio a la madurez reproductora, se busca y consolida la identidad donde el grupo de iguales ayuda al desarrollo de autocontrol y el egocentrismo se hace presente en algunos comportamientos (Santiago, 2003).

Se resume que la adolescencia es el período de crecimiento físico y psicosocial que marca la transición entre la infancia y la vida adulta, de la dependencia a la autonomía, de adaptación a uno mismo y a los demás; la adolescencia se inicia con la pubertad y termina cuando el individuo alcanza la completa madurez física, psíquica y social.

### **1.3 Etapas y cambios durante la adolescencia**

La madurez de los adolescentes implica cambios físicos que señalan el final de la niñez como el repentino crecimiento, el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de espermatozoides en los varones, la maduración de órganos reproductores y el desarrollo de las características sexuales secundarias; por otro lado cambios que implican aspectos psicológicos, intelectuales y sociales como la iniciación al pensamiento formal, el egocentrismo, construcción de una identidad, elaboración de códigos de ética propios, entre muchos otros.

En la adolescencia se consolida la identidad psicológica, sexual y social. El desarrollo de los diferentes aspectos no siempre es uniforme, un adolescente de 13 años puede tener el desarrollo físico de uno de 18 años, pero el desarrollo intelectual de 11 años, aunque debido a su crecimiento físico su desarrollo social es probable que sea de 16 años (Blue, 1995, citado en Monroy, 2002).

La Organización Mundial de la Salud define el período de adolescencia como la etapa entre los 10 y 19 años de edad, considerando el período que va de los 10 a 14 años como adolescencia temprana vinculada al inicio de la pubertad, y de 15 a 19 años como adolescencia tardía.

Con el objetivo de tener un amplio panorama sobre algunas de los cambios que se presentan durante la adolescencia, el cuadro 1, permite observar la información de dicho período de manera organizada en cuanto a características físicas, psicosociales y cognitivas; para lo cual se divide la adolescencia en: adolescencia temprana y adolescencia tardía.

Cuadro 1

## Principales cambios durante la adolescencia

Principales cambios	Adolescencia temprana (de los 10 a 14 años)
<b>-Físicos (niñas)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Crecimiento de los senos.</li> <li>*Crecimiento del vello púbico.</li> <li>*Crecimiento del cuerpo.</li> <li>*Intensa actividad hormonal.</li> <li>*Maduración del órgano reproductor.</li> <li>*Menarquia.</li> <li>*Vello axilar.</li> <li>*Aumento de la producción de glándulas sebáceas y sudoríparas.</li> <li>*Desarrollo en el órgano sexual.</li> </ul>
<b>- Físico (niños)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Crecimiento de los testículos y el saco escrotal.</li> <li>*Crecimiento del vello púbico.</li> <li>*Crecimiento del cuerpo.</li> <li>*Crecimiento del pene, próstata, las vesículas seminales.</li> <li>*Cambio de voz.</li> <li>*Intensa actividad hormonal.</li> <li>*Maduración del órgano reproductor.</li> <li>*Primera eyaculación de semen.</li> <li>*Vello facial y axilar.</li> </ul>
<b>- Psicosociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Egocentrismo.</li> <li>*Tendencia a imitar estereotipos.</li> <li>*Preocupación por la imagen corporal.</li> <li>*Gran intensidad de emociones y sentimientos.</li> <li>*Necesidad de seguridad.</li> <li>*Influído por miembros de familia, profesores y especialmente compañeros.</li> <li>*Tendencia a la desorganización.</li> <li>*Se acentúan conflictos con hermanos.</li> <li>*Desproporción entre el sentimiento y la expresión.</li> <li>*Manifestaciones externas poco controladas (nervios, muecas, gestos, y gritos espontáneos).</li> <li>*Las niñas se muestran interesadas en las amistades, la familia y el aspecto emocional.</li> <li>*Cambios de humor repentinos.</li> <li>*Tendencia a la separación chicos y chicas.</li> <li>*Gran curiosidad por todo lo relacionado a la sexualidad.</li> <li>*Comienza a fijarse metas y objetivos propios.</li> <li>*Eligen amigos con mismos gustos y aficiones.</li> </ul>
<b>- Cognitivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*No confunde lo real con la imaginación on la imaginación.</li> <li>*Resuelve problemas lógicamente sí se enfocan en el aquí y el ahora.</li> <li>*Capacidad para acumular grandes conocimientos y aplicar nuevos conceptos.</li> <li>*Comienza a usar términos abstractos, análisis, síntesis, etc.</li> </ul>
Principales cambios	Adolescencia tardía (de 15 a 19 años)
<b>- Físicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Durante esta etapa llegan a su altura y peso adulto.</li> <li>*Se alcanza la madurez en los órganos reproductores.</li> </ul>
<b>- Psicosociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Consolida su identidad.</li> <li>*Se intensifica la preocupación por la imagen corporal.</li> <li>*Las amistades entre chicos y chicas suelen ser más frecuentes.</li> <li>*La influencia entre los amigos suele ser clave en el desarrollo de la identidad.</li> <li>*Necesidad de seguridad (estima de sí, habilidades, integridad física, económica, status en la familia y grupo).</li> <li>*Necesidad de independencia.</li> <li>*Necesidad de experiencia.</li> <li>*Determinan el propio sentido de sí mismo.</li> </ul>
<b>- Cognitivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Madurez en el pensamiento lógico formal, por lo que es más objetivo y racional.</li> <li>*Mayor capacidad para pensar de forma abstracta e hipotética sobre el presente y el futuro.</li> <li>*Necesidad de integración.</li> <li>*Mayor contacto con la sociedad y mayor conciencia con los demás.</li> <li>*Oscilación entre excitación y depresión, sociabilidad e insociabilidad, confianza y desconfianza.</li> </ul>

#### **1.4 La adolescencia como una etapa vulnerable**

La adolescencia es un período de gran vulnerabilidad durante la cual los púberes comienzan a estar expuestos a mayores riesgos, quizá sea la etapa de la vida que más se requiera de adultos dispuestos a escuchar, contenedores y estables; ya que el ritmo acelerado de vida constantemente aleja los tiempos de comunicación familiar, que frecuentemente son la oportunidad para hablar sobre problemas, dudas y cuestionamientos necesarios para los adolescentes, promoviendo así la reflexión.

La labor que enfrentan los adolescentes no es nada fácil, comienzan a sentirse parte del mundo adulto cuando aún no tienen las herramientas necesarias para integrarse en él y con frecuencia es poco alentador escuchar de los mayores quejas continuas del ámbito que les tocó vivir; llenándolos de angustias y miedos

Durante la adolescencia muchos chicos suelen sentir que viven al borde de quedarse sin nada; lo que puede resultar en una gran aflicción que sobrellevan desvalorizando y atacando lo que temen perder, como una manera de disminuir su valor, evitando así el dolor de la pérdida.

Los cambios que se presentan en la adolescencia son bastante significativos ya que son el punto de partida para definir los sentimientos de confianza en sí mismo. La obsesión de una imagen aceptada y creada a partir de lo que los demás piensan sobre la misma, tiene gran influencia sobre las futuras conductas a practicar, con el objetivo de conseguir la aprobación social; de ahí radica la importancia de sobrellevar con éxito dicha etapa, lo cual se pronostica será más sencillo si se cuenta con el apoyo de la familia, profesores, medios de información y sociedad en general (Vernieri, 2006).

A partir de indicadas referencias, los jóvenes conceptualizan la apreciación que se tiene sobre sí mismo, desarrollando el auto-concepto, por ello la adolescencia representa un período bastante sensible y expuesto a influencias

del medio ambiente. El adolescente se juzga a si mismo de igual manera como es percibido por otros, y tiende a compararse guardando con frecuencia sentimientos preocupantes que en la mayoría de los casos modifican su conducta. Cada vez a más corta edad, comienzan con dietas estrictas, entrenamiento físico y una extrema preocupación por el cuidado del peso corporal, lo cual se empieza a reflejar al inicio de la pubertad, mayoritariamente al acercarse eventos importantes como el término de la educación primaria y la fiesta de quince años; es ahí cuando comienzan a restringir exageradamente el consumo de alimentos (Shaffer, 2000).

Basándose en el concepto de fabula personal, el cual consiste en la sensación del adolescente de que es especial e invulnerable, realizan conductas de riesgo creyendo que las consecuencias más probables de dichos comportamientos no pueden sucederles a ellos, por tal motivo están expuestos a caer en diversas prácticas peligrosas como lo son los trastornos de alimentación (Buis y Thompson, 1989, citados en Craig y Baucum, 2001).

Como se menciona anteriormente para autores como Erikson la adolescencia es un período de incremento de conflictos, donde la tarea más importante es construir una identidad, mientras autores como Piaget señala que el importante cambio cognitivo que se produce en estas edades genera un nuevo egocentrismo intelectual, apoyando la noción de que los adolescentes tienen una gran necesidad de reconocimiento, asegurando así, un concepto positivo de ellos mismos y la preocupación por el físico o bien una imagen corporal aceptada es el objetivo principal, por ello se dice que son más vulnerables a influencias socioculturales. La necesidad de ser especial necesariamente requiere de un aspecto dotado de belleza asegurando así una reacción positiva en los demás (Coleman, 1985).

Durante la adolescencia los cambios fisiológicos obligan a revisar y rehacer la imagen del propio cuerpo. La preocupación por el propio físico pasa a primer plano, el adolescente tiene una enorme necesidad de reconocimiento por parte de los otros, necesita ver reconocida y aceptada su identidad por quienes le rodean especialmente por las personas que son significativas para él, y es tal reconocimiento y aceptación lo que asegura un concepto positivo de sí mismo (Phillippi, 1995).

## CAPITULO II

# ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

*"Los fantasmas del espejo" (Carlos Cuauhtémoc S.)*

## 2.1 Antecedentes Históricos

Desde la Edad Media existen antecedentes sobre la anorexia, época en que las mujeres, siguiendo un modelo de religiosidad, comían muy poco, convencidas que era una forma para desprenderse de sus lazos terrenales e intensificar su espiritualidad. Restringir el consumo de alimentos era sólo una forma de auto-sacrificio entre muchas otras. Es así como en la Edad Media en la vida de algunas santas como Verónica Giuliani, (siglo XIV), fue considerada como una mujer virtuosa dedicada a Dios, quién le había concedido la gracia de no comer; la santa de Wilgefortis, hija del rey de Portugal, que ayuno y rezó a Dios rogándole le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres. Las monjas seguidoras de San Jerónimo se imponían un ayuno voluntario hasta estar tan delgadas que perdían su menstruación. Un ejemplo histórico es el de una monja carmelita que solo comió hostia de la Eucaristía durante 7 años. También la Princesa Margarita de Hungría murió de inanición intencionada (Fendrik, 1997, citado en Yosifides, 2006).

Los trastornos más frecuentes de la conducta alimentaria son la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, mismos que a través del tiempo han sido nombrados de diferente forma entre las cuales destaca la primera descripción de anorexia, por el Dr. Morton en 1689 como “consunción nerviosa”, posteriormente Whytt 1767 la define como “atrofia nerviosa.” Naudeau (1769) y Briquet (1859) consideran la anorexia como un tipo de histeria; donde el Dr. Freud completó el cuadro clínico describiendo dicho trastorno como “neurosis histérica” y finalmente Marce, en 1860, muestra un modelo de esta enfermedades su libro titulado “Nota sobre una forma de delirio hipocondríaco,” caracterizado principalmente por el rechazo alimentario. (Holtz, 1995).

Antes de mediados del siglo XIX ya se conocían reportes históricos de mujeres que ayunaban y morían tras un estado de inanición, pero un componente básico que diferenciaría tal comportamiento de la anorexia nerviosa es que los ayunos fueran motivados por un terror mórbido a engordar.

La enfermedad fue formalmente identificada de forma simultánea, por el Dr. Charles Lassegue en Francia, denominándola “anorexia histérica” y por el Dr. William Gull en Inglaterra (1874) quien utilizó por primera vez la expresión de “anorexia nerviosa” (Holtz, 1995).

El miedo anormal a volverse obeso aparece claramente en 1875 en el estudio de Worthington y en 1890 en el de Charcot quien describe la expresión de su paciente: “prefiero morir de hambre antes de volverme tan obesa como mi madre” a lo que Charcot definió como la fuerza motivante y el síntoma constitutivo de la anorexia nerviosa (Holtz, 1995).

A partir de los años 30 la anorexia nerviosa pasa a estudiarse principalmente desde el punto de vista psicológico. En 1939, John Ryle fue el primero en predecir el incremento posterior de la anorexia nerviosa mediante la interacción entre la notable emotividad de los jóvenes y la popularización de la moda de la delgadez, por lo que la anorexia comienza a relacionarse con diversos síntomas como la distorsión de la necesidad nutricional, seguida de un trastorno psíquico con respecto al imagen corporal, repudio a la sexualidad, con el deseo de permanecer en la adolescencia evitando así la madurez (Toro, 1996).

Farguharsan (1938), M.Cullagh (1940), Stephens d’Emmanuel (1956) por ciertas constataciones anatomo-patológicas, sobre todo Kylin (1937), parecían justificar el origen hipofisiario de la anorexia nerviosa. Sin embargo, los tratamientos hormonales serían ineficaces (Universidad Iberoamericana, 2008).

En los años 60's las explicaciones psicopatológicas profundas se basaron en el modelo de la neurosis, se reconocieron nuevos métodos, la farmacoterapia y variantes psicoterapéuticas; el diagnóstico se precisó y diferencio de otros tipos de anorexia, así a partir de ese momento y hasta la actualidad, existen diversos abordajes explicativos y terapéuticos del trastorno (Guillemot y Laxenare, 1994).

En lo que respecta a la bulimia existen reportes de cómo antiguamente los romanos preparaban enormes banquetes conocidos como bacanales, en honor al Dios Baco, en los cuales se ingerían grandes cantidades de comida, para luego provocarse el vómito y reiniciar el atracón (Portal, 1998).

En 1955 Stunkard, Grace y Wolf (citados en Holtz, 1992) fueron los primeros en describir la bulimia en pacientes obesos, llamándola "síndrome de alimentación nocturna". A partir de la observación de la bulimia en pacientes anoréxicas, obesas y de peso normal, se le diferenció a ésta como un síndrome aparte.

Fue a finales de los años 70 cuando fue nombrada como "bulimarexia" y es en 1980 cuando es mencionada por primera vez como bulimia, finalmente en 1987 adopta el término de "bulimia nerviosa," ambas son consideradas por la Organización Mundial de la Salud como trastornos mentales y del comportamiento, siendo característica principal un miedo intenso a ganar peso y la alteración de la percepción en cuanto a forma y peso corporal (Aguirre, 1994).

Posteriormente aparecieron numerosos reportes en Estados Unidos y Europa definiendo la bulimia como síntoma de anorexia, separándose ambos conceptos con la edición de DSM-III (1980).

Los trastornos de la conducta alimentaria vienen desde tiempo atrás. Estas no son enfermedades nuevas, ni recientes. Hoy en día son consideradas enfermedades psiquiátricas con ciertos síntomas específicos y se reconocen como anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Esto no quiere decir que hace años no se presentaran casos de estos desordenes alimentarios. La cuestión es que hace años los síntomas eran los mismos de hoy en día pero el nombre como tal aún no era reconocido. Actualmente es cuando se puede asociar los síntomas del pasado con los del presente, pues con el paso del tiempo adquirieron características propias, hasta llegar a la actualidad en que se transformo en un trastorno estudiado y tratado por la medicina.

## **2.2 Conceptos de anorexia y bulimia**

- **Anorexia**

El término anorexia proviene del griego *a-/an-* (negación) + *orégo* (tender, apetecer). Es un síntoma frecuente en multitud de enfermedades y situaciones fisiológicas consistente en la disminución del apetito, lo que puede conducir a una disminución de la ingesta de alimentos.

En un sentido etimológico, anorexia quiere decir “falta de apetito,” aunque lo cierto es que, al menos en un principio la anoréxica sí tiene hambre (Tinahones, 2003).

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando edad y talla, cuya característica esencial es un miedo intenso a ganar peso y la alteración de la forma y el peso corporales. El término anorexia es equívoco, porque es rara la pérdida de apetito. (DSM-IV, 1994).

La Organización Mundial de la Salud (2007) define a la anorexia nerviosa como un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida intencionada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor

frecuencia en adolescentes y mujeres jóvenes, aunque los varones no quedan exentos.

De acuerdo a la American Psychological Association (APA, 2002) la anorexia consiste en el rechazo a mantener un peso mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.

Toro (1996) define la anorexia nerviosa como “un trastorno del comportamiento alimenticio caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar” (pág.7).

Turón la define como el trastorno alimentario que afecta mayoritariamente a mujeres prepúberes o adolescentes, pero también en menor medida a mujeres adultas y varones jóvenes. Se caracteriza por un deseo de pesar menos, cada vez menos; intenso miedo a la gordura-obesidad, y un peculiar trastorno del esquema corporal, que les hace verse más gruesos(as) de lo que están en realidad (Citado en Sandoval, 2002).

La anorexia nerviosa se trata de una alteración de la conducta alimentaria que revela un problema psíquico (Tinahones, 2003).

- **Bulimia**

La OMS (2007) define la bulimia como el síndrome caracterizado por episodios repetidos de atracones de comida y una excesiva preocupación por el control del peso, que conduce a comer demasiado y posteriormente vomitar o tomar purgantes o laxantes.

Bulimia significa “ingestión voraz” y representa un trastorno en el que los atracones de comida (ingestión de gran cantidad de comida de forma episódica, rápida y sin control) son la conducta predominante, seguidos de un vómito autoinducido (Hales, 2008).

Los trastornos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa se entrelazan compartiendo muchos rasgos característicos psicológicos como una excesiva preocupación por la silueta y el peso corporal.

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o ejercicio excesivo; una de las características fundamentales de dicho trastorno es la alteración de la percepción y la forma del cuerpo (DSM-IV, 1994).

## **2.3 Clasificación de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa**

- **Anorexia nerviosa**

De acuerdo al DSM-IV, existen 2 subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa; logrando así dividir la anorexia nerviosa en restrictiva o compulsiva/purgatoria.

- Tipo restrictivo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones o purgas.
- Tipo compulsivo/purgatorio: Es cuando el individuo recurre regularmente a atracones y/o purgas. La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después

de ingerir pequeñas cantidades de comida. La mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

De acuerdo a Toro (1996) existen 2 tipos de anorexia:

1) La anorexia donde verdaderamente existe una falta de apetito debido a problemas físicos, que suelen acompañarse de síntomas y signos específicos o inespecíficos.

2) La anorexia nerviosa o mental de origen psicológico y donde se describen los 2 subtipos:

a) Primaria: donde la principal característica es una imagen corporal distorsionada con percepciones erróneas sobre el propio cuerpo, incapacidad para identificar los estados de necesidad (hambre) y sensación de impotencia ante sentimientos y acciones que no emanan del propio “yo” sino de la demanda externa.

b) Secundaria: La característica esencial es una pérdida de peso de origen psicógeno, no buscada directamente por el paciente.

- **Bulimia Nerviosa**

Se emplean los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimentos durante los atracones (DSM-IV, 1994).

- Tipo purgativo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

- Tipo no purgativo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

## **2.4 Etiología de la anorexia y bulimia.**

Actualmente no existe un origen único para la anorexia nerviosa, o bulimia nerviosa, ya que son variadas las causas que la originan. “Algunos expertos creen que esta enfermedad se origina en las altas demandas de la familia y la sociedad; el ciclo destructivo comienza con la presión que el individuo siente por ser delgado y atractivo. Podríamos decir entonces que su problema es el resultado de una baja autoestima” (Martínez, 2009, pàg.557).

Otras investigaciones señalan que la anorexia nace a raíz de otro problema que con frecuencia se desarrolla en cierto tipo de familias disfuncionales, ya observadas anteriormente en casos de pacientes anoréxicos; en ellas, los miembros se vuelven tan interdependientes que no pueden alcanzar su identidad como seres individuales. Parte de esta disfunción se traduce en un miedo a crecer por parte de los niños de la familia; entonces, especialmente las niñas, comienzan una dieta para evitar que sus cuerpos se desarrollen (Sargadoy, 2002).

El psicoanálisis clásico consideraba la histeria como una forma de expresar el repudio a la sexualidad y que en la actualidad bien puede equivaler a la anorexia-bulimia, ya que tanto la histeria como los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por la represión, restricción, renuncia a deseos, placeres básicos, grados variables de manipulación interpersonal o se hallan asociados para atraer la atención o preocupar a otros (Chinchilla, 2003).

El psicoanálisis contemporáneo considera que lo que aparenta ser un problema de desagrado en la propia imagen, atribuido a la comida, es un problema

de origen emocional, el cual debe dicho inició a la relación madre-hija, resistencia a la pérdida por el cuerpo infantil, abuso sexual, madres con personalidad dominante, controladoras, perfeccionistas, etc.(Gracia, 1996).

Autores como Bruch (1971), Palazzoli (1978), Bemporad y Ratey (1985); evidencian rasgos psicológicos constantes y comunes entre la chica con anorexia y sus madres: baja autoestima y rigidez. A menudo está casada con un hombre que es incapaz de darse a sí mismo, al igual que su esposa es incapaz de valorarse a sí misma. El marido, incómodo con la dependencia de las mujeres, suaviza su desconfianza en ellas, devaluándolas y exigiendo lealtad incuestionable y cuidados. Frecuentemente, las demandas se encubren bajo una actitud de auto-sacrificio y esfuerzo desmedido. Las necesidades de ambos padres están entonces ocultas tras un aparente atención a los demás (Citados en Gordon y Col., 1989).

Posteriormente los modelos neopsicodinámicos y sistémicos apoyan como causa de los trastornos de la conducta alimentaria, los problemas de comunicación desde edades tempranas; madres perfeccionistas que sobrevaloran el éxito académico, sobre-protectoras, entre otros (Chinchilla, 2003).

El enfoque conductual propone que los trastornos de alimentación se deben al inicio de conductas como el empezar una dieta, misma que se refuerza al obtener los resultados esperados y se castiga al no obtenerlos, al restringir el alimento, hacer ejercicio excesivo o vomitar. En relación a esto, en un estudio realizado por Patton y colaboradores (citados en Neumark-Sztainer, 1995) se encontró que el riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación era ocho veces mayor para personas que hicieron dieta en comparación con las que no, en un período de un año.

Para autores como Lucas (1981), la anorexia nerviosa es un factor multifactorial, modelo que siendo válido en la actualidad, interviene la predisposición genética, biológica individual, influencia familiar y el conflicto intrapsíquico personal, así como las influencias y expectativas que crea la sociedad, determinando de forma conjunta un cambio en la personalidad del paciente y la instauración de un régimen dietético.

De igual forma Toro y Vilardell en 1987 mencionan que la etiología no solo de la anorexia y bulimia nerviosa, sino de cualquier enfermedad, va más allá de investigar la causa de la misma, ya que no solo el conocimiento de los agentes patógenos es importante, también la comprensión de los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes o de mantenimiento, mismos que se exponen a continuación (cuadro 2), y se definen como:

\*Factor predisponente: elementos que aumentan el riesgo de que una enfermedad se haga presente. Puede ser de naturaleza biológica, psicológica o sociocultural.

\*Factor precipitante: elemento que causa o que contribuye a la producción de una enfermedad.

\*Factores perpetuantes: son condiciones o estresantes que causan que una enfermedad se quede allí, a pesar de los intentos de tratarla. Los factores perpetuantes pueden ser conductuales, como una postura. Pueden ser bioquímicos, como una nutrición inadecuada. También pueden ser mecánicos, como zapatos que sientan mal. Algunos de estos factores perpetuantes también pueden ser factores agravantes o de inicio (Toro y Villardell, 1987).

**Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de la anorexia nerviosa.**

Cuadro 2

Factores predisponentes	Factores precipitantes	Factores perpetuantes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores genéticos.</li> <li>• Edad 13-20 años.</li> <li>• Sexo femenino.</li> <li>• Trastorno afectivo.</li> <li>• Introversión/inestabilidad.</li> <li>• Sobrepeso en la pubertad y adolescencia.</li> <li>• Nivel social medio/alto.</li> <li>• Familiares con trastorno afectivo.</li> <li>• Familiares con adicciones.</li> <li>• Familiares con trastornos de la ingesta.</li> <li>• Obesidad materna.</li> <li>• Valores estéticos dominantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios corporales.</li> <li>• Separaciones y pérdidas.</li> <li>• Rupturas conyugales del padre.</li> <li>• Contactos sexuales.</li> <li>• Incremento rápido de peso.</li> <li>• Críticas sobre el cuerpo.</li> <li>• Enfermedad adelgazante.</li> <li>• Traumatismo desfigurado.</li> <li>• Incremento en la actividad física.</li> <li>• Acontecimientos vitales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consecuencias de la inanición (pérdida de peso, apatía, obsesión, depresión, etc.)</li> <li>• Interacción familiar.</li> <li>• Aislamiento social.</li> <li>• Cogniciones anoréxicas.</li> <li>• Actividad física excesiva.</li> </ul>

(Toro y Vilardell, 1987).

Posteriormente Chinchilla en 1995, mostró una relación entre los factores de riesgo para padecer bulimia nerviosa; información representada en el cuadro 3.

**Relación de factores de riesgo para padecer Bulimia Nerviosa**

Cuadro 3

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres jóvenes.con:</li> <li>• Baja autoestima.</li> <li>• Insatisfacción de su imagen corporal.</li> <li>• Historial depresivo.</li> <li>• Que ha realizado dietas crónicas.</li> <li>• Nivel socioeconómico generalmente medio-alto.</li> <li>• Historia familiar de desórdenes alimentarios, depresivos y comunicación dinámica inadecuada o conflictiva.</li> <li>• Patología personal de obesidad, depresiones, abuso de sustancias.</li> <li>• Peso estable a un nivel deseado normal o ligeramente menor.</li> <li>• Preocupación narcisista por su corporalidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de trabajo medio, o escolares de grado medio o universitario, responsables en los mismos</li> <li>• Buen aspecto y vestimenta, atractivas para los hombres y para ellas</li> <li>• Con algún trastorno de personalidad.</li> <li>• Generalmente solteras, pero pueden ser casadas con o sin hijos.</li> <li>• Familias interesadas en la apariencia y relaciones humanas estilizadas.</li> <li>• ■Padres que suelen estar acomplejados y absorbidos por sus ocupaciones, distantes en el trato emocional. Suelen ser los que mejor funcionan en la familia.</li> <li>• ■Madres, educadoras, refinadas, brillantes, menos ausentes o con obligaciones no tan intensas, preocupadas por el control de los hijos, limitadas en afectos hacia los mismos o con cierto protocolo.</li> </ul>
---	---

Fuente: revista electrónica de motivación y emoción, 2004.

Striegel-Moore (1993), elabora un modelo evolutivo que trata de dar cuenta principalmente de la aparición del trastorno en la adolescencia y su mayor incidencia en mujeres. Señala que el conjunto de factores socio-ambientales, la interiorización del rol sexual, unido a la presión estresante de la adolescencia, la creencia y adopción del mito de la "super-woman" podrían explicar la aparición de un trastorno de la alimentación.

Para Romano (1999), la anorexia nerviosa es un trastorno conceptualizado como un síndrome clínico con una etiología específica desconocida. Al respecto Walsh y Devlin, 1998 (Citado en Sandoval, 2007), mencionan que mientras se han identificado varios factores de riesgo, no hay ninguna causa directa conocida.

Autores como Connan-Iain, Katsman, Lightman y Treasure 2003, (Citado en Sandoval, 2007), describen la anorexia nerviosa como un trastorno de etiología compleja en el cual, los factores genéticos, biológicos y socioculturales parecen contribuir significativamente a su susceptibilidad; sin embargo, solo algunos de estos factores de riesgo son específicos a la anorexia nerviosa pero ningún factor por si solo se ha comprobado que sea necesario o suficiente para que se desarrolle el trastorno.

Los trastornos alimentarios constituyen un cuadro imposible de reducir a una única causa, por lo que como se ha mencionado, en la actualidad, la mayoría de los investigadores han optado por una explicación multifactorial que se debe a diversos factores biológicos, psicológicos, y/o socioculturales mismos que interactúan.

## **2.5 Factores de riesgo**

En cada familia, sociedad y la humanidad en general, existen grupos o individuos que presentan más probabilidad que otros de sufrir un accidente, enfermedad, muerte prematura o cualquier evento que se mencione como ejemplo; se dice que son individuos o comunidades especialmente vulnerables debido a que presentan características biológicas, ambientales o psicosociales que los sitúa especialmente sensibles ante determinado incidente, por lo que corresponde hablar de “riesgo” como un concepto que aumenta la posibilidad de que ocurra un suceso no deseado.

De manera genérica, el concepto de factor de riesgo, es una característica del individuo o de su entorno, que cuando esta presente, indica un riesgo más elevado de presentar una enfermedad (Bayés, 2002).

Se define factor de riesgo como “un agente o exposición que lleva a los individuos a incrementar la probabilidad de resultados desfavorables” (Steiner, citado en Sandoval, 2007).

### **2.5.1 Factores biológicos**

La vulnerabilidad biológica tanto heredada como adquirida es también aceptada como un factor individual, haciendo más probable el desarrollar trastornos que para efectos de esta investigación se refieren a la anorexia y bulimia

nerviosa, en donde el sexo, la edad, el peso, volumen corporal, características físicas e individuales facilitan el desarrollar dichos trastornos.

Anormalidades en el área del cerebro conocida como hipotálamo, el cual regula la glándula pituitaria, lo que a su vez provoca desórdenes hormonales y neurológicos, provocando la elevación de proteínas llamadas factores de secreción corticotropina, las cuales se secretan durante periodos de estrés y bloquean los neurotrépidos, que son un estimulante de apetito potente.

Alteraciones bioquímicas en el cerebro secundario a trastornos psiquiátricos como depresión, delirio y ansiedad, así como síntomas que originan mutaciones orgánicas en el cerebro o por alteraciones del metabolismo cerebral por disfunción neurotransmisora, carencias nutricionales o agentes tóxicos (Cruz, 2004.)

Numerosos estudios han mencionado que la serotonina o la 5-hidroxitriptamina está implicada en la modulación del apetito, por lo que alteraciones en los niveles de la misma ejercen efectos sobre la conducta alimenticia como la sensación de saciedad, confirmando así los estudios hechos por Chinchilla (1994), acerca de que las anoréxicas y bulímicas con bajos niveles de serotonina reflejan una disminución del mecanismo de saciedad y una mayor predisposición a los atracones.

Se han descrito alteraciones en la actividad o concentración de determinados neurotransmisores, tales como la serotonina, la noradrenalina, los opioides o la colecisticinina, que tendrían una repercusión directa sobre la conducta alimentaria (Chinchilla, 1994).

El Dr. Bryan Lask y colaboradores del London's Great Ormond Street Hospital (Reino Unido) han descubierto determinadas alteraciones en el cerebro de 12 adolescentes anoréxicas. En concreto, las investigaciones realizadas hallaron que el riego sanguíneo se encontraba reducido en las áreas cerebrales -lóbulos temporales anteriores- que se cree rigen la auto-percepción y el apetito (Jano Diario, 1997).

Dentro de los factores biológicos el más estudiado ha sido el genético, evidenciando que la anorexia es ocho veces más común en hijos de anoréxicos aun cuando el factor genético no ha sido identificado. A partir de diversos estudios se cree que los anoréxicos heredan una cantidad extraña de narcóticos naturales llamados opioides, los cuales son descargados en condiciones de inanición y que se encargan de promover la adicción al estado de hambre. La información genética de una persona hace que ésta tenga cierto tipo de metabolismo, figura y tendencia hacia la obesidad o delgadez. (Holtz, 1992).

Estudios realizados en diversas familias evidencian que el riesgo es de 7 a 20 veces mayor de padecer trastornos en la alimentación si algún pariente femenino ha desarrollado anorexia (Klump, Kaye y Strober, 2001). La herencia de la vulnerabilidad considera ser, por lo menos en parte, de origen genético.

A partir de la información previamente descrita, se deduce que los agentes biológicos, sin ser determinantes, desarrollan cierta predisposición a padecer trastornos en la conducta alimentaria.

### **2.5.2 Factores psicológicos**

Las personas que presentan un perfil psicológico donde destacan los problemas de baja autoestima, carencias de identidad, demasiado perfeccionistas, autoexigencias desmedidas, preocupadas por la aceptación, opinión de lo que piensan los demás de sí mismo, falta de control sobre la vida propia, poca tolerancia a la frustración, poca habilidad para relacionarse socialmente, etc. se encuentran en riesgo de padecer trastornos en la conducta alimentaria, y aunque el factor psicológico por sí mismo no sea suficiente para producir la enfermedad puede desencadenarla, aún más al asociarse otros factores.(Chinchilla, 1995).

Además de los factores personales previamente descritos, agentes externos o circunstanciales, como fracasos, conflictos interpersonales, divorcios, pérdidas, cambios de residencia, colegio, trabajo, etc. pueden influir en el inicio de la enfermedad.

Iñárritu (2007) refiere que en trastornos de la conducta intervienen diversos factores psicológicos; así, una personalidad obsesiva se inclina más hacia la anorexia, mientras que la agresiva compulsiva hacia la bulimia.

Existen trastornos emocionales que están asociados a la anorexia nerviosa, como la depresión o ansiedad, pero no se sabe si estos son causa o consecuencia del trastorno alimenticio. Algunos médicos niegan la relación causal de la depresión con la anorexia, ya que ésta no se cura con el tratamiento antidepresivo, sin embargo es un hecho que gran número de anoréxicas presentan sintomatología depresiva: aislamiento, desesperanza, tristeza y trastornos del sueño (Swift, 1986; Beumont, 1995).

Los trastornos de ansiedad son muy comunes en la anorexia y bulimia nerviosas. Se ha visto que fobias y trastornos obsesivos compulsivos pueden preceder a los trastornos alimentarios y que las fobias sociales (miedo de ser públicamente humillado) están comúnmente presentes en estos pacientes. Las mujeres anoréxicas pueden volverse obsesivas con el ejercicio, la dieta y la comida o desarrollar actitudes compulsivas como cortar la comida en pedazos diminutos o pesar cada trozo del plato (Vallejo 2000).

Según Celada (2003), la predisposición individual incluye un conglomerado de factores, entre los que destacan alteraciones cognitivas: pensamientos concretos y rígidos, razonamiento dicotómico (todo o nada). Obsesión, perfeccionismo, autocontrol, introversión, autoestima baja, problemas de la adolescencia, inseguridad, miedo a la maduración, problemas para ser autónomo, depresión, exceso de peso, entre otros.

Las características anteriormente mencionadas, influyen mayormente en las adolescentes, sobre todo en edades donde la menstruación comienza a presentarse, jóvenes que al llegar a esta etapa experimentan inseguridad, alimentando una baja autoestima, misma que se incrementa si padecen sobrepeso; por lo que optan por iniciar rigurosas dietas, buscando la aceptación.

### **2.5.3 Factores socioculturales**

En la actualidad, existe una orientación muy fuerte hacia los factores sociales como causas de los trastornos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia nerviosas, aunque diferentes estudios han comprobado que estas enfermedades son multicausales, el peso de dominio que ejerce la publicidad sobre todo en las adolescentes en la mayoría de las ocasiones suele ser más influyente que otras características sociales; ya que los estereotipos de delgadez que se fomentan en los modelos sociales, prejuicios contra la obesidad y la moda, parecen estar dirigidos a cuerpos más que esbeltos, “perfección estética”, que principalmente los adolescentes buscan imitar, incluso hasta arriesgar su vida, practicando la frase: “primero muerta que gorda” (Orden, 2005).

Los factores socioculturales hacen referencia a elementos que identificamos como parte de la cultura de un lugar, por ejemplo: exigencias de la sociedad, relaciones de familia, amistad, trabajo, pareja, moda, publicidad e información, por mencionar algunos ejemplos.

Entre los factores causales más importantes para la anorexia y bulimia están la presión cultural a la mujer para ser delgada, el deseo para alcanzar una imagen idealizada de cuerpo perfecto para compensar la baja autoestima y el miedo a ser rechazada, estados emocionales negativos con presencia generalmente de ansiedad y depresión, estrés interpersonal con desarrollo de pocas habilidades asertivas y de resolución de problemas, hábitos de alimentación y control de peso pobres potenciados por el intento de seguir una dieta rígida irreal y drásticamente restrictiva, y pensamientos desadaptados sobre nutrición, peso y apariencia física (Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman y Vera, 1988).(Citado en Taylor, 2005).

Diversas investigaciones han concluido que las personas que presentan trastornos de la conducta alimentaria, principalmente de tipo compulsivo/purgativo, pertenecen a familias con altos niveles de hostilidad, caos, aislamiento, padres o núcleo familiar prejuiciosos, con dificultad para verbalizar afectos; madres protectoras, ambiciosas, e incluso se han observado relaciones conflictivas de la madre con su propia madre. La dinámica familiar se centra en ambientes tensos,

rígidos, agresivos y en muchos de los casos con padres separados, con historias de depresión.

Se ha escrito acerca de la importancia de los factores de riesgo que hacen referencia a aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales, elementos que son susceptibles de generar determinadas actitudes y comportamientos, y algunos casos, proclives a los trastornos de la conducta alimentaria.

## **2.6 Criterio Diagnóstico**

Los primeros criterios diagnósticos que se propusieron para la anorexia nerviosa fueron los criterios de Feighner, Robins y Guze en 1972, mismos altamente aceptados y que inspiraron los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa de la tercera versión de la APA en 1980. (Mateos y Solano, 1987).

En la actualidad numerosos aspectos han evolucionado, destacando la desaparición de la edad de inicio como criterio diagnóstico y el porcentaje de la pérdida de peso, que ha pasado del 25% en la clasificación de Feighner, DSM-III y A.P.A.(1980), al 15% en el DSM-III-R (A.P.A.,1987), así como en los criterios propuestos para el DSM-IV, (A.P.A., 1993). A partir del DSM-III (A.P.A., 1980) se incorporan aspectos evolutivos a la pérdida de peso, es decir, en personas menores de 18 años se calcula el peso que debía haber ganado por crecimiento. El aspecto que más se destaca en el DSM-III (A.P.A., 1993), respecto al DSM-III-R (A.P.A., 1987) es la clasificación de dos subtipos: restrictivo y bulímico. (Mateos y Solano, 1987).

Los criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa están bien definidos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de salud, décima edición (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV) y texto-revisado (DSM-IV-TR) de la American Psychiatric Association (APA, 1994 y APA, 2000, respectivamente), mismos en lo que se apoyo el presente estudio; sin dejar de mencionar que el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria debe basarse no solo en criterios clínicos fiables, sino en la entrevista clínica que se complementa con la exploración física

del médico y estudios de gabinete, con el objetivo de valorar la existencia de alteraciones somáticas, emocionales, conductuales y cognitivas, logrando así un diagnóstico seguro.

- **Anorexia**

A continuación el cuadro 4 expone los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) de la American Psychiatric Association (APA) y de la clasificación internacional de las enfermedades mentales de la OMS (CIE-10), subrayando que ésta última excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular.

**Criterios diagnósticos para anorexia nerviosa en DSM-IV y CIE-10**

Cuadro 4

<p style="text-align: center;"><b>Anorexia nerviosa DSM-IV (APA, 1994) / DSM-IV-TR (2002).</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Anorexia nerviosa CIE-10-(1992)</b></p>
<p>A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% de esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).</p> <p>B) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.</p> <p>C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.</p> <p>D) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)</p> <p>*Tipo restrictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enema).</p>	<p>A) Pérdida significativa de peso (Índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17.59). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.</p> <p>B) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de la evitación de consumo de alimentos que cree "engordan" y por uno o más de los siguientes síntomas: 1) vómitos autoprovocados, 2) purgas intestinales, 3) ejercicio excesivo, 4) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.</p> <p>C) Distorsión de la imagen corporal, que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flacidez de la formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer debajo de un límite máximo al peso corporal.</p> <p>D) Trastorno endocrino generalizado que afecta el eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea. No se considera menstruación, si se utilizan hormonas sustitutorias, y en el varón como una pérdida de interés y potencia sexuales. También pueden presentarse concentraciones altas de hormonas del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.</p>

*Tipo compulsivo / purgatorio: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).	*Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de sus manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento: en las mujeres no se desarrollan las mamas y existe amenorrea primaria; en varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.
---	---

Cabe destacar que en una investigación hecha por Garfinkel, Lin y Goering (1996), Cachelin y Mater (1998); ( citado en Sandoval, 2007), sobre la amenorrea (ausencia de menstruación), considerada un criterio requerido para el diagnóstico de la anorexia nerviosa, encontraron que aunque se cumplan los demás criterios establecidos por el APA (1994), varias pacientes continuaron menstruando debido al deterioro primario de la función hipotalámica.

- **Bulimia**

El DSM-IV-TR y CIE-10 proponen criterios diagnósticos que deben hacerse de manera estricta de modo que deben estar presentes todas las siguientes alteraciones.

**Criterios diagnósticos en DSM-IV y CIE-10 para la bulimia nerviosa.**

Cuadro 5

<b>Bulimia nerviosa DSM-IV-TR (2002)</b>	<b>Bulimia nerviosa CIE-10 (1992)</b>
<p>A) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <p>1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.</p> <p>2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se esta ingiriendo).</p> <p>B) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación de vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.</p> <p>C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.</p> <p>D) La autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.</p> <p>E) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p>	<p>A. Preocupación continúa por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, con episodio de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.</p> <p>B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, período de ayuno, anorexígenos, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar su tratamiento con insulina.</p> <p>C. El trastorno psicopatológico básico de la bulimia consiste en un miedo morboso a engordar. El enfermo se fija de forma estricta un nivel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz de anorexia puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea</p>

<p>*Tipo purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p>	
--	--

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

La anorexia nerviosa y bulimia nerviosa presentan manifestaciones comunes y características distintivas, lo que caracteriza a ambos trastornos es su extrema preocupación en torno al peso, la forma corporal y la idea sobrevalorada de delgadez.

Algunos autores como Perpiñá, Ibañez y Capafóns (1988) consideran que los trastornos alimentarios configuran un continuo en el que establecer una línea divisoria es a veces realmente complicado. Bruch (1976) y Augestad, Saether y Gotestam (1999) señalan que los procesos psicológicos subyacentes a los trastornos de la alimentación son similares, ya que en todos ellos la ingesta y el aspecto corporal son manipulados en un esfuerzo inútil por camuflar o resolver el estrés interno, y de ajustarse a las dificultades del ambiente (Tinahones, 2003).

Según Saldaña (1994) las pacientes bulímicas se diferencian de las personas normales o de los pacientes que sufren otro tipo de trastorno del comportamiento alimentario, en la ejecución de un ciclo repetitivo de ataque de glotonería/conducta purgativa, cuyo objetivo es el mantenimiento del peso corporal. Además, comparadas con las anoréxicas, las bulímicas no presentan problemas de peso que sean un riesgo para su vida, siendo un número importante de ellas de peso normal. La bulimia nerviosa por sus características (peso normal, comer correctamente en público) puede pasar mucho más inadvertida que la anorexia nerviosa y no se detecta tan pronto.

## **2.7 Características de la anorexia y bulimia.**

La anorexia es un trastorno generalmente observado en mujeres adolescentes, aunque no de forma exclusiva, que se caracteriza por el rechazo

constante a los alimentos, lo que da lugar a una intensa pérdida de peso; la abolición de la función menstrual (amenorrea) y la existencia también de una serie de alteraciones psíquicas, entre las que destacan la percepción distorsionada de su imagen corporal, intenso miedo a engordar e hiperactividad. Junto a esto aparecen alteraciones somáticas derivadas del estado de inanición y de la disfunción endocrinológica (hipotalámica) que lo acompaña (Arce, Cevera y Quintanilla ,1990).

La bulimia nerviosa aparece definida en el DSM-IV (1994) como un trastorno consciente de atracones de comida y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso.

El cuadro 6 menciona características físicas, psicológicas y conductuales, mismas que son evidenciadas fácilmente por personas que padecen dichos trastornos. Las características por sí mismas y aún más al coincidir con otras circunstancias facilitan el comienzo y/o progreso de los trastornos de anorexia y bulimia. La apariencia de quienes padecen dichos trastornos cada vez se hace más evidente, y las acciones se vuelven rituales frecuentes que al transcurso del tiempo suelen ser casi imposibles de ocultar; acciones que permiten sospechar o detectar que se trata de un trastorno en la alimentación.

#### Características de la anorexia y bulimia nerviosa

Cuadro 6

Anorexia	Bulimia
<b>Características físicas</b>	<b>Características Físicas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Mantenimiento de un peso corporal bajo cada vez mayor.</li> <li>*Figura corporal muy delgada, de apreciación débil y /o demacrada.</li> <li>*Palidez</li> <li>*Pérdida de la menstruación</li> <li>*Dolores abdominales frecuentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Peso normal o elevado.</li> <li>*Erosión del esmalte dental.</li> <li>*Alteraciones menstruales</li> <li>*Deshidratación.</li> <li>*El deseo de comer alimentos dulces y ricos en grasas es muy fuerte.</li> </ul>
<b>Características psicológicas</b>	<b>Características psicológicas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Exceso de preocupación por el tamaño y forma del cuerpo.</li> <li>*Temor a la gordura y perturbaciones en la imagen corporal.(Rosen, 1992)</li> <li>*Preocupación excesiva por la opinión de los demás</li> <li>*Miedo intenso a verse obligado a comer en sociedad.</li> <li>*Perfeccionismo acompañado de una enorme rigidez en el modo de enfrentar la vida "todo o nada." (Fairburn, 1999).</li> <li>*Preocupación obsesiva por las calorías de los alimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Exceso de preocupación por el tamaño y forma del cuerpo</li> <li>*Baja autoestima</li> <li>*Perfeccionismo</li> <li>*Temor a la gordura y perturbaciones en la imagen corporal. (Rosen, 1992)</li> <li>*Ansiedad.</li> <li>*Comer compulsivamente en forma de atracones y a escondidas.</li> <li>*Autocríticas severas respecto a su cuerpo.</li> <li>*Sentimientos de ira, cansancio, ansiedad, soledad o aburrimiento provocan la aparición de ingesta</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>*Miedo intenso a ganar peso.</li> <li>*Vestimenta holgada.</li> <li>*Estreñimiento</li> <li>*Baja autoestima</li> <li>*Autocríticas referentes a su cuerpo.</li> <li>*Sensación de gordura (sin estarlo).</li> <li>*Ansiedad.</li> <li>*Depresión</li> <li>*Sentimientos de culpa (sobre todo al comer)</li> <li>*Cambios bruscos en el carácter</li> <li>*Ejercicio físico excesivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>compulsiva.</li> <li>*Sentimientos de culpa (sobre todo al comer)</li> <li>*Ejercicio físico excesivo</li> </ul>
<b>Características del comportamiento</b>	<b>Características del comportamiento</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Conducta alimentaria restrictiva, comienzan a comer menos de los habitual.</li> <li>*Rituales con la comida</li> <li>*Eliminan de su dieta los alimentos más calóricos.</li> <li>*Aumentan exageradamente el ejercicio.</li> <li>*Al ser una anorexia purgativa los atracones de comida se hacen cada vez más frecuentes</li> <li>*Se pesan de manera reiterada.</li> <li>*Hiperactividad</li> <li>*Actitudes anómalas ante alimentos</li> <li>*Excesiva sensibilidad al frío.</li> <li>*Dietas severas</li> <li>*Ayunos prolongados</li> <li>*Timidez e inhibición ante las relaciones sociales y personales (Casper, 1992)</li> <li>*Necesidad de autocontrol. (Steiner, 1997)</li> <li>*En ocasiones, atracones y uso de laxantes o diuréticos. Abuso de edulcorantes</li> <li>*Se aíslan socialmente</li> <li>*Abundancia de trampas y mentiras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Sin motivo aparente ingieren fuertes cantidades de comida.</li> <li>*Uso de fármacos para adelgazar.</li> <li>*Cambios repentinos de carácter.</li> <li>*Dificultades de control, organización, impulsividad, actividad y labilidad afectiva (Shaw y Steiner, 1997).</li> <li>*Prácticas para controlar el peso.</li> <li>*Comer compulsivamente en forma de atracones y a escondidas.</li> <li>*Conductas inapropiadas para compensar la ingesta excesiva (laxantes, diuréticos y vómitos autoprovocados).</li> <li>*Acude al baño siempre después de comer.</li> <li>*Ingesta de alimentos solo dietéticos (excepto en los atracones).</li> <li>*Se aíslan, en especial para evitar reuniones o celebraciones por cuestión de los alimentos</li> <li>*Actitudes anómalas ante alimentos</li> <li>*Necesidad de autocontrol (Steiner, 1997)</li> </ul>

### Comparativo entre características de la anorexia y bulimia

Cuadro 7

Anorexia	Bulimia
*Renuncia a mantener el peso mínimo recomendado.	*Peso normal o casi normal; puede haber sobrepeso.
*Afecta a un rango menor de edad.	*Afecta a un rango mayor de edad.
*Pérdida de ciclo menstrual.	*El ciclo menstrual puede o no afectarse; irregularidades comunes.
*Distorsión de imagen corporal propia.	*Concepto de la imagen corporal dentro del parámetro real.
*Negación rotunda de la existencia de un problema con la comida.	*Reconoce que sus hábitos de comida no son normales.
*Más control sobre ella misma.	*Mayor impulsividad.
*Vómito poco frecuente.	*Ciclo atracón-purga habitual
*Rituales a la hora y alrededor de la comida (forma de jugar con la comida en el plato)	*Aparentemente no hay nada fuera de lo normal y se ingiere una cantidad normal durante la comida en público, más sí existe una callada ansiedad sí se observa bien.
*Índice de mortandad del 5% al 26%	*Índice de mortandad del 3-19%

## 2.8 Tipos de tratamiento

Son múltiples las técnicas para tratar anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, cada caso en particular requiere de una adaptación de dichos procedimientos, considerando la complejidad de las situaciones y de los vínculos interpersonales. Por otro lado debe diagnosticarse correctamente al paciente en cuanto al grado de afectación que presente. Debido a que los trastornos alimentarios son de origen multifactorial, lo más recomendable es la aplicación de distintas disciplinas para abarcar todos los aspectos de esta problemática. La mayoría de los profesionales idóneos se desempeña en equipos multidisciplinarios, con un común denominador: la recuperación del paciente mediante la reeducación nutricional y el abordaje de los conflictos psicológicos que desencadenaron las alteraciones en la conducta alimentaria (Chinchilla, 2003).

En primer lugar, cabe señalar que en algunas ocasiones se hace urgente la hospitalización. Esto ocurre principalmente en aquellos casos en los que la salud del paciente se ve seriamente en peligro como consecuencia del estado de desnutrición al que han llegado, o bien, cuando la psicopatología secundaria al trastorno es grave y la persona incluso ha intentado quitarse la vida; por lo que resulta prioritario atender la parte física, alimentar al paciente, atender complicaciones y lo antes posible iniciar el tratamiento psicológico (Chinchilla, 2003).

En cuanto a psicoterapia se refiere, la modificación de actitudes y las creencias irracionales constituyen un comportamiento crucial para el tratamiento de los trastornos de alimentación. Se modifican las cogniciones erróneas relativas al peso e imagen corporales y a la nutrición por medio de la reestructuración cognitiva. Fairburn (1981) fue el primero en aplicar un tratamiento cognitivo conductual a la bulimia nerviosa. Según Fairburn y Cooper (1989), hay tres etapas de tratamiento:

1. Introducción y educación: Presentación, etiología y objetivos de tratamiento.
2. Reestructuración cognitiva: Cambio cognitivo; el terapeuta explica al paciente la relación entre sentimientos, pensamientos y conductas, mientras insiste en la importancia de la participación activa; se registran creencias irracionales respecto a la comida, presentando respuestas racionales.
3. Prevención de recaídas: Se combinan técnicas cognitivas y conductuales para asegurar que se mantengan las ganancias del tratamiento.

Tres estudios (Fairburn, Kirk, O'Connor y Cooper. 1986; Freeman et al, 1988; Kirkley et al.,1985) han comparado la Terapia cognitivo conductual (TCC) con otra forma de psicoterapia o con una intervención psicoeducativa, donde los resultados señalan una ligera ventaja sobre otras formas de psicoterapia (Caballo, 1998).

Otros estudios sugieren que los enfoque psicoterapéuticos que se centran en los problemas interpersonales de los pacientes pueden ser tan eficaces como los tratamientos cognitivos conductuales, que enfatizan los cambios en las conductas y en las actitudes relativas al comer y al peso-imagen corporal, pero pueden requerir más tiempo (Caballo, 1998).

No se dispone de estudios sistemáticos sobre el tratamiento de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa; en la actualidad la mayoría de los tratamientos combinan psicoterapia individual y familiar con técnicas de modificación de conducta y rehabilitación nutricional (Behrman, 2004)

La farmacoterapia (antidepresivos) resulta útil en un subgrupo de pacientes deprimidos con trastornos alimentarios. La tasa de éxito en estudios de seguimiento a corto plazo es del 70%. La aparición frecuente de complicaciones médicas y el riesgo de muerte en la fase aguda o de rehabilitación obliga a incorporar un médico con conocimientos clínicos y fisiológicos en el equipo de tratamiento. (Behrman, 2004).

Por otro lado y con el afán de controlar el problema de los trastornos de la columna alimentaria en México y ofrecer soluciones a los pacientes que no responden a psicofármacos existen métodos retrógrados como la leucotomía límbica, llamado también electroshock moderno o psicocirugía, (practicada actualmente en el hospital 20 de noviembre). Dicho procedimiento consiste en anestesiarse al paciente de forma general, perforar el hueso e introducir un par de electrodos profundos al cerebro, los cuales aplican una serie de impulsos caloríficos (radio frecuencias) a los puntos encefálicos seleccionados, y así provocar lesiones (quemaduras) con las que es posible eliminar el origen del trastorno mental; sin asegurar que no se presenten daños en aspectos de inteligencia y personalidad; además que la presente alternativa pretende evadir toda responsabilidad moral y sentimental, describiendo la enfermedad como algo meramente como algo neurológico por lo que el espíritu del problema no desaparece (Weitzner, 2008).

Otra alternativa de tratamiento la ofrece la programación neurolingüística gracias a técnicas para desarrollar un pensamiento coherente, congruente, estratégico y sistemático, que ayuda al ser humano a crecer mejorando considerablemente su vida, la comunicación e influencia gracias a la reprogramación del proceso pensamiento, logrando resultados tangibles y deseados, siendo un tratamiento útil en la anorexia infantil (Weitzner, 2008).

Numerosos estudios sugieren que la bulimia está relacionada con la imposibilidad del sistema nervioso de regular la serotonina por lo que concientes de que el motor de la conducta que lleva al atracón-purga surge en el cerebro por una fuerte caída en los niveles de serotonina en el sistema nervioso central como deficiencia del triptofano, comienzan a establecerse dietas de alimentos con alto contenido de sustancia química (serotonina), aliviando así el problema de la insuficiencia, combinándolo con el uso de fármacos (Weitzner, 2008).

Los trastornos alimenticios son un fenómeno de la era contemporánea, en donde el tratamiento con enfoque humanista ofrece un panorama alentador en cuanto a lo que el ser humano es, se enfocan y enfatizan en la búsqueda de sentidos por medio de la trascendencia, brindando herramientas clave no sólo para

entender la enfermedad, sino para llegar a la comprensión del “para que” de la vida misma (Weitzner, 2008).

Resulta necesario mencionar que previo a determinar el tratamiento a seguir es importante evaluar a fondo las condiciones y gravedad del problema, así como considerar las características propias, ya que algunas personas prefieren un tratamiento individual, mientras otras hallan mayor contención en un contexto grupal donde pueden compartir lo que les sucede, no solo con un profesional, sino también con gente que se encuentra en condiciones similares.

En algunos casos la increíble tolerancia de las anoréxicas mentales a la falta de alimento, así como su negativa a dejarse atender, muy a menudo obligan a las personas que las rodean a esperar a que la situación llegue al extremo para imponer la hospitalización, por lo que es común recurrir a la alimentación por vía intravenosa y sonda gástrica. El aislamiento y la separación de la familia se practican desde Charles Lassegue y Charcot (1800), acciones que se modifican según el progreso en el tratamiento.

En cuanto a la bulimia, rara vez se hospitaliza, solo en caso de depresión grave o cuando el objetivo es romper ciclos de bulimia y vómito, y poner en práctica un programa terapéutico.

Se resume que los trastornos en la conducta alimentaria han dado lugar a numerosos enfoques terapéuticos que se refieren a diversos modelos de comprensión. Sin embargo, en la práctica rara vez basta uno solo de esos enfoques, por lo que, dependiendo de las necesidades del momento, se recurre ya sea sucesiva o paralelamente, a uno u otro enfoque. Con la finalidad de valorar diferentes tratamientos se anexa la siguiente tabla.

### Apreciación de diversos tratamientos.

Cuadro 8

<b>Terapia psicológica individual</b>	<b>Psicoeducación</b>
<p>Si bien la terapia psicoanalítica pura no es suficiente ya que hay que modificar cuanto antes las conductas patológicas que significan riesgo de muerte, se le reconoce al método psicoanalítico la identificación y ubicación del propio deseo del paciente. La gran mayoría de los psicoterapeutas hacen una adaptación del psicoanálisis clásico y muchos recurren a esquemas conductistas, ya que el tiempo apremia. Para el psicoanálisis, los trastornos en la alimentación implican una alteración en las "pulsiones de auto-conservación". Se considera, que hay un mayor número de las "pulsiones de muerte". A través de la psicoterapia se busca el reconocimiento del propio deseo del paciente, desplazado por deseos ajenos. Se trabaja sobre las represiones desmedidas que suelen relucir como un episodio de atracón o como una honda sensación de repudio hacia sí mismo. Se analizan los por qué de una personalidad basada en la culpa, debido a la frustración de no satisfacer los deseos ajenos.</p>	<p>Se expone a los pacientes el porque no es posible la recuperación mientras se continúe con el círculo vicioso "dieta-atracón-dieta" o "dieta-purga-dieta". Se debate el modelo estético actual, que la sociedad ha impuesto y propagado por los medios de comunicación: la presión cultural incita a las mujeres para que estén muy por debajo de su peso original y esto implica, inevitablemente, a la pérdida de la salud. A través de la psicoeducación se le brinda al paciente y a los familiares información detallada acerca de la enfermedad, englobando todos los ángulos, desde lo orgánico a lo psíquico. A medida que se regulariza la conducta alimenticia y el cuerpo regresa a su peso original, se van despejando las angustias y temores que estaban ocultos bajo la obsesión por la figura: el paciente va aprendiendo a no seguir "cubriendo" agujeros con esta particular forma de adicción.</p>
<b>Terapias del comportamiento</b>	<b>Grupos de autoayuda</b>
<p>Son terapias psicológicas que se fundamentan en técnicas activas y directivas, en contraste con el psicoanálisis clásico. Puede realizarse en forma individual y grupal: habitualmente se plantean de 10 a 15 sesiones, una por semana. En esas sesiones se enfatiza la importancia de lograr el peso fisiológico correcto, señalando las situaciones de riesgo propias para cada paciente. En cuanto a la Bulimia, se confeccionan en forma conjunta estrategias preventivas para no llegar al atracón, fundamentadas en el autoconocimiento y el reconocimiento de las situaciones precipitantes.</p>	<p>Brindan un tratamiento intensivo ambulatorio y grupal. Enormemente efectivo, solamente un 5% de los pacientes bajo este esquema terapéutico deben ser internados. El psiquiatra perteneciente al equipo interdisciplinario puede llegar a indicar medicación pertinente, pero sólo lo hace cuando existe depresión paralela al trastorno alimentario. La única diferencia con los demás grupos de autoayuda es que siempre participan profesionales en los encuentros.</p>
<b>Tratamientos farmacológicos</b>	<b>Tratamiento dietético-nutricional</b>
<p>Debe realizarlo un médico psiquiatra, generalmente miembro del equipo. Con un previo examen profundo del estado orgánico general del paciente, se efectuarán sólo en casos de depresión progresiva y para reducir la frecuencia e intensidad de las compulsiones bulímicas, cuando el apoyo psicoterapéutico ya no surte efecto. Se emplearán antidepresivos de última generación, los que al parecer tienen un efecto sobre el comportamiento alimenticio actuando sobre los sistemas metabólicos que regulan el hambre, la sensación de saciedad y el equilibrio del peso.</p>	<p>El propósito del tratamiento dietético de los pacientes ambulatorios es establecer hábitos alimenticios normales. La meta es conseguir un peso con el cual se normalicen las funciones fisiológicas, incluyendo la menstruación. La motivación del paciente es esencial y se logra con el apoyo psicológico y las charlas educativas realizadas por los médicos, psicólogo y el nutricionista. El tratamiento debe aplicarse individualmente y debe estar encaminado a las áreas específicas que requieran modificación. Hay que elaborar una detallada historia dietética para detectar cuáles son las equivocaciones a corregir.</p>

## 2.9 Consecuencias de la anorexia y bulimia

La anorexia y bulimia son trastornos mentales que se han adoptado como estilos de vida, mismos que cada vez más mujeres practican poniendo en riesgo su vida de manera alarmante. Las consecuencias de dichos padecimientos abarcan aspectos físicos, psicológicos y sociales. La mortalidad de la anorexia y bulimia oscila entre el 5 y 20% de los casos, la cual se da por inanición y descompensación electrolítica (descenso del nivel de potasio), que provoca paro cardíaco. La siguiente tabla pretende mostrar las consecuencias más frecuentes de la anorexia y bulimia nerviosa; subrayando que todas ellas dependen del grado de enfermedad, tiempo de padecerla(s), subtipo y características propias de cada organismo, ya que no todas son aplicables a cada paciente.

### Consecuencias de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Cuadro 7

<b>Anorexia: consecuencias físicas</b>		<b>Bulimia: Consecuencias físicas</b>	
Inmunodepresión con aumento del riesgo de infecciones, deshidratación, estreñimiento, dolor abdominal, pérdida del tejido adiposo (abdomenes hundidos, brazos y piernas esqueléticas), descalcificación, amenorrea (pérdida y desorden de los ciclos menstruales), bradicardia (disminución del ritmo cardíaco), poliuria (exceso de orina por la cantidad de líquidos ingeridos), hipercolesterolemia (nivel de colesterol muy alto), insuficiencia cardíaca y descenso del nivel de potasio que provoca descompensación electrolítica.		Problemas gastrointestinales, hipopotasemias (concentraciones bajas de potasio en sangre), deshidratación, lesiones en los dientes (como pérdida del esmalte dental, debido a la acidez de los vómitos), amenorrea, el signo de Russell (callosidades en los nudillos de los dedos, por provocarse el vómito), piel amarillenta, y trastornos a nivel del esófago y del tracto digestivo (por la acción de los ácidos gástricos que concentra el vómito), ingestión crónica; cara, manos y pies hinchados, infecciones urinarias, fallo renal (causa de muerte), fallo intestinal, esofagitis (desde desgarró a ruptura), hernias hiatales, desbalance de potasio y electrolitos (causa primordial de muerte)	
<b>Psicológicas</b>		<b>Psicológicas</b>	
Trastornos del sueño, irritabilidad, ansiedad, depresión, mecanismo defensivo de la negación, aislamiento y pánico a subir de peso.		Ansiedad, depresión, impulsividad, depresión y conducta antisocial.	
<b>Mentales</b>	<b>Inanición-hambre</b>	<b>Laxantes</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Memoria</li> <li>➤ Aprendizaje</li> <li>➤ Concentración</li> <li>➤ Percepción</li> <li>➤ Comprensión</li> <li>➤ Confusión</li> <li>➤ Delirio mental (psicosis)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Insomnio,</li> <li>➤ Estreñimiento</li> <li>➤ Dificultad para concentrarse o pensar de forma clara</li> <li>➤ Depresión</li> <li>➤ Frío constante</li> <li>➤ Huesos frágiles que se rompen fácilmente</li> <li>➤ Muerte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dolores intestinales persistentes</li> <li>➤ Dedos hinchados</li> <li>➤ Lesiones en los músculos intestinales que pueden conducir a estreñimiento crónico</li> </ul>	
<b>Vomitó</b>	<b>Secuelas del sistema hormonal</b>	<b>Secuelas en la sangre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El ácido del estómago disuelve el esmalte de los dientes</li> <li>➤ Cara hinchada (debido al</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ovarios poliquísticos: esterilidad -acné severo – incremento del vello – alopecia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Déficit de leucocitos (glóbulos blancos), lo que determina mayor propensión a las</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ agrandamiento de las glándulas salivares)</li> <li>➤ Latidos cardíacos irregulares</li> <li>➤ Debilidad muscular</li> <li>➤ Daño renal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ androgenización.</li> <li>➤ Osteoporosis (disminución de la densidad ósea): tendencia a las fracturas patológicas.</li> <li>➤ Déficit de hormonas tiroideas, con la consecuente disminución del metabolismo basal.</li> <li>➤ Trastorno en la regulación de la producción de insulina: curvas anormales de tolerancia a la glucosa.</li> </ul>	<p>infecciones. Muchos pacientes presentan alteraciones inmunológicas similares a las del SIDA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anemia difícil de revertir, con tendencia a la cronificación.</li> <li>➤ Trastornos en la coagulación sanguínea: déficit de plaquetas.</li> </ul>
<b>Secuelas en la piel</b>	<b>Secuelas digestivas</b>	<b>Secuelas del corazón</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Alopecia (caída del cabello): miniaturización de los folículos pilosos, cabello fino, ralo y quebradizo.</li> <li>➤ Acné tardío.</li> <li>➤ Piel pálida-amarillenta y seca, con tendencia a la ruptura de vasos capilares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Síndrome de mal absorción por "intestino liso": lo que conlleva fundamentalmente a déficit minerales (hierro, calcio, magnesio y zinc) y polivitamínicos.</li> <li>➤ Alteraciones en el ritmo evacuatorio: diarrea-constipación.</li> <li>➤ Úlcera gastroduodenal – gastritis crónica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Disminuye el tamaño del corazón.</li> <li>➤ Prolapso de la válvula mitral.</li> <li>➤ Derrame pericárdico.</li> <li>➤ Bradicardia e hipertensión.</li> <li>➤ Arritmias</li> <li>➤ Cierta grado de insuficiencia cardíaca</li> </ul>
<b>Secuelas nerviosas</b>	<b>Secuelas gastro-intestinales</b>	<b>Secuelas del Cerebro</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anomalías electroencefalográficas.</li> <li>➤ Atrofia de determinadas áreas cerebrales a expensas de dilatación ventricular: afortunadamente suele ser reversible con la recuperación nutricional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Flatulencia.</li> <li>➤ Estreñimiento.</li> <li>➤ Dificultad en el vaciamiento gástrico.</li> <li>➤ Reducción del tamaño del estómago.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Daños neurológicos, calambres, hormigueos.</li> <li>➤ Bajan los niveles de leptina (regulador del apetito).</li> </ul>
<b>Secuelas psiquiátricas</b>	<b>Secuelas psiquiátricas</b>	<b>Secuelas psiquiátricas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ *Depresión endógena.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ *Neurosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ *Psicosis maniaco-depresiva.</li> </ul>

Cabe mencionar que las consecuencias y el pronóstico para quienes padecen anorexia y bulimia es variable, ya que depende del tiempo que se ha padecido la enfermedad, el avance de la misma, pérdida de peso, intentos terapéuticos fallidos, ambiente familiar disfuncional, entre otros, destacando que aunque no se reportan datos precisos, la OMS refiere que a nivel mundial la mortalidad oscila entre un 5% y hasta un 20% en países occidentales.

## CAPITULO III

# FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA.

*"Si fuéramos admiradas por tener cuellos redondos como las mujeres de principios de siglo y pudiéramos tener  
abdomenes abultados y caderas regordetas, miles de mujeres no estarían ayunando y vomitando ahora."*

*(Chernin, K. 1981).*

Como se mencionó en el capítulo II, se denomina factor de riesgo a una o varias características que aumentan la posibilidad de que un evento ocurra, y determinado a esta investigación, se acrecentó la probabilidad de desarrollar un trastorno en la conducta alimentaria; la identidad, autoestima e imagen, representan características que de hallarse poco saludables, se ubicarán como principales factores en el desarrollo de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

### **3.1 La Identidad y su relación con la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa**

Desde la infancia, cada individuo desarrolla rasgos de personalidad que lo diferencian de los demás, pero es a lo largo de la adolescencia cuando la personalidad se define de manera clara, es un momento de búsqueda y adquisición de lo que podemos enunciar como identidad personal, es decir lo que nos caracteriza como individuos y que se logra gracias a experiencias, relaciones con otros adolescentes, ambiente familiar, entre otros factores.

Una de las tareas fundamentales de la adolescencia es la construcción de una identidad propia y para la cual resulta necesario responderse adecuadamente a las preguntas ¿Quién soy yo?, ¿Qué quiero hacer de mi vida?, ¿Hacia dónde voy?, ¿Qué espero de mi vida social y familiar?, etc., pues al saber que es lo que se desea se encuentran más estables.

Para Erikson (1968) la búsqueda de la identidad se desarrolla durante toda la vida, comienza en la infancia pero adquiere mayor preponderancia en la adolescencia; este esfuerzo por darle sentido al yo y al mundo no es un malestar de maduración; es un proceso sano y vital que contribuye a reforzar el yo adulto. Incluso Erikson plantea en una de las etapas del desarrollo psicosocial del ser humano la *identidad versus confusión de identidad* en donde expone que la resolución de la problemática de la identidad se manifestaría en función de la experimentación de una crisis y de la realización de compromisos en aspectos centrales de la vida, opción vocacional, creencias ideológicas, etc. (Lefrancois, 2000).

La identidad es una afirmación, un sentirse vivo y activo, ser uno mismo, la tensión activa, confiada y vigorizante de sostener lo que me es propio; es una afirmación que manifiesta una unidad de identidad personal y cultural. Estos dos niveles, el de identidad personal y el de la identidad cultural, interactúan durante el desarrollo y se integran para lograr una unidad cuando se logra culminar exitosamente este desarrollo; se da como el resultado de tres procesos: biológico, psicológico y social, los cuales están en una interacción ininterrumpida de todas las partes y gobernado por una relatividad que hace que cada proceso dependa de los otros, lo que llama: "fisiología del vivir." Para construir la identidad, el yo organiza las habilidades, las necesidades y los deseos de las persona para adaptarlos a las exigencias de la sociedad (Lefrancois, 2000).

La selección de identidad implica el considerarse como algo separado del resto de los otros y con una unidad en sí mismo; tal búsqueda se inicia en el grupo compañeros, amigos, familiares, de iguales, con los que se identifica y diferencia de los adultos; siendo de suma importancia auto-confirmar su ser especial; siendo aquí donde aparece el deseo de competir, imitar y mostrar sus cualidades al mundo; características que mucho tienen que ver con la adquisición de una identidad aceptada y potenciada por el grupo social o la sociedad en general ya que el joven se juzga a sí mismo de la misma forma cómo es percibido por otros, y se compara con ellos (Rice, 1997).

La perspectiva constructivista señala que la identidad es algo que se construye, por lo tanto no es algo estático, sólido o inmutable, sino que es dinámico, maleable y manipulable. La identidad empieza en la infancia, y se afirma en la adolescencia con crisis y compromisos (Rice, 1997).

Para Ginberg (1971), la identidad es la capacidad del individuo para reconocerse a sí mismo a lo largo del tiempo, del espacio y su contacto con la sociedad. Por tanto, la identidad es el resultado de la integración de tres vínculos: espacial, temporal y social (Monroy, 2002).

El psicólogo James E. Marcia (1979) amplió y clarificó la teoría de Erikson sobre la identidad del yo definiendo la misma como una organización interna, dinámica y autoconstruida de impulsos, habilidades, creencia e historia individual; identificando cuatro estados de identidad: logro de identidad (crisis que conduce al compromiso), aceptación sin raciocinio (compromiso sin crisis), difusión de identidad (sin compromiso, crisis incierta) y moratoria (crisis, no compromiso); determinados por la presencia o ausencia de crisis y compromisos, elementos fundamentales para el desarrollo de la identidad (Lefrancois, 2000).

Identidad es el “Sentido que cada persona tiene de su lugar en el mundo y significado que asigna a los demás dentro del contexto más amplio de la vida humana” (Vander Zander, 1989; citado en Agulló, 1997).

Como se observa, debido a la presión de problemas e influencias sociales los jóvenes experimentan la crisis normal de identidad en forma más intensa, agravando su confusión, malestar y experimentando dudas sobre sí mismos o sobre su papel en la sociedad, que bien pueden resultar en el aumento de los índices de deserción escolar, violencia o trastornos de alimentación.

A continuación se presenta un fragmento de un caso que ejemplifica en el libro “Anorexia y Bulimia: Una experiencia clínica” (Tinahones 2003).

*Luis de 18 años.*

Se ve reflejado en el hermano, lo ha criado, ha hecho de madre.

La madre odia al Padre y lo descalifica delante de los hijos.

Vive con dudas sobre su identidad sexual, lo que le atormenta, pues siente remordimientos. Se desahoga vomitando.

No todas las adolescentes que comienzan un régimen alimentario y que desean ser delgadas desarrollan un cuadro anoréxico y/o bulímico con riesgo de perder la vida. Es necesario pensar que hay “algo más” que hará de una adolescente, aparentemente normal hasta ese momento, una enferma grave.

La identidad femenina está sostenida en soportes narcisistas que surgen del ambiente familiar. El psicoanálisis ha demostrado que cuando estos aportes son escasos o negativos, se genera, desde el inicio de la existencia, una fragilidad constitutiva. En la adolescencia, sobre esta fragilidad actúa como ya se dijo la sociedad, imponiendo un paradigma de belleza, a la vez que ideal imposible e inalcanzable (Bagattini, 1998).

Un artículo de la revista *feminova* comparte la siguiente experiencia: “Llegue a querer ser anoréxica porque ya ni siquiera sabía quién era yo realmente y necesitaba poder definirme” En esta búsqueda desesperada de identidad muchas jóvenes llegan a perderse. “El vacío es algo que sientes muy dentro, que te absorbe, que te anula y que deseaba calmar controlando la comida” Anónima tiene ahora 25 años y hace dos años que terminó un tratamiento gracias al cual ha conseguido superar la anorexia. “Los que me han conocido sana no saben nada y deseo que siga siendo así, ahora sé quién soy y no quiero que se me relacione con la enfermedad, que se me ponga una etiqueta porque tuve anorexia.”

En relación a esto, cabe resaltar que las jóvenes que padecen anorexia y bulimia con frecuencia visitan páginas conocidas como pro-ana y pro-mía, mismas que promueven dichos trastornos con el objetivo principal de encontrar grupos de apoyo en donde sentirse comprendidas y en el cual desarrollar un estilo de vida; signo de identidad grupal, sin embargo, “la identidad adaptada a través de esas enfermedades es una identidad perversa, que lleva a la soledad y aislamiento del mundo,” “La angustia existencial es la clave del desarrollo de enfermedades como anorexia y bulimia” asegura el Dr. Enrique Armengou (2007), Director Médico de los Centros ABB, mismos que se especializan en todos los ámbitos relacionados a los trastornos de alimentación.

La anorexia y bulimia nerviosas es una búsqueda penosa de identidad, por ello suelen aparecer en la adolescencia, donde la aceptación de límites son parte de la conformación de una identidad única y social.

### **3.2 La imagen corporal y los trastornos de anorexia y bulimia**

A inicios del siglo XX el término esquema corporal o modelo postura del cuerpo, se definía como una representación diagramática del cuerpo en la conciencia del individuo, es decir, el modelo que tenemos mentalmente de nuestro propio cuerpo en los cambios posturales. (Head, citado en Toro, 2006).

Paul Schilder en 1950 definió la imagen corporal como una estructura mental que forma parte de las estructuras psicobiológicas que son con las que cuenta una persona al nacer, consolidadas en la maduración y el desarrollo, influida por experiencias (Toro, 2006).

Las mujeres durante los años 60's - 70's e inspiradas en los escritos de Betty Friedan sobre la mística femenina, rompieron el umbral publicitario que restringía a la mujer exclusivamente al ámbito de lo casero- detergentes, línea blanca, utensilios del hogar- y de inmediato las industrias de dietética, cosméticos y cuidado de la piel sustituyeron el modelo de la ama de casa feliz por el de la modelo joven y atractiva, el uso de la minifalda fue una prenda que marco dicha época. La revolución sexual promovió el descubrimiento de la sexualidad femenina y los derechos reproductivos llevaron a las mujeres a controlar sus cuerpos al tiempo que el peso de las modelos bajó 23% debajo de la mujer promedio y los trastornos alimentarios comenzaron a aumentar (Wolf, 1991).

A mediados de los 70's el hippismo cede lugar al glamour, llegando a los 80's donde las mujeres se encuentran más preocupadas por su imagen corporal. Dietas, ejercicios, entrenamiento, apuntan a lograr una silueta esbelta. Aparecen cremas reductoras, se populariza la cirugía y en 1984 se desarrolla la liposucción, tomando más popularidad la cirugía mamaria.

En los 90's se revalorizan las formas femeninas, adoptando el concepto de belleza a figuras más estilizadas, empezó a plantear la posible existencia de la insatisfacción corporal entre niños prepúberes, incluso diversas investigaciones revelaron que niñas de 5 años expresaban temores a la gordura y preocupación

corporal, mientras que niñas de 9 a 12 años se percibían como “gordas” y “muy gordas” aunque mantenían un peso por debajo de lo normal. (Zalagaz, 2000).

Actualmente la “perfección corporal” es sinónimo de “talla 3, 0 o doble 0” misma que es impuesta por modelos en donde su apariencia física resulta inalcanzable a menos que se practique la desnutrición, desatando de manera potencial los trastornos de la conducta alimentaria.

Se puede advertir que las personas aprecian su cuerpo con las diferencias que perciban con su cuerpo ideal, la satisfacción e insatisfacción corporal son, el grado en que una persona le gusta o disgusta el tamaño y forma de su propio cuerpo. Schweitzer (1990), lo que Harter (1992) comprobó en una muy alta correlación entre la satisfacción de la imagen corporal entre adolescentes y la autoestima global, seguido por la aceptación global.

En la sociedad actual el cuerpo tiene una importancia mayúscula; pero no es el cuerpo en términos genéricos, sino en concreto un determinado cuerpo, poseedor de ciertas características, donde sobresalen dimensiones relacionadas con la forma y apariencia. El cuerpo normalizado de la actualidad es un cuerpo limitado en sus contornos, de dimensiones restringidas que debe responder a estándares de belleza y armonía propios de la sociedad (Merino, 2006).

La importancia de la imagen corporal es tan considerable que incluso en el área laboral, antes que cubrir un perfil de puesto deberá cubrirse un perfil corporal; por lo que se luchará hasta poner en riesgo la vida misma para al menos semejarse a la norma de belleza, favoreciendo la seguridad.

Un hallazgo acerca de la imagen corporal indica que el grupo de personas que se consideran pasadas de peso es más numeroso, que el grupo de personas que en realidad lo esta, lo que nos refiere una imagen corporal distorsionada que se alimenta desde la adolescencia. Cuando el contraste entre las percepciones que tiene la gente acerca de su imagen corporal y de su tamaño real se vuelve

demasiado grande, puede estarse en riesgo de sufrir un trastorno de alimentación (Brownell y Rodin 1994).

Lo que es modelo de belleza hoy, no lo era hace unas décadas " Si fuéramos admiradas por tener cuellos redondos como las mujeres de principios de siglo y pudiéramos tener abdómenes abultados y caderas regordetas, miles de mujeres no estarían vomitando ahora." (Cherin, 1981, citado en Universidad Autónoma del Estado de Puebla, 2007.)

### **3.3 La autoestima en la AN y BN**

La autoestima es un sentimiento valorativo del ser, de quién se es, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad, misma que se aprende, cambia y puede mejorar. La autoestima es indispensable para la propia supervivencia psicológica; el hecho de sentirse amado, especialmente por personas significativas tiene una enorme influencia sobre la autoestima, ya que define el cómo se siente, piensa, aprende, valora, socializa, comportamiento, reconocimiento de recursos, limitaciones, objetivos y propósitos en diversos ámbitos; la autoestima se forjará desde el nacimiento afianzándose en la adolescencia como una herramienta para enfrentar la vida adulta (Coon, 2004).

En psicología la autoestima es la opinión emocional profunda que las personas tienen de sí mismas, y que sobrepasa en sus causas la racionalización y la lógica de dicho individuo, también se puede expresar como el amor que tenemos hacia nosotros mismos (Warren, 2002).

Durante la adolescencia se vive uno de los momentos más críticos en la consolidación de la autoestima que se entiende por diferentes autores como:

Wells (1976) define la autoestima en términos de actitudes reflexivas, diciendo que es un proceso en el cual la persona percibe características de sí misma y reacciona ante estas, emocional o conductualmente.

La autoestima contiene, por una parte, la imagen que la persona tiene de sí misma y de sus relaciones actuales con su medio ambiente, y por otra, su jerarquía de valores objetivos que forman un modelo coherente a través del cual la persona trata de planificar y organizar su propia vida dentro de los límites establecidos por el ambiente social (Roman, 1983).

Rogers (1986) plantea que la estima positiva está relacionada al proceso de socialización. Es decir, que a partir de las interacciones de un individuo con otros, interioriza ciertos valores en la estructura de sí mismo.

Una autoestima saludable es fundamental para una percepción vital y una competencia emocional, que se refleja en la calidad de las relaciones; en cambio una autoestima baja se encuentra presente en una gran parte de los diagnósticos psiquiátricos, y por tanto, en relaciones disfuncionales con el entorno (American Psychiatric Association, 1987).

La autoestima sana es esencial para el funcionamiento, motivación, comportamiento y adaptación eficaz del individuo a su medio ambiente; además, se ha encontrado que a medida que se tiene una mejor autoestima, se tiene una mejor salud mental (Senegal y Yahares, 1992).

Desde el punto de vista psicológico Yagosesky, (1998) define la autoestima como el resultado del proceso de valoración profunda, externa y personal que cada quien hace de sí mismo en todo momento, esté o no consciente de ello. Este resultado es observable, se relaciona con nuestros sentidos de valía, capacidad y merecimiento, y es a la vez causa de todos nuestros comportamientos (Acosta y Hernández, 2004).

Existen varios conceptos de autoestima, sin embargo, todos coinciden en una idea central: es conocerse así mismo, es la función de velar por uno mismo, es autodefenderse, valorarse, autoestimarse y autoobservarse. La autoestima es aprender a querernos, respetarnos y cuidarnos; desde dos vertientes: la que hace referencia al propio sujeto, actitud y sentimiento hacia sí mismo y la otra con un sentido social considerando la forma como creemos que somos evaluados por los

demás. Depende esencialmente de la educación en la familia, la escuela y el entorno.

Resulta obligatorio mencionar que uno de los recursos más valiosos que se le puede ofrecer a un niño o adolescente es una buena dosis de autoestima, ya que la misma desarrollará relaciones más gratas en todos los ámbitos, logrando independencia, responsabilidad, entusiasmo, mayor tolerancia a la frustración, etc., obteniendo entre otras cosas, una existencia productiva y satisfactoria.

Se abrevia que el nivel de autoestima es el responsable de muchos de los éxitos y fracasos en la vida de las personas. Una elevada autoestima, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciará la capacidad de la persona para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que un bajo nivel de autoestima enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso (Martí, 2005).

Vivimos en una cultura donde predomina la delgadez extrema y donde la mercadotecnia juega un papel importante puesto que expone diariamente imágenes donde sólo las personas muy delgadas son “bellas”, exitosas y felices; encargándose con frecuencia de disminuir la autoestima principalmente en los jóvenes quienes se encuentran más vulnerables a mensajes que fomentan conductas alimenticias poco saludables, con el único objetivo de alcanzar los paradigmas de belleza que exponen diversos medios publicitarios y que aunado a otros factores de riesgo, son causantes de los trastornos de conducta alimentaria.

### **3.4 Influencia de los medios de comunicación en la AN y BN**

Princesas “ana” y princesas “mía”, sinónimos en la Web de anorexia y bulimia; etéreas, infantiles, lánguidas, esqueléticas y asexuadas; su sueño, su meta quizá sea la desaparición, disolverse a través de la pérdida de su propia masa corporal. Títulos que con frecuencia ocupan las páginas centrales de periódicos, revistas y un sin fin de medios de comunicación que irónicamente parecen seductores de imitar, principalmente entre los adolescentes, quienes cada vez con

más fuerza adoptan frases como: “Nadie dijo que fuera fácil llegar a ser una princesa” o “Lo que me nutre me destruye” mismas que incluso actrices de talla internacional como Angelina Jolie tienen tatuadas en sus cuerpos.

En la actualidad los adolescentes encontrándose en un período crítico de la vida, reconociendo un nuevo cuerpo, consolidando su identidad, y buscando la aceptación social, se encuentran más vulnerables ante la sobre-valoración que la sociedad moderna y en especial los medios de comunicación asignan a la belleza corporal, representadas por imágenes “perfectas” cada vez más lejos de la realidad y las posibilidades de los jóvenes (Toro, 2006).

El bombardeo con múltiples mensajes e imágenes a ciudadanos por parte de la prensa, revistas ilustradas, televisión, cine, videos, radio, etc., se han hecho cada vez más visuales, entre otras cosas, debido al Internet, medio que cuenta con sitios Web destinados a difundir la anorexia y bulimia nerviosa, como algo positivo (Toro 2006).

Es precisamente uno de los medios más novedoso en la última década, el “Internet” donde entre páginas que se caracterizan con colores, mariposas, libélulas, hadas y princesas, se da la bienvenida a jóvenes a comunidades anti-obesidad; prometiendo éxito por medio del control alimenticio e iniciando con trucos para perder calorías, soportar el hambre, vomitar, no ser descubiertas en casa, etc., dándose ánimo y jurándose fidelidad, conductas que refuerzan al participar en carreras de kilos y logrando llegar a objetivos que posteriormente comparten subiendo fotografías. La tarea principal es escribir, a modo de diario personal hablan de sí mismas, donde el tema central es la pérdida de peso.

En diversos trabajos de investigación se ha conseguido demostrar que el alto consumo de revistas para adolescentes, un gran número de horas escuchando radio (más de una hora al día) y varias horas frente al televisor (especialmente programas de belleza, moda y videos musicales) son factores de riesgo para el desarrollo de anorexia o bulimia

Actualmente se leen más artículos en relación a la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, en donde hacen evidente la influencia modas impuestas por los medios de comunicación y pasarelas provocando un alarmante aumento de dichos trastornos.

Riviere (Citado en Sandoval, 2007) definió a la moda como una forma de norma de conducta y según ésta se proponen e imponen determinados valores a los individuos.

La ropa de vestir es el principal expositor de la moda, así el corsé ha sido una prenda utilizada para crear cuerpos más estilizados, y representa un precursor en la moda de la delgadez (Carrillo, 2003).

La moda representa actualidad y para la mayoría de los jóvenes status, arreglo y belleza, misma que es expuesta gracias a la publicidad que parece no tener límites, pues el efecto que producen la imágenes, sobre todo en venta de productos adelgazantes, aún más en jóvenes preocupadas por su peso y con una personalidad autoexigente, representa un riesgo que en ocasiones facilita el desarrollar anorexia y/o bulimia nerviosa (Rausch, 1996).

Se resume que los medios de comunicación influyen en los TCA debido a insatisfacciones corporales y modelos que se pretende imitar, tomando más fuerza cuando existen problemas de identificación, familiares, y en general psicosociales.

## CAPITULO IV

### PREVENCIÓN

*“El objetivo de la prevención es evitar el sufrimiento” (Mrazek y Haggerty, 1996).*

## **4.1 Definición de Prevención**

Según la ONU la prevención es «la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas» (Gutiez, 2005).

La palabra prevención, del verbo prevenir, es definida como preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro, protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente; dejando claro que al utilizar dicho termino se refiere a una acción de carácter anticipatorio.

La prevención se concibe en la actualidad como un abordaje que incluye todas las disciplinas y los diferentes sectores de la sociedad. Debe verse como un hecho humano, es decir fundamentar sus acciones en la persona y la sociedad, más que en las sustancias, debe ir a la raíz del problema, también implica revisar el rol de los procesos socializadores de la familia, la escuela y la comunidad.

## **4.2 Tipos de prevención**

En cualquier área, lugar o circunstancia la prevención es de suma importancia, principalmente en el área médica y es a partir de los años 60's que existe más preocupación por su estudio. Conyne (1983) expuso expone tres diferentes niveles para aproximarse a lo que es la salud mental:

-Prevención primaria: La cual tiene como finalidad reducir la incidencia de trastornos emocionales en miembros de una determinada población así como promover el bienestar en dicho grupo.

-Prevención secundaria: Se dedica a reducir el número y la duración de los casos en donde ya se comenzó a dar el problema mediante la identificación temprana e intervención en las primeras fases de su desarrollo.

-Prevención terciaria: Su objetivo es reducir los efectos de una alteración, promover el bienestar dentro de ella, curar si es posible y evitar la reincidencia, más que prevención es considerada como una intervención.

De acuerdo a lo anteriormente escrito se puede distinguir entre prevención primaria, secundaria y terciaria dependiendo del período de la enfermedad en que se actué, por lo que la *prevención primaria* es la actuación preventiva que se realiza durante el período de riesgo, *la secundaria* deberá surgir antes de la manifestación clínica de la enfermedad (Dx. precoz) y la *terciaria* es la realizada durante el período clínico de la enfermedad (Chinchilla, 2003).

#### **4.3 Prevención primaria en los trastornos de alimentación.**

Para efectos de la presente tesina se hace énfasis en la prevención primaria resultando necesario ahondar en la misma, describiendo de forma más específica lo que a ella se refiere.

Actualmente el propósito de la prevención primaria es el reducir o eliminar los factores que incrementan la probabilidad de que se produzca un trastorno, al tiempo que aumentan las capacidades personales y el apoyo del entorno, lo que a su vez disminuye las posibilidades de que ocurra dicho trastorno (Santos, 2008).

La prevención primaria incluye todas las actividades encaminadas a evitar el comienzo biológico de la enfermedad, por lo que todas las acciones destinadas a prevenir deben llevarse a cabo en el período de riesgo, con la intención de disminuir la susceptibilidad del individuo a padecer dicha enfermedad.

Fernández y Turón (1998) definieron la prevención primaria como una herramienta para reducir, en la medida de lo posible la prevalencia de la enfermedad, incidiendo en aspectos que faciliten el desarrollo de la misma.

La prevención primaria tiene como objetivo limitar la incidencia de la enfermedad, en este caso en el desarrollo de los TCA, mediante el control de las

causas y la exposición a factores de riesgo o el aumento de la resistencia de los individuos a los mismos.

Para implementar las medidas de prevención primaria existen dos estrategias, a menudo complementarias: la estrategia poblacional y la estrategia de alto riesgo. La estrategia poblacional es de tipo general y se dirige a toda la población con el objetivo de reducir el riesgo promedio de la misma. La estrategia de alto riesgo es de tipo individual y se dirige a aquellas personas que más lo necesitan, o sea, a los individuos más vulnerables o que presentan un riesgo especial como consecuencia de la exposición a determinados factores de riesgo. En el caso de los TCA, los grupos de riesgo lo son ya sea por su edad (adolescencia), sexo (mujer) o participación en actividades de riesgo, ya sea a nivel de ocio o profesional (gimnastas, atletas, modelos, bailarinas/es, patinadoras/es, deportistas de élite, etc.) Raich, López, Portell, Fauqueut (2007).

En un artículo publicado por Clínica y Salud, Casado y Helguera, (2008) exponen que el conjunto de intervenciones que pueden realizarse antes del desarrollo de la enfermedad (prevención primaria), se actúa sobre los factores de riesgo, las principales estrategias son de carácter educativo y se han centrado básicamente en los siguientes aspectos:

- 1)** Información general y en particular a la población de riesgo.
- 2)** Identificación a grupos de riesgo.
- 3)** Actuaciones dirigidas a modificar aquellas conductas que podrían favorecer el comienzo de la enfermedad, en particular en relación con la dieta.
- 4)** Intervenciones sobre los estereotipos culturales, delgadez y belleza.

La prevención primaria constituye un arma de la que disponemos para evitar que surjan nuevos casos de diversos trastornos, y aunque la educación suele considerarse en el marco de la prevención primaria resulta de suma importancia manejar los programas y/o talleres de prevención con especial cuidado, ya que en muchas ocasiones la información brindada puede ser distorsionada y provocar el efecto contrario al deseado. Idea que apoya Soldado (2006), en el sentido de que los programas preventivos que informan sobre los comportamientos negativos de la

enfermedad, en muchas ocasiones y aún más cuando son dirigidos a personas preocupadas por su peso, producen efectos iatrogénicos y aumentan el número de personas que, al conocerlos, realizan las conductas mostradas; por ello resulta esencial cuidar la información a exponer, dependiendo las características de la población, ya que al hablar (por ejemplo) de nutrición, pérdida fulminante de peso, etc., los resultados finales pueden ser negativos (Doyen, 2005).

Sin importar el tipo de prevención que se emplee, hay que tener siempre presente los efectos asociados a una mala prevención ya que la información no es sinónimo de conocimiento, ofrecer mucha información sobre los TCA puede ser contraproducente. Por todo ello las charlas, conferencias o clases magistrales que informan sin educar, y dadas de forma descontextualizadas, están condenadas al fracaso.

Las instituciones educativas no deben centrar todos los esfuerzos en el nivel académico, sino que deben enseñar a los alumnos a vivir en la sociedad moderna y armar su propia defensa preventiva ante trastornos como los TCA fomentando la crítica ante los medios de comunicación, moda, publicidad y sobre todo alimentando la autoestima.

Los trastornos en la conducta alimentaria son problemas muy graves que afectan a quien los padece en todos los ámbitos de su vida, por ello es mucho más importante prevenirlos que intentar curarlos cada vez que se den, puesto que el desgaste físico, emocional y económico siempre es cada vez mayor en etapas donde la enfermedad ha avanzado; información que apoya Crisp (1988) cuando menciona que la alta prevalencia en los trastornos de la conducta alimentaria son indicadores para trabajar fuertemente en la prevención, ya que los costos al no hacerlo son muy altos.

Son varios los ámbitos importantes a considerar cuando se habla de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Así la familia se considera como el primer marco adecuado desde el que prevenir (Gual, 2000), ya que en el entorno familiar se consolidan las primeras creencias, actitudes, hábitos y donde se comienza a desarrollar el autoconcepto de cada individuo, elemento clave en la

aparición de estos trastornos. Por otro lado y en coordinación con el ámbito familiar, el ámbito educativo se presenta como el segundo contexto más importante en la prevención, por lo que se tiene la responsabilidad de informar a los adolescentes sobre el riesgo de una mala conducta alimentaria.

Como se ha descrito en capítulos anteriores las causas de los trastornos de la conducta alimentaria son multifactoriales, representando un problema de salud pública que a todos atañe, por lo que existe un gran compromiso que obliga al desarrollo de diversas estrategias preventivas con el fin de frenar el aumento de la prevalencia en los trastornos de la conducta alimentaria.

## CAPITULO V

### PROPUESTA

*"La persona mas influenciable con la que hablaras todo el día eres tú. Ten cuidado entonces acerca de lo que dices a ti mismo" .(Zig Ziglar).*

## 1 Justificación

Los trastornos en la alimentación, entre los que destacan la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa constituyen un problema de salud emergente, en donde las estadísticas día a día se incrementan en adolescentes cada vez a más corta edad; el origen de dichos trastornos es multifactorial y exige atención en aspectos familiares, sociales, culturales y especial actuación a nivel educativo. Entre los síntomas externos podemos mencionar las dietas extremas, pérdida de peso, la obsesión y compulsión por comer, el vomito, etc., pero la raíz de mencionados trastornos se deben a alteraciones psicológicas como baja autoestima, miedo a madurar, elevados índices de autoexigencia, ideas distorsionadas sobre la imagen corporal, la búsqueda de una identidad, entre otras, por lo que la adolescencia es una etapa idónea para realizar talleres de prevención primaria, ya que durante este período es donde concurren diferentes factores de riesgo que hacen de los jóvenes una población vulnerable a desarrollar trastornos alimentarios.

El objetivo general de la presenta tesina consiste en el desarrollo de un taller dirigido a adolescentes de 5° y 6° de educación primaria para prevenir anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, el cual persigue los siguientes objetivos específicos:

1. Conocimiento e integración entre participantes, desarrollando un ambiente de confianza para así inducir al tema sobre los trastornos de la conducta alimentaria.
2. Definir y diferenciar los conceptos y características de la anorexia y bulimia nerviosas.
3. Conocer las principales consecuencias de la anorexia y bulimia nerviosas y reconocerlas como progresivas y devastadoras.

4. Demostrar y practicar una autoestima saludable y más elevada, basada en características internas de aceptación y amor propio a su físico.
5. Identificar los cambios en la adolescencia como positivos y necesarios para un buen desarrollo.
6. Reconocer e identificar que la belleza se encuentra en diversos tipos de cuerpos y pesos corporales.
7. Analizar y criticar publicidad engañosa que atrae hacia conductas de alimentación nocivas.
8. Practicar una autoestima saludable a partir del concepto que se tiene de si mismo.
9. Reafirmar la identidad, valorar a las personas y la diversidad como riqueza.
10. Fomentar la practica de una autoestima saludable.

- **Población**

Estudiantes de 5° y 6° de educación primaria en colegios públicos o privados, mismos en los que deberán formarse subgrupos de 10 a 12 alumnos máximo del total de la población existente en mencionados grupos.

- **Escenario**

Instalaciones de un colegio privado específicamente en aula de usos múltiples la cual presenta características de ventilación e iluminación adecuada, y materiales como: pizarrón, 5 mesas y 25 sillas en un área aproximada 200m.

El aula o espacio donde pretenda llevarse a cabo el taller debe presentar las características apropiadas para el desarrollo del mismo, las cuales deben consistir en un espacio que permita moverse libremente a los participantes y por

supuesto contar con el mobiliario y material necesario dependiendo la cantidad de participantes.

- **Materiales**

Pizarrón, rotafolio, T.V., video DVD, CD (videos: la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y publicidad), copias de cuestionario (¿Qué sabes sobre anorexia y bulimia), hojas de colores, diversas ilustraciones, revistas, póster, fotos, dibujos, objetos, tarjetas numeradas con frases, diurex, plumones, plumas y lápices.

- **Evaluación**

El taller “prevención de anorexia y bulimia” se evalúa mediante la aplicación de un cuestionario llamado ¿Qué sabes sobre anorexia y bulimia? (anexo 1) el cual se compone de 15 preguntas sobre conocimientos y actitudes acerca del tema y con 5 opciones de respuesta mismas que tienen asignados puntajes (+2,+1,-2, -1 y 0), que al final de la aplicación se suman y ubican según el resultado en un rango de conocimiento brillante, superior, aceptable, suficiente e insuficiente con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria.

- **Procedimiento**

Se trabaja con los grupos de 5° y 6° de educación primaria y a partir de los mismos se organizan subgrupos mixtos de máximo 12 participantes del total de la población existente en mencionados grados. El taller se realiza preferentemente en turno matutino y se imparte durante 10 días continuos (con excepción de fin de semana) en los que se trabaja 1 sesión por día con duración de 2 horas cada una.

**Taller “Prevención de anorexia y bulimia”**

**Carta descriptiva**

**Sesión no.: 1**

**Objetivo específico:** Conocimiento e integración entre participantes, desarrollando un ambiente de confianza para así inducir a los trastornos de la conducta alimentaria.

Actividades	Procedimiento	Materiales	Duración
-Cuestionario	-La psicóloga se presenta de una manera cálida y breve, e inicia con la aplicación del cuestionario ¿Qué sabes sobre anorexia y bulimia?	*Copias de Cuestionario.	15 min.
-Dinámica “yo y mi mano.”	-Se invita a los participantes a sentarse y les entrega hojas, lapiceros y tijeras. -Se les solicita que dibujen el contorno de su mano y en cada uno de los dedos algún rasgo de carácter o gustos. -Al terminar recortan cada una de las manos dibujadas, uno a uno se presentan y comparten lo que han escrito, después pegan la mano en el perímetro del pizarrón. -Al finalizar la psicóloga propicia una reflexión sobre la riqueza de las diferencias que pueden existir en el grupo.	*Hojas de colores y lápices.	20 min.
-Presentación del taller y sus objetivos.	-La psicóloga coloca 2 ilustraciones grandes y alusivas a los trastornos de anorexia y bulimia, separados por el título del taller. -Fomenta la participación para que los educandos expresen lo que imaginan acerca del taller a partir de las ilustraciones. -Presentará el objetivo general y específico (breve) del taller, mismos que escribirá en hoja de rotafolio.	*Ilustración es y rota-folio.	30 min.
-Establecer un reglamento para la organización del taller.	-La instructora menciona la importancia de realizar el taller de una forma organizada y respetuosa, por lo que es importante establecer algunas reglas que permitan que ello se cumpla. -Estando de pie, les indica formar un círculo y reciben la mitad de un enunciado que hace referencia a una regla a seguir dentro del aula. -La labor de los alumnos consistirá en buscar al compañero con la otra mitad del enunciado para completarlo y al lograrlo pegarán la oración completa en un lugar indicado y destinado para ello. -Posteriormente las reglas serán leídas y los educandos se comprometerán a respetarlas durante el taller.	*Tarjetas y diurex.	20 min.
-Introducción al tema sobre los trastornos de alimentación, propiciando el interés y la reflexión del alumnado.	-Los educandos observan 2 videos titulados “anorexia y bulimia” que representan por medio de frases cortas e imágenes, las características propias de la enfermedad y sus consecuencias. Al terminar se generará una lluvia de ideas acerca de lo que más les impacto y escribirán un comentario o reflexión acerca del video, misma que compartirán entre sus compañeros. -Finalmente se escribirán conclusiones en rotafolio. Videos: <a href="http://youtube.com/watch?v=KFTVAG7jYDc&amp;feature=related">http://youtube.com/watch?v=KFTVAG7jYDc&amp;feature=related</a> <a href="http://youtube.com/watch?v=SSRreTzYerA&amp;feature=related">http://youtube.com/watch?v=SSRreTzYerA&amp;feature=related</a>	*T.V., DVD, videos, hojas blancas, lápices y rotafolio.	40 min.

**Carta descriptiva**

**Sesión no.: 2**

**Objetivo específico:** Definir e identificar los conceptos y características de la anorexia y bulimia.

<b>Actividades</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
-Que el grupo sea capaz de identificar y distinguir la anorexia de la bulimia así como las características de ambos trastornos.	-La psicóloga retoma las conclusiones a las que llegaron en la sesión anterior (mismas que están escritas en el rotafolio). -La psicóloga define de manera breve y sencilla los conceptos de anorexia y bulimia y elaborará un mapa conceptual (pizarrón) con las características que componen a dichos trastornos. -Finalmente se invita a los alumnos a formular alguna pregunta, duda o comentario.	*Pizarrón, rotafolio, e ilustraciones (mapa mental).	40 min.
-Dinámica: ¿Realmente es belleza?	-La psicóloga da la instrucción de formar equipos de máximo 4 integrantes y sentarse alrededor de las mesas. -Observan y rolan 16 fotografías alusivas a mujeres que padecen anorexia y bulimia. -La psicóloga escribirá en el pizarrón las preguntas ¿Te parezco bonita? ¿Te parezco sana? ¿Te parezco feliz? ¿Te parezco una mujer exitosa? -Los participantes es cada equipo al que pertenecen, comentan y preparan sus respuestas. -Cada equipo comparte sus respuestas con el resto de los equipos y la psicóloga enriquece cada comentario.	*Hojas blancas, lápices y fotografías.	60 min.
-Reflexión ¿Qué imagen reflejan las chicas enfermas?	-La psicóloga favorece un momento de reflexión a partir de las conclusiones acerca de la apariencia que reflejan las y los enfermos de anorexia y bulimia, puntualizando en que “conforme avanza la enfermedad, avanza el deterioro físico, emocional y mental.” -Se anotan conclusiones de la actividad. -Se otorgan unos minutos para cualquier comentario que deseen agregar los participantes.	*Rotafolio	20 min.

**Carta descriptiva**

**Sesión no.: 3**

**Objetivo específico:** Conocer las principales consecuencias de los TCA y reconocerlos como progresivos y devastadores.

<b>Actividades</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
<p>-Anorexia y bulimia = deterioro físico, mental y emocional.</p>	<p>-La psicóloga inicia la sesión retomando la reflexión de la sesión anterior acerca de la apariencia que reflejan las personas que enferman de anorexia y bulimia. -La psicóloga entrega de una a dos ilustraciones por participante y a partir de las mismas invita a que imaginen que daños físicos o emocionales pueden sufrir las personas con anorexia y bulimia, lo que posteriormente comparten con el resto del grupo.</p>	<p>*Pizarrón, marcadores e ilustraciones.</p>	<p>20 min.</p>
<p>Dinámica: "Consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria."</p>	<p>-La psicóloga muestra 2 ilustraciones alusivas a una adolescente con anorexia y otra con bulimia y enlista algunos daños a lado de cada trastorno explicando de forma breve y practica cada una de las consecuencias que ha escrito. -Se destinan algunos minutos para dudas y comentarios.</p>	<p>*Ilustraciones</p>	<p>50 min.</p>
<p>-Reconocer las consecuencias de la anorexia y bulimia nerviosas como progresivas y devastadoras (mapa mental).</p>	<p>-Los participantes uno a uno pegan sobre el pizarrón su ilustración alrededor de de un símbolo alusivo a peligro "consecuencias de la anorexia y bulimia nerviosas" -Refuerzan la actividad escribiendo las frases descritas en la actividad anterior debajo de la ilustración alusiva. --Finalmente la psicóloga afianza acerca de las principales consecuencias enfatizando en la muerte como una de ellas. -Se otorgan algunos minutos para que los participantes expresen comentarios o alguna reflexión.</p>		<p>50 min.</p>

Carta descriptiva

**Sesión no.: 4**

**Objetivo específico:** Demostrar y practicar una autoestima saludable y más elevada, basada en características internas de aceptación y amor propio a su físico.

Actividades	Procedimiento	Materiales	Duración
<p>-Expresar oralmente un concepto positivo de sí mismo a través del reconocimiento de las cualidades.</p>	<p>-La psicóloga divide a los asistentes en parejas y se les solicita escriban en una hoja blanca, dos atributos físicos que les agraden de sí mismos, dos cualidades de personalidad que les agraden de sí mismo, dos habilidades o acciones que los hacen sentirse orgullosos y dos cosas que les gustaría que les dijeran.</p> <p>-Se otorgan algunos minutos para la actividad.</p> <p>-La psicóloga hará algunas preguntas cómo ¿Fue difícil reconocer aspectos positivos de nuestra persona, por qué? ¿Se sintieron apenados con esta actividad, por qué?</p> <p>-(Nuestra cultura nos ha condicionado para no revelar nuestros "egos" a los demás, aunque sea válido hacerlo, el auto-elogio es positivo), ¿Cómo se sintieron de hacerlo?</p> <p>-Cada pareja presenta ante el grupo a su compañero a partir de lo que escribió en la hoja al comenzar la actividad y al finalizar cada presentación la psicóloga enriquece con comentarios positivos acerca del escrito.</p>	<p>*Hojas y lápices.</p>	<p>90 min.</p>
<p>-Elevar la autoestima a través del lenguaje verbal y no verbal.</p>	<p>-La psicóloga introducirá con el título: "Soy valioso y me quiero por"....explicando que se iniciará una dinámica que persigue que los alumnos se reconozcan valiosos, desarrollando así conductas saludables, de auto-cuidado y protección.</p> <p>-Se invita al alumnado a formar un círculo, sentarse en el suelo y tomarse de la mano.</p> <p>-Cada integrante, en voz alta, irá completando la siguiente frase "Soy valioso y me quiero por....."</p> <p>-Al terminar, todos aplauden y se invita a participar con comentarios acerca de la actividad.</p>		<p>30 min.</p>

Carta descriptiva

**Sesión no.: 5**

**Objetivo específico:** Identificar los cambios en la adolescencia como positivos y necesarios para un buen desarrollo.

Actividades	Procedimiento	Materiales	Duración
<p>-Distinguir los cambios corporales que viven actualmente.</p>	<p>-La psicóloga da indicaciones para que de manera individual los participantes escriban (en ¼ de hoja) 3 cambios físicos que últimamente han tenido y los depositan en una urna. -La psicóloga toma de ejemplo algunos escritos destacando lo positivo de los cambios y la importancia de que ocurran, puntualizando en que contribuyen al crecimiento y desarrollo. -Se invita a que los educandos redacten un pequeño comentario y/o reflexión y se levanten para intercambiarla con algún compañero. -Caminan 15 minutos por el aula, mientras observan ilustraciones (previamente pegadas alrededor del aula ) que destacan la importancia del desarrollo. -Se otorgan 15 minutos para que los participantes lean en voz alta el escrito que intercambiaron; mientras la psicóloga retroalimenta después de cada lectura.</p>	<p>*Hojas blancas, lápices e ilustraciones llamativas (carta), que muestren el desarrollo durante la adolescencia y urna.</p>	<p>60 min.</p>
<p>-Asumir los cambios físicos y carácter como un proceso que definirá su identidad.</p>	<p>-La psicóloga define el concepto de identidad como una cuestión única, original y que responde a preguntas como: ¿Quién soy? ¿Cómo soy? ¿Qué deseo?, etc. y que la misma termina de definirse durante la adolescencia. -Se invitará a los participantes a definir y compartir las preguntas anteriores, posteriormente se genera una lluvia de ideas acerca de la necesidad de asumir una identidad propia y ¿Qué sucedería si deseáramos tener la identidad o físico de otra persona? -Finalmente la psicóloga cierra la actividad escribiendo en el pizarrón la frase "Toda persona que nace, representa algo nuevo, algo que no ha existido antes, algo original y único; en ti esta conservarlo" -Los participantes eligen un ¼ de hoja de color, la escriben y se les sugiere colocarla en un lugar donde constantemente puedan leerla.</p>	<p>*Rota-folio, hojas de diversos colores y lápices.</p>	<p>60 min.</p>

**Carta descriptiva**

**Sesión no.: 6**

**Objetivo específico:** Reconocer e identificar que la belleza se encuentra en diversos tipos de cuerpos y pesos.

<b>Actividades</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
<p>-Enseñar a los adolescentes que existen diferentes tipos de belleza, cuerpos y pesos.</p>	<p>-Se pegarán en el aula 3 fotos tamaño carta, que evidencien la belleza sin importar el tipo de cuerpo o peso. -Se otorgarán algunos minutos para que los participantes caminen por el aula observando las fotos. -Ya sentados se propicia una lluvia de ideas acerca de lo que piensan sobre los ilustrativos. -La psicóloga dirige los comentarios hacia el objetivo que se pretende; retroalimentando acerca de la subjetividad de la belleza y elementos como la genética, raza y envergadura ósea que influyen en la complejión de una persona.</p>	<p>*3 fotos tamaño carta.</p>	<p>40 min.</p>
<p>-Identificar porque la grasa es necesaria para el cuerpo.</p>	<p>-La psicóloga explicará el papel de la "grasa" en el cuerpo puntualizando que la misma, forma parte del sistema que nos mantiene vivos. -Se elaborará un mapa conceptual que defina clara y brevemente que el organismo necesita la grasa para funcionar correctamente y que sus funciones principales consisten en proteger a los órganos de movimientos bruscos o golpes, proporcionar energía en forma de calorías y sobre todo aprovechar las vitaminas, ya que solamente con la presencia de las grasas el intestino puede absorberlas. -Se invita a los participantes a que expresen algún comentario y se les entregará una hoja tamaño carta con la reproducción del mapa conceptual.</p>	<p>*Pizarrón, gises y hojas blancas con la impresión del mapa conceptual</p>	<p>40 min.</p>
<p>-Reconocer el peligro de las dietas incontroladas</p>	<p>-La psicóloga define como dieta peligrosa aquellas que no satisfacen la necesidad de nutrientes y casi siempre ofrecen una pérdida de peso rápida. -Se enlistan sobre el rotafolio algunas consecuencias de las dietas incontroladas como: hipersensibilidad al frío, sueño alterado (de mala calidad), micciones frecuentes, dificultad en la contención urinaria, circulación pobre, pulso bajo, pueden sufrir desfallecimientos, huesos frágiles, pueden perder la menstruación, anemia, alteraciones del hígado, cabello, uñas y dientes más frágiles, ánimo bajo, tendencia al llanto, disminuye la habilidad para relacionarse y concentrarse, deteriorando el pensamiento complejo, entre otros. -La psicóloga afianzará que en las dietas incontroladas, el cuerpo, generalmente recupera el peso perdido y se continúa en aumento de peso aún después de 1 año de haber abandonado el régimen.</p>	<p>*Rotafolio y plumones</p>	<p>20 min.</p>

**Carta descriptiva**

**Sesión no.: 7**

**Objetivo específico:** Analizar y criticar publicidad engañosa que atrae hacia conductas de alimentación nocivas.

<b>Actividades</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
<p>-Fomentar una actitud crítica ante la publicidad que empuja a cumplir con prototipos de belleza inalcanzables.</p> <p>-Reconocer el “cuerpo ideal” que promueven las portadas de revistas como inaccesible.</p>	<p>-Los participantes observan en TV. una grabación de comerciales sobre venta de productos enfocados a la belleza corporal (adelgazar).</p> <p>-Comentan acerca de los que piensan sobre los productos ofrecidos ¿Son seguros y efectivos?</p> <p>-Se les entrega un folleto sobre la promoción de algún producto, el cual analizan y de manera libre argumentan que piensan al respecto.</p> <p>-Los comentarios hechos por los asistentes serán enriquecidos uno a uno por la psicóloga.</p> <p>-Se formarán equipos de hasta 4 integrantes.</p> <p>-Observarán portadas de revistas de mujeres extremadamente esbeltas y comentarán acerca de la autenticidad de las mismas ya que la mayoría son retocadas.</p> <p>-En base a la observación de las revistas concluirán si la extrema delgadez es hermosa y accesible para la mayoría de las mujeres.</p> <p>-Cada equipo comparte con el resto del grupo sus conclusiones.</p> <p>-La psicóloga enriquece cada comentario y finalizará la actividad subrayando que la mayoría de las imágenes que exponen los medios de comunicación son incompatibles con una buena salud.</p>	<p>*Videos de comerciales y venta de productos para adelgazar y folletos de los mismos.</p> <p>*Revistas, hojas y lápices.</p>	<p>60 min.</p> <p>60 min.</p>

Carta descriptiva

**Sesión no.: 8**

**Objetivo específico:** Practicar una autoestima más saludable a partir del concepto que se tiene de si mismo.

Actividades	Procedimiento	Materiales	Duración
<p>-Experimentar cómo es influido el concepto que tenemos de nosotros mismos por la idea que los demás tienen de nosotros.</p>	<p>-Dinámica "etiquetas" -Se solicitan 7 voluntarios del grupo total. Se le coloca a cada uno de ellos una etiqueta o letrero en la frente, sin que ellos lo puedan leer con algunos mensajes tales como: ignórame, admírame, apóyame, elógiame, escúchame, ridiculízame, etc. -Se Invitará a cada uno de los voluntarios a sentarse adelante del resto del grupo y conversar en semicírculo unos 5 minutos sobre algún tema como: "Qué hice en vacaciones" "Cómo pase mi última navidad" etc., o lo que deseen. -Previamente se pedirá al resto de los voluntarios que hagan sólo el papel de observadores y respondan a la conversación del compañero de acuerdo al letrero. -Al finalizar los 5 minutos se suspende el diálogo y se invita a los voluntarios a compartir lo sucedido: ¿Cómo se sintieron? ¿Qué etiqueta creen que tenían? ¿Les agrado o molesto la forma de ser tratados? -Se invita al resto del grupo a comentar lo que observaron y como se sintieron. -La psicóloga fomenta la reflexión sobre cómo y cuánto creen que puede influir la forma de comportarse (aceptación o rechazo) de los demás con ellos, en su autoestima.</p>	<p>*7 Tiras de etiquetas impresas con los mensajes que se trabajaran y cinta adhesiva.</p>	<p>60 min.</p>
<p>-Expresar sentimientos y creencias acerca de la propia personalidad.</p>	<p>-Los participantes integran un círculo y sentados en el suelo, uno por uno menciona una característica errónea acerca de su persona, es decir lo que los demás creen y no es verdad. -Contrario a la actividad previa, la psicóloga invitará a los participantes a expresar ideas acerca de su persona, como forma de ser, cualidades, aciertos, etc., cosas positivas. -De forma libre los participantes expresarán ideas o sentimientos acerca de las creencias de quienes nos rodean sobre nosotros y la importancia que debe darse. -La psicóloga retroalimenta los comentarios siempre de forma positiva. -Cada integrante escribe un pensamiento positivo a alguno de los participantes y lo entrega al mismo tiempo que recibe lo mismo.</p>	<p>¼ de hoja y lápices.</p>	<p>60 min.</p>

**Carta descriptiva**

**Sesión no.: 9**

**Objetivo específico:** Reafirmar la identidad y valorar a las personas y la diversidad como riqueza.

<b>Actividades</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
Dinámica: "Mi nombre"	<p>-Previo a la sesión se solicita a los participantes averiguar el significado de su nombre.</p> <p>-La psicóloga explica que antiguamente se creía que el nombre de las personas tenía una fuerza mágica, era un símbolo para él o para ella, el símbolo de su yo, de su identidad. Menciona que en algunos países el nombre es secreto, impronunciable ante extraños, para que los enemigos no causen daño. Los chinos daban a sus hijos nombres feos para no despertar la envidia de los Dioses; europeos y latinos les dan nombres de santos para que los protejan.</p> <p>-Se invita a los participantes a reflexionar acerca de sus nombres y se les da una hoja de preguntas para que la contesten.</p> <p>-Preguntas: Escribe 3 veces tu nombre, ¿Sabes por qué te pusieron el nombre que llevas? ¿Quién propuso el nombre? ¿Te gusta tu(s) nombres, por qué? ¿Sabes que significa tu nombre o para ti que significaría? ¿Cómo reaccionas cuando alguien olvida cómo te llamas? ¿En que situación te gusta permanecer en el anonimato? ¿Te gusta que te nombren delante de mucha gente? ¿Enumera 3 características positivas de tu nombre?</p> <p>-Terminado el ejercicio, el animador propone a los participantes que se formen por parejas e intercambien lo que escribieron.</p> <p>-Al finalizar, cada participante escribe su nombre en el pizarrón y hace un breve comentario sobre el ejercicio, expresando si aprendió algo sobre sí mismo o sobre los demás.</p>	*Pizarrón, gises o plumones. 12 hojas con preguntas y un diccionario de significados de nombres.	60 min.
Dinámica: "Inolvidable"	<p>-Días antes de realizar la dinámica, se invita a los participantes a que traigan fotos, dibujos y objetos que tengan que ver con un recuerdo muy significativo de su vida.</p> <p>-Reunido el grupo, los participantes presentan uno por uno lo que han traído y explican el significado que tiene para ellos.</p> <p>-El grupo puede hacer preguntas a quien está exponiendo, el cual deberá responder sinceramente.</p> <p>-La psicóloga propicia la reflexión sobre lo que ocurrió durante la dinámica y qué aprendieron de los demás.</p>	*Fotos, dibujos y objetos.	60 min.

Carta descriptiva

**Sesión no.: 10**

**Objetivo específico:** Fomentar la practica de una autoestima saludable.

Actividades	Procedimiento	Materiales	Duración
-Memorama: "Alta estima de si mismo"	-La psicóloga organiza equipos de máximo 4 integrantes. -Se entregan juegos de 10 tarjetas. -Cada par de tarjetas contiene numeradas una de las siguientes frases y con un dibujo alusivo a la misma. 1. Creo que soy importante. 2. Yo creo que este mundo es mejor porque yo vivo en él. 3. Tengo confianza en mi mismo y en mis habilidades. 4. Yo soy capaz de buscar ayuda. 5. Yo creo en mi mismo y en mis decisiones. 6. Yo creo que yo soy mi mejor recurso. 7. Yo creo que solamente cuando yo me valoro a misma, puedo valorar a otros. 8. Yo creo que no necesito poner a otros por debajo para sentirme importante o bien conmigo mismo. 9. Yo creo que toda persona merecemos respeto. 10. Yo me quiero y respeto. -Los participantes jugarán el memorama. -Al finalizar acomodarán las tarjetas del 1 al 10 -Cada equipo lee las frases impresas en las tarjetas con los miembros de su equipo. -Al finalizar se invita a los participantes a comentar como se sintieron y que enseñanza deja la actividad.	*10 tarjetas numeradas con frases.	50 min.
*Autoestima	-La psicóloga pega una frase formada por letras de fomi que dice: "Todos nosotros somos personas valiosas y merecemos el respeto de los demás." -Les explica que esa frase significa la autoestima y que cada vez que alguien nos critica, desprecia, desvalora o hacemos lo mismo hacia alguien, va cayendo cada letra deteriorando el estima de cada uno. -Se toma como ejemplo la historia imaginaria de un adolescente desde que se levanta y las diversas situaciones negativas que experimenta, a la vez que se despega cada letra, hasta quedar la frase sin sentido. -Al finalizar se establece un diálogo para exponer que los gestos, palabras y experiencias que damos y recibimos de los demás lastiman la autoestima de los demás y de uno mismo.	*Letras de fomi y cartulina.	30 min.

<p>-“Tú, lo más importante” (Adaptación de Virginia Satir)</p>	<p>-Previo a la actividad se colocan 10 colchonetas. -Se solicita a los participantes se recuesten en las mismas, brindando algunos minutos para que adopten una posición cómoda, cierren los ojos y permanezcan en silencio. -Se introduce música -La psicóloga declama un escrito de la declaración de autoestima “Yo soy yo” de Virginia Satir con algunas modificaciones de otros textos de la misma autora y dirigido hacia los participantes; mismo que se describe a continuación: *Tu Eres tu. En todo el mundo no existe nadie exactamente igual a ti. Hay personas que tienen aspectos tuyos, pero en ninguna forma el mismo conjunto tuyo. Por consiguiente, todo lo que sale de ti es auténticamente tuyo, porque tu solo lo elegiste. Todo lo tuyo te pertenece: tu cuerpo, todo lo que hace, tu mente con todos tus pensamientos e ideas, tus ojos, incluyendo todas las imágenes que perciben, tus sentimientos, cualesquiera que sean: ira, alegría, frustración, amor decepción, emoción; tu boca, y todas las palabras que de ella salen, refinadas, dulces, o cortantes, correctas e incorrectas; tu voz, fuerte o suave, y todas tus acciones sean para otros o para ti. Eres dueña o dueño de tus sueños, esperanzas o temores. Son tuyos tus triunfos o éxitos, todos tus fracasos o errores, puesto que todo lo tuyo te pertenece. Puedes y debes quererte y así sentir amistad hacia tus partes. Mientras te estimes y te quieras, puedes buscar con valor y optimismo soluciones. Como quiera que parezca y suene, digas y hagas lo que sea, pienses y sientas en un momento dado, todo es parte de tu ser. Puedes ver, oír, sentir, decir y hacer; tienes los medios para sobrevivir, para acercarte a los demás, para ser productiva y para lograr darle sentido y orden al mundo de personas y cosas que te rodean. Tú eres tu y estas bien. Cada día en la mañana al presentarte al espejo, sonríele a tu imagen. Procura lograr una expresión amorosa, feliz, radiante y positiva. No importa como te encuentres realmente. Lo importante es conseguir esta imagen. Piensa en cosas hermosas que te hayan sucedido, en sucesos divertidos o alegres, en logros personales. Tú tienes un gran poder en tu interior y tienes muchas cualidades. Aprende a apreciarte y a sacar lo mejor de ti. Serás más feliz y llevarás felicidad a quienes te rodean. -Al finalizar se otorgarán 3 minutos en silencio. -Se indica levantarse y dar un fuerte aplauso como termino de la sesión. -La psicóloga agradece el tiempo de trabajo compartido y entrega una un folleto “Tu eres más que una imagen”  -Se aplica nuevamente el cuestionario ¿Qué sabes sobre AN y BN?</p>	<p>*Música, escrito “Tu lo más importante y colchonetas.”</p> <p>*Copias sobre cuestionarios</p>	<p>20 min.</p> <p>*15 min.</p>
--	---	--	--------------------------------



## CONCLUSIONES

Los trastornos de alimentación se remontan muchos siglos atrás, existen claras referencias desde Hipócrates y Galeno, pero los conocimientos que a partir de ellos se han generado son relativamente nuevos y representan padecimientos peligrosos que causan daños físicos, cognitivos y emocionales, que en muchos casos son irreversibles y en el peor de los escenarios causan la muerte.

Como se expuso durante el presente trabajo y en base a diversos autores, la AN y BN son trastornos que deben su origen a multifactores neurobiológicos, socioculturales, psicológicos y familiares los cuales predisponen, precipitan y perpetúan la enfermedad, incrementando el riesgo a desarrollarla al encontrarse en una etapa que implica una gran sensibilidad a la opinión de los demás, cambios físicos que confunden y la apariencia que es muy importante durante la adolescencia.

Resulta evidente que el deseo de mantener una figura corporal determinada es un hecho inseparable del ambiente en general y exaltado por los medios de comunicación por la fuerte presencia de artistas, conductoras o modelos que “engalanan” las pantallas, portadas y páginas principales de revistas, con una figura corporal que mayoritariamente es inalcanzable e irreal y que de manera directa e indirecta invita a ser como ellas.

Aunado a esto, existen diversas evidencias médicas que señalan los componentes genéticos hereditarios, bajos niveles de serotonina y altas concentraciones de cortisol (ligada a la respuesta corporal del stress) y por otro lado la frecuencia desarrollada en jóvenes que presentan factores de vulnerabilidad personal como el tener una baja autoestima, problemas de identidad, repudio a la sexualidad o la propia imagen, experiencias de fracaso, cambios corporales, entre otros.

Otros elementos que se observan como favorecedores de los TCA son los problemas de comunicación entre paciente-padres, conflictos entre padres, lo cual emocionalmente afecta a los jóvenes, personalidad dominante y demasiado rígida por parte de la Madre o bien el lado sobre-protector que invita al miedo a crecer evitando desarrollarse a base de restringir el alimento, por lo que se reduce que la AN y BN nacen a raíz de otros problemas o inician con una dieta que se continúa de manera más estricta al ser reforzada por lo que o se castiga con “atración”, vómito y ejercicio al no obtener lo que se espera.

La demanda por AN y BN se ha acrecentado aún más la última década, superando los 20 mil nuevos casos al año y afectando a más de dos millones de mexicanas, ya que un 90% de los pacientes son mujeres de las cuales por cada 20, un hombre es víctima de estos trastornos. La cifra va en aumento ganado terreno extendiéndose a diversas clases sociales, en diversos países, sin distinción de género y cada vez a más corta edad, lo cual debe ser motivo de preocupación y alerta para que toda la sociedad se informe y las Instituciones gubernamentales correspondientes trabajen en la prevención.

La familia ocupa el primer contacto que el infante tiene con el medio, siendo el primer lugar de prevención y detección de primeros síntomas, por ello resulta muy importante mantener una constante comunicación entre miembros, fomentando la expresión de sentimientos y necesidades de cada integrante; así los jóvenes afianzarán su identidad reconociendo capacidades y limitaciones sin mayor conflicto.

Los profesionistas de la educación y áreas afines que participan en la formación educativa de jóvenes deben estar preparados para ofrecer programas de prevención constantes, evitando el que los (as) jóvenes tomen la decisión de violentarse a sí mismos por medio de la comida, ya que finalmente la AN y BN es la exteriorización de un problema mental, que se ha intensificado por los mensajes culturales contemporáneos que exaltan de manera irreal la virtudes de un cuerpo delgado, por lo que resulta fundamental potenciar la autoestima, ofreciendo modelos humanos no estereotipados, señalar el valor de las diferencias de forma positiva y enriquecedora evitando en todo momento menosprecio en el ámbito escolar, objetivos que se persiguen con la propuesta, taller: “Prevenir anorexia y bulimia en adolescentes de educación básica.”

## LÍMITACIONES Y SUGERENCIAS

- **Limitaciones**

- En la mayoría de los colegios no hay interés por abordar dichas temáticas lo que favorece que ignoren el impartir talleres de prevención o busquen especialistas en la temática o instructores capacitados para abordar temas como la anorexia y bulimia.
- Otorgar espacios y tiempos extras a los adolescentes para informar sobre alguna problemática ajena al plan de estudios, no es una tarea que comúnmente realicen los colegios.
- En la actualidad los programas de educación básica se encuentran muy limitados en cuanto a temáticas sobre nutrición, lo que favorece que los Profesores no se preparen sobre dichos temas.

- **Sugerencias**

Es evidente la urgencia de educación en temas tan relevantes como trastornos en la conducta alimentaria, y mientras existen campañas temporales que intenta atacarlos, en los colegios se continúa sin concientizar y capacitar al personal directivo y docente. Por lo que en primera instancia se deben brindar platicas informativas sobre la anorexia y bulimia nerviosa, estableciendo claramente sus consecuencias.

Cabe resaltar que uno de cada cuatro ciudadanos padece una enfermedad mental que puede conducir al suicidio y la anorexia y bulimia nerviosas no quedan exentas de ello, por lo que resulta urgente trabajar sobre programas, cursos o talleres que detengan mencionados trastornos y detengan importantes pérdidas e impuestos a los sistemas sociales, educativos. y de salud; ya que es un tema que debe atacarse desde todas las áreas sociales: la casa, escuela, el gobierno y los medios de comunicación.

Es necesario apoyar propuestas en la elaboración de reformas y adicionar o modificar leyes para radio y televisión que ayuden a frenar la incidencia que la AN y BN han provocado en el mundo y específicamente en nuestro país, prestar más atención a la protección de los derechos de los niños (a) y adolescentes y a la ley federal de protección contra el consumidor.

Toda la sociedad puede hacer algo para detener estos trastornos que tanto lastiman a quienes los padecen y rodean, los Padres favoreciendo la comunicación, vigilando el desarrollo de sus hijos; profesores trabajando en la prevención y estando alertas al comportamiento de sus alumnos, medios de comunicación informando y exponiendo campañas constantes; psicólogos trabajando en programas que fortalezcan estilos de vida saludables en diversos ambientes socioeconómicos; entre otros. Hasta ahora la psicología ha permitido conocer que la AN y BN es la manifestación de diversos sentimientos a través de un “no” a la comida.

El psicólogo debe conocer y desarrollar estrategias de prevención con la finalidad de fortalecer la autoestima, identidad, actitudes, entre otras, por lo que su participación es fundamental, lo cual se podría alcanzar aplicando el presente taller “Prevención de anorexia y bulimia en adolescentes de educación básica.”

## BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. (1937). **Adolescencia**. Universidad de Texas: Ediciones Kargieman.
- American Psychiatric Association (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. (4ta. Ed.).APA. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2002). **Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)**. Barcelona: Masson.
- Antonio L. (2009). **Terapia reconstructiva: Una luz en el laberinto. Un método para reparar el alma**. Libros en red.
- Beck, A. y Freeman, A. **Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad**. (Vol.231). Paidós Ibérica.
- Behrman, R., Kliegman, R. y Jonson, H. (Eds).(2004). **Nelson Tratado de Pediatría**. España: Elsevier.
- Bernárdez A. (1999). **Perdidas en el espacio: formas de ocupar, recorrer y representar los lugares**. Madrid: Huerga y Fierro.
- Caballo, V. (1998). **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos**. (Vols. 1-3). España: Siglo XXI. (2ª. Ed., 2008).
- Cervera, M. (2005). **Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia**. Pirámide.
- Cervera, S. y Quintanilla, B. **Anorexia nerviosa: Manifestaciones psicopatológicas fundamentales**. Eunsa.
- Cervera, S. y Zapata R. (Eds.). (1990). **No te rindas ante los trastornos del peso**. (Vol. 4). Madrid: Rialp.
- Chinchilla, A. (1995). **Guía Teórico-Práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia nerviosa**. Barcelona: Masson
- Chinchilla, A. (2003). **Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones**. España: Elsevier.
- Coleman, J., Hendry, L. (2003). **Psicología de la adolescencia**. Madrid: Morata.
- Craig, G. (2001). **Desarrollo psicológico**. Pearson Educación.

- Cruz, A. (2004). **Anorexia**. México: Selector.
- Delval, J.(1996). **Psicología del desarrollo humano-siglo XIX**. España.
- Dowling, C. (1989). **Mujeres perfectas: el miedo a la propia incapacidad y cómo superarlo**. (2ª. Ed. 1995). México: Grijalbo.
- Doyen, C. (2005) **Anorexia, bulimia: pautas para prevenir, afrontar y actuar desde la infancia**. Barcelona: Amat.
- Elósegui, M. Glez, M. y Gaudó, C. (Eds.). (2002). **El rostro de la violencia: más allá del dolor de las mujeres**. España: Icaria
- Fairburn, C. (1998). **La superación de los tracones de comida**. Paidós Ibérica.
- Fuente. A. (2007) Portada: **Anorexia y bulimia causan un 10% de mortalidad infantil y juvenil**.
- García, E. (2001). **Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad**. España: Elsevier.
- Gismero, E. (1996). **Habilidades sociales y anorexia nerviosa**. (Volumen 65 de Serie I). Madrid: Universidad Pontificia
- González N. (2001). **La autoestima: medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser**. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Gordon, C. (1989). **The parents relationship and the child's illness in anorexia nervosa**. Journal of the American Academy of Psychoanalysis. 17 (1), 29-42.
- Gordon, R. (1990). **Anorexia and Bulimia. Anatomy of a social epidemic**. Cambridge: Basil Blackwell.
- Guillemont, A. (1994). **Anorexia nerviosa y bulimia: el peso de la cultura**. Madrid: Masson.
- Gull, W. (1874). **Anorexia Nervosa (Apepsia hysterica, Anorexia hysterica)**. Transact. Clin. Soc. London, 7 , 22-28.
- Hales, R. (2004). **Tratado de Psiquiatría Clínica**. España: Elsevier.
- Hersh, R. (1998) **El crecimiento moral: de Piaget a Kohlberg: Educación Hoy**. Narcea.
- Hertfelder, C. (2005). **Cómo se educa una autoestima familiar sana: Guías para educar**. Palabra.

- Holtz, V. y Tena (1992). **Trastornos de la alimentación. Universidad Iberoamericana.**
- López, J. y Valdés, M. (Eds.). (2002). **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR.** Masson.
- Mardomingo M. (2002). **Psiquiatría para padres y educadores: ciencia y arte Educación hoy.** Madrid: Nancea
- McDowell, J. (2000). **Manual para consejeros de jóvenes.** Texas: Mundo Hispano.
- Miján, A. (2004). **Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria.** Barcelona: Glosa.
- Monroy, A. (2002). **Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud.** México: Pax.
- Morris, CH. y Maisto. (2001). **Introducción a la psicología.** Pearson Educación.
- Neinstein, L. (2007). **Adolescent health care: a practical guide.** Philadelphia: Lippincott Williams.
- Novel, G., Lluch M., y López M. (2005). **Enfermería psicosocial y salud mental.** España: Elsevier.
- Orden, J. (2005). **Psicología de la alimentación: comportamientos saludables y trastornos alimentarios.** Morata.
- Organización mundial de la Salud. CIE-10. (1992). **Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.** Madrid: Meditor.
- Papalia, D. Wendkos, S, y Felman, R. (2001). **Desarrollo humano.** México: McGraw Hill.
- Papalia, D., Wendkos O., Villamiza G., Elvers W., Medellín L. (1997). **Desarrollo humano: Con aportaciones para Iberoamerica .** México, D.F: McGraw-Hill. (9ª Ed. 2005).
- Philip, F. (1997) **Desarrollo humano: estudio del ciclo vital.** Pearson Educación.
- Poinso, Yve. y Gori, R. (1976). **Psicopatología.** España: Herder.
- Recasens, M. (2007). **Como resolver los conflictos que expresa nuestro cuerpo: Lo que el espejo nos dice realmente.** México: 2007.

- Rigol, A. y Ugalde M. (2007). **Enfermería de salud mental y psiquiátrica**. España: Elsevier.
- Salas, J. (2005). **La alimentación y la nutrición a través de la historia**. Glosa.
- Saldaña, C. (1994). **Trastornos del comportamiento alimentario**. Fundación Universidad Empresa.
- Shaffer, D. (2000) **Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia**. México: Cengage Learning.
- Silber, T.. **Medicina de la Adolescencia: una nueva subespecialidad de la Pediatría y la Medicina Interna en la América del Norte**. *Adolesc. Latinoam.*, abr./jun. 1997, vol.1, no.1, p.11-15. ISSN 1414-7130.
- Smith E. (1991). **Special Problems in Counseling the Chemically Dependent Adolescent**. Routledge
- Stierlin, H. (1979). **Psicoanálisis y terapia de familia**. Barcelona: España.
- Tato, G. (2006). **Mensajes del cuerpo**. Trilce.
- Taylor, J. y Scott Gregory. (2005). **Applying sport psychology: four perspectives**. Cánada: Human Kinetics.
- Tinahones F. (2003). **Anorexia y bulimia: Una experiencia clínica**. Díaz de Santos. pág. 17
- Toro, J. (1996). **El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad**. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (2000). **El cuerpo como enemigo: comprender la anorexia**. Martínez Roca.
- Toro, J. (2006). **Riesgo y causa de la anorexia nerviosa**. Barcelona: Ariel
- Toro, J. (2006). **Riesgo y causas de la anorexia nerviosa**. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. y Villardell, E. (1987). **Anorexia Nerviosa**. Barcelona: Martínez Roca.
- Turon, V. (1997). **Trastornos de la alimentación**. Masson.
- Uribe, J. (2006). **Anorexia: los factores socioculturales de riesgo**. Colombia: Universidad de Antioquia.

- Vandereycken W.(2000). **La prevención de los trastornos alimentarios: Un enfoque multidisciplinario**. Barcelona: Garnica.
- Vera, C. (2001). **Género, cultura e imagen del cuerpo. En: Derecho de las mujeres a su imagen: Los trastornos alimenticios, Anorexia y Bulimia**. Universidad de Alicante.
- Weitzner, A. (1995). **El ABC de los desordenes alimenticios: Anorexia, bulimia, comer compulsivo. Guía practica para adolescentes**. México: Pax, (3ª. Ed., 2007).
- Weitzner, A. (1995). **El camino a la recuperación de anorexia y bulimia: El laberinto y mas alla**. México: Pax, (3ª. Ed., 2008).México: Pax.
- Weitzner, A. (2008). **Ayudando a personas con anorexia, bulimia y comer compulsivo: Guia practica para maestros, terapeutas y médicos**. México: Pax.
- Williams, M. (2003). **Nutrición para la salud, la condición física y el deporte**. Paidotribo.
- Yosifides, A. (2006). **Bulimia y anorexia**. Brujas.

Páginas electrónicas:

[http://www.cronica.com.mx/especial.php?id\\_tema=1227&id\\_notas=414906](http://www.cronica.com.mx/especial.php?id_tema=1227&id_notas=414906)  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Anorexia\\_nerviosa](http://es.wikipedia.org/wiki/Anorexia_nerviosa)  
[http://www.wikilearning.com/monografia/la\\_anorexia-historia\\_de\\_la\\_anorexia/24011-5](http://www.wikilearning.com/monografia/la_anorexia-historia_de_la_anorexia/24011-5)  
<http://www.rincondelvago.com/anorexia.htm>  
[http://foro.enfemenino.com/forum/f81/f237\\_f81-Consecuencias-de-la-anorexia-nerviosa.html](http://foro.enfemenino.com/forum/f81/f237_f81-Consecuencias-de-la-anorexia-nerviosa.html)  
<http://www.muydelgada.com/causas-anorexia.html>

<http://books.google.com.mx/books?hl=es&source=hp&q=cie%2010%20&um=1&ie=UTF-8&sa=N&tab=wp>  
<http://images.google.com.mx/images?gbv=2&hl=es&q=TU+ERES+MAS+QUE+UNA+IMAGEN&sa=N&start=160&ndsp=20>

## ANEXOS

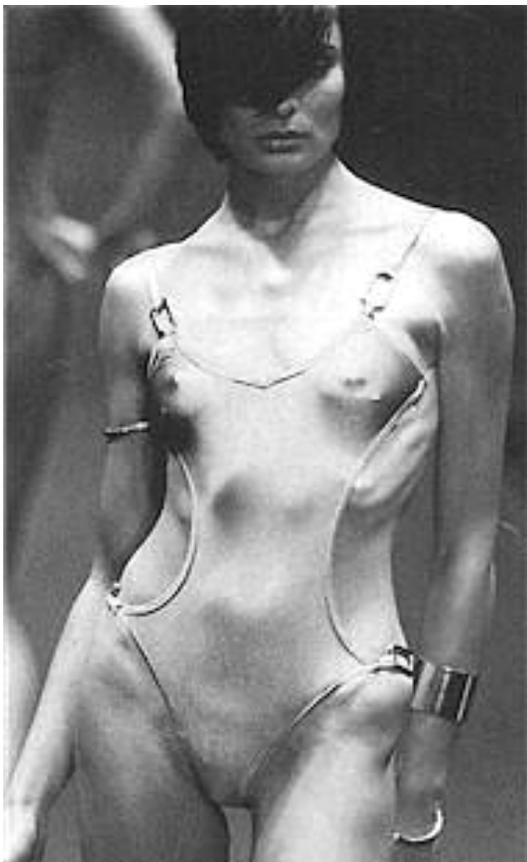
**¿Qué sabes sobre anorexia y bulimia?**

Anexo 1

-Marca con una X la respuesta que consideres correcta.

Cuestionario	Totalmente de acuerdo(+2)	De acuerdo (+1)	Totalmente en desacuerdo (-2)	En desacuerdo (-1)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo 0
1. La anorexia y bulimia son enfermedades.					
2. La alimentación es lo principal para la belleza.					
3. Las mujeres y hombres esbeltos son los más atractivos.					
4. Dejar de comer es peligroso y mortal.					
5. La anorexia y bulimia de no ser atendidas son mortales					
6. El talento y éxito solo existe en mujeres y hombres delgados.					
7. Los laxantes adelgazan.					
8. Gracias a la grasa mi cuerpo absorbe nutrientes como las vitaminas.					
9. La anorexia y bulimia tienen consecuencias importantes sobre la salud.					
10. La publicidad con frecuencia muestra imágenes de mujeres con una delgadez extrema e irreal					
11. Para triunfar es necesario ser delgado					
12. La anorexia y bulimia pueden causar tristeza y soledad.					
13. La bulimia y anorexia son muy peligrosas					
0. El bajar varios 0.1 kg. de forma rápida es riesgoso para la salud.					
15. Conozco algunas consecuencias de la anorexia y bulimia.					

Sesión 1  
Actividad 2



Sesión 1  
Actividad 3

Llegar puntual para iniciar a tiempo.

Asistir a todas las sesiones.

Respeto para todos los miembros del grupo.

Levantar la mano para participar.

Preguntar y nunca quedarse con dudas.

Poner atención y seguir todas las instrucciones.

No ingerir alimentos durante la clase.

No ingerir alimentos durante el taller.

Después de receso

entrar al aula a la hora acordada.

No hacer comentarios ofensivos

hacia los compañeros o exposición de materiales.

Trabajar en equipo con armonía.

Si me siento incomoda (o) debo

comentarlo con la psicóloga.

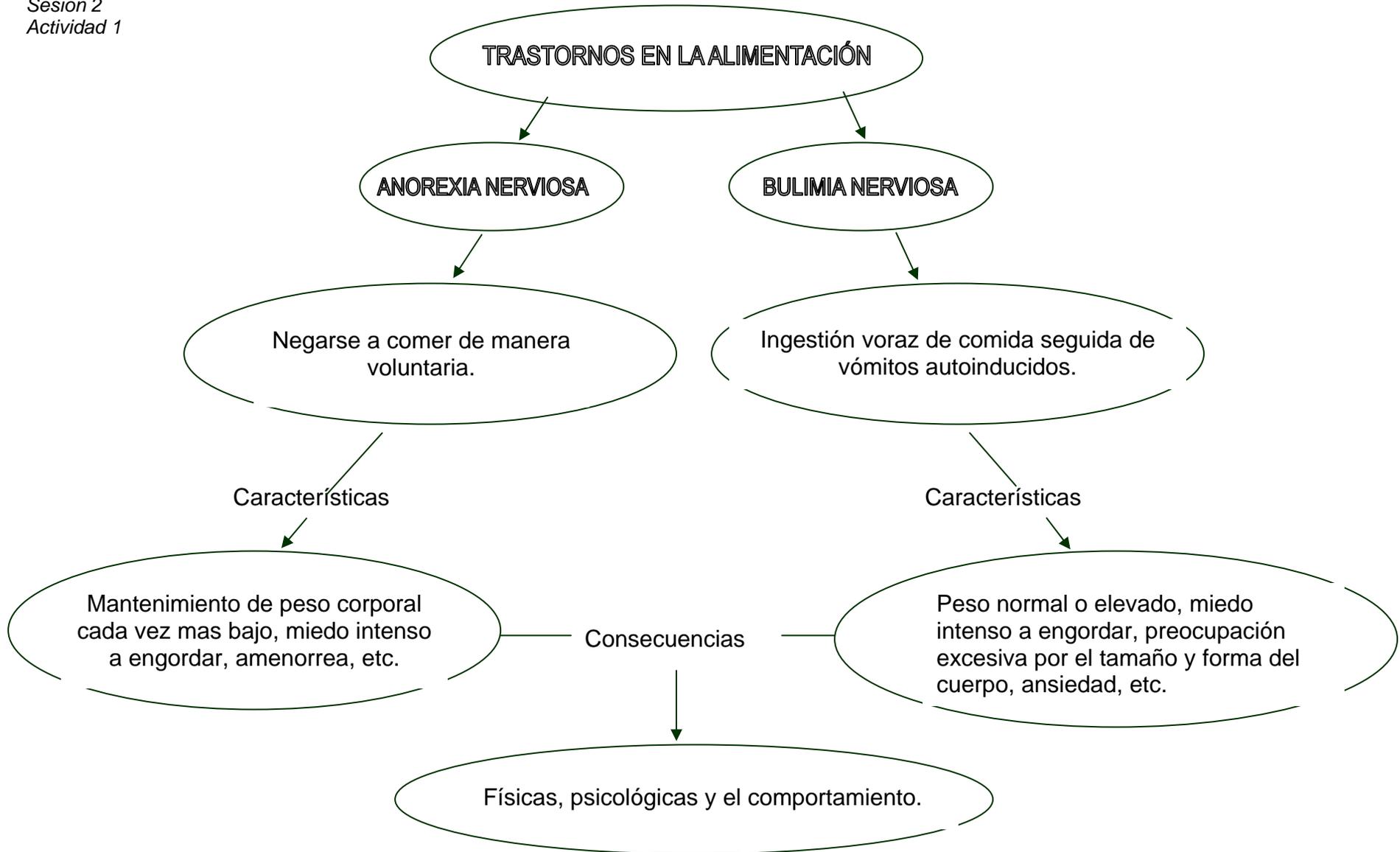
*Sesión 1*  
*Actividad 4*

○ Videos

<http://www.youtube.com/match?v=KFTVAG7JYDc&feature=related>

<http://www.youtube.com/match?v=SSRreTzYerA&feature=related>



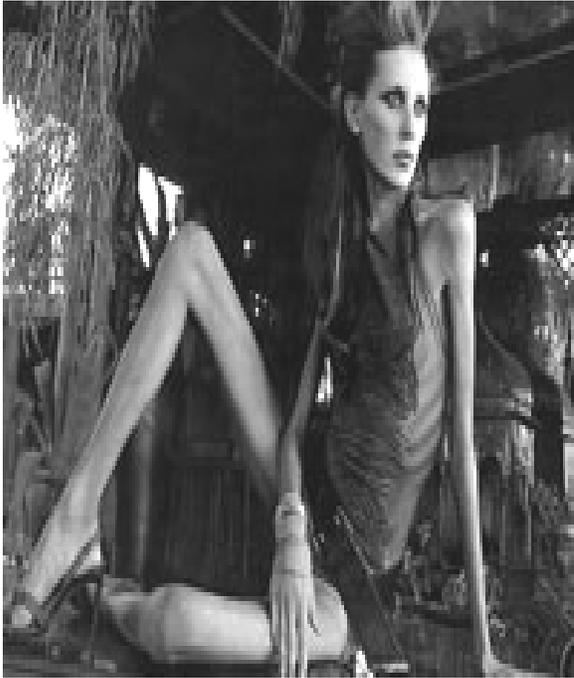


Sesión 2  
Actividad 2

**¿Realmente es belleza?**



*¿Te parezco sana?*



*¿Te parezco bonita?*



*¿Te parezco feliz y exitosa?*



**“Conforme avanza la enfermedad avanza el deterioro físico y emocional”**

- Temperatura corporal baja
- Insuficiencia cardiaca
- Fatiga
- Huesos frágiles
- Frío constante
- Desequilibrio hormonal
- Secuelas en piel
- Mal aliento
- Amenorrea
- Desnutrición severa
- Desmayos
- Irritabilidad
- Ansiedad
- Depresión
- Afecta capacidades cognitivas  
-(memoria, concentración, etc.)
- Diversos dolores físicos  
y emocionales
- Muerte

**A  
N  
O  
R  
E  
X  
I  
A**



- Deshidratación
- Lesiones en los dientes
- Amenorrea
- Problemas gastrointestinales
- Infecciones urinarias
- Desbalance de potasio y electrolitos
- Irritabilidad
- Ansiedad
- Depresión
- Impulsividad
- Conducta antisocial
- Afecta capacidades cognitivas
- Secuelas del corazón
- Secuelas del cerebro
- Secuelas psiquiátricas
- Diversos dolores físicos  
y emocionales.
- Muerte

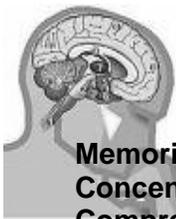
**B  
U  
L  
I  
M  
I  
A**

Sesión 3  
Actividad 3

Problemas en piel  
y cabello



Problemas de:



Memoria  
Concentración  
Comprensión

Ansiedad



Irritabilidad



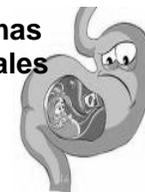
Dolores físicos  
y emocionales



Insuficiencia cardiaca



Problemas  
gastrointestinales



Lesiones dentales

Perdida de dientes



**ANOREXIA**  
**CONSECUENCIAS**  
**BULIMIA**

Conducta



Confusión y Soledad



Frío



Depresión



Tristeza



Anemia



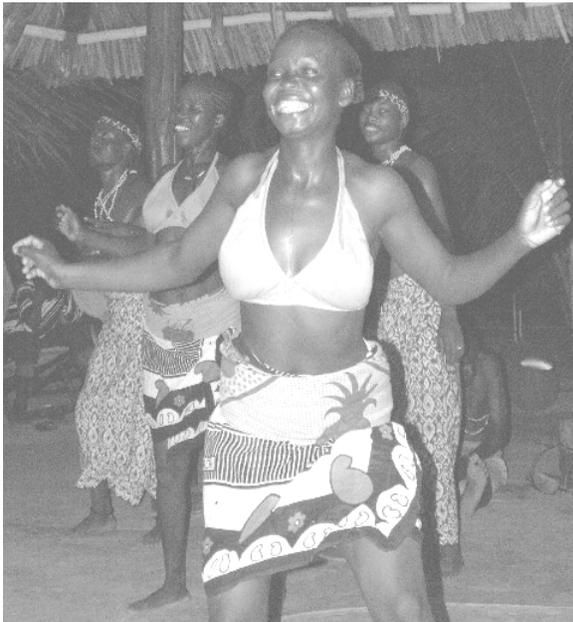
Distorsión



Sesión 6  
Actividad 1

*Todas son bellas sin importar su diferencia de peso corporal*

“



campaignforrealty

New Dove  
As tested o



**\*Recuerda:** Una alimentación equilibrada y ejercicio te harán sentir y lucir super bien.

**\*Son necesarias** para la **energía** del cuerpo.



Las **grasas más saludables** las encontramos en la mayoría de los aceites vegetales, frutos secos y alimentos como el aguacate.



**LA GRASA**  
(LÍPIDOS)

**\*Pero no debemos excedernos** en el consumo de grasas y hay que consumir poca grasa animal y sobre todo aceites fritos que son poco beneficiosos, ya que obstruye arterias que dificultan la circulación.



**¿Por qué necesarias?**  
\*Absorben las vitaminas.  
\*Producción de hormonas.  
\*Protegen a órganos internos.

**¿Qué pasaría si no consumo nada de grasa?** Todos los órganos y partes del cuerpo se afectarían, no habría absorción de nutrientes, podrías padecer enfermedades graves.

\*Forman una fina capa debajo de la piel protegiéndonos del frío.  
\*Forma la estructura principal de las membranas de todas las células del cuerpo, etc.



Sesión 7  
Actividad 1

## TRAMPAS Y RIESGO

*“Descubre las pastillas más efectivas del mundo  
y adelgaza hasta 8 kg. cada 10 días”*

Nuevo **Apidexin**™

# 20 kilos en tan solo 30 días



## Pack Thermofem

100% Eficaz



**THERMOREXIN**  
Thyrogen

## GEL REDUCTOR DE TALLAS

- Gel Reductor de Tallas (Garantiza de una a dos tallas por semana).

Gel Reductor More esta elaborado con ingredientes naturales: Romero, Nopal y Algas Marinas. Actúa sobre la grasa del cuerpo haciendo que sea desechada. Beneficios adiciones: Reafirmante, desinflamatorio y atenuador de estrías.

Presentación:

Frasco con 180 grs.



gratis material digital

### inova system

SISTEMA AUXILIAR EN LA REDUCCIÓN DE PESO

Ahora Innova System Mejorada!

Hasta 10 Kg EN UN MES!

1. Fácil de usar. Solo 10 minutos al día.

2. Resultados visibles en 7 días.

3. Incluye material digital en formato de CD.

4. Incluye 30 días de garantía.

5. Incluye 30 días de garantía.

6. Incluye 30 días de garantía.

7. Incluye 30 días de garantía.

8. Incluye 30 días de garantía.

9. Incluye 30 días de garantía.

10. Incluye 30 días de garantía.

11. Incluye 30 días de garantía.

12. Incluye 30 días de garantía.

13. Incluye 30 días de garantía.

14. Incluye 30 días de garantía.

15. Incluye 30 días de garantía.

16. Incluye 30 días de garantía.

17. Incluye 30 días de garantía.

18. Incluye 30 días de garantía.

19. Incluye 30 días de garantía.

20. Incluye 30 días de garantía.

21. Incluye 30 días de garantía.

22. Incluye 30 días de garantía.

23. Incluye 30 días de garantía.

24. Incluye 30 días de garantía.

25. Incluye 30 días de garantía.

26. Incluye 30 días de garantía.

27. Incluye 30 días de garantía.

28. Incluye 30 días de garantía.

29. Incluye 30 días de garantía.

30. Incluye 30 días de garantía.

31. Incluye 30 días de garantía.

32. Incluye 30 días de garantía.

33. Incluye 30 días de garantía.

34. Incluye 30 días de garantía.

35. Incluye 30 días de garantía.

36. Incluye 30 días de garantía.

37. Incluye 30 días de garantía.

38. Incluye 30 días de garantía.

39. Incluye 30 días de garantía.

40. Incluye 30 días de garantía.

41. Incluye 30 días de garantía.

42. Incluye 30 días de garantía.

43. Incluye 30 días de garantía.

44. Incluye 30 días de garantía.

45. Incluye 30 días de garantía.

46. Incluye 30 días de garantía.

47. Incluye 30 días de garantía.

48. Incluye 30 días de garantía.

49. Incluye 30 días de garantía.

50. Incluye 30 días de garantía.

51. Incluye 30 días de garantía.

52. Incluye 30 días de garantía.

53. Incluye 30 días de garantía.

54. Incluye 30 días de garantía.

55. Incluye 30 días de garantía.

56. Incluye 30 días de garantía.

57. Incluye 30 días de garantía.

58. Incluye 30 días de garantía.

59. Incluye 30 días de garantía.

60. Incluye 30 días de garantía.

61. Incluye 30 días de garantía.

62. Incluye 30 días de garantía.

63. Incluye 30 días de garantía.

64. Incluye 30 días de garantía.

65. Incluye 30 días de garantía.

66. Incluye 30 días de garantía.

67. Incluye 30 días de garantía.

68. Incluye 30 días de garantía.

69. Incluye 30 días de garantía.

70. Incluye 30 días de garantía.

71. Incluye 30 días de garantía.

72. Incluye 30 días de garantía.

73. Incluye 30 días de garantía.

74. Incluye 30 días de garantía.

75. Incluye 30 días de garantía.

76. Incluye 30 días de garantía.

77. Incluye 30 días de garantía.

78. Incluye 30 días de garantía.

79. Incluye 30 días de garantía.

80. Incluye 30 días de garantía.

81. Incluye 30 días de garantía.

82. Incluye 30 días de garantía.

83. Incluye 30 días de garantía.

84. Incluye 30 días de garantía.

85. Incluye 30 días de garantía.

86. Incluye 30 días de garantía.

87. Incluye 30 días de garantía.

88. Incluye 30 días de garantía.

89. Incluye 30 días de garantía.

90. Incluye 30 días de garantía.

91. Incluye 30 días de garantía.

92. Incluye 30 días de garantía.

93. Incluye 30 días de garantía.

94. Incluye 30 días de garantía.

95. Incluye 30 días de garantía.

96. Incluye 30 días de garantía.

97. Incluye 30 días de garantía.

98. Incluye 30 días de garantía.

99. Incluye 30 días de garantía.

100. Incluye 30 días de garantía.

Sesión 7  
Actividad 2



Sesi3n 10  
Finalizando.



-Reverso

La anorexia y bulimia son trastornos muy peligrosos, que dañan nuestra mente, cuerpo y alma; a veces comienzan con una simple dieta y sin darnos cuenta van avanzando hasta llevarnos a la muerte. La imagen más bella que existe es la de un hombre o mujer que se alimenta bien, hace ejercicio y practica sus valores. Debemos querernos muchísimo y no dejarnos engañar por críticas o publicidad de productos dañinos e imágenes de "super woman" que generalmente están retocadas o pertenecen a mujeres que sufren de estos trastornos. No vale la pena arriesgar la vida.

¡Amate!