



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**SIGNIFICADO DE LA ANOREXIA EN PERSONAS QUE LA
VIVIERON DURANTE LA ADOLESCENCIA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)

P R E S E N T A

ANA GEORGINA MONTAÑO ARIAS

DIRECTORA DE TESIS: M. C. E. NORBERTA LÓPEZ OLGUÍN

MEXICO D.F.

SEPTIEMBRE 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.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, de manera particular a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por darme el apoyo necesario para lograr otra de las metas profesionales más importantes de mi vida, la Maestría.

BECA DE DGEP

A la Dirección General de Estudios de Posgrado (DGEP) de la UNAM, por el apoyo económico que me otorgó durante mis estudios de Maestría.

MAESTRA NORBERTA LÓPEZ OLGUÍN

Tutora principal, por su apoyo personal y profesional durante todo el tiempo transcurrido en mis estudios de Maestría, Así mismo por su disposición, guía, múltiples correcciones y valiosas aportaciones, como apoyo a la realización y revisión de la investigación.

DOCTORA DULCE MARIA GUILLEN CADENA

Por su participación como sinodal, un agradecimiento especial por su gran la calidez que la distingue en su trato con las personas. Además por su contagioso entusiasmo por la investigación, por su manera respetuosa y comprometida al ayudarme a la realización y terminación de este trabajo, y por todas esas experiencias compartidas. Gracias Dra. Por creer en mí, por su disposición, múltiples correcciones y por sus siempre sabias y valiosas aportaciones.

A LAS DOCTORAS

MARIA TERESA CUAMATZI PEÑA, ESTHER VILLELA RODRIGUEZ Y A LA MAESTRA LUZ MARÍA VARGAS ESQUIVEL

Por su participación como sinodales de mi examen de maestría, su tiempo y sus útiles e importantes comentarios para mejorar y concluir esta tesis. Así mismo por su calidez como seres humanos.

DOCTOR LUIS ALBERTO VARGAS GUADERRAMA

Agradezco sus valiosas aportaciones y conocimientos que contribuyeron para mejorar y concluir, este trabajo de investigación, así como su tiempo dedicado y su gran calidez como ser humano.

PERSONAS PARTICIPANTES

Agradezco a los jóvenes que aceptaron participar en esta investigación, por confiar en mí y compartir cada una de sus experiencias que vivieron durante su enfermedad.

A TODAS MIS COMPAÑERAS(OS) DE LA MAESTRIA

A todos y cada uno por vivir conmigo momentos de alegrías, tristezas, y que juntas tuvimos la gran experiencia de incursionar en nuevos caminos de nuestra profesión.

DEDICATORIAS

A **Dios** por darme vida. Por haberme dejado llegar a este momento profesional tan importante, pero sobre todo por haberme mandado los dos mejores ángeles en mi vida.

MIS PADRES

Esperanza Arias Garibay
Evaristo Montaña Quezada

Este trabajo, hoy se suma a otra parte más de mi vida profesional, es gracias a su amor, apoyo, paciencia, constante ánimo y sus muchos sacrificios. Gracias por darme, además de la vida, la preparación profesional, personal e inculcarme buenos principios para ser una mujer de bien. Pero sobre todo haberme dado la oportunidad de compartir todo esto con:

TRES BUENOS Y EXELENTE HERMANOS

Manuel, Genaro y Susana

Por su apoyo, cariño, amor y comprensión que me han brindado a través de la vida, y gracias a todo ello he seguido su ejemplo.

ÍNDICE

RESUMEN / ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO 1. PROBLEMÁTICA ACTUAL	11
1.1 Justificación.....	11
1.2 Problematización.....	15
1.3 Propósitos	20
1.4 Viabilidad del proyecto	21
CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO.....	22
2.1 Adolescencia.....	22
2.2 La anorexia nerviosa	27
2.3 Estudio del significado	35
2.4 Estado de la cuestión.....	41
CAPITULO 3. METODOLOGÍA APLICADA	50
3.1 Metodología	50
3.2 Análisis de la información.....	56
3.3 Aspectos éticos y legales	58

CAPÍTULO 4. HALLAZGOS Y DISCUSIÓN.....	59
4.1 Presentación de los participantes	62
4.2 Historia breve sobre los entrevistados	63
4.3 Categorías y subcategorías (descripción textual y estructural)	68
4.4 Descripción de las categorías	70
4.6 Significado de la anorexia	125
4.7 Elementos en la construcción del significado.....	128
CONCLUSIONES	129
ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.....	134
ANEXOS	136
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	138

RESUMEN

Problematización. El fenómeno de la anorexia nerviosa en adolescentes es un problema de salud mundial. En este trabajo se considera que el significado que le otorgan a su enfermedad, proviene de las experiencias de su vida diaria y se relaciona con situaciones sociales.

Objetivo. Analizar el significado de la anorexia a través de su discurso para la comprensión del fenómeno, desde la propia vivencia.

Metodología. Investigación cualitativa con enfoque fenomenológico interpretativo, la técnica de recolección de datos fue la entrevista semi-estructurada. Para ello se utilizó una guía con preguntas tema, además de las notas de campo y observación no participante, se realizó a 3 jóvenes que la padecieron en la etapa adolescente. Las entrevistas fueron transcritas textualmente de acuerdo a los lineamientos cualitativos. El análisis de datos se desarrolló conforme a lo planteado por Kruger.

Resultados. Se identificaron seis categorías: entorno familiar, necesidad de sentirse aceptado, sentimientos al hecho de sentirse gordo y rechazado, comportamientos auto lesivos, deseo y control del cuerpo, proyección de sus pensamientos. En cada categoría se describen dos momentos: 1.- descripción textual del fenómeno (antes de la enfermedad), 2.- descripción estructural de la enfermedad (durante la enfermedad). Posteriormente se describe el significado encontrado.

Conclusiones. El significado de la anorexia surge en un contexto social y cultural en donde las personas desde su infancia aprenden valores que las guían durante su vida, los significados que se encontraron se relacionan con las construcciones culturales existentes principalmente en la familia y el entorno, siendo este el detonador para el desarrollo de la patología. El personal de enfermería como parte integral de un equipo de salud, deberá formarse para poder proporcionar un cuidado integral a estas personas y así lograr intervenciones de calidad en todos los niveles de atención.

Palabras clave: Adolescencia, Anorexia, Significado, Cualitativa, Fenomenología.

ABSTRACT

Research problem. The anorexia nervosa in adolescents is a problem of world health. In this study, I considered that the meaning that the patients give to their illness comes from the experiences obtained in daily life, which are related with particular social situations.

Objective. In this thesis I analyzed the meaning of anorexia through his speech to the understanding of the phenomenon, since the experience of the adolescents.

Methodology. Qualitative research had an interpretive-phenomenological approach, and the technique of data recollection was the semi-structured interview. For it, I used a guide with topic questions, field notes and non participative observation, which it was conducted at three young persons who suffered anorexia in their adolescence. The interviews were transcribed textually based on the qualitative guidelines, and the data were analyzed according to the points proposed by Kruger.

Results. I identified six categories in the patients: particular family conditions, a need to be accepted, a feeling to have overweight and be rejected, self-injurious behaviors, desire and control of your body, as well as a projection of your thoughts. In each category were described two situations: 1) textual description of the phenomenon (before illness), and 2) structural description of the illness (throughout the illness). Then, finally I described the meaning found in this analysis.

Conclusions. My results suggest that the meaning of the anorexia has its origin in a social and cultural context, where people since its childhood learn values that guide them during its life. The meanings here found were also related mainly with the existent cultural constructions in the family and in the social environment, being this aspect the detonator for the development of the pathology. The nursing like integral part of a team of health, must be formed to be able to provide an integral care to these people, and thus achieve a way for interventions of high quality in all the levels of health attention.

Key Words: Adolescence, Anorexia, Meaning, Qualitative, Phenomenology.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida en donde ocurren y pueden trasladarse diversos fenómenos, uno de éstos es la anorexia nerviosa que representa un problema de salud en todo el mundo. Afecta a personas de países desarrollados como subdesarrollados, se presenta de manera inesperada, influyen las construcciones sociales y culturales que predominan en la familia, la sociedad, así mismo repercuten en el significado que se le da a cada acto que realiza cada persona sobre el fenómeno que viven.

La investigación sobre la anorexia en las personas que la padecieron en la adolescencia, se ha realizado desde la visión cualitativa del personal de enfermería, considerando que son pocas las investigaciones que toman en cuenta la perspectiva de los protagonistas. Esta investigación explora y describe cuales son los factores que llevan a desencadenar este trastorno, que actualmente se aprecia como un problema grave principalmente en los adolescentes, debido en gran parte a la influencia de los significados culturales que predominan alrededor de este fenómeno.

Este trabajo fue estructurado en 4 capítulos. En el primero, se da a conocer la justificación, el problema de estudio, los propósitos y la viabilidad del proyecto. La anorexia era casi exclusiva de países desarrollados, sin embargo en la actualidad es un fenómeno mundial.

Hacia la entrada al nuevo milenio, la *Clínica Eating Disorders México*, afirmó que 0.6% de las mujeres jóvenes padecen anorexia nerviosa; la edad de inicio es alrededor de los 16 años, el rango oscila entre los 10 a los 25, aunque no se puede descartar su presencia después o antes de estas edades. Actualmente el porcentaje de anorexia en edad escolar es de 1.1 a 1.8%.

Aunque su aumento está siendo considerable, el fenómeno de la anorexia ni siquiera se considera un problema de salud pública, a pesar de que los jóvenes que enferman tienen un elevado riesgo de morir.

Los propósitos buscan analizar el significado de la anorexia a partir de la experiencia vivida por personas que la padecieron, y describir algunos elementos culturales que contribuyeron en su construcción social del significado que tiene este fenómeno durante la adolescencia.

En el segundo capítulo, se desarrolla el marco teórico en donde se presentan los antecedentes que ubican el surgimiento de los estudios sobre la etapa adolescente y se revisan algunas de las teorías que la explican. En una segunda parte, se aborda el tema de la anorexia, así como algunos factores que pueden influir en su comienzo. En la tercera parte se analiza el estudio del significado desde los planteamientos de Jerome Bruner desde la Psicología Social y Cultural. Y finalmente, se encuentra el estado de la cuestión, describiendo algunas investigaciones que dan sustento a este trabajo.

En el tercer capítulo se aborda la metodología, se describe el enfoque de la investigación y los criterios seguidos para su realización, tomando en cuenta que el estudio del fenómeno humano seleccionado sólo era posible a través de la investigación cualitativa, considerada una herramienta para la construcción del conocimiento acerca del comportamiento de las personas que vivieron la anorexia y su interacción social y cultural.

En el cuarto y último capítulo, se dan a conocer los resultados encontrados y se discuten los hallazgos. El análisis fenomenológico se presenta en tres apartados: el primero corresponde a la descripción textual del fenómeno (antes de la enfermedad), el segundo a la descripción estructural del mismo (durante la enfermedad), y por último el significado encontrado.

Los temas que se destacan en la descripción textual, que corresponden al antes de la enfermedad y que al mismo tiempo calificamos de factores de riesgo son:

Familia mono parental, violencia verbal, necesidad de aceptación por las personas, soledad, resentimiento con la familia, comparación con los otros, desesperación, restricción de comida, consumo de tabaco y alcohol, intento de suicidio, imagen física deseada y rechazo de las personas.

Lo correspondiente al durante la enfermedad son:

Descuido familiar, detección de la enfermedad en la escuela, aceptación por las personas, soledad, apoyo familiar, ocultamiento de la enfermedad, negación al tratamiento, admiración de las personas y proyección de logro y poder.

Por último, la identificación del significado en la que se destacan cuatro temas importantes que se denominaron: Abandono y críticas familiares, admiración y aceptación, soledad y felicidad transitoria.

En la realización de esta investigación, se encontraron algunas limitaciones que repercutieron en su elaboración, una de las principales fue que en la disciplina de enfermería poco se aplica la investigación cualitativa, en consecuencia se presentó la dificultad para acceder a investigaciones de este tipo, así como la escasez de bibliografía específica como apoyo a la metodología.

La utilidad que tienen esta investigación se encuentra relacionada con la interpretación de los resultados que dan una visión compartida de los significados personales entre los participantes y la investigadora, así como la intención de mostrar las ventajas y aplicaciones de este tipo de investigación en la profesión de enfermería. Además, no sólo se espera que repercuta en el trabajo que realizan las enfermeras de manera cotidiana, sino también en otros campos del área de la salud con individuos o grupos adolescentes que requieren atención. Conociendo lo anterior es necesario resaltar la práctica del profesional de la enfermera en este campo de atención.

CAPITULO 1. PROBLEMÁTICA ACTUAL

1.1 Justificación

El estudio de la anorexia es de interés general debido a las repercusiones en la salud de toda la población y específicamente de los grupos más vulnerables, convirtiéndose actualmente en uno de los problemas de salud prioritarios en los programas de nutrición de México y Latinoamérica.

La literatura señala que, la anorexia es casi exclusiva de países desarrollados, sin embargo en la actualidad se observa que ya no pertenece únicamente a estos países sino que se está extendiendo hacia sociedades en vías de desarrollo. En México hay una incidencia anual de un caso por cada 1,000 mujeres entre 12 a 19 años y una Prevalencia del 0.5%. El *Centro de Información sobre los Desordenes de la Alimentación* estima que cerca de 10 millones de norteamericanos padecen anorexia; el 90 % mujeres y el 10% hombres.¹

Se ha puede observar que esta alteración de la salud mental de las personas es muy importante considerando que les puede provocar la muerte. Actualmente el trabajo médico, tiene limitaciones para dirigir su atención a los problemas de salud desde su origen. Asimismo, se observa que aunque estos problemas tengan alta prioridad: como la diabetes, la hipertensión arterial y la obesidad, la asistencia hospitalaria se sigue enfocando a resolver los síntomas y no se han desarrollado programas que incidan en el origen o la causa de las enfermedades.

El caso de la anorexia ni siquiera se considera un problema de salud pública, a pesar de que los jóvenes que enferman tienen un elevado riesgo a morir, tomando en cuenta que la mayor parte de las enfermedades tienen su origen en la familia; con sus estilos de vida, hábitos, costumbres y creencias, No obstante, enfermería tiene la convicción de que los problemas de salud deben ser abordados ahí, en

donde se originan, ya que por la vía de las instituciones no se cuenta con ese apoyo.

Con esta realidad creemos, que mientras la población no esté consciente de las medidas preventivas, no podrán tener la posibilidad de solicitar la ayuda con oportunidad. Un medio que propicia este descubrimiento son los discursos de las personas que la han padecido.

Esta enfermedad también ocasiona fuertes implicaciones económicas para la familia y la sociedad, por lo que se considera necesario investigar acerca del trastorno, profundizar en su comprensión y buscar estrategias que ayuden a disminuir o a resolver en alguna medida este problema de salud que está generando daños sobre todo a la población joven, quienes tienen la creencia de que el perfeccionismo es esencial para ser aceptados, evitar el fracaso y procurar el éxito en la sociedad.

Actualmente se escucha y se reconoce que la anorexia es un problema de salud devastador que ha cobrado una dimensión inusitada entre los jóvenes de todo el mundo y de todas las clases sociales. Sin embargo, esta enfermedad atrapa y golpea con mayor fuerza a las mujeres, considerándose multifactorial, debido a que en está confluyen los problemas personales, familiares, psicológicos, sociales y culturales.

Un estudio que incluye a Gran Bretaña, Estados Unidos, Suecia y Australia demostró que el 80% de adolescentes estaban preocupadas por su imagen corporal, considerándose obesas más del 50%, cuando las medidas antropométricas revelaron que sólo lo eran el 25%, según las tablas normalizadas de peso, altura y edad utilizadas.²

La *Escuela Médica de Harvard*, calcula que hay aproximadamente 5 millones de personas con anorexia. *El Instituto Nacional de Salud Mental* confirma que muere

uno de cada 10 afectados por anorexia. Por ejemplo, España tuvo ingresos hospitalarios en el periodo de 1990-1991, mismos aumentaron de 86 personas a 225 de acuerdo con las estadísticas de *INSALUD*, y de ellas el 83.1% fueron anoréxicas y tenían entre 15 a 29 años, el 92.8% eran mujeres.

Para 1999, España se situó como el país europeo con mayor incidencia de anorexia. Es uno de los países que ha experimentado rápidos cambios en los hábitos alimenticios, siguiendo la misma evolución que el resto de los países industrializados. Se ha producido un incremento de conductas alimenticias alteradas en jóvenes y de comportamientos relacionados con la preocupación excesiva por el peso.³

Argentina, junto con Japón tienen una población anoréxica del 1%. Un estudio realizado en hospital local señala que de 190 personas atendidas el 37% presentó anorexia en 1997. Este problema se ha extendido a países como; Corea, Singapur y Hong Kong, donde la incidencia es del 5% en la población femenina. En Colombia, el 12% de la población no puede satisfacer sus necesidades de alimentación, se calcula que al menos dos de cada cien adolescentes, que tienen suficiente comida, sufren anorexia.⁴

La *Universidad de Antioquia* y la *Universidad Nacional de Colombia*, señaló que la población más vulnerable del país padece o muere de hambre, mientras que más de 80.000 jóvenes entre 14 y 19 años padecen anorexia, con una prevalencia del 2,3%, el hacer dieta para adelgazar fue un factor previo al inicio de la anorexia en cinco de cada diez casos. Además señaló que de cada diez personas que han padecido este trastorno, tres no logran superarla⁵ La *Universidad de Antioquia* estimó que en el año 2000, cerca del 2% de colombianas estaban afectadas por anorexia, el estudio se realizó en 500 bachilleres, encontrando hasta 6 alumnas por colegio con anorexia avanzada.⁶

Hacia la entrada al nuevo milenio, la *Clínica Eating Disorders México* afirmó que 0.6% de las mujeres jóvenes padecen anorexia nerviosa ha, informando que la edad de inicio de este trastorno es alrededor de los 16 años, pero el rango oscila entre los 10 a los 25, aunque no se puede descartar su presencia después o antes de estas edades. Actualmente el porcentaje de anorexia en edad escolar es de 1.1 a 1.8%.⁷

La anorexia en México, como en otros países, está alcanzando proporciones epidémicas entre mujeres de 12 a 25 años. Actualmente se sabe, que esta enfermedad se puede asociar a un alto nivel socioeconómico y a un medio ambiente urbano,⁸⁻⁹ por lo que es necesario descubrir otras relaciones existentes.

Por lo tanto, el estudio del significado acerca de la anorexia para los jóvenes adolescentes, hace necesario partir de la experiencia propia de estas jóvenes, quienes la padecen y la padecieron ya que, se considera que el fenómeno de la anorexia tiene características y sentidos diferentes. Por otro lado también se considera importante que la influencia del contexto social y cultural, es la construcción del significado que se le otorga a esta enfermedad que se vive, y como enfermeras debemos tomar en cuenta que la persona, y aún el mismo fenómeno, son cambiantes y por tanto, las opiniones, pensamientos, sentimientos, y decisiones varían de un momento a otro y de una situación a otra.

La investigación sobre este tema en enfermería y en México es escasa, por tal motivo se identifica como una necesidad de indagar: en espera de que los resultados repercutan en beneficio de la atención que se ofrece a los adolescentes que enfrentan este tipo de trastorno.

Con base en lo anterior, es necesario Iniciar con la promoción a la salud encaminada a desarrollar programas educativos que ayuden a la familia a tomar conciencia sobre la necesidad de llevar a cabo una comunicación más efectiva y una interacción humana más saludable, además propiciar un tratamiento integral

que incluya a diversos profesionales de la salud. El personal de enfermería se hace indispensable para la realización de una valoración holística del adolescente y se identifiquen los problemas que pudieran estar causando el desarrollo de este tipo de trastorno e intervenir sobre ellos. Incluso puede incursionar en la escucha activa y el acompañamiento a la familia para lograr intervenciones más tempranas que aseguren menos desgaste emocional, familiar, laboral y social que estarían impactando en una importante disminución de gastos.

1.2 Problematización

El estudio de la anorexia en adolescentes se ha realizado predominantemente bajo un enfoque cuantitativo; donde se observa sus fases biológicas y de riesgo desde la visión de médicos, psicólogos y psiquiatras. Esta investigación plantea un abordaje desde la perspectiva de las protagonistas, ubicadas en su propio ambiente en donde su relación con otras personas las hacen partícipes de las normas y valores sociales, así como predominantes culturales, que inciden en la construcción del significado personal sobre el fenómeno de la anorexia.

La experiencia que viven durante este proceso y su significado, está predeterminado por la sociedad y la cultura en donde se encuentran inmersas y sujetas a la influencia de las principales instituciones sociales, entre las que se encuentran: la familia, la escuela, y el contexto al que pertenecen.

El mundo de hoy enfrenta nuevos problemas de tipo: social, cultural, psicológico y de salud, que se deben solucionar. La juventud comienza a presentar conductas e ideas desconocidas, para muchos, que están produciendo nuevas enfermedades de carácter físico y psicológico. La anorexia es una de ellas; trastorno alimentario inducido premeditadamente por una persona con la finalidad de tener un “cuerpo perfecto”, y causa en quien la padece casos extremos de inanición aunada a la muerte.

Actualmente, la anorexia ha tenido un aumento, que se puede decir; se debe a las presiones sociales y valores culturales, aunados a la personalidad de cada individuo en el que dicho trastorno puede desarrollarse. Pero esto no quiere decir, que toda la gente expuesta a condiciones sociales y culturales desarrolle este trastorno.

La delgadez se ha convertido para algunas mujeres, cada vez más jóvenes, y también para algunos hombres, en una especie de culto del que no pueden prescindir. Sacrifican horas enteras dedicadas al ejercicio físico para conseguir adelgazar. Se someten a privaciones con dietas difíciles de cumplir y terminan desarrollando una verdadera obsesión por estar delgadas (os).

El papel que desempeñan los medios de comunicación, tienen una gran influencia para que la enfermedad se presente, pero cabe aclarar, que toda la población está expuesta a los medios y que tampoco, todas ellas desarrollan anorexia.

Es urgente cuestionar si la información que se publica en la red de Internet, en los periódicos, en la televisión y en la radio, e incluso en las tiendas de ropa, puede causar sentimientos de odio, violencia, enfermedad o la muerte, causándole a los individuos daños morales, sobre todo en la población más vulnerable, como son los niños, los jóvenes y las mujeres.¹⁰

Los fines de los medios de comunicación son influencias a través de pautas de conducta y las podemos encontrar en la publicidad, en los estándares de moda, estilos de vida, campañas sociales, etc. y muchas veces no existe un juicio apropiado por parte de la sociedad en discernir correctamente lo que es bueno o malo.¹¹

En la sociedad mexicana existen personas que son más vulnerables para ser manipulados, a manera de ejemplo: cuando a una adolescente se le ve muy preocupada por mantener una figura delgada y lo que hace es dejar de consumir

alimentos para mantener los estándares de moda que en los medios se ven reflejados. En este caso, una integrante de la sociedad lo acepta, lo pone en práctica de forma distorsionada e inconscientemente se aplican esos estándares de belleza escueta y perfecta.¹² Para que se pueda desarrollar este trastorno de la alimentación se requiere de una estructura de personalidad en la que se puede anclar la enfermedad.

Los cambios en el cuerpo durante la adolescencia y cómo se viven, pueden ser un estímulo, así como influencias familiares, conflictos psíquicos, abuso infantil, baja autoestima y depresión; la presión social o cultural impuesta por la moda, los padres, los amigos la escuela, los medios de comunicación, las figuras públicas del medio artístico y de todo el entorno, todo esto puede causar confusión, personal e influir drásticamente en los valores sociales de nuevas generaciones.

Hoy se puede ver y escuchar algo que no debería ocurrir y sin embargo ocurre, es la confusión entre cuerpo sano y cuerpo delgado. Sí se mezclan estos conceptos se provocan problemas en muchas chicas que se ven influidas por este concepto. El cuerpo delgado, actualmente, está sobrevaluado por los sacrificios que la persona comete para mantenerlo, ya sea por medio de ejercicio, de dietas, de pastillas, de laxantes o de cualquier otra forma.

Otra confusión es la figura con el éxito, si tomamos en cuenta las consecuencias que esto acarrea es alarmante, puesto que los mensajes informativos tienden a sugerir, que el adelgazar significa contar con una imagen de modelo que se muestran a través de luminarias, maquillajes, maniquís etc.; e inconscientemente se genera un rechazo al cuerpo normal, se influyen en la mente de las jóvenes, quienes tienden a ser perfeccionistas y es cuando se desorientan a sí mismas sobre su persona y llegan a caer en este trastorno. Frecuentemente se suma la inseguridad de muchas chicas que las obligan a buscar una aprobación exterior.

Si la juventud está tan arraigada a conceptos equívocos, sobre el mantenimiento de un cuerpo estereotipado y perfecto, pueden amenazar su salud llegando incluso a la muerte.

La sociedad que matiza la anorexia está caracterizada por la imagen de una mujer devaluada en su experiencia y sus valores, donde se muestra un contexto basado, en estereotipos de cuerpos perfectos, bellos físicamente considerados como símbolos de salud, sin margen al error, superficiales, donde la apariencia tiene una doble moral, objetivando el cuerpo y desacreditando los logros. Como consecuencia, en la modernidad están presentes en este tipo de mujeres; quienes se desenvuelven en un medio caracterizado por el reconocimiento de la apariencia, como símbolo de simpatía, la adquisición de una imagen delgada simboliza en los accesorios; prendas femeninas, maquillaje, dietas, laxantes, productos light, todos estos difundidos a través de diferentes medios que se mantienen vigentes en un contexto de competencia, más que de inteligencia, aun cuando los valores propios están desdibujados. La anorexia en la sociedad es parte del encubrimiento de la realidad ante la dificultad para aceptarla y afrontarla en lugar de enfrentarla.

En México, la anorexia es un problema social, que preocupa a las enfermeras; porque ocurre en población joven y genera graves consecuencias si no se atiende de manera integral. Afecta a personas de todo el mundo, a las diferentes razas, clases sociales, hombres, mujeres, homosexuales, con diferentes ocupaciones: en especial a estudiantes, modelos, artistas, atletas, luchadores, corredores y futbolistas. Los hallazgos señalan que, hace algunos años la anorexia era vista como casos aislados, ahora ocurre con una tendencia creciente en la consulta de médicos generales, pediatras, psiquiatras, endocrinólogos y nutricionistas. Por lo que se ha visto en el contexto social, se tiene la seguridad que hay muchos casos no registrados, puesto que las personas que la padecen no les es fácil aceptarla ni reconocerla.

Considerando todos estos aspectos, México al igual que muchos países en vías de desarrollo y desarrollados, están experimentando cambios propios del mundo globalizado, entre ellos: la fuerte mercadotecnia, la cosificación de las personas, el valor que se le atribuye al dinero, la presión social que propicia la competitividad con gran reconocimiento al éxito, y una cultura que rinde culto al “perfeccionismo” favoreciendo así la enajenación social y el consumismo.

La imagen ideal de ser humano rompe con la realidad, por lo que las personas buscan con insistencia la imagen perfecta y ante la falta de logro sobreviene la frustración, la sensación de inadecuación y el desarrollo de alteraciones que afectan los aspectos, psicológicos, físicos y socioculturales, como lo es el caso de la anorexia.¹³

Ante el panorama tan desalentador que se presentó, surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la construcción que realizan las personas que experimentaron la anorexia en la etapa adolescente, referente al fenómeno?

1.3 Propósitos

Propósito general

- Analizar el significado de la anorexia a través de su discurso para la comprensión del fenómeno en las personas que la experimentaron en la etapa adolescente.

Propósitos específicos

- Conocer los discursos, de las personas que padecieron el trastorno.
- Identificar algunos elementos familiares y culturales que contribuyan en la construcción social del significado de la anorexia.
- Proponer alternativas de solución para la prevención de este trastorno por parte del profesional de enfermería.

1.4 Viabilidad del proyecto

La anorexia nerviosa es un problema de salud que está teniendo un incremento gradual muy poco reconocido por la sociedad en general y dentro del ámbito asistencial, ya que se considera que su incidencia es muy baja con relación a muchos problemas de salud. Sin embargo, enfermería tiene la perspectiva de que “un problema es importante desde que existe y se está replicando, sin que se esté haciendo nada para prevenirlo” De aquí se deriva la certeza de que este estudio es viable, necesario e indispensable, ya que de llevarse a cabo, las enfermeras podríamos tener los elementos concretos para hacer visible las intervenciones de enfermería necesarias para la prevención, tratamiento y rehabilitación de esta alteración.

También fue viable, porque los recursos necesarios fueron resueltos por la investigadora, el único requisito fue la autorización, y la aceptación de los familiares y sobre todo la aceptación de las personas que ya se han recuperado de la enfermedad para hablar de sí misma y de sus experiencias.

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

Existen diversas formas de abordar el tema de la adolescencia, en la presente investigación se comenzará con los aspectos teóricos que ubican el surgimiento de los estudios sobre la etapa adolescente y se revisan algunas teorías que la explican. En una segunda etapa se abordará el tema de la anorexia y finalmente el estudio del significado desde la perspectiva de la psicología social y cultural de Jerome Bruner.

2.1 Adolescencia

De acuerdo con el *Diccionario de Lengua Española*, etimológicamente el término adolescencia proviene del latín *adolescencia* que significa edad que sucede a la niñez y transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo. La palabra adolescencia también se deriva de la voz latina *adolescere*, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez.¹⁴

Históricamente el surgimiento de los estudios de la adolescencia se ubica en épocas relativamente recientes, en países del centro y Europa y a finales del siglo XIX, cuando la sociedad urbana e industrial necesitó prolongar los años de estancia en los centros escolares. Es una época que coincide con la expansión capitalista y el desarrollo de la industria, lo que da lugar a modificaciones en la estructura familiar, la disminución de la fecundidad y los cambios en los roles y funciones de sus integrantes.¹⁵

Mannoni, De la Luz y Hebrard, citado en Nava Báez¹⁶ consideran que la adolescencia es una etapa construida socialmente y como tal, varía según el momento histórico, la ideología predominante, la cultura a la que se pertenece y el contexto que se vive.

No existe un concepto totalmente aceptado para definir y clasificar las etapas de la adolescencia; por lo que en esta investigación se describirá lo estipulado por la *Organización Panamericana de la Salud (OPS)*, en donde expertos de diferentes países de la Región de las Américas,¹⁷ acordaron que el periodo de la adolescencia se define como la segunda década de la vida, comprendida entre los 10 y 19 años; el periodo anterior, de los 5 a los 9 años, es considerada como edad escolar, o como la edad preadolescencia; el periodo entre los 10 y 14 años corresponde a la adolescencia inicial o primera fase y de los 15 a los 19 años es la adolescencia propiamente o segunda fase.

Algunas de las teorías que han intentado describir y explicar el proceso evolutivo durante la adolescencia, son:

1. Muuss,¹⁸ refiere que la adolescencia es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta o autónoma. El estudió diversas teorías sobre la adolescencia en las cuales se encuentran:
 - La teoría biogenética: de G Stanley Hall considerado padre de la psicología de la adolescencia. Sostiene que los factores fisiológicos genéticamente determinados producen reacciones psicológicas. Hall considera la adolescencia como un periodo de tormenta e impulso, periodo de vacilación y emociones contradictorias.
 - Teoría en entorno a la necesidad de independencia de adolescente, de Otto Rank, quien se enfoco a estudiar el desarrollo humano desde el punto de vista positivo: consideró la naturaleza humana no como reprimida y neurótica, si no como creadora y reproductiva. El concepto nuclear de su teoría es la voluntad, un factor positivo, una fuerza que forma activamente de sí mismo y modifica el medio.

- Teoría Geisteswissenschaftliche de Eduard Spranger o teoría de la comprensión, ya que, él se propuso comprender la Psyche del joven en desarrollo centrándose en el proceso de maduración de la juventud masculina de las clases medias en Alemania, considerando la adolescencia como un periodo evolutivo que posee características únicas, diferentes tanto de la niñez como de la edad adulta.¹⁹
2. Teorías del campo y la adolescencia en la cual influyen algunas otras teorías en las que se encuentran principalmente:
- La teoría de la adolescencia de Kurt Lewin, donde explica y describe la dinámica de la conducta del individuo adolescente, sin generalizar con respecto en ellos considerándolos como un grupo. Y define a la adolescencia como el periodo de transición de la niñez a la edad adulta, la cual se caracteriza por cambios profundos, rápidos y trascendentales que influyen en la diferenciación del espacio vital en comparación con la etapa infantil. Y donde el individuo entra en la etapa cognoscitiva no estructurada que le provoca inseguridad en la conducta.²⁰
3. La psicología social y la adolescencia en la cual se incluyen dos teorías:
- Teoría de Allison Davis, respecto a la importancia de la ansiedad adaptativa en el proceso de socialización, para el desarrollo de un proceso continuo de aprendizaje, en donde se utiliza la intimidación y el castigo de conductas socialmente aceptables en determinadas clases sociales, y consiste en la comprensión de los efectos del aprendizaje social sobre el desarrollo del adolescente.²¹

- Teoría de Robert Havighurst. Amplía la teoría anterior mediante el concepto de tareas evolutivas y destaca el papel de las motivaciones sociales que guían la conducta del individuo, como las pautas o criterios que la sociedad utiliza para determinar cuándo se ha llegado a ciertas etapas de desarrollo y las vincula estrechamente con las necesidades evolutivas del organismo. La naturaleza es la que especifica las tareas evolutivas y difiere una cultura de la otra en mayor o menor grado, según los elementos biológicos, psicológicos y culturales que tengan en relación con la tarea dada.

Existen numerosas teorías dedicadas al estudio de la adolescencia, pero para fines de esta investigación, sólo se prestó atención a algunas de las teorías que se relacionan con la influencia de lo social y cultural en el desarrollo del adolescente.

- Teoría psicoanalítica del desarrollo del adolescente

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

Erickson considera que el primer riesgo de este estadio es la confusión de identidad. Dice que puede expresarse en una persona joven que toma mucho tiempo para llegar a la adultez. Los adolescentes también pueden expresar su confusión actuando impulsivamente, comprometiéndose en cursos de acción pobremente pensados o regresando a comportamientos pueriles para evitar resolver conflictos. Considera las pandillas exclusivistas de la adolescencia y su intolerancia a las diferencias como defensas contra la confusión de identidad. También considera el enamoramiento como un intento para definir la identidad.

Llegando a intimar con otra persona y compartiendo pensamientos y sentimientos, y da a conocer su propia identidad, ve su reflejo en la persona amada y es capaz de clarificar su yo.

Erikson,²² describe que la adolescencia intensificada, es una fase crítica marcada por la exaltación recíproca del conflicto interno y la organización social. La adolescencia siempre ha sido vista como una etapa intermedia entre un sentido alternativamente vigorizante y desconcertante de un pasado definido en extremo que debe ser abandonado y de un futuro aún por identificarse. Su teoría es llamada teoría de la búsqueda de identidad.

Este autor parte de una concepción teórica y filosófica específica sobre la adolescencia, desarrolló una serie evolutiva de estadios del “yo”, donde destaca los aspectos sociales y culturales con predominio sobre los aspectos biológicos.

Las etapas descritas por este autor son ocho y abarcan desde la primera infancia hasta la madurez.²³

La adolescencia es descrita en el quinto estadio donde “los jóvenes en crecimiento y desarrollo enfrentados con esta revolución fisiológica tiene lugar dentro de ellos, se ocupan ahora de lo que ellos parecen ser ante los ojos de los demás, en comparación con lo que ellos sienten que son”²⁴ Según este autor, existen diferencias con la adolescencia que se caracteriza por la rapidez del crecimiento físico, la madurez genital y la conciencia sexual.

- Teoría de la antropología cultural y adolescencia

Esta teoría demuestra que las vivencias adolescentes varían sustancialmente según la cultura. A través de estudios de culturas diversas comprueba que el grado y tipo de conflictividad no siempre responde a los patrones de lo descrito para nuestras sociedades occidentales. Los estudios, de Masquet Mead

realizados en Nueva Guinea y Samoa, con pautas socioculturales muy distintas a las nuestras y en las que la transición a la vida adulta se produce de acuerdo con rituales propios, reflejan que el desarrollo es un proceso continuo no divisible y cuestionan la inevitabilidad de la conflictividad en esta etapa.²⁵

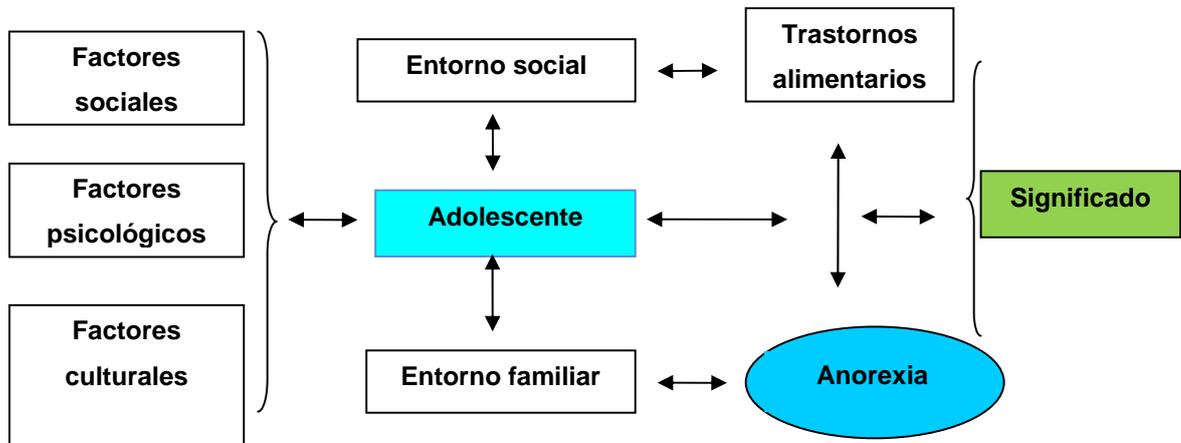
La antropología y la sociología han realizado importantes aportes sobre las distintas problemáticas de la adolescencia, y permiten trazar el perfil de los adolescentes en distintos contextos. En la sociedad occidental, el cambio desde el juego irresponsable, al trabajo responsable se produce durante la adolescencia de manera repentina y frecuentemente contribuye a acentuar los conflictos que aparecen en esta etapa. En esta cultura el niño tiene que abandonar la sumisión infantil y adoptar una actitud opuesta al ser adulto.

Por lo tanto, el concepto de adolescencia que predomina en el grupo o familia; le enseña un modo de ser adolescente; en nuestra sociedad además se encuentra la influencia de los amigos, familia, los jóvenes observados en la televisión, películas o revistas. Entonces se puede decir que ésta, es una condición constituida por la cultura y los cambios sociales que tienen una base biológica vinculada con la edad.

2.2 La anorexia nerviosa

Desde su descubrimiento, hasta nuestros días, se han emitido múltiples teorías que intentan explicar esta extraña, pero cada vez más frecuente, enfermedad, y ha existido unanimidad entre autores que para desarrollar anorexia, es necesario la interrelación de diversos factores como son: los factores biológicos, psicológicos y sociales.

Tomando en cuenta lo anterior, se realiza el modelo conceptual, donde se describirán los aspectos más importantes que el presente trabajo lo refiere.



Esquema 1: Interacción de Entornos y Factores para el Desarrollo de la Anorexia. (López, N. y Montaña, A. G.)

Existen diversos relatos medievales sobre como se ha venido describiendo el trastorno caracterizado por una gran pérdida de peso a partir de una dieta de hambre auto-impuesta que transforma a quien la padece, las primeras descripciones clínicas de la anorexia nerviosa se le atribuyen a Morton, 1964.²⁶

Hay descripciones del año 1373, hechas por Toro 1999, citado en Zagalaz quien le dio el nombre de anorexia santa, relacionando la enfermedad con la delgadez de Santa Catalina, de Siena descrito por Bell 1985 y corroborado por Binum 1987, quien relaciona la abstinencia alimentaria con la eucaristía, durante siglos sucesivos se identificaron otros casos de mujeres y varones que presentaron los mismos rasgos de la enfermedad y fueron descritos por Vandereycken y Van Deth 1994.

Desde esas fechas hasta nuestros días, se han desarrollado múltiples teorías que intentan explicar esta alteración: Charcot indicaba aislar a la enfermedad y tratarla como un caso de histeria, Freud decía que se trataba de una regresión a la infancia porque rechazaba ser mujer y desarrollaba una reacción de oposición instintiva-afectiva, Janet, le atribuía a una vergüenza obsesiva del cuerpo, López

lbor la identificaba como una depresión, Lafora señalaba que era miedo a engordar; Janet, Lafora(1927) y Habermas (1992) indican miedo al sobre peso.²⁷

De acuerdo con Silverman 1987; otros médicos británicos Robert Whytt 1764 y Robert Willam 1790, los franceses Pinel 1798 y Marcé 1859 hicieron eco de la enfermedad. En 1873 Willan Gull, acuñó el término “anorexia nerviosa”, al diagnosticar a una paciente equivocadamente como “pérdida de apetito”, y describió a la enfermedad como un estado anímico patológico. Al mismo tiempo, la Lacége ofreció una descripción de la anorexia como una modalidad de histeria.²⁸

En 1914 Simmons describió a una paciente caquética, en cuya autopsia se encontró una destrucción hipofisiaria, pasaron treinta años de confusión entre la insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simmons) y la anorexia nerviosa.

Según Gismero 1996, a partir de 1940 resurgen las teorías de la causalidad psicológica muy influenciadas por el psicoanálisis. Todos los autores están de acuerdo en que se trata de una enfermedad psíquica con implicaciones somáticas y sociales, por otra parte, se han identificado aspectos cognitivos condicionantes del mal funcionamiento de la conducta asertiva. Gismero 1996; la definió como miedo al rechazo y la necesidad de aprobación por parte de otras personas, Heisler y Shipley 1977; Lange y Jakubowski 1976; Schwartz y Gottman 1976, auto evaluaciones negativas (Montgomery y Heimberg, 1978) y expectativas perfeccionistas (Ludwig y Lazarus, 1972).²⁹

Actualmente la anorexia se define como un trastorno de la conducta alimentaria, que implica la pérdida de peso provocada por el enfermo(a), reduciendo la ingesta de alimentos y se caracteriza por el temor al aumento de peso, por una percepción delirante que hace que se vea gorda aún cuando su peso se encuentre por debajo del recomendado.³⁰

La Anorexia nerviosa se puede clasificar en dos tipos:

Anorexia restrictiva, en la cual la persona solamente disminuye su ingesta de alimentos sin tener alteraciones conductuales como: como comer compulsivamente, purgarse, inducirse el vómito, laxarse, usar diuréticos, hacer ejercicio en forma excesiva, etc.

Anorexia purgativa y/o con ingesta compulsiva: durante el episodio de anorexia, se han tenido comportamientos compensatorios como comer compulsivamente, purgarse, inducirse el vómito, laxarse, usar diuréticos, hacer ejercicio en forma excesiva, etc.

Factores causales:

Existen diversos factores que pueden desencadenar el trastorno de la anorexia, a continuación se mencionaran algunos de los que se consideraron principales para la investigación y que influyen en el significado que las personas le dan al fenómeno de la anorexia.

Sociales: Nos movemos en un problema que afecta en el 90 % de los casos a mujeres, aunque esto ha cambiando de forma muy lenta.

Por lo tanto, hay que valorar la imagen que la sociedad da a la mujer, la imagen física actual, el estereotipo estético que marca la tendencia es la delgadez, además la que se representa en las imágenes de prensa, televisión, cine, entre otros, es el de la delgadez extrema. Valorando a la persona obesa como alguien que no tiene la suficiente voluntad para perder peso.³¹

La persona tiene la sensación de que tiene que cultivar su cuerpo siguiendo estos cánones de belleza y supone el éxito social, poder controlar el cuerpo, tenerlo en consonancia a la moda.

El feminismo lucha contra esta situación,³² en el mundo actual es imposible luchar contra algo que tiene tan rápida difusión, en Internet se han localizado más de 500 espacios web destinados a difundir y hacer proselitismo de los trastornos de conducta alimentaria (TCA), y se desconocen los medios de comunicación que transmiten esas imágenes. A su vez, la difusión social de la imagen, se da en revistas, televisión, cine etc. También existen determinadas profesiones, en las que se debe mantener un peso específico y una apariencia física determinada, dando lugar a los TCA (modelos, bailarines, artistas, etc.).

Culturales: En la sociedad actual encontramos dos mensajes contradictorios, por un lado, en la sociedad del consumismo actual, donde se tiene acceso indiscriminado a la comida. Existe la tendencia al consumo de todo, incluidos los alimentos, sin una necesidad real de los mismos. Los anuncios de comida son abundantes. Los sitios dónde consumir comida está en todos lados. Esta es una de las razones por las que la población obesa ha aumentado considerablemente. Además de todo esto también se envía otro mensaje de forma masiva: hay que consumir salud. Esto significa estar delgado, es un signo de lo bello.

Hoy, se puede observar o escuchar como se está imponiendo en general todo el mundo realice una dieta, no se habla de alimentación, sino de dietas. Se le da una connotación positiva al hecho de hacer dieta.

Por otro lado, y de acuerdo a mi experiencia profesional, el consumo mueve la economía y en esta sociedad de libre mercado, todo esto, genera un potencial económico, favorece a muchas personas. La sociedad actual transmite su visión consumista de estos productos, el usuario los consume de una forma exponencial. Los centros de dietética han crecido, los productos “milagro” para adelgazar, los gimnasios y los seres humanos nos incluimos en este espacio para el consumo sin estar preparados para resolver los riesgos que nos depara.

Otro factor cultural es la pérdida del valor cultural de la comida. Se vive en la cultura de las prisas de comer productos precocinados; comer de pie, solos, no comer en familia, ni esforzarse en mantener hábitos familiares alrededor de la mesa. Incluso hay adolescentes que comen en sus habitaciones como signo de independencia y aislamiento entre los integrantes de la familia.

También se ha desvalorizado la comida tradicional, una comida que era de gran valor nutritivo aunque, generalmente, adaptada a las actividades físicas que se realizaban y la forma de cocinar no se ha adaptado al sedentarismo moderno y donde actualmente la alimentación ha pasado a ser un compendio de grasas y calorías, sin tener en cuenta su valor nutricional global.

Psicológicos: En estas causas se refieren a todas las características personales, que hacen predisponer a una persona a tener un trastorno de conducta alimentaria (TCA). En esta línea se han realizado estudios muy variados y sus resultados han sido igual de dispares.

Las personas con baja autoestima, con necesidad continua de sentirse queridos, de gustar a los demás y de agradar, son personas inseguras, con mayor susceptibilidad a los mensajes de los medios de comunicación. Generalmente son personas que basan su estimación en la valoración del cuerpo como físico y de su apariencia.

Las personas con anorexia nerviosa (AN) suelen ser personas en las que destaca su perfeccionismo, en todos los aspectos de su vida; lo que incluye ser perfecta tanto en su físico, como en otras esferas de su persona. Evitarlos suele ser la forma de enfrentarse a los problemas, rasgo que se ha visto en la AN. Por lo tanto, ante una situación en la cual el problema es el exceso de peso, la respuesta es evitar aquello que lo puede producir: la comida.³³

Familiares: Con este trabajo se puede decir que el vivir en el seno de una familia desestructurada, favorece el riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria (TCA). Estas familias son aquellas que tienen alguno de estos rasgos conductuales: problemas de comunicación, conflictos, coaliciones encubiertas, evitación de la resolución de conflictos, incapacidad para la ayuda mutua, exceso de presión para la superación personal y el triunfo, incapacidad para aceptar la autonomía de los hijos y por supuesto, la negligencia y malos tratos físicos o emocionales.

Una condición actual de las familias es la sobreprotección de los padres con los hijos, les hace estar convencidos de que su deber es decidir cuál es el estado saludable de sus hijos, qué, cómo y cuánto han de comer. También les inhiben de sensaciones propias que deben ir interiorizando, les evitan cualquier malestar, hambre, llanto, sueño, frío, etc. con lo que pierden la capacidad de identidad personal, de auto criterio.³⁴

Así, cuando surgen diferentes situaciones en las que deben opinar y solucionar problemas por sí mismos, se pueden producir bloqueos en sus respuestas humanas. Por parte de los padres en la excesiva permisividad o la tardanza en la satisfacción de necesidades básicas, también dan lugar a que se pierda la capacidad de reacción ante las sensaciones internas del cuerpo y que se sientan desprotegidos e invisibles al mundo emocional.

Otra influencia significativa que actualmente se está estudiando es la *madre-Barbie*, es la familia que rinde culto al cuerpo de una manera ritualizada y donde los mensajes y coacciones a los hijos en relación a la alimentación y la apariencia física son muy importantes.³⁵

La insatisfacción corporal de la madre, así como la presencia de sobrepeso y obesidad en ella, también pueden ser factores desencadenantes.

Respecto al padre, suele tener un papel diferente: la actitud hacia la comida es más de atracones sociales y de problemas de salud por su mala alimentación, con o sin obesidad, sin ser capaces de cambiar. Esto genera en los hijos un rechazo a lo que su progenitor realiza de forma habitual. La obsesión por comer sano de los padres, parece ser también una causa de futuros atracones por lo que se les ha prohibido de pequeños además se les está privando de sensaciones gustativas, olfativas y sensoriales, que les hacen relacionarse de forma parcial con el mundo.³⁶

También se describe la ausencia espiritual de la madre, o corporal, en el sentido de familias con escaso contacto físico, aunque la sensación de mantener una fusión con la madre y un contacto espiritual excesivo puede ayudar a ser un desencadenante; hay autores que han señalado la lucha con la madre.

En esta sociedad que valora la mujer trabajadora fuera del hogar; la madre ama de casa, se ve inclinada a justificar su trabajo, en el que está incluida la preparación de la comida. Los hijos, desde la perspectiva moderna, rechazan el papel de la madre y esto motiva que los hijos pueden demostrar su oposición a esta situación familiar dejando de ingerir el alimento que la madre cocina.

Los factores implicados en el desarrollo de un TCA no son de aparición repentina, sino que su evolución va acompañando al crecimiento de la persona, por lo que pueden existir otros factores que pueden también causar el desencadenamiento de este.

Entre sus principales manifestaciones clínicas, se encuentran un profundo deseo de adelgazar, percepción errónea de la imagen corporal; la persona tiende a percibirse gorda, pierde del apetito, rechaza a la comida, hace dieta y ejercicio excesivos, se preocupa de manera obsesiva por el tipo de alimentos, rechaza a los alimentos con muchas calorías, etc.³⁷⁻³⁸

2.3 Estudio del significado

La psicología es el estudio científico del comportamiento de las funciones y procesos de la mente especialmente con el entorno social y físico.³⁹ Es decir, estudia la conducta y la experiencia, de cómo los seres humanos, sienten, piensan, aprenden y conocen para adaptarse al medio que les rodea. El deseo de conocer, se aprecia en el ser humano a través de las distintas épocas. La curiosidad por el mundo, las cosas, y por sí mismo, le ha impulsado a buscar razones y causas, a descubrir el por qué y el cómo, a determinar las consecuencias.

En la filosofía del lenguaje se encuentran numerosas teorías del significado, las cuales, según Putnam (1988), consisten en buscar lo que hace que ciertas notaciones se vuelvan significativas y hay diversas clasificaciones de esas teorías. Para fines de esta investigación sólo se presentará la teoría de Jerome Bruner desde la visión psicológica y cultural.⁴⁰

Estudio del significado de Jerome Bruner

No se puede comprender al hombre sin tener en cuenta la cultura en la cual esta inserto. Esta idea fundamental es de Jerome Bruner, uno de los grandes hombres de la psicología que abre la idea a las nuevas aproximaciones educativas.

Muestra cómo las vidas y los “yoes” que construimos son el resultado del proceso de construcción de significados. A su vez, demostró que los “yoes” no son núcleos aislados en la conciencia, sino que se encuentran distribuidos de forma interpersonal. No surgen desarraigados en respuesta sólo al presente, sino que toman significados de las circunstancias históricas a la que pertenecen. Por lo tanto, la psicología cultural muestra como las mentes y las vidas humanas son reflejo de la cultura y la historia, como también de la biología y los recursos físicos.

Este autor propone que hay dos modalidades de pensamiento en la mente humana en el sistema cognoscitivo (conocimiento) de las personas. Cada uno de estos sistemas conforma maneras diferentes de construir la realidad. Por un lado estaría el modo de "*pensamiento paradigmático*" y por el otro el "*modo narrativo*".

1. La modalidad paradigmática científica

Esta modalidad tiene que ver con las capacidades humanas de razonamiento, explicación y análisis lógico empírico o científico. La metáfora para representar a este tipo de pensamiento es la computadora que procesa información. La finalidad de este sistema está vinculada a la resolución de problemas prácticos de la vida diaria. La abstracción que produce es un sistema de pensamiento lógico, que está relacionada con los aspectos más generales del conocimiento.

En su libro "los actos del significado", en 1990 argumentó que debido a que la psicología está inmersa en la cultura, debe organizarse alrededor de los procesos de construcción y uso del significado, los cuales conectan al hombre y la cultura.

Dentro de los procesos menciona como el social, y la negociación de las diferencias en el significado y la interpretación. Es decir, para este autor, la cultura y la búsqueda del significado en su interior son las causas propias de la acción humana, pero al mismo tiempo afirma que la búsqueda de las causas corresponde a la psicología pasada de moda (historia).

Su énfasis e interés es la psicología popular a través de la cual la gente hace todo lo que hace, y es la que proporciona los medios a través de los cuales la cultura moldea a los seres humanos.

Refiere que una psicología sensible a la cultura, está basada no sólo en lo que hace la gente, sino, también en lo que dice que hace, y en lo que dicen que los llevó hacer lo que hicieron. También se ocupa de lo que la gente dice que han

hecho los otros y por qué, y por encima de todo, se ocupa de cómo dice la gente que es su mundo.⁴¹

El significado que la gente en una conversación cotidiana atribuye a la mayor parte de los actos que realiza, depende de lo que dice recíprocamente, antes, durante o después de actuar, o de lo que son capaces de suponer acerca de lo que el otro había dicho en un contexto determinado (formal o informalmente).

El significado de un fenómeno es conveniente analizarlo de dos formas.⁴²

1. A través del significado de la palabra se encuentra presente la acción que ocurre.
2. El significado de la acción sólo puede interpretarse en función de lo que las personas dicen que pretenden.

Para este autor el “decir y hacer” corresponde a la psicología orientada culturalmente, y representa una unidad funcionalmente inseparable, cuya relación es interpretable cuando se conocen las circunstancias en las cuales ambas ocurren.

El supuesto fundamentado de este tipo de psicología, es la relación entre lo que se hace y lo que se dice que es, en el proceder normal de la vida interpretable. El autor se refiere al hecho de que existe una congruencia que se puede interpretar entre el decir, el hacer y las circunstancias por las que ocurren en lo que se dice y se hace. Es decir existen relaciones canónicas establecidas por mutuo acuerdo entre el significado de lo que decimos y hacemos en ciertas circunstancias y estas gobiernan como conducimos nuestras vidas unos con otros. (Existe una negociación cuando las reglas han sido violadas).⁴³ Esto es lo que hace que la interpretación y el significado sean fundamentales en la psicología cultural; la cual exige que seamos responsables de cómo conocemos y porque, pero no pretende que haya una sola forma de construir significados o una sola forma correcta.⁴⁴

Bruner tiene la convicción de que el concepto fundamental de la psicología humana es “el de significado” y los procesos de transiciones que se dan en la construcción de los significados se basa en dos argumentos que se relacionan entre sí.

- Para comprender al hombre es preciso comprender sus experiencias y sus actos, que estarán moldeados por sus estados intencionales.
- Los estados intencionales sólo se plasman mediante la participación en los sistemas simbólicos de la cultura.

En términos analíticos, la cultura es definida por Bruner como un conjunto de postulados unitarios, que son el escenario en donde se despliegan lo que él autor denomina los "casos particulares", de esta perspectiva psico-cultural de la educación se derivan: la pedagogía, los objetivos de la educación, la enseñanza del presente, el pasado y lo posible, el entendimiento y explicación de otras mentes, la narración en la ciencia, el conocimiento como acción y el futuro de la psicología como disciplina.⁴⁵

La cultura también es un componente de la mente en virtud de su actualización en la cultura, el significado adopta una forma pública y comunitaria en lugar de privada. Es la que moldea la vida y la mente humana, la que da significado a la acción situando sus estados intencionales subyacentes en un sistema interpretativo. Eso se consigue imponiendo patrones inherentes a los sistemas simbólicos de la cultura: sus modalidades de lenguaje y discurso, las formas de explicación lógica y narrativa, y los patrones de vida comunitaria mutuamente interdependientes.⁴⁶

La división entre el mundo interior de experiencia y un mundo exterior autónomo respecto a la experiencia crea tres dominios cada uno con su forma distinta de interpretación. Estas formas de creación o construcción de significado accesibles a los seres humanos de cualquier cultura están limitadas por maneras decisivas.

- La primera, es inherente a la propia naturaleza del funcionamiento mental humano.⁴⁷ Es decir la evolución como especie nos ha distinguido en ciertas formas exclusivas para poder: conocer, pensar, sentir y percibir. Incluso con nuestros esfuerzos más imaginativos, no podemos construir un concepto del Yo que no atribuya alguna influencia causal a los estados mentales previos sobre los posteriores. Parece que no podemos aceptar una versión de nuestras propias vidas mentales que niegue que lo que hemos pensado antes, influya en lo que pensamos ahora. Estamos obligados a experimentarnos como invariantes a lo largo de las circunstancias y como continuos a lo largo del tiempo. Somos de alguna manera responsable del curso de los acontecimientos.
- La segunda limitación, incluye aquellas disminuciones impuestas por los sistemas simbólicos accesibles a las mentes humanas, en general límites impuestos por la propia naturaleza del lenguaje; pero más particularmente a constricciones impuestas por los distintos lenguajes y sistemas notacionales accesibles a las distintas culturas. Como menciona Bruner el significado es un fenómeno mediado culturalmente cuya existencia depende de un sistema previo de símbolos compartidos, por tanto el significado simbólico dependerá críticamente de la capacidad humana para internalizar ese lenguaje y usar un sistema de signos como interprete de esas relaciones de representación.⁴⁸ Esta limitación abarca la primera y la tercera.
- La tercera se puede producir desde afuera de la que no podemos tener un control.

2. Modalidad narrativa

Bruner comparte que el carácter cultural y convencional del lenguaje y la psicología popular, desde luego son aprendidos tempranamente en la vida y a su vez, nos hace competentes lingüísticamente bajo una función capaz de organizar nuestros pensamientos en forma narrativa.

La narrativa para Bruner, surge o se construye solamente cuando hay una violación de las creencias constitutivas de la psicología popular.

Las narraciones son una de las formas más frecuentes y poderosas del discurso en la comunicación humana y se convierten en un instrumento no sólo para contar lo que sucedió, sino también para justificar la acción relatada,⁴⁹ y las personas la utilizan para hacernos partícipes de su experiencia.

La modalidad narrativa de pensamiento, es la modalidad más antigua del pensamiento humano. Consiste en contar historias a otras personas y a nosotros mismos. Al contar o narrar estas historias vamos construyendo significados en los que nuestras experiencias adquieren sentido. De esta manera, el significado surge de la narración, actividad constante en nuestra vida. La modalidad de abstracción que produce el modo de conocimiento narrativo se relaciona con el interés por lo particular. Se ocupa de las intenciones de las acciones humanas en su acontecer histórico.

La historia suele surgir de aquello que es particular, de lo inesperado y sorprendente. Cosas que no deberían pasar y pasan, que se alejan de lo establecido. Este pensamiento narrativo no sigue una lógica lineal y de razonamiento verbal o matemático. Se fundamenta en imágenes, es analógico. Funciona por la analogía de las semejanzas. Las imágenes se combinan y juntan en la trama narrativa por la semejanza de sus contenidos y por las similitudes de las tonalidades emotivas que despiertan.

2.4 Estado de la cuestión

Durante la revisión bibliográfica se encontraron diversas investigaciones sobre este tema, encontrándose 15 estudios, de los cuales 5 son de tipo cualitativo

En el 2002, en España se realizó un estudio sobre calidad de vida en pacientes con trastornos de la alimentación. Utilizaron la metodología cualitativa con grupos focales. El objetivo del estudio fue obtener información de pacientes y familiares, también se utilizó documentación clínica; sobre las repercusiones en los diferentes aspectos de su vida. Se realizaron cuatro grupos focales: 1) personas afectadas por problema de alimentación, 2 y 3) con familiares 4) con profesionales especializados. Los grupos se estructuraron según el diagnóstico (anorexia o Bulimia) y el tiempo de evolución de la enfermedad. El grupo de pacientes, los dos grupos de familiares y el grupo de profesionales coincidieron en que las relaciones sociales, familiares y estados de ánimo, eran los aspectos más afectados, junto con la salud física, la alimentación, los estudios y la vida laboral. Los investigadores sugieren que la técnica cualitativa fue idónea para el proyecto.⁵⁰

En el 2003, en España se realizó una investigación cuantitativa sobre las características clínicas e identidad genérica en subtipos de trastornos de la conducta alimentaria. Se eligieron dos muestras al azar: a) *Grupo Trastorno de la conducta alimentaria (TCA)*: Conformado por mujeres que acudieron al Servicio Médico Dental o a la práctica privada de los autores, y que cumplieron los criterios diagnósticos según el DSM-IV18, al menos durante un año previo al estudio utilizando diversos tipos de cuestionarios. y el b) *Configurado por 82 estudiantes de sexo femenino, sin antecedentes de patología alimentaria, universitarias en carreras de medicina y psicología*. En cuanto a los resultados; las pacientes anoréxicas restrictivas estuvieron menos motivadas para adelgazar, tuvieron menos dificultades para distinguir sus propias sensaciones y emociones, mostraron menos sentimientos de ineficacia personal y rasgos de perfeccionismo.

Estos hallazgos no concuerdan con lo ampliamente descrito en la literatura especializada, la cual más bien las perfila como extremadamente orientadas hacia el logro de una delgadez que va más allá de los patrones socioculturales razonables, con alteraciones en la exactitud de la percepción o interpretación cognitiva de los estímulos surgidos del cuerpo, con una paralizante sensación de ineficacia personal que también incluye una auto evaluación negativa en el concepto de sí mismas que prevalece en todo el pensar y actuar anoréxico; y por último, altamente perfeccionista.⁵¹

En el año 2003, en el *Instituto Nacional de Psiquiatría, "Ramón de la Fuente"* ubicado en el Distrito Federal. Se publicó un artículo sobre la personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Realizaron una revisión de diversas investigaciones acerca de los trastornos alimentarios, identificaron que existen factores de personalidad implicados en la patogénesis de lo trastornos alimentarios, los cuales se han relacionados con los rasgos obsesivos, histéricos e impulsivos. Encontraron que, un alto porcentaje de factores de riesgo de la personalidad para desarrollar anorexia nerviosa y Bulimia se relacionan con otros trastornos psiquiátricos. El perfeccionismo y la auto evaluación negativa parecen ser una característica, particular como antecedente para ambos trastornos.⁵²

En el 2004, en el mismo instituto se realizó otra investigación con el propósito de construir y validar un instrumento para la detección de factores de riesgo asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas adolescentes y adultas jóvenes.

La investigación se llevó a cabo en 2 fases; la primera para detectar factores explicativos asociados con el desarrollo de los TCA, construir el conocimiento conjunto con el entrevistado a lo largo del desarrollo de la investigación, retomar temas poco explorados e incluir aquellos que no fueron inicialmente contemplados, fue un trabajo cualitativo y cuantitativo para conocer las áreas de experiencia humana.

Se aplicaron entrevistas con profundidad, para desarrollar un instrumento confiable y válido de los factores de riesgo de los TCA.

En esta fase se detectaron los factores individuales (conductas alimentarias, historia del peso corporal, vida académica, relaciones de pareja y violencia), como parte de los factores psicosociales se valoró (autoestima, imagen corporal, depresión, personalidad, identidad y sexualidad), los aspectos socioculturales (relaciones interpersonales, vocación y valores en torno al cuerpo) se entrevistaron a 10 mujeres con TCA.

En la segunda fase, se desarrolló un instrumento autoaplicable de corte cuantitativo con 273 preguntas sobre diferentes áreas. Los resultados mostraron una consistencia interna totalmente elevada en todas las escalas, con distribuciones factoriales similares a las obtenidas previamente en el análisis realizado con muestras mexicanas. Pero el factor que obtuvo mayor consistencia interna fue el afecto positivo en el cual se conjuntaron preguntas sobre los aspectos positivos de la relación con los progenitores, en cuanto a la expresión de afecto e interés por las actividades de la hija.⁵³

En el año 2005, varios investigadores de la *Universidad del Valle de México* Campus Lago de Guadalupe y de la *Universidad Nacional Autónoma de México*. FES Iztacala, realizaron un estudio con el propósito de detectar trastornos alimentarios y su relación con la influencia cultural del modelo estético de delgadez, insatisfacción corporal y factores cognitivos en hombres y mujeres, de una población de nivel bachillerato. Los instrumentos que se utilizaron fueron Test de actitudes alimentarias (EAT-40), sus apartados consistían en: motivación para adelgazar, evitación de alimentos engordantes, preocupación por la comida, presión social percibida, obsesiones y compulsiones, patrones y estilos alimentarios y conductas compensatorias. Presencia de trastornos alimentarios y su sintomatología con relación a influencias culturales e insatisfacción corporal entre estudiantes hombres y mujeres. Se identificó que el grupo de varones no

presentó ningún caso de psicopatología alimentaria, en el grupo de mujeres, hubo un caso de Bulimia Nerviosa y tres casos de trastorno alimentario no específico.⁵⁴

En este mismo año en Barcelona España, se realizó una investigación sobre los trastornos obsesivo-compulsivos y de la alimentación: fue comparativo de casos. La investigación tuvo varios objetivos, los dos principales son: primero: determinar los rasgos sintomatológicos y psicopatológicos similares y diferenciales entre TOC Y TCA. Segundo: determinar en qué medida TOC Y TCA aparecen de forma combinada.

El instrumento que se utilizó fue ANOVA y, ANCOVA considerando el índice de la masa corporal como variante. Asimismo en caso de diferencias fueron aplicados procedimientos de comparación múltiple (Scheffe-test), y para determinar diferencias entre subgrupos se utilizaron procedimientos no paramétricos de comparación de medidas (U Mann-Whitney); y para las asociaciones entre variables objeto de estudio, fue utilizado un procedimiento de regresión lineal múltiple (Stepwise).⁵⁵

En el año 2005, se realizó un estudio descriptivo sobre factores socioculturales de los TCA. No solo moda, medios de comunicación y publicidad, donde el trabajo pretende aclarar y diferenciar la variedad de factores socioculturales que influyen en este trastorno, puesto que estos se consideran causantes de que se presente. el contexto social viene determinado por elementos que se confunden entre sí y que especificamos como: las exigencias sociales, las relaciones de amistad, las relaciones heterosexuales, la moda, la publicidad y la información.⁵⁶

En el 2005, en la *Universidad del Valle de México*, Lago de Guadalupe Estado de México. Realizaron un estudio sobre la sintomatología de anorexia y bulimia nerviosa en universidades privadas y públicas. El objetivo fue identificar la sintomatología de trastornos alimentarios presentes en estudiantes de una universidad privada, comparándola con una universidad pública.

Para evaluar la sintomatología de anorexia y bulimia nerviosa se aplicaron los instrumentos EAT-40 y el BULIT, resultando que con base en los puntos de corte de los instrumentos, el 14.50% de la muestra de la universidad privada y el 24.59% de la pública mostraron sintomatología de anorexia nerviosa, mientras que el 21.73% de la privada y el 19.67% de la pública mostraron sintomatología bulímica, observándose también diferencias significativas entre los grupos ($t=4.18$, $p=0.01$).

Una importante conclusión que obtuvieron los investigadores fue que las jóvenes universitarias están siendo susceptibles a factores como la insatisfacción corporal, preocupación por el peso y la influencia por la presión social a través del modelo estético corporal de la delgadez, sin importar el contexto socioeconómico en el que se desenvuelven, nivel familiar, social o escolar.⁵⁷

En 2006, se realizó otra investigación descriptiva. En habitantes de la ciudad de Saltillo México. El objetivo fue identificar la incidencia de sintomatología de trastornos alimenticios así como el nivel de funcionalidad de las familias y la influencia social que los medios masivos de comunicación tienen en la aparición de la anorexia y la bulimia. Se aplicó un instrumento con 40 variables divididas en cuatro apartados: Datos generales, diagnóstico de la familia, análisis de la imagen corporal y regulación del peso, estableciendo medidas con escala de likert. Se evaluó la sintomatología, imagen corporal, funcionamiento familiar, influencia social y medios de comunicación, para el análisis de los datos aplicaron medidas de tendencia central, entre los resultados se observa que uno de cada cuatro estudiantes padece síntomas relacionados con trastornos alimenticios. Los factores que se destacaron y que influyen en ellos fueron: la presión de sus iguales y el sexo opuesto para ser aceptados, la autoimagen distorsionada que los lleva a percibirse gordos aunque no lo estén, y factores familiares como la percepción de una madre central perfeccionista y un padre periférico dificultan la comunicación interna, encontrándose un lazo excesivo de lealtad y dependencia familiar.⁵⁸

Durante este mismo año realizó su tesis doctoral Gil García M. E. sobre Anorexia y bulimia: Discursos médicos y de las mujeres diagnosticadas de la *Universidad de Granada, en el Instituto de Estudios de la Mujer de Granada*. Utilizando una metodología cualitativa, centrándola en la crítica epistemológica y social, (fenomenológica y constructivista), utilizando la teoría feminista; donde se analizó el discurso de la anorexia contenido en la literatura científico-médica publicada en España y el discurso de la propia experiencia de las mujeres con este trastorno, utilizando el análisis de lenguaje.

Su principal objetivo fue descubrir e interpretar el sentido y el significado que tienen determinadas acciones, conocer las motivaciones y averiguar como se engendran y articulan, y por último, conectar estas acciones con los procesos sociales y conflictos que generan y configuran. Utilizó las entrevistas con profundidad las cuales fueron grabadas y dirigidas a 14 mujeres jóvenes entre 14 y 30 años residentes en Granada y que habían recibido algún tratamiento médico o psicológico. Todas procedentes de distintos lugares geográficos y residentes en Granada. Encontraron que distintos momentos del proceso anoréxico, de las 14 entrevistadas, 11 tenían estudios universitarios y 3 no accedieron a la universidad.⁵⁹

En el 2006 en Lima Perú C.A; Almenara Vargas. Realizó su tesis de psicología haciendo un análisis histórico crítico de la anorexia y bulimia nerviosa. Ahí se exploran los modelos socioculturales sobre las características de estos dos trastornos e imagen corporal, en una muestra de mujeres adolescentes. La muestra quedó conformada en dos grupos de 12 y 14 años (49) y de 18 a 20 años (N=51) donde se aplicaron los cuestionarios CIMEC Y EDI-2. En el análisis de resultados mostraron diferencias entre ambos grupos. Los resultados indican que los mensajes socioculturales sobre el modelo estético de la delgadez guarda una estrecha relación con los trastornos alimenticios e imagen corporal.⁶⁰

En este mismo año *Lenoir M. y Silber T. J.*, realizaron una revisión bibliográfica en casos de niños y adolescentes, en Argentina y describen los criterios diagnósticos para este trastorno, su historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad.⁶¹

En San José Costa Rica existe otro estudio sobre anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de la *Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños*. El cual tuvo el propósito Caracterizar la población de adolescentes con trastornos de la alimentación y presentar el modelo de intervención de la *Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños* (HNN).

Los resultados muestran que en la dinámica familiar disfuncional sobresalen conflictos a nivel del subsistema parental, adolescentes con rendimiento escolar alto previo a la enfermedad, síntomas ansiosos y preocupación por la imagen corporal desde la infancia, como antecedentes pre mórbidos. Se da una asociación significativa de la enfermedad con trastornos afectivos, trastornos ansiosos y con conductas de riesgo de los adolescentes. Los trastornos más frecuentemente encontrados a través de exámenes de laboratorio son: anemia, enfermedad e-tiroidea, alteraciones del sodio y de las gonadotropinas hipofisarias.⁶²

En el 2006 en Barcelona, se realizó un estudio titulado “El otro cuerpo de la identidad: análisis de modelos culturales de los trastornos del cuerpo femenino” por una enfermera especialista en salud mental; El estudio se centró en la construcción de la identidad corporal en la anorexia nerviosa, desde una perspectiva social y cultural, tomando en cuenta las aportaciones de diferentes autores desde la perspectiva feminista de la salud y desde la antropología, dado que ambos planteamientos adoptan una visión mas amplia de los trastornos mentales y proponen comprenderlos en el contexto del malestar en la cultura. Su objetivo fue: Analizar y comparar las variables que configuran los modelos

culturales en nuestra sociedad sobre la identidad femenina, construida sobre todo a partir de la corporalidad y a través de la experiencia de mujeres diagnosticadas con anorexia.

Fue una investigación cualitativa. El estudio se centró en una población de mujeres entre 22, 25 y 30 años diagnosticadas con AN residentes de la provincia en Barcelona, el acceso a las participantes se realizó a través del método de “bola de nieve” con entrevistas semi-dirigidas a profundidad y la observación participante. Los resultados fueron que, tras el análisis de las entrevistas se pusieron en evidencia diferentes categorías que se agruparon en tres apartados: la percepción de la identidad, la percepción social del cuerpo y la aceptabilidad del propio cuerpo.

En conclusión, 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 nerviosa.⁶³

En el año 2008, se realizó una investigación cualitativa, acerca del cuerpo anoréxico. Su objetivo fue suplantar el retrato monolítico existente de la anorexia nerviosa, explorar la experiencia de las pacientes en el curso de la terapia familiar en Hong Kong. Realizándose seis sesiones de terapia familiar de una familia con una hija con AN. La búsqueda de temas centrales, fue mediante el análisis de sesiones. Los resultados arrojan 4 temas centrales que se relacionaron con otros estudios cualitativos:

- 1) El desarrollo del cuerpo anoréxico a partir de características psicológicas
- 2) El cuerpo anoréxico y el peso corporal como ocupante de todo su pensamiento con temor a volverse gorda
- 3) El cuerpo anoréxico y la ropa.
- 4) El mantenimiento del cuerpo anoréxico desde la obsesión por el peso.⁶⁴

En este mismo año en el Hospitalario de Jaén España, se publicó un artículo sobre una investigación de corte cualitativo- etnográfico por enfermeras de la UCI Neonatal del Complejo. El cual solamente se concretó en una observación participante en el mundo virtual acerca de bulímicas y anoréxicas en internet. Para intentar comprender los aspectos personales e interiores de las personas que sufren estas patologías. La finalidad de la investigación fue poder adquirir un mayor conocimiento de estas alteraciones y proponer vías alternativas de observación, valoración y cuidados. Llegaron a varias conclusiones pero la más importante es que, detectaron, que existe información veraz y real sobre la anorexia y la bulimia lo que favorece la disfunción y aceptación de informantes falsas en multitud de páginas web relativas a la enfermedad, los ayunos y el uso de medicamentos, etc.⁶⁵

CAPITULO 3. METODOLOGÍA APLICADA

3.1 Metodología

En este apartado se describe el enfoque de la investigación y los criterios seguidos para realizar el estudio.

Se consideró que para estudiar el fenómeno humano, un recurso valioso es la investigación cualitativa,⁶⁶ sobre todo si se estudia desde la fenomenología interpretativa para comprender el fenómeno de estudio a través de las propias experiencias vividas por cada persona. Con el término investigación cualitativa, se entiende que éste es un método de investigación usado principalmente en las ciencias sociales y se basa en cortes metodológicos basados en principios teóricos, tales como la fenomenología, la hermenéutica y la interacción social, empleando métodos de recolección de datos que son no cuantitativos, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad, tal como la experimentan las personas.⁶⁷

La investigación cualitativa ha sido utilizada en diferentes disciplinas como la Sociología y la Antropología, entre otras, y también por diferentes profesionales del área de la salud, como de otras disciplinas; en enfermería se ha utilizado en diferentes países: EUA., Brasil, España, Colombia etc. cuyo método de excelencia ha sido para la construcción del conocimiento en enfermería a manera de disciplina y profesión social, considerando que su objeto de estudio, es el cuidado a la persona de forma holística.⁶⁸ De tal manera este tipo de investigación permite a las enfermeras conocer, comprender e interpretar desde la perspectiva individual de las personas.

La fenomenología fue propuesta por Martín Heidegger en 1927, inaugurada como una corriente filosófica. Cuyo autor trata el lema de "ir a las cosas mismas" para poder entender al fenómeno tal y como se muestra por sí mismo.⁶⁹

Su principal objetivo es conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, y a través de este método, entender el proceso de interpretación por el que cada persona define su mundo actual.⁷⁰ Por lo tanto, el investigador tratará de ver las cosas pero desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando las palabras.

El método de la fenomenología puede ser utilizado para estudios culturales amplios, en donde las preguntas de investigación o la entrevista se centran alrededor del significado, por ejemplo ¿cuál es el significado de una experiencia? y en una analogía ¿a que se parece la experiencia? Las preguntas pueden incluir las tradiciones conceptuales, teóricas o históricas como parte del proceso de indagación y deben estar enmarcadas por una comprensión del enfoque seleccionado.⁷¹

Para dar a conocer la metodología que se sigue en los estudios cualitativos, Taylor y Bogdan,⁷² sugieren se aborden seis puntos:

- Método de investigación
- Tiempo y extensión del estudio
- Trabajo de campo
- Técnicas para la obtención de los datos
- Manejo y control de los datos
- Análisis de la información

Método de investigación

En el presente estudio, se pretende realizar un acercamiento exploratorio al fenómeno de la anorexia nerviosa en la etapa adolescente; Se utilizará la investigación cualitativa de tipo fenomenológico e interpretativo; con el fin de buscar y comprender el significado que las adolescentes otorgan al fenómeno de la anorexia desde su propia perspectiva vivida.

Tiempo y extensión del estudio

El trabajo se inició entre febrero y mayo del 2008; al establecer primero un plan de trabajo e iniciar la búsqueda de información que formarían el marco teórico, y seleccionando el campo de trabajo.

La primera entrevista se llevó a cabo en mayo del 2009 con la finalidad de adquirir habilidades en esta técnica cualitativa, y posteriormente realizar las entrevistas siguientes. Durante los meses de junio a agosto se entrevistó a un total de tres personas que presentaron el trastorno durante la etapa de adolescencia; al mismo tiempo se transcribieron cada una de las narraciones obtenidas, las notas de campo, y se inició con el primer análisis de datos.

A partir de septiembre, se inició la revisión de los datos, se identificaron los temas emergentes como categorías, y subcategorías, simultáneamente se continuó con la búsqueda de bibliografía relacionada con cada tema en apoyo al trabajo de análisis. La presentación por escrito del trabajo final de la investigación se terminó en el mes de abril 2010.

Trabajo de campo

Los adolescentes que padecieron el trastorno de la anorexia, fueron localizadas en su entorno social, antes de seleccionar el campo, se valoraron las posibilidades para poder obtener los datos, el tiempo necesario y el horario. Taylor y Bogdan, especifican que el mejor escenario es donde el investigador tenga mayor facilidad

para obtener información y sobre todo, si existe disposición por parte de los participantes.

Selección y acceso al campo

Los criterios para seleccionar los escenarios se basaron en las facilidades para acceder a las informantes y lograr su participación, las tres personas se localizaron en México, en su domicilio.

Cabe aclarar que el acceso al campo no se realizó a través de los denominados “porteros”,⁷³ coincidentemente los casos fueron localizados por gente que los conocía, y posteriormente, una llevó al otro, es decir, el acceso al campo se realizó a través de la técnica de bola de nieve, dos eran mujeres y un hombre que conocían o tenían una relación de amistad.

Los participantes

Se seleccionaron tres participantes. (Rodríguez, Gil proponen una selección deliberada e intencional).⁷⁴

Las cuales tenían las siguientes características: que hubieran padecido el trastorno de anorexia durante la adolescencia. Que desearan participar y pudieran hablar de sus experiencias y sentimientos relacionados con el fenómeno de estudio, aceptaran libremente ser entrevistadas, grabadas y que fueran mexicanos sin importar el género.

El número de las participantes, se basó en el tiempo disponible y en la saturación de datos, para el fenómeno.

Relación con las participantes

La relación que se tuvo con los participantes fue cordial, en un ambiente de colaboración y respeto mutuo, al hablar de sus experiencias y opiniones sobre el trastorno.

Se inicio con las entrevistas de manera informal con las personas; y dependiendo de cada caso, también con la persona que los acompañaba, se les explicó el motivo de la investigación, la forma en la que se realizaría la entrevista y se obtuvo su autorización verbal tanto para el entrevistado como para grabar su discurso. Se consideraron varios aspectos para no modificar la respuesta de los participantes entre ellas: la forma de vestir de la entrevistadora, se usó ropa formal lo que facilitó el desplazamiento, el acceso a las personas y la confianza.

De acuerdo con Goffman, la presentación de la persona puede modificar la respuesta de los entrevistados.⁷⁵

Después de obtener las características generales de identificación; la forma de iniciar el relato de su experiencia, fue decisión de las participantes, profundizar en el desarrollo de los temas tratados.

Técnicas metodológicas para la obtención de los datos

Se utilizó la técnica del diálogo y las notas de campo, así como, la observación no participante.

La técnica de investigación seleccionada para obtener los datos fue la entrevista semi-estructurada,⁷⁶ la cual es una de las técnicas más utilizadas en la investigación fenomenológica. Al aplicarla el entrevistador interviene en la vida de las entrevistadas y es al mismo tiempo, un instrumento que ayuda para que las participantes expresen sus experiencias, sus opiniones, e ideas en su propio lenguaje, libre y abiertamente.

El diseño del instrumento que se utilizó como guía para la recolección de los datos contiene un primer apartado para conocer las características socio demográficas, y cuatro preguntas eje, orientadas hacia el fenómeno de estudio. Cada pregunta se apoya en tres o cuatro preguntas secundarias, esta guía fue aplicada antes a una persona que tuvo anorexia, no sólo para ver si era confiable, sino también,

como se mencionó antes, para obtener experiencia en la entrevista de tipo cualitativa.

El tiempo utilizado, fue de acuerdo al deseo de los participantes, un promedio aproximado de 35 minutos por sesión de diálogo para la recolección de datos con un promedio de dos sesiones, aunque es necesario aclarar que el trabajo de campo por cada sesión, fue de horas.

Manejo y procesamientos de datos

El material que se obtuvo de las entrevistas, fueron las narraciones que posteriormente se transformaron en textos, por lo que fue necesario utilizar un sistema de grabación de voz (grabadora), para registrar el discurso y copiarlo posteriormente en la computadora. Cabe aclarar que cada entrevista se transcribió textualmente para posteriormente imprimirlas y hacer su respectivo análisis.

A cada texto obtenido se le asignó un número de folio, (E.-1) con el fin de evitar errores en la transcripción. Se contrastó varias veces el texto con el audio. Cada entrevista contiene los siguientes datos: fecha, hora, lugar, duración y el desarrollo de la misma.

Los textos fueron transcritos con renglones separados a espacio de 1.5 entre cada línea y asignándoles una numeración progresiva. Se transcribió con negritas las interrogantes, así mismo cuando el investigador hablaba se escribió la palabra: (*investigador*) en el texto haciendo referencia a la entrevistada se señalaron con negritas escribiendo la palabra completa (*entrevistado*). Así mismo se anotó lo que se pudo observar durante la entrevista. Posteriormente se obtuvo una copia para el manejo de los datos. El original se puso en resguardo, la copia se utilizó para señalar los párrafos de manera consecutiva y marcar los temas significativos.

3.2 Análisis de la información

Para realizar el análisis de datos se realizó conforme a lo descrito por Kruger.⁷⁷ El primer paso consistió en elaborar una descripción de la propia experiencia relacionada con el fenómeno de estudio. Cada entrevista fue transcrita, junto con las notas de campo, impresa y leída íntegramente varias veces, señalando las unidades significativas de análisis en cada párrafo con marcadores de diferente color, para indicar cada una de las categorías evitando la pérdida de la información y se anotaron códigos tentativos (en colores) a lo que se señaló como categoría, subrayando las citas que podrían servir como textuales en el texto final.

Al leer el texto de manera simultánea, se realizaron notas al margen que ayudaron a formular los planteamientos iniciales. Posteriormente, para organizar la información, se elaboraron esquemas generales que contenía los temas identificados inicialmente (categorías), y se elaboraron listados de cada una (subcategorías), en donde se especifica la experiencia referida.

Para continuar, con el análisis fenomenológico se procedió a utilizar la metodología de reducción, evitando de esta manera la repetición de los datos, identificando los temas más frecuentes en el relato, así como los diferentes matices de las experiencias.

Finalmente se establecieron tablas, las cuales contenían el número de entrevista, el código que refería a la localización del párrafo de cada entrevista en el texto y el código vivo (experiencia del entrevistado).

Por último, mediante la narración e identificación de los personajes y el papel que desempeñó cada uno en la historia, se procedió a construir la descripción textual del fenómeno, para dar a conocer lo que pasó a su alrededor, posteriormente se desarrolló la descripción estructural, para mostrar cómo fue experimentado el fenómeno para finalmente identificar el significado de la anorexia en las personas que padecieron el trastorno durante su adolescencia.

Descripción del fenómeno:

1. Se identificaron seis categorías **(ver cuadro 3: Categorías)**
2. Se analizó el fenómeno en tres pasos:
 - Descripción textual del fenómeno, explicando lo que sucedió antes de la enfermedad. **(ver esquema 2: antes)**
 - Descripción estructural del fenómeno, es decir, cómo fue experimentado el fenómeno. **(ver esquema 3: Durante)**
 - Una vez que se conocieron los discursos: el antes y el durante sobre el fenómeno, se analizó el significado que le atribuyeron estos jóvenes a la anorexia en su etapa adolescente. **(ver esquema 4: Significado)**

3.3 Aspectos éticos y legales

La presente investigación se sustentó en los principios legales de la *Ley General de Salud*.⁷⁸ Se desarrolló respetando la confiabilidad de la información obtenida de cada una de las personas que presentaron el trastorno de anorexia en la adolescencia, y la forma voluntaria de su participación, por lo que la confianza es la base de la investigación ética. La dignidad y el bienestar de los individuos que participan en la investigación deben ser una preocupación central de cada persona involucrada en el proyecto de investigación. La persona que dirige la investigación es responsable de la conducta del estudio, el rendimiento del proyecto y la protección de los derechos y el bienestar de los sujetos sin olvidar los siguientes puntos:

Artículo 14. Fracción V, sobre el consentimiento informado del sujeto de estudio, una vez que se le ha recibido y comprendido la información sobre objetivos del estudio.

Artículo 16. Referente a la protección de la privacidad del individuo.

Artículo 17. Fracción II sobre los estudios con riesgo mínimo.

De igual forma se considerará los derechos humanos, haciendo especial énfasis en:

Derecho de autotomía, sobre la capacidad moral y legal que tiene el individuo para tomar decisiones propias.

Derecho a la información, es necesario que se le informe al individuo en forma clara los aspectos de la investigación.

Derecho de confidencialidad, sobre la información que proporcione el individuo y la confidencialidad de la persona.

CAPÍTULO 4. HALLAZGOS Y DISCUSIÓN

La sobrevaloración del aspecto físico, promovida por la publicidad y los medios de comunicación, desde hace mucho tiempo ha generado una gran ansiedad, especialmente en las mujeres, apareciendo los denominados trastornos de la alimentación. Tanto la anorexia como la bulimia nerviosas son enfermedades con repercusiones muy graves, crónicas en muchos casos, cuyo tratamiento es largo y complicado, que conllevan un gran sufrimiento personal y familiar, incluso provocando la muerte.

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un hecho complejo en cuyo origen se encuentra la asimilación de los modelos estéticos corporales actuales promovidos por la publicidad y los medios de comunicación. La delgadez se ha convertido en un modelo por alcanzar, debido a que a menudo, se le asocia a un determinado estatus social y económico, mayor valía social y capacidad profesional.

Esta sobrevaloración del aspecto físico puede generar una gran ansiedad, especialmente en los jóvenes, en una etapa crítica, como es la adolescencia, momento en el que quieren incorporarse y ser aceptadas por la sociedad como adulto con pleno derecho. En esta época, en la que la acumulación de cambios hace más vulnerable el equilibrio psicológico, una gran cantidad de jóvenes inician regímenes de adelgazamiento, para demostrarse a sí mismas que pueden controlar su cuerpo y lograr un mayor grado de autoafirmación y de aceptación social.⁷⁹

El estar viviendo la esencia del fenómeno de la anorexia, le cuesta mucho trabajo al chico identificarse con su propio ser, preguntándose sobre quién es él, y empieza a ver cómo es su mundo que le rodea, por doloroso y complicado que este le parezca.

La anorexia nerviosa es una enfermedad grave que padecen muchas adolescentes, más en las sociedades desarrolladas. Sin duda los adolescentes son las principales víctimas porque viven una etapa en la que buscan la constante aceptación de su entorno. No sólo se refiere a la comida. Es también una manera enferma de canalizar problemas emocionales relacionados con ser perfeccionista; exagerando el deseo de tener el control sobre todas las situaciones.

En la actualidad, el trastorno de la anorexia aún no causa impacto social, sin embargo, puede traer una serie de consecuencias para las personas que llegan a padecerla. Donde la sociedad tiene responsabilidad de la conducta que estas jóvenes presentan para desencadenar enfermedades. Jerome Bruner hace referencia a que la cultura y la búsqueda del significado en su interior de las personas, son las causas propias de la acción humana, pero al mismo tiempo afirma que la búsqueda de causas corresponde a la historia.

En ocasiones se observa que los jóvenes que llegan a padecerla tratan de ocultar que la padecen, por vergüenza, miedo, por rechazo de otras personas, y principalmente para conseguir su fin, que es, el de “ser delgado”; esta situación los lleva a vivir un aislamiento social y el sentirse criticados. Generalmente son pocos los adolescentes que llegan a hablar sobre el trastorno que padecen y pedir ayuda, mientras que algunos llegan a morir.

Es aquí donde el personal de enfermería, puede intervenir pero no sólo en su tratamiento sino en su prevención, tomando en cuenta que la mayor parte de las enfermedades tienen su origen en el familia; con sus estilos de vida, hábitos, costumbres y creencias, enfermería tiene la convicción de que los problemas de salud deben ser abordados ahí, en donde se originan, ya que por vía de algunas de las instituciones no se cuenta con ese apoyo.

Las enfermeras como profesionales, debemos tener en cuenta que son pacientes susceptibles de ser cuidados desde su entorno familiar antes de que lleguen a la

consulta, desde la salud escolar; identificando las conductas de los adolescentes respecto a su interacción social y su alimentación. Está es una gran oportunidad para trabajar con el adolescente aparentemente sano. Etapa en la que se pueden desarrollar intervenciones de promoción a la salud para los jóvenes y para los adolescentes, a través de un abordaje multidisciplinar.

Con este enfoque la enfermera ha de ser la gestora del proceso y puede realizar un abordaje integral del problema, y estar en comunicación con los demás niveles asistenciales, y mantener una relación de cercanía a la familia del paciente y sobre todo con paciente principalmente. Todo esto hace que la enfermera pueda facilitar el abordaje de la enfermedad, manteniendo la mayor normalidad posible en de las diferentes facetas de la vida.

En la presente investigación y como estudiante de la maestría me ha permitido tener contacto con las personas que en su adolescencia presentaron el trastorno de la anorexia, donde tuve la oportunidad del intercambio de comentarios acerca de la situación que vivieron entre ellos y el significado que le han dado a su enfermedad.

Escuchar hablar a los adolescentes sobre la situación que vivieron en su familia antes y durante su enfermedad, me llevó a reflexionar en la necesidad de explicar desde el punto de vista de los protagonistas, qué es la anorexia, cómo es la vida de las persona que padecen el trastorno, cuáles son los motivos que las impulsan a desencadenar el trastorno; tratar de comprender y explicar lo que significa para ellos dicho trastorno. Así como mencionar algunos elementos culturales que pudieran contribuir en la construcción social del significado de la anorexia en personas que vivieron el fenómeno.

A continuación se presentaran los hallazgos obtenidos en está investigación.

4.1 Presentación de los participantes

En este apartado se dan a conocer las características demográficas de los entrevistados, resumiéndolos en los siguientes cuadros.

Cuadro. 1
Características Demográficas de los Participantes

No.1	Entrevistado	Edad en la que presento anorexia	Escolaridad	Lugar en la familia	Ocupación actual	Clase a la que pertenecen
E-1	Álvaro	16 años	Preparatoria	1er.	Estudiante de ciencias de la comunicación	Media
E-2	Beatriz	15 años	Preparatoria	1er.	Estudiante de Derecho	Media
E-3	Cecilia	13 años	Secundaria	3er.	Estudiante de preparatoria	Baja

Fuente: Datos de las entrevistas realizadas, durante los meses de mayo 2009

Cuadro. 2
Composición familiar

No.1	Entrevistado	No. De hermanos	Progenitores con los que vive	Personas encargadas de cuidarlos
E-1	Álvaro	1 hermana	Mamá	Abuelos maternos
E-2	Beatriz	1 hermano	Mamá	Abuelos maternos
E-3	Cecilia	5 hermanos	Mamá	Abuela materna

Fuente: Datos de las entrevistas realizadas, durante los meses de mayo 2009

Las tres personas entrevistadas refirieron no contar con el apoyo de su papá, viven con su mamá, sus abuelos, y tíos. Los nombres originales de los participantes se cambiaron para protección de la identidad de los entrevistados, se ordenaron alfabéticamente, (Álvaro, Beatriz y Cecilia) y se utilizaran sólo con fines de exposición para no despersonalizarlos.

En el cuadro No.1 se presentan datos; como la edad en que presentaron la enfermedad que va desde los 13 a los 16 años, lo que corresponde a la etapa adolescente, escolaridad en la que se encontraban, la cual tiene relación con la etapa escolar; es común que entre los 12-15 años cursen la secundaria y entre los 15-18, la preparatoria.

El lugar que ocupa en la familia por la existencia de personas que pueden influir en ellos como modelo para desarrollar el problema. La ocupación; para saber tanto ellos como nosotros, que mientras esta población tenga conocimientos, sean consiente sobre lo que les pasa y soliciten ayuda, el personal de salud podrá actuar oportunamente, para mejorar su salud y que pueda emprender grandes retos en la vida, como la superación personal y profesional.

También se observó que los jóvenes pertenecen a una familia de clase media y baja. Finalmente su composición familiar; puesto que muchas veces esto puede ser un factor desencadenante para que los jóvenes puedan desarrollarla.

4.2 Historia breve sobre los entrevistados

Álvaro

Actualmente Álvaro tiene 27 años, y es estudiante, fue localizado a través de una persona que lo conocía y dio referencia de él. Sus entrevistas fueron realizadas

donde ellos eligieron y creían que estaban o se sentían mejor (Casa-habitación). Es hijo de familia mono parenteral que está compuesta por su madre, 1 hermana y dos abuelos que ya fallecieron.

Su enfermedad la presentó a los 16 años cuando iba en primero de preparatoria, durante toda su infancia fue gordito pero refirió sentirse feliz, aunque las burlas por parte de su familia eran constantes por su aspecto físico. Debido a que su padre no vivía con ellos su madre tenía que trabajar (maestra en una escuela) todo el día, por lo que él se quedaba al cuidado de sus abuelos, sólo la podía ver por las noches y fines de semana por muy poco tiempo. A la edad de 16 de Álvaro, su madre tuvo un primer matrimonio, donde posteriormente nació su media hermana, situación que para él fue crítica puesto que la poca atención que tenía de su madre por las noches o fines de semana, ya no la tenía, por el nacimiento de la niña. Todo comenzó cuando estaban viendo un video de la familia, donde aparecía él, sin camisa, fue cuando su familia comenzó hacerle burla de cómo se veía físicamente, esto le causó vergüenza, tristeza y comenzó a darse cuenta de cómo se veía sobre su apariencia física y como lo veían los demás de su familia. No sabe cuando comenzó a dejar de comer, sólo sabe que hacía todo lo posible por no tener hambre, desde tomar alcohol hasta estar solo chateando por la computadora para olvidarse que tenía que comer. Sus abuelos eran de edad mayor, por lo que nunca se percataron de esto.

Acudió desde muy pequeño a escuelas particulares, refiere haber tenido todo económicamente, fue en la preparatoria, donde los amigos y maestros, se dieron cuenta de la enfermedad que presentaba misma que trato de ocultar y que le causo soledad en la fase crítica. Una vez que su madre se dio cuenta de la situación por la que pasaba su hijo, lo apoyó y él refirió sentirse mejor y amado por los que pensaba que no lo querían. Recibió un tratamiento oportuno, mismo que según su narración le costó mucho volver a comer y dejar todo lo que había logrado, refiriendo ser lo más difícil por lo que pasó.

Beatriz

Beatriz tiene 26 años es estudiante, ella fue localizada a través de Álvaro. Sus entrevistas fueron realizadas en donde ella escogió, (Casa – sala). Pertenece a una familia mono parental, la cual esta compuesta de su madre, un hermano y ella, sus abuelos viven, pero independientemente de ellos.

Su enfermedad la presentó cuando tenía 15 años, refiere haber sido gordita desde su infancia, de cara redonda, pero también refiere que fue feliz, aunque desde pequeña siempre su familia le nombraba “gordis.” Su madre tenía que trabajar (Contador en un banco), así que quedaban ella y su hermano, al cuidado de sus abuelos maternos. Refiriendo que su madre nunca se casó sólo se dedicó a ellos aunque era muy poco tiempo que pasaban con ellos por su trabajo.

Asistió a escuelas particulares, recuerda que ella comenzó a verse y sentirse gorda en la secundaria, refiriendo que es cuando empieza a arreglarse un poco, pero que no era mucho su desconcierto. Cuando entró a preparatoria fue el peor momento por lo que paso, pues dejó a su amigas que tenía, y entró a un mundo diferente donde comenzó a verse fea, gorda, y donde no podía tener una conversación, veía a todas sus amigas delgadas y bonitas, sentía que todas se le quedaban viendo a su “panzota.” Ella se acuerda que comenzó su enfermedad cuando en una ocasión su madre preparó plátanos fritos y ella no quiso comerlos, su hermano se molestó mucho y la agredió diciéndole que se los comiera porque al fin estaba gorda, refirió que ese momento fue muy crítico para ella, puesto que le causó tristeza, llanto y se comenzó a valorar físicamente.

Cuando ella asistía a la escuela, de acuerdo a sus narraciones, se desaparecía de sus amigas para evitar comer, frente a ellas sólo comía una pera o alguna fruta para que ellas no se dieran cuenta, después hizo todo lo posible para evitar no comer nada como fue tomar agua y comenzó a fumar, ya que esto, le causaba no

tener hambre. Posteriormente debido a sus desmayos frecuentes en la etapa de crisis de su enfermedad, se dieron cuenta sus amigos y maestros en la escuela.

Una vez que su familia se enteró de su enfermedad, recibió un tratamiento, y el apoyo por parte de sus seres queridos, y refiere que todo esto le sirvió para valorar su vida y que su tratamiento fue lo más difícil por lo que pasó, puesto que tenía miedo, ya todo lo que había logrado, iba a dejar de existir.

Cecilia

Actualmente tiene 17 años, es estudiante de preparatoria, ella fue localizada a través de una enfermera que la conocía. Sus entrevistas fueron realizadas en su domicilio (cuarto). Es hija de familia mono parental, la cual está compuesta por madre, cinco hermanos y ella; vive también con su abuelita materna, y otros tíos.

Su enfermedad la presentó cuando tenía 13 años, ella y sus medios hermanos estuvieron a cargo de su abuela, porque su madre tenía que trabajar (limpiando casas) para poderlos mantener y que pudieran ir a la escuela, tanto ella como sus hermanos son de padres diferentes, los cuales tampoco viven con ellos.

Ella asistió a escuelas federales, iba en la secundaria, cuando comenzó su enfermedad, de acuerdo a sus narraciones, ella comparó sus problemas familiares con los de otra amiga, que también pasaba por los mismos problemas de ella, donde creían que su mamá no les hacía caso, se sintieron solas y que por culpa del papá esto les estaba pasando. Refirió que su mejor amiga le platicaba lo que hacía (dejar de comer), y ella la escuchaba por lo que decidió también experimentar esto, aunque ya tenía conocimiento de lo que era la anorexia, refiere que también quería compartir estos sentimientos con su mejor amiga. Todo lo que deseaba es que su madre le hiciera caso.

Pero también menciona que por parte de su familia (primos) recibió palabras como que se estaba poniendo más gordita y panzoncita por lo que todo esto y otras cosas le causaba tristeza y se empezaba a autocriticar y compararse con otras adolescentes.

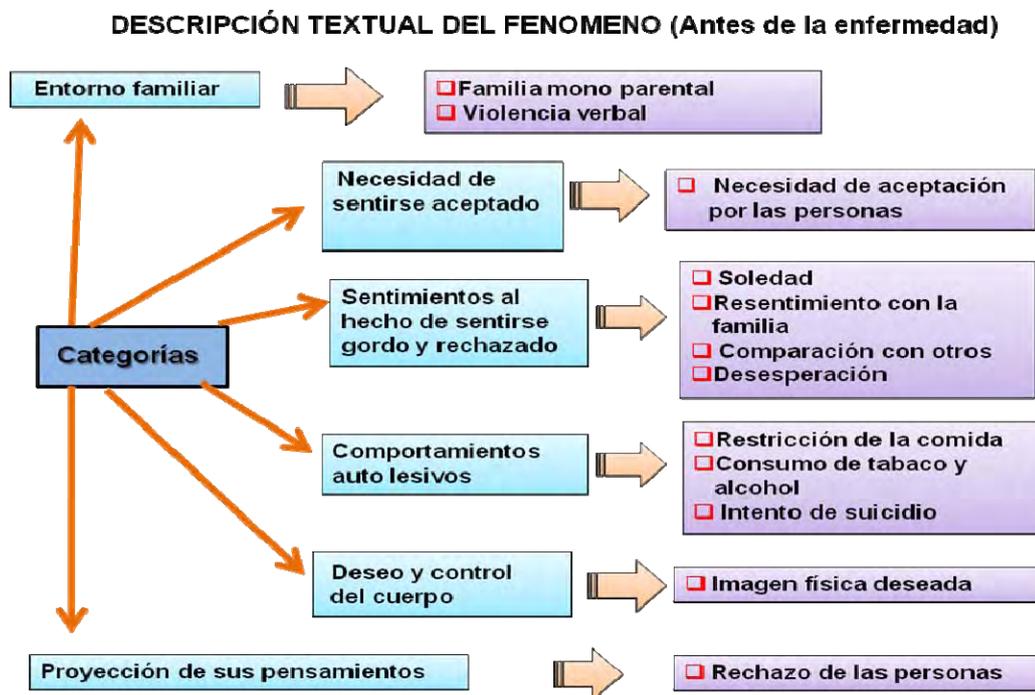
Fue en la escuela (maestros) donde se dieron cuenta de lo que pasó con esta adolescente, porque ella misma lo platicó, porque refirió que ya no podía más, pero no sabía cómo evitarlo. Una vez que se dieron cuenta en su casa, tuvieron una reacción de agresión hacia ella, diciéndole que estaba loca y que todo lo hacía para llamar la atención. Pero posteriormente la información que recibió la madre de Cecilia por parte de los maestros y la plática de acercamiento que tuvo con ella, le ayudó para que pudiera recibir su tratamiento, mismo que no duró mucho porque dejó de ir, por sentirse muy mal en ese momento

4.3 Categorías y subcategorías (descripción textual y estructural)

Cuadro No. 3
Categorías encontradas

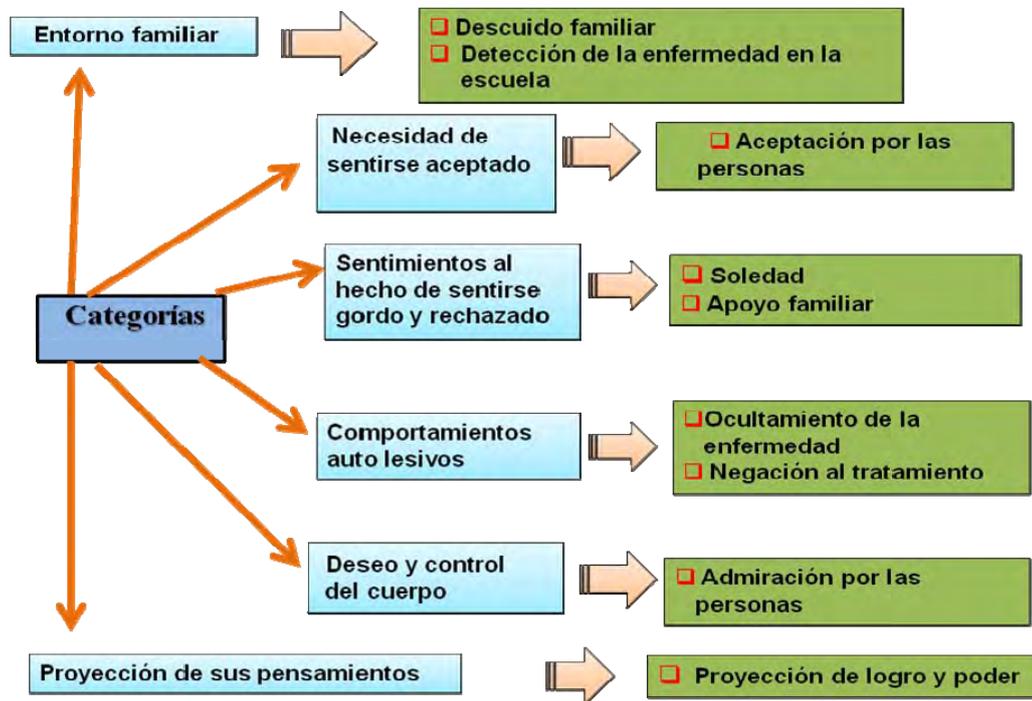
Categoría 1	• Entorno familiar
Categoría 2	• Necesidad de sentirse aceptado
Categoría 3	• Sentimientos asociados al hecho de sentirse gordo y rechazado
Categoría 4	• Comportamientos auto lesivos
Categoría 5	• Deseo y control del cuerpo perfecto
Categoría 6	• Proyección de sus pensamientos

Fuente: Categorías obtenidas de las entrevistas realizadas durante los meses de mayo 2009.



Esquema 2: Categorías obtenidas de las entrevistas realizadas y subcategorías.

DESCRIPCIÓN TEXTUAL DEL FENOMENO (Durante de la enfermedad)



Esquema 3: Categorías obtenidas de las entrevistas realizadas y subcategorías.

Hallazgos de cada categoría

Los puntos a describir en cada una son los siguientes:

- Fundamentación general** de la categoría.
- Se abordará el **antes de la enfermedad** (lo que pasó antes de estar enferma)
- Posteriormente, se abordará el **durante de la enfermedad** (cómo experimentaron el trastorno).
- Finalmente, se hará la **discusión de la categoría** en general.

4.4 Descripción de las categorías

Categoría 1: Entorno familiar

a) Fundamentación

Cuando hablo de entorno familiar hago referencia a aquellas personas que conviven entre sí, unidas por el vínculo sanguíneo, donde hay afecto y protección mutua y puede condicionar a las personas que lo integran de acuerdo con los vínculos que allí se generan. Habitualmente un niño que nace en una familia de recursos económicos limitados; con padres ausentes y sin cuidados apropiados, tendrá un entorno poco apropiado cuyo entramado generará un contexto y cuya significación influirá negativamente en esa persona en la formación sobre todo de su conducta.

Los problemas de conductas infantiles y juveniles, son una preocupación permanente por sus complicaciones en la salud física y mental, la interacción social y el desarrollo de la comunidad. En cuanto a la conducta ajustada o desajustada pueden ser comunes en la adolescencia, e influir variables como las familiares, ambientales de los pares y la sociedad que son determinantes de este comportamiento.⁸⁰

Por lo tanto, la SEP, tiene un *Programa para la Transformación y el Fortalecimiento de las Escuelas Normales*,⁸¹ en el que se considera que durante la infancia; la influencia más importante en el desarrollo del niño, es la familia en la que crece, el lugar que ocupa, es el primer contexto de socialización y de aprendizaje, por eso es importante que los niños entiendan y acepten su familia, ocupación de sus miembros, las diferencias que existen con otras familias, pudiendo compararla con la de otros compañeros, no sólo en su estructuración

sino también con las diferentes culturas y pautas de comportamiento, como las relaciones que se establecen entre ellos, cuántas personas viven en la casa, si tiene hermanos o no, la posición ordinal que ocupa en el número de hermanos, y el nivel de estudios de los padres, si estos son ricos o pobres o bien, si estos están juntos o no.

Hacer comprender al niño cuál es su lugar en la familia y el papel que él desempeña, va a ser un punto importante en la relación del niño con el resto de los miembros, pues se deberá crear un clima familiar adecuado para que los niños se sientan valorados y queridos, participen en los temas familiares, tomando decisiones que por muy pequeñas que sean, harán sentir al niño como una parte importante de la familia.

En la niñez los padres moldean al niño, de una forma relativamente fácil, siempre que estos se muestren firmes y rectos, y mantengan una actitud constante. En esta primera fase tienen mucha importancia los valores que se adquieren, y estos dependerán del seno familiar, la clase social, e incluso las creencias religiosas que posea la familia.

Según David Isaac, en su obra⁸² *La educación de las virtudes humanas*, son distintas las virtudes que se adquieren a lo largo de las edades de cada persona. En la niñez, y concretamente hasta los siete años, el niño adquiere la virtud de la obediencia, la sinceridad y el orden: “antes de los siete años los niños apenas tienen uso de razón y, por tanto, lo mejor que puede hacer es obedecer a los educadores y vivir este deber con cariño”.

Nos encontramos que desde los ocho a los doce años; el niño adquiere las virtudes de la fortaleza, la perseverancia, la laboriosidad, la paciencia, la responsabilidad, la justicia y la generosidad. Hoy en día los niños empiezan a tomar más decisiones personales, pero necesitan criterios para saber si se dirigen bien al objeto de su esfuerzo.

En esta primera fase; el aprendizaje es una primera fase en el desarrollo del niño, todo resulta nuevo e innovador para él, y no deja de asombrarse con pequeñas cosas sin misterio que para él se hacen enormes e inmensas y no tienen explicación.

Aquí se centrará básicamente en su entorno familiar, ya sea directo: padres, hermanos, primos, o indirecto: maestros, compañeros, amigos, etc. Pero si no existe una buena formación, educación, respeto, amor, cariño, en este entorno será difícil que este joven en su adolescencia desarrolle una personalidad estable, por lo que los conlleva a comportamientos extremadamente violentos y que repercuten en su propia persona.

Cuando este niño entre en la adolescencia, considerada la segunda fase de formación: la mente se va ampliando, llega la pubertad, con ella la experimentación, la curiosidad; el adolescente siempre quiere llegar más allá, adquieren; el pudor, la sobriedad, la sociabilidad, la amistad, el respeto, etc. Es aquí cuando el adolescente empieza a sentir su intimidad, y a su vez comienza a protegerla.

Debemos tener en cuenta que el adolescente, por su misma naturaleza, es idealista y también necesita vivir nuevas experiencias, por tanto, tiene una necesidad de comprensión como lo menciona Eduard Spranger, en su teoría de la comprensión, quien se propuso comprender la *Psyche* del joven en desarrollo centrándose en el proceso de maduración de la juventud masculina de las clases medias en Alemania, considerando la adolescencia como un periodo evolutivo que posee características únicas, diferentes tanto de la niñez como de la edad adulta.⁸³ Y que por lo tanto, si no existe un entorno familiar seguro, confortable, respetuoso y sobre todo la unión de los padres, es probable que las influencias externas intencionadas y perjudiciales enlacen con este modo de ser, causándoles daños muchas veces irreversibles como es el caso de la anorexia.

b) Antes de la enfermedad

El entorno familiar en el que vivieron los adolescentes fue detectado el tipo de familia al que pertenecían y los comentarios que recibió este joven, desde su niñez con respecto a su físico.

1.1 Familia mono-parental

La familia es una organización única, que construye la base de la sociedad y se caracteriza por tres rasgos comunes como son el matrimonio, la crianza y el parentesco.

Básicamente se dice que la familia nuclear está compuesta por padres e hijos es la que ha existido desde los primeros tiempos, y es la que hoy por hoy perdura. Sin embargo existen factores sociales, económicos, psicológicos etc., que han llevado a clasificarla en diferentes tipos, es así como a partir de las narraciones, se pudo identificar un solo tipo de modelo familiar, el cual corresponde al *mono parental*, donde surge la autoridad de la madre y abuela, con ausencia del padre. El cual es definido como todo núcleo familiar construido por un hombre o una mujer, viviendo al menos con uno o varios hijos menores de 18 años a su cargo o que, superando esa edad pero siendo menores de 26 años, presenten alguna circunstancia o algún tipo de minusvalía que haga que la relación de dependencia en sus aspectos instrumentales se mantenga.⁸⁴

En voz de los entrevistados:**Álvaro:**

“Mi madre fue madre soltera eh!... soy el primer hijo, fui criado por abuelos maternos, a la edad de 15 años, nace mi media hermana, posteriormente mi madre se casa, tiene un primer matrimonio como quien dice mmmm...”

Beatriz:

“...bueno también tengo abuelos por parte de mi mamá, tíos, tías primos que también le ayudaban con nosotros en algunas ocasiones. Mi papá nos dejó cuando nosotros estábamos pequeños, creo que ya no me acuerdo de él,... ni de cómo era, por lo que no te puedo platicar mucho de él...”

Cecilia:

“...en mi familia somos cinco;...conmigo seis, de mis hermanos soy la tercera, vivo con mi abuelita, mi mamá y mis tíos, porque mi papá no vive con nosotros mmmm....se separó de mi mamá yo tenía dos años creo...”

Por lo anterior, es importante señalar las características de la familia al considerar el entorno donde vivió el joven desde su niñez; ya que fue crucial para los actos que realizó en su adolescencia, pues es aquí, donde crecieron como hijos y han recibido un determinado tipo de educación, por lo tanto la formación que recibieron influyó en su etapa de adolescente para desarrollar el trastorno de la anorexia.

Entre los personajes que se destacan en las narraciones de las personas entrevistadas en primer lugar está su mamá, como el único apoyo emocional que tienen los adolescentes y por tanto, necesitan de su comprensión, amor, de sus cuidados, consejos etc. y no sucedió porque, también es el único sustento económico para ellos. Lo que coincide con Susana Checa,⁸⁵ quien menciona que es una época relacionada con la expansión capitalista y el desarrollo de la industria, lo que da lugar a modificaciones en la estructura familiar, la disminución de la fecundidad y los cambios en los roles y funciones.

Ante tales narraciones dejan ver momentos donde el adolescente tiene un sentimiento de tristeza y resignación. Aquí se identifica lo importante que es el papel de la madre para ellos y como puede influir en el significado que ellos le están otorgando a esa necesidad de amor de integración con ella, el contar con alguien, de sentirse apoyado. Sus necesidades son de tipo emocional.

Además, las relaciones que existieron en su familia estuvieron influidas por la cultura la cual es definida como un conjunto de conductas aprendidas, creencias, actitudes, valores e ideas que caracterizan a una sociedad o población.⁸⁶ Donde se puede analizar actualmente, cómo la incorporación de la mujer al mundo laboral es otro de los factores culturales y sociales que influyó en el desencadenamiento de la anorexia. La ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida, (un papel tradicionalmente atribuido a la madre) esto, ha facilitado que algunos adolescentes, desordenen su alimentación, escapando de la vigilancia familiar y que acabaran adquiriendo una enfermedad grave.

Recordemos que la adolescencia es una época de profundos cambios en todos los órdenes, que marca la adultez.⁸⁷ Es donde los adolescentes empiezan a negociar los límites en su casa, en la escuela, los compañeros y en el entorno social y familiar, para tratar de lograr una mejor convivencia en todos los ámbitos y afrontar de manera exitosa este período considerado por muchos autores como una época de gran emocionalidad y estrés. Pero a la vez, es una época de encuentros amistosos, de apoyo emocional, sobre todo por la familia, de sueños del futuro y de nuevos valores, que favorecen la formación de la identidad. Sin olvidar que los padres contribuyen de manera importante a que los adolescentes logren el equilibrio y desarrollen su propia personalidad. Sin embargo, de acuerdo con estas narraciones esto no fue así, por la falta amor cariño, sabios consejos sobre todo, de su entorno en el que se empezaron a desarrollar tanto física como emocionalmente.

1.2 Violencia verbal

Otro hallazgo que fue considerado importante y que vivió el adolescente dentro de su entorno familiar fue la *violencia verbal* a través de las burlas constantes por parte de sus familiares con respecto a su aspecto físico. La *Organización Mundial de la Salud* en su declaración de Bogotá, describe a la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o afectivo,

contra uno mismo, otra persona un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones y atente contra el derecho de la salud y la vida de la población.⁸⁸

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...desde la infancia fui muy gordito, muy obeso era una burla constante por parte de mi familia, por parte de tíos, de amigos eh!... pero yo vivía en una situación... en un ambiente así como feliz...”

Beatriz

“...siempre fui gordita desde chiquita y mi cara fue redonda, pero no le daba mucha importancia, aunque en mi familia siempre me decía gordis, no era malo para mí, toda mi niñez fui feliz...”

Cecilia

“...me decían ay!,....como que te empiezas a ver más llenita y cosas así, principalmente mis amigos, de hecho no hace mucho una prima me empezó a decir que me estaba poniendo medio panzoncita...”

Con respecto a esto como profesionales de la salud sabemos que cada “ser humano” en el momento de la llegada a este mundo, posee una mente limpia y pura, en este momento, se carece de personalidad, de virtudes y de defectos, etc. Por lo tanto, todas las vivencias que este ser va teniendo durante el transcurso de su vida puede llegar a influir, considerablemente, en la actitud, comportamientos y significados que se tome ante los problemas a los que se enfrentará durante su vida.

Por lo anterior se refleja, que estos jóvenes durante su adolescencia confrontaron sus propios esquemas cognitivos y emocionales donde establecieron su identidad y la manera cómo la familia y la sociedad les identificaba, sus personales actitudes y comportamientos estructurados sobre la base de esta identificación, constituyeron parte de los riesgos particulares y sociales como una baja autoestima, autovaloración, estimación por la vida y el cuerpo.

Algunos autores mencionan, que la presión que ejercen los medios, los mensajes familiares y culturales en la necesidad de estar delgado como expresión del modelo estético actual contribuyen a la aparición de signos y conductas de actitudes alimentarias anómalas, como la obsesión por la delgadez, la insatisfacción con la imagen corporal lo que está ligado con los sentimientos de ineficacia, inseguridad, como una autoevaluación negativa.⁸⁹

c) Durante la enfermedad

En su entorno familiar también se pudo detectar el descuido físico y emocional que sufrieron, y por ende su enfermedad fue detectada en su entorno escolar.

1.3 Descuido familiar

De acuerdo a las narraciones, estas personas durante su enfermedad fueron descuidadas, no sólo en cuestiones físicas sino también emocionales, donde quedaban al cuidado de otras personas (abuelos, tíos), y que por su falta de información, trabajo, cansancio no les permitía ver, qué estaba pasando con estos jóvenes.

El descuido se puede considerar también como un tipo de maltrato. El descuido físico, se produce cuando uno de los padres no toma medidas para promover el desarrollo del niño estando en condiciones de hacerlo en una o varias de las siguientes áreas: la salud, la educación, el desarrollo emocional, la nutrición, el

amparo y las condiciones de vida seguras. Por lo tanto, el descuido se distingue de la situación de pobreza en que puede ocurrir sólo en los casos en que la familia u otras personas a cargo disponen de recursos razonables.⁹⁰

El descuido emocional, se produce cuando un cuidador no brinda las condiciones apropiadas y propicias e incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño. Tales actos incluyen la restricción de los movimientos del menor, la denigración, la ridiculización, las amenazas e intimidación, la discriminación, el rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil.⁹¹

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...mi mamá para empezar es sumamente despistada eh!... mi abuela, mi abuelo pues ya son, ya eran mayores, de edad avanzada, tampoco se podían percatar de las cosas ya no había unos ojos que me vigilaran y que le dijeran a mi mamá oye está pasando esto eh!...”

Beatriz

“...mi mamá y mi familia no se daba cuenta sólo pensaban que era porque estaba creciendo y por la presión de la escuela, pero eso sí, siempre tuve buenas calificaciones...” me sentía toda zombi, tonta, estaba ojerosa obviamente mi mamá no se daba ni idea, pues salía muy temprano a trabajar y llegaba por la noche y todos a dormir...”

Cecilia

“...me ponía hacer mi tarea y mi mamá me preguntaba que si ya había comido y ya, yo le decía que sí, nunca se daba cuenta, me tenía que servir yo sola y nadie se daba cuenta, mis hermanos; unos llegaban tarde otros ya se habían dormido, y mi mamá siempre estaba ocupada

en su trabajo, la que se daba cuenta era mi abuelita, pero igual, sólo me preguntaba que porque no comía y yo le decía que porque no tenía hambre...”

Con estas narraciones se puede identificar, como por la necesidad que tenía su mamá de llevar el sustento a su hogar, provocó dejar a sus hijos al cuidado de otras personas, y el descuido de estos, debido a la carga excesiva de trabajo. Descuido que recayó esencialmente en los adolescentes, que a su vez se tradujo en anorexia.

1.4 Detección de la enfermedad en la escuela

Generalmente la anorexia es un padecimiento que no aparece de la noche a la mañana y los jóvenes empiezan a tener algunas actitudes que parecen ser muy sanas como empezar a cuidar su alimentación, hacer ejercicio, tomar más líquidos, se vuelven cada día, más y más exageradas hasta llegar al deterioro físico y mental, y aunque la persona trate de ocultar este trastorno, finalmente llegan a un punto crítico que ya no pueden llegar a controlarlo y las manifestaciones se hacen visibles a simple vista, por tanto, quienes están más en contacto con ellos y tienen la suficiente información o quienes están al tanto de este padecimiento son capaces de percibir lo que está pasando con estos adolescentes, generalmente es la escuela; donde pasan el mayor tiempo con sus maestros y por tanto, estos son los que están más en contacto con ellos y quienes pueden llegar a percibir lo que está sucediendo.

En el caso de estos jóvenes su enfermedad, fue aparentemente *detectada en la escuela* (amigos y profesores) por los frecuentes desmayos que llegaron a tener los adolescentes; Y quienes fueron un vínculo entre la familia y el adolescente para su tratamiento.

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...primero segundo como al tercer mes empieza mi primer desmayo, fue cuando me desmaye una vez en clase, este... estaba con el profesor de fisiología celular mmmm????...Este me llevo rápidamente a lo que es el centro médico de la escuela... él me llegó abordar con una serie de preguntas pero dentro de mí decía, ¡hay pues que le importa!...”

Beatriz:

“...fue hasta un día que me desmayé en el laboratorio en la clase de química, recuerdo muy bien porque la maestra que nos daba la clase hizo un mega escándalo, me llevaron a la enfermería, toda la escuela se dio cuenta, pero al final de cuentas sólo dijeron que tenía la presión baja...”

Cecilia

“...de hecho no me decía nada de hecho quien se dio cuenta fue el director porque frecuentemente me desmayaba, cosas así, mi amiga no tuvo ningún problema, pero yo sí... ya después le conté a mi orientadora, porque me preguntaron que porque no comía...”

Con base en lo anterior, se puede detectar cómo estas personas tuvieron mayor confianza de platicar su situación con otras personas, que no fueran de su familia. Pero también podemos aclarar que la escuela es otro centro de enseñanza,⁹² donde los estudiantes pasan mucho tiempo de su vida y es donde también reciben educación, por lo tanto constituye un valioso recurso educativo que puede ser empleado como vía para fomentar en los estudiantes el cuidado y protección del entorno, así como fortalecer sentimientos de pertenencia hacia la familia.

d) Discusión de los hallazgos sobre el entorno familiar

Con lo anterior, considero que el entorno familiar juega un papel importante en el adolescente para comportarse, para seguir sus ideales y también para que llegue a aceptarse tal como es; y es aquí precisamente el papel que juega la familia, principalmente los padres, es fundamental, y deberán vigilar el camino que sigue su hijo, y tratar de que no desvíe sus pasos por las influencias internas o externas. Lo que se encontró en las narraciones de los informantes, es que el entorno familiar donde se desarrollaron desde su infancia fueron puntos importantes para que ocurriera la anorexia.

Esto coincide con lo encontrado en el estudio realizado por Morales *et al.*, (2006) sobre “anorexia y bulimia”: Se identificó que la dinámica familiar disfuncional destaca los conflictos en el subsistema parental; adolescentes con rendimiento escolar alto previo a la enfermedad, síntomas ansiosos y preocupación por la imagen corporal desde la infancia, como antecedentes pre mórbidos. Se da una asociación significativa con los trastornos afectivos, ansiosos y conductas de riesgo para los adolescentes.

Por otro lado la mayoría de los estudios encontrados comentan que la sociedad juega un papel muy importante para el desencadenamiento de esta patología (Ruíz et al., 2005; Carrillo., 2005 ;Almenara, 2006),Quiero aclarar que en esta investigación no fue el entorno social si no la influencia de la familia directamente ya que se trataban de familias disfuncionales en donde la ausencia del padre se hacía evidente, no solo por su presencia física, también como proveedor económico para el hogar lo que conllevó en estos casos, a la madre a desempeñar un rol social diferente al que tradicionalmente le otorgaba el “cuidado de los hijos”; el cuidado físico como emocional, situación que en el pasado ayudó mucho para que este problema de salud no fuera tan común en las familias.

Categoría 2: Necesidad de sentirse aceptado

a) Fundamentación

Según Busquet Durán, citado por Luís Jornet, la aceptación es un sinónimo de aprobación, de admisión más o menos consciente. En suma, la acogida en el ámbito ciudadano de un elemento o fenómeno determinado. El hecho de la aceptación implica la integración, un “considerar como propio”, como habitual y que no es cuestionado, tal como ocurre con las creencias culturales.⁹³

Todos los humanos tenemos necesidades emocionales básicas. Estas necesidades pueden ser expresadas como sentimientos, por ejemplo la necesidad de sentirse aceptado, integrado, respetado e importante. Mientras todos los humanos comparten estas necesidades, cada uno difiere en la intensidad de la necesidad, así como algunos necesitamos más agua, más alimento o más sueño. Una persona puede necesitar más libertad e independencia, otra puede necesitar más seguridad y conexiones sociales. Una puede tener una mayor curiosidad y una mayor necesidad de comprensión, mientras otro está complacido de aceptar lo que sea que se le haya dicho.

La adolescencia es una etapa muy compleja en la vida de una persona en la que la autoestima juega un papel muy importante. Durante esta etapa de la vida, las relaciones con las demás personas son esenciales. En la adolescencia, también es muy importante la necesidad que tiene el joven chico o chica de sentirse aceptado, de formar parte de un grupo, empieza a hacerse muy fuerte su necesidad de agradar de sentirse atractiva o atractivo a las personas del sexo opuesto, se inicia una relación de pareja (relación: hombre-mujer, mujer-hombre) como infraestructura relacional muy valiosa para iniciar la juventud y después la adultez, lo cual concuerda con lo que dice Erickson, los jóvenes necesitan intimar con otra persona, compartir pensamientos y sentimientos, el adolescente da a

conocer su propia identidad, ve su reflejo en la persona amada y es capaz de clarificar su yo.⁹⁴

Por lo anterior, es en la etapa de la adolescencia cuando más susceptibles se encuentran los jóvenes con necesidades que suelen ser muy importantes para su vida, principalmente la necesidad de ser aceptado por otras personas.

b) Antes de la enfermedad

En esta categoría los entrevistados refirieron no poder y no sentirse aceptados por las personas que le rodeaban.

2.1 Aceptación de las personas

Uno de los problemas de mayor magnitud que se destacan en las narraciones de los entrevistados es la *necesidad emocional de aceptación* en la sociedad. Una necesidad es un deseo para una persona,⁹⁵ es decir una sensación de carencia unida al deseo de satisfacerla y que ella necesita para poder vivir.

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...De no sentirme integrado a un círculo social, donde el cuerpo y la cara bonita es el primer elemento para que tu encajes...en el momento de yo cambiar físicamente para ellos fui aceptado, empecé a tener novia, pero sin darme cuenta que yo me estaba quitando la vida poco a poco.

“...para mí es el rechazo de la misma sociedad a mi persona, yo querer encajar en un cuerpo nuevo pésele a quien le pese, más bien a cualquier precio, dar casi, casi mi vida...”

Beatriz

“...yo me sentía cohibida, sentía que no podía tener una conversación normal con ellas pero no sabía por qué, más bien, si sabía, pero no quería darme cuenta era que me sentía fea y gorda, y recuerdo que trataba de sumir la panzota cuando estaba con ellas pero ¿como la iba a ocultar? mis amigas,... te repito eran delgadas estaban bonitas tenían mucho pegue yo sentía que a mí nadie me volteaba a ver,..”

Cecilia

“...más que nada estaba obsesionada por el peso, no sé,... porque tal vez para estar bien con los demás, de que no me estuvieran diciendo como me veía o que me veía mal, porque me decían hay como que te empiezas a ver más llenita y cosas así principalmente mis amigas,..”

En estas vivencias narrativas, la autoestima jugó un papel muy importante, ya que la valoración que el adolescente tenía sobre sí mismo era muy importante para determinar la valoración que tenían los demás hacia ellos.

Sin embargo, a pesar de lo importante que es la autoestima durante la adolescencia, es habitual que muchas chicas y chicos no tengan una autoestima muy alta, debido a que es una fase crítica marcada por la exaltación recíproca del conflicto interno y la organización social,⁹⁶ en el que las relaciones con las demás personas pueden producir un efecto muy significativo sobre la autoestima.

Dicho de otra forma, si un adolescente no se siente aceptado por su grupo de amigas o amigos o no se siente atractivo para el sexo opuesto, tiene muchas probabilidades de no saber afrontar la adolescencia y desarrollar una baja autoestima. A menudo, problemas simples y típicos de la adolescencia podrían afectar mucho a algunas personas debido a que ven truncada su necesidad de sentirse aceptados y valorados por los demás y que pueden desarrollar enfermedades diversas, entre ellas las de tipo alimentario.

Otro factor que hace que la autoestima juegue un papel muy importante durante la adolescencia es que la adolescencia es una etapa en el que la persona necesita construir gran parte de su identidad, esto concuerda con lo que menciona Muuss quien describe a la adolescencia como el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta o autónoma.⁹⁷

Por un lado, necesita sentirse parte y ser aceptado pero también necesita diferenciarse y construir una identidad propia y distinta a la de los demás. Sin embargo, una persona con baja autoestima seguramente no querrá mostrarse como es por miedo a ser rechazada. Por ello, es posible que pueda construir su identidad no con base a lo que es, sino con base en lo que los demás esperan que sea, para así poder ser aceptado.

Por otro lado muchas veces los adolescentes se encuentran tan confundidos y en busca de esa personalidad, tratan de buscar fuera del hogar, lo que no han tenido ni encuentran en este, amor, comprensión, que alguien los escuche, sienten la necesidad de ser aceptados por algún grupo que lo haga.

Entonces ellos se frustran, así como cualquiera de nosotros lo hacemos cuando nuestras necesidades no son satisfechas adecuadamente. Ellos muestran sus frustraciones en sus actos de diversas maneras que típicamente son vistas como "mal comportamiento". Entre mejor identifiquemos sus necesidades únicas y las dejemos satisfechas, serán menores los problemas de comportamiento.

Con respecto al comentario hecho por una de nuestras entrevistadas (Cecilia) a que en alguna ocasión trató de cortarse las venas. Una de las cosas que los adolescentes están haciendo es cortándose las venas y que parecen tener en común, es que están extremadamente aburridos en la escuela, así como emocionalmente desatendidos, demasiado controlados o maltratados en casa. Como fue en el caso de estos jóvenes, donde fueron aparentemente olvidados, desatendidos y criticados por su propia familia, y sentirse inaceptados por ésta.

En estas familias disfuncionales son las necesidades emocionales las que no fueron satisfechas la mayor parte del tiempo. Por lo que es necesario estar más alertas de estas necesidades emocionales como primer paso hacia la ayuda entre unos y otros para satisfacerlas adecuadamente. Ya que el hombre tiene la necesidad de relacionarse de agruparse formal o informalmente, de sentirse querido. Estas tienen relación con la necesidad de compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social.

Dentro de estas necesidades tenemos la de comunicarse con otras personas, la de establecer amistad con ellas, la de manifestar y recibir afecto, la de vivir en comunidad, la de pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de él, entre otras.

c) Durante la enfermedad

Una vez que los adolescentes, comenzaron a adelgazar, refieren haber sido aceptado por las personas que los rodeaban.

2.2 Aceptación

Los entrevistados refirieron causar admiración en las demás personas por su nuevo aspecto físico y fueron *aceptados*. Como se mencionó al principio de la categoría la aceptación implica la integración un “considerar como propio”, como habitual y que no es cuestionado.

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...la gente se te queda viendo, por decir por ejemplo, te queda súper bien chala, chala, oyes estabas súper gordo y ya estas súper flaco, ya

sientes admiración, que te vea la gente en la calle, y que los amigos te digan, te ves ya muy guapo, que bueno que ya adelgazaste esos son así los momentos guau...”yo me sentía gordo porque iba hacer el ridículo si me paraba yo alguna fiesta o antro por la cuestión de cómo estaba y de cómo la gente me iba a ver eeh!...pero ellos de repente me empezaron a invitar a fiestas...”

“...ya tenía novia, ya podía compartir con ella, ya podía salir con ella a la calle y que no solamente la chulearan a ella sino que también me chulearan a mí...”

Beatriz

“...todo por querer estar delgada o flaca más bien, querer que los demás me admiraran y yo parecerme a otras personas, para que me aceptaran y ya vez te repito, me funcionó y muy bien pues empecé a tener novio, amigos...”

Cecilia

“...cuando veía a mis compañeras y veía que tenían un cuerpo más bonito que yo, creo que más que nada era para atraer a los chicos...”

Es característico que las personas se interesen por su imagen, por la belleza exterior de su cuerpo, pero no se preocupan o se preocupan muy poco por su funcionamiento, están descubriendo y aprendiendo sobre sus cambios físicos y emocionales, al mismo tiempo enfrentan los cambios corporales de la adolescencia: lo que concuerda con la teoría de Allison Davis, respecto a la importancia de la ansiedad adaptativa en el proceso de socialización, para el desarrollo de un proceso continuo de aprendizaje, en donde se utiliza la intimidación y el castigo de conductas socialmente aceptables en determinadas clases sociales, y consiste en la comprensión de los efectos del aprendizaje social sobre el desarrollo del adolescente.⁹⁸

d) Discusión de los hallazgos sobre la necesidad de sentirse aceptado

Con base en lo anterior, se puede ver cómo estas personas además de tener un autoestima baja, lo que necesitaban era que alguien los tomara en cuenta, los volteara ver, los valorara, les diera ánimo, y donde la falta de todo ese amor, cuidado, cariño y críticas en el hogar, provocó que tuvieran que buscarlo fuera, a través, de comportamientos autodestructivos como fue; el dejar de comer para agradecerles a los demás y sentirse valorados, admirados, queridos e importantes.

Lo anterior concuerda con un estudio cualitativo, realizado por Unikel, y Gómez (2004), en un primer momento para detectar factores explicativos asociados con el desarrollo de los TCA, donde detectaron, factores individuales (conductas alimentarias, historia del peso corporal, vida académica relaciones de pareja y violencia), como parte de los factores psicosociales identificaron (autoestima, imagen corporal, depresión, personalidad, identidad y sexualidad), los aspectos socioculturales (relaciones interpersonales, vocación y valores en torno al cuerpo).

Cabe aclarar que en esta investigación se encontró que la falta de cariño, cuidados, aceptación, y las críticas que sufrieron estas durante su infancia, por parte de la familia (madre), fue lo que las condujo a la necesidad de ser aceptadas, valoradas y admitidas en otros grupos donde encontraron felicidad transitoria.

Categoría 3: Sentimientos asociados al hecho de sentirse gordo y rechazado

a) Fundamentación

Los sentimientos asociados al hecho de sentirse gordo y rechazado surgen como una reacción inmediata de la persona ante una situación que le es favorable o desfavorable.⁹⁹ Se pueden generar reacciones afectivas ante circunstancias imprevistas por los eventos de la vida diaria, y que pudieran representar modos eficaces de adaptación a ciertos cambios de las demandas ambientales, alterando la atención, y la conducta, para establecer la posición con respecto al entorno, impulsando hacia ciertas personas, objetos, acciones, ideas y alejándose de otras.

De acuerdo con otros autores, los sentimientos son un sistema de alarma que nos informa sobre cómo nos encontramos, qué nos gusta o qué funciona mal a nuestro alrededor con la finalidad de realizar cambios en nuestras vidas. Una buena percepción implica saber leer nuestros sentimientos y emociones, etiquetarlos y vivenciarlos. Con un buen dominio para reconocer cómo nos sentimos, establecemos la base para posteriormente aprender a controlarnos, moderar nuestras reacciones y no dejarnos arrastrar por impulsos o pasiones exaltadas.¹⁰⁰

La persona que sufre un trastorno alimentario presenta una serie de características que, aunque evidentemente pueden variar mucho de unas a otras, tienen varios puntos comunes, entre ellas, se encuentran los sentimientos que suelen ser muy negativos.

Algunos autores manejan que la familia es una pieza clave en la prevención de estos trastornos, ya que es el lugar donde se presentan los primeros síntomas, (que están sintiendo) siendo así el lugar principal donde se pueden detectar y prevenir. Por ello, es muy importante la calidad de las relaciones dentro de la familia. Hay que buscar y mantener una comunicación fluida entre sus miembros que ayude a detectar pequeños conflictos que vayan surgiendo, e ir poniendo

palabras a los sentimientos y necesidades de cada uno. Así, los jóvenes irán conociendo sus propias capacidades y limitaciones personales.

b) Antes de la enfermedad

De acuerdo a las narraciones de los entrevistados que presentaron la anorexia, suelen tener diversos sentimientos, entre los que de destacan: la soledad, el rencor hacia su familia, la inadecuación y la desesperación, que les causa confusión, presión, depresión, angustia y no les permite ver lo que se están generando hacia sí mismos; este trastorno suele ser sólo un síndrome de la sociedad, opulenta y solvente en la que encontramos la moda de la delgadez, divulgada de diversas formas

3.1 Soledad

De acuerdo a las narraciones de los entrevistados que presentaron la anorexia, suelen tener diversos sentimientos, entre los que de destacan: *la soledad* que sentían por no tener la atención, amor y cuidados de su padres, desde su infancia y sentir que los necesitaban.

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...siempre me la pasaba con mis abuelos nada más, eh!... la ayuda de las tereas era muy independiente, desde chavo desde la primaria, secundaria eh!... ¡sí, llegó a revisarme dos o tres veces las tareas pero hasta ahí,.. Posteriormente se fue deteriorando con la llegada de mi hermana, comprensible porque obviamente necesitaba más apoyo mi hermana que yo, de ahí se dio una grieta, una ruptura en la relación

sentimental... esa relación ya no era la misma, y entonces eso si fue un shock para mí, entonces este eh!....”

Beatriz

“...Mi mamá siempre ha sido la que ha trabajado para sacarnos adelante a mi hermano menor y a mí, mis abuelos la han ayudado mucho, ella es contadora trabaja en un banco. Siempre nos ha dado todo lo que necesitamos, aunque la mayoría de veces era muy poco tiempo el que pasábamos con ella...”

Cecilia

“...porque no tenía mucha comunicación con mi mamá, en ese momento sentía que la necesitaba pero ella siempre estaba ocupada en cosas...”

La soledad suele definirse como una carencia voluntaria o involuntaria de compañía o bien como un pesar, una melancolía por la usencia, muerte o pérdida de alguna persona.¹⁰¹ Con lo anterior, se destaca la soledad que ellos pasaron durante este periodo de niñez y adolescencia, en el que necesitaron el apoyo, tanto materno como paterno, donde ellos fueran cuidados, apoyados, escuchados, comprendidos. Considerándose a ésta como soledad emocional o ausencia de una relación intensa con otra persona (madre) que les produjera satisfacción y seguridad, la cual sólo les ocasionó angustia, depresión.

Lo anteriormente nombrado conforma un marco social que es indispensable para que se diera la anorexia, pero no suficiente. La sociedad (familia) predispone para que aparezca esta patología, pero es necesario que se den otros factores personales, familiares y contextuales, como el siguiente:

3.2 Resentimiento por la familia

De acuerdo a las personas entrevistadas sintieron rencor hacia su familia, por haberlos agredido verbalmente con críticas y burlas hacia su persona, y por haberlos abandonado durante su crecimiento sobre todo en el aspecto emocional.

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...era una burla constante por parte de mi familia, por parte de tíos, de amigos eh!...Resentimiento, resentimiento con mi familia, con esa sociedad que me llegó agredir, eh!...”

Beatriz

“...recuerdo un día mi mamá preparo plátanos fritos no los quise porque tenían mucha grasa entonces mi hermano se enoja mucho y me dijo cómetelos al fin que estas gorda! Eso para mí fue como si me hubieran echado agua helada, sentí algo dentro de mí no sé que fue, esa noche no pude dormir...cuando mi hermano me hablaba o mi mamá sentía un coraje no los soportaba... Coraje, odio conmigo misma, soledad, tristeza, agresividad con mi familia...”

Cecilia:

“...Sentimientos de primero rencor hacia mi papá, rencor hacia mi mamá (llora) después no sé cómo decirlo... que lo que más necesitaba más que nada era platicar con mi mamá y que se acercara a mí, sentía mucho rencor hacia mi papá por habernos dejado porque por su culpa mi mamá no estaba mucho conmigo, ya no era tan feliz como antes am...”

De acuerdo a lo anterior podemos mencionar que, su familia fue una de las principales causantes de que ellos desencadenaran el trastorno de la anorexia y que les provocó este comportamiento.

El rencor o resentimiento, puede llegar a tener su raíz en algún hecho de la infancia y continuar durante la adolescencia, como fue el caso de estas personas.

El rencor es definido como resentimiento arraigado y tenaz;¹⁰² es decir, estar resentido o dolido con alguien por alguna razón, y que esto puede afectar la vida de la persona, porque trae sentimientos de infelicidad y hostilidad que enferman.

Generalmente es en el seno familiar donde cultivamos lo humano del hombre, donde se aprende a pensar, a profundizar, a reflexionar. Es en el ámbito de la familia donde el hombre aprende el cultivo de las virtudes, el respeto, el amor, la honradez, la generosidad, la responsabilidad, etc. La familia nos invita a ser creativos en el cultivo de la inteligencia, la voluntad y el corazón, para poder contribuir y abrirnos a la sociedad. El amor de la familia debe transmitirse a la sociedad, sin embargo en la actualidad, y a través de estas narraciones, se puede ver que muchas veces la familia, no es el mejor lugar para generar todos estos valores y es el principal detonador para que los adolescentes presenten conductas inadecuadas que les pueden causar la muerte como es el caso de la anorexia si no son atendidos oportunamente.

3.2 Comparación con otros

Estos jóvenes en su adolescencia carecieron de amor, atención, consejos en el entorno familiar por lo que cuando estaban con otras personas ajenas a este, tuvieron la necesidad de *compararse*, y crearse una visión negativa de ellos mismos con respecto a los demás.

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...pero cuando uno va creciendo que entra a la secundaria, a la preparatoria, yo seguía teniendo sobrepeso eh!.... Nadie te voltea a ver, nadie te hace caso eh!... ves a tus amigos flacos, que les queda cualquier tipo de ropa eh!... pues eso si empieza hacer ruido en mi,..”

Beatriz

“...cuando entre a prepa,...fíjate, fue hasta entonces que yo recuerdo que al ver a las demás chavas flaquitas yo me empecé a ver muy fea, pero muy fea,... fea, fea, fea.... Me veía defectos por todos lados... mi ambiente fue otro completamente, otro yo veía a muchas chicas en....grupo a todas las veía bonitas y delgadas...”

Cecilia

“...porque no sé,... de hecho como que,... no me sentía bien conmigo misma, de mi cuerpo, ni nada de eso, de ver a todas las chavas que tenían bonito cuerpo y eso, para mí,...para mí ¡la belleza es muy importante!...”

“...mis caderas no me gustaban, me veía hinchada, tenía pancita, esa pancita me hacía sentir que tengo que bajarla porque no la quiero...”

Las relaciones y convivencia con amigos y compañeros de su colegio y su entorno, tuvieron que ver en su carácter, comportamiento y pensamientos de estos jóvenes. En una primera fase de aprendizaje, vivida en su hogar, a otra fase de experimentación, en la que compartieron experiencias con sus amigos, y compararon las diferencias; con las vivencias que ha experimentado. Cada ser, puede conservar o rechazar las cualidades y defectos que ha observado en los seres que le han rodeado, confirmándose y asegurándose de este modo.

Este trastornos de la alimentación vinieron acompañados de sentimientos de culpa, tristeza, inadecuación, rechazo social, dificultades en las relaciones tanto con amigos y familia, etc. incluso autolesiones o ideas suicidas (caso de Cecilia) por la constante desesperación y obsesión por bajar de peso.

3.4 Desesperación

De acuerdo a las entrevistas, estos jóvenes vivían y sentían una constante *desesperación* por querer bajar de peso y tener un cuerpo como ellos deseaban y de ver que sus sacrificios no tenían efectos positivos de acuerdo a su propia percepción.

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...Te sientes una cucaracha, te sientes más bien... hay....un gordo una persona frustrada, una persona sin autoestima, una persona que sientes en esos momentos, es que yo tengo la solución en mis manos, necesito fuerza de voluntad.... ¡Ay! yo le aclamaba a Dios, yo sí le decía ¡por favor adelgázame!, o ¡por favor! dame algo para adelgazar yo no quiero...Sí, era ya una desesperación constante, más de la maldita presión familiar, el de la maldita presión de los amigos de cómo te, de cómo te orillan a hacer tal cosa... bueno no me ponían una pistola en la cabeza obviamente, pero con el simple hecho de yo sentir las palabras de gordo, de panzón...”

Beatriz

“...no tenía sueño, me retorció en mi cama pataleaba de coraje, porque me sentía gorda, fea, una ballena, y cada vez me veía y me veía más y más defectos, recuerdo que yo rogaba al cielo que me ayudaran o sea,

era tanta mi desesperación, pero ya no sé... era bajar de peso era no sé... que era, pero era algo difícil muy difícil..."

"...nunca me iba a ver como yo quería, y creo que eso fue un error porque nunca me pude ver flaca aunque ya lo estaba, eso me causaba depresión, enojo, desesperación, muchas cosas que no me podía explicar..."

Cecilia:

"...Me hizo sentir que no me aceptaba yo misma que no, no... me veía en el espejo una persona que nadie la quería, incomprendida que a nadie le importaba, quería bajar de peso..."

Por lo anteriormente descrito, con frecuencia la desesperación es definida como la pérdida total de la esperanza, es decir existe una alteración extrema del ánimo causada por despecho o enojo.¹⁰³ No es una decisión que hacemos directa y voluntariamente, pero sí existieron decisiones en el pasado que los debilitaron y que conforme fueron creciendo antes de enfrentar la crisis.

La desesperación, que pasaron estos adolescentes, para llegar a perder peso fue debido a la pesadumbre, el dolor, el amargo sentimiento que ocasionaron la ignorancia (emocional) de todas esas gentes que los orillo a que llegaran a padecer la anorexia por sus constante violencia verbal.

c) Durante la enfermedad

Durante el transcurso de su enfermedad, los entrevistados nuevamente presentaron un sentimiento de soledad, al comenzarse alejar de las personas y estas de ellos pero también una vez identificada la enfermedad contaron el apoyo de su padre para recibir un tratamiento y superar la anorexia.

3.5 Soledad

Durante el transcurso de su enfermedad, los entrevistados nuevamente presentaron un sentimiento de *soledad*, al comenzar por alejarse de las personas y estas de ellos. De acuerdo con el diccionario de MOSBY medicina enfermería y ciencias de la salud,¹⁰⁴ también se puede definir la soledad como un estado subjetivo en el cual un individuo está en riesgo de experimentar una disfonía vaga, existen factores de riesgo como son: privación afectiva, aislamiento físico, privación emocional y aislamiento social.

Cuando estos jóvenes en su adolescencia ya tenían el trastorno, todo lo que deseaban era estar solos, que nadie los molestara, la poca gente que habían logrado atraer hacia ellos por su bajo peso, ahora se empezaron alejar de ellos no sólo por su carácter agresivo que presentaron, sino porque ellos ya no deseaban ese cariño, aceptación, admiración, tanto de familia como de amigos, lo que en ellos los hacía sentir mejor ahora, era la soledad.

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...represento un chavo que no quería ser, pues porque... Me la pasaba encerrado en mi cuarto, ya no quería que me hablaran, (se tapa la cara y hace un movimiento de manos de arriba hacia abajo) me apartaba, si eran el intermedio de clases mis amigos se quedaban a platicar y yo me apartaba lo más que se pudiera y me iba o me ponía en un lugar donde nadie me conociera, ya fue el momento crítico...”

Beatriz

“...me pesaba cada media hora, yo creo o era mucho, siempre me la pasaba enojada con todos eh...sin excepción, hay yo solo quería que

me dejaran en paz, quería estar sola, ya no quería ir a la escuela, llegaba a mi casa y me encerraba...”

Cecilia

“...me empecé alejar de todos y dejé de tener amistades y eso, por lo mismo de que ya no quería hablar con nadie y entonces, creo que no me sirvió de nada (se ríe y me voltea a ver moviendo la cabeza diciendo no) al contrario me afectó en muchas cosas, la soledad, dejé de tener amigos...soledad más que nada, lo mismo es que ellos nunca me entendieron, y a la única que le tenía confianza tenía lo mismo que yo...”

Con lo anterior podemos afirmar que la soledad, fue la mejor aliada de la anorexia en estos jóvenes, o quizás la peor de las enemigas, pues estando en soledad, no tuvieron vergüenza de no comer o comer en público, pues recordemos que la anorexia se divide en dos grupos: la de tipo restrictivo y la de tipo purgativo.

3.6 Apoyo familiar

También cabe aclarar en esta categoría, que cuando fue detectada la enfermedad; Álvaro y Beatriz tuvieron el apoyo de su familia, principalmente el de su madre, por lo que ellos tuvieron fuerzas para seguir adelante y se sintieron queridos, comprendidos y valorados.

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...Esta enfermedad empezó a llamar más la atención después de que se entero mi mamá, sí me sentía un poco más... no sé cómo decirlo más comodín, y yo creo que fue uno de los motivos, por los que yo agarré la terapia, sino, no hubiera agarrado absolutamente nada...”

Beatriz

“...me sirvió para valorar mi vida, lo importante que soy para mi familia, ya que me brindaron su apoyo en el momento que lo necesité al enterarse que padecía esta enfermedad y durante el tratamiento... mi mamá ya estaba ahí junto con otros tíos...”

Como se puede analizar estos dos adolescentes recibieron atención y con apoyo de sus familias (madre) fue más fácil su tratamiento, además cabe aclarar que tanto la mamá de Álvaro como de Beatriz, son dos madres profesionalmente preparadas, por lo tanto, es entendible que su trato con sus hijos fuera el más adecuado. Sin embargo, las necesidades básicas de los niños y las niñas son múltiples y cambian a medida que crecen: son evolutivas. Los padres para dar satisfacción a las mismas, deben disponer no sólo de recursos y capacidades, sino también de suficiente flexibilidad como para que sus repuestas se adecuen a cada etapa del desarrollo de los hijos.

En el caso de Cecilia fue todo lo contrario, su familia pertenece a una clase baja, su madre no recibió una carrera profesional, y por tanto, su educación, su bagaje cultural y los valores son totalmente diferentes a los de las mamás de Álvaro y Beatriz. Por ende, cuando la familia de Cecilia se enteró sobre su enfermedad, no tuvieron otra reacción más que insultarla diciéndole que “estaba loca y que sólo lo hacía para llamar la atención”.

En voz de la entrevistada:

Cecilia

“...todos en mi familia me decían que estaba loca que sólo lo hacía por llamar la atención pero ...creo que me sentí despreciada por los que en verdad necesitaba de su ayuda, que a la vez no les importaba lo que me pasaba (llora) y que no me comprendían porque ellos nunca me preguntaban nada...”

Aunque después, su madre recibió la información por parte de los maestros de la escuela donde estudiaba Cecilia, comprendió y apoyó a su hija.

En voz de Cecilia

“...hablé con las psicólogas de la secundaria y ella habló con mi mamá y me puso frente a frente con ella y le tuve que contar todo y este, fue cuando ya empezó a cambiar conmigo y ya hablábamos más y eso...”

Con base en esto podemos mencionar, que tan importante es que los padres tengan una mejor formación educativa, para que su bagaje cultural de conocimientos sea más amplios y que cuando se lleguen a presentar este tipo de problemas con los hijos puedan de alguna manera identificar y saber cómo actuar ante situaciones tan desconcertantes por las que puede pasar no sólo los hijos sino también ellos, y no caer en situaciones de desconcierto lo que hace que tengan una actitud sumamente negativa como fue en el caso de la mamá de Cecilia.

La educación tanto en el ámbito familiar como social ayudar a las personas a desarrollar actitudes y capacidades y adquirir conocimientos que les permitan tomar decisiones fundamentadas en beneficio propio y de los demás, ahora y en el futuro, y a poner en práctica esas decisión.¹⁰⁵

d) *Discusión de los hallazgos sobre sentimientos al hecho de sentirse gordo y rechazado*

Con lo anterior, se demuestra que tan importante es la familia (madre) de estos adolescentes, desde su infancia. Donde todo lo que ellos necesitaban eran cuidados físicos, pero sobre todo emocionales, donde estuviera presente el amor, la comprensión, los consejos, los valores, y la cultura que les pudieron haber

inculcado para evitar caer en este tipo de enfermedad alimentaria como fue la anorexia.

Situación que se asemeja a lo encontrado Por Unikel, y Gómez (2004) Cuyo propósito fue construir y validar un instrumento para la detección de factores de riesgo asociados con los trastornos de la conducta alimentaría en mujeres mexicanas adolescentes y adultas jóvenes. Encontrando que el factor que obtuvo mayor consistencia interna fue el afecto positivo, en el cual se conjuntaron preguntas sobre los aspectos positivos de la relación con los progenitores, en cuanto a la expresión de afecto e interés por las actividades de la hija.

En esta investigación se encontró que estos adolescentes experimentaron soledad desde la infancia y aun después de haber desarrollado anorexia. Por lo tanto, el significado que ellos principalmente le dan a este, es el de “soledad”, no sólo como el detonador del desarrollo de la enfermedad sino como resultado de haberla padecido.

Categoría 4: Comportamientos auto lesivos

a) Fundamentación

El comportamiento es definido como la reacción de una persona, ante el resultado de su propia experiencia individual,¹⁰⁶ es decir, este comportamiento es la manera de proceder que tienen las personas con su entorno o mundo de estímulos, puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, según las circunstancias que lo afecten.

De acuerdo con lo que se ha venido analizando en las narraciones de los entrevistados, se puede decir, que la anorexia pueden ser considerada una enfermedad donde existe una adaptación al medio social, que intenta ser compensada mediante una serie de comportamientos patológicos vinculados a la alimentación y a una preocupación excesiva por el propio cuerpo, ligados sobre todo a una presión sociocultural.

Es en la adolescencia cuando los jóvenes atraviesan un momento difícil, en el que la rebeldía, el inconformismo, la crisis de identidad multiplican los conflictos. Para la mayoría de los jóvenes, estos años de adolescencia sirven para complementar su desarrollo y para preparar el desempeño de futuros roles sociales, pero también es cierto que son años de crisis, falta de identidad, e inestabilidad para muchos otros. Toda transición conlleva a una serie de cambios en la que la mayoría de los jóvenes se adaptan de una forma más o menos satisfactoria, pero también provoca trastornos del comportamientos en algunos.¹⁰⁷

Actualmente los jóvenes van ocupando progresivamente un papel más importante en la sociedad, al tiempo que también pueden convertirse en una preocupación, en parte, por la falta de definición de su rol individual y social, y por otra parte los comportamientos socialmente inadaptados que algunos de ellos desarrollan.

Aunque aparentemente la mayoría de ellos tienen comportamientos normales y socialmente adaptados, es por su propia normalidad cuando no destacan y en consecuencia, son difíciles de percibir por la sociedad, es decir porque no siempre se sienten aceptados por ésta.

Sin embargo, existen otros comportamientos que producen alarma a la sociedad, donde los medios de comunicación hacen eco de estos, donde la sociedad los conoce y se preocupa por los mismos.¹⁰⁸

Generalmente, los comportamientos que desarrollan las personas, unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud, pues causan la mayoría de las enfermedades. Entre los más importantes encontramos: consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol y, ejercicio físico, estrés, dieta, higiene personal, manipulación de los alimentos, y otras drogas.

b) Antes de la enfermedad

Entre los principales comportamientos que fueron comunicados por los entrevistados fue primeramente la restricción de toda la comida, el consumo de tabaco, alcohol para evitar el consumo alimentario y en uno de los casos (Cecilia), intento de suicidio.

4.1 Restricción de la comida (dieta)

Entre los principales comportamientos que fueron reportados por los entrevistados fue primeramente la *restricción de toda la comida*, lo que implicaba más que nada, hacer dieta para perder peso y no precisamente hacer ejercicio físico. Se trataba de comportamientos alimentarios extremos: por ejemplo, dietas que nunca terminaban y que gradualmente, se volvían más estrictas.

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...para mi comer implicaba engordar de nuevo y me iba hacer el buey que había dejado atrás, ya no quería llorar, además... yo decía es que tu no vas a poder conmigo como yo reclamándole a la comida...llego el momento en que deje de comer para que no tuviera nada en el estomago, tomaba agua...”

Beatriz

“...pero no me importaba yo sólo quería adelgazar como ya te había comentado, pero frente a ellas siempre comía una manzana, una pera, fruta, pero sólo para que no me dijeran nada,.. Tomaba mucha agua a veces hasta tres o cuatro botellas de a litro al día, pues eso me quitaba las ganas de comer...”

Cecilia

“...no comía en la escuela, siempre estaba tomando agua, agua y agua mmm... en mi casa no mucho y después, ya llegaba y tampoco comía y si comía muy poquito y poca grasa, nada de grasa...”

Se puede analizar que el estilo de vida, los hábitos de vida o forma de vida fue un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollaron estas las personas, que padecieron la anorexia, comportamientos que no fueron saludables y nocivas para la salud, conforme aumentaba su dieta, aumentaba más su enfermedad.

4.2 Consumo de tabaco y alcohol

Entre los comportamientos más importantes que afecto la salud, en los entrevistados, se encontró el consumo de sustancias tóxicas. En el caso de Álvaro y Beatriz uno de los comportamientos que ellos tuvieron fue el consumo de alcohol

y tabaco como sustituto de la comida, ya que estas sustancias les ayudaban para no tener hambre.

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...llegó el momento en que dejé de comer para que no tuviera nada en el estómago, tomaba agua, llegué a tomar hasta alcohol, algo que me quitara esa hambre que tenía y que yo no volviera a tragar...”

Beatriz

“...tomaba mucha agua a veces hasta tres o cuatro botellas de a litro al día, pues eso me quitaba las ganas de comer, después comencé a fumar, eso también me ayudaba a no tener hambre...”

Estos adolescentes en su afán de conseguir una delgadez, encontraron una solución que les evitara no tener hambre y dejar de comer como fue el uso de estas drogas, las cuales se han convertido en otro problema que también preocupan a la sociedad, debido a que cada día se constata, que no se trata de un problema de zonas marginales sino que afecta a toda la comunidad, en especial a la población más susceptible como son los jóvenes. El tabaco y el alcohol son drogas socialmente aceptadas. El *Centro de Prevención de las Drogodependencias* define a la droga como toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, y disuelta en la sangre, puede modificar una o más funciones de éste.¹⁰⁹ Como fue en este caso, donde estos jóvenes no tenían hambre cuando la consumían.

4.3 Intento de suicidio

Otro tipo de comportamiento que se pudo identificar en uno de los tres casos fue el de Cecilia, quien a menudo se cortaba las muñecas intentándose suicidar.

En voz del la entrevistada:**Cecilia**

“...una vez me intenté suicidar pero nadie se enteró me empecé a cortar aquí (se señala ambas muñecas) hasta que yo le empecé a contar a mi mejor amiga y ella me decía que no lo hiciera, sólo a veces cuando me peleaba con mi mama agarraba cualquier cosa y me empezaba a rasguñar o cosas así...”

La autolesión suele definirse como un comportamiento socialmente inaceptable en el que uno se aplica una lesión hacia su propio cuerpo sin una intención de suicidio. Es decir consiste en hacerse un daño físico como método de alivio al sufrimiento.¹¹⁰ A veces el dolor psicológico se hace tan difícil de manejar, que se opta por dañar al cuerpo en un intento de controlar la situación. A menudo se ve en las personas con anorexia (una enfermedad en la cual la persona tiene la obsesión de bajar de peso, hacer dietas y ven una imagen deformada de su cuerpo en la que ella o él, ven gordo su esquelético cuerpo). Una de las cosas que la autolesión ofrece a los jóvenes, es el sentimiento de control de algo en su vida y temen perderlo si revelan su secreto.¹¹¹

El comportamiento de agresión puede llegar a ser intencional que afecta la integridad de la persona. La agresión sería causada por estados emocionales negativos (miedo, frustración, odio, etc.), o por refuerzos cognoscitivos (ventajas obtenidas por la agresión). Las influencias de las interacciones sociales y del contexto cultural serían preponderantes en el aprendizaje y el desarrollo de este comportamiento. Esto concuerda, con lo que describe Kurt Lewin, en su teoría donde explica la dinámica de la conducta del individuo adolescente, sin generalizar con respecto en ellos considerándolos como un grupo. Y define a la adolescencia como el periodo de transición de la niñez a la edad adulta, la cual se caracterizada por cambios profundos, rápidos y trascendentales que influyen en la

diferenciación del espacio vital, en comparación con la etapa infantil. Donde el individuo entra en la etapa cognoscitiva no estructurada que le provoca inseguridad en la conducta.¹¹²

c) Durante la enfermedad

Con respecto a esta cuarta categoría, podemos mencionar los entrevistados refirieron entre los principales comportamientos, el ocultamiento de su enfermedad, y su negación al tratamiento

4.4 Ocultamiento de su enfermedad

De acuerdo a las narraciones se pudo identificar que estas personas no tenía otro deseo más que “ser delgados”, por esto mismo lo que hacían era ocultar su enfermedad, no deseaban que nadie se diera cuenta, porque si lo hacían, o si ellos le llegaban a contar a alguien, los volverían hacer que comieran y eso les provocaba miedo a volver a ser gordos y rechazados. En la ocultación, el adolescente que desarrolla un trastorno de alimentación, especialmente en sus primeras fases, oculta los síntomas ya que desea mantener el refuerzo social y personal. Esto hace que la detección y el diagnóstico sean tardíos, lo que dificulta la intervención.¹¹³

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...yo dejé de comer en su totalidad eh!.. ¿Cómo ocultaba esto? Porque sí lo llegué a ocultar con mi mamá... Porque obviamente me iban a meter con médico y esos me iban a dar de comer y la comida para mí implicaba engordar de nuevo, no quería volver a ser el buey que había dejado atrás...”

Beatriz

“...me llevaron a la enfermería, toda la escuela se dio cuenta, pero al final de cuentas sólo dijeron que tenía la presión baja, ese día tenía mucho miedo puesto que sentía que ya me habían descubierto, ya que me llevaron un platisísimo... de fruta y dos quesadillas, hay en ese momento, sentí mucho coraje porque me hicieron comer todo, o sea en ese momento quería golpearlas sacarme la comida y aventárselas, me sentía sucia porque todos lo que había bajado de peso lo iba a subir en ese momento...”

Cecilia

“...este...empecé por ocultar que ya no comía...me preguntaron que porque no comía, y eso también porque no comía en la escuela siempre estaba tomando agua, agua y agua mmm... en mi casa no comía mucho y después ya llegaba y tampoco ya comía y si comía muy poquito y poca grasa, nada de grasa de hecho sigo sin comer grasa...”

Este comportamiento de ocultar la enfermedad los conllevó a seguir empeñados en adelgazar, nuevamente por esa necesidad de aceptación, amor y atención que necesitaban de sus seres queridos (familia). Pero no sólo eso, sino que también, estaban tan obsesionados con la delgadez que no les importo nada, cuando fueron descubiertos y llevados a terapias, todo lo que tenían en su mente es “no comer para adelgazar”. Y la negación a su tratamiento

4.5 Negación al tratamiento

Otro momento de suma importancia es cuando los adolescentes no les importaban tener un tratamiento para recuperar su salud, por miedo a volver ser gordos y sin importarles lo que les pudiera pasar. Esta negación empieza con las primeras conductas de riesgo negando lo que le sucede a los demás y a sí mismo. La negación es la estrategia que encuentra para resolver la disonancia cognitiva

resultante de la discrepancia entre los riesgos que entrañan esas conductas para su salud y la valoración positiva que atribuye al hecho de estar delgada (y que consigue manteniendo esas conductas.¹¹⁴

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...pero yo nunca pensaba, es que si no comes, entonces cómo se va a nutrir tu cuerpo o ¿cómo me voy a concentrar en mis clases?, eso no me importaba lo que me importaba era adelgazar y punto...” cuando estaba con el tratamiento olvídame que yo dijera, es que las secuelas, como me decía el doctor, es que las secuelas que te puede traer esto y no sé que yo las metía por un tubo y por ahí las mandaba, puede pasar esto, puede pasar el otro, yo los juzgaba de locos, no me importaba yo quería estar delgado...”

Beatriz

“...casi un año en terapia, durante ese año para mí fue terrible, terrible, pues te imaginas, después de estar como tú querías y que de un de repente te hicieran comer para subir de peso, porque eso era lo que yo pensaba, en que iba a volver hacer la ballena de antes, en donde querían cambiar tu forma de pensar ¡Ay no!... eso me molestaba aun más, creo que en ese momento sólo los juzgaba locos, defendiendo lo mío lo que yo quería y nada más...”

Cecilia

“...me mandó una dieta para que supiera lo que debía comer, sin subir de peso ni nada de eso y para que ya no estuviera así, de no voy a comer nada, no voy a comer nada... pero yo en ese momento, lo que necesitaba era sólo estar con mi mamá y bajar de peso más que nada estaba obsesionada por el peso...”

Una vez más, podemos analizar que para estas personas entrevistadas su etapa de adolescencia fue muy difícil, fueron incomprendidos y lamentablemente, ignorados, abandonados, lo que los llevó a hacer dieta, consumir alcohol y tabaco, ideas suicidas (Cecilia) y que fue lesivo para la salud.

Todo esto se agravo, más aún, porque estaban completamente desorientados, alejados de sus familias. De ahí la importancia de la familia bien constituida, del amor y el apoyo de los padres, de la responsable orientación, de la calidad humana, de los amigos y, en general, de la sociedad en que el adolescente vive. Recordemos que la etapa adolescente suele ser para algunas personas la más difícil, donde se generan cambios no solo físicos sino también psicológicos, que muchas veces los conducen a pensamientos irreales, idealistas, fantasiosos de autoengaño y de comportamientos que suelen conducir a estos jóvenes a desarrollar diversas enfermedades como es la anorexia.

Estos adolescentes se aferraron a sus comportamientos hasta conseguir lo que más deseaban “adelgazar” como fuera posible, que les llegó a provocar la anorexia, por ocultar lo que les esta pasando y por querer defender sus ideas. Sin embargo tuvieron un tratamiento a tiempo que les desagradó y les costó mucho trabajo asimilarlo, pero que les ayudó para mejorar su salud no sólo física si no también psicológica.

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...Ahora veo esto como una verdadera estupidez que tienen una infinidad de chavos que quieren llamar la atención, que aparte de querer llamar la atención se sienten incomprendidos... yo ahorita ya lo veo de otra manera, porque ya lo pase, ya lo viví y sé lo que ellos piensan, en ese momento es más importante que lo que dicen los demás pero estar allí en ese proceso es lo peor que te puede pasar...”

Beatriz

“...ha sido lo peor lo que he pasado, y que no se lo desearía a nadie sobre todo, a las chicas que están en esa etapa de desarrollo o que están pasando por esa maldita enfermedad, y las comprendo porque yo, ya pase por eso y es difícil, muy difícil de explicar, de salir de eso de decir me pasa esto...”

Cecilia

“... el proceso fue demasiado difícil y después fue mucho peor ammmm...ya me siento mejor a pesar de todo lo que pase pues ya mejor, aunque todavía tengo así como que secuelas...”

Con todo esto cabe señalar lo importante que es, que estos adolescentes reciban un tratamiento oportuno, para evitar consecuencias más graves. Pero también es importante señalar que mientras este tipo de población no esté orientado sobre lo grave que puede ser desarrollar este trastorno, no se tendrá oportunidad de ese tratamiento por más difícil que sea este, y donde hay la necesidad de un equipo multidisciplinario para ofrecer la posibilidad de recuperación, pero sobre todo de prevención.¹¹⁵

d) Discusión de los hallazgos sobre los comportamientos auto lesivos

Los comportamientos que se vivieron antes y durante su enfermedad son reflejos una vez más del abandono que sintieron ellos desde su infancia. Desde el punto de vista de la antropología social, las reglas sobre lo que se considera una conducta aceptable, son definidas por los científicos sociales como normas y su importancia se juzga por la forma en que los miembros de una comunidad responden cuando ésta es trasgredida.¹¹⁶

Esta situación de comportamiento que se vivió, durante la patología se asemeja y concuerda con lo investigado por Marqués y Fernández (2008), quien exploró, la experiencia de las pacientes en el curso de la terapia familiar en Hong Kong, identificando un tema central el cual fue: El cuerpo anoréxico y el peso corporal como ocupante de todo su pensamiento con temor a volverse gorda. Sin embargo, esta situación también se contrapone con lo encontrado por Behar, et al.(2003) quienes identificaron en su estudio que las pacientes anoréxicas restrictivas estuvieron menos motivadas por adelgazar, tuvieron menos dificultades para distinguir sus propias sensaciones y emociones, mostraron menos sentimientos de ineficacia personal y rasgos de perfeccionismo.

Hallazgos que no concuerdan con lo descrito en la literatura especializada, la cual más bien, las perfila extremadamente orientadas hacia el logro de una delgadez que va más allá de los patrones socioculturales razonables, con alteraciones en la exactitud de la percepción o interpretación cognitiva de los estímulos surgidos del cuerpo, con una paralizante sensación de ineficacia personal que también incluye una auto evaluación negativa en el concepto de sí mismas.

En esta investigación se encontraron comportamientos de adicción, intento de suicidio, ocultamiento y negación como producto del descuido y las críticas que vivieron éstas personas desde su niñez en su familia y que en su adolescencia les hizo generar estas conductas autodestructivas, por la falta atención, manifestaciones de amor, cariño, dentro del entorno familiar.

Categoría 5: Deseo y control del cuerpo perfecto

a) Fundamentación

El deseo lo puedo definir como un anhelo o como una motivación que ínsito a estos jóvenes a realizar una acción para satisfacer una necesidad de aceptación familiar y social. Por otro lado, el control de ellos por tener un cuerpo perfecto lo defino como un acto o poder dominativo donde ellos querían dirigir, regular, controlar la situación que estaban pasando.

De acuerdo con Chris Shilling citado por Jaime Escobar en el 2007 “El cuerpo se exhibe como el vehículo de consumo, y el estatus social ligado a los exteriores visibles del cuerpo físico. Este surgimiento del cuerpo como un abordaje topográfico de la carne como apariencia, es visto como liberación del cuerpo de su tradicional significación cristiana como recipiente del pecado y su promoción como capital físico”.¹¹⁷

En la actualidad, se puede ver y escuchar que los estereotipos de belleza son comprendidos como un ideal colectivo que se tiene respecto a algo o alguien, se han convertido en un punto de referencia de la imagen que debe tener la mujer o el hombre exitoso, sano y feliz. La delgadez, el color de piel o del cabello, la forma de vestir, entre otras cosas, parece ser un requisito para llegar a la belleza promovida por los que venden algo codiciada por jóvenes inexpertos de la vida.

Generalmente en nuestra sociedad, se tienen ciertos valores y normas de comportamiento que el adolescente incorpora a su Yo, que marcan su identidad, y le servirán de guía en su conducta social y permitirá adquirir una identidad propia.

Por lo tanto, es necesario hacer hincapié, que aunque la imagen corporal juega un papel en el desarrollo de la personalidad, los factores de mayor importancia son y fueron el ambiente donde interactuó el joven, la familia y los valores que se movieron a su alrededor y de vital importancia la motivación.

En cada sociedad grande o pequeña se tiende a imitar a los demás, por lo tanto, es lógico que consideren importante o insignificante, honorable o vergonzoso, bueno o malo, lo que ellos encuentran a su alrededor considerándolo del mismo modo. En este sentido se deberá tomar en cuenta las características del grupo al cual pertenecen los adolescentes ya que se ven influenciadas fácilmente por sus amigas o por lo que ven en su entorno inmediato.

El interés por la apariencia física se ha vuelto esencial sobre todo en los adolescentes, la mayoría se interesan más en su aspecto físico que en cualquier otro asunto de sí mismos, y a muchos no les agrada lo que ven cuando se ven en el espejo. Los varones quieren ser altos, anchos de espalda, y atléticos; las mujeres quieren ser lindas, delgadas, pero con forma, y con una piel y un cabello hermoso. Los adolescentes de ambos sexos, se preocupan por su peso, su complexión y rasgos faciales, lo que trae como consecuencia biológica, y hasta trastornos psicológicos, la aparición del desorden en la salud como desnutrición, descuido del peso, falta de autoestima, anorexia, bulimia, entre otros.

La adolescencia es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana. Los adolescentes son muy conscientes y están seguros de que todo el mundo los observa. Sin embargo, esta etapa también ofrece nuevas oportunidades que implican factores biológicos y propician la maduración en el joven, todos estos factores, ayudan de una manera u otra a crear responsabilidad en cada uno de ellos, lo que hace temprana o tardíamente que obtenga una maduración intelectual que le hará reflexionar y pensar mejor las cosas antes de actuar. Y es cuando pueden, desde muy jóvenes buscar alcanzar la imagen de la

mujer atractiva (o) que les promociona la sociedad. Lograr la medida corporal 90-60-90 parece ser el ideal que la sociedad aplaude y refuerza.

b) Antes de la enfermedad

En esta quinta categoría los entrevistados refirieron sentirse mal con su aspecto físico, y deseaban tener una imagen mejor.

5.1 Imagen física deseada

Los entrevistados refirieron sentirse mal con su aspecto físico, el cual era de mucha importancia para ellos, por lo que deseaban tener una *mejor imagen física* y lograr la admiración de los demás y la suya propia.

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...no quería que me vieran ningún detallito mal en mí. Ok, de que me veía al espejo, según había perdido peso, pero me veía una lonja, este.... Me veía siempre una lonja en la parte de la cintura o de que ya me veía pansa...”

Beatriz

“...porque yo sólo deseaba, como...mmmm bajar de peso y querer tener un cuerpo perfecto como los demás...”

Cecilia

“...Pero todavía tengo algunos pensamientos así y considero ser bonito es mmm.... Indispensable para ser aceptado, pues todavía me veo en el espejo y no me gustaba mirarme al espejo, siempre me estaba

tocando el estomago y ella siempre me decía que por qué y pues, yo no le quería decir, porque me iba a regañar y me iba a decir que estaba loca y cosas así, todavía me veo mucho esta parte (se toca el estomago con ambas manos) y me veo al espejo y digo hay hijole...”

De acuerdo con las narraciones de los entrevistados la necesidad de pertenencia al grupo y aceptación de la sociedad, los adolescentes adquirieron patrones de belleza desde los ideales de la inconsciencia que observaron en las tiendas de ropa, en los anuncios espectaculares, por la calle, etc. Muchas de las imágenes de mujeres que se utilizan en estos medios, en realidad son mujeres que sobrepasan los niveles de delgadez, como por ejemplo, las modelos de pasarela, los maniquís modeladores de ropa o por otro lado, mujeres que a fuerza de maquillaje, cirugía estética y programas especiales de fotografía logran proyectar una belleza extremadamente perfecta y en algunos casos, irreales.

Por lo tanto, los adolescentes necesitan desde su infancia de una vida familiar segura, de un entorno adecuado donde poder encontrar la estabilidad que les conducirá hacia la madurez. Si no es así, estarán desorientados por sus contradicciones internas, buscan con afán, un afecto y dirección donde poder comprender qué les está pasando. El mundo se le aparece bruscamente y así es como él lo explora, sin orden, sin inicio lógico; Su propio "yo" le deja perplejo y busca en agrupaciones comprensión. Se quiere al amigo, se le admira, se confía en él y hasta se le imita, como la comparación física que ellos se hicieron con otras personas.

Esto es un problema que toma cada día mayor importancia en nuestra profesión como enfermeras, y a diferentes profesionales de la salud, e indudablemente debe comenzar a importar también a los padres de niños y adolescentes que tanto necesitan de su orientación y afecto, puesto que a partir de una baja autoestima, generada por no cumplir con los esquemas cognitivos de belleza, se puede desencadenar una problemática aún mayor, si el problema no es atendido a tiempo.

Independientemente de los problemas de autoestima, también se presentan diversas consecuencias y con diferentes niveles de gravedad, como por ejemplo depresión, ansiedad, trastornos alimentarios (bulimia o anorexia). Por lo tanto es de suma importancia conocer las variables que intervienen en el deseo y control de un cuerpo perfecto en las adolescentes, lo cual nos permitirá hacer intervenciones y modificar aspectos negativos que éstas conllevan.

c) **Durante la enfermedad**

Los jóvenes entrevistados mencionaron que lo más importante que les pasó, fue que tenían ya una autoestima elevada y se sentían mucho mejor, por los comentarios que le hacían las personas, además por sus expresiones y comentarios, se sentían muy bien.

5.2 Admiración por parte de la gente

Los jóvenes entrevistados mencionaron que lo más importante que les pasó fue que tenían ya una autoestima elevada y se sentían mucho mejor, por los comentarios de *admiración por su apariencia física* que les hacían las personas.

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...resulta que ya todo mundo me desconoce porque ya me ven totalmente diferente de que hice para adelgazar tanto, puessss... ya sientes admiración, que te vea la gente en la calle, y que los amigos te digan, te ves ya muy guapo, que bueno que ya adelgazaste esos son así los momentos ¡guau! que te suben el autoestima...”

Beatriz

“...: la aceptación mía, y la aceptación de los demás, tener novio y no sólo uno, que me quedara mi ropa, comprar la que yo quería, verme , verme bien delgada , ya no verme como ballena, ponerme blusas pegadas sin que se vieran las lonjitas eso para mí era lo mejor jaaah!..... Y que me piropearan por las calles...”

Cecilia

“...no sé, es que no sé, cómo explicarlo mmmm....la verdad, sé que no se iban a acabar esos problemas pero por lo menos me iba a sentir bien conmigo misma...”

La admiración es definida como la contemplación de algo extraordinario, asombroso o inesperado.¹¹⁸ Por lo tanto la admiración que recibieron estos jóvenes por otras personas, le hacía según su discurso sentirse mejor y que aumentara su autoestima, debido a que tenían la necesidad de aceptación y que para alguien fueran importantes. En el caso de *Cecilia* se puede analizar, que ella se sentía tan sola que necesitaba algo para poderse valorar y darle un sentido a su vida como era adelgazar para estar bien consigo misma.

Recordemos que la adolescencia es una etapa construida socialmente y como tal, varía según el momento histórico, la ideología predominante, la cultura a la que se pertenece y el contexto que se vive.¹¹⁹

En las narraciones se puede analizar como la cultura de la delgadez en México, se ha convertido en algo fundamental para los adolescentes, hombres y mujeres que desean triunfar social y profesionalmente. Los mensajes que hacen referencia a la imagen corporal son omnipresentes y con ellos se transmite la idea de que estar delgado es el medio para obtener la felicidad y el éxito. La presión es excesiva. Los anunciantes presentan modelos jóvenes anoréxicos como paradigma de deseo sexual; por otro lado, la ropa se diseña y exhibe para los cuerpos delgados

a pesar de la realidad de que pocas mujeres podrían llevarlas con éxito. Aunque corren mayor riesgo las personas cuyo sentido de la autoestima se basa en su totalidad en la aprobación externa y apariencia física, pocas mujeres y hombres son inmunes a estas influencias. Sin embargo hay otros que no.

d) Discusión de los hallazgos sobre deseo y control del cuerpo

Se pudo analizar que estos jóvenes lo único que ellos deseaban era tener una apariencia física mejor, apariencia física que lograron y donde recibieron admiración por la gente, pero sobre todo, se sintieron valorados y perfectos con su nuevo cuerpo.

Por otro lado, esto no concuerda con la investigación realizada por Behar, et al. (2003) quienes identificaron en su estudio que las pacientes anoréxicas tienen pocos rasgos de perfeccionismo.

En esta investigación se identificó que ellos deseaban tener un cuerpo estético y perfecto como en el caso de Álvaro y Beatriz, (perfeccionismo físico) como ellos creyeron que sus amigas o personas lo tenían. Por lo tanto, la percepción del propio cuerpo, la enfermedad lo convirtió en algo agradable para los demás y para ellos, lo que hacía que estos jóvenes se vieran a sí mismos de manera diferente, y estas manifestaciones de cambios fueron percibidos de manera exagerada como fue en el caso de creer que siendo delgados serían más fuertes y tendrían mayor poder, y esa admiración que sintieron por parte de las personas al verlos con su nuevo cuerpo delgado

Categoría 6: Proyección de sus pensamientos

a) Fundamentación

La proyección de pensamientos de acuerdo con mi experiencia vivida durante las entrevistas con estos jóvenes adolescentes, la puedo definir como todos aquellos pensamientos subjetivos (positivos o negativos) que ellos refieren y creen que piensan las otras personas sobre ellos.

b) Antes de la enfermedad

Los jóvenes entrevistados refirieron tener la sensación de no ser agradables y creer que había rechazo por ellos, por lo que se sintieron cohibidos al tener cualquier tipo de contacto con ellos.

6.1 Proyección de rechazó

Los jóvenes tuvieron la sensación principalmente de rechazo.

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...La causa número uno fue la de sentirme yo rechazado por mis familiares, y mis amigos esa fue....la autoestima que yo tenía pésima en mí, que yo me sentía el patito feo, de que sentía que no podía ligar, de que sentía que no me podía desenvolver en ninguna conversación con otra persona eh!...”

“...Asco, rechazo, el típico gordo, los típicos insultos de puerco, de seboso lonjudo, estas bien gordo, oye, ya ponte a rebajar eso era lo que

sentía, y eso si me lo dijeron cierto tipo de gente e inclusive mi familia...”

Beatriz

“...cuando entré a la prepa, se me quedaban viendo a la panzota o eso sentía yo pensaba que se reían de mí, que les daba asco, no sé, que no querían verme cerca de ellas, que no tenía novio por gorda x cosas...”

Ellas nunca me dijeron nada, pero sí me veían, o creía yo que me veían cada vez que hablaba, yo sentía así además... para mí eso era hay de trágame tierra, lo que hacía era retirarme un poquito para que nadie me platicara nada y yo no hablar y que nadie me volteara a ver...”

Cecilia

“...me decían hay como que te empiezas a ver más llenita y cosas así principalmente mis amigos, de hecho no hace mucho una prima me empezó a decir que me estaba poniendo medio panzoncita y lloré toda la noche...Me hizo sentir que no me aceptaba yo misma, es que no, no, me veía en el espejo una persona que nadie la quería, incomprendida que a nadie le importaba, quería bajar de peso...”

Con base en lo anterior, se puede percibir que la proyección de pensamientos, se relaciona con la tendencia a sentirse observados, juzgados y rechazados por los demás. Los adolescentes pueden ponerse en la mente de otras personas e imaginar lo que piensan. Sin embargo, como tienen problemas para distinguir entre lo que les interesa a ellos y lo que les interesa a los demás, suponen que los demás piensan de ellos igual que ellos mismos, esto concuerda con lo que dice Erikson, la adolescencia es descrita en el quinto estadio donde “los jóvenes en crecimiento y desarrollo enfrentados con esta revolución fisiológica tiene lugar dentro de ellos, se ocupan ahora de lo que ellos parecen ser ante los ojos de los demás, en comparación con lo que ellos sienten que son.”¹²⁰

Como se puede ver, estas personas en su adolescencia fueron más susceptibles, y cuando mayor riesgo tuvieron de presentar conductas que les generaron problemas en su vida, como es el caso de desencadenar la anorexia, reflejando a esta como una etapa difícil del ser humano, ya que el adolescente ve a la sociedad o al mundo como un tema de crítica o rechazo a su persona.

c) Durante la enfermedad

Una vez que estos jóvenes lograron percibir aparentemente su objetivo de estar delgados, se sintieron y creyeron que ya eran importantes por la admiración que causaron ante las otras personas.

6.2 Sensación de logro y poder

Los jóvenes lograron su objetivo de estar delgados, creyeron que ya eran importantes para los demás.

Por otro lado, también crearon una sensación de logro y poder. Una vez que estos en su etapa adolescente lograron, una sensación de logro y condición social pudieron ser los motivadores principales de la perpetuación de la anorexia. Ya que, la pérdida de peso trajo un sentimiento de triunfo sobre la impotencia.

En voz de los entrevistados:

Álvaro

“...hay otra cosa, en el núcleo familiar, de que los que me decían gordo y estaban flacos, ahora se intercambiaban los papeles empezaban a engordar y ahora y ya estaba flaco, y ahora entonces, ya era como mi revancha de decir ahora mira el que era gordo y era lonjudo, ya era lonjudo o longuda y mira como estoy yo, eso, eso me representaba

mucho placer, de cómo restregarles en la cara, miren del que se burlaban, miren como estoy...”

Beatriz

“...mis amigas se dieron cuenta yo lo negué pero aun así, decidieron ayudarme, pero no de la mejor manera pues ya después no solo no comía yo sí no también ellas no lo hacían para que a mí no se me antojara la comida y así pudiera yo bajar de peso , y vaya que lo hice...”

En el caso de Cecilia fue una amiga quien ya presentaba el trastorno de anorexia y fue el motivador principal de la perpetuación de la anorexia en Cecilia.

En voz de la entrevistada:

Cecilia

“...todo empezó supuestamente por un juego con una amiga después ese juego como que se me hizo más y más y más, mi amiga supuestamente ella dejó de comer porque tenía muchos problemas con su familia, entonces yo empecé a verla y quise experimentar lo que ella...”

En un país donde la obesidad es epidémica, los jóvenes que logran adelgazar creen que han alcanzado una victoria cultural y personal importante; han superado las tentaciones alimentarias, y al mismo tiempo, esta sensación de logro (no saludable) a menudo es reforzada por sus amigos, más quienes pueden percibir a los pacientes anoréxicos como emocionalmente más fuertes y más atractivos sexualmente que ellos. Esto concuerda con la teoría de Robert Havighurst, quien mediante el concepto de tareas evolutivas, destaca el papel de las motivaciones sociales que guían la conducta del individuo, como las pautas o criterios que la sociedad utiliza para determinar cuándo se ha llegado a ciertas etapas de

desarrollo y las vincula estrechamente con las necesidades evolutivas del organismo.

d) Discusión de los hallazgos sobre proyección de sus pensamientos

No se encontraron estudios en donde se mencionara la proyección de sus pensamientos por las personas anoréxicas como algo importante, sin embargo en este estudio se encontró de importancia, lo que piensan ellos y cómo lo piensan, ya que esto fue también lo que conllevó a que desarrollaran el trastorno de la anorexia. Y desde la visión de enfermería, es por aquí donde pudiera empezar hacerse una intervención primaria con los adolescentes evitando complicaciones a futuro que les pudieran causar la muerte si no son atendidos a tiempo.

4.5 Significado de la anorexia



Esquema No.4 Significados obtenidos de las entrevistas realizadas en el mes de mayo

Tomando en cuenta el propósito general, se busca explicar el significado de la anorexia a partir de la experiencia de las personas que la padecieron, y así es posible señalar cinco aspectos importantes sobre los cuales significa la gravedad de este fenómeno, para los entrevistados.

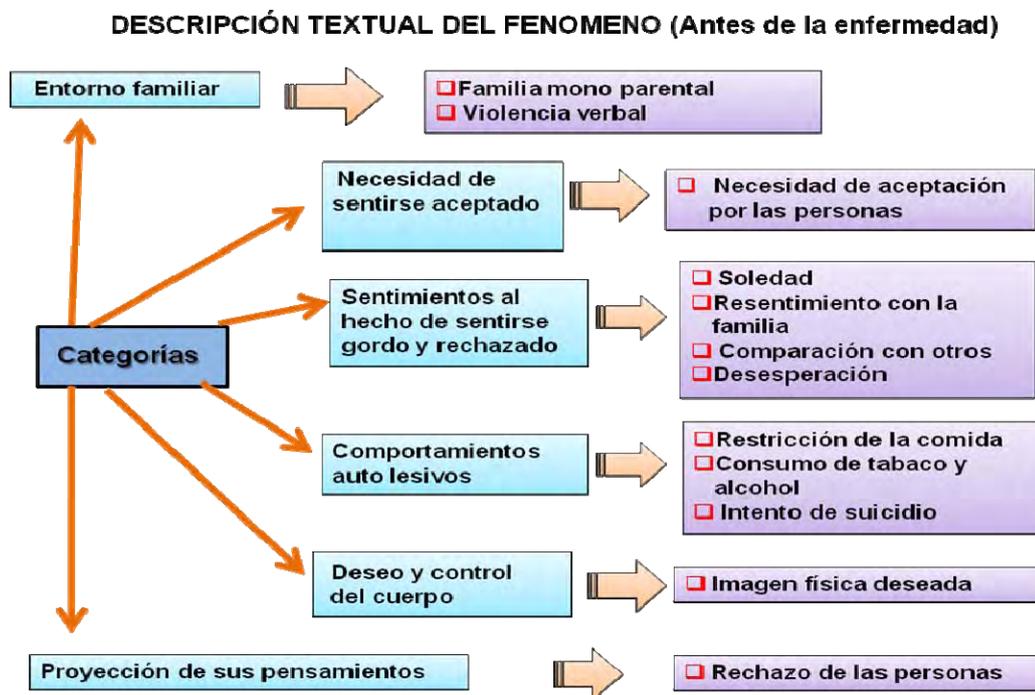
Abandono y críticas familiares, estuvieron presentes desde la infancia hasta la crisis de la anorexia. Este abandono y críticas de rechazo, fue una de las experiencias más dolorosas que vivieron los jóvenes, por lo que no fueron satisfechas sus necesidades de amor y aceptación indispensable para construir una mente sana con un cuerpo sano. En ellos aparecen una serie de pensamientos y sentimientos negativos hipotéticos tanto de sí mismo como: “no

4.3 Categorías y subcategorías (descripción textual y estructural)

Cuadro No. 3
Categorías encontradas

Categoría 1	• Entorno familiar
Categoría 2	• Necesidad de sentirse aceptado
Categoría 3	• Sentimientos asociados al hecho de sentirse gordo y rechazado
Categoría 4	• Comportamientos auto lesivos
Categoría 5	• Deseo y control del cuerpo perfecto
Categoría 6	• Proyección de sus pensamientos

Fuente: Categorías obtenidas de las entrevistas realizadas durante los meses de mayo 2009.



Esquema 2: Categorías obtenidas de las entrevistas realizadas y subcategorías.

(agresividad, rechazo a los adultos y melancolía, etc.), las compensaciones sociales fueron de mayor peligro. El joven trataba de ocultar o disimular su inferioridad; buscando la admiración de los demás como el dejar de comer, como un recurso para lograr la aceptación.

No lograron superar el sentimiento de inferioridad, y experimentaron un sufrimiento interior de: timidez cobardía, rebeldía y otros problemas. Este sufrimiento los condujo a la búsqueda de compensaciones inadecuadas con ciertos peligros (agresividad, melancolía, etc.) o las compensaciones sociales las cuales fueron de mayor peligro. El joven trataba de ocultar o disimular su inferioridad por medios muy diversos, buscando también la estima o la admiración de los demás como el dejar comer para tener una apariencia delgada, y así contar con esta admiración y aceptación de las personas, y no padecer nuevamente la soledad.

Soledad. Es otro significado importante en estas personas, fue adquirida desde su infancia cuando les faltó la presencia, o la imagen del padre, mientras que la madre tuvo que trabajar para llevar el sustento a su hogar. Refirieron sentirse solos durante su enfermedad, la soledad que los daño en su infancia y la despreciaban, durante su enfermedad se convirtió en lo más deseado por ellos. La contradicción es una característica que vive el adolescente y coincide con lo que plantea, Hall diciendo que el adolescente vive un periodo de tormenta, impulso, vacilación y emociones contradictorias¹²².

Felicidad transitoria. Aunque sufrieron momentos de soledad también tuvieron momentos de felicidad, porque estos jóvenes crecieron aparentemente solos, sin nadie que les brindara suficiente atención, cariño, amor, comprensión, regaños, etc. Se identifica, de acuerdo con sus comentarios, que no fueron felices en su entorno familiar, por lo que ellos trataron de buscar la felicidad fuera de este entorno, donde encontraron personas que los admiraron, los aceptaron, los halagaron cuando fueron delgados y con todo esto, se sintieron queridos,

valorados, admitidos, e importantes lo que los llevó a una supuesta felicidad a través de conductas que les perjudicaron.

Haciendo el análisis hermenéutico, lo que se encontró como trasfondo psicológico es que la anorexia restrictiva significa en los jóvenes un rechazo a la comida así como ellos se han sentido rechazados, criticados y abandonados. En el inconsciente aparece una necesidad de auto-castigo, pero a su vez de venganza, de dominio, de control y rebeldía sobre lo que han experimentado. Bruner menciona que los niños a partir de que han aprendido a utilizar el lenguaje aprenden a dar un sentido a sus narraciones acerca del mundo que los rodea y al crecer, llegan a ser capaces de entender e interpretar esos significados. El significado entonces será mediado culturalmente cuya existencia dependerá de un sistema previo de símbolos compartidos.

4.6 Elementos en la construcción del significado

Como elementos culturales que contribuyen en la construcción social del significado de la anorexia en adolescentes se reconoce la influencia de la cultura predominante en nuestra sociedad, donde la belleza es el principal estereotipo que se tiene con la creencia de lograr la felicidad y el éxito tanto en el hombre como en la mujer.

Entre los elementos sociales, culturales y familiares, que favorecen esta construcción del significado de la anorexia se encontraron tres:

1. La convivencia entre las personas y su entorno
2. La vigencia de la belleza como un valor importante, asignado socialmente
3. La influencia de la familia por la falta de cuidado y las críticas constantes a los adolescentes.
4. Carencia de la figura paterna

CONCLUSIONES

La anorexia en la adolescencia se presenta no sólo como un proceso de cambios físicos y psicológicos muy importantes, pero contradictoriamente desconocidos por las jóvenes. Aparece como una posibilidad conocida, esta enfermedad ya no es una sorpresa sino un hecho que se conoce y se vislumbra como una posibilidad lejana pero presente. Al confirmarse la enfermedad, incluso cuando sólo se sospecha, cimbra toda la estructura psicológica, emocional y social de las adolescentes y sus familiares.

La anorexia ha sido conceptualizada desde diversos puntos de vista, como un problema social, un trastorno psicológico o de salud, etc. Su estudio es objeto de interés para algunas disciplinas en el área de la salud. En enfermería son pocas las investigaciones relacionadas con este fenómeno, aunque sea un tema actual debido a la frecuencia con que se está presentando entre los jóvenes.

La enfermería como profesión, tiene compromisos y responsabilidades éticas y sociales con las personas que están bajo su cuidado, por lo tanto, como cuidadora de la salud, necesita conocer a sus integrantes desde el punto de vista social, humano, personal, espiritual y todo esto, le permite identificar las necesidades percibidas por ellos mismos, como protagonistas del fenómeno. Por lo que es necesario el conocimiento de la persona desde su propia perspectiva y esto sólo será posible a partir del impulso de las investigaciones con un enfoque cualitativo en las cuales es muy importante la perspectiva que el otro tiene. En el caso del presente trabajo: los jóvenes que padecieron el trastorno de la anorexia.

Cuando estos jóvenes hablan de su situación, son capaces de expresar con palabras su propia historia y se permite reflexionar sobre la situación que están viviendo o bien, sobre situaciones que han experimentado en relación con la anorexia, el análisis a través de la narrativa, el lenguaje verbal y corporal, permite

identificar los significados del fenómeno al que se hace referencia y conocer tanto como nos sea posible, el acercamiento hacia su persona.

Frente a esta situación, de los resultados encontrados en la investigación, es necesario que como enfermeras profesionales se conozca y se comprenda ¿cómo los jóvenes adolescentes viven o vivieron el fenómeno de la anorexia?, para que nos permitan profundizar en el análisis de la información obtenida, y como parte integral de un equipo de salud; la enfermería proporcione su cuidado integral y logren intervenciones efectivas, sobre todo en el primer nivel de atención.

Después del análisis y discusión de los resultados, se llegó a las siguientes conclusiones:

En las seis categorías encontradas en la presente investigación, se observa que tanto antes, como durante su enfermedad, estos adolescentes tuvieron, experiencias de vida negativas, que los condujo a desencadenar dicho trastorno alimentario (anorexia), a experimentarlo y a darle su propio significado.

Por lo tanto:

1. El entorno familiar estuvo compuesto por una familia mono parental, y existió violencia verbal (física-emocional) por ende, son factores importantes que puede predisponer a que se desarrolle la anorexia desde edades cada vez más tempranas.
2. La necesidad de aceptación que los jóvenes deseaban por parte de otras personas, se debió, a que sentían la necesidad de que alguien los tomara en cuenta, los volteara ver, los valorará. Todo esto, provocó que tuvieran que buscarlo fuera de su familia, lo que se considera otro factor importante para el desarrollo de trastorno de la alimentación.
3. Los sentimientos que se forman durante la vida desde el momento en que nacemos, son fundamentales para la vida posterior del ser humano, y que

intervienen en muchos de los comportamientos, la soledad, el resentimiento, la comparación con otros y la desesperación, son emociones que contribuyen para que se pueda presentar la anorexia en las personas.

4. Los comportamientos auto lesivos como: hacer una dieta, consumir tabaco y alcohol y el intento de suicidio, son otros agentes que pueden conducir a los adolescentes a presentar anorexia.
5. El deseo y el control del cuerpo que anhelan tener los adolescentes sobre todo y ante todo, su imagen física puede provocar anorexia.
6. La proyección de pensamientos negativos que tienen sobre lo que opinan las otras personas de ellos, los conduce sentirse rechazados por su aspecto físico principalmente, y por lo tanto, a adquirir la anorexia.

De acuerdo con esta investigación, el fenómeno de la anorexia puede ser adquirido por diversos factores como fue mencionado anteriormente, pero *durante* la enfermedad existieron otros, que también intervinieron en la construcción del significado de este fenómeno.

1. En su entorno familiar, los adolescentes carecieron de cuidados tanto físicos como emocionales cuando estaban enfermos (descuido), por lo mismo su enfermedad no fue detectada en su familia, sino en la escuela, por lo que lleva a los adolescentes a crearse y a vivir este fenómeno como un abandono.
2. La necesidad de aceptación los condujo a la anorexia, pero también a adquirir una felicidad transitoria, debido a la aceptación que tuvieron por las personas.
3. Los sentimientos que desencadenó la anorexia en estos jóvenes, fueron principalmente la soledad como una buena aliada para poder seguir con su deseo de adelgazar.
4. Los comportamientos auto lesivos principales durante su enfermedad, fueron su ocultamiento de esta y la negación para ser tratado y conseguir su objetivo de adelgazar.

5. El deseo y el control del cuerpo nuevamente los condujo a una felicidad transitoria, puesto que recibieron admiración por las personas.
6. La proyección de pensamientos que lograron durante su enfermedad los condujo a proyectar una sensación de logro y poder por su nuevo aspecto físico.

Finalmente en esta investigación se identificaron cuatro principales aspectos que para los adolescentes significó la anorexia: *abandono y críticas familiares, admiración y aceptación, soledad y una felicidad transitoria.*

El abandono y las críticas de la familia lo convirtieron en una molestia y se identifica como una sensación de desagrado por los cambios que van ocurriendo, en su vida, lo que hizo que estos jóvenes se vieran a sí mismos de manera diferente, y las manifestaciones de estos cambios fueron percibidas y les hicieron daño.

Admiración y aceptación. Una vez que estas personas en su etapa adolescente presentaron el trastorno, y empezaron a adelgazar, comenzaron a ser admirados por su delgadez, aceptados por otras personas, principalmente amigos y comenzaron a tener novia (o).

Soledad. Estas personas tuvieron un sentimiento, de ser diferentes, de no poder ser comprendidas (o) por los demás. Estos y muchos otros factores contribuyeron a la irregularidad e inestabilidad de los intercambios sociales, y que ellos decidieran alejarse tanto de su familia como de las otras personas que los rodeaban.

Felicidad transitoria. Estos jóvenes fueron aparentemente felices cuando alcanzaron su objetivo de adelgazar, ser admirado y aceptado por las personas y lo más importante, sentirse queridos por los demás.

De acuerdo con todo lo analizado, dentro de esta investigación, desde el punto de vista como enfermera y haciendo el análisis hermenéutico, lo que se encontró como trasfondo psicológico, es que la anorexia restrictiva significa en los jóvenes un rechazo a la comida así como ellos se han sentido rechazados, criticados y abandonados. En el inconsciente aparece una necesidad de auto-castigo pero a su vez de venganza, de dominio, de control y rebeldía sobre lo que han experimentado.

Los principales elementos socioculturales que contribuyeron a la construcción del significado fueron tres, pero el detonador principal, fue la familia.

Finalmente se espera de los resultados obtenidos en esta investigación, estén a la disposición de todo el equipo interdisciplinario, pero en especial se pretende motivar a las colegas enfermeras para que retomen las evidencias y demostrar las experiencias de vida por las que han pasado las personas cuya enfermedad padecieron durante la adolescencia, con la fuerte intención, para comprender el fenómeno y que sirva para: ¿cómo planear intervenciones asertivas? sobre todo, para el primer nivel de atención.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

A partir de los resultados presentados se proponen las siguientes alternativas como una forma de solución.

1. Realizar estudios que partan de una multidiferencialidad de disciplinas que tomen en cuenta las condiciones sociales y culturales en que viven los adolescentes y la influencia en su vida física y emocional.
2. Que se de una continuidad a los estudios cualitativos con referencia en la anorexia, sobre todo, por parte del personal de enfermería, que le ayudara a ampliar su horizonte de conocimientos con este tipo de enfermedades psicológicas; sobre todo cuando se busque conocer el significado de algún fenómeno en particular, en donde se podrá apoyar para brindar una atención holística de calidad a las personas, sobre todo en el primer nivel de atención.
3. Las enfermeras deben considerar el aprendizaje y tener los conocimientos no solo teóricamente, sino también partiendo de las propias experiencias de vida que las adolescentes con este tipo de enfermedad. Por lo tanto, se sugiere que el personal de enfermería, se sumerja más en las cuestiones de tipo psicológico, puesto que es la persona quien esta más en contacto con el paciente y quien le puede brindar los cuidados de una forma más holística.
4. La enfermería debería enfocarse no sólo al tercer nivel de atención, que es cuando la persona ya está enferma, debería centrarse principalmente en el primer nivel, que es cuando las personas generalmente necesitan más cuidados para que no desarrollen enfermedades que muchas veces les causan la muerte como es el caso de la anorexia en los adolescentes. Pues

debemos considerar que los cuidados deben iniciarse de la salud, y no de la enfermedad.

5. En esta investigación la anorexia se desarrolló en el seno de la familia, como algunos otros tipos de enfermedades (diabetes, hipertensión). Es aquí, por donde enfermería deberá comenzar a hacer intervenciones que ayuden a la familia, para que sea atendida como una unidad básica de la sociedad. Su cuidado deberá estar encaminado a atender aquellos problemas biopsicosociales que están desencadenando alteraciones en la estabilidad familiar. Por consiguiente, la identificación del área que esta siendo afectada puede ser a través del seguimiento sobre todo de este tipo de estudios cualitativos que la ayuden a identificar para poder intervenir adecuadamente.

6. Se sugiere que el personal de enfermería se involucre con el cuidado holístico y sus intervenciones tengan impacto; también en la salud mental. Las intervenciones de enfermería deben centrarse principalmente en el primer nivel de atención, ya que son las intervenciones que corresponden al mantenimiento de la vida y es donde su desempeño es independiente.

ANEXOS



Universidad Nacional Autónoma de México
Dirección General de Estudios de Posgrado
Programa de Maestría en Enfermería

SIGNIFICADO DE LA ANOREXIA EN PERSONAS QUE LA VIVIERON DURANTE LA ADOLESCENCIA

OBJETIVO

Analizar el significado de la anorexia a través de su discurso para la comprensión del fenómeno en las personas que la experimentaron en la etapa adolescente.

GUIA PARA UNA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

CONTENIDO.

1. Datos de identificación

- a) Nombre de la informante
- b) Edad
- c) Escolaridad
- d) Ocupación
- e) Procedencia

2. Composición familiar de la informante

- a) ¿Cuántos son en tu familia?
- b) ¿Cual es el lugar que ocupas?
- c) ¿Con quién vives?
- d) ¿Hay otro integrante en tu familia que haya padecido anorexia? ¿Quién?

3. Situación vivida a partir que se le desarrollo el trastorno

- a) ¿Cómo te sientes ahora?
- b) ¿Qué piensas de esto que te pasó?

- c) ¿Cómo te enteraste que estabas enferma?
- d) ¿Qué fue lo que te indujo a adquirir esta enfermedad?
- e) ¿Por qué crees que alguien como tu desarrollo el trastorno?
- f) ¿Cuáles son las causas por las que una joven como tu se enfermo?
- g) ¿Cuál es el efecto que tiene la enfermedad de la anorexia cuando se presenta en la adolescencia?

5. Significado que se le otorga a la anorexia

a) ¿Qué sentido tubo para ti haber padecido este trastorno?

- 1. ¿Para qué crees que te sirvió estar delgada o haber padecido el trastorno
- 2. ¿Cómo te sentiste durante tu enfermedad?

b) ¿Qué significo para ti presentar el trastorno de la anorexia?

- 1. ¿Para ti que fue estar enferma?
- 2. ¿Que represento para ti la enfermedad?

c) ¿A partir de tu enfermedad como fue tu vida?

- 1. ¿Cuáles fueron tus experiencias a partir de que empezaste a padecer la enfermedad?
- 2. Con tu familia, amigos o pareja
- 3. De alguna manera la enfermedad de la anorexia te hizo sentir diferente? ¿Cómo y porque?

c) ¿Te importo tu enfermedad? ¿Por qué lo consideras así?

- 1. ¿La enfermedad tubo algún valor para ti? ¿Porque?
- 2. Crees que le importo al alguien más? ¿A quién?

e) ¿Estar enferma te despertó algún sentimiento?

- 1. ¿Cómo cual?
- 2. ¿Qué sentiste al padecer el trastorno de anorexia?
- 3. ¿Identificaste algún cambio en tus emociones durante tu enfermedad?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹Lee, J. Instituto Nacional México. Panorama de la salud mental en las mujeres y hombres Mexicanos. [Sitio en Internet]. México. 2006 Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf. Consultado en 23 de abril 2008.
- ²Zagalas S, Romero G, Contreras O. La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén. OEI-Rev. Iberoamericana de Educación.[en línea] 2003 [fecha de acceso 12 de abril del 2008]; 53(4): p. 24-30. Disponible en: <http://www.rioeoi.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>.
- ³Ruiz M, González E, Doñoro N, Roca M. Modelo estético corporal y actitudes alimentarias alteradas en los adolescentes escolarizados rurales. Rev. Psiquiátrico Infarto Juvenil. 2001; 0:(1)7-13.
- ⁴León M, Chaparro L. *Internacionales*. Revista salud Colombia. [En Línea] 2001 [fecha de acceso 2 junio 2008]; LX (60): p.1-3. Disponible en <http://www.Saludcolombia.com/actual/salud60/interna60.htm>.
- ⁵Ibíd., p. 3
- ⁶Rodríguez, M, Gempeler J. Los trastornos del comportamiento alimentario en Colombia. En: Mancilla Díaz J, Pérez, G. Trastornos alimentarios en Hispanoamérica. México: Manual Moderno; 2006. p.43-55.
- ⁷Weitzner, A. El camino hacia la recuperación de anorexia y bulimia. México: Pax; 2007. p.18.
- ⁸Garandillas Grande A, Zorrilla Torras B, Sepúlveda García A. Trastorno del comportamiento alimenticio, Prevalencia de casos clínicos en Mujeres adolescentes de la comunidad de Madrid. Documentos Técnico de Salud Pública no.85. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. Madrid:[Sitio en internet]. 2003. Disponible en: <http://www.publicaciones-isp.org/productos/d085.pdf>. Consultado el 26 de febrero 2008.

- ⁹Garandillas Grande A, Zorrilla Torras B, Sepúlveda García A. Encuesta de prevalencia de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la comunidad de Madrid. Documentos técnicos de Salud Pública no 67. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. Madrid:[Sitio en internet].2000. Disponible en: <http://es.salut.conecta.it/pdf/Madrid1.pdf>. Consultado el 26 de febrero 2008.
- ¹⁰Galán M, Sánchez M. La publicidad en el siglo XXI: Una referencia de la Ética Empresaria. Libro de Actas 4to. SOPCOM. España:[Sitio en internet]. Disponible en <http://www.bocc.ubi.pt/pag/galan-hernandez-publicidad-siglo-xxi.pdf> Consultado el 28 de mayo del 2008.
- ¹¹Arcas, J. Responsabilidad social y estrategia competitiva en publicidad. En: Melé Carné, D. (coord.), Ética en Dirección Comercial y Publicidad. EUSA: Pamplona; 1998.
- ¹²Galán M, Sánchez M. Op. cit. p. 792
- ¹³Carrillo Duran MV. Factores socioculturales en los TCA. No solo moda, medios de comunicación y publicidad. en: Revista Trastornos de la conducta alimenticia. 2005; (2):p120-141.
- ¹⁴Diccionario de la lengua Española de la Real academia Española. 22 ed. [versión electrónica] Disponible en: <http://www.buscon.rae.es/drael/>.consultada: el 16 febrero de 2009.
- ¹⁵Checa, S. Aproximaciones a la problemática de la sexualidad adolescente. En: Género, Sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Buenos aires: Paidós Tramas Sociales; 2005. p.24-25.
- ¹⁶Nava, I. Significado del embarazo en las adolescentes primigestas de la zona Metropolitana de la Ciudad de México.[Tesis de maestría en Enfermería]. México D.F: Facultad ENEO; 2008. p.16
- ¹⁷Tapia, C. El comportamiento del embarazo en la adolescencia a través de las estadísticas. En: Temas de investigación e salud de los adolescentes.[en línea] 2003;[fecha de acceso 18 de febrero de 2009] Disponible en <http://www.adolesc.org.mx>.

¹⁸Muuss, H. Teorías de la adolescencia. México: Paidós Studio;1984.p.10

¹⁹Nava, I. Op. cit.p.18

²⁰Ibíd., p.18

²¹Ibíd., p.19

²²Erikson, H. Reflexiones sobre el disentimiento de la juventud contemporánea. En Erikson H. Sociedad y adolescencia. 18 ed. México: Siglo XXI; 2002.p.119.

²³Erikson, H. La ontogénesis de la ritualización. En Erikson H.Sociedad y adolescencia. 18ª. ed. México: Siglo XXI; 2002. p75-12.

²⁴Erikson, H. Op. cit p. 103-108

²⁵Mead, M. Adolescencia y cultura en Samoa. 2nd ed. España: Paidós Studio; 1995.

²⁶Zagalaz S, Romero G, Contreras O. Op. Cit. p.24

²⁷Fornero, G. Diccionario de filosofía Edith. México: Fondo de cultura económico; 2000 p. 343 1103.

²⁸López B, Nuño B, Gutiérrez A, Arias I. Una Aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia. Revista de educación y desarrollo IMSS [En línea].2009 [Fecha de acceso 15 diciembre 2009]; Disponible en :http://sistemadif.jalisco.gob.mx/ceninf/centro_de_informacion/FAMILIA/Una_aproximacion_a_la_estructura_familiar_de_mujeres_con_anorexia_y_bulimia_BERENICE_LOPEZ_C_BERTHA_L_NUNO_G_ALBA_G_ARIAS_I_IMSS.pdf.

²⁹Nieto, E, Casado A, García C, Peláez L. Guía de cuidados de enfermería Familiar y comunitaria en los trastornos de conducta alimentaria edita FAECAP ISBN: Deposito Legal: España [Sitio en internet].2008.Disponible en:http://www.semmap.org/boletinSEMMap/8/guia_cuidados_trastornos_conducta_alimentaria.pdf Consultado el 12 de abril 2008.

³⁰ *Ibíd.*, Cap.3

³¹ Márquez M, Jáuregui I. La imagen de la mujer en los medios de comunicación: textos periodísticos y publicitarios. *Espéculo. Revista de estudios literarios*. 2006; XI (33). Consultado en abril 2008. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/especulo/numero33/mujermc.html>.

³² Almarcha A; Lo que el feminismo no logró evitar: la anorexia como expresión de la deificación del cuerpo .en: *Revista de estudios e investigación en Psicología y educación*. 1999; Vol. 4 (3):p.69-82.

³³ Jáuregui, L. La imagen de una sociedad enferma: anorexia, bulimia, atracones y obesidad. 2ª ed. Barcelona España: Grafema; 2006. p.163.

³⁴ Herscovici, R, Bay, C. Anorexia nerviosa y bulimia: Amenazas a la autonomía. 5ª ed. Buenos Aires Argentina: Paidós; 2000. p. 37.

³⁵ Jáuregui, L. *Op. cit.*, p.160

³⁶ Calvo, S. Anorexia y bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas. 2 ed. Barcelona España: planeta; 2002. p. 83

³⁷ Rigor A, Bastidas A. Actualización sobre anorexia nerviosa. *Revista Nursing* 2003; 21(10):p 51-56.

³⁸ Arrazola, A. Anorexia: Cuidados de enfermería y educación sanitaria. *Enfermería. Scientific Revisit* 2001; 234-235: p 8-14.

³⁹ Anónimo. *Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Diccionario España: Mosby Harcourt*; 2000. p. 1032.

⁴⁰ Bruner, J. Cap.3. La entrada en el significado. En: Bruner J. *Actos del Significado: Psicología de la Educación Más allá de la revolución cognitiva*. 2nd.ed. Madrid: Alianza; 2002.p.75-99.

⁴¹ Nava ,I.*Op.cit.*p.35

⁴² *Ibíd.*, p.35

⁴³Ballesteros, V. El concepto de significado desde el análisis de comportamiento y otras perspectivas. Rev. Bogotá Colombia 2005; 4(2): p 231-244.

⁴⁴Bruner, J. Capítulo 1. El estudio apropiado del hombre. En: Bruner J. Actos del significado. Más allá de la revolución cognitiva. Madrid: Alianza; 1990 p.41.

⁴⁵Bruner, J. La educación puerta de la cultura. Madrid: Visor; 1997. p.21.

⁴⁶Nava, I. Op. cit p.36

⁴⁷Alzate, M. Cultura y Pedagogía una aproximación a Jerome Bruner. Rev. De Ciencias humanas [En línea] 2000 [fecha de acceso 24 de mayo 2009]; (24). Disponible en: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev24/alzate.htm>.

⁴⁸Bruner, J. Cap.3 La entrada en el significado Op. Cit., p.77

⁴⁹Ibíd., p.83

⁵⁰Etxeberria Y, González N, Padierna J, Quintana J, Ruiz V. Calidad de vida en pacientes con trastornos de la alimentación. Revista Psicohema 2002; vol.14: p.399-404.

⁵¹De la Barrera B, Michelotti C. Características clínicas e identidad genérica en subtipos de trastornos de la conducta alimentaria. Revista Medi. 2003; 131(7) p.1-15.

⁵²González L, Unikel C, Cruz C, Caballero A. Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Revista de salud mental [En línea] 2003 [fecha de acceso 24 de mayo 2008]; 26 (3): p.1-8. Disponible en:<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58232601.pdf>.

⁵³Unikel C, Gómez G. Validez de constructor de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Revista Salud Mental. [En línea] 2008 [fecha de acceso 24 de mayo 2008]; 27(001) p.38-49. Disponible en: <http://www.redalyc.uaemex.mx>.

⁵⁴Ruiz A, Vázquez R, Mateo C, Galdós J, Álvarez G, Mancilla J. Presencia de trastornos alimentarios y su sintomatología en relación con influencias culturales e insatisfacción corporal entre estudiantes hombres y mujeres Revista de psicología 2004; 1(1) p 1-14.

⁵⁵Jiménez, S. Trastornos obsesivo - compulsivos y trastornos de la alimentación: estudio comparativo de casos. [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona: Facultad de Psicología; 2004. p 1-131 consultada el mayo 2008. Disponible en: <http://www.tesisenxarxa.net/TDX-1212107-160936/index.html>.

⁵⁶Carrillo, M. Op. cit.p120-140

⁵⁷Ruiz O, González R, Valdez S. Sintomatología de anorexia y bulimia nerviosa en Universidades privadas y públicas Revista episteme académica [En línea] 2005 [fecha de acceso 12 de mayo 2009]; No.3 p.1-7. Disponible en: http://www.uvmnet.edu/investigación/episteme/numero2-05/reportera/a_sin.

⁵⁸Hernández, .M. Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México. Revista episteme académica [En línea] 2006 [fecha de acceso 12 de mayo 2009]; 8(9) p1-9. Disponible en: http://www.uvmnet.edu/investigación/episteme/numero8y9-06/reportes/a_ar.

⁵⁹Gil, E. Anorexia y bulimia: Discursos médicos y discursos de mujeres diagnosticadas. [Tesis de doctorado].España: Universidad de Granada; 2005. p1-510 .Consultada en 22 mayo 2008. Disponible en: http://www.ugr.es/~esmujer/pdf/Las_sociedades_Anorexia_y_Bulimia_en_mujeres_entre_la_inseguridad_y_la_autonomia.pdf.

⁶⁰Almenara, C. Análisis crítico histórico de la anorexia y bulimia nerviosa. [Tesis de psicología]. Universidad Nacional mayor de San Marcos: Facultad de Psicología Lima Perú; 2006. p1-36.

⁶¹Lenoir M, Silber j. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Revista Arch. argent. Pediat [En línea] 2006 [fecha de acceso 14 de abril 2008]; 104(3): 253-260/253. Disponible En:http://www.maudsleyparents.org/images/Anorexia_nerviosa_en_ni_os_y_adolescentes,_parte_1.pdf.

⁶²Morales A, Ramírez W, Ureña E, Sevilla A, Umaña P, Chaves R. Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de la clínica de adolescentes

del Hospital Nacional de Niños. San José Costa Rica. [Sitio en internet] 2002. Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/aya4-5n1-2/art7.pdf>. Consultado el abril 2008.

⁶³Rigo, I. El otro cuerpo de la identidad: Análisis de modelos culturales de los trastornos del cuerpo femenino. *Cultura de los cuidados Revista de enfermería y humanidades* 2006; Año X, No. 19: p. 47-54.

⁶⁴Marqués S, Fernández N. Comprendiendo el cuerpo anoréxico. *Revista de enfermería basada en la evidencia. Eventia*. [En línea] 2008. [fecha de acceso 23 de marzo del 2008]; 5 (22): p 1-3. Disponible en: www.indexf.com/evidencia/n22/477articulo.php(ISSN:1697-638X).

⁶⁵Cabrera M, Granero J. Nadie dijo que fuera fácil ser una princesa. *Revista Presencia* [En línea] 2008.[fecha de acceso 5 de marzo del 2009];4(7):Disponible en: <http://www.indexf.com/presencia/n7/p6654r.php>

⁶⁶Tarrés, M. Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social. Facultad latinoamericana de ciencias Sociales. El colegio de México: 2001; p.16.

⁶⁷Rodríguez G, Gil F, García, J. Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Aljibe, Archidona: Málaga; 1996. p.23-24.

⁶⁸Nava, I. Op. cit. p. 41

⁶⁹Do prado M, Prado M, Carraro T. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. Washington: Organización Panamericana de la salud. (OPS); 2000. (Serie PALTEX salud y sociedad 2000 N0.9).

⁷⁰Rodríguez G, Gil F, García, J.Op.cit.p.42

⁷¹Nava, I. Op. cit.p.42

⁷²Taylor S, Bogdan R. Capítulo 6. El trabajo con los datos, análisis de los datos en la investigación cualitativa. En: *Introducción a los métodos cualitativos*. Barcelona: Paidós Básica; 1987.p. 152-176.

⁷³Ibíd., p 37-39

⁷⁴Rodríguez G, Gil F, García, J.Op.cit.p.135

⁷⁵Goffman, E. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu; 1981.p.33-42.

⁷⁶Mayan, M. Una introducción a los métodos cualitativos. Modulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. De la universidad Autónoma Metropolitana- Iztapalapa, México: Copyright; 2001.

⁷⁷Álvarez-Gayou, J. Como hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México: Paidós; 2000.p.209.

⁷⁸Ley General de Salud,[versión electrónica en internet] Consultada el 12 de abril de 2008.
Disponible en: <http://ww.diputados.gob.mx/leybiblio/ref/lgs.htm>.

⁷⁹Coronado, M. Anorexia y bulimia. UNAE (Federación de la Unión nacional de consumidores y amas de hogar en España). Manual práctico para el consumidor y el usuario no. 44[Sitio en internet] Disponible en:
http://www.federacionunae.com/DBData/InformesFicheros/27_fi_manual44.PDF. Consultado el 2 de abril 2010.

⁸⁰Mahecha, J. Salamanca, R. Evaluación del desajuste en niños y jóvenes de estrato socioeconómico bajo de Bogotá. Revista. Infancia Adolescencia y Familia. 2006; vol.1 (002): p.341-355-342.

⁸¹SEP. Entorno familiar y social 1. Programa y materiales de apoyo para el estudio Licenciatura en educación preescolar. 5 semestres. Programa para la Transformación y el Fortalecimiento Académicos de las Escuelas Normales. México [Sitio en internet]:2002-2003 Disponible en http://www.enesonora.edu.mx/plan_estudios/Programas/5LEPREE/entorno1.pdf. Consultado el 16 de febrero 2009.

⁸²Isaac, D. La educación de las virtudes humana. EUNSA. Buenos Aires: Pamplona; 1988.

⁸³Nava, I. Op. cit . p.18

⁸⁴Rodríguez C, Luengo T. Un análisis del concepto de familia mono parenteral a partir de una investigación sobre los núcleos familiares mono parenterales. Revista Papers .[En línea] 2003. [fecha de acceso 2 de mayo del 2010]; 69 p 59-82 69 Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/papers/article/viewFile/25724/25558>.

⁸⁵Checa, S. Op.cit.,p.24-25

⁸⁶Ember C, Ember M. Peregrine P. Cap 13 El concepto de cultura. En: Antropología.10 ed. New Jersey: Pearson Pretice- Hall; 2004. p. 272.

⁸⁷Erikson, H. Reflexiones sobre el disentimiento de la juventud contemporánea Op Cit. p.75-112.

⁸⁸Organización mundial de la Salud [sitio en internet]. Disponible en: [http://www.who.int/es/\(oms\)](http://www.who.int/es/(oms)). Consultado el 2 de mayo 2010.

⁸⁹Rivarola FM, Penna F. Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. En: Revista Intercontinental de Psicología y educación 2006;8 (002): p.61-72.

⁹⁰Organización Panamericana de la SaludInforme Mundial sobre la violencia y la salud. Capitulo 3. Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo. [Sitio en internet] consultado el 2 de mayo 2010 disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_3.pdf.

⁹¹Ibíd., p.66

⁹²Raluy, P. Diccionario Porrúa de la Lengua Española. 5ta. ed. México: Porrúa; 1991. p.298.

⁹³Jornet, L. Aceptación social del mobiliario urbano como servicio público y soporte publicitario. [tesis doctoral] Barcelona: Universitat Ramon Llull, Facultat de ciencias de la comunicació Blanquerna; 2007.p.29. Consultada en agosto 2009. Disponible en: http://www.tdr.cesca.es/TESIS_URL/AVAILABLE/TDX-0121108-124901//02_volumen_1.pdf.

⁹⁴Erikson, H.E. Reflexiones sobre el disentimiento de la juventud contemporánea. Op cit. p.97.

⁹⁵Nino, C. Autonomía y necesidades básicas Revista. DOXA NUUM.[En línea] 1990 [fecha de acceso 28 de abril de 2010]; N0. 7: 21-34. Disponible en: http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/01371630233495944102257/cuaderno7/doxa7_01.pdf.

⁹⁶Erikson, H. Reflexiones sobre el disentimiento de la juventud contemporánea. Op cit.p.75-112.

⁹⁷Muuss, R.Op.cit.p.10

⁹⁸Nava, I. Op. cit.p.19

⁹⁹Polo, L. Los sentimientos humanos. En: Just, A. Repensar la Educación, Conferencia-Piura. Universidad de Piura: 1998.

¹⁰⁰Fernández-Berrocal P, Extremera Pacheco N. La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela.OEI Revista Iberoamericana de Educación 2002; p1-6.

¹⁰¹Raluy, P. Op. cit. p.711

¹⁰²Ibíd.,p.650

¹⁰³Ibíd.,p. 242

¹⁰⁴Anónimo. Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Diccionario Mosby. España: Harcourt; 2000. p. 1183.

¹⁰⁵EDS. La Educación para el Desarrollo Sostenible[Sitio en internet] Disponible en <http://www.unesco.org/es/esd/>. Consultado el 26 de abril 2010.

¹⁰⁶Raluy, P. Op. cit.p.182

¹⁰⁷Montanez J, Rochea C, Barberet R. Comportamientos problemáticos de adolescentes en Castilla la Mancha. Informe Pobreza y Excursión en CLM [Sitio en internet] Disponible en:http://biblioteca2.uclm.es/biblioteca/CECLM/ARTREVISTAS/a%C3%B1il/A%C3%91IL08_UniversidadComportamientos.pdf. Consultado el 24 de abril.

¹⁰⁸Ibíd., p.18

¹⁰⁹Delgado E, Pablos M, Sánchez D. Programa de prevención de drogodependencias (tabaco y alcohol) al finalizar la educación primaria. Memoria de investigación.: Sevilla. Junta de Andalucía. [Sitio en internet] 1994. Disponible en: <http://thales.cica.es/rd/Recursos/rd98/Multidis/04/multidis-04.html>. Consultado el marzo 2009.

¹¹⁰Romani O, Larrea C, Fernández J. “Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad de las teorías a las practicas académicas y profesionales. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/antropologia/11/02/02051061.pdf> consultado el 7 de marzo 2010.Consultado en enero 2010.

¹¹¹Ibíd., p.55

¹¹²Ibid.,p18

¹¹³Casado, M. Ml., Helguera, F.M. Prevención de trastornos de alimentación: Un primer programa de prevención en dos fases. Clínica y Salud [En línea]. 2008 [fecha de acceso 24 de abril 2010]; 19 (1): p. 5-26. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113052742008000100001.

¹¹⁴Ibíd., p.9

¹¹⁵Lenoir M, Silver T. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes. Rev. Arch Argent Pediatr [En línea] 2006 [fecha de acceso 12 de marzo 2010] 104 (4): 338-344. Disponible en http://www.maudsleyparents.org/images/Anorexia_nerviosa_en_ni_os_y_adolescentes,_parte_2.pdf.

¹¹⁶Ember C, Ember M, Peregrine P. Op. cit. p. 262

¹¹⁷Escobar, J. Bioética, Cuerpo humano, biotecnología y biomedicina del deseo M.D., Rev. Colombiana de Bioética [En línea]. 2007[fecha de acceso 12 de marzo 2010]. 2 (1):p33-51.Dispocible en: http://www.bioeticaunbosque.edu.co/publicaciones/Revista/Revista3/Articulo_Triana.pdf.

¹¹⁸Raluy, P. Op. cit. p.12

¹¹⁹Nava, I. Op. cit p.16

¹²⁰Erikson, H. Reflexiones sobre el diseño de la juventud contemporánea. Op. cit.p.75-103-108

¹²¹Bruner, J. Cap. 3: La entrada en el significado .En: Bruner J. Actos del Significado, "Psicología de la Educación" Mas allá de la revolución Op. cit.p.78-122

¹²²Muuss, H. Op. cit. p. 12