



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

**CIRCUNSTANCIAS QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO
DE ANOREXIA NERVIOSA. ESTUDIO CUALITATIVO EN
MUJERES DE LA ZONA METROPOLITANA DE LA
CIUDAD DE MÉXICO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
(EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)**

**P R E S E N T A
MARÍA DE JESÚS RODRÍGUEZ ARMENTA**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ**

MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO AVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
PRESENTE:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día 29 de junio del 2010, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna MARIA DE JESÚS RODRÍGUEZ ARMENTA con número de cuenta 507019655, con la tesis titulada :

“CIRCUNSTANCIAS QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE ANOREXIA NERVIOSA”, ESTUDIO CUALITATIVO EN MUJERES DE LA ZONA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO”

bajo la dirección del(a) Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez

- Presidente : Maestra Rosa María Ostiguín Meléndez
- Vocal : Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez
- Secretario : Doctora Dulce María Guillén Cadena
- Suplente : Maestra Norberta López Olguín
- Suplente : Maestra Diana Cecilia Tapia Pancardo

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N D I E N T E
“POR MI RAZA HABLA EL ESPÍRITU”
MÉXICO D.F., 10 de agosto del 2010.



MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

Contenido

Resumen.....	3
Introducción	5
Capítulo 1	11
Anorexia nerviosa: el problema	11
Por qué estudiar la anorexia nerviosa: la justificación.....	13
Para qué estudiar la anorexia nerviosa: los propósitos:	17
Capítulo 2. Estado del arte	18
Estudios Internacionales	18
Estudios Nacionales.....	22
Capítulo 3. Marco Teórico.....	24
Anorexia y cultura de la delgadez	24
Signos y síntomas	30
Características psicológicas de la anorexia.	31
Presión social y estereotipos sociales.	34
Cambios conductuales, afectivos, biológicos y culturales en la anorexia.....	48
Trastornos culturales.....	56
Capítulo 4. El tratamiento de la anorexia nerviosa	60
Objetivos del tratamiento	61
Opciones del tratamiento	64
Importancia de la autoestima en anorexia.	70
CAPÍTULO 5. Metodología: fundamentos teóricos	72
Método.....	72

Fenomenología.....	72
Etapas del método fenomenológico según Martínez Migueles:	74
Técnicas	79
Entrevista en profundidad	79
Observación.....	82
Diario de campo	82
CAPÍTULO 6. Aspectos metodológicos.	83
Objetivo	83
Tipo de estudio.....	83
Área de estudio	83
Método.....	84
Proceso del análisis y codificación de los datos	84
Descripción de las informantes	89
CAPITULO 7. Hallazgos	93
Circunstancias que influyen en el desarrollo de la anorexia nerviosa: Desnutrición emocional..	93
La promoción a la delgadez extrema en los medios de comunicación.....	94
La televisión.....	94
La gente muy esbelta se le tiene que ver la clavícula. Las revistas de moda y las barbies ..	99
Internet	103
Desnutrición emocional. Autoestima, familia, amigas, violencia sexual y anorexia.....	112
Bajé rápido de peso... todo mundo empezó a chulearme. Autoestima, las amigas y anorexia	116
Agresión sexual	118
Capítulo 8	122
Discusión de resultados.....	122
Conclusiones	129
Desnutrición emocional: elementos para una propuesta conceptual.....	130
Fuentes de consulta	133
Anexos.....	138

Resumen

CIRCUNSTANCIAS QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN MUJERES DE LA ZONA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MEXICO

El propósito del presente estudio fue, identificar desde el punto de vista de las participantes, las circunstancias que influyen en el desarrollo de anorexia nerviosa en mujeres de la zona metropolitana de la ciudad de México.

Material y Métodos. Del 2007 al 2008 se invitó a seis mujeres de la zona metropolitana de la ciudad de México, que padecían anorexia nerviosa, a participar en un estudio cualitativo fenomenológico, de las mismas solo aceptaron participar cuatro de ellas.

Los sujetos de estudio fueron cuatro participantes que padecían el trastorno de la conducta alimentaria, Los niveles de escolaridad estuvieron distribuidos de la siguiente manera: una estudiante de preparatoria, otra es pasante de servicio social y las dos restantes son profesionistas, una es del área de la salud.

Técnicas. Se les realizaron cinco entrevistas a profundidad, a cada una de las participantes, la duración de las entrevistas fue de 40 minutos aproximadamente,

en cada una de las mismas se llevó a cabo la técnica de observación y el diario de campo.

Hallazgos. Existen, desde el punto de vista de las informantes, múltiples circunstancias que influyen en el desarrollo de la anorexia nerviosa, como la moda, los medios de comunicación: la televisión, el internet y las revistas de moda. Las agresiones sexuales sufridas en la infancia, la falta de apego emocional de los padres también son otra circunstancia que favorece la adopción de modos de vida diferentes, pero también preexiste un elemento fundamental como es la desnutrición emocional.

Conclusiones. La desnutrición emocional que padecían las informantes hizo posible que los mensajes de delgadez extrema, enviada por el culto a la delgadez a través de los medios de comunicación masiva, fuera percibida por ellas y adoptada como una forma de compensar sus carencias emocionales y la única forma de lograrlo fue cayendo en la anorexia nerviosa, para de esa forma conseguir que las demás personas las aceptaran, sobre todo la familia.

Introducción

La anorexia nerviosa es catalogada como un desorden alimentario por el DSM IV, fenómeno que afecta principalmente a las mujeres, pero también afecta a los hombres en menor escala.

Esta enfermedad está considerada como un trastorno del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. Se tipifica como un trastorno determinado por la presencia de un detrimento voluntario de peso, conservada por el mismo enfermo.

El presente estudio trata sobre la anorexia nerviosa, se llevó a cabo desde la perspectiva de las mujeres que padecen el trastorno, con la finalidad de que los hallazgos aporten elementos que hagan posible el cuidado de enfermería, basado en la forma en que las anoréxicas experimentan el fenómeno.

Esta investigación explora y describe las circunstancias que influyeron en el desarrollo de la anorexia nerviosa, que se concibe como un problema de salud pública, y las implicaciones que conlleva, sobre todo para la propia persona afectada, que en ocasiones las conduce hasta la muerte.

La etapa entre los 14 y 18 años de edad es cuando la persona se encuentra más vulnerable a padecer anorexia nerviosa, aunque cada vez se descubren más casos en preadolescentes, donde la madre también sufre este trastorno. La edad de inicio de este problema, cada vez se va reduciendo más, existen referencias de que niñas de 9 a 12 años incurren en estas conductas y en algunos casos las madres de esas niñas también son anoréxicas. Con esto, el problema se torna aún más grave, porque el ejemplo surge de la misma familia.

Estudios realizados tanto a nivel nacional, como internacional concluyen que influyen los aspectos socioculturales en la presencia de este fenómeno, y también los aspectos individuales y familiares. Donde los estereotipos sociales de la figura de la mujer, juegan un papel importantísimo.

La investigación se llevó a cabo desde una perspectiva cualitativa fenomenológica, en aproximación a lo planteado por Martínez Migueles, las técnicas utilizadas fueron: la entrevista a profundidad, la observación fenomenológica y el diario de campo.

Participaron cuatro informantes con anorexia nerviosa. Con base en las narraciones de las mismas se elaboró un protocolo describiendo tal cual las circunstancias como las participantes lo relataron. A partir de ahí se organizaron unidades temáticas generales que englobaron la información encontrada; posteriormente se plasmó la descripción de los hallazgos, enseguida se llevó a cabo la discusión de resultados y por último las conclusiones.

Las informantes coinciden en que son múltiples circunstancias las que intervienen en el desarrollo del trastorno, sin embargo se concluye que para que la enfermedad se instale es necesario un elemento fundamental que es la

desnutrición emocional que padecen, y que favorece que el padecimiento encuentre predisposición en ellas.

En el transcurso de la investigación se incorporaron testimonios de las participantes, con la finalidad de conocer como experimentaron las circunstancias que las llevaron a contraer la enfermedad.

Se destaca las diferentes formas en que se trata a las personas con anorexia y se subraya que la baja autoestima en las personas con el trastorno es fundamental y que en la autoestima baja participan diversos factores, como la creencia de que la figura determina la valía. Las personas con trastornos de la ingesta han llegado a creer que son despreciables e inaceptables a menos que estén delgadas, y por supuesto, nunca consiguen estar lo suficientemente delgadas para sentirse satisfechas.

Los hallazgos de este estudio manifiestan que influyen múltiples factores para que se presente la anorexia nerviosa, como la televisión, el internet, las revistas de moda, las actrices, las barbies, la presión de la familia, antecedentes de agresión sexual, la presencia de problemas de alcoholismo en la familia, la falta de dedicación de parte de los padres hacia sus hijos, la preferencia por algunos de los hijos, lo cual favorece que las no elegidas se sientan rechazadas.

Se concluye que las informantes antes de contraer la enfermedad padecen desnutrición emocional, caracterizada por disminución del aprecio por sí mismas, ocasionado por la presión que ejerce la familia, ya que en el seno de ésta surgen factores que llegan a transgredir la confianza que la persona puede depositar en sí mismo, y hacen que deje de quererse y de valorarse tal cual es; entre estos factores se encuentran la agresión física, emocional y sexual por parte de algún

integrantes de la familia, el constante acoso para bajar de peso, la falta de cariño y aprecio, la dedicación de tiempo por parte de los mismos y la preferencia por uno de los hijos.

En el marco de esta desnutrición emocional se instala la influencia de los medios masivos de comunicación que cumplen la función de un detonante importante en el desarrollo de la anorexia nerviosa, sin embargo, la presencia de desnutrición emocional en las informantes representa un elemento fundamental que las predispuso para contraer el trastorno.

La tesis consta de ocho capítulos. En el capítulo 1 se describe el planteamiento del problema, la justificación y los propósitos del estudio. Esta investigación explora y detalla las circunstancias que influyeron en el desarrollo de la anorexia nerviosa, que se concibe como un problema de salud pública, y las implicaciones que conlleva, sobre todo para la propia persona afectada, que en ocasiones las conduce hasta la muerte.

El capítulo 2 trata sobre el estado del arte. Describe que estudios realizados tanto a nivel nacional, como internacional concluyen que influyen los aspectos socioculturales en la presencia de este fenómeno, y también los aspectos individuales y familiares. Donde los estereotipos sociales de la figura de la mujer, juegan un papel importantísimo.

El capítulo 3 explora lo relacionado con conceptos, signos y síntomas, características psicológicas de la anorexia nerviosa, así como la influencia de la presión social y estereotipos sociales. La anorexia nerviosa es catalogada como un desorden alimentario por el DSM IV, fenómeno que afecta principalmente a las mujeres, pero también afecta a los hombres en menor escala.

En el capítulo 4 se destacan las diferentes formas en que se trata a las personas con anorexia y se subraya que la baja autoestima en las personas con el trastorno es fundamental y que en la autoestima baja participan diversos factores, como la creencia de que la figura determina la valía. Las personas con trastornos de la ingesta han llegado a creer que son despreciables e inaceptables a menos que estén delgadas, y por supuesto, nunca consiguen estar lo suficientemente delgadas para sentirse satisfechas.

En el marco del capítulo 5 se presenta la referencia metodológica utilizada en este estudio. La investigación se llevó a cabo desde una perspectiva cualitativa fenomenológica, en aproximación a lo planteado por Martínez Migueles, las técnicas utilizadas fueron: la entrevista a profundidad, la observación fenomenológica y el diario de campo.

En el capítulo 6 se hace referencia a la participación de cuatro mujeres con anorexia nerviosa, mismas que se les realizaron cinco entrevistas a profundidad, a través de la observación fenomenológica y el diario de campo se logró recabar información relevante. Con base en esto, se elaboró un protocolo describiendo tal cual las circunstancias como las participantes lo relataron. A partir de ahí se organizaron unidades temáticas generales que englobaron la información encontrada; posteriormente se plasmó la descripción de los hallazgos, enseguida se llevó a cabo la discusión de resultados y por último las conclusiones.

En el capítulo 7 relacionado con los hallazgos, se describe como las informantes coinciden en que son múltiples circunstancias las que intervienen en el desarrollo del trastorno, sin embargo se concluye que para que la enfermedad se instale es necesario un elemento fundamental que es la desnutrición emocional

que padecen, y que favorece que el padecimiento encuentre predisposición en ellas.

En la discusión de los hallazgos, que comprende el capítulo 8 se manifiesta que influyen múltiples factores para que se presente la anorexia nerviosa, como la televisión, el internet, las revistas de moda, las actrices, las barbies, la presión de la familia, antecedentes de agresión sexual, la presencia de problemas de alcoholismo en la familia, la falta de dedicación de parte de los padres hacia sus hijos, la preferencia por algunos de los hijos, lo cual favorece que las no elegidas se sientan rechazadas. En este capítulo también se presentan las conclusiones del estudio en donde se proponen elementos para una propuesta conceptual Desnutrición Emocional, con la finalidad de orientar teóricamente la comprensión más amplia del problema “anorexia nerviosa”.

Capítulo 1

Anorexia nerviosa: el problema

La anorexia es una enfermedad que se ha intensificado en el mundo en los últimos años. Denuncia con su presencia la existencia de un modelo de sociedad que provoca en su accionar, malestar en la cultura. Malestar que se exterioriza en crisis sociales, familiares, individuales, estallando en conductas de autodestrucción. Se le muestra al adolescente, a través de los medios de comunicación, un ideal a alcanzar a costa de su autenticidad. Es necesario ser ese, no ser uno mismo.

El problema radica en la información transmitida por los medios de comunicación masiva, ya que ellos son los que informan a las personas los cambios en los distintos lugares del mundo.

Todo empieza a cambiar debido a varios factores como la moda, el internet, la sociedad, es así como nace una nueva forma de concebir la belleza en las personas. Si echamos un vistazo a la historia el cuerpo se ha visto de diferentes formas, nos daremos cuenta que antiguamente las mujeres eran valoradas por sus cuerpos más bien gorditos ya que su labor era tener varios hijos, La moda tuvo un

repentino despertar, en la cual la visión de la estética cambio radicalmente, las mujeres comenzaron a vivir una etapa de liberación, a mostrar su cuerpo, los diseños en ropa comienzan a cambiar estableciéndose sólidamente en la sociedad, pasando de vestidos largos a la minifalda, sin embargo la verdadera revolución fue cuando las mujeres empezaron a usar el bikini, este era un juego de dos piezas muy pequeñas las cuales se usaban para ir a la playa, significó una apertura en la vida de la mujer.

En la aparición de la anorexia intervienen factores socioculturales, es la presión por parte de la sociedad, de los medios de comunicación y el anhelo de delgadez. Intervienen también factores individuales, como son los cambios corporales que obligan a fijar la atención sobre el propio cuerpo. Es este el momento en que el adolescente compara su imagen corporal con el modelo estético corporal presente en su medio social.

Se habla también de la familia como factor importante en la aparición de la anorexia aunque no es algo específico en la enfermedad. Se ha observado que hay un predominio de estilo educativo sobreprotector y también excesos de trastornos alimentarios, afectivos y de ansiedad en los familiares de anoréxicos.

Pero estos elementos no pueden considerarse factores importantes de esta enfermedad, es decir, se asocian a otras enfermedades que no tienen nada que ver con el alimento. De todas formas una vez que la anorexia está en marcha, los conflictos familiares cobran gran importancia.

A partir de este fenómeno surgen los trastornos de la conducta alimentaria trastocando en México la cultura nacional que ha sido conformada durante décadas y se ha visto vulnerada por la introducción del ideal del “cuerpo perfecto”.

La anorexia se ha convertido en un problema de salud pública, según la Fundación Ellen West,¹ el problema afecta más a las mujeres, y repercute en su salud, provocando desnutrición grave y hasta la muerte, aunque también se da en hombres en una proporción del 10 a 1. El número de hombres que sufren estas enfermedades se ha duplicado en los últimos 10 años.

Esta situación se ha convertido en ejemplo de vida, es ahí donde radica el problema real, es un modelo a seguir por muchos jóvenes y esto ha trastocado sus formas de vida y su salud.

Ante el panorama descrito y con la finalidad de contribuir a la comprensión de este problema, se plantean las siguientes preguntas que guiarán el estudio:

¿Cómo perciben las jóvenes la influencia de la cultura de la delgadez?

¿La cultura de la delgadez influye en la adopción de modos de vida diferentes?

¿La anorexia nerviosa es producto de la influencia de la publicidad de la delgadez extrema o existen otros factores más profundos que la estimulan?

Por qué estudiar la anorexia nerviosa: la justificación

Este tema es de vital importancia no solo porque está de moda, sino porque en la actualidad ha cobrado vidas humanas, porque va cada vez en mayor aumento. Y se ve como si fuera solo una ocurrencia de los adolescentes, y no se profundiza en el fenómeno.

¹ www.ellenwest.org. Fundación Mexicana Contra la anorexia y la Bulimia. Centro para el estudio y prevención de los trastornos de la alimentación, Presidenta Araceli Aispuru de la Portilla. Consultada 4 Octubre 2007

Actualmente en Occidente sufren de anorexia nerviosa el 0.2 al 0.8% de la población general y entre el 1 y el 2% en adolescentes, menciona la Fundación Mexicana Contra Anorexia y Bulimia², y que 90% de los que padecen un trastorno de la alimentación son mujeres, el 86% de los afectados la iniciaron a los 20 años, el 11% de los estudiantes de secundaria tienen un trastorno de la alimentación diagnosticable, 62% de las mujeres que realizan deporte de “apariencia” (gimnasia, ballet, patinaje) tienen un trastorno de la alimentación.

La anorexia nerviosa se presenta preferentemente en mujeres entre los 14 y 18 años de edad, aunque cada vez se descubren más casos en preadolescentes, donde la madre también sufre de este trastorno. Cuando las jóvenes empiezan con sus dietas, consumiendo productos “Light”, suprimen los alimentos que les proporcionan los nutrientes indispensables para su desarrollo, lo que les ocasiona graves daños a la salud.

La edad de inicio de este problema, cada vez se va reduciendo más, existen referencias de que niñas de 9 a 12 años incurren en estas conductas y en algunos lugares las madres de esas niñas también son anoréxicas. Con esto, el problema se torna aún más grave, porque el ejemplo surge de la misma familia.

La búsqueda de la perfección de la figura tiene muchas formas de manifestarse como la anorexia nerviosa, relacionada estrechamente con la “cultura” de la delgadez”, tan difundido desde hace algunos años por los medios de comunicación.

La influencia de los anuncios televisivos es decisiva para la adopción de estas conductas nocivas, para que el preadolescente las considere como una

² Idem 1

obligación, “debes estar delgada”, “las delgadas tienen mayor éxito”, si algún niño o niña está un poco pasada de peso, es blanco de burlas de parte de sus compañeros y hasta de la propia familia, obligando a los hijos a consumir una dieta, porque tienen temor a la obesidad.

El presente estudio se realiza con la finalidad de comprender como influyen los procesos culturales que se desarrollan en la sociedad, como los medios de comunicación, la familia, etc., en las personas, para que desarrollen conductas anoréxicas que los llevan hasta la muerte.

Este estudio pretende describir las vivencias de los jóvenes en relación con la anorexia para así poder contribuir en la reflexión sobre la forma de vivir de estos sujetos.

Como se menciona anteriormente la anorexia nerviosa se da en una proporción de 10 mujeres por 1 hombre, como la frecuencia es mayor en mujeres se optó por realizar el estudio en cuatro mujeres que padecen el trastorno.

En el mes de Noviembre de 2005, la Dra. Araceli Aizpuru de la Portilla inauguró las actividades de la primera cruzada nacional contra la anorexia y la bulimia en el palacio legislativo de San Lázaro de la Ciudad de México con el apoyo de la Diputada de la LXI Legislatura, Diva Hadamira Gastelum Bajo, presidenta de la Comisión de Equidad y Género de la Cámara de Diputados.

La Comisión de Equidad y Género y la Comisión de Salud manifestaron apoyo y compromiso en la lucha contra los trastornos de la alimentación, reconociendo estas enfermedades como una cuestión de género y violencia hacia la mujer. El 90% de las personas que padecen anorexia son mujeres.

La Presidenta de la Fundación Ellen West presentó una conferencia magistral abordando el tema desde una perspectiva de género. La Dra. Araceli Aizpuru asegura que el sobrepeso y la obesidad en los hombres no traen por añadidura que sean tontos, sucios o incapaces, sino todo lo contrario, se relacionan con éxito y riqueza. En las mujeres no sucede lo mismo, pues se les valora por su apariencia y no por sus talentos, afirmó la titular de la Fundación.

La Fundación Ellen West, centro para el estudio y prevención de los trastornos de la alimentación, crea esta campaña a partir de la urgente necesidad de detener una epidemia que se expande cada vez con mayor rapidez. La misión de la cruzada es informar, generar conciencia y revertir, en la medida posible, los efectos dañinos de la moda y la publicidad que promueven la extrema delgadez.

En los medios se maneja de forma muy ligera, y además porque los sitios en internet que tratan sobre el tema, se han vuelto muy comunes y cualquiera puede tener acceso a ellos.

En la universidad donde laboro me comentaban algunas compañeras que habían notado que cada día se notaba más en las jóvenes un aspecto físico demacrado y una disminución en el IMC muy marcado.

En una ocasión que asistí a una reunión con un grupo de alumnos de enfermería pude darme cuenta de dos casos de anorexia nerviosa, lo que me llamó la atención y me despertó el interés por investigar que sucedía con los jóvenes, cuáles eran las circunstancias que estaban predisponiéndolos para adoptar estas conductas.

Este tópico es de importancia capital no solo para los adolescentes, sino también para los padres que navegan con los mismos, asimismo para el personal

de enfermería que recibe a estas personas enfermas en un hospital y los contacta en las instituciones de primer nivel de atención, ya que los resultados de esta investigación podrán ser tomados en cuenta para la elaboración de programas de prevención.

Para qué estudiar la anorexia nerviosa: los propósitos

1. Evidenciar si existe la influencia de la cultura de la delgadez en las jóvenes mexicanas.
2. Conocer la percepción de las jóvenes sobre la influencia de la cultura de la delgadez.
3. Conocer si existen otras circunstancias que motiven el desarrollo de la anorexia nerviosa

Capítulo 2. Estado del arte

Estudios Internacionales

En países como España se han realizado investigaciones sobre este trastorno, y llegaron a la conclusión, “que los modelos de identidad femenina que plantea la sociedad respecto a la imagen ideal y a los medios para conseguirlo producen un conflicto del que resulta difícil escapar, tanto a las mujeres catalogadas de normales, como aquellas diagnosticadas de anorexia nervosa”.

³ Esta investigación cualitativa se llevó a cabo en mujeres de 22, 25 y 30 años, diagnosticadas de anorexia de la provincia de Barcelona, a través de entrevistas semidirigidas, agrupando las categorías en 3 apartados:

Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

a) La percepción de la identidad, los informantes plantean el concepto de la identidad de la mujer asociado a la corporalidad, en donde el cuerpo se convierte en el eje de toda su vida, en las relaciones con ellas mismas y con los demás. Es a través del cuerpo que se sienten seguras o inseguras, tener éxito o no. Un cuerpo que objetivan como joven y bello, (delgado, alto, modelos ideales

³ Rigol, C. A. El otro cuerpo de la identidad: Análisis de modelos culturales de los trastornos del cuerpo femenino. Universidad de Barcelona. Revista Cultura de los Cuidados. Año 10 N° 19. España, 2006 pp. 48.

impuestos por la sociedad). Reconociendo las representaciones como producto sobre todo por los medios de comunicación, por la publicidad.

b) La percepción social del cuerpo, la percepción que tienen de lo que pide la sociedad a las mujeres para que sean aceptadas está relacionado con la configuración del orden social en el que se asientan los modelos valorados, pero también con la propia percepción devaluada. Lo que creen que buscan los hombres en las mujeres parece que es su propia visión distorsionada.

El cuerpo solo se reconoce a través de la mirada de los demás, esto refleja falta de seguridad y fragilidad, a partir del modelo inalcanzable que se plantean. La presión que experimentan es tan elevada que les crea un sentimiento de indefensión y de exclusión.

A través del cuerpo modifican la experiencia. Parten de la base de que solo serán queridas, aceptadas, cuando hayan logrado responder a las expectativas de los otros. Por eso para acercarse a aquello que se espera de ellas, lo hacen a través del cuerpo, a través de la búsqueda de una silueta perfecta, la cual algunas no conseguirán.

Demanda percibida desde la publicidad así como desde la propia familia. “La preocupación por el peso crea un derrumbamiento de la autoestima y de la eficacia”.⁴

c) La aceptabilidad del propio cuerpo. Se avergüenzan de su corporalidad, el miedo a las críticas y la devaluación cuando se ven gordas. El cuerpo se reduce a

⁴ Idem 3

la dimensión anatómica, no se vive lo subjetivo, buscan realizarse en la delgadez, explotando los límites.

La mayoría de las informantes refiere un sentimiento de baja autoestima, de inseguridad al no poder conseguir lo que deseaban, lo que hace pensar que este problema evidencia las contradicciones que genera la sociedad, por un lado la llamada que se hace a los individuos, a partir del supuesto de la igualdad de oportunidades, a participar y buscar un sitio en la sociedad, aquel que se propone en función de su esfuerzo y su elección, y por otro la exclusión que provoca no poder alcanzarlos.

En 1989, Maloney, McGuire y Espicker⁵ encontraron en una muestra escolar con N=318 niños de 3º al 6º grado que un 37% había intentado perder peso, mientras que en la muestra de Moses, Vanilivy y Lifshitz en 1989, encontraron que un 50% de su muestra tenían peso por abajo del normal, respondieron sentirse temerosas a subir de peso; mientras que un 67% de preadolescentes y adolescentes dijeron sentirse insatisfechas con el peso y forma de sus cuerpos. Entre las adolescentes, se encontró que la figura actual fue percibida como más pesada que la figura ideal.

El propósito central del estudio de Maloney estuvo encaminado a conocer la imagen corporal de los niños púberes o preadolescentes, detectando la presencia de alteraciones de la misma, se consideró de especial relevancia, las alteraciones que se refieren a factores de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Se concluye que en un porcentaje potencialmente

⁵ Maloney, McGuire, Daniels. En Alteraciones de la Imagen Corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 14 N° 1 pp. 31-40

importante se encontró un indicador de riesgo relacionado con la insatisfacción de la imagen corporal. La gran mayoría de las niñas seleccionó como figura ideal la silueta delgada y la más delgada.

Entre los resultados asociados con autopercepción del peso corporal, destaca el hecho de que el 40% de las niñas lo perciben como normal y el 25% como gorda y muy gorda. El 65% se sobrestimó, pues el 85% están muy por debajo del peso normal.

Los resultados encontrados en estas investigaciones demuestran la gran influencia que ejercen los factores socioculturales de los que están rodeadas las personas, incluso desde la infancia, que los predisponen para adoptar estilos de vida cada vez más dañinos para la salud.

Resulta preocupante reconocer que las preadolescentes tengan, a esa edad, una percepción equivocada de su cuerpo, de acuerdo al estudio arriba mencionado, cuando su peso se encuentra por debajo de lo normal. Se observa también que las preadolescentes quisieran tener la silueta demasiado delgada, de hecho el estudio menciona que escogieron la más delgada como la figura ideal.

La insatisfacción corporal resultó como uno de los problemas más graves en mujeres, relacionada con la influencia de la publicidad ejercida por los medios de comunicación. ¿Cuánto influye esta publicidad para que se presente la insatisfacción corporal?

En relación con los grupos de jóvenes más afectados por la anorexia, se realizaron algunos estudios concluyéndolos con la afirmación de que toda la presión sociocultural todavía es mayor en determinados grupos homogeneizados

que están en función de ciertos intereses y actividades. Éste es el caso del estudiante de música y danza o en modelos de alta costura.⁶

Se plantearon la posibilidad de que unos estudios de este género resultaran humanamente estresantes por su competitividad. Más adelante se vio que el factor clave no es la competitividad sino la dedicación a actividades que subrayen el valor del cuerpo delgado.

En 1986, se realizó un estudio por Ordeig y Cols⁷ con muestras de estudiantes de danza, modelos de alta costura y gimnastas. Las puntuaciones obtenidas ante el E.A.T. fueron de 30, 14,8 y 18,6 respectivamente; mientras que en el grupo control fue de 11.

Entran en patología el 30% de los bailarines, el 18% de los gimnastas, el 13,3% de los modelos. Este estudio confirmó el resultado obtenido por Garner y Garfinkel⁸.

Estudios Nacionales

En la facultad de Psicología de la UNAM, se realizó un estudio en preadolescentes, se encontró que “algunos de los factores de riesgo son la distorsión de la imagen corporal, sobrestimación y subestimación, satisfacción e insatisfacción. Todo esto resultado de la interacción de condiciones sociales

⁶ Garner y Garfinkel. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* En Toro, J. Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. Anuario de Psicología. España. 1998 pp. 32

⁷ Ordeig y Cols. Citado en Toro, J. Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. Anuario de Psicología. España. 1998 pp. 41

externas, como la presión que ejercen los agentes socializadores que difunden y mantienen estereotipos, valores y normas sobre belleza, salud, éxito, papeles femeninos, etc., marco de la cultura de la delgadez en las sociedades industrializadas”.⁹ Se hace referencia a la importancia que requiere la apariencia física en la adolescencia, Los resultados obtenidos fueron:

Las adolescentes se encuentran influidas por los medios de comunicación social para adoptar y mantener las formas que impone la “cultura de la delgadez”. La delgadez se ha constituido en objetivo casi colectivo en el ámbito cultural de 10s países desarrollados. Pero no se trata de delgadez en general para la población, esta está dirigida exclusivamente a la mujer. Y por tanto de la muchacha, de la niña. Situación precisamente que es heredado por la cultura, a la condición y el papel femeninos; asimismo los niños se encuentran sometidos a los diferentes efectos socializadores de su entorno.¹⁰

Este estudio aplicado a preadolescentes con una edad promedio de 10 años menciona que “lo poco que se conoce sobre la exposición de los niños a los ideales que promueven los medios de comunicación, la moda y demás, nos hacen notar que, desde muy temprana edad y cotidianamente, se exponen al modelo corporal que representa la famosa barbie que va conformando tan naturalmente las figuras ideales, que en la preadolescencia o en la adolescencia, intentarán hacer valer. Qué niña o niño no desea una barbie o un ken, esto como reflejo de

⁹ Gómez, P. Alteración de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. Vol 14, nº 1. México 1997. pp.32

¹⁰ Toro, J. Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. *Anuario de Psicología*. España. 1998 pp. 4

la marcada publicidad que se le hace a estos productos extranjeros y que vienen a configurar los estilos de vida de los mexicanos”.¹¹

¹¹ Brownll y Napolitano. 1995. Distorting reality for children: Body size proportions of barbie and ken dolls. International Journal of Eating Disorders. Citado en Revista Mexicana de Psicología. Vol 14, n° 1. México 1997. pp.32

la marcada publicidad que se le hace a estos productos extranjeros y que vienen a configurar los estilos de vida de los mexicanos”.¹¹

Capítulo 3. Marco Teórico

Anorexia y cultura de la delgadez

La anorexia nerviosa está considerada por el CIE 10¹² como un trastorno comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. Se tipifica como un trastorno determinado por la presencia de un detrimento voluntario de peso, conservada por el mismo enfermo. Este trastorno aparece con mayor frecuencia en adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños pre adolescentes o mujeres maduras hasta la menopausia. La anorexia nerviosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

- a) Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos.
- b) Los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que

¹¹ Brownwll y Napolitano. 1995. Distorting reality for children: Body size proportions of barbie and ken dolls. International Journal of Eating Disorders. Citado en Revista Mexicana de Psicología. Vol 14, nº 1. México 1997. pp.32

¹² Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE). Décima Revisión. (CIE 10). F50.0, F50.1. Criterios OMS.

no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nerviosa.

A pesar de que las causas fundamentales de la anorexia nerviosa siguen sin conocerse, hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales.

Aún hay dudas sobre si el trastorno endocrino característico se debe únicamente a la desnutrición y al efecto directo del comportamiento que la ha provocado (por ejemplo, restricciones en la dieta, ejercicio físico excesivo con alteraciones del equilibrio metabólico, provocación de vómitos y utilización de laxantes, con los consiguientes desequilibrios electrolíticos) o si intervienen otros factores aún desconocidos.

El CIE 10¹³ marca las pautas para el diagnóstico de la anorexia nerviosa, es necesario que estén presentes todas las alteraciones siguientes:

a) Pierden demasiado peso (IMC de menos de 17,5). En los preadolescentes es posible que no ganen peso de acuerdo a su edad. **b)** La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitan consumir alimentos altos en calorías y por uno o más de uno de los siguientes síntomas, se provocan vómitos,

¹³ Idem 12

uso de purgantes, ejercicio excesivo y el consumo de diuréticos. **c)** Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal. **d)** Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina. **e)** Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

El paciente anoréxico experimenta un intenso miedo al aumento de peso a pesar de que éste disminuye cada vez más y de una manera alarmante. Se produce una distorsión de la imagen corporal, lo que obliga a mantener la dieta. El trastorno suele iniciarse entre los 14 y 18 años de edad, pero en los últimos tiempos está descendiendo la edad de inicio.

El hecho de la pérdida de peso es negado prácticamente siempre por el enfermo y no suele tener conciencia de la enfermedad. Esta malnutrición produce alteraciones, síntomas y trastornos como: hipotensión, alteraciones de la piel, caída de cabello, trastornos gastrointestinales, etc. También se dan síntomas de ansiedad, depresión y obsesivos. Esta malnutrición también provoca tristeza, irritabilidad, aislamiento social e incluso ideas de muerte y suicidio¹⁴.

Las preocupaciones por el alimento se hacen auténticamente obsesivas. Los pensamientos y actitudes relacionados con el cuerpo, el peso y la alimentación, y la evolución de la enfermedad indican que después del diagnóstico, un 25% de las pacientes siguen siendo anoréxicas, un 40% tiene síntomas depresivos y un 25% obsesivos. La mortalidad se sitúa entre el 8 y el 10% pero cuando la enfermedad dura más de 30 años este dato se eleva al 18%. Tras doce años de evolución de la enfermedad en una persona la curación se considera prácticamente imposible.

Aproximadamente la mitad de las pacientes anoréxicas experimentan episodios bulímicos, esto es también un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de eventos en los que el enfermo ingiere cantidades de alimento superiores a lo normal, aunque en principio el bulímico no desea en absoluto ese atracón. Después de estos atracones, siguen vómitos, laxantes, diuréticos.

¹⁴ Fernández A. F. Turón G. V. Ed Masson. Trastornos Alimentación. Guía Básica del Tratamiento en anorexia. Barcelona 2002. Pp. 3-15

En la aparición de la anorexia intervienen factores socioculturales, es la presión por parte de la sociedad de los medios de comunicación, y el anhelo de delgadez.

Intervienen también factores individuales, como son los cambios corporales que obligan a fijar la atención sobre el propio cuerpo. Es este el momento en que el adolescente compara su imagen corporal con el modelo estético corporal presente en su medio social.

Se habla de la familia como factor importante en la aparición de la anorexia aunque no es algo específico en la enfermedad. Se ha observado que hay un predominio de estilo educativo sobreprotector y también excesos de trastornos alimentarios, afectivos y de ansiedad en los familiares de anoréxicos.

Pero estos elementos no pueden considerarse factores importantes de esta enfermedad, es decir, se asocian a otras enfermedades que no tienen nada que ver con el alimento. De todas formas una vez que la anorexia está en marcha, los conflictos familiares cobran gran importancia.

La anorexia nerviosa “es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal por causas no orgánicas. Miedo desmesurado a engordar, por una sobrevaloración a su imagen y a su figura. Amenorrea durante los últimos 3 ciclos. Este adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos especialmente “los que engordan”.¹⁵

¹⁵ Idem 14

Los límites de la anorexia no están claramente definidos, “tarde o temprano la diferencia de adelgazar y la anorexia salta a la vista. Los caminos se bifurcan. La mayoría de las mujeres dan por terminado el tratamiento para adelgazar o la dieta cuando alcanzan el peso que consideran ideal, entonces retornan a sus hábitos alimentarios acostumbrados. Las futuras anoréxicas, en cambio, siguen pasando hambre, incluso cuando el objetivo inicial de peso quedó rebasado por defecto; lo que ocurre es que establecen un nuevo peso ideal inferior al anterior. Y cuando lo alcanzan aún les parece insuficiente y definen otro todavía más bajo”.¹⁶

No solo los aspectos biológicos son los que condicionan las conductas alimentarias, aprendemos a alimentarnos en contacto con otras personas, el comer es un acto de comunicación, “desde el nacimiento, comer es un acto social. Y esta socialidad del comer se mantiene a lo largo de toda la vida”.¹⁷

A través de la historia se puede observar que la alimentación se ha relacionado con el estatus social, comer en forma abundante era característico de unas cuantas personas, que los llevaba a la obesidad, lo cual significaba belleza y ésta les brindaba poder.

Los hábitos alimentarios no se encuentran aislados del tipo de sociedad en que se desarrolla el individuo, la cual va a configurar los estilos de vida, como dice Menéndez que los estilos de vida de la persona no los determina solamente ella, sino que intervienen múltiples agentes que van a intervenir directamente para que

¹⁶ Gerlinghoff, M. y Backmund, H. Anorexia y Bulimia. Entender y superar los trastornos alimentarios. Ed. Grijalbo. España. 2004

¹⁷ Toro, J. El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad. Ed. Ariel 2003. p.p.2-3

el individuo actúe de tal o cual manera, la elección individual no puede ser separada de las condiciones estructurales que las posibilitan.¹⁸

Los anuncios referentes a la imagen corporal son propagados universalmente y con ellos se transmite la idea de que estar delgado es el medio para obtener la felicidad y el éxito.

Signos y síntomas

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además esta mujeres aunque su edad ya esté preparada para la menarquía sufren de amenorrea.¹⁹

Al inicio es difícil detectar los síntomas de la anorexia, ya que los cambios externos no son visibles, toman tiempo en manifestarse. Los primeros síntomas suelen ser atribuidos a un sinfín de enfermedades. Conforme pasa el tiempo el comer se convierte en vergüenza y culpa, se nota aprehensión y un callado nerviosismo²⁰.

El CIE 10 señala que es equívoco el término anorexia, ya que es rara la pérdida de apetito en las anoréxicas.

¹⁸ Menéndez, E. L. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, núm. 46, El Colegio de México, 1999. pp. 37-67.

¹⁹ DSM -IX-TR Manual de Diagnósticos Estadísticos de los trastornos mentales. Ed. Elsevier Masson. 4ta. Edición. Barcelona 2007. Pp. 653-660

²⁰ Weitzner, A. El ABC de los desordenes alimenticios. Guía práctica para adolescentes. Pax México. 2007.

Las personas con anorexia tienden a comer como si estuviera a dieta, a pesar de que ya está muy delgada, usan ropas muy holgadas o demasiado grandes. Experimenta cambios de personalidad. Además de vértigos, desmayos, pérdida de conocimiento y dificultad para concentrarse. Mantienen una percepción distorsionada del peso, tamaño o figura de su cuerpo, no existe otro trastorno físico o psiquiátrico que pudiera justificar la pérdida de peso o la negativa de comer. Presencia de al menos 2 síntomas fisiológicos asociados a la anorexia nerviosa. Éstos son, abuso de laxantes, diuréticos o píldoras de dieta y hacen ejercicio de manera excesiva. Puede que hasta 5 o 6 horas al día y los huesos se vuelven más frágiles.

Presentan síntomas físicos de inanición, como Piel fría, algunas veces con tonalidad azulada, dolor al sentarse, se les desarrolla una vellosidad muy fina por todo el cuerpo. Manifiestan hipotensión, o presión anormalmente baja y bradicardia.

Presentan indigestión después de la escasa comida que consume, por lo tanto existe sensación de debilidad o cansancio, trastornos del sueño. Existe anemia debido a la falta de hierro y proteínas. Se presentan también anormalidades hormonales que se refleja con ausencia de los períodos menstruales.

Características psicológicas de la anorexia.

La mayoría de las anoréxicas perciben una imagen corporal distorsionada porque se ven demasiado gordas sin hacer caso de lo escuálido que está su aspecto. Uno

de sus principales temores es llegar a estar gorda y la decisión de mantener un peso corporal bastante bajo a cualquier precio.

La inminente adultez de la joven y la autonomía que la familia espera que ella logre. A medida que se vuelve más delgada y más débil, la anoréxica requiere más atención de quienes la rodean, y ya no tiene que preocuparse por salir sola ya que si no, supondría un mayor control sobre su vida propia²¹.

Satisface varias necesidades conflictivas: la libera de parte del estrés de entrar en la adultez y lograr la independencia, mientras que atrae la atención de los padres y ofrece una medida de control de su propia existencia.

A través de estas características psicológicas se puede observar dos tipos de anorexia:

- Anoréxicas austeras: comienzan perdiendo peso a través de dietas y ejercicio, por lo general ayudadas con laxantes, píldoras de dieta y/o diuréticos.
- Anoréxicas voraces: muestran características de la bulimia nerviosa, es decir, que pasan por atracones y vómitos.

Otros tipos de características que presentan estas mujeres:

- Comienzan teniendo un ligero sobrepeso por lo que inician con dietas estrictas y luego no se detienen cuando llegan al peso buscado sino que, se agravan, y continúan perdiendo peso.
- Un excesivo deseo de agradar a los demás y evitar situaciones estresantes: intentan agradar a los demás a expensas de su propia felicidad por lo que desarrollan una personalidad rígida, expresada en una excesiva necesidad de

²¹ GOMEZ, P. "Anorexia nerviosa" Ed. Pirámide pp. 223

seguir reglas y una tendencia a criticar a los demás. Intentan mantener el control sobre su entorno porque no tienen control sobre su propia vida.

Esto además conlleva a que tengan miedo a enfrentarse a situaciones nuevas y así les surgen los problemas de identidad y control.

La elección de una afición o una carrera que concede gran importancia al peso, como las carreras de bailarina, actriz, modelo y deportista, fomentan esta enfermedad porque se le concede un alto valor a poseer un aspecto delgado y saludable.

Hay una serie de factores determinantes dentro de la anorexia como son: Muchas de las afectadas proceden de familias afectuosas y cariñosas pero hay una serie de factores que la van a conllevar a la anorexia. Está comprobado que las familias de las anoréxicas están situadas en los estratos socioeconómicos medios y altos de la sociedad²². Tal hecho supone conductas, valores y relaciones personales diferentes de la persona que pertenecen a otros estratos además de existir una tendencia a que los padres de las anoréxicas tengan edades avanzadas.

El hecho de conceder una gran importancia emocional a la comida, el comer, el peso y el aspecto, esto caso puede ocurrir cuando los padres están relacionados con algún tipo de relación estrecha con la comida: restaurantes, trabajan en la industria alimentaria, etc.

²² Sherman, R. "Anorexia". Edit. Trillas, México 1999

Cuando en la familia existen casos de anorexia nerviosa y trastornos anémicos en familiares cercanos; la mayoría de los casos suelen darse porque algún familiar haya ya padecido anorexia o algún trastorno emocional como depresión o manía depresiva.

La insistencia exagerada en el aspecto y los logros por parte de uno o ambos padres, muchas veces se someten a dietas para agradar a uno de sus padres lo que la lleva a abarcar sentimientos negativos como cólera.

Una familia donde hay una relación excesivamente estrecha con los padres o excesivo control sobre ellas, llegando a tomar sus propias decisiones y gobernando su propia vida porque tienen puestas muchas expectativas en ellas. Ellas intentan satisfacer completamente los deseos, necesidades y sus expectativas, y al hacerlo dejan de expresar sus propios deseos produciendo una falta de reconocimiento de sí misma como un individuo con derecho propio.

Es posible que existan otros problemas de la familia, trastornos que pueda haber dentro de ella, como el alcoholismo, lo que lleva a la niña a que se centren en ella y descuiden sus problemas.

Todos estos problemas están entrelazados. Los trastornos vienen por pasar toda la vida en un entorno social y familiar particular. Los miembros de una familia casi nunca se dan cuenta del impacto de su conducta en la futura paciente.

Presión social y estereotipos sociales.

Las dimensiones corporales de la mujer han sido valoradas de distintas maneras en las distintas épocas de la historia del mundo occidental. El modelo de belleza

femenino es muy distinto en cada época que va viviendo la humanidad. Los cambios históricos acarrearán cambios culturales y cambios en los patrones estéticos y corporales.

La anorexia nerviosa parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (especialmente en las mujeres)²³

La imagen de un modelo ideal de belleza, compartido y reconocido socialmente, supone una presión altamente significativa en todos y cada uno de los miembros de la población. Las mujeres que encarnan o se identifican con ese modelo tienen razones para valorarse positivamente. Quienes no reúnen estas características, padecen baja autoestima.

En el establecimiento de los modelos estéticos, intervienen multitud de factores aunque en cada país tenga su prototipo de belleza específico. Por ejemplo, en países, donde escasea el alimento, la obesidad es signo de prestigio social y de potencial socioeconómico. Por el contrario, el ideal de delgadez se da en sociedades donde la obtención de alimento no es un problema²⁴.

Los estereotipos estéticos suelen extenderse en las sociedades complejas en sentido descendente, es decir, de las clases más elevadas a las más bajas.

La anorexia nerviosa entraña que los valores asociados al alimento (necesidad básica) son sustituidos por otros de carácter estético más culturizados y alejados de lo primario, de lo más estrictamente biológico. Pero para que la restricción de la ingesta se inicie no basta con que la persona tome la decisión de

²³ Idem 19

²⁴ Toro, J. El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad. Ed. Ariel 2003.

reducir las dimensiones de su cuerpo, sino que es necesario que sufra las influencias sociales. Éstas se canalizan a través de los demás y del ambiente²⁵.

Un canal importante y de influencia efectiva son los medios de comunicación de masas. La TV, prensa, radio, etc. bombardean continuamente a los ciudadanos con múltiples mensajes. También se sabe que los valores del mundo anglosajón, en especial EEUU, ejercen una gran influencia sobre el resto del mundo y que pronto serán implantados en otros países.

Hasta ahora se ha hecho referencia a los medios de comunicación como portavoces y creadores de los estereotipos estéticos corporales que surgen en la población. El cine, la fotografía, los reportajes sobre métodos de adelgazamiento contribuyen a determinar el estado de opinión y evaluación corporal. Pero, además, todo este mundo de palabras e imágenes van a crear un importantísimo mercado descubierto por los comerciales y productores de más de mil recursos de adelgazamiento.

El estado de opinión, por tanto queda incierto, enraizado en una publicidad comercial, que con sus mensajes incorporan el estereotipo estético, lo concreta y potencia.

Se realizó un análisis de publicidad de pro-adelgazamiento en 1985. De todas las revistas que se publicaron en España se eligieron aquellas que contaban con un 60% de lectores del sexo femenino que a la vez tenían una difusión de más de 100.000 ejemplares. De aquí se seleccionaron diez que constituyeron el 80% de todas las revistas leídas por la población femenina.

²⁵ Toro, J. Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. Anuario de Psicología. España. 1998 pp.43

De estas revistas, se analizaron todos los anuncios que aparecían seleccionando todos aquellos que de manera directa o indirecta incitaban al uso o consumo de productos para adelgazar.

Los resultados referentes a los anuncios directos fueron del 10,43%. Los anuncios indirectos representaron un 14,24%. Anuncios Totales un 24,64%. Con esto se constata que casi uno de cada cuatro anuncios que llegan a un público femenino invita, de alguna manera a la mujer, a perder peso.

También se midió el coeficiente de Impacto, que mide la capacidad de difusión de un mensaje en una población dada. Toman prioridad aquellos productos que son de actuación específica e inmediata, como es el caso de las cremas y pomadas adelgazantes. En segundo lugar aparecen los alimentos de tipo calórico.

Denota un cambio significativo en las razones que los anunciantes dan para invitar a perder peso. Es difícil predecir si esta tendencia se mantendrá, por eso antes había una gran preocupación por la salud y actualmente lo que se está dando es un vuelco hacia lo estético, es decir, se hace notar que vende más la motivación en estética que lo sanitario. En 1985 el 55% de los argumentos pro-adelgazamientos eran estéticos mientras que sólo el 19% estaban relacionados con la salud.

El llamado coeficiente de utilización indica la cantidad de veces que una palabra aparece en publicidad. Los términos verbales más utilizados son: tipo, silueta, figura, delgado, línea, centímetro, kilos, adelgazar, calorías e hipocalorías.

También se llegó a la conclusión que la mayor difusión de esta publicidad se produce, principalmente en mujeres de 15 a 24 años de edad. Esto es solo un

botón de muestra para darnos cuenta del bombardeo al que están sometidos los jóvenes y adolescentes.

Cada época ha tenido unos prototipos de belleza. En la década de los 50, existían dos modelos: uno el de Marilyn Monroe con caderas anchas, cintura ceñida etc. y el de Grace Kelly tendiente a lo rectilíneo, era la delgadez extrema. Las seguidoras de Marilyn eran mucho más vulgares que las de Kelly que eran chicas aristocráticas.

En los años 60, se da el fenómeno Twiggy. Una chica inglesa, verdaderamente esquelética, que se introdujo como un ciclón en el mundo de la moda de América y Europa. Publicaciones como " Vogue " trasladaron sus escuálidas dimensiones a los ojos de todo el mundo occidental. El impacto que produjo constituyó un ejemplo de la eficacia de los medios de comunicación y de las campañas de publicidad. La aparición de este fenómeno Twiggy es un hecho clave para entender el incremento epidémico de los trastornos en el comportamiento alimentario. De algún modo el modelo de Marilyn y el de Twiggy se han mantenido hasta nuestros días.

El anhelo de la delgadez sigue vigente. Un estudio pionero de Garner verificó que las medidas de las modelos fotografiadas en las páginas centrales del Playboy y otras revistas, fueron disminuyendo cada vez más. Eran más delgadas.

Kim Cherin desde una perspectiva feminista hace una importante crítica acerca de esta sociedad generadora de la actual epidemia de anoréxicas y bulímicas. En 1981 ya señalaba que E.E.U.U. se gastaba 10 billones de dólares anuales en servicios y productos relacionados con la búsqueda y pérdidas de peso y que 20

millones de personas seguían una dieta rigurosa²⁶. Y a lo largo de esta década, los americanos doblaron sus gastos en alimentos dietéticos, programas para adelgazar libros de regímenes y consejos para perder peso. La industria británica del adelgazamiento estaba facturando más de un billón de libras esterlinas anuales, para 1994.

La preocupación por el peso y la imagen corporal está tan extendida que en la sociedad actual, es un fenómeno que puede considerarse como normal en la experiencia femenina. Ésta preocupación e insatisfacción suscitada por el propio cuerpo, tiene que encontrar alguna vía de solución. Los afectados intentan resolver sus problemas eligiendo entre las múltiples alternativas y mejores. Ésta es la técnica para adelgazar más difundida y más peligrosa en cuanto al riesgo de sufrir trastornos del comportamiento alimentario.

Resumiendo todos estos trabajos se concluye que alrededor del 40% de las mujeres y que el 23% de los varones estaban intentando perder peso. En estas mismas circunstancias, el 26% de las mujeres y el 14% de los hombres estaban haciendo régimen para adelgazar.

También concluyeron que había más personas de peso normal siguiendo dietas que personas con sobrepeso. Pero lo más grave es que en 1985 y 1990 creció el porcentaje de personas que considerándose a sí mismas delgadas trataban de adelgazar. Del 0,7% se pasó al 4% y en adolescentes las cifras aún eran más preocupantes. El 20% de chicas adolescentes con infrapeso estaban siguiendo dietas adelgazantes.

²⁶ TANNENTAUS, N. " Anorexia y bulimia". Ed. Plaza & Janés, España 1992.

Éste es el panorama descrito con algunos datos ilustrativos, que hacen evidente la preocupación por el cuerpo y sus medidas supuestamente excesivas. Es como si la gente aceptara la presión social y haya llegado a convencerse de que este prejuicio es intentar adelgazar, reducir las dimensiones de manera competitiva.

En 1993 se realizó otro estudio, Phelps, quien evaluó de igual modo y en las mismas circunstancias académicas a todas las chicas de 12 a 18 años ubicadas en el mismo distrito escolar de Búfalo, California. Se les aplicó una encuesta a todas las alumnas situadas en Middle School, de 12 a 14 años, y a todas las de High School, de 14 a 18 años. Los resultados fueron ambiguos ya que en High School, las de mayor edad, las prácticas patógenas para perder peso habían disminuido, mientras que en Middle School en ese mismo período de 8 años, el porcentaje de niñas que se medicaban para adelgazar había pasado del 0,8% al 6% y de niñas vomitadoras había pasado del 3,8% al 11,4%.

En consecuencia parece concluirse que se está reduciendo la edad en que más se experimenta e interioriza la presión pro-adelgazamiento. Serían todavía niñas las que emplearon métodos peligrosos para perder peso.

Los estudios realizados sobre el tema que hagan referencia a niños pre-puberales son muy escasos pero hay un ejemplo muy significativo, que es una serie de estudios llevada a cabo por un grupo de investigadores de la universidad de Leeds, en Inglaterra.

En el más reciente trabajaron con 213 niñas y 166 niños de 9 años. Hallaron que los niños presentaban una baja autoestima, un evidente deseo de adelgazar y altos niveles de restricción de comida. Pero ese deseo de adelgazar y

la motivación para seguir una dieta se mantenía en los niños y niñas de todos los niveles de peso.

Con estos resultados se puede concluir que la interiorización en los niños de los modelos estéticos corporales empieza a edades muy tempranas, al igual que los anhelos por adelgazar y llevar a cabo alguna dieta. Éstas suelen llevarse a cabo (sobre todo en el caso de las niñas) en colaboración y correspondencia de las madres.

Los niños se encuentran en la misma sociedad que los adultos y como ellos experimentan las mismas influencias. En ellas, los niños quedan mediatizados por los adultos y mayores que tienen más cerca y que son más significativas desde una perspectiva socioafectiva. La información verbal que los padres dan a sus hijos, ha sido estudiada en una investigación muy reciente (Thelen y Cormis, 1995) en donde veían las características de 118 niños y niñas de 9 a 10 años y se constató que tres de cada cuatro padres y/o madres alentaban a sus hijos e hijas para que controlaran su peso.

Se percibía como más frecuente y presente la acción adelgazante ejercida por las madres, madres que en un 86% habían practicado dietas en alguna ocasión y que en un 57% lo habían hecho más de tres veces a lo largo de sus vidas. Éste es uno de los trabajos que pone de manifiesto el papel de la familia en la transmisión de valores en este caso, alimentario-corporal.

Esta transmisión de valores y costumbres aumentan cuando las madres han padecido o padecen trastornos en el comportamiento alimentario. El modelo de familia tradicional tenía establecido la ingestión de tres comidas: desayuno,

comida y cena que no sólo eran ocasión para alimentarse sino también de reunirse, comunicarse, en definitiva, de convivir.

Ahora cada vez son más las personas de una misma familia que realizan sus comidas por separado y lejos del hogar. Las "comidas rápidas" y en general escasas, han ocupado el lugar de las comidas lentas y hogareñas. La estructura de una comida con dos platos y postre se han ido sustituyendo por bocadillos y hamburguesas que además se ingieren con prisas.

Estos hábitos son más frecuentes en adolescentes y jóvenes de enseñanzas medias y universitarias, es decir, la parte de la población de mayor riesgo para los trastornos en la alimentación. Es justo, en estas edades, donde debe cuidarse más en la alimentación.

Las ocasiones para comer en grupo son múltiples: aniversarios, sesiones de trabajo, despedidas o cenas de parejas. Para el adelgazador, estas ocasiones suscita pesadumbre, angustias y arrepentimientos y como consecuencia se sitúa en una disyuntiva: o rechazar a la vida social o compensar esos excesos con ayunos y restricciones posteriores²⁷.

En el caso en que se elija la renuncia social, la autoestima y estabilidad emocional saldrían perjudicadas. En el segundo caso, la preocupación absorbente por la alimentación llevaría a un posible trastorno alimentario. Quien se encuentra en el culto a la delgadez no puede asistir indiferente a estos "encuentros" sociales que en definitiva son encuentros para comer.

²⁷ TORO, J. Y VILARDELL, E. " Anorexia nerviosa". Ed. Martínez Roca, Barcelona 1997.

Ésta es una de las principales razones del aislamiento social progresivo que sufren los pacientes anoréxicos y bulímicos. Sienten temor a reunirse con amigos alrededor de una mesa con platos o similares.

Resumiendo todo lo anterior se puede decir que los cambios de costumbres han alterado los hábitos alimentarios y que no se tratan de nuevas modificaciones formales y sin importancia sino que se han derrumbado, los cambios de horarios de situaciones sociales y de funciones sociales de los alimentos, dan lugar a cambios en el contenido. La desorganización incrementa los riesgos de patología alimentaria.

Otro aspecto es el rechazo social²⁸, el más claro es el rechazo al obeso, tanto que a un niño de seis años de edad ya lo tiene totalmente interiorizado. Se ha observado que los niños a esta edad atribuyen características positivas (bueno, simpático, feliz...) a una persona delgada y características negativas (tramposo, sucio, lento...) a una persona gruesa.

En los años 60, Richardson, realizó un estudio donde puso de manifiesto algo semejante. A un grupo numeroso de niños y niñas de 10- 11 años, se les mostraba una serie de láminas. Cada lámina representaba un niño con una incapacidad (niño totalmente normal, niño con muletas, niño sin una pierna, niño en silla de ruedas, niño obeso, niño con la cara desfigurada y niño sin una mano). Los niños/as debían elegir uno a uno las figuras infantiles que les resultaran más agradables. Pues en todos los casos se dio que el niño obeso era el menos elegido.

²⁸ Toro, J. Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. Anuario de Psicología. España. 1998

A parte de este tipo de rechazo, al obeso se le atribuye la responsabilidad de su enfermedad. La obesidad está considerada como la consecuencia de un vicio y el obeso una persona que se entrega a él, es decir, que el obeso es obeso porque quiere ya que come sin control, con glotonería.

Este rechazo tiene varias manifestaciones. Se observó que en una serie de colegios prestigiosos, el número de chicas obesas admitidas era desproporcionadamente menor que el de chicas delgadas. Esto sucedía sin que existieran diferencias significativas ni en el cociente intelectual ni en el expediente escolar previo. Sólo los prejuicios podrían explicar estos hechos.

Otra expresión clave e innegable del rechazo social al obeso, se da en el mundo laboral. Un estudio sobre las relaciones entre un sobrepeso y empleo concluyó en líneas generales que las personas con sobrepeso son consideradas menos competentes, más desorganizadas, indecisas e inactivas.

En el caso de las mujeres la situación se agrava aún más. La promoción profesional es mucho más asequible para las delgadas que para las que no lo son. Citemos como ejemplo el caso de los auxiliares de vuelo o azafatas que pueden ser despedidas por tener problemas de sobrepeso y ciertas compañías controlan las medidas de sus muslos y caderas hasta acostumbrarlas a establecer unos límites. Es importante señalar que los trastornos en las azafatas son bastantes frecuentes ²⁹

Como se puede observar, la presión social sobre las mujeres es mucho más acentuada. Ha podido también verificarse que las mujeres más

²⁹ Shilling, C. *The social body and social theory*, SAGE & TCS, Londres 1993. Citado en Las concepciones del cuerpo y su influencia en el currículum de la Educación Física. Perez, S. Revista Digital - Buenos Aires - Año 6 - N° 33 - Marzo de 2001. Revista Digital. Buenos Aires. Año 6 - N° 33 - Marzo de 2001

emprendedoras, social y laboralmente más activas son las que prefieren un cuerpo delgado y a las más voluminosas se les atribuye funciones de madre, o esposa.

Todos estos prejuicios hacen referencia al atractivo físico, pero se olvida que el atractivo físico no se reduce al volumen del cuerpo sino que es mucho más; el rostro, el cabello, las manos, los ojos, formas de moverse, color de la piel

Métodos para adelgazar: la consecuencia más grave de las dietas restrictivas consiste en la facilitación y precipitación de trastornos en la alimentación. La restricción de alimentos es el factor de riesgo inmediato más evidente de la anorexia nerviosa.

En el mercado del adelgazamiento, los medios de comunicación junto con mensajes verbales lanzan imágenes de cuerpos que sutil o burdamente van destilando mensajes y señales que facilitan la difusión y consiguiente interiorización de la cultura de la delgadez.

Un factor importante a tener en cuenta en el mundo de la moda son las modelos. Sin ellas casi no habría difusión de las tendencias de la moda. Ellas protagonizan las exhibiciones de todo género en revistas, en televisión, carteles urbanos etc. Sus siluetas, sus figuras extremadamente delgadas parecen ejercer influencias decisivas en muchas adolescentes, jóvenes y algunas nostálgicas de la juventud.

John Casablanca fundador y presidente de una de las agencias de modelos más importantes del mundo, con 24 establecimientos en Europa y América ha declarado recientemente en una entrevista que "vivimos en una época muy sensual en la que los cuerpos lo ceden todo. Lo mismo un coche que la moda" y

en esa misma entrevista reconoce que han pasado varios años volcado con las anoréxicas. Y es que esta esbelta delgadez tan deseada por los diseñadores y que tantas modelos tienen, está al borde de lo patológico.

Conocedores del tema señalan que entre el 20% y el 30% de estas muchachas sufren trastornos en el comportamiento alimentario. Por eso no es infrecuente que muchas de ellas durante la comidas en grupos desaparezcan en dirección al baño para vomitar lo que se habían comido.

Estas son algunas de las informaciones que la prensa proporciona acerca del estilo de vida de muchas de ellas. Por ejemplo, Kate Moss que mide sólo 1,70 m. y pesa sólo 44 kilos, su régimen alimentario habitual es de huevos, carne, verdura y mucho café. Claudia Schiffer no come carne, sólo pescado y verdura y Michael Jackson no supera las 550 calorías diarias (1995).

Otro claro ejemplo es que los diseñadores son los primeros que promueven o consienten en cierto modo este tipo de enfermedad, como es el caso de Calvin Klein que en "El País Semanal" el 20 de noviembre de 1994 hizo las siguientes declaraciones:

"Oh si, desafortunadamente este es otro problema. Un gran problema en este país. Con lo avanzadas que son y con lo lejos que han llegado en todos los aspectos de su vida. Y todavía hay una tremenda obsesión por la delgadez, con estar delgadas. Es como si fuera lo más importante en sus vidas. Una paranoia. Y Kate les recuerda a todo eso".

Una vez que ha reconocido y definido el problema lamentándose de su existencia, añade:

...¡Yo no promociono la anorexia! Pero creo que si voy a enseñar mi ropa prefiero enseñarla en personas delgadas. La ropa sienta mejor a la gente que "cuida" de su cuerpo y que está delgada. La imagen es importantísima".

Esas cuatro frases encierran todo un sistema de valores, toda una ideología que en la que realmente está sustentando toda esa cultura de la delgadez.

El papel que las televisiones ejercen en la difusión de valores y modelos relacionados con la estética de la delgadez es el medio de comunicación más intensivo. Silverstein (1986) estudió las características de los hombres y mujeres que aparecían en televisión durante un mes. Eran 221 personas, 139 varones y 82 mujeres. Luego un jurado de psicólogos especialmente entrenados clarificaba el cuerpo de cada uno de ellos en una escala del 1 al 10 de acuerdo con su grado de delgadez o de obesidad.

En este estudio descubrieron que el 69% de las mujeres entraban en la clasificación de "muy delgada", lo que sólo sucedía al 17,5% de los hombres que aparecían en la pantalla. En cuanto a obesos televisivos los varones constituían el 25% y las mujeres el 5%. Por otro lado, el 35% de las mujeres tenían menos de 26 años mientras que en el caso de los hombres tan sólo el 16% contaba con esa edad. Por tanto el modelo suministrado por televisión es el de la mujer sumamente delgada y joven.

Haciendo una crítica de todo lo visto con relación a la presión social y a los estereotipos culturales, se llega a la siguiente conclusión; tomar en cuenta las diferentes situaciones que se presentan, por un lado, los principales problemas ante una buena alimentación sin riesgos patológicos de ningún tipo y por otro lado las medidas que sería conveniente asumir para que cada vez sean menos los

trastornos alimentarios y los trastornos en la concepción e interiorización de valores.

Cambios conductuales, afectivos, biológicos y culturales en la anorexia

Cambios conductuales

Los pensamientos de las anoréxicas suelen preceder a la acción. Así se manifiestan los distintos comportamientos que se presentan a continuación:

Los primeros cambios son el inicio de una dieta restrictiva, la inician limitando y/o suprimiendo los carbohidratos a través de la reducción o supresión de grasas y culmina con la restricción de la ingesta proteínica.

Suelen utilizar varios recursos para seguir la dieta como los vómitos así como el uso de laxantes, suelen padecer estreñimiento y para vencerlo utilizan laxantes ya que piensan que "a más retención, más peso". Al utilizar diuréticos disminuyen así la retención líquida y, por tanto, de peso.

Las conductas que realizan son extravagantes, raras e incluso compulsivas. Aumenta todo lo relacionado con la alimentación y el peso: conversaciones, lecturas, etc. Se informa de todo lo relacionado con las mil y una dietas posibles, el uso de cremas, colecciona libros, recetas, etc. Suele incluso preocuparse hasta de lo que se come en su casa.

A partir de este momento realizará rituales con la comida como desmenuzarla, la reparte en el plato, la esconde en los bolsillos, la almacena en la

boca para escupirla después, toma alimentos del plato de los demás que luego abandona sin probar.

La hiperactividad es la práctica de la actividad física de manera obsesiva. Así camina varios kilómetros al día, estudia paseando o de pie, hace abdominales para realizar un mayor gasto calórico. Se han hecho varios experimentos, Meyer y Cols (1956), Routtenberg y Kuznesou (1967), Eplings y Cols (1981 y 1983) en los que se ha mostrado que cuanto más ejercicio hagas, menos hambre tienes.

Todo ello supone la posibilidad de que la anoréxica incremente sus actividades físicas en dos mecanismos. El primero de ellos es el cognitivo - conductual en las que sus ideas acerca del cuerpo y el peso llevarían a un mayor gasto calórico a través de más movimiento. El segundo es el psicofisiológico en donde la disminución de la ingesta comportaría más actividad física.

La alteración del sueño se encuentra entre lo conductual y lo fisiológico. La anoréxica decide dormir menos porque así, al estar despierta, hace más gasto calórica

La familia es el primer sitio donde la anoréxica ataca porque es el lugar en el que se realizan las comidas, ya que la alimentación cuenta con un importante componente emocional. Las madres son las que imponen su papel de "alimentadores" ya que la alimentación es igual a salud y no alimentarse es enfermedad. En consecuencia, la disminución de la ingesta alimenticia por parte de la anoréxica, desencadena la ansiedad familiar.

Una vez en marcha la ansiedad, se producirá el consiguiente repertorio de intervenciones con finalidad correctiva. Cuando una palabra o un gesto consiguen resultados positivos en la ingesta, son considerados como comportamientos que

resultan reforzados positiva o negativamente. Así aumenta el intervencionismo familiar, es decir, un conjunto de estímulos de distinto orden que forzosamente va a influir sobre el comportamiento de la anoréxica.

La interacción familiar incrementa y codetermina los comportamientos desadaptados de la anoréxica. La familia afectada evoluciona y actúa de modo paralelo a cómo evoluciona y actúa la anoréxica.

La conducta social y el sentimiento de ser diferente, de no poder ser comprendida por los demás, el disimulo de su problema, la evitación de situaciones donde la comida se plantea como obligación o como tentación. Todos éstos y muchos otros factores contribuyen a la irregularidad y/o inestabilidad de los intercambios sociales.

También es una realidad la disminución del interés de la práctica y del placer sexual por parte de las anoréxicas, aunque esto se ha estudiado de manera diversa porque no es lo mismo una niña de 13 años que una mujer casada de 35, ya que no se puede esperar la misma respuesta sexual de una niña, sin casi experiencia, a otra ya con experiencia.

El interés sexual de la anoréxica está disminuido o acumulado. Ellas suelen darse cuenta de que serían más atractivas si tuvieran más peso. A pesar de ello, desean perder más kilos. Las cosas suceden como si su apariencia les permitiera evitar muchas de las expectativas asociadas a la madurez y el desarrollo físico.

Existe una relación entre la anorexia nerviosa y los trastornos afectivos ya que las anoréxicas suelen manifestar síntomas depresivos: tristeza, llanto frecuente, insomnio, etc. Todo ello relacionado con la pérdida de peso.

No siempre el problema de la pérdida de peso es el que lleva a los familiares de las anoréxicas a la consulta médica sino manifestaciones clínicas consecuencias de la anorexia nerviosa: estreñimiento, insomnio, aparición de intensa debilidad muscular, calambres, etc.

En la exploración física general se detecta su deseo de pérdida de kilos a veces ha sido comentado y comienza con una dieta que va a sobrepasar, como consecuencia va a disminuir la masa del tejido adiposo y muscular, con pérdidas de un 25% del peso inicial. A los menores de 18 años se les debe añadir la interrupción de las ganancias de peso según las tablas de crecimiento por sexo y edad.

Las anoréxicas presentan un aspecto marchito y envejecido, con una faz triste que intentan aparentar desarrollando una actividad física normal o exagerada. La piel aparece seca e incluso agrietada y tiene un aumento de la pigmentación de la piel. Las palmas de las manos y las plantas de los pies presentan una coloración amarillenta y fríos produciendo que las uñas se vuelvan más quebradizas y no es raro que se produzca una caída de cabello. Aún así se atenúan las proporciones femeninas normales características, manteniéndose el desarrollo mamario o encontrándose a lo sumo una cierta reducción de tamaño.

También se puede encontrar en la exploración de alteraciones dentarias, la descomposición del esmalte y la caries provocados por los repetidos episodios de vómitos

En lo referente a manifestaciones cardiovasculares, suelen producirse bradicardias e hipotensión. En el corazón se describe el adelgazamiento de la pared del ventrículo izquierdo, disminución del tamaño de las cavidades y

disminución del trabajo cardíaco. Al igual que sucede en otros casos de malnutrición, hay una alteración en los mecanismos aeróbicos y se produciría una menor contracción cardíaca, que se consigue con la normalización del estado nutricional.

La mayoría de los estudios dinámicos cardiovasculares realizados en la anorexia nerviosa muestran una disminución del volumen sanguíneo y del volumen cardíaco proporcionales a la pérdida de peso.

Según las estadísticas, la mortalidad de las anoréxicas varía entre un 4 y un 30%, y en un cierto número de estos casos representan muertes súbitas y no esperadas atribuibles por algunos a arritmias secundarias, a alteraciones electrolíticas debido a vómitos o abuso de laxantes. Sin embargo, muchas de estas muertes podrían relacionarse mejor con cuadros de desgaste o lesión miocárdica y su riesgo de aparición aumentaría mucho cuando el peso de estas pacientes disminuye más del 35 al 40% inicial.

Las enfermas anoréxicas presentan un vaciado gástrico retardado y una disminución del movimiento intestinal que produce sensación molesta de hinchazón y flatulencia que en muchos casos se acompañan de dolor abdominal y estreñimiento. Éste y la sensación de hinchazón son lo que suele inducir a la toma de laxantes. Incluso algunas pacientes se producen diarreas porque creen que les ayuda a perder peso y de esta manera facilitan su acostumbramiento.

En algunas anoréxicas se han hecho descripciones de descensos en las concentraciones plasmáticas de ácido fólico, de disminución de los depósitos medulares de hierro y de la capacidad de su fijación en relación con grupos controles.

También la médula ósea aparece hipoclásica en ciertos casos, con un aumento exagerado de mucopolisacáridos, desaparición de grasas y aparición de un material gelatinoso. La elevación de las concentraciones séricas de carotenos, es la responsable de la pigmentación amarillenta que presentan algunas pacientes y no aparece en otras formas de malnutrición.

Pueden observarse cifras moderadamente bajas de HDL-colesterol. Sin embargo, en más de la mitad de las pacientes con anorexia nerviosa se observan hipercolesterolemias, con elevación de LDL- colesterol y con niveles normales de triglicéridos.

En la anorexia nerviosa existe una distorsión de los mecanismos reguladores centrales que controlan el equilibrio físico y emocional, con la aparición de un trastorno psico-neuroendocrino-metabólico en el que la pérdida de peso y la desnutrición que la acompañan serían responsables de la manifestación reversible con la recuperación del estado nutricional.

En la anorexia nerviosa se manifiestan diferentes alteraciones neuroendocrinas y metabólicas; como la aparición de la amenorrea secundaria que sigue a la pérdida de peso que llevan a la conducta anoréxica.

Se ha comprobado que con estos cambios dietéticos se producen cambios hormonales que llegan a modificar el ciclo menstrual normal. Pero con la recuperación del peso corporal dentro de los valores normales generalmente aparecen los ciclos menstruales de nuevo.

El ejercicio físico intenso se asocia a retrasos en la edad de aparición de la menstruación y a una mayor incidencia de trastorno menstrual.

Los ovarios de las anoréxicas son mucho más pequeños que los de las mujeres normales. Con la recuperación del peso, el tamaño ovárico se normaliza y su estructura llega a ser quística, sin cambios en el estroma, y de una forma semejante a lo que ocurre en el curso del desarrollo puberal normal.

Algunos de los síntomas y signos de la anorexia nerviosa semejan muchas de las manifestaciones que acompañan al hipotiroidismo tales como: piel seca, estreñimiento, hipotermia y sensibilidad aumentada al frío.

Se describen en la anorexia nerviosa cambios en los niveles de hormonas glucocorticoides y concretamente aumentos de variables de cortisol. La producción neta de cortisol está aumentada en estas pacientes y las concentraciones de cortisol libre en la orina también son altas.

Se cree que el hipercorticismismo que presentan estas enfermas sería la consecuencia de un aumento de secreción de CRF hipotalámico; la ausencia de hipercorticismismo se explicaría por una reducción del número de receptores celulares al cortisol. Con la recuperación de peso desaparece la alteración, aún cuando la respuesta de CRF pueda persistir alterada durante meses e incluso años.

En la anorexia nerviosa las concentraciones de la hormona de crecimiento son variables estando elevadas en el 50 % de los casos. Aún cuando las cifras de esta hormona son altas, no aparecen los característicos efectos anabólicos y de estimulación de crecimiento. En la anorexia nerviosa el aumento de secreción de la hormona de crecimiento podría servir para obtener energía, al estimular la movilización de los depósitos de grasa y favorecer la liposis.

Existe una fuerte correlación directa positiva entre la elevación de esta hormona y la cantidad de ingesta calórica. No hay relación en cambio con el grado de pérdida de peso. Al iniciar la realimentación, en pocos días los valores basales de la hormona retornan a la normalidad.

Muchas de las enfermas no pueden concentrar su orina cuando son sometidas a una situación de privación de agua. Casi la mitad de los pacientes anoréxicos presentan un cuadro que podría diagnosticarse de diabetes insípida parcial.

La hormona antidiurética es segregada al plasma, pero también al líquido cefalorraquídeo; por tanto atendiendo a algunas de las funciones descritas de esta hormona por el sistema nervioso central, que su secreción podría influenciar funciones conductuales o cognitivas que pudieran tener relación con las alteraciones que presentan estas pacientes.

En los trastornos hipotalámicos se describen fallos en la adaptación del organismo a estados agudos de hipotermia o hipertermia. En general, en los individuos que presentan pérdidas importantes de peso les aparecen también defectos en la regulación de la temperatura

En la anorexia nerviosa, ante un clima frío, aparece una caída rápida de la temperatura corporal, sin presentarse escalofríos. En un ambiente caluroso la elevación de la temperatura corporal se produce de una forma más rápida que en sujetos normales, existiendo un significativo retraso en la aparición de la vasodilatación.

Estos defectos se asocian a la disfunción hipotalámica, pero también tiene que ver la pérdida de la grasa corporal, así como posibles alteraciones en la regulación vasomotora.

En la anorexia, la insulina y los niveles de glucosa se encuentran más bajos de lo normal además de presentar una intolerancia a la sobrecarga de glucosa.

Trastornos culturales

Ha habido múltiples hechos históricos, sociales y culturales que aparecen asociados a los trastornos alimenticios. Así se pasa por las santas anoréxicas, doncellas ayunadoras, deportistas y bailarinas. Durante siglos, los sacrificios y mortificaciones transcendían al individuo y todo se realizaba a través de motivaciones religiosas, pocas veces sin ellas, o el estar ayudando a los demás. Buscaban la "perfección moral" y ahora hemos pasado a la persecución de la "perfección corporal"

Otras sociedades, otras culturas, también han manipulado su cuerpo decorándolo, perforándolo... pero se trata de modelos heredados, transmitidos de generación en generación y por lo general dependiendo de rituales. La manipulación que se hace ahora es más a, porque cuando la persona cree en la realización de un deseo no para hasta conseguirlo³⁰.

En nuestro tiempo las mujeres, pero sobre todo las adolescentes, están preocupadas por su cuerpo y distorsionan su imagen corporal practicando fuertes

³⁰ Idem 24

deportes y dietas estrictas. No se aspira al ser sino al parecer es como un "narcicismo" en el que en última instancia depende la aprobación real o supuesta de los demás y que solo importa la silueta.

De esta forma se llega al "mercado de adelgazar" donde la moda y sus creadores desempeñan en este juego psicosocial un papel destacado al igual que los medios de comunicación y la publicidad que les sirve para aumentar sus fortunas. Todo esto se suele interiorizar en la mujer para que logre prestigio social y una autoestima personal a la delgadez. Las características y valores que encierran la delgadez universal son para muchos, el medio por el que se van a lograr todos los valores, los modelos sociales, los halagos de quien las rodea, que aportan y sirven de reforzadores para conseguir el propósito.

Los trastornos del comportamiento alimentario en la sociedad actual se han convertido en un valor central de nuestra cultura constituyendo una serie de riesgos sobre todo para la salud. Se está viviendo y compartiendo con el sentimiento de que la delgadez corporal se asocia, de algún modo a la belleza, elegancia, prestigio, juventud, aceptación social,³¹ y todo esto ha sido todo asimilado dentro de la sociedad porque no hemos nacido con estos sentimientos, actitudes y creencias.

A partir de unas décadas a la fecha se ha dado más importancia a la apariencia corporal. El deseo de adelgazar actual supone a las personas un anhelo por destacar y ser valorado de modo particular, sólo por ser aceptado y no rechazado.

³¹ Toro, J. Factores Socioculturales en los Trastornos de la Ingesta. Anuario de Psicología Núm. 38 – 1. Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica. Universidad de Barcelona. 1988

La minoría social controlada por los comerciantes es lo que forman la sociedad de consumo. Reproducen los usos y costumbres que marcan la moda para la aceptación y satisfacción personal. Llegamos a pasar de querer un determinado tipo de automóvil a un determinado cuerpo para poder ser aceptados y aceptables.

Actualmente la sociedad está muy determinada por el culto al cuerpo como se presenta en las películas, chicas jóvenes de cuerpos esbeltos y delgados. Parece como si la belleza estuviera al alcance de todos. Es el "aparento, luego soy... así".

La búsqueda de esta silueta hace que se recurra a unos procedimientos, en los que interviene la cirugía: intervenciones quirúrgicas estéticas y plásticas, silicona, liposucciones y lipoesculturas, trasplante de órganos, prótesis de todo tipo, etc.

En la cultura del mexicano se ha ido introduciendo la anorexia nerviosa y ocurre cada vez con mayor frecuencia; no hay solución de continuidad entre las actitudes y conductas referidas al cuerpo y la alimentación en general, en los trastornos alimentarios subclínicos y en los casos clínicos propiamente dichos; el trastorno parece expresar conflictos y perturbaciones extendidos en nuestra cultura; el disturbo suele ser la vía de expresión final de diferentes problemas personales y malestares psicológicos; sus síntomas son extensiones y ponderaciones de conductas y actitudes normales dentro de nuestra cultura; se

trata de un trastorno muy estructurado y muy reproducido y, finalmente, suscita en las demás respuestas ambientales³².

Esta afirmación manifiesta que este TCA comprende factores que se encuentran en el entorno, influyendo fuertemente en los individuos, y si la persona no cuenta con una percepción buena de sí mismo, o se siente rechazada, adopta estas conductas para que los demás estén bien con ellos y no quedarse solos.

³² Toro J. y Villardel, "Anorexia Nerviosa", Ed. Martínez Roca. Barcelona 1987.

Capítulo 4. El tratamiento de la anorexia nerviosa

La intervención³³ a menudo es utilizada por quienes quieren a la persona afectada y les preocupa su conducta, sea un trastorno de la ingesta, abuso de drogas o alcohol u otras clases de comportamientos autodestructivos. La intervención puede ser un medio eficaz de comunicar su preocupación, establecer algunas reglas y quizás que la persona afectada, decida buscar ayuda.

Los pacientes con anorexia nerviosa, suelen negar que padezcan el trastorno, es hasta muy avanzada la enfermedad cuando alguien se percató que la sufren por algún síntoma detectado, por consiguiente, las personas afectadas carecen de motivación para cambiar de conducta³⁴

Una cuestión importante a tener en cuenta para comenzar un tratamiento de la anorexia es que una relación estrecha y de confianza entre paciente y terapeuta es esencial para la relación terapéutica. La paciente debe sentirse cómoda con las personas que la están tratando, de lo contrario hay muchas posibilidades de que la terapia no resulte eficaz.

³³ Fernández. F. Terapéuticas de modificación de conducta. En Trastornos de la alimentación. Guía básica en el tratamiento en anorexia y bulimia. Ed. MASSON. Barcelona 2002.

³⁴ Ward y Cols. Citado en trastornos de la alimentación. Guía básica en el tratamiento en Anorexia y bulimia. Ed. MASSON. Barcelona. 2002

Objetivos del tratamiento

El éxito de la terapia depende de muchos factores, entre ellos:

- La propia personalidad de la paciente y su deseo de cambio. La duración de su trastorno.
- La edad a la que comenzó la enfermedad.
- Su historia familiar.
- Nivel de habilidades sociales y vocacionales.
- La concurrencia de otros trastornos como la depresión.

Es importante recordar que no hay una cura milagrosa para los trastornos de la ingesta. Estas enfermedades implican problemas contra los que las pacientes han luchado y seguirán luchando durante la mayor parte de sus vidas, pero un buen programa de tratamiento ayudará a reforzar la autoestima y enseñará a las pacientes a enfrentarse a sus problemas sin recurrir o incurrir en conductas autodestructivas. El programa también ayudará a restaurar la salud y la fuerza física.

En general, los tres objetivos principales de la terapia son:

- 1.- Mitigar los síntomas físicos y peligrosos o que representen una amenaza para la vida.
- 2.- Enseñar a la paciente a comer normalmente y a disfrutar de una relación más relajada con la comida.
- 3.- Investigar, con la esperanza de cambiarlos, los pensamientos destructivos en relación con el comer, el peso y la comida.

En el proceso del tratamiento, antes de que alguien inicie un tratamiento, como paciente interno o externo, debe ser evaluado su estado físico y mental general, la gravedad de su trastorno, la eventual existencia de trastornos concurrentes, (abuso de alcohol, drogas, y su voluntad para cambiar³⁵).

Para que la terapia de resultado, los médicos y terapeutas necesitan la mayor información acerca de la persona a quien intentan ayudar.

Un trastorno de la ingesta implica todas las facetas de la vida de alguien, su imagen de sí misma, así como su relación con la familia y amigos y su habilidad para hacer valer sus derechos y dar a conocer sus necesidades.

La mayor parte de los afectados obtienen del trastorno una gran parte de su propia imagen; es decir, mediante éste pueden verse como delgadas o especiales o fuertes. (Sólo hay que imaginarse qué se siente al desarrollar un rasgo del que alguien está especialmente orgulloso, sólo para que le digan que tiene que cambiarlo).

Esta es la tarea que afrontan las personas que se enfrentan a un tratamiento: Asumir que el rasgo del que se está tan orgullosa, es perjudicial. Por esta razón, la evaluación ha de ser lo más detallada posible, de manera que el terapeuta pueda adaptar la terapia a cada paciente.

Se han desarrollado varios cuestionarios, especializados para evaluar a los pacientes. Estos ayudan a evaluar las actitudes de alguien hacia el peso y figura y clarifican las características psicológicas como los rasgos de la personalidad, el grado de desempeño social y problemas similares. Los más usados son:

³⁵Raich, R. "Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios", Ed. Pirámide 1999

- TAIC: Test de actitudes de la ingesta de la comida. Consiste en 26 preguntas destinadas a medir la presencia de patrones de la ingesta trastornados y determinar si la paciente sufre anorexia nerviosa.
- ELITIC: Test con 91 preguntas, destinado a medir una serie de síntomas psicológicos que se piensa que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la ingesta tales como la tendencia a la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, etc.

Estos cuestionarios no se pueden usar en sí mismos para diagnosticar trastornos de la ingesta, lo que sí pueden hacer es indicar quien es más propensa a tener un trastorno de la ingesta y cuáles pueden ser algunos de sus problemas propios.

La entrevista de evaluación ayuda al médico o terapeuta a obtener una idea más clara del estilo de vida de la paciente, así como su peso actual, historial de la dieta, hábitos de la ingesta.

Otros aspectos como la asistencia al trabajo o clase, las relaciones con el novio o marido o amigas y la familia y las ocupaciones exteriores, son de interés porque arrojan luz sobre sus habilidades de desempeño, el grado de independencia y la medida de su aislamiento.

El médico, durante la entrevista, tendrá gran interés en conocer los intentos pasados y presentes de estar a dieta, atracarse y vomitar; el uso de los laxantes, diuréticos y píldoras dietéticas.

Por último el entrevistador querrá saber si la persona está preparada para cambiar y sobre todo si está dispuesta a recibir terapia.

También es importante una evaluación física. Si una mujer presenta una figura muy delgada y es incapaz de pensar con claridad o se muestra agitada y/o con otros signos de desequilibrio, puede requerir hospitalización inmediata. Un deterioro físico tan extremo, afecta al funcionamiento mental y la capacidad de obtener beneficios de la terapia.

Opciones del tratamiento

Después de la evaluación, se recibirán las recomendaciones para iniciar el tratamiento. No hay método estandarizado para tratar trastornos de la ingesta "el mejor tratamiento es el que da resultado". Lo importante es que el programa sea exhaustivo, que combine psicoterapia con terapia nutricional y asistencia sociopsicológica y, si es necesario, atención médica especializada

En relación a la psicoterapia individual, quizá el aspecto más importante de la terapia es el desarrollo de una relación cálida entre la paciente y el terapeuta.

A las personas afectadas frecuentemente les resulta difícil confiar en otros. Es necesario un alto grado de confianza por parte de la paciente para creer en el terapeuta. La enferma debe abandonar sus miedos y desarrollar hábitos alimentarios normales³⁶.

Los medios de la psicoterapia tradicional animan a la paciente a reflexionar acerca de su infancia, sueños y sentimientos no expresados para, de ese modo, adquirir una nueva percepción de su conducta actual. Al reconocer el papel de

³⁶ J. Vallejo, et al. "Introducción a la psicopatología y psiquiatría", Ed. Salvat. España 1998.

estas influencias subliminales, la paciente adquirirá una nueva percepción de sus acciones y las cambiará.

Esta clase de terapia viene mejor como accesorio de otros métodos. Hoy en día los psicólogos saben que el conocimiento acerca de las raíces de la conducta de una persona, no hará que se cambie esa conducta a menos que se cambie los hábitos alimentarios de la paciente. Muchas de ellas pasan años en terapia tradicional sin revelar que tienen un trastorno.

Por otra parte, a medida que la paciente consigue el control de su ingesta, la psicoterapia tradicional puede ayudarla a identificar y manejar algunos de los sentimientos que contribuyeran al trastorno.

La terapia de modificación de la conducta ignora por completo los sentimientos profundos y se centra sólo en la conducta cambiante. La modificación de la conducta actúa sobre un principio referente al reforzamiento de una conducta deseada mediante premios y castigar o ignorar una conducta no deseada.

Esta forma de terapia da mejores resultados cuando la paciente está internada en el hospital, donde el personal puede otorgar incentivos como la T.V. o excursiones, salidas...etc.

Cuando se aplicó por primera vez este método, se observaron buenos resultados, pero por desgracia sólo fueron temporales. Las pacientes encontraron la estancia en el hospital tan desagradable que realizaron las conductas deseadas sólo lo suficiente para ser dadas de alta y una vez fuera, volvieron a sus viejas costumbres.

La terapia cognitivo conductual (TCC) combina los mejores aspectos de la psicoterapia tradicional y la modificación de la conducta³⁷.

Este método requiere conocimiento y desafío de las conductas y pensamientos autodestructivos, seguido de apropiados cambios en la conducta.

Esta terapia implica los siguientes pasos:

- Intensificar el conocimiento de la paciente, de sus propios patrones de pensamiento.
- Enseñarle a reconocer la conexión entre ciertos sentimientos, los pensamientos autodestructivos y la conducta de la ingesta trastornada.
- Sustituir las creencias erróneas por ideas más apropiadas.
- Cambiar gradualmente las suposiciones fundamentales que subyacen en el desarrollo de los trastornos de la ingesta.

Se suele asumir " creencias erróneas" en un momento u otro; la diferencia es que para una enferma de anorexia tiene más extremas estas creencias. Algunos de estos pensamientos típicos son:

- El pensamiento blanco o negro/ todo o nada, el cual consiste en la certeza de que si todo no es perfecto, la catástrofe es acto seguido.

- En los errores de atribución, por ejemplo, cuando una anoréxica afirma tajantemente que ha engordado un kilo sólo por haber comido un pastel la semana pasada, cuando en realidad ese aumento de peso se debía a que estaba en la fecha del período menstrual, que siempre la hacía retener líquidos.

³⁷ A. Beck. Terapia Cognitiva Conductual. Asociación Latino-Americana de Terapia Cognitiva y Racional Emotiva Conductual. Buenos Aires. 2002

En el pensamiento mágico, la menor indulgencia en una comida "prohibida" significa obesidad instantánea. Algunas personas aseguran: "Mi cuerpo no tolera los hidratos de carbono, los convierte instantáneamente en grasa" o "soy adicta al azúcar", "pruebo algo dulce y pierdo el control". Tales ideas atribuyen propiedades irreales y casi mágicas a la comida y al cuerpo humano. En estos casos, lo mejor mirar un libro de nutrición o pedir ayuda a un experto en programas de nutrición para explicarle a la paciente como el cuerpo metaboliza la comida, con el fin de ayudarla a comprender que no existe la llamada comida "mala".

Personalización, todos los comentarios que se hagan hacia su persona los toman muy en serio, como un drama, reflejo quizá de la baja autoestima que la caracteriza por su enfermedad. Se describe muy bien en el siguiente ejemplo: Anne, una anoréxica de 15 años, pasó las vacaciones en un tratamiento del trastorno de la ingesta y cuando regresó al instituto había engordado 3 o 4 kilos. Su profesora la vio y le dijo: "¡¡ Anne, estás estupenda!!, ¿Has pasado un buen verano?". Durante el resto del día Anne se lamentó: "¿Habré engordado tanto que la gente lo nota?, ¿Sabía ella que yo estaba sometida a una terapia?".

La exageración es una característica en las personas con anorexia nerviosa la tendencia a desorbitar los comentarios. La reacción de Anne ante el comentario de su profesora constituye un ejemplo de exageración, el comentario de la profesora se convirtió en una creencia.

La TCC se ha practicado con buenos resultados en pacientes de bulimia y ha sido recomendado para el tratamiento de la anorexia nerviosa pero su efecto a largo plazo en esta última no se conoce con seguridad.

Para las personas que nunca han intentado terapia de grupos, la idea de la terapia puede resultar aterradora. Descubrir sus pensamientos más íntimos, hacer frente a sus miedos, y la idea de hacerlo en grupo puede convertirlo en algo peor.

Sin embargo, el propósito de la terapia de grupo es exactamente lo contrario: busca proporcionar una fortalecedora red de personas que saben lo que la persona (paciente) está pasando y pretenden ayudarla.

Los grupos de terapia exigen un compromiso firme. Algunos pueden durar sólo unas semanas, pero otros se prolongan durante un año o más. Este tipo de terapia va más dirigido a enfermos bulímicos. Se sabe menos acerca de la terapia de grupos dirigida a anoréxicos. Algunos terapeutas afirman que esta terapia en lugar de tratar de cambiar su terapia de conducta, en grupo, las anoréxicas compiten fieramente por ver quién consigue mantener el peso más bajo o pasar más tiempo sin comer.

Muchos terapeutas recomiendan la terapia de familia, sobretodo en enfermas anoréxicas jóvenes que con frecuencia viven con sus padres.

Esta terapia permite observar los patrones trastornados que ayudaron a dar origen al trastorno de la ingesta. Durante la terapia, el terapeuta puede contemplar cómo se comunican los miembros de la familia entre sí. A la larga todo esto puede ayudar a que la paciente reconozca los patrones negativos de la familia, a que se vuelva más firme y a que la familia en conjunto aprenda mejores maneras de ayudar a que cada miembro logre satisfacer sus necesidades³⁸.

³⁸ HOFFMAN, L. Fundamentos de la terapia familiar. Ed Fondo de Cultura Económica, México, 1998, pp. 254

El objetivo de la terapia nutricional es ayudar a la paciente a aceptar que puede comer todo lo que quiera, pero con moderación. Para lograrlo ella debe estar libre del temor a que todo lo que coma le hará engordar.

Deberá enfrentarse a una firme prueba de que está demasiado delgada, de que perdió la menstruación, el hecho de que siente frío todo el tiempo. Éste simple enfoque, reconociendo los miedos de la paciente pero insistiendo en que coma de todos modos, ha obtenido resultados excelentes.

Los grupos de autoayuda y de apoyo trabajan para las personas que no quieren o no pueden entrar en programas de tratamiento formal o cuya terapia formal ha finalizado, pero desean ayuda adicional.

El grupo recuerda a la paciente que no es la única, que otras mujeres se han visto envueltas en la misma conducta y no obstante se han recuperado. Una desventaja de estos grupos es que a diferencia de los grupos de terapia, no exigen asistencia regular.

La autoayuda se refiere a aquellos grupos integrados absolutamente por personas que sufren trastornos de la ingesta de la comida. No hay miembros profesionales. En este grupo se anima a los miembros a contar sus historias personales, como solían ser las cosas para ellos/as y como son ahora.

Los grupos de apoyo suponen la ayuda de uno o más profesionales, aunque sus papeles pueden cambiar a medida que cambian las necesidades de los miembros del grupo. Los terapeutas suelen formular preguntas y orientar comentarios.

La filosofía que subyace en comilones anónimos, es que la ingesta compulsiva es una enfermedad progresiva. Para ellos la enfermedad se puede

controlar con doce pasos, más que nada de tinte religioso; admitir que una se encuentra impotente ante la comida, aceptar que una fuerza superior puede devolver "la cordura" al afectado o, que la paciente debe entregar la voluntad y la vida a Dios. Los pasos restantes exigen que el miembro se enfrente a sus errores y los explique.

La terapia de paciente externa para trastornos de la ingesta a menudo tiene éxito, pero hay casos en que ésta debe permanecer en el hospital. Esto es necesario cuando existen deterioros físicos graves o que representan un riesgo para la vida, o, si se detectan trastornos adyacentes como abuso de drogas, alcohol, miedos inmotivados. Mientras estos problemas no sean tratados el trastorno de la ingesta no se podrá resolver realmente.

Uno de los objetivos de la hospitalización es impedir que la paciente se haga más daño adicional mientras recibe la terapia.

Importancia de la autoestima en anorexia.

La baja autoestima es una característica común de los diferentes trastornos de la ingesta ya que refleja el temor de la paciente en que si se abandona y se muestra al mundo tal y como es en realidad será rechazada inmediatamente. Uno de los objetivos de la buena terapia del trastorno de la ingesta es conseguir que la paciente aprecie su propia valía intrínseca.

En la autoestima baja participan diversos factores, como la creencia de que la figura determina la valía. Las personas con trastornos de la ingesta han llegado a creer que son despreciables e inaceptables a menos que estén delgadas, y por

supuesto, nunca consiguen estar lo suficientemente delgadas para sentirse satisfechas.

También influye la dependencia de factores exteriores para determinar la propia valía: en lugar de quererse y valorarse internamente, miden su valía a través de señales exteriores, por ejemplo: la calificación de un examen, la marca de una carrera, la aprobación por parte de los amigos, etc.

El hecho de pensar en sí mismas como inútiles e incompetentes, impotente respecto de su vida o entorno, es evidente que no será capaz de desarrollar mucho respeto por sí misma.

CAPÍTULO 5. Metodología: fundamentos teóricos

Método

Fenomenología

Nace y se desarrolla para estudiar la realidad como es en sí se deja que se manifieste por sí misma sin afectarla desde fuera sino respetándola en su totalidad, tal como es vivido y percibido por el hombre dice Husserl. Su “lievmotiv” ir hacia las cosas mismas, las cosas son lo que se presenta a la conciencia. Permite ver lo que se muestra, tal como se muestra a sí mismo, y en cuanto se muestra por sí mismo. El énfasis primario esta puesto en el fenómeno mismo, en lo que se presenta y revela a la propia conciencia.

El método fenomenológico es el más adecuado para estudiar y comprender la estructura psíquica y vivencial que se da en muchas situaciones.

Enfermería ha estado centrada en el modelo biomédico, aplicando el cuidado a la enfermedad, más que al enfermo mismo como persona, como ente multidimensional y solo en algunos casos se busca tratar un poco más allá de la enfermedad. Se prepara a los estudiantes de forma fragmentada, situación que no permite que el profesional observe los aspectos individuales que presenta la persona enferma.

La base biomédica ha sido aplicada en Enfermería desde la época de Nightingale, la cual no se ha orientado hacia las vivencias de la persona enferma, más bien ha sido dirigida hacia la práctica de la enfermería para atender la enfermedad.

Es imperante que la enfermería incluya todas estas circunstancias que rodean al ser humano, puesto que comprenderlo en su situación de estar enfermo, en su espacio humano, introduce a la enfermería en la percepción que le dan las personas a la enfermedad, e interpretar al universo del cuidado desde otro punto, de la manera en cómo se comportan los individuos enfermos, lo cual le proporciona elementos para brindar un cuidado integral.

Transportando esto al cuidado de enfermería significa “cuidar con”, y no “cuidar de” cómo en el modelo biomédico, es decir, proporcionarle a la persona el apoderarse sus propias rutas, para que logren crecer, madurar y encontrarse consigo mismo. Esta cualidad del *Ser enfermero*, implica un *Ser auténtico* y se dejar ver en el “cuidar con”. A través de estas experiencias el *Ser enfermero* junto con el *Ser persona* que se encuentra enfermo, pueden trascender los desafíos de *ser con los otros en el mundo*. De este modo la real existencia del *ser enfermero* sólo se expresa en el *ser con la persona* que se encuentra enferma, en la coexistencia para *ser el vivir saludable con los otros y con el mundo*³⁹.

En el sentido estricto consistirá en escuchar detalladamente los casos, describir con minuciosidad cada uno de ellos y elaborar una estructura común

³⁹ De la Cuesta B. C. Importancia de la Investigación Cualitativa en Enfermería. España. 2004.

representativa de esas experiencias vivenciales. La empatía, dice Rogers⁴⁰ ayudará a comprender esos estados que no han sido vividos por el investigador.

En el sentido amplio (para la sociología, psicología, educación) consistirá en poner énfasis en describir esa conducta sin prejuicios y lo más completa posible. Se parte de un inicio sin hipótesis y se reduce al mínimo la influencia de las teorías, ideas e intereses y captar la realidad tal cual se presenta.

La actitud fenomenológica invita a dejar que las cosas aparezcan con sus características propias, como ellas son, dejando que la esencia se manifieste en la conciencia del sujeto, con el objetivo de no transformar, no alterar la originalidad de los fenómenos.⁴¹

Etapas del método fenomenológico según Martínez Migueles⁴²:

Etapas previas

Clarificación de los presupuestos

La fenomenología sostiene que una investigación seria solo puede empezar después de haber realizado una estricta y cuidadosa descripción que ponga entre paréntesis todos los prejuicios.

Etapas descriptivas:

Primer paso:

Elección de la técnica o procedimiento apropiados.

⁴⁰ Rogers, C. *Psicoterapia centrada en el cliente*, Ed. Paidós Ibérica. Barcelona 1997

⁴¹ Capalbo C. Fenomenología e ciencias humanas. 3 ed. Londrina: Ed. UEL, 1996. Citado en La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. Revista Index Enfermería v.16 n.58 Granada 2007

⁴² Martínez, M. Comportamiento Humano. Nuevos métodos de Investigación. Ed. trillas. México. pp. 175

Procedimientos para realizar la observación repetidas veces, grabar las entrevistas, filmar las escenas. Será esencial que no perturben o distorsionen con su presencia la realidad.

Observación para la recogida de datos y posteriormente describirlos:

1.- La observación directa en los eventos vivos sin alterarlo con la presencia del investigador

2.- La entrevista coloquial o dialógica con los sujetos en estudio, estructurada en sus partes esenciales; grabarla o filmarla

3.- La encuesta o el cuestionario, parcialmente estructurados y abiertos y flexibles en el resto para adaptarlo a la singularidad de cada sujeto

4.- El autorreportaje, a partir de una guía que señale las áreas o preguntas fundamentales a ser tratadas

Estos procedimientos se pueden integrar en la práctica.

Segundo paso:

Realización de la observación, entrevista, cuestionario o autorreportaje

Precaución:

- a) Que nuestra percepción aprende estructuras significativas
- b) Generalmente vemos lo que esperamos ver
- c) Los datos son siempre datos para una u otra hipótesis
- d) Que nunca observamos todo lo que podríamos observar
- e) Que la observación es siempre selectiva
- f) Las teorías influyen en la determinación de los datos

Reglas de “reducción fenomenológica”:

Reglas negativas:

- 1.- Tratar de reducir todo lo subjetivo
- 2.- Poner entre paréntesis las posiciones teóricas
- 3.- Excluir la tradición

Reglas positivas:

- 1.- Ver todo lo dado
- 2.- Observar la gran variedad y complejidad de las partes
- 3.- Repetir las observaciones cuantas veces sea necesario.

La observación fenomenológica consiste en observar y registrar la realidad con una profunda concentración y una “ingenuidad” (actitud de una persona que piensa u obra con sinceridad y buena intención) disciplinada. Es conveniente antes de empezar, hacer una prueba piloto.

Tercer paso:

Elaboración de la descripción protocolar

Características:

- 1.- reflejar el fenómeno tal cual se presenta
- 2.- no omitir nada que pudiera tener relevancia, puede resultar que un detalle será después, la clave para descifrar y comprender toda una estructura.
- 3.- No contenga elementos proyectados por el investigador.
- 4.- Recoger el fenómeno en su contexto natural
- 5.- Descripción con ingenuidad disciplinada

La descripción será el protocolo sobre el cual se centrará el estudio. Constará de 5 o 6 páginas. Las investigaciones de esta naturaleza deberán centrarse en un número reducido de casos.

Etapas estructurales:

Se centra en el estudio de las descripciones contenidas en los protocolos

Primer paso: lectura general de la descripción de cada protocolo.

Consiste en sumergirse mentalmente en la realidad expresada de modo intenso: revivir la realidad y reflexionar acerca de la realidad vivida para comprender lo que pasa. El objetivo es realizar una visión para lograr una idea general del contenido del protocolo, será necesario repetir en varias ocasiones la revisión con la mente en blanco.

Segundo paso: delimitación de las unidades temáticas naturales

Consiste en meditar sobre el posible significado que pudiera tener una parte en el todo. Esto requiere de una revisión lenta del protocolo para darse cuenta de cuando se da una transición del significado, una variación temática, o un cambio en la intención, cuando el sujeto habla de otra cosa. La delimitación de las unidades temáticas consiste en la delimitación de áreas significativas. El constituyente es algo que tiene un sentido por su relación con una totalidad focal.

Tercer paso: determinación del tema central que domina cada unidad temática

- 1.- se eliminan las repeticiones y redundancias en cada unidad temática
- 2.- se determina el tema central de cada unidad, aclarando y elaborando su significado, se logra relacionándolas unas con otras y con el sentido del todo.

Consiste en alternar lo que los sujetos dicen con lo que significan. Los significados del contexto y horizonte son dados con el protocolo, pero no se hallan en él.

Se debe recurrir al informante para saber el significado tiene para él lo que dijo.

Cuarto paso: expresión del tema central en lenguaje científico

Consiste en reflexionar sobre los temas centrales a que se han reducido las unidades temáticas y expresar el contenido en lenguaje técnico o científico apropiado.

Quinto paso: integración de todos los temas centrales en la estructura descriptiva

La estructura constituye la fisonomía individual que identifica ese fenómeno y lo distingue de todos los demás, incluso de aquellos que pertenecen al mismo género, especie o categoría. Husserl concentra su atención en el referente intencional porque lo creía la estructura básica del fenómeno, la clave del conocimiento de una persona porque la intención con que perseguimos un objetivo coordina y orienta muchas motivaciones, sentimientos, deseos, recuerdos, pensamientos y conductas hacia esa meta.

La determinación de una estructura incluye también la identificación de sus principales propiedades o atributos.

La descripción es siempre selectiva. La convalidación de una estructura se realiza relacionándola con el protocolo original para ver si hay aspectos que no han sido tomados en cuenta en la estructura.

Sexto paso: integración de todas las estructuras particulares en una estructura general

La finalidad es integrar en una sola descripción lo más exhaustiva posible, la riqueza de contenido de las estructuras identificadas en los protocolos. La formulación consistirá en una descripción sintética, pero completa del fenómeno investigado, enunciado en términos que identifiquen de la mejor forma posible, su estructura fundamental.

Describir es afirmar una conexión entre una cosa o realidad y todas las demás denotadas o connotadas por los términos en uso.

La descripción por negación indica la unicidad o irreductibilidad de un fenómeno.

Séptimo paso: entrevista final con los sujetos estudiados

Consiste en realizar una o varias entrevistas con cada sujeto para hacerles conocer los resultados de la investigación y escuchar su punto de vista o sus reacciones ante los mismos

Técnicas

Entrevista en profundidad

Sirve para indagar la percepción e interpretación de los sujetos participantes acerca de la influencia de la cultura de la delgadez en la presencia de estilos de vida anoréxicos, “nos permite obtener información u opiniones para preguntar dos o más veces sobre la esencia de una misma pregunta, propiciar que el entrevistado se exprese con libertad, esto con base en los propósitos en estudio. Lo cual va permitir adquirir información accediendo a ciertas cuestiones de

relevancia para la investigación, mismas que pudieran ir surgiendo en este dialogo íntimo y personal".⁴³

El interrogatorio se basará en una guía de temas preparados por el entrevistador que será la base.

Se partirá de una pregunta general y a partir de esta se derivarán otras y así sucesivamente hasta llegar al fondo de la pregunta inicial, se profundizará, hasta llegar al fondo de la pregunta base, y así se procede con el resto de las preguntas.

Se le otorgará al entrevistado la libertad para que responda, y la libertad que tiene el entrevistador para ir haciendo una a una las preguntas, en estas 2 características se encierra en sí el propósito: el de profundizar con intensidad provocando las respuestas.

De cada respuesta al entrevistador lo que más interesa son las particularidades y que en éstas haya información precisa, por eso, si en una respuesta no percibe esa precisión continua preguntando cada vez con más detalle para ir al punto deseado. Como se podrá observar, la tarea del entrevistador se centra en la manera de estimular al entrevistado hasta alcanzar un grado aceptable y satisfactorio de introspección retrospectiva. El entrevistado es interrogado en más de una ocasión para tratar de descubrir cuál es el significado que éste le da al fenómeno.

⁴³ Ortiz, U. LA ENTREVISTA de investigación en las Ciencias Sociales. Ed. LIMUSA. México, 2007, pp. 165 y 166

Se logra la profundidad cuando las respuestas revelan la información con intensidad y el supuesto hipotético del entrevistado se viene cumpliendo, este es el punto ideal del propósito con que se emprende y culmina la entrevista de profundidad.

Taylor y Bogdan⁴⁴ describen la entrevista a profundidad como un encuentro cara a cara entre los entrevistados y el entrevistador, en donde éste trata de entender las representaciones de la situación por la cual el entrevistado atraviesa. Se pone énfasis en el conocimiento de las experiencias, los sentimientos y los significados que los fenómenos sociales representan para los entrevistados.

La selección de los entrevistados se dará de manera voluntaria al llamado de la investigadora para comentar cuales circunstancias han intervenido para la presencia de anorexia nerviosa. Por esto, la selección de informantes se llevará a cabo con las personas que accedan a colaborar con la presente investigación. Una vez que se contacte a los informantes se usará el procedimiento de bola de nieve para conseguir un punto de saturación de la información.

Para el análisis de las entrevistas se utilizará un enfoque inductivo, en el que se intenta dar sentido al tema que se trata sin imponer expectativas preexistentes o teorías preformuladas.

⁴⁴ Taylor y Bogdan, citados en Observar, escuchar y comprender. Tarres, L. Coordinadora. Ed. Porrúa. México 2001. pp. 75

Observación

Menciona Martínez⁴⁵ que cuando se realiza observación fenomenológica se trata de observar y registrar la realidad con una profunda concentración y una ingenuidad disciplinada, o sea que el investigador debe estar bien alerta poner toda su atención en el contexto.

Diario de campo

Consiste en que el observador escribe un documento en el cual narra lo sucedido en el momento, relata las impresiones que le produce el fenómeno descrito, y describe las reflexiones que de ello se derivan. Lo que allí se relata es confidencial, no se debe compartir sin autorización.⁴⁶

⁴⁵ Idem 42

⁴⁶ Castañeda, J. El diario de Campo. Área Didáctica y Organización Educativa. Universidad de Leon.

CAPÍTULO 6. Aspectos metodológicos.

Objetivo

Conocer desde una perspectiva diferente las circunstancias que influyen en el desarrollo de la anorexia nerviosa y de esa forma lograr la comprensión del fenómeno tal cual lo perciben las personas afectadas.

Tipo de estudio

- Cualitativo: no es una solución, sino una ruta para alcanzar una mayor y más significativa comprensión de la condición humana, con la esperanza de favorecer la adopción de decisiones más racionales y una mayor eficacia e impacto de los programas de salud.⁴⁷
- Descriptivo, interpretativo y explicativo

Área de estudio

Juanita, mujer de 41 años, enfermera de profesión, la cual ejerce en una institución pública, de estrato socioeconómico medio alto, casada, tiene dos hijos. Inició la anorexia nerviosa a los 37 años.

⁴⁷ Ulin P., Robinson E. y Tolley E. *Investigación aplicada en Salud pública. Métodos Cualitativos*. USAID, FHI y OPS. 2006.

María de 18 años de edad, estudiante de sexto semestre de preparatoria, es la última de cuatro hermanos de una familia de estrato socioeconómico bajo (dato captado en el periodo de observación). Inició la anorexia nerviosa a los 15 años.

Lilia de 22 años, egresada de la facultad de química, en el momento de las entrevistas se encontraba realizando el servicio social, es la mayor de dos hermanos, proviene de una familia de nivel socioeconómico medio.

Guadalupe de 37 años de edad, química de profesión, actualmente profesora universitaria, madre de un niño de 2 años, en el momento de la entrevistas se encontraba en estado de gravidez avanzado, se observa una delgadez extrema. Su condición socioeconómica es media alta. Inicia el trastorno a los 29 años de edad aún en su soltería

Método

Fenomenología

Proceso del análisis y codificación de los datos

Este estudio se realizó desde una perspectiva fenomenológica en una aproximación a lo planteado por Martínez Migueles⁴⁸, se inició la investigación en Enero del año 2007 y se culmina en Junio 2010.

⁴⁸Idem 42

En la etapa previa se trató, en la medida de lo posible de separar lo ya existente sobre el tema, con la finalidad de recoger las vivencias tal cual lo plantearon lo informantes.

En esta etapa se procedió a la selección de las participantes al azar, debido que mi entrada al medio se tornó un tanto difícil, fue muy delicado contactar personas con anorexia nerviosa y que aceptaran participar en el estudio. Una de las dificultades se tornó en relación a que soy de fuera del D.F. y conocía muy pocas personas. Intenté buscar informantes en el Instituto Nacional de Psiquiatría, pero me solicitaban que una persona de dicha institución formara parte de mi comité tutorial, solicitud que no fue aceptado por la Posgrado en Enfermería.

Se realizaron llamadas telefónicas para contactar a las mismas, sin embargo algunas definitivamente no participaban, otras simplemente colgaban cuando escuchaban sobre el tema. Las participantes que aceptaron ser parte del estudio fueron contactadas de la siguiente manera:

A Juanita la conocí en una escuela de futbol para niños, donde ella tenía a sus dos niños inscritos, cuando impartía una plática sobre anorexia nerviosa, invitada por la profesora encargada de la escuela. Al inicio se trató a la informante como parte de una prueba piloto, sin embargo, terminó siendo una de las informantes formales, ya que sus entrevistas aportaron elementos fundamentales para la investigación, además la falta de informantes también fue otra condición por la que Juanita formaría parte directa de la investigación.

En las entrevistas con Juanita se observó que me tomó confianza e incluso se percibió un ambiente de empatía, lo cual hizo que la conversación fluyera casi

de manera natural, dichas entrevistas fueron hechas en el mismo campo de football.

María fue contactada a través de su hermana enfermera, en una fiesta a la cual acudí de manera intencional, ya que era un buen momento para ser presentada con la misma, la finalidad fue no ser tan obvia y evitar se negara a la entrevista. Realicé una de las entrevistas en un pequeño restaurant y las subsiguientes en la casa de la informante y una en mi domicilio, porque así lo solicito la misma.

A Lilia la conocí en la facultad de QFB, después de varios meses buscando informantes que cumplieran con las características de una persona con anorexia, a partir de allí inicié con ella una relación de investigador-informante. Me concedió las entrevistas en los jardines del campus universitario.

Guadalupe fue contactada cuando esperaba a Lucía en una Facultad de QFB, donde ella trabaja como profesora, coincidimos en el espacio y entablamos conversación, le comenté que estaba haciendo un estudio sobre anorexia nerviosa, transcurrido el tiempo de charla, se confiesa conmigo y me dice que ella sufrió el TCA, aprovechando su confianza le pedí que fuera parte del estudio, lo que aceptó con gusto.

Las entrevistas que se le realizaron a Guadalupe se llevaron a cabo una en la facultad donde labora y otras en un restaurant, de un centro comercial de la ciudad de México.

Se seleccionó la entrevista a profundidad, la observación y el diario de campo como técnicas para obtención de la información. Se realizaron cinco entrevistas a profundidad a cada participante, con una duración de 40 minutos

cada una, y con un intervalo de dos meses aproximadamente, permitiendo así que las informantes expresaran sus percepciones acerca de las circunstancias que influyen en el desarrollo de la anorexia nerviosa. En la entrevista se partió de una pregunta general y a partir de esta, se derivaron otras y así sucesivamente hasta llegar al fondo de la pregunta inicial.

Se les solicito a las informantes su permiso para que las entrevistas fueran grabadas, colocando la grabadora en un lugar donde pasara desapercibida, y en todos los casos accedieron a que la grabadora fuera activada. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente y posteriormente revisadas, con el fin de garantizar que el texto escrito correspondiera en su totalidad a la grabación.

Las cuatro informantes se mostraron dispuestas para la entrevista, sin embargo, Juanita manifestó mayor disposición, como manera de desahogo, creo que se generó un ambiente de mayor identificación por ser casi de la edad de la investigadora y por compartir la misma profesión.

En el momento de la entrevista con María, el volumen de la voz de ésta, en ocasiones se reducía al narrar algún aspecto que le producía molestia, o se reía en tono nervioso.

El análisis inicial se realizó durante la recolección de la información con el fin de refinar los aspectos imprecisos y verificar las interpretaciones realizadas en la siguiente entrevista, se efectuó la interpretación profunda del texto de las entrevistas, para lo cual se leyó varias veces todo el texto de cada una con el propósito de entender la historia completa de cada informante, identificar aspectos y temas que ameritaban mayor interpretación y describir las similitudes y diferencias entre las narraciones de las participantes.

En la etapa estructural, posterior a la finalización de la recolección de la información, se llevó a cabo la descripción protocolar, aproximadamente de 5 cuartillas, tal como lo plantean las informantes. Se leyó el protocolo una y otra vez hasta lograr internarse en el contenido del mismo y tratar de comprender lo allí escrito. Inicialmente se separó todo el contenido en unidades temáticas con la finalidad de observar el posible significado de cada parte en el todo.

Tema central de cada unidad temática

- 1.- La promoción de la delgadez extrema en los medios de comunicación
- 2.- A la gente muy esbelta se le tiene que ver la clavícula. La moda, las revistas y las barbies
- 3.- *Desnutrición emocional.* Autoestima, familia, amigas, violencia sexual y anorexia.
- 4.- Bajé rápido de peso...todo mundo empezó a chulearme. Desnutrición emocional, las amigas y anorexia
- 5.- Agresión sexual
- 6.- Desnutrición emocional

Posteriormente se procedió a realizar una descripción sintetizada, del fenómeno desarrollado, enunciado en expresiones que identificaron de la mejor forma, la estructura esencial. Enseguida se determinó el tema central de cada unidad, aclarando y elaborando su significado, relacionándolas unas con otras y se le dio el sentido del todo.

A continuación se procedió a realizar la discusión de los resultados, contrastando los hallazgos con los resultados de otros estudios y con la teoría existente sobre el tema. Y por último las conclusiones.

Descripción de las informantes

El grupo de participantes estuvo conformado por cuatro mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa, a cada una se les asignará un seudónimo para proteger su integridad personal.

Juanita, mujer de 41 años, enfermera de profesión, la cual ejerce en una institución pública, de estrato socioeconómico medio alto, casada con una persona menor que ella, con dos hijos; Juanita es parte de una familia de ocho hermanos, refiere haber tenido un padre golpeador en todos los sentidos, y que agredió sexualmente a sus hermanas y prefiere no acordarse si la agredió sexualmente a ella. Una de sus hermanas sufrió un estado de depresión profunda y otro de sus hermanos manifestó otro trastorno emocional.

Revela falta de autoestima atribuido, según refiere la informante, posterior a haber recibido maltrato, tanto físico como psicológico por parte de su padre, a su persona y a la de toda la familia, incluida su mamá. Menciona que su madre no les podía dedicar tiempo porque siempre trabajaba en la casa. Esta situación le dejó secuelas importantes en su vida personal, inseguridad, tenía una imagen que no le gustaba, y ahora percibe que eso no era correcto, que estaba mal, que era la inseguridad que sentía.

Inicia su problema de anorexia a los 37 años de edad influenciada por los medios de comunicación como la televisión porque en ese tiempo (refiere) pasaban muchísimos anuncios de todos los productos para adelgazar, y trataba de imitar a las modelos que aparecen en los medios pretendiendo tener el mismo

éxito que se proyectaba de ellas, creándose en su mente la importancia de la apariencia externa de la persona hacia los demás, siendo esto último fundamental para sentirse segura.

Considera que la sociedad como te ve, es como te trata, precisamente por eso que es muy importante estar bien portada, bien vestida, bien uniformada, físicamente en cualquier lugar donde se presente, como socialmente está permitido, eso le brinda mucha seguridad, porque asimiló que estar delgada significaba sentirse bien.

María de 18 años de edad, estudiante de sexto semestre de preparatoria, es la última de cuatro hermanos de una familia de estrato socioeconómico bajo (dato captado en el periodo de observación). Tiene hermanos alcohólicos. Refiere haber convivido con una niña, que era su vecina, desde los 10 años, esta niña siempre estaba a dieta y se vestía como si tuviera mayor edad, y su complexión era demasiado delgada y siempre se identificó con ella y quería estar delgada como ella.

El padre de María murió cuando ella tenía 7 años, menciona que él la quería mucho, sin embargo, en una charla con su madre, comentaba que a María de niña no le gustaba que la tocaran, especialmente su padre, que presentaba un rechazo a los hombres.

Inicia la anorexia nerviosa a los 15 años de edad, influenciada por amigas, las barbies, el internet, los novios, refiere un sentimiento de soledad, de incomprensión, por no tener confianza a su familia para platicarle sus problemas, incluso llegó a pensar en morirse.

Cuando ella tenía 17 años su familia se entera que padecía un trastorno de la alimentación, porque se dieron cuenta que vomitaba y decidieron llevarla a un centro de alcohólicos anónimos para que recibiera atención, actualmente lleva dos años en terapia en estos grupos, aunque aún se somete a periodos muy prolongados de ejercicios físicos.

Lilia de 22 años, egresada de la facultad de química, en el momento de las entrevistas se encontraba realizando el servicio social, es la mayor de dos hermanos, proviene de una familia de nivel socioeconómico medio. Menciona haber recibido presiones desde niña por parte de la madre, para bajar de peso, siempre la criticó por tener una complexión física robusta y la incitaba a hacer dietas y hacer ejercicio. Relata no tenerle confianza a su madre como para confesarle sus problemas. A los 15 años de edad inicio las conductas anoréxicas, influenciada por la telenovela proyectada por televisa “primer amor a mil por hora”.

Guadalupe de 37 años de edad, química de profesión, actualmente profesora universitaria, madre de un niño de 2 años, en el momento de la entrevistas se encontraba en estado de gravidez avanzado, se observa una delgadez extrema. Su condición socioeconómica es media alta. Inicia el trastorno a los 29 años de edad aún en su soltería

Informante	Edad de inicio de anorexia nerviosa	Edad actual en el momento de las entrevistas	Descripción
Juanita	37 años	42 años	Enfermera, madre de dos hijos nivel socioeconómico medio. Complexión física delgada. Refiere no haber superado la anorexia totalmente
Lucia	15 años	18 años	Estudiante de 6º sem. de preparatoria. Quinta de 5 hermanos Complexión física regular. Desde hace un

Circunstancias que influyen en el desarrollo de anorexia nerviosa

Informante	Edad de inicio de anorexia nerviosa	Edad actual en el momento de las entrevistas	Descripción
			año asiste a terapia AA
Lilia	15 años	22 años	Pasante de QFB la primera de 2 hermanos Complexión física regular Madre insiste en que baje de peso
Guadalupe	29 años	37 años	Profesora universitaria. Casada con un hijo y embarazada. Delgadez extrema. nivel socioeconómico alto

CAPITULO 7. Hallazgos

Circunstancias que influyen en el desarrollo de la anorexia nerviosa: Desnutrición emocional

Las informantes a través de la entrevista a profundidad y en base a observaciones realizadas durante las entrevistas, relatan haber padecido anorexia nerviosa, posterior a haber iniciado con dietas controladas para bajar de peso, sin embargo, no se percataron en qué momento la dieta para adelgazar, las controló a ellas y ya no lograron abandonarla, hasta el grado de no darse cuenta que se estaban causando un daño físico muy severo. Para ellas era más importante *verse bien*, *sentirse bien* y aceptadas por los amigos y la familia.

Vivieron la anorexia nerviosa, no comiendo, bebiendo únicamente agua por periodos prolongados, o consumiendo puros alimentos bajos en calorías, los llamados productos “light”, que representan toda una industria en el mundo. Vivían con un pánico a engordar y una preocupación extrema por bajar de peso, se observaban al espejo con mayor peso de lo que realmente tenían. Supusieron que estar muy delgadas les traería mayores satisfacciones. Las siguientes circunstancias las motivaron para que lo hayan asimilado así:

La promoción a la delgadez extrema en los medios de comunicación

La televisión

El grupo de informantes describen cómo la televisión induce a las personas a creer que la apariencia física es el medio para conseguir su bienestar y tener éxito en la vida, lo que las obliga a pretender obtenerlos a través de dietas y esto las impulsa hacia la anorexia nerviosa. Si bien, esta incitación no es la causa, si es un detonante que las encamina hacia estos trastornos alimentarios, ya que constantemente las hostiga con anuncios promocionales sobre distintas formas de adelgazar.

En ese tiempo cuando ellas iniciaron con la enfermedad, se proyectaban numerosos videos con una gran diversidad de alimentos bajos en calorías, mediante los cuales se persuadía a las mujeres a bajar de peso, como lo narra Juanita

... tal vez por los medios de comunicación, por la televisión, en ese tiempo yo recuerdo que pasaban muchísimos anuncios de todos los productos light

La insistencia era tanta y la propaganda tan provocativa, que las personas trataron de imitar a las modelos que aparecían en los anuncios televisivos, pretendiendo tener el mismo éxito que se proyectaba de éstas. Percibieron la importancia de la apariencia externa de la persona hacia los demás, lo cual fue fundamental para sentirse seguras estando delgadas, ya que en esas condiciones, para Juanita, significaba tener éxito.

...ponerme ropa o sea, a mi me gusta mirarme al espejo y me gustaba, usar ropa de moda

La televisión explota la búsqueda de la identidad, aspecto que inquieta a las mujeres, como es el asunto de la vanidad femenina, las mujeres consideran que la belleza (sinónimo de delgadez extrema) juega un papel esencial en sus vidas y eso las hace más vulnerables a “esta mujer de pasarela, ideal, perfecta”, que atribuye la sociedad. Esta obsesión por lucir impactantes ha hecho de la cirugía plástica, muy relacionada con la moda y la cosmetología, un negocio redondo”.⁴⁹ Y de hecho, Juanita lo interiorizó así: quería verse al espejo y reflejar la misma imagen que transmitían los mensajes comerciales, es decir, las informantes querían verse *bien, bonitas, para agradar a los demás*.

...o sea todas las mujeres somos vanidosas ¿no?, por naturaleza, parte del instinto femenino, tú piensas que vas a tener el mismo éxito que todas las modelos

La televisión utiliza estas percepciones femeninas para introducir sus productos para bajar de peso, y hacer pensar que solo siendo delgadas, las mujeres van a conseguir todo en la vida.

Este medio se sirve de la incertidumbre de las personas con respecto a su imagen corporal para penetrar en su mente y vender los productos que anuncia, fortaleciendo la imagen corporal negativa en cada mujer.

Se vende una imagen donde la joven se *ve bien* siendo delgada y que a través de eso tiene éxito, entonces las informantes supusieron que también lo podían lograr, y al no estar contentas con su figura corporal, esto se les volvió una obsesión: estar delgada para verse igual como la que aparece en los anuncios comerciales.

⁴⁹ <http://www.abc.com.py>. Vanidad femenina, un negocio redondo. Consultado 20 de Enero de 2008

A Juanita el ideal de belleza, una imagen perturbada del cuerpo ideal, la condujo a castigar tanto al cuerpo, hasta que se causó problemas físicos muy graves.

...porque yo seguí llevando el mismo ritmo,...de castigar a mi estómago, pues yo me sentía muy mal, tenía mucho dolor gástrico

En algunos programas televisivos como en las telenovelas se ha tratado el problema de la anorexia nerviosa, sin embargo, ha sido en forma muy superficial, o incluso tergiversada porque no proporcionan la información adecuada para evitar el problema, con lo cual, conforme a los datos del presente estudio, se promueve la anorexia he aquí el testimonio tan revelador de Lilia:

...la telenovela que se llamaba “a mil por hora”, entonces yo iba a cumplir 15 años, se trató el tema de bulimia y anorexia en la novela, pero realmente nunca te dicen la verdad, o sea tratan el tema como si fuera una enfermedad más, como una gripe tal vez ¿no?

En esta telenovela “Primer amor a mil por hora” la protagonista padecía bulimia, empero, en la vida real padecía anorexia nerviosa, ambos catalogados como trastornos de la conducta alimentaria. En este tipo de programas informan qué es un trastorno de la alimentación, sin embargo, no es toda la realidad lo que transmiten en las telenovelas.

Por ejemplo, se ocultó que la protagonista de la telenovela sufría anorexia nerviosa en la vida real. A los 14 años ella inició con el problema y llegó a pesar 34 kg, a esa edad su problema ya era grave. Un año después, cuando ella tenía

quince años se inició la filmación de la telenovela⁵⁰, y se terminó de filmar cuando iba a cumplir diecisiete años.

Otro aspecto tergiversado, es el referente a la transmisión de la idea de que la protagonista se estaba curando, en contraste, en la telenovela ella mostraba signos de estar enferma. En cada capítulo, aparecía más demacrada, y mucho más delgada que al inicio de la filmación, pero en la trama de ésta se recupera y no hay consecuencia fatal alguna, no obstante, en la vida real estuvo al borde de la muerte, incluso tuvo un infarto al miocardio a los 17 años, algo inédito y muy escandaloso por tratarse de una persona tan joven, todo esto a consecuencia de trastorno de la conducta alimentaria que padecía.

Además, se transmitía la idea de simples síntomas como desmayos que no trascenderían. En la telenovela, como Lilia lo refiere, la actriz solo sufre de síntomas *muy leves*.

...en la telenovela, o sea no, a la chava nunca le pasó nada o si a caso unos desmayos

El mensaje que llegó hasta Lilia a través de la televisión, la indujo hacia la anorexia nerviosa, creyendo que era la forma para que su vestido de quince años se le viera bien, como a la protagonista.

Un elemento relevante tiene que ver con que la informante buscaba ser reconocida por la familia y los amigos y observó que la protagonista era famosa, tenía éxito y era ovacionada, reconocida, en pocas palabras era querida y trató de imitarla.

⁵⁰ <http://www.youtube.com/ahí> anorexia. Azteca América. Videos 3 y 5. consultada 5 marzo 2009

La protagonista de la telenovela, en la vida real es un símbolo sexual que algunas jóvenes desean imitar, La informante al darse cuenta de que la actriz, *se ve bien estando extremadamente delgada*, verse como ella, quiso ser como ella, por lo que inició las dietas restrictivas para bajar de peso, y los ayunos, porque además en la telenovela la intérprete solo sufre de desmayos, pues pensó que ella también podría ser anoréxica y no iba a haber ninguna consecuencia grave y se iba a recuperar fácil y rápido.

...entonces yo decía, hay pues, para que se me vea bien padre mi vestido en mis quince años... se enferma la actriz, se recupera y no hay ninguna consecuencia, entonces la gente cuando ignoramos nos dejamos llevar ¿no?, y yo creía que si yo tenía ese problema iba a adelgazar y no me iba a pasar nada.

Los anuncios televisivos les fijó en la mente a las informantes, quienes padecían anorexia nerviosa, a ser especialistas en la cantidad de calorías que contienen los alimentos, lo cual se convierte en una pesadilla, ya que siempre están revisando cuántas calorías tienen que consumir para bajar o para no aumentar de peso y esto les produjo a Juanita una angustia por estar más delgada.

...te vuelves matemática de las calorías, si dos rebanadas de pan te dan 160 calorías, pues solo me como una que me da 80

Les crean la idea de que reduciendo el consumo de calorías en la dieta, incluso hasta cero, las va a poner como las modelos que anuncian los productos para adelgazar, lo que las hace bajar profundamente de peso hasta que la piel dé el aspecto de estar pegada directamente al hueso.

La gente muy esbelta se le tiene que ver la clavícula. Las revistas de moda y las barbies

Las informantes coinciden en que las revistas de moda, aunque no son la causa del trastorno, configuran otro elemento fundamental en la presencia de la anorexia nerviosa, "la moda por sí misma no propicia el trastorno, pero se suma a las dificultades que lo facilitan"⁵¹ ya que en ellas aparecían modelos cada vez más delgadas, incluso en la actualidad también se muestran modelos muy delgadas anunciando prendas de vestir que se usarán en la próxima temporada, como lo revela Guadalupe, como pantalones cada vez más pequeños, presentando las tallas 0.

...en el tiempo que a mí me pasó eso todavía había muchísimo, por ejemplo toda la publicidad del palacio de hierro, este empezó a ser como en ese aspecto ¿no? y todavía era como ¡guau!, superdelgada, así como lo máximo.

Juanita refiere que de su segundo hijo quedó muy pasada de peso, por lo que inició una dieta para disminuirlo, bajo asesoría de un nutriólogo; después de un tiempo éste le recomendó que ya era suficiente, que con los kg que había bajado se encontraba en el peso permitido para su estatura, 1.52 metros, sin embargo, la informante decidió seguir, aunque, ya bajo su riesgo.

Fue cuando se percató que en las revistas de moda hacían evidente que es mejor entre más se noten los huesos del cuerpo, sobre todo los de la clavícula, porque se es más sensual entre más se les notara los huesos, lo que las incitaba a seguir.

⁵¹ Barriguete, M. A. Psiquiatra, Psicoanalista e investigador. Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Instituto Nacional de Nutrición

... incluso es un parámetro, lo dicen las revistas de moda, que a la gente muy esbelta se le tenía que ver la clavícula, yo decía, se me ve mi huesito, era como inculcarme a seguir, a seguir...

Había iniciado con el firme propósito de bajar de peso, solo haciendo dietas, sin embargo, después se convirtió en una obsesión y una ansiedad por estar más delgada, algo de lo que no se pudo separar, convirtiéndose posteriormente en ayunos prolongados, cuando su estómago literalmente ya no recibía el alimento.

...es algo que si me sacudió, un día tuve un dolor increíble fue un dolor muy fuerte, tuvieron que ponerme analgésico, mi estómago ya no me pedía comida

La presencia de la talla cero, en las revistas de moda, lo cual ha impactado fuertemente en las informantes, las presionó aún más para bajar de peso, deseando tener esa figura, ya que las modelos de las revistas están demasiado delgadas, que son *talla cero* y María anhelaba estar como ellas.

...no sé, yo creo que la tele, porque todas están muy flacas, todas anoréxicas son talla cero, quién sabe cuál es la talla cero, y dices entonces yo quiero estar igual que ellas (risa)...

Además en los comercios donde venden ropa, al ingresar a comprar se percatan que las prendas de la talla que siempre habían usado, ahora están demasiado pequeñas, esto las hace sentir obesas lo que las obliga a bajar de peso. Además, en las tiendas donde diseñan prendas extremadamente pequeñas, se genera la creencia que el cuerpo ideal, es el que cabe dentro de ellas y en consecuencia incitan a muchas mujeres a la anorexia como lo menciona María.

...si quieres comprar algo, pues no te queda, hacen las prendas como para niña, una vez fui con mi hermana a donde venden ropa, porque ella es talla 9, tuvo que comprar talla más grande porque la talla nueve no le quedaba

Mientras que las revistas de modas envían el mensaje a las personas que estar delgada les dará éxito, a los fabricantes de ropa les interesa producir prendas para gente muy delgada, porque esa es la moda. Esto impacta en las informantes porque alimenta su percepción de la delgadez extrema, como la única forma para estar bien y tener éxito, forma parte de un refuerzo de la identidad de la cual hacen alarde como personas con anorexia nerviosa, lo cual les forma una falsa expectativa.

Refieren que estar *vestida adecuadamente*, como *socialmente está permitido*, es decir, delgadas, usar ropa a la moda y verse como las modelos de la televisión, las revistas y el Internet, les proporciona mucha seguridad, entonces lo van asimilando de esa manera, creen que al estar delgadas van a ser aceptadas por los otros, por consiguiente, ponerse ropa a la moda es quererse ver como las demás, imitarlas, para no ser rechazadas.

Asumen la idea de que *a los hombres no les gustan las mujeres gordas*. En el mundo de las informantes estar delgada significa *llamar la atención de las demás personas*, creen que estando delgadas van a ser aceptadas por los demás.

Influye sobremanera si alguna persona, ya sea de la familia o amigos, les dice que están pasadas de peso, que *tienen llantitas*, desde ese momento se consideran obesas, aunque su peso esté en los rangos normales, e incluso, más bajos, ya que al escuchar estos comentarios, sienten que estos comentarios son

un rechazo hacia su aspecto físico, y esto motivó a María a hacer dietas muy estrictas.

...yo digo que también una vez que tuve un novio me dijo que estaba gorda, entonces desde ahí dije ¡no, entonces sí estoy gorda! Y me puse a hacer dietas

La estructura física de algunos muñecos muy populares, como las Barbies, muñecas norteamericanas que se han tomado como modelos, también influyen para que se presente la anorexia nerviosa, comentan las informantes, ya que son demasiado delgadas, y eso a las niñas les va creando la idea de que ser muy delgadas es lo mejor, incluso las jóvenes en la búsqueda de su identidad, María se comparaba con ellas desde niñas y acaban pretendiendo parecerse a ellas.

... creo que también fueron las Barbies porque están bien flacas, yo quiero ser así como ellas, bien flacas, flacas, flacas, muy anoréxicas, y así como que queríamos ser como ellas...

Cuando la informante sugiere el término “muy anoréxicas”, se refiere a que las muñecas son demasiado delgadas, *muy flacas*, como la informante lo menciona literalmente, identificándose con éstas, es decir, valoran las características físicas de las barbies como aceptadas por los demás, porque las cumplen con las características exigidas por las revistas de moda y la televisión.

En las personas que no conciben la anorexia nerviosa como un problema de salud el término anorexia es tergiversado a tal grado que se concibe por las informantes como sinónimo de belleza y como un alago cuando le decían que era anoréxica, que estaba demasiado delgada, sentía que era bueno para ella, y que la persona que se lo decía también lo aprobaba, para ella significaba que iba bien, y que debía continuar con las prácticas para bajar de peso.

Internet

Existen organizaciones en Internet, de personas que padecen anorexia nerviosa y bulimia o ambas, como pro-ana y pro-mía⁵² que se consideran como caminos por los cuales se llega a la perfección y luchan por acercarse cada vez más a este mundo de la perfección, incluso contra su misma integridad física.

... Hay gente que no ve con buenos ojos este mundo, yo llegué a casi odiarlo, pero ahora sencillamente lo adoro, porque me he dado cuenta que éste es mi mundo. Prefiero disfrutar de él, ya que es mi mundo inevitable.

Ana

Ser Ana o Mía, significa querer la perfección y buscarla, incluso, hasta la muerte. Se refieren a la perfección tanto física, como mental y espiritual, se sienten imperfectas, indeseables; pretenden que al verse en el espejo puedan decir "soy una princesa", es decir, se niegan a crecer, se proponen seguir siendo niñas, para ser aceptadas y queridas.

...pro-ana y pro-mía, simplemente son pro-perfección. Queremos sentirnos orgullosas de representar la perfección, y lo lograremos. El fin justifica los medios, por eso lo hacemos⁵³

La presencia de estos grupos, refleja que dicha percepción es el resultado de las exigencias a las mujeres hacia el cumplimiento de los sueños que les han impuesto los estereotipos sociales del cuerpo perfecto⁵⁴, es través de la moda, se sacrifican para lograr ese estereotipo con el propósito de conseguir la atención de las personas que están a su alrededor.

⁵² <http://pro-anaymia.blogspot.com>. Pro-ana y Pro-mía. Consultada 27 Marzo 2009

⁵³ Idem 52

⁵⁴ <http://anorexicasanonimas.blogspot.com>. (rincón secreto). Consultado 15 Marzo 2009

...para ser aceptadas por la sociedad y por nosotras mismas. No es nuestra culpa, es de la sociedad. La gente dice que ni el peso ni la complexión importan, pero jamás lo ponen en práctica.

En los últimos tiempos han aumentado los sitios de Internet, como los antes referidos, donde orientan a las personas como ser anoréxico, y se les recalca *que no es fácil llegar a ser princesa*, que estar súper delgada implica sacrificio y les proporcionan información de los pasos que hay que seguir para inducir el vómito, y las abastecen de tips para dejar de comer:

...te introduces el cepillo de dientes...o puedes colocar letreros, en distintos lugares de tu casa, con mensajes como: "nada sabe mejor que la sensación de ser delgada", o, "no te dejes vencer por una simple galleta".

En las páginas pro-ana y pro-mía se intercambian nombres de medicamentos como si fueran fórmulas maravillosas para adelgazar⁵⁵, pero nunca se habla de las reacciones adversas que producen estos fármacos, se presentan datos completamente falsos sobre purgantes y sustancias para adelgazar.

La Sibutramina (nombre comercial reductil)⁵⁶, está indicada en el tratamiento de la obesidad en dos casos muy concretos: pacientes con obesidad o con un IMC mayor o = de 30, con complicaciones asociadas al aumento de peso como diabetes, hipercolesterolemia, etc., en el resto de los casos, como en TCA, no están autorizados.

Las precauciones para su uso son: en primer lugar, no debe administrarse en niños, ni en mujeres gestantes o lactantes, ni en casos de insuficiencia cardíaca o hipertensión arterial inestable. Se debe tener atención especial en

⁵⁵ <http://www.anaymia.com/> Anorexia y Bulimia: La Verdad de un Mundo Peligroso. Consultada Mayo 2009

⁵⁶ Vademecum Farmacéutico. Diccionarios de Laboratorios Farmacéuticos. Ed. Información Profesional Especializada SA de CV. México 2006. pp. 2439, 2440,

pacientes con insuficiencia hepática, insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca, hipertensión y arritmias. Según el Vademecum Farmacéutico IPE⁵⁷ este medicamento debe emplearse como parte de un programa integral de control de peso que incluya dieta, ejercicio y cambio de estilo de vida.

Está contraindicado en enfermedades psiquiátricas; reacciones adversas: sequedad de boca, insomnio, aturdimiento, cefalea, taquicardia, palpitaciones, aumento de presión arterial, vasodilatación, complicación de hemorroides, estreñimiento, parestesias, ansiedad, sudoración y alteraciones del gusto.

Solo deben ser administrados por indicación médica y con seguimiento posterior por el mismo, no está indicado en personas con peso normal o bajo peso, como a las personas que van dirigidas estas páginas, en las que podría favorecer una nueva pérdida de peso por su efecto anorexígeno y termogénico. En las páginas en las que se recomienda este medicamento se empieza con la dosis máxima (15 mg) en lugar de con la dosis de inicio (10 mg), aumentando así el riesgo.

En estas páginas también se hace referencia al uso de laxantes para adelgazar, no se habla de dosis ni de duración de la toma. Las indicaciones y peligros suelen ser comunes a todos ellos, aunque dependiendo del principio activo y de la dosis, pueden ser más o menos severos. Las indicaciones médicas para su prescripción son: estreñimiento, para facilitar la evacuación en caso de hemorroides o de fisuras anales;

La dosis a administrarse debe ser prescrita por el médico y debe evitarse el uso prolongado. Las reacciones adversas son: si se administran de forma

⁵⁷Idem 56

continuada o a dosis muy altas, puede producir diarrea, vómito, pérdida de electrolitos, (descenso en sangre de calcio, potasio, etc.), pérdida de tono muscular intestinal.

No están indicados para la pérdida de peso, con ellos el peso perdido es solo de agua, sin afectar la grasa corporal. Los efectos secundarios de estos fármacos pueden verse incrementados de forma alarmante si se asocia con la toma de diuréticos como es frecuente entre personas que padecen TCA.

Los diuréticos es otro tipo de medicamentos recomendados entre las personas con TCA, estos contienen distintos principios activos, entre ellos están: herbolaria y farmacopea. Deben administrarse por indicación médica y con controles analíticos. Se debe tener especial atención con personas hipotensas, gota, hipoproteinemia, deshidratación.

Las reacciones adversas son: trastornos electrolíticos (hipo e hipernatremia, hipo e hiperpotasemia, hipo e hipercloremia), alteraciones del equilibrio ácido-base, hipovolemia, sed, sequedad de boca, astenia, somnolencia, dolores musculares, calambres, hipotensión, taquicardia, náuseas, vómito y aumento del nitrógeno de la urea en sangre.

Las recomendaciones son: debe consultarse con un médico si está tomando otra medicación para vigilar posibles interacciones, como antibióticos u otro nefrotóxico, antidiabéticos, antiarrítmicos, antihipertensivos, y antiinflamatorios.

Este medicamento solo debe ser tomado con seguimiento del médico, que prescriba la dosis y el tiempo. No está indicado en personas con peso normal o

bajo, como la mayoría de la población que consulta las páginas y aumenta el número de deposiciones pudiendo incrementar la pérdida de nutrientes.

En lo referente a los adelgazantes, estos son sustancias naturales, que por solo serlo, potencian la creencia de que son eficaces y carecen de efectos secundarios. Sin embargo puede ser todo lo contrario. Los medicamentos se han obtenido en muchos casos de las plantas, pero con ellos se conoce la dosis exacta que se administra y han pasado controles de calidad y seguridad, como no es el caso de los medicamentos que se recomiendan las integrantes de estos grupos para adelgazar.

Por ejemplo la fitoterapia laxante en población con TCA potencia los riesgos de alteraciones hidroelectrolíticas, cardiovasculares y renales. Si se asocian con el uso de diuréticos pueden potenciar de forma peligrosa los riesgos.

En el apartado de autoagresión de estas páginas, conformado por técnicas de automutilación, se indica que al sentir dolor, el cuerpo consume calorías y creen en la falsa afirmación de la transposición de materia corporal, esto significa que si se ejerce dolor en un fragmento del cuerpo, éste transportará material de otra parte del mismo (la que pretenden adelgazar) a la deteriorada para atenuarlo. Es decir que el cuerpo al sentir el dolor transporta masa a la zona donde se origina éste, procedente de la zona que desean bajar de volumen.

También existe en las páginas una sección de tips, allí se encuentran ideas que fortalecen la percepción de una de las informantes, acerca de la delgadez, e inspiran, a quien consulta estas páginas, a continuar con el pensamiento de la perfección; aquí se abastecen de una serie de recomendaciones, como las siguientes: “haz que te compren una mascota y pásala a las horas de comer para

deshacerte de la comida; o pasa siempre mucho frío porque el cuerpo quemará calorías”.

Les sugieren incluso que se aten a la mesa de estudio con una cuerda para no ir a la cocina; que se queden el menor tiempo posible en tu casa, el asunto es perder tiempo; y que disfruten la sensación de hambre, eso significa que están adelgazando; “y cuando te de un ataque de hambre, pon la tele corriendo y busca alguna serie en la que salga alguna modelo estupenda; si no puedes evitar la tentación, coge la comida que te haya apetecido, másticala muy despacio y escúpela, repite esto unas cuantas veces hasta calmar la ansiedad”.

También se les recomienda que cada vez que sientan hambre, piensen en toda esa gente que se rió de ellas por ser gordas; además les recomiendan que, “cuando estén comiendo con otras personas, prueben el truco de la taza opaca, es decir, que aparenten estar comiendo y escupir la comida en la taza cuando aparenten estar bebiendo”; se les pide que hagan una lista de las razones por las que quieren adelgazar y la lleven siempre para que la lean cuando les de hambre.

Se les indica que piensen en lo que no quieren ser, como por ejemplo, que pueden poner fotos de mujeres obesas en los lugares donde estén más tiempo. Esto las estimulará para continuar con las prácticas estrictas para adelgazar. Otra estrategia es esconder una bolsa de cierre en su habitación a la hora de comer, y pedir que les lleven la comida al cuarto, ya que tienen que hacer tareas, y tirar toda la comida en la bolsa.

De la misma manera se promueve la oración de las anoréxicas⁵⁸:

Estricta es mi dieta, no debo desear, diré mentiras cuando me acuesto cada noche hambrienta. Ayúdame a pasar por las confiterías, no dejes caer mi fuerza de voluntad. Guíame a través de los caminos donde mi cuerpo no es como se ve, aunque camine a través del departamento de pasteles, no compraré nada. Los pasteles y pays me tientan. Ante mí hay una mesa con verduras y lechuga, llenare mi estomago con líquidos. Los cuadros de calorías y pesos me seguirán todos los días de mi vida y descansaré en el temor de las básculas para siempre.

Estas recomendaciones, entre muchas otras más, son las que reciben diariamente las personas con anorexia nerviosa, que consultan las páginas o los blogs, que alientan su trastorno de la conducta alimentaria, por ejemplo: Anoréxicas Anónimas, cuyo lema es “*vale más ser una anoréxica anónima que una gorda conocida*”, Pro-ana y pro-mía, blogs como Feather Weight Perfection, que tiene como logotipo una Barbie con una cinta métrica en la cintura, etc.

Estas páginas son promovidas por las integrantes de las mismas, quienes soportan este padecimiento. En los foros, se registran entre 300 y 400 mensajes al día. Se forman grupos de entre unas 600 a 700 usuarias⁵⁹, en los cuales, para ellas los trastornos de la alimentación son una forma de vivir y cuyo objetivo es llegar a ser *perfectas*. Estos sitios representan un espacio donde ellas pueden descargar sus temores, para aligerar el peso, sin que nadie las cuestione directamente.

⁵⁸ <http://www.taringa.net/posts/1167438>. Consultado el 27 de Marzo 2009.

⁵⁹ Idem 58

...Un poco de mí, de mi vida, mis sentimientos, emociones y sobre todo mis sueños.

Un espacio en el cual desahogar mis miedos, tristezas y decepciones, en fin, una muestra de todo ese torrente de emociones que corre por mis venas...

En los blogs se promueve el uso de pulseras como una forma de identificación de los miembros del grupo⁶⁰, explican que usan la pulsera morada las que padecen anorexia y bulimia al mismo tiempo; y las que portan pulsera blanca y rosada, son las que están ayunando y solo consumen agua.

Dichas pulseras, forman parte de un emblema de reconocimiento de su *forma de vivir*, y refieren que si se topan por el camino a una anoréxica nerviosa, como ellas, entienden que no están solas, les sirve como un estímulo para seguir. Las jóvenes pro-Ana, se colocan una pulsera o cordón rojo en la muñeca izquierda, adornados a veces con piedras, las cuales representan los años que llevan conviviendo con el trastorno.

El Foro es una de las formas que emplean para comunicarse entre las integrantes, en él se intercambian trucos para que la familia no se entere del trastorno que padecen y de las distintas dietas para bajar de peso, así como la inducción del vómito y técnicas de automutilación.

A través de los foros es que las inducen a engañar, no solo a su familia, sino a todas las personas, para que no se enteren de que padecen anorexia nerviosa, les recomiendan acciones como las siguientes:

Si la familia las ve más delgadas, les recomiendan que sólo deben responder que si comerán más, sin embargo, las invitan a no hacerlo, es sólo para distraer a quien hace las preguntas, ya que esto podría delatarlas.

⁶⁰ <http://www.blogtheartofsuicide.com>. Consultado Junio 2009

Si las obligan a probar, por lo menos un bocado de la comida, les enseñan que sí lo hagan, pero que se levanten enseguida y digan que le falta sal a la comida, y se vayan a la cocina y expulsen el alimento en una servilleta.

Cuando estén en casa deben usar ropa holgada y ancha para que la familia no note la pérdida de peso. También deben usar maquillaje para que no perciban las ojeras y la palidez de su piel, el maquillaje les ayuda a esconder estos signos en las comidas familiares. Les aconsejan también no comer el día anterior y pasar bastante tiempo en la cocina para aparentar que comieron.

Otro recordatorio tiene que ver con la lectura de todos los libros que puedan sobre Anas, ya que las inspiran fuertemente, pero se les orienta a tratar de que los familiares y los amigos no se percaten.

Les sugieren que si existe la necesidad de realizarse análisis de laboratorio, consuman mucha agua y zumo de frutas y algún yogurt un día antes del análisis y unas horas antes, tomar bebidas isotónicas para incrementar el nivel de electrolitos.

Esta forma de burlar a los familiares y amistades es factible ya que no existen exámenes de laboratorio para identificar si hay anorexia o no, dado que no es un virus o una bacteria, la anorexia es un trastorno psicológico que no es posible detectar mediante pruebas de laboratorio. Probablemente lo que se hace para analizar la anorexia, es un cúmulo de estudios clínicos para detectar si los niveles de desnutrición representan algún peligro para la persona que padece el trastorno.

Así mismo se promueven sitios⁶¹ donde se pueden observar videos de personas con anorexia, los cuales las hará inspirarse en la idea de continuar con el trastorno, ya que contiene fotos de sujetos que padecen anorexia nerviosa, muy delgadas y algunas de ellas pertenecen al medio del espectáculo, como: modelos, actrices, cantantes, etc.

Desnutrición emocional. Autoestima, familia, amigas, violencia sexual y anorexia

Cuando las informantes hablan de baja autoestima, se refieren a la falta de aceptación de sí mismas, porque no están satisfechas con su propio cuerpo, por consiguiente, no abrazan su propia realidad, tienen una imagen corporal que no les agrada y sienten una preocupación exagerada por lo que los demás piensen de su apariencia física, lo cual constituye un elemento fundamental para que se presente la anorexia, como un factor predisponente, relacionado con la falta de confianza en sí mismas.

Las mujeres entrevistadas se angustian de forma impresionante, por que se perciben con mayor volumen corporal del que realmente tienen, y esto les produce una sensación de insatisfacción, y un derrumbamiento de su autoestima, lo cual se nota en el comentario de Juanita.

...o sea, cuando tú tienes una imagen que no te gusta a ti misma, desde ahí estás mal, porque llegues a donde llegues, con toda la inseguridad del mundo

⁶¹ http://tu.tv/videos/thinspo-000_1 Super anorexia extrema. Consultado 25 marzo 2009.

ENAMORANA **Vivir para Morir Delgada**
La comida me destruyó, estoy creándome de nuevo

Para que se instale la anorexia nerviosa, dice Juanita, es necesario un elemento que ellas denominan, *traer cierto carácter emocional*, y se refieren a que existen personas emocionalmente equilibradas, seguras de sí mismas y que otras son más frágiles emocionalmente, y aseguran que es en esta debilidad donde el trastorno encuentra tierra fértil para instalarse, permitiendo que la persona adquiera el trastorno de la alimentación, lo que de cierta manera explica porque no todas las que reciben el mensaje del “cuerpo ideal insano” se sientan atraídos por éste.

...yo creo que tienes que venir con cierto carácter emocional, o sea, y esto creo que viene de la familia y más aunada a eso, cuando viene todo este mensaje externo como que hay buen campo fértil para crecer, y otro factor externo es lo que ves en la tele

La circunstancia fundamental que intervino para que en las informantes haya disminuido el aprecio por sí mismas, es la presión que ejerce la familia, ya que en el seno de ésta surgen factores que llegan a transgredir la confianza que la persona puede depositar en sí mismo, y hacen que deje de quererse y de valorarse tal cual es; entre estos factores se encuentran la agresión física, emocional y sexual por parte de algún integrantes de la familia, el constante acoso para bajar de peso. Juanita careció de cariño y aprecio por parte de sus padres, de dedicación de tiempo por parte de los mismos, y padeció la preferencia por uno de sus hermanos.

“pues si de mi madre no hubo tiempo, porque éramos 8 hermanos y además ella trabajaba todo el tiempo en la casa”

Por ejemplo, si los padres prefieren a una hija porque tiene ciertos rasgos, ciertas características que la hacen ser aceptada socialmente y además se

sienten muy orgullosos de ella, la autoestima de las demás hijas, si no cumplen con estos parámetros, queda opacada e intentan competir con la imagen que la hermana proyecta, para agradar a los padres y así atraer su atención y cariño, y en su vida adulta sucede lo mismo con la pareja sentimental, por el temor a perderlo.

“... tengo una hermana muy bonita, alta, de buena figura de ojo verde y siempre quise competir con ella y mi papá se encargaba de ello...a lo mejor esa sensación de inseguridad por perder a mi pareja la adquirí de ahí”

La presión que ejercen los padres constantemente hacia la joven, para que adelgace, a través de críticas dirigidas a su imagen corporal, la convierten, según la percepción de las informantes, en un objeto desacreditado por no cumplir con sus expectativas y la orillan a que haga dietas restrictivas para darles gusto.

“satisfacer a la gente porque la familia luego te está diciendo ¡hay estás gordita! ¡no se te ve bien esa ropa pareces piñata!, entonces si estaba yo consciente de que era una enfermedad y de que estaba mal, pero me importaba más verme bien”.

Lo que importa es satisfacer a la gente dice Lilia, no les interesa que puedan lastimarse con las rutinas que realizan, en lo referente a dietas, ejercicios excesivos, torturas, intentando siempre alcanzar el ideal que les exige la familia y la sociedad para, a través de esto, lograr satisfacer las demandas exigidas.

Las personas con anorexia, en contadas ocasiones se reúnen con la familia por temor a que las obliguen a comer y en lugar de asistir a esas reuniones familiares, se quedan a consultar el Internet, se quedan encerradas, ensimismadas, refieren sentirse solas,

...sentía ganas de decirle a alguien que me sentía mal y no pues ¿a quién se lo decía?, mi mamá me regañaría y me diría que estaba loca, no le tenía confianza, ni a mis hermanas

La reunión con la familia significa que la obliguen a comer, o que se den cuenta que no comen y surjan preguntas incómodas que tendrán que responder, lo que les causa molestia porque aseguran que no las comprenderán y tratarán de convencerlas de que están cometiendo un error.

“para mi comer era un sacrificio increíble, que llegara la hora en que tuviera que asistir con mi familia, porque significaba que tenía que comer, era de lo más difícil”

Sentían temor de comunicarle a su familia el problema por el que atravesaban, por miedo a sufrir represalias, miedo a ser juzgadas, o a sufrir regaños, entonces optaron por introducirse en Internet, para ocupar el tiempo que podrían haber dedicado a las reuniones familiares, para entrar a sitios que les ayudaron a fijarse ideas desequilibradas sobre el “cuerpo ideal”. María dice:

...ni quería salir, luego, si me invitaban a una reunión familiar, no iba porque les decía, luego allí van a comer, mejor me quedo. No iba ni a las fiestas, mejor me quedaba aquí encerrada (en la casa) y me quedaba ¿a qué? al internet, a meterme esas cosas en la cabeza.

Sustituyeron la relación desaprovechada con la familia, por un trastorno que las llevará a la muerte, con tal de buscar sentirse comprendidas, que *conozcan algo de ellas mismas*, quieren retener a la familia para sentirse *a gusto*. El hecho de que la familia no las tome en cuenta, no se fije en ellas, es decir, no quieren pasar desapercibidas, también las hace que se hundan en el trastorno, ya que nunca notan que están allí, y esto las hace sentirse que deben atraer la atención

para que se den cuenta que existen y una forma de atraer esa atención es caer en la anorexia nerviosa.

... mi esposo nunca me decía nada, "oye ya estás muy delgada, tampoco me decía estas muy gordita", o sea, jamás, pues un factor clave y no me gustaría que me cambiara por alguien más joven que yo, es inseguridad ¿no?, pues la autoestima

Precisamente esa falta de interés de esposo de Juanita lo percibía como un rechazo, no se daba cuenta que ella estaba allí y trataba de llamar su atención bajando de peso hasta la delgadez extrema, al grado que todos notaban su aspecto casi cadavérico, menos Juanita.

Otro de los factores importantes es la presión que ejercen los padres para que bajen de peso y hace que se quebrante la confianza que la persona tiene en sí misma, lo cual les afecta enormemente, constantemente les estén recordando que están pasadas de peso. Las degradaciones de parte de los padres y las imposiciones que estos ejercen, se convierten en golpes en todos los sentidos, lo sienten como una agresión, Juanita percibía que no la querían tal cual era, que se avergonzaban de ella.

...mi papá a todos nos dio profesión, pero en cuanto a que nos presionaba mucho, golpeador en todos los aspectos, porque también a nosotros nos golpeaba, en cuanto a que era una persona que le gustaba humillarnos a nosotros como hijos.

Bajé rápido de peso... todo mundo empezó a chulearme. Autoestima, las amigas y anorexia

Este factor es importante en la presencia de anorexia, las mujeres tratan de imitar a los demás, viven a expensas de lo que piensen los demás de ellas, lo que los demás exigen de ellas, a través de esto en cómo viven, creen que solo serán

queridas y aceptadas, cuando hayan logrado responder a las expectativas de las amigas.

“...yo me iba con mis amigas y les platicaba, tenía una amiga que hacía lo mismo que yo pero fue porque yo le dije comes y vomitas, y pues entonces ella empezó a vomitar”

Otra forma en que las amigas intervienen, es cuando festejan que la persona esté demasiado delgada, la admiran, la hacen sentir que lo que están haciendo está bien y les manifiestan que desean estar como ellas de delgadas, y esto estimuló a Guadalupe a continuar sacrificándose para recibir estos halagos.

....entonces bajé rápido de peso y ahí si te puedo decir que tuvo que ver que todo mundo empezó a chulearme, eso tuvo que ver, porque era algo así de que ¡guau te ves súper bien!

La influencia de las amigas es importante porque siempre se están quejando de que son gordas, de que van a hacer ejercicio, aún cuando su complexión es muy delgada, y la que la escucha se compara con ellas y si su índice de masa corporal es más elevado, se siente gorda al lado de éstas, lo que la impulsa a hacer ejercicio o dietas muy severas para lograr bajar de peso, y satisfacer las exigencias indirectas por parte de las amigas.

Las amigas que se conocen a través de la red cibernética representan una influencia que marca la existencia de las jóvenes, ya que éstas le proporcionan información sobre los pasos que deben seguir para ser anoréxica, además de las técnicas para inducirse el vómito, y así experimentó María si era verdad que se expulsaba todo el contenido gástrico con estas prácticas.

... tenía varias amigas de diferentes lugares de la república que me decían, acabas de comer y metete un cepillo de dientes y vomitas entonces dije, ¡ay no! voy a ver que se siente vomitar, haber si es cierto que se sale toda la comida.

Las informantes refieren otra forma de influencia de algunas amigas, cuando mencionan que han depositado su confianza en ellas y no recibieron de éstas la misma, se sienten frustradas por no poder encomendar en ellas sus inquietudes, sus problemas, sus dudas, incluso buscando un confidente, ya que éstas no son capaces de guardar algún secreto y se lo platican a otras, incluso hasta en forma de burla, creándoles un sentimiento de soledad, por no poder confiar en nadie y buscan refugiarse en personas que las atienden, como en los grupos de anoréxicas que se encuentran organizadas en blogs en el ciberespacio precisamente con ese fin.

Agresión sexual

Dos de las informantes coinciden en que, el haber estado expuestas a una serie de agresiones sexuales, por parte de algún miembro de la familia, las predispuso a padecer la anorexia nerviosa, ya que ese hecho les produjo una impresión de concebirse sucias, incluso les quedó la sensación de tener que estarse bañando, porque no lograban deshacerse de esa mancha, sensación que se prolongó por años, para poder limpiar su cuerpo ultrajado.

Por ejemplo, Guadalupe, quien padece anorexia nerviosa, confiesa haber sido una niña abusada sexualmente entre los 5 y los 7 años de edad, por un primo que era mayor y que vivía en su casa, detrás de su trastorno alimentario, experimentó episodios de violencia hacia el cuerpo físico, lo que le causó el

sentimiento de estar siempre sucia, esto la indujo a que cubriera su cuerpo con demasiada ropa, tratando de no ser descubierta, para no llamar la atención del sexo opuesto.

...ya ves que en la preparatoria uno empieza a tomar forma y llamaba mucho la atención, y yo me ponía suéter, chamarra, me amarraba un suéter en la cintura, me ponía triple calceta, o sea, me tapaba mucho, me sentía sucia, con la sensación de tener que bañarme, eso me duró hasta la prepa y la universidad

La agresión sufrida le produjo también una sensación de resentimiento hacia los hombres, lo que se refleja en su relación con ellos en su vida adulta, teniendo relaciones demasiado tormentosas, al grado de verse en la necesidad de solicitar apoyo de profesionales.

La informante empezó a platicar sobre el abuso sexual sufrido hasta que tenía 25 años, en una sesión de terapia, y posteriormente tuvo la sensación de empezar a superarlo, sin embargo, refiere que, tras haber pasado por la anorexia nerviosa, parte del proceso de sanación de este trastorno, fue aceptar que había sido agredida sexualmente durante su niñez.

Sin embargo, Juanita, enfermera, dice que prefiere no caer en cuenta si ella sufrió violencia sexual, que prefiere no acordarse, prefiere dejar sin discusión este aspecto, ya que le causa dolor recordarlo, a pesar de que reconoce que sus hermanas fueron agredidas sexualmente por su padre. Menciona que para ella su padre es totalmente indiferente, no desea saber nada de él, notándose la actitud de rechazo rotundo hacia el padre.

...mi papá aparte de todo, tuvo intento de violación a mis hermanas igual y lo intentó conmigo cuando era chica y no me acuerdo

Una de sus hermanas, posterior a este hecho cayó en un estado depresivo, del cual le fue muy difícil salir, y refiere que, definitivamente su trastorno tiene que ver con la infancia tormentosa que vivieron, con las agresiones del padre y la indiferencia de la madre. Refiere que en la iglesia católica les mencionan que los hijos escogen a los padres, sin embargo, no se explica *como un padre o una madre le pueden hacer tanto daño a sus hijos*. La informante cayó en anorexia y uno de sus hermanos manifestó otro trastorno emocional.

...pues nuestra infancia fue difícil y yo pienso que nos afectó a todos mis hermanos, a mí, con esa autoestima tan baja

Había un sentido de agitación y temor en el entorno. La agresión sexual perpetrada les dejó heridas difíciles de sanar, que las llevan a perder esa seguridad de sí mismos, a perder toda la autoestima, valores y principios, quedando vulnerables a trastornos que se relacionan con la baja autoestima, como la anorexia nerviosa.

En las personas entrevistadas la violencia sexual y la anorexia nerviosa tienen una relación muy estrecha, por el hecho de que sienten su cuerpo mancillado y tratan de limpiarlo con los ayunos, tomando casi pura agua o no comiendo, se sienten muy dañadas física, pero más que nada, emocionalmente, se sienten culpables y les es difícil absolver a la persona que les ocasionó ese daño, sobre todo porque se trataba del padre.

La madre de María (joven con anorexia nerviosa desde los 15 años), aunque no lo menciona abiertamente, si deja entrever la posibilidad de que su hija pudo haber sufrido de violencia sexual, no es muy claro, sin embargo refiere que ésta sentía, de niña un rechazo hacia los hombres, manifestándose en una

negativa a que éstos se le acercaran o la tomaran en sus brazos, particularmente se refiere al padre de la joven.

Pasados algunos años a Luisa le importaba mucho lo que sus novios le dijeran sobre su aspecto físico, con que solo le mencionaran que estaba gorda le reproducía la sensación, primero de tristeza, empujándola hacia la soledad, estaba gorda, lo que para ella significaba rechazo social; y segundo de bajar de peso, para intentar agradarle a esa persona que la había rechazado.

Capítulo 8

Discusión de los hallazgos

A partir de unas décadas a la fecha se ha dado más importancia a la apariencia corporal. El deseo de adelgazar actual supone a las personas un anhelo por destacar y ser valorado de modo particular, por no ser rechazado por no cumplir con los cánones impuestos¹, a las mujeres, la preocupación por su peso les va creando baja autoestima², sin embargo, a partir de estas afirmación podemos observar que las informantes refieren que para que la anorexia se haya asentado en ellas, un elemento que lo propició, fue la desnutrición emocional que padecen.

Las informantes padecen desnutrición emocional desde niñas, la cual se gestó en el marco de la insatisfacción de necesidades emocionales que no fueron cubiertas durante su infancia e incluso durante su adolescencia, caracterizada, en las informantes por traer cierto *carácter emocional, es decir*, predisposición para que el trastorno se instale, deseo de cariño y aprecio a su persona, independientemente de su imagen externa, disminución del aprecio por sí

¹ Toro, J. Factores Socioculturales en los Trastornos de la Ingesta. Anuario de Psicología Núm. 38 – 1. Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica. Universidad de Barcelona. 1988

² Idem 3

mismas, ocasionado por la presión que ejerce la familia, ya que en el seno de ésta surgen factores que llegan a transgredir la confianza que la persona puede depositar en sí mismo, y hacen que deje de quererse y de valorarse tal cual es.

Entre estos factores se encuentran la agresión física, emocional y sexual por parte de algún integrante de la familia, el constante acoso para bajar de peso, la escasa o nula dedicación de tiempo por parte de los mismos y la predilección por alguno de los hijos.

Sin embargo, el hostigamiento permanente de los medios masivos, sobre la importancia que le dan a la delgadez como una forma para lograr tener éxito y ser feliz y aceptadas, la influencia de la cultura de la delgadez a través de los medios de comunicación, tiene mayor impacto en las personas más vulnerables, en las que padecen desnutrición emocional, penetrando en su mente, provocando que se instalen con mayor facilidad los mensajes sobre la ponderación de la delgadez, y así vender los productos que se anuncian, asegurando que con esto van a tener mayor éxito y van a ser aceptadas por los demás,

Los medios venden una imagen donde la joven es aceptada en todas partes, por el solo hecho de estar delgada, entonces las mujeres pensaron que también lo podían lograr, sin embargo cuando se dieron cuenta que no encajaban en esta descripción de la imagen ideal, cayeron en la anorexia nerviosa.

La red cibernética les ha facilitado las relaciones entre las anoréxicas, percibiendo estos grupos como un apoyo, con un menor riesgo de ser descubiertas. Estos blogs de anoréxicas, algunos instaurados por las propias enfermas, sociedades conocidas como "pro-ana" que rechazan que la anorexia sea una enfermedad y argumentan que es un modo de vida que ellas mismas

adoptaron. Estos grupos de las anoréxicas son muy solidarias entre sí, en su carrera por bajar de peso, se indican distintas maneras de engañar a la familia, dietas, medicamentos, tips que muestran la forma de volverse anoréxica y como mantenerse en la vida anoréxica.

Las participantes, víctima de maltrato, de violencia sexual, carente de una estructura emocional afianzada, se observó, padecen de desnutrición emocional. Estas son las circunstancias en las que se constituye el proceso de instalación de la anorexia nerviosa en las informantes. Las mismas que representaron un periodo de riesgo muy importante para el bienestar físico y emocional de las mismas.

Merece destacar el testimonio de una de las informantes, acerca de la contaminación que sufrió cuando iba a cumplir sus 15 años, al estar expuesta a los mensajes de la telenovela “primer amor, a mil por hora”, ya que en base a las mensajes que proyectaba el programa televisivo, ella percibió que no tendría problemas de salud, si adoptaba las mismas prácticas insanas de la protagonista de dicha telenovela. La difusión de los patrones estéticos goza de amplias facilidades por la homogeneización cultural, de tales sociedades en este tipo de temas. Por otro lado en las clases sociales bajas hay más obesidad y, también se comprueba, que tal obesidad predispone a la anorexia especialmente cuando la persona obesa se inserta en la cultura del adelgazamiento³.

Se acentúa en nuestro estudio que las mujeres entrevistadas reconocen que los medios de comunicación transmiten el mensaje de la delgadez insana, sin embargo, para este mensaje se instale es necesario que la persona padezca de

³ Idem 10

desnutrición emocional, así los mensajes encontrarían lugar para posesionarse, e iniciaría el TCA para bajar de peso e imitar a las representantes de esta emaciación.

Las campañas de prevención contra la anorexia nerviosa han fallado, ya que cada día aumenta el número de casos, “por no saber cómo enfrentarse a las características individuales y formas de comportamiento de las personas. Este desconocimiento impide conformar planes y estrategias para los trabajadores de la salud pública que chocan con maneras peculiares de reacción de los diferentes sectores que conforman la población mexicana”.⁴

Con base en lo anterior, se desprende que no se debe omitir el aspecto social y cultural, para poder contextualizar los tratamientos ofrecidos a las personas que padecen anorexia nerviosa, porque los factores sociales y culturales conforman el conjunto de modos de vida y expresiones de una sociedad, incluidas las costumbres, y las formas de comportamiento.

Posiblemente la consecución del control de la anorexia nerviosa se pueda llevar acabo siempre y cuando los profesionales de la salud, capten la trascendencia de lo que Durheim⁵ describe “detrás de nosotros se encuentra el hombre del pasado y que predomina en nosotros, ya que “la cultura es la manera en que los grupos sociales responden a los retos de la sobrevivencia”.⁶

⁴ Béjar, R. El mexicano: aspectos culturales y psicosociales. UNAM. México, 1994.

⁵ Durkheim, E. Historia de la educación y de las doctrinas pedagógicas: la evolución pedagógica en Francia. Madrid: 1982.

⁶ Puga, C., J. Peschard y T. CASTRO. Hacia la sociología. Alhambra Mexicana. 2ª edición, México, 1997

La presencia de los padres es importante en la cultura de los mexicanos, mismo aunque exista violencia por parte de ellos, los hijos les merecen respeto y tolerancia, por lo tanto, desean cumplir con las expectativas que los mismos tienen de ellos, para no ser relegadas; pero, como señala una de las informantes, no tienen derecho de hacerles tanto daño a sus hijos. En la cultura mexicana la figura del padre está simbolizada de autoridad y las madres transmiten esta idea, sin pensar que esto podría acarrear desviaciones en las conductas de las jóvenes.

En la sociedad actual se le ha dado mayor importancia al cuerpo, “de los valores estables se ha pasado a una vida sin imperativo categórico en la que lo que prima es el individualista e indefinido mensaje de *ser feliz*. Por otra parte, el auge y expansión de los medios de comunicación audiovisuales sitúan simbólicamente ese mensaje de felicidad individual en la imagen del cuerpo o, mejor dicho, de determinados modelos de cuerpo.”⁷.

Por consiguiente las informantes pretendían ser felices, mensaje transmitido por los medios de comunicación, sustituir esa desnutrición emocional representándola con la pretensión de lograr una determinada forma del cuerpo, sin embargo, las informantes no lograron llegar hasta el objetivo y se introdujeron en un abismo que no le veían salida, sus problemas de desnutrición emocional no fueron resueltos aún cuando ingresaron a la anorexia nerviosa, al contrario se agudizaron aún más los conflictos emocionales y físicos, lo que significó para ellas que esa no era la solución a sus problemas.

⁷ Perez, S. V. Las concepciones del Cuerpo y su Influencia en el Curriculum de la Educación Física. Revista Digital. Buenos Aires, argentina. N° 33. Año 6. 2001. Consultada Junio 2010.

A los empresarios les interesa vender un producto y no reparan en el posible daño que le pueden causar a quien percibe el mensaje del comercial de la televisión, el Internet o las revistas estos medios se prestan, sin hacer revisión de los mensajes que se están enviando a las personas. Los mensajes y los anuncios de la televisión responden a los intereses de quienes desean vender ese producto, y que controlan estos medios, con el fin de influir en la percepción de las informantes para que adquieran sus productos y que con eso podrán tener éxito.

El sentimiento de inseguridad del que hablan las informantes, al no poder conseguir lo que deseaban, ya que “bajo la mirada de los demás, están condenadas a experimentar constantemente la distancia entre el cuerpo real al que están encadenadas y el cuerpo ideal al que intentan incesantemente acercarse”.⁸

La anorexia conlleva factores circunstanciales que están a nuestro alrededor y nos dejamos inducir por ellos. Cuando no se tiene un autoconcepto propio, se hace lo que los demás aprueban que se haga, para agradarlos y de esa forma se pretende atraer su atención para no quedarse solas. Esta circunstancia influye de tal manera que se asumen una serie de conductas y actitudes que en ocasiones producen más daño que beneficio.

Sin embargo, para que este tipo de problemas de salud se instale en los individuos, es necesario un elemento fundamental que se describirá como *desnutrición emocional*, dicho elemento representa un factor decisivo en la presencia de trastornos alimentarios en las informantes. Cuando la persona sufre

⁸ Bourdieu, P. Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. Citado en: F. Alvarez-Uría y J. Varela, compiladores. *Materiales de Sociología Crítica*. Madrid

de anorexia nerviosa, no solo padece desnutrición física, sino también *desnutrición emocional*, debido a que su mente está frágil, falta de energías, necesitada de aliento, de reconocimiento, de sentirse limpias, para ser aceptados por los demás.

La anorexia nerviosa en las informantes es un equivalente de desnutrición emocional, ya que ésta se gestó en el marco de la insatisfacción de necesidades emocionales que no fueron cubiertas durante su infancia e incluso durante su adolescencia, secuelas producidas en mayor grado por el haber sido vulneradas sexualmente.

El daño ocasionado por la agresión sexual, las marcó en el sentido de sentirse mancilladas, ultrajadas, en una palabra culpables de un delito que nunca cometieron, aunado a este elemento se encuentra influenciándolo el aspecto emocional desnutrido, carente de vida, el impacto es tan fuerte que la persona no permite que nada se incorpore para cambiar, para curar su espíritu, tal cual se interpusiera una armadura y nada permitiera penetrarla, siendo esta circunstancia importante para que el trastorno se estableciera en las informantes.

Menciona Carmen de la Cuesta⁹ que el cuidado de enfermería ya no debe ser dirigido a la enfermedad, sino a la persona que la padece lo que denomina “cuidar con”, es decir, brindar el cuidado con conocimiento de cómo es que la persona experimenta la anorexia nerviosa, que significa para ella atravesar por esa situación. Con la finalidad de que el cuidado de enfermería se brinde a la persona. Reforzando la importancia de que la enfermera estudie y analice el fenómeno de la anorexia nerviosa, a la que están sometidas las mujeres y de esta

⁹ De la Cuesta B. C. Importancia de la Investigación Cualitativa en Enfermería. España. 2004

manera involucrarse y que estos estudios repercutan en la elaboración de los programas de prevención dirigidos a la comunidad.

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio revelan que los medios masivos de comunicación ejercen presión, transmitiendo el mensaje de la delgadez extrema como símbolo de belleza y éxito, dirigido generalmente a las mujeres, éstas lo interiorizan siempre y cuando padezcan de desnutrición emocional.

Se concluye que las participantes mostraron desnutrición emocional definida como falta de reconocimiento, falta de interés por sí mismas, deterioro del aprecio por sí mismas, se perciben desagradables, y esto genera incertidumbre, manifestado por un dolor intrínseco.

La anorexia nerviosa resurge como una falsa solución a la incertidumbre que genera el mensaje del cuerpo ideal insano.

Los “esfuerzos” porque nadie se entere de que padecen la anorexia, en realidad no son verdaderos, en el fondo si quieren que se enteren y que volteen a verlas, ya que al realizar todas esas acciones tarde o temprano tendrán que manifestarse en el aspecto físico.

En la anorexia nerviosa, el verdadero problema no es que la persona deje de comer, sino cómo se siente emocionalmente. Cada caso de anorexia nerviosa es individual y cada afectada lo percibe de manera distinta.

Esta situaciones refuerzan la importancia de que la enfermera estudie y analice el fenómeno de la anorexia nerviosa, a la que están sometidas las mujeres

y de esta manera involucrarse y que estos estudios repercutan en la elaboración de los programas de prevención dirigidos a la comunidad.

El explorar este contexto puede entonces ser de gran utilidad al profesional del área de la salud cuando éste trabaje con personas influenciadas por la constante presión del ambiente social y cultural que lo rodea, como es el caso de las mujeres en esta sociedad que, “bajo la mirada de los demás, están condenadas a experimentar constantemente la distancia entre el cuerpo real al que están encadenadas y el cuerpo ideal al que intentan incesantemente acercarse”¹⁰, y al no lograrlo, surgen frustraciones que la llevan a cometer barbaridades con su propio cuerpo, como lo es dejar de comer por tiempo prolongado solo para verse como ellas perciben que los demás quieren que se vean.

Desnutrición emocional: elementos para una propuesta conceptual

Desnutrición emocional significa, para las informantes, la falta de aceptación de sus características físicas tal cual, la falta de aprobación de sí mismas porque no están satisfechas con su propio cuerpo, por consiguiente, perciben una imagen corporal que no les agrada y sienten una preocupación exagerada por lo que los demás piensen de su apariencia física.

¹⁰ Bourdieu, P. Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. Citado en: F. Alvarez-Uría y J. Varela, compiladores. *Materiales de Sociología Crítica*. Madrid

Se angustian de forma impresionante, porque se perciben con mayor volumen corporal del que realmente tienen, y esto les produce una sensación de insatisfacción y un estrago emocional.

La desnutrición emocional acoge la disminución del aprecio por sí mismas, ocasionado por la presión que ejerce la familia, ya que en el seno de ésta surgen factores que llegan a transgredir la confianza que la persona puede depositar en sí mismo, y hacen que deje de quererse y de valorarse tal cual es; entre estos factores se encuentran la agresión física, emocional y sexual por parte de algún integrantes de la familia, el constante acoso para bajar de peso, la falta de cariño y aprecio, la dedicación de tiempo por parte de los mismos y la preferencia por uno de los hijos.

...que económicamente no nos faltó nada, pero en cuanto a cariño y aprecio, ¿para qué?, que mejorar la autoestima de la que yo hablo, pues sí, de mi madre no hubo tiempo

Situación que se da cuando las personas no tienen en todo momento acceso suficiente a los elementos necesarios para satisfacer sus necesidades emocionales que para las informantes no fueron satisfechas.

IMPLICACIONES

Los hallazgos del presente estudio son aplicables al cuidado y a la investigación sobre personas que padecen anorexia nerviosa y a los familiares que conviven con personas que padecen este trastorno.

Los conocimientos obtenidos de este estudio, sobre la forma en que las mujeres describen las circunstancias que influyeron en el desarrollo de la enfermedad, evidencian la necesidad de explorar más este aspecto y tomar en cuenta la necesidad que tienen las informantes y sus familiares de recibir apoyo e información por parte de las personas que proveen el cuidado en todas las fases del trastorno y sobre todo en lo referente a la prevención del mismo.

Los profesionales de la salud deben tener en cuenta la expresión de emociones y asegurar a las personas con anorexia, que es apropiado que expresen sus inquietudes y tristezas.

ANEXOS

CARTA DE INFORMACIÓN A LAS PERSONAS QUE PARTICIPARÁN:

Título de la Investigación: CIRCUNSTANCIAS QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE ANOREXIA NERVIOSA EN MUJERES DE LA ZONA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MEXICO

Nombre del investigador principal: María de Jesús Rodríguez Armenta

Cel. 0446691151512

Te invito a participar en un trabajo de investigación para Identificar las circunstancias que influyen en el desarrollo de la anorexia nerviosa

¿En qué consiste la entrevista?:

Si estás de acuerdo, participarás en una entrevista, donde se harán algunas preguntas relacionadas con las circunstancias que influyen en el desarrollo de la anorexia nerviosa.

Tu participación es voluntaria, es decir, tú puedes o no aceptar.

¿Qué beneficios obtendré por participar?

El beneficio principal será para otros jóvenes para que a futuro se puedan prevenir estos problemas tomando en cuenta todos los factores que inciden en él y que cuando la enfermedad ya esté presente sea tratada de la manera más adecuada posible. Tu beneficio personal consistirá en que podrás hablar de cosas que no habías podido hablar con otras personas, con el compromiso que yo no hablaré con nadie de lo que contestes en la entrevista.

Si tienes duda sobre las preguntas que te haré, con toda confianza puedes acercarte a mí para resolverlas.

¿Existe algún riesgo por participar en este estudio?

Tú puedes no contestar las preguntas que te molesten y se puede dar por terminada la entrevista en el momento en que tú así lo consideres.

¿Quién verá los resultados?.

TODO LO RESPONDIDO EN EL CUESTIONARIO SERÁ CONFIDENCIAL, es decir, nadie se va a enterar de lo que respondiste, jamás se mencionará tu nombre, sin antes pedirte autorización.

Nada de lo que contestes va a quedar en tu expediente, excepto nosotros como investigadores. Cuando finalice el cuestionario la información obtenida podrá ser presentada ante otros profesionales o publicada en material científico, pero **TU NOMBRE NO SERÁ REVELADO NUNCA**.

Preguntas:

¿Quiere hacerme alguna pregunta?

Todas las preguntas que tengas durante o después del cuestionario las podrás aclarar con los investigadores.

También podrás contactar al representante del Comité de Ética de la UNAM

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Circunstancias que influyen en el desarrollo de anorexia nerviosa en mujeres de la zona metropolitana de la Ciudad de México

		<p>televisión allí sale puras flacas, bien anoréxicas y dices entonces yo quiero estar igual que ellas (risa)". (5)</p> <p>"Ese era mi idea al vomitar, porque en la tele eso se ve como también en internet porque te dicen no comas y así, te dicen que no es fácil llegar a ser princesa, son como clubs en donde todas las anoréxicas se reúnen y platican de cómo ser anoréxicas, yo nunca me metí en una de esas cosas pero tenía amigas que me decían de los mandamientos de la anorexia y la bulimia, que una pulsera roja era bulímica y pulsera morada si eres anoréxica yo no llegué a tal grado así como ellas". (6)</p>
Influencia de las amigas	María	<p>"...era más dependiente de mis amigas y así me di cuenta que no eran mis amigas porque una amiga no te dice mátrate, amiga es la que te da buen consejo". (19)</p> <p>"...pues no porque yo me iba con mis amigas y yo a ellas les platicaba tenía una amiga que hacía lo mismo que yo pero fue porque yo le dije comes y vomitas, y pues entonces ella empezó a vomitar, pero se aburrió de hacer eso y ya lo dejó pero, yo no le decía a nadie de mi casa porque me iban a regañar". (7)</p> <p>"...tuve una amiga que era anoréxica estaba bien flaquita, yo creo que ella me metió esos pensamientos, desde niña se vestía como grande, pero yo creo que es la que influyó en mí, pero ya no me habla, ella desde niña se vestía como grande, con pantalones y eso en vez de usar vestido, entonces yo siento que yo quería ser como ella y por eso como que yo o sea mi infancia la pasé con ella jugaba con ella, como yo no tuve hermanos más chicos ella era mi vecina, ahorita ya no vive allí, tenía un año menos que yo, y yo jugaba con ella yo quería ser como ella, era súper delgada, pero era así su complexión, yo nunca me enteré si fuera anoréxica, si no comía bien pero tuvo gastritis desde los diez años". (9)</p> <p>"...yo más bien siento que las que me han metido todo eso han sido mis amigas, dicen, ¡hay estoy gorda voy a hacer ejercicio! Si eso dice ella que esta flaca como palo, yo como estaré o sea, estoy gorda al lado de ella". (11)</p>
Importancia de la delgadez	Juanita	<p>"...de lo que si estoy consciente que para mí era muy importante estar delgada, pues, y entre más delgada mejor y si me decían que estaba demasiado delgada era estimulante para seguir y seguir adelgazando más". (2)</p> <p>"después ya era por mi cuenta después se convirtió en una obsesión y una ansiedad por estar más delgada es algo que no puedes desafanar, porque lo primero que ves es cuantas</p>

	<p>María</p>	<p>calorías te estas comiendo, todo lo que consumes es primero verificar cuantas calorías te estás metiendo, se te vuelve obsesión, te vuelves matemática de las calorías, si dos rebanadas de pan te dan 160 calorías, pues solo me como una que me da 80 y ya puedo comer otra cosa..” (4)</p> <p>“...porque pienso que así me voy a ver bien, que así la ropa se me va a ver bien, no se, yo tenía ese pensamiento, o sea me voy a poner esa blusa o un pantalón a la moda, como una imitación, quererse ver como las demás personas pues a la demás gente” (10)</p> <p>“...que me viera bien, una amiga me decía quien te quiera te va a querer como eres, que para que quería estar flaca si luego iba a estar en el hospital con sondas y todo eso, pues no, pero yo no le hacía caso, no, yo quiero estar flaca, (risa)”. 13)</p>
<p>Temor al mantener una relación de pareja</p>	<p>Juanita</p> <p>María</p>	<p>“si es eso que tu marido sea más joven, el miedo a perderlo el perder a tu pareja, tu compañía este... el competir tal vez con las demás que tienen esa ventaja que son más jóvenes yo creo que eso fue más que nada los aspectos” (10)</p> <p>“A los hombres no les gustan así (gorditas), yo digo que también una vez que tuve un novio me dijo que estaba gorda, entonces desde ahí dije no, entonces si estoy gorda y me dijeron mis amigas, ¿Cómo crees? no estás gorda, nunca había estado arriba de mi peso, mido 1.57 y peso 55 o 54 Kg nunca he llegado a pesar 60 o más”. (14)</p> <p>“...porque quería llamar la atención, que me viera bien”.</p>
<p>Autoestima</p>	<p>Juanita</p> <p>María</p>	<p>“Yo creo que la autoestima, yo creo que si, para mi como que era muy importante estar delgada, aparte mi esposo es más joven que yo como que ese siempre ha sido un factor, pues un factor clave y no me gustaría que me cambiara por alguien más joven que yo, es inseguridad ¿no?, pues la autoestima” (1)</p> <p>“uno de mis hijos es güerito otro más morenito decía uno de mis hermanos tus hijos ya tienen un paso adelante porque no son feos, o sea para que veas como la sociedad si, aquí aplica como te ven te tratan” (9)</p> <p>“para mi hasta la fecha sigue siendo importante pararme bien físicamente me refiero, donde me pare o sea el que tu vayas bien uniformada a tu trabajo te proporciona seguridad cuando tu vayas vestida adecuadamente, como socialmente está permitido te proporciona mucha seguridad entonces que desde luego para mí el delgada era sentirme bien pues así lo fui asimilando” (9)</p>

FUENTES DE CONSULTA

- 1.- www.ellenwest.org. Fundación Mexicana Contra la anorexia y la Bulimia. Centro para el estudio y prevención de los trastornos de la alimentación, Presidenta Araceli Aispuru de la Portilla. Consultada 4 Octubre 2007
- 2.- Rigol, C. A. El otro cuerpo de la identidad: Análisis de modelos culturales de los trastornos del cuerpo femenino. Universidad de Barcelona. Revista Cultura de los Cuidados. Año 10 N° 19. España, 2006 pp. 48.
- 3.- Maloney, McGuire, Daniels. En Alteraciones de la Imagen Corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 14 N° 1 pp. 31-40
- 4.- Garner y Garfinkel. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* En Toro, J. Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. Anuario de Psicología. España. 1998 pp. 32
- 5.- Ordeig y Cols. Citado en Toro, J. Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. Anuario de Psicología. España. 1998 pp. 41
- 6.- Gómez, P. Alteración de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología. Vol 14, nº 1. México 1997. pp.32
- 7.- Toro, J. Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. Anuario de Psicología. España. 1998 pp. 4
- 8.- Brownll y Napolitano. 1995. Distorting reality for children: Body size proportions of barbie and ken dolls. International Journal of Eating Disorders. Citado en Revista Mexicana de Psicología. Vol. 14, nº 1. México 1997. pp.32

- 9.- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE). Décima Revisión. (CIE 10). F50.0, F50.1. Criterios OMS.
- 10.- Fernández A. F. Turón G. V. Ed Masson. Trastornos Alimentación. Guía Básica del Tratamiento en anorexia. Barcelona 2002. Pp. 3-15
- 11.- Gerlinghoff, M. y Backmund, H. Anorexia y Bulimia. Entender y superar los trastornos alimentarios. Ed. Grijalbo. España. 2004
- 12.- Toro, J. El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad. Ed. Ariel 2003. p p.2-3
- 13.- Menéndez, E. L. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, núm. 46, El Colegio de México, 1999. pp. 37-67.
- 14.- DSM -IX-TR Manual de Diagnósticos Estadísticos de los trastornos mentales. Ed. Elsevier Masson. 4ta. Edición. Barcelona 2007. Pp. 653-660
- 15.- Gómez, P. "Anorexia nerviosa" Ed. Pirámide pp. 223
- 16.- Toro, J. El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad. Ed. Ariel 2003.
- 17.- Toro, J. Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. Anuario de Psicología. España. 1998 pp.43
- 18.- Shilling, C. *The social body and social theory*, SAGE & TCS, Londres 1993. Citado en Las concepciones del cuerpo y su influencia en el currículum de la Educación Física. Pérez, S. Revista Digital - Buenos Aires - Año 6 - N° 33 - Marzo de 2001. Revista Digital. Buenos Aires. Año 6 - N° 33 - Marzo de 2001

- 19.- Toro, J. Factores Socioculturales en los Trastornos de la Ingesta. Anuario de Psicología Núm. **38** – 1. Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica. Universidad de Barcelona. 1988
- 20.- Toro J. y Villardel, "Anorexia Nerviosa", Ed. Martínez Roca. Barcelona 1987.
- 21.- Fernández. F. Terapéuticas de modificación de conducta. En Trastornos de la alimentación. Guía básica en el tratamiento en anorexia y bulimia. Ed. MASSON. Barcelona 2002.
- 22.- Ward y Cols. Citado en trastornos de la alimentación. Guía básica en el tratamiento en Anorexia y bulimia. Ed. MASSON. Barcelona. 2002
- 23.- J. Vallejo, et al. "Introducción a la psicopatología y psiquiatría", Ed. Salvat. España, 1998.
- 24.- Raich, R. "Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios", Ed. Pirámide 1999
- 25.- A. Beck. Terapia Cognitiva Conductual. Asociación Latino-Americana de Terapia Cognitiva y Racional Emotiva Conductual. Buenos Aires. 2002
- 26.- HOFFMAN, L. Fundamentos de la terapia familiar. Ed Fondo de Cultura Económica, México, 1998, pp. 254
- 27.- De la Cuesta B. C. Importancia de la Investigación Cualitativa en Enfermería. España. 2004.
- 28.- Rogers, C. *Psicoterapia centrada en el cliente*, Ed. Paidós Ibérica. Barcelona 1997
- 29.- Capalbo C. Fenomenología e ciências humanas. 3 ed. Londrina: Ed. UEL, 1996. Citado en La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. Revista Index Enfermería v.16 n.58 Granada 2007

- 30.- Martínez, M. Comportamiento Humano. Nuevos métodos de Investigación. Ed. trillas. México. pp. 175
- 31.- Ortiz, U. LA ENTREVISTA de investigación en las Ciencias Sociales. Ed. LIMUSA. México, 2007. pp. 165 y 166
- 32.- Taylor y Bogdan, citados en Observar, escuchar y comprender. Tarres, L. Coordinadora. Ed. Porrúa. México 2001. pp. 75
- 33.- Castañeda, J. El diario de Campo. Área Didáctica y Organización Educativa. Universidad de León, Gto.
- 34.- Ulin P., Robinson E. y Tolley E. *Investigación aplicada en Salud pública. Métodos Cualitativos*. USAID, FHI y OPS. 2006.
- 35.- <http://www.abc.com.py>. Vanidad femenina, un negocio redondo. Consultado 20 de Enero de 2008
- 36.- <http://www.youtube.com/ahí> anorexia. Azteca América. Videos 3 y 5. consultada 5 marzo 2009
- 37.- Barriguete, M. A. Psiquiatra, Psicoanalista e investigador. Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Instituto Nacional de Nutrición
- 38.- <http://pro-anaymia.blogspot.com>. Pro-ana y Pro-mía. Consultada 27 Marzo 2009
- 39.- <http://anorexicasanonimas.blogspot.com>. (rincón secreto). Consultado 15 Marzo 2009
- 40.- <http://www.anaymia.com/> Anorexia y Bulimia: La Verdad de un Mundo Peligroso. Consultada Mayo 2009
- 41.- Vademecum Farmacéutico. Diccionarios de Laboratorios Farmacéuticos. Ed. Información Profesional Especializada SA de CV. México 2006. pp. 2439, 2440,

42.- <http://www.taringa.net/posts/1167438>. Consultado el 27 de Marzo 2009.

43.- [http://www.blog the art of suicide](http://www.blogtheartofsuicide.com). Consultado Junio 2009

44.- http://tu.tv/videos/thinspo-000_1 Super anorexia extrema. **ENAMORANA**

****Vivir para Morir Delgada**** La comida me destruyó, estoy creándome de nuevo.

Consultado 25 marzo 2009

Bibliografía

45.- Béjar, R. El mexicano: aspectos culturales y psicosociales. UNAM. México, 1994.

46.- Durkheim, E. Historia de la educación y de las doctrinas pedagógicas: la evolución pedagógica en Francia. Madrid: 1982.

47.- Cardoso, G. La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico para la diabetes. Revista Cuicuilco, nº 37, vol. 13 (mayo-agosto 2006)

48.- Devís, J. *Actividad física, deporte y salud*, INDE, Barcelona. 2000.

49.- Mercado, J. Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. México: U. de Guadalajara. 1996.

50.- Toro J. Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Barcelona: Ariel; 2004

51.- Weitzner, A. El camino hacia la recuperación de anorexia y bulimia. Ed. Pax México 2007

52.- Wolcott, H. Mejorar la escritura de la investigación cualitativa. Ed. Universidad de Antioquia. Colombia. 2003

53.- Bourdieu, P. Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. Citado en: F. Alvarez-Uría y J. Varela, compiladores. *Materiales de Sociología Crítica*. Madrid