



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

ANOREXIA Y BULIMIA COMO UN PROCESO PSICOSOMÁTICO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

BRENDA LORENA SOTO ALVAREZ

Director: Lic. **GERARDO ABEL CHAPARRO AGUILERA**

Dictaminadores: Lic. **IRMA HERRERA OBREGÓN**

Lic. **LAURA CASTILLO GUZMAN**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, Mayo 2016



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.

Dedicatoria:

Esta dedicatoria va dirigida a todas las personas que creyeron en mí, y a las personas que confiaron para contarme su experiencia de vida; porque no es fácil encontrar personas con la fortaleza para “abrirse” con una extraña y exponer su enfermedad. Me encontré con personas con temor a que yo revelara su identidad, nombre etc.

Por un momento sentí que no me ayudaría nadie, ya que de cien personas que me ayudarían solo cuatro se abrieron a la experiencia de platicar lo que les sucedió durante el proceso de su enfermedad (trastorno anorexia-bulimia); y así con su apoyo se pudo elaborar esta tesis.

Un agradecimiento especial a GOG Bolivia, MEV Argentina, SC Ecuador y DC México.

Agradezco a mi familia por estar en todo momento; darme ánimos: mi mami Rocío Álvarez Mendoza; mi hermano Sergio Alejandro Soto Álvarez, a mis amigos y en especial a mi amiga Mariana Guillen que sin su apoyo hubiera sido más difícil la elaboración de la tesis, le agradezco por sus consejos en todo el proceso de redacción.

Reconocimiento especial a mis profesores, que me aportaron mucho conocimiento a lo largo de mi carrera, a los sinodales quienes me asesoraron, estudiaron mi tesis y la aprobaron.

INDICE

ANTECEDENTES

Enfermedades Psicosomáticas.....	7
Medicina psicosomática.....	9
Medicina psicosomática en México.....	10
Psicosomático y psicología.....	10
Salud.....	14
Salud psicológica.....	14
Trastornos Alimenticios.....	16
Epidemiología de los Trastornos Alimenticio.....	20
Prevalencia en México	23

JUSTIFICACION

SALUD

1.1 Antecedentes de la salud.....	27
1.2 Definición de salud.....	28
1.3 Salud física y mental.....	29
1.3.1 Concepto de salud física.....	29
1.3.2 Concepto de salud mental.....	30
1.4 Aportaciones filosóficas sobre la dualidad mente- cuerpo.....	33
1.5 Enfermedad.....	35
1.5.1 Ontologismo nosológico y reactivismo.....	36
1.5.2. Modelos holísticos y reduccionistas.....	36
1.5.3 Hipócrates y la escuela de COS.....	38
1.5.4 Galeno.....	39
1.5.5 Introducción del Sujeto en el concepto de enfermedad.....	40
1.6 Emoción.....	41
1.7 Sentimientos.....	45
1.8 Anorexia.....	47
1.8.1 Epidemiología de la anorexia.....	50
1.8.2 Factores desencadenantes.....	50
1.8.3 Antecedentes y estado actual.....	51
1.8.4 Anorexia según la psicología.....	53
1.8.5 Tratamiento.....	56

Bulimia

1.9.1 Definición de Bulimia.....	60
1.9.2 Historia	60
1.9.3 Etiología.....	61
1.9.4 Características	62
1.9.5 Tratamiento	63

PSICOSOMATICO

2.1 Concepto de psicossomático.....	64
2.1.1 Medicina Psicossomática y su relación con los órganos.....	66
2.1.2 Diferencias entre alopátia y psicossomática	71
2.1.3 Aportaciones de la Teoría del Ying-Yang al proceso psicossomático.....	73
2.1.4 La teoría de los cinco elementos.....	73
2.2 Persona como ser integral.....	79
2.3 La relación Órgano-Emoción. Concepciones de Sergio López Ramos.....	83
2.3.1 Las emociones como detonadores del cuerpo.....	83
2.3.2 Órganos emocionales.....	85
2.3.3 Principios emocionales psicossomáticos.....	86
2.4 Anorexia desde la perspectiva psicossomática.....	88
2.5 El cuerpo como causa.....	89

ENTREVISTA. HISTORIA DE VIDA

Análisis de las entrevistas.....	91
Caso 1.....	92
Caso 2.....	97
Caso 3.....	104
Caso 4.....	110

CONCLUSION

REFERENCIAS

ANEXOS

INTRODUCCION

La anorexia y la bulimia son temas que se han estudiado y han sido explorados desde diversas perspectivas. Hoy en día estos trastornos han arrojado cifras alarmantes; según el sector salud, cada año se registran 20 mil casos de anorexia y bulimia, y la edad promedio de inicio de estos padecimientos fluctúa entre los 14 y los 17 años. Así, durante los últimos 20 años los trastornos alimenticios aumentaron 300%. El 95% de los casos la anorexia y bulimia se desarrollan a partir de hacer una dieta estricta.

Lo que nos ha llevado a retomar estos padecimientos, desde la perspectiva psicosomática. El objetivo de este trabajo es la exploración de la anorexia y la bulimia a través del proceso emocional. Además de resaltar la importancia de las enfermedades psicosomáticas y como se construye el proceso de salud-enfermedad a través de las emociones.

Esto, debido a que lo psicosomático se ha convertido en una nueva realidad social que se va asimilando en la población sin importar los recursos económicos y culturales; es una nueva posibilidad en los estilos de vivir; los niveles de somatización se convierten en un modo de vida o una nueva pseudo realidad que los individuos construyen como un factor de riesgo en las maneras de llevar su existencia (López, 2012).

La concepción de una relación entre lo emocional y lo fisiológico se ha retomado desde hace mucho tiempo, es por ello que nos apoyamos en teorías específicas como el holismo, tal y como apunta García J. & Rodríguez L. (2009), dentro de este modelo, se concibe al hombre sano y enfermo como una totalidad. La enfermedad es considerada como una reacción global del individuo, que implica tanto a su cuerpo como su mente, en respuesta a una perturbación interna o externa. Sintéticos y dinámicos, estos modelos integran tanto elementos del presente (sincrónicos), como biográficos (diacrónicos), Conciben la etiología (causa) como multifactorial, es decir multicausal. Estos modelos se originan en la antigüedad en las ideas de Hipócrates (escuela de Cos), que toma el concepto de physis o naturaleza, cuya alteración produce la enfermedad.

Así mismo nos apoyamos en la teoría de los cinco elementos, que en palabras de Cecchetti (2008) explica el funcionamiento orgánico en general haciendo énfasis en la producción, mantenimiento, abastecimiento, transformación y movimiento de las sustancias vitales, todo ello basado en la teoría del yin yang y de los 5 elementos.

Además, de acuerdo con López (2006) la visión oriental traslada estos elementos al cuerpo humano y encuentra una relación equivalente en los órganos principales, así como la estación del año, sabor, color, emoción, etc. Así el corazón se equipara al fuego, el bazo a la tierra, el pulmón al metal, el riñón al agua y el hígado a la madera, y de igual forma los ciclos de generación y dominancia se representan en ellos.

En la presente investigación se presentaran cuatro entrevistas a profundidad donde se detallara su historia de vida, además del proceso a través del cual se fue construyendo su enfermedad, sus causas, síntomas, dolencias en algún órgano, las emociones que tenían, los sabores que les gustaban. Además se realizara un análisis a través del cual se determinara de qué manera las emociones desarrollaron este trastorno.

Veremos los ideales sobre estética corporal, belleza y la concepción que tienen las chicas hacia sí mismas y hacia los demás, apuntando que en la mayoría de estos casos son los factores psicosociales, los que intervienen en la formación de estos trastornos.

ANTECEDENTES

Orígenes del término Psicosomático

Las implicaciones que lleva lo psicosomático son diversas y confusas, ya que la filosofía Aristotélica proclamaba que para la vida es necesaria la unión de dos sustancias: el alma y el cuerpo. Aunque la parte contraria, es decir, la platónica sostiene que el alma y cuerpo son dos entes que están sometidos a leyes diferentes, pues mientras la primera es perfecta e inmortal, la segunda es imperfecta y mortal (Novoa, 2002).

Descartes (1596-1650) promueve la idea de estudiar cada uno por separado para fundamentar la ciencia haciendo equivalente al alma y al sujeto, de lo que se derivó el establecimiento de la dualidad sujeto-objeto y así la presencia de dos realidades contrarias; pues el objeto ocupa un espacio y un tiempo, es medible y aplicable a la matemática, mientras que el sujeto es inextenso, no ocupa un espacio y es inconmensurable, así que no se puede medir, ni ser aplicable a la matemática, por lo tanto, no es objeto de estudio científico. Lo anterior dio lugar a 2 tipos de dualismo:

- 1) El ontológico que sostiene que existen 2 realidades, la subjetiva y lo subjetivo
- 2) El epistemológico que afirma la oposición del objeto conocido al sujeto quien lo conoce, igualmente confirmó que lo conocido es público y quien lo conoce es privado; posteriormente, estos postulados dieron pie a las 2 corrientes que dividen la ciencia moderna: el empirismo (asociacionismo) e idealismo (racionalismo) (Novoa, 2002).

Debido a que el concepto psicosomático tiene una raíz griega, ha llevado a una concepción reduccionista de las enfermedades psicosomáticas, ya que Psyche tiene como traducción mente y Soma, quiere decir, cuerpo. El proceso de enfermar ha sido un asunto que se ha complicado, pues actualmente el 50% de consultas no tienen una génesis orgánica, y al momento del tratamiento médico, se demuestra la poca intervención en cuestión de emociones durante el proceso de entender la enfermedad.

El concepto psicossomático conlleva una serie de implicaciones epistemológicas: en primer lugar el incluir lo somático y lo psicológico en el asunto de enfermarse sin explicarse cómo se da la interacción entre estas dimensiones, sin que se caiga en un reduccionismo, de modo que por juntar dos conceptos quiere decir que se entienda mejor la relación que se da entre procesos psicológicos y procesos físicos, y en segundo lugar, la ocurrencia de una mega-categoría como lo es lo psicossomático, puede llevar a la pérdida de una distinción autónoma entre lo psicológico y lo físico; asimismo la somatización complica que una enfermedad deba ser o somática o mental, haciendo que los diagnósticos se arriesguen a excluir aspectos psicológicos o den un diagnóstico psicológico que en algunos casos sea una ofensa por “estar en la mente del paciente” y que la enfermedad no sea “real”; así el concepto psicossomático es un concepto que se ha planteado desde la época de Hipócrates (400 a. c.) con su frase: “mente sana, cuerpo sano” (Novoa, 2002).

Enfermedades psicossomáticas

Las enfermedades psicossomáticas, son aquellas cuya manifestación y desarrollo está bajo la influencia demostrable de los factores psicossociales (López, 2012).

Los trastornos psicossomáticos son diferentes y pueden clasificarse según López (2002) en los siguientes grupos principales:

1. Síntomas de conversión. El síntoma adquiere un carácter simbólico que no es comprendido por el paciente. La manifestación del síntoma puede entenderse como un intento de solucionar el conflicto. Los síntomas de conversión suelen afectar la motricidad voluntaria y los órganos sensoriales.
2. Síndromes funcionales (somatomorfos). Por regla general, resulta difícil detectar cambios en los tejidos. Al contrario de lo que ocurre con la sintomatología de conversión, en este caso el síntoma concreto no tiene una importancia particular en la vida del paciente, sino que se trata de una consecuencia no específica del trastorno de una función o percepción

corporal. Puede haber un pseudocadro como dolor de espalda acompañado de diarrea o cefalea, pero la persona sigue trabajando ya que estos síntomas no le impiden trabajar.

3. Enfermedades psicosomáticas en sentido estricto (psicosomatosis). Son producidas por una reacción física primaria frente a una vivencia conflictiva, acompañada de transformaciones morfológicas objetivables y una enfermedad orgánica. Las condiciones previas necesarias (predisposición), una respuesta orgánica (un *locus minorisresitentiae* que debe entenderse dentro de la historia individual del paciente) puede influir sobre determinados órganos. Desde el punto de vista de la medicina histórica, este grupo comprende siete cuadros patológicos clásicos de la psicosomática: asma bronquial, colitis ulcerosa, hipertensión esencial, hipertiroidismo, neurodermatitis, artritis reumatoide y úlcera duodenal (López, 2012).

Lo psicosomático se convierte en una nueva realidad social que se va asimilando en la población sin importar los recursos económicos y culturales; es una nueva posibilidad en los estilos de vivir; los niveles de somatización se convierten en un modo de vida o una nueva pseudo realidad que los individuos construyen como un factor de riesgo en las maneras de llevar su existencia (López, 2012).

La multiplicidad de formas y estilos de vida en la sociedad contemporánea es sólo un planteamiento que pone a los individuos en la lógica de no participar en la construcción de la sociedad de manera intencionada; somos víctimas de las circunstancias y no tenemos opciones para nuestras vidas; lo que nos asigna la familia y la sociedad es lo que hacemos; se asume como verdadero, eso resta posibilidades al sujeto de hacer su vida y su estilo personal de vivir. La pérdida de las opciones no sólo en el sentido social sino en el proceso de la elección individual, se convierte en un fenómeno que no permite apropiarse del cuerpo, por tanto eso implica una distancia entre el cuerpo y la sociedad, lo que es un contrasentido al ser éste, el cuerpo, un producto histórico-social.

Medicina psicosomática

El concepto medicina psicosomática, es un concepto que fue usado primeramente por el psicoanalista Félix Deutsch, en 1922, y es un término empleado por la medicina para dar cuenta de las alteraciones físicas del problema mente-cuerpo. La medicina psicosomática es una perspectiva sobre la investigación científica que relaciona los fenómenos de orden psicológico con los fisiológicos, aunque de manera más general estudia los factores psicosociales de los pacientes y el trato médico (Uribe, 2006).

Su campo de aplicación es abundante, sobretodo porque da respuestas alternativas de la medicina tradicional no ha dado. Uno de los elementos predecesores de la investigación psicosomática es la psicogénesis de la enfermedad. Cuando hablamos de psicogénesis nos referimos al termino dado por Alexander como los: “Procesos fisiológicos consistentes en excitaciones en el sistema nervioso que pueden ser estudiadas mediante métodos psicológicos debido a que ellas son percibidas subjetivamente bajo la forma de emociones, ideas o deseos.

La investigación psicosomática trata de tales procesos, en los cuales ciertos eslabones de la cadena causal se prestan, en el estado actual de nuestro conocimiento, más fácilmente a su estudio mediante métodos psicológicos en lugar de fisiológicos, ya que la investigación detallada de las emociones como procesos cerebrales no está lo suficientemente avanzada (Uribe, 2006).

Para Ackerknecht, la medicina psicosomática tiene sus antecedentes en varios países antes del año 1900. En la Francia del siglo XIX, la nueva escuela de París se enfocaba en la anatomía patológica y el diagnostico físico, sin embargo, no excluían las enfermedades psicosomáticas. De igual manera, uno de sus colegas consideraba que unas enfermedades tenían intervención de lo psicológico. Aparte de esto, los integrantes de la escuela propusieron el estudio de la enfermedad del paciente para las enfermedades crónicas (Uribe, 2006).

Medicina psicosomática en México

En este país, de igual manera, el proceso de atender las enfermedades de índole psicosomático fueron semejantes a otros países, pues los médicos psiquiatras y psicoanalistas fueron los principales responsables de dar cuenta de lo psicosomático, aunque su visión positivista los llevo más del lado orgánico que emocional, también basándose en la psicogénesis, y teniendo resultados similares a los demás países, un sesgo en la lectura de lo psicosomático, y un indicador de enfermedad desde hace 70 años que cada día va ganando terreno (López, 2011).

Psicosomático y psicología

Los procesos psicosomáticos han sido abordados por médicos, psiquiatras y psicólogos, por parte de unos, con la propuesta médica tradicional que ha sido usada por años, y los otros que utilizan una gran diversidad de paradigmas para explicar este fenómeno, con la finalidad de dar una explicación y nuevas maneras de trabajarlas (Gutiérrez, 2008).

Los profesionales de la psicología y psicoanálisis han hecho aportaciones a lo psicosomático, y a continuación se muestran las más representantes:

- *Paradigma conductual*

Desde la teoría conductual se han dado aportaciones como el aprendizaje y condicionamiento a nivel visceral, y la respuesta de adaptación del organismo ante situaciones demandantes, de agresión y sobrecarga, es decir el estrés. Siendo el estrés “Una reacción muy compleja ante factores que producen tensión (estímulos y estresores) los cuales pueden ser inespecíficos o específicos para cada individuo”, y los estímulos pueden tener dimensiones físicas, psicológicas o ambientales (Gutiérrez, 2008).

- *Paradigma Sistémico*

El ser humano, es un todo integrado que constituye un supra-sistema dinámico, formado por muchos subsistemas perfectamente coordinados: el subsistema físico, el

químico, el biológico, el psicológico, el social, el cultural, el ético-moral y el espiritual. Todos juntos e integrados constituyen la personalidad, y su falta de integración o coordinación desencadena procesos patológicos de diferente índole: orgánica, psicológica, social, o varias juntas. Pero, cuando funciona normalmente, exhibe una maravillosa coordinación de esos subsistemas. Por esto, el ser humano es la estructura dinámica o sistema integrado más complejo de todo cuanto existe en el universo.

En consecuencia, se trata de integrar nuestros conocimientos en el Paradigma Sistémico, pues, como dice Ludwig von Bertalanffy, "desde el átomo hasta la galaxia vivimos en un mundo de sistemas".

Pero, ¿qué es un sistema?, ¿cuáles son sus constituyentes básicos, sus características esenciales? La naturaleza íntima de los sistemas o estructuras dinámicas, su entidad esencial, está constituida por la relación entre las partes, y no por éstas tomadas en sí. El enfoque sistémico es indispensable cuando tratamos con estructuras dinámicas o sistemas que no se componen de elementos homogéneos.

Una parte importante del paradigma sistémico es la teoría general de los sistemas.

- *Teoría General de los Sistemas*

La Teoría General de Sistemas (TGS) presentada por (Arnold, 1989) se da como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y, al mismo tiempo, como una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo transdisciplinarias.

En tanto paradigma científico, la TGS se caracteriza por su perspectiva holística e integradora, en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen. En tanto práctica, la TGS ofrece un ambiente adecuado para la interrelación y comunicación fecunda entre especialistas y especialidades.

Bajo las consideraciones anteriores, la TGS es un ejemplo de perspectiva científica. En sus distinciones conceptuales no hay explicaciones o relaciones con contenidos preestablecidos, pero sí con arreglo a ellas podemos dirigir nuestra observación, haciéndola operar en contextos reconocibles.

Los objetivos originales de la Teoría General de Sistemas son los siguientes:

- a) Impulsar el desarrollo de una terminología general que permita describir las características, funciones y comportamientos sistémicos.
- b) Desarrollar un conjunto de leyes aplicables a todos estos comportamientos y, por último,
- c) Promover una formalización (matemática) de estas leyes

- *Paradigma Humanista*

El paradigma humanista sigue apuntando Arnold (1989) es la vía posible en la formación integral del ser humano, retomando el sentido primigenio de la actividad educativa, creando un sentido de relación significativa y considerando los aspectos cognitivos, afectivos y sociales, no sólo del estudiante sino también del profesor.

Por ello el humanismo enmarca los ideales en la formación de comunidades democráticas, responsables y libres. El humanismo tiene sus principales representantes durante el Renacimiento con Pico de la Mirándola y Luis de Molina y posteriormente en Nueva España con Francisco Javier Alegre, en el momento actual tiene una revaloración principal debido a que constituye una respuesta ante la deshumanización presente a lo largo del siglo XX y prototipo.

El paradigma humanista postula a la persona como eje central del modelo. Dentro de la perspectiva educativa recomienda el estudio del ser humano de una manera integral, como una totalidad, con una personalidad en permanente cambio y constante desarrollo e imbuido en un contexto interpersonal. Según Levinas “el Otro está presente en un conjunto cultural y se ilumina por este conjunto como un texto por su contexto” (Levinas, 2000, p. 59).

El eje del paradigma humanista se centra en la persona, a la cual considera una totalidad y por lo cual su desarrollo debe ser integral, considerando los aspectos intelectual, afectivo y social. Por esto mismo, los objetivos educacionales se dirigen hacia el crecimiento

personal de los estudiantes, enmarcándolo siempre en el reconocimiento del otro. Se fomenta el pensamiento creativo y lateral; se dan herramientas para ver el mundo desde la perspectiva del otro, desde una posición empática, y a eso se refiere precisamente la creatividad, a la capacidad de ver el mundo desde otra perspectiva. La relación educativa se basa en ponerse en el lugar del otro, estando conscientes de que jamás se puede ser el otro en su totalidad.

En el paradigma humanista se promueve la experiencia vinculada, de influencia interpersonal, de enriquecimiento a través del trabajo colaborativo y conjunto; de la reflexión propia, de la comunicación como vehículo primo para la relación interpersonal.

- *Paradigma psicoanalista*

Esta teoría es propuesta por Freud para dar explicación de los fenómenos mentales, en concreto de lo consciente e inconsciente, interés que surgió a partir de la experiencia clínica y fue base en la creación de su teoría. A partir de la formulación de la vida psíquica: consciente, pre consciente y inconsciente, se sentaron las bases que darían cuenta de los padecimientos sin causa orgánica desde el psicoanálisis. El aporte al estudio de lo psicosomático fue el relacionar las motivaciones inconscientes y las enfermedades. En un principio se intentó hacer una correlación entre diversas personalidades y enfermedades orgánicas. El psicoanálisis coloca a lo psicosomático entre las neurosis y la psicosis, y más recientemente se ha estudiado su naturaleza, formación de su estructura, la ruptura mente-cuerpo, el mecanismo de somatización y la terapia que sería más efectiva en estos trastornos (Arnold, 1989).

No obstante el psicoanálisis ha considerado al padecimiento de la bulimia y anorexia desde los deseos inconscientes de las personas, y que pueden desencadenar trastornos o no; por lo que desde esta perspectiva no se ha solucionado el padecimiento en cuestión. Lo que ha llegado a considerar que este padecimiento debe abordarse desde una perspectiva específica, como lo hacen las teorías psicosomáticas.

SALUD

Salud (del latín "salus, -ūtis") es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades ligeras, fuertes o graves, según la definición de la Organización Mundial de la Salud realizada en su constitución de 1946. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social). El concepto salud abarca el estado biopsicosocial, los aspectos que un individuo desempeña. En 1992 un investigador agregó a la definición de la OMS: "y en armonía con el medio ambiente"¹, ampliando así el concepto.

El concepto de salud según la Organización Mundial de la Salud tiene una definición concreta: es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona. Esta definición es el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en reemplazo de una noción que se tuvo durante mucho tiempo, que presumía que la salud era, simplemente, la ausencia de enfermedades biológicas. A partir de la década de los cincuenta, la OMS revisó esa definición y finalmente la reemplazó por esta nueva, en la que la noción de bienestar humano trasciende lo meramente físico. La Organización Panamericana de la Salud aportó luego un dato más: la salud también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a la persona.

El doctor Floreal Ferrara tomó la definición de la OMS e intentó complementarla, circunscribiendo la salud a tres áreas distintas, cabe mencionar que estas definiciones son aportadas por la OMS de una manera muy estricta, sin embargo los procesos psicosomáticos difieren de esta concepción.

1. La salud física, que corresponde a la capacidad de una persona de mantener el intercambio y resolver las propuestas que se plantea. Esto se explica por la historia de adaptación al medio que tiene el hombre, por lo que sus estados de salud o enfermedad no pueden estar al margen de esa interacción.
2. La salud mental, el rendimiento óptimo dentro de las capacidades que posee, relacionadas con el ámbito que la rodea. La salud radica en el equilibrio de la persona

¹ Webster-Merriam. Organización Mundial de la Salud, Artículo Impreso. 3 de septiembre de 2007

con su entorno de ese modo, lo que le implica una posibilidad de resolución de los conflictos que le aparecen.

3. La salud social, que representa una combinación de las dos anteriores: en la medida que el hombre pueda convivir con un equilibrio psicodinámico, con satisfacción de sus necesidades y también con sus aspiraciones, goza de salud social.

La OMS, luego de caracterizar el concepto de salud, también estableció una serie de componentes que lo integran: el estado de adaptación al medio (biológico y sociocultural), el estado fisiológico de equilibrio, el equilibrio entre la forma y la función del organismo (alimentación), y la perspectiva biológica y social (relaciones familiares, hábitos). La relación entre estos componentes determina el estado de salud, y el incumplimiento de uno de ellos genera el estado de enfermedad, vinculado con una relación triádica entre un huésped (sujeto), agente (síndrome) y ambiente (factores que intervienen).

Salud Psicológica

El concepto de salud psicológica es difícil de explicar y como tal no se encuentra una definición aceptada mundialmente más que la de la Organización Mundial de la Salud. Es un término que no puede ser proporcionado de manera precisa puesto que se encuentra íntimamente ligado con las costumbres y requisitos de la sociedad mismos que varían de un lugar a otro.¹

La Organización Mundial de la Salud concibe la salud no sola como la ausencia de enfermedad sino además como el bienestar biopsicológico y social. Luego entonces cuando hablamos de salud psicológica nos referimos a aquellos individuos que aparte de no mostrar enfermedad no manifiesten defecto o desorden emocional aparente; entonces podremos hablar de salud psicológica cuando el individuo cuenta con un equilibrio entre sus deseos y las exigencias de la sociedad, cuando experimentan bienestar interno y cuando mantiene buenas relaciones con los demás.

¹Webster-Merriam. Organización Mundial de la Salud, Artículo Impreso. 3 de septiembre de 2007

TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Saldaño (1994) señala que desde que inició el interés por los trastornos alimenticios se han formulado diversas explicaciones de por qué se originan. Cada una de ellas nació en el contexto del síndrome concreto que intentaba explicar, como por ejemplo; miedo a la madurez o sentido de ineficacia personal. Sin embargo, a medida que se ha ido conociendo más acerca de estos trastornos y de haberse comprobado la dificultad de imponer límites arbitrarios entre ellos, las hipótesis también se han generalizado.

Las personas con los trastornos de anorexia y bulimia restringen su alimentación con el fin de mantener o conseguir el peso considerado ideal; esta restricción se conceptualiza como un continuo en el que los restrictivos (que están continuamente comprometidos con el control del peso y la comida) ocupan un extremo y los no restrictivos (quienes no dan importancia a estos temas) estarían en el extremo opuesto.

Aunque el restrictivo puede tener éxito en mantenerse en sus dietas, la presencia de los desinhibidores del comer restrictivo (estados emocionales negativos, presencia de comida, ingestión de alcohol, etc.) les interfiere en su autocontrol, llevándoles a comer en exceso. Es decir; la teoría predice que el "restrictivo" que rompa o crea romper su restricción, contrarregulará, es decir; empezará a comer de manera desaforada. Esta teoría se ha convertido en la dominante ya que tiene una capacidad explicativa superior y mantiene conexiones con otras teorías y modelos que no pueden ser pasados por alto.

La investigación ha proporcionado datos que evidencian que la dieta o la restricción provoca episodios de atracones. La dieta que tiene éxito en hacer perder peso puede también crear un estado crónico de hambre, especialmente si esta pérdida lleva a la persona a tener un peso por debajo de su punto crítico. Para la persona que padece algún trastorno alimenticio, la comida adquiere un protagonismo especial y basa en ella todos los

pensamientos y actos que forman parte de su vida diaria, sintiéndose dependiente de esa idea (Saldaño, 1994).

Los trastornos alimenticios de acuerdo con (Tinahones, 2003) son enfermedades crónicas y progresivas que a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de factores, entre ellos se encuentran:

Factores Biológicos. Los científicos todavía se encuentran investigando por posibles causas bioquímicas o biológicas de los trastornos de la conducta alimentaria. En algunos individuos con trastornos alimentarios, se ha encontrado que ciertas sustancias químicas del cerebro (llamadas neurotransmisoras) que controlan el hambre, el apetito y la digestión se encuentran des balanceados. El significado exacto y las implicaciones de estos desbalances aún se encuentran en investigación.

Factores Personales. Los más comunes en la mayoría de los trastornos alimenticios son:

- a. Pubertad temprana en el caso de las mujeres.
- b. Sufrir previamente un problema de obesidad. Influye haber padecido de obesidad en la niñez y haber sufrido burlas por parte de amigos de su misma edad o adultos, lo que puede generar culpas e inseguridades muy grandes.
- c. Poseer determinados rasgos del carácter, por ejemplo:
 - No aceptarse como persona.
 - Percibir que se tiene poco control sobre la propia vida (Falta de autonomía.)
 - Ser poco habilidoso en las relaciones sociales. Hay frecuentemente un fracaso para expresar problemas emocionales.

- Tener poca espontaneidad y demasiado autocontrol, sobre todo en cuanto a la demostración de los afectos.
 - Poseer dependencia afectiva.
 - Ser muy perfeccionista y exageradamente autocrítico. Tener auto-exigencias desmedidas.
 - Tener una personalidad rígida, expresada en una excesiva necesidad de seguir reglas y una tendencia a criticar a otros.
 - Ser excesivamente responsable para la situación o la edad.
 - Sufrir de inseguridad, timidez o introversión.
 - Tener una baja autoestima.
 - Tener una personalidad depresiva.
 - Preocuparse excesivamente o ser muy sensible a las opiniones de los demás o las influencias del entorno.
 - Poseer un excesivo deseo de evitar situaciones estresantes, determinado por el miedo a enfrentarse a situaciones nuevas y expresado por una tendencia a huir de los conflictos.
- d. Sufrir trastornos de ansiedad. Poseer tendencia al padecimiento de trastornos de personalidad y conductas impulsivas / compulsivas.
- e. Haber elegido una afición o una carrera que conceda gran importancia al peso.
- f. Cumplimiento de la "Hipótesis de dependencia externa"
- g. Tener sobrepeso (en la mayoría de los casos, ligero) puede predisponer al inicio de actividad física intensa o dietas sin control médico, que desemboquen en trastornos de la alimentación (Tinahones, 2003).

Factores Psicológicos. Las personas con trastornos alimenticios tienden a tener expectativas no realistas de ellos mismos y de las demás personas. A pesar de ser exitosos tienen una necesidad de afecto, atención y ternura enorme e inconfesable. No tienen sentido de identidad, por eso tratan de tomar el control de su vida y muchas veces se enfocan en la apariencia física para obtener ese control, construyendo un Yo falso Tinahones, (2003).

Factores Familiares. Los padres de anoréxicas tienen ideas muy rígidas acerca de cómo deben ser sus hijas y se muestran intolerantes con cualquier manifestación de

independencia por parte de ellas, las comunicaciones interpersonales dentro de esas familias tienen tendencia a ser insuficientes y a regirse por un modelo donde el padre trata de obtener éxito en su trabajo y la madre se vuelca en los hijos para realizarse, y en ese momento se vuelve demasiado severa. Los límites entre los miembros de la familia -sus propias individualidades- se han borrado y la vida y los problemas de los padres y los hijos están íntimamente relacionados. Son familias que hacen dramas de todo lo que les sucede en su cotidianidad, por pequeño que sea; además se cuidan mucho en sus relaciones con el entorno externo.

En estas familias cualquier cosa que se salga de lo aceptado por ellos como correcta es una deslealtad muy grande. En cuanto a la comunicación son familias en donde nada se aclara, pueden suceder cosas incómodas o verse inmiscuidos por situaciones difíciles pero sus miembros no harán, ni dirán nada que ofenda o haga sentir mal a otro miembro de la familia. Es usual que en estos casos un miembro con inquietudes primero se enferme antes que lograr expresar su inquietud (Crispo., R., Figueroa., E., & Guelar., D, 2001).

Factores Socioculturales. Los medios de comunicación asocian lo bueno con la belleza física y lo malo con la imperfección física. Las personas populares, exitosas, inteligentes, admiradas, son personas con el cuerpo perfecto, lo bello. Las personas que no son delgadas y preciosas son asociadas con el fracaso. El anhelo por adelgazar o por mantenerse delgado se ha convertido en uno de los valores clave de nuestra cultura. La delgadez mitificada significa en la sociedad actual el éxito, la seguridad, la belleza, estar en forma y ser aceptada socialmente. La asociación de estos logros derivados de estar delgada ha hecho que la delgadez se convierta en un fin; incluso para muchas adolescentes no existe autoestima sin delgadez

La idealización de la delgadez es causa y consecuencia de lo que decimos. En la mujer, además, se ha apuntado que su creciente rol profesional actual puede conllevar exigencias de imagen que resultan divergentes con respecto a su rol doméstico. Así se generan modelos socialmente deseables, pero generadores de problemas en determinadas personas.

Los diversos métodos utilizados para adelgazar, con los que la sociedad se ha mostrado tan permisiva, se han convertido en reforzadores positivos, debido a las metas sociales alcanzadas, teniendo poco en cuenta los riesgos de este tipo de comportamientos. Los estilos de vida, el grupo de iguales, la publicidad y las propias cogniciones van reforzando ayunos, dietas restrictivas y demás prácticas compensatorias. Los objetivos de quienes entran en esta especie de círculo vicioso cada vez son más exigentes y los métodos utilizados más implacables con la comida (Crispo., R., Figueroa., E., & Guelar., D, 2001).

Epidemiología de los Trastornos Alimenticios

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, patologías que por otra parte no sólo implican a la Psiquiatría sino también a especialidades tan variadas como Medicina interna, Endocrinología y Pediatría entre otras, han alcanzado proporciones alarmantes entre la población de los llamados países desarrollados al contrario de lo que ocurre en países tercermundistas y áreas no industrializadas u occidentalizadas de los países en vías de desarrollo (Guerro P., 2001).

Principalmente entre las mujeres adolescentes y adultas jóvenes, siendo muy difícil precisar los datos epidemiológicos reales, pues en una gran mayoría de casos, Estos trastornos no son diagnosticados debido a que las pacientes raramente revelan o comunican sus síntomas a los profesionales de la salud, del mismo modo que es infrecuente que lo hagan en el ámbito familiar.

Tan sólo en Estados Unidos cerca de 8 millones de adolescentes y adultos jóvenes tienen síntomas de trastornos alimentarios, de éstos, más del 90% son mujeres y más del 75% son adolescentes, estimándose que la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) afectan aproximadamente a 1,2 millones de mujeres en dicho país. Durante la década de los setenta, los estudios realizados en EEUU sobre los hábitos dietéticos de la población general ofrecían datos alarmantes: el 50% de norteamericanos que seguía un programa de pérdida de peso (principalmente mujeres) tenía un peso adecuado para su talla y edad, un 45% de amas de casa realizó algún tipo de dieta al año, un 56% de mujeres de entre 25 y 54 años hacía al

menos una dieta al año, cerca de un 76% de los sujetos que hacían dieta la realizaban por cuestiones estéticas y no por motivos de salud (circunstancia en la que indudablemente influye una sociedad con cifras de sobrepeso en la población que rondan el 47%), estimándose que entre 20 y 25 millones de norteamericanos siguen algún tipo de dieta (Guerro P., 2001).

Mientras que en México se estima que el 90% de los pacientes que padecen anorexia y bulimia son mujeres, mientras que el otro 10% son hombres. Según el sector salud, cada año se registran 20 mil casos de anorexia y bulimia, y la edad promedio de inicio de estos padecimientos fluctúa entre los 14 y los 17 años. El 57% de los adolescentes enfermos pueden llegar a tener una vida normal con tratamiento médico; el 40% presenta una curación total, mientras que el 3% de los adolescentes fallecen antes de empezar algún tipo de tratamiento. En la población universitaria, entre el 19% y el 30% de las mujeres presenta algún tipo de trastorno con conductas de bulimia y anorexia por su obsesión sobre su imagen corporal, sin tener el resto de los síntomas.²

Los trastornos alimenticios aumentaron 300% en México durante los últimos 20 años. En 95% de los casos la anorexia y bulimia se desarrollan a partir de hacer una dieta estricta. En la última encuesta realizada por la Secretaría de Educación Pública los resultados arrojaron que:

- El 25% de las mujeres encuestadas de entre 15 y 18 años han dejado de comer por 12 horas por miedo a engordar.
- Uno de cada 10 alumnos varones de bachillerato recurre al ayuno como método contra la obesidad o sobrepeso.
- El 28.8% de las mujeres encuestadas y el 18.6% en el caso de los varones, han tomado pastillas para bajar de peso y el 24% de los encuestados, lo ha hecho en los últimos 3 meses.
- Una de cada 10 personas encuestadas entre hombres y mujeres han vomitado para bajar de peso.

² Tomado de noticieros Televisa.

- El 11.3% de las mujeres encuestadas y el 6.2% en varones, han tomado diuréticos para bajar de peso, mientras que el 13.5% en mujeres y el 7% en hombres, confesaron tener prácticas bulímicas para perder peso.

Los trabajos epidemiológicos que reflejan la incidencia de los TCA en las últimas décadas indican un aumento inequívoco de los mismos tal y como nos muestra la realidad clínica, donde parece innegable el incremento de este tipo de pacientes en las consultas psiquiátricas y de Atención Primaria. Se piensa que este incremento en el número de casos se debe a diferentes factores que van más allá de los puramente derivados de la mejora en los instrumentos diagnósticos, y que puede ser debido a varias causas entre las que se encuentran:

- a) mejoría del diagnóstico
- b) errores diagnósticos con otros cuadros
- c) mayor tendencia en la adolescencia por las dietas
- d) rápido desarrollo de la pubertad en las últimas generaciones
- e) necesidades y distingos sociales
- f) problemas psicológicos en las adolescentes de tipo existencial distintas al de generaciones pasadas
- g) una mayor difusión social del tema en los medios audiovisuales.

A la hora de evaluar el probable incremento de la incidencia (aparición de nuevos casos en un período de tiempo determinado) y prevalencia (número de casos presentes en un tiempo determinado) de los TCA, debemos considerar la existencia de múltiples dificultades que se presentan en el momento de interpretar los resultados de los diferentes estudios epidemiológicos (Guerro P., 2001).

Por una parte, las derivadas de los métodos de recogida de la información, donde nos encontramos con diferentes modalidades para la obtención de los datos enviados por correo (baja respuesta), encuestas telefónicas, anónimos, dirigidos a población sensibilizada, etc.

Por otra parte, la gran mayoría de los cuestionarios empleados son auto-administrados, por lo que los resultados de los mismos estarían condicionados por la sinceridad/ insinceridad de los sujetos que los realizan. Está comprobado que las pacientes con TCA tienden característicamente a minimizar y encubrir su sintomatología, al tiempo que muchas de ellas no son totalmente conscientes de padecer una enfermedad, influyendo de igual manera la particular forma de vivenciar la enfermedad y actitud respecto a la misma. Por tanto, parece que los trabajos epidemiológicos basados en cuestionarios de autoevaluación adolecen en su mayoría de escasa fiabilidad (Guerro P., 2001).

Prevalencia en México

En el caso de México, la epidemiología y prevalencia de los Trastornos Alimenticios tiene otras complicaciones, por ejemplo, Benjet, (2012) y sus colaboradores, realizaron en el Distrito federal, donde estimaron la prevalencia de anorexia, bulimia y el trastorno por atracones en la población general de adolescentes de esta entidad. Asimismo, dicho estudio pretendió proporcionar una descripción de las características socio-demográficas y clínicas de los jóvenes que cumplen criterios diagnósticos según el DSM-IV para estos trastornos.

Para ello, se realizó una Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente a jóvenes entre 12 y 17 años, residentes del Distrito Federal y área conurbada. Se entrevistó a 3005 adolescentes en sus hogares utilizando como instrumento diagnóstico la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (WMH-CIDI-A), aplicada cara a cara, por medio de una computadora portátil, por encuestadores capacitados. La tasa de respuesta fue de 71% (Benjet, 2012)

Los resultados arrojaron que la prevalencia de anorexia, bulimia y el trastorno por atracones está en 0.5%, 1.0% y 1.4%, respectivamente. Entre 83 y 100% reportan discapacidad y todos aquellos con anorexia y casi la mitad de aquellos con bulimia y atracones reportan discapacidad grave. Sin embargo, ni una cuarta parte con uno de estos trastornos ha recibido tratamiento a pesar de la discapacidad que generan.

Lo que se ha podido observar en todos estos casos y cifras es la situación de que van en aumento, y su población cada vez es más extensa y abarca tanto a hombres como mujeres, lo que nos lleva a proponer que los trastornos tienen un trasfondo y un abordaje mucho más extenso que una simple terapia de rehabilitación.

Entendemos también que estos padecimientos serán en mayor o menor medida más intensos dependiendo del estado anímico de las personas, es decir cuando están enojadas o tristes es cuando se generan más estos padecimientos, lo que nos ha llevado a plantear la hipótesis de que son las emociones y los procesos psicósomáticos los determinan si las personas padecen o no anorexia y bulimia.

JUSTIFICACION

La presente investigación, está enfocada a determinar la influencia que tienen las emociones y los procesos psicosomáticos la aparición y desarrollo de algunas enfermedades que se presentan en México. Así, mostraremos algunos datos sobre enfermedades que han tenido un alto grado de mortalidad. Nuestro objetivo principal es determinar cómo se desarrollan los trastornos alimenticios a través de un proceso psicosomático, y como las emociones influyen en este proceso.

Lo anterior, debido a los índices tan alarmantes sobre padecimientos crónicos que existen actualmente en nuestro país. Siendo en la mayoría de sus casos enfermedades crónicas degenerativas, lo que lleva pensar si estas enfermedades son causadas por aspectos emocionales.

Por ejemplo, actualmente en México existen más de dos millones de personas que presentan un trastorno alimenticio, sea bulimia o anorexia, de las cuales 10% son hombre y el otro 90% son mujeres. Datos más acertados nos muestran que un 0.5 % de la población mexicana son personas afectadas con anorexia nerviosa y entre el 1.5 % a 2.5 % de bulimia nerviosa, siendo estos datos solo representativos a las mujeres, ya que estas son las que más se acercan a los centros de ayuda; además estos mismos antecedentes muestran que la edad aproximada en la que empieza una mujer a presentar la bulimia es alrededor de los 17 años, siendo un 90% la que presenta anorexia y con el riesgo de que el otro 50% este propenso a desarrollar bulimia.

Estos datos según estadísticas, se han quintuplicado en los últimos 10 años, desde el 2008 se empiezan a registrar 20 mil casos anuales. Con tales cifras no hay dudas de que la bulimia nerviosa es uno de los trastornos alimenticios, más graves que existen en el mundo y en México (Hernández, 2014).

Como podemos observar, y como sus palabras lo indican en el caso de la bulimia nerviosa su origen lo tiene principalmente en la creencia de las mujeres, lo que nos lleva a indicar un

mayor acercamiento a considerar a esta enfermedad como consecuencia de un mal manejo de las emociones y creencias psicológicas.

Por otra parte y en el mismo sentido, se encuentra la anorexia, que es la tercera enfermedad crónica entre los adolescentes. Los datos reflejan que se presentan tanto en hombres como en mujeres, aunque las estadísticas afirman que cada vez más hombres lo padecen (aumentando en 10%). La OMS registro que el índice de mortalidad por bulimia y anorexia es de 15% y el 90% de quienes los sufren son mujeres entre 14 y 25 años, en los últimos diez años la incidencia de muerte por anorexia ha creció del 5% a 7% (Narváez, 2014).

Como se ha podido determinar la anorexia y la bulimia representan actualmente uno de los padecimientos que más han afectado la población juvenil, volviéndolo en una enfermedad crónica, lo que la ha llegado a ponerse en las listas de enfermedades crónicas y específicas en cuanto a afectar a un determinado porcentaje de la población mexicana. A estos padecimientos alimenticios, le sigue la artritis; la OMS reporta que esta enfermedad suele aparecer entre los 20 o los 40 años aunque puede comenzar cualquier edad.

En el caso de México, el 1.6 % de la población se ve afectada por esta enfermedad, por lo que se calcula que hay más de un millón 700 mil personas de entre 20 y 50 años de edad con artritis reumatoide. Lo que nos hace pensar nuevamente en la influencia de las emociones en las enfermedades más significativas (Pedro, 2014).

Por último y no menos importante, se encuentra el cáncer, que es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, la OMS reconoce un incremento de casos con cáncer en los últimos años y prevé que en los próximos 15 años la cifra aumentara un 50%. Por ejemplo el cáncer con mayor grado de mortalidad es el cáncer de páncreas, que en México en los últimos 14 años, según estadísticas del INEGI, va en aumento (Pérez, 2013).

Esto nos vuelve a sugerir la idea planteada al principio, sobre la influencia que tienen las emociones la aparición de todas las enfermedades, si bien será cierto que el cuerpo y los órganos son dañados, esto se deberá en la mayoría de los casos a un mal manejo de nuestras emociones, lo que repercute en consecuencias negativas para nuestro cuerpo.

SALUD

1.1 Antecedentes de la salud

De acuerdo con la Gaceta de Comunicación Interna publicada por la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de salud nuestro sistema de salud tiene casi 60 años de vida. Su fundación data de 1943, año en el que se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SSA), el IMSS y el Hospital Infantil de México, considerado el primero de los Institutos Nacionales de Salud. Con las nuevas instituciones surgió la primera generación de reformas en salud, que buscó responder a las demandas del desarrollo industrial mediante el cuidado de la población obrera, atendida en los institutos de seguridad social.

Con el objetivo de constituir la eventual integración de los servicios, en 1983 emergieron nuevas iniciativas, entre ellas el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud y la promulgación de la Ley General de Salud. En este contexto comenzaron la descentralización de los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada y un proceso de modernización administrativa de la SSA.

Clásicamente la salud se ha definido en contraposición a la enfermedad. Así, salud es “el estado del ser orgánico que ejerce normalmente todas las funciones”, mientras enfermedad se refiere a la “alteración más o menos grave de la salud”.

En la antigüedad estar sano equivalía a poder desarrollar las actividades cotidianas. Alguien con capacidad para el trabajo y las relaciones familiares y sociales era considerada sana, aunque padeciese algunos de los procesos que hoy consideramos enfermedades. Se trataba de una noción sumamente pragmática que hacía compatible la definición de sano con

el sufrimiento de algunas molestias, siempre que éstas no afectaran decisivamente a la actividad ordinaria.

La idea de salud responde además a una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. De hecho, cada época corresponde a cierta estructura irreplicable de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas. De manera que la noción de lo que se entiende por salud es un producto o construcción social, o como diría Emile Durkheim (citado en Ritzer, 2002), “un hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo”.

1.2 Definición de salud

La idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. Como apunta Briceño-León (2000), “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional”.

Existen varias concepciones para la definición de salud, la primera que se aborda es un concepto de salud que se refiere a un equilibrio inestable del ser humano, de su organismo biológico y de su cuerpo (entendido este como las representaciones del mismo), en relación con factores biológicos, medio ambientales, socioculturales y simbólicos, que permiten a cada ser humano además de crecer, potenciar sus posibilidades en función de sus propios intereses y de los de la sociedad en la cual se encuentra inmerso.

La salud es pues, más que un estado, un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, proceso que cuando alguno de los factores implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para restablecer el equilibrio; pero, al tornarse, inflexible lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida (Orozco, 2006).

Esta concepción implica que mantener ese equilibrio requiere de una serie de factores socioeconómicos, ambientales, biológicos, y asistenciales que se aúnen para sostener ese equilibrio, el cual se traduce en la capacidad de vivir como individuo, de producir, reproducir y recrear la cultura, entendida como la suma de producciones e instituciones que distancia la vida humana de la animal.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

La salud es un hecho social tanto material como inmaterial. Por lo tanto, se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende y desborda la competencia estrictamente médica, relacionándose además de la biología y la psicología, con la economía y la política, en tanto que es un asunto individual y colectivo al unísono.

1.3 Salud física y mental

Se detallarán los conceptos sobre salud física y mental, que proponen la Organización Mundial de la salud, la cual divide a la salud en dos definiciones no interconectadas entre sí.

1.3.1 Concepto de salud física

Para la Organización Mundial de la Salud la salud física consiste en el óptimo funcionamiento fisiológico del organismo preservando el bienestar del individuo; La salud física nos conserva aptos y dispuestos para la actividad física, mental y espiritual. Ayuda a desarrollar la naturalidad, espontaneidad y creatividad, ejercita la voluntad y la capacidad de rendimiento, además, favorece la autodisciplina, la superación y el equilibrio, los cuales contribuyen a fomentar la alegría, la satisfacción y el sentimiento de auto-relación.

Una parte importante del bienestar del ser humano es la salud mental, la cual se describirá a continuación

1.3.2 Concepto de salud mental

La OMS menciona que la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental. En lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de salud mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental.

Aún más reducidos son los fondos disponibles para la promoción de la salud mental, expresión amplia que abarca toda una serie de estrategias destinadas a lograr resultados positivos en materia de salud mental. El desarrollo de los recursos y las capacidades de la persona y la mejora de la situación socioeconómica figuran entre los objetivos de esas estrategias.

La promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez.

Mucha gente piensa en la “enfermedad” mental cuando escuchan la expresión salud mental. No obstante, salud mental es mucho más que la ausencia de trastorno mental. La salud mental es un don que todos queremos poseer, independientemente de si lo designamos o no con ese nombre. Cuando hablamos de felicidad, tranquilidad, goce o satisfacción, casi siempre nos estamos refiriendo a la salud mental.

La salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos. Se refiere a la manera como cada uno de nosotros nos relacionamos con otros en el seno de la familia, en la escuela, en el trabajo, en las actividades recreativas, en el contacto diario con nuestros iguales y, en general, en la comunidad. Comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida.

Según la Federación Mundial para la Salud Mental, la salud mental tiene que ver con:

- Cómo nos sentimos con nosotros mismos.
- Cómo nos sentimos con los demás.
- En qué forma respondemos a las demandas de la vida.

No existe una línea divisoria que separe con precisión a la persona mentalmente sana de la que no lo está. En verdad, existe toda una gama de grados de salud mental y no hay una característica singular que pueda tomarse aisladamente como evidencia de que se la posee. Por otra parte, tampoco la ausencia de uno de esos atributos puede admitirse como prueba de “enfermedad” mental. Más aún, nadie mantiene durante toda su vida las condiciones de una “buena” salud mental.

Salud mental se define de varias formas, pero todas coinciden en que es un equilibrio emocional necesario para que una persona pueda funcionar adecuadamente en el diario vivir. Se crea un balance entre la persona y el ambiente que lo rodea.

Es la capacidad de crecer, convivir y adaptarse a la vida creando un estado óptimo, físico, mental y conductual, el cual se comienza haciendo ajustes positivos frente a las diferentes situaciones, armonizando la prevención, el manejo y el uso de recursos para la obtención de buenos resultados, comenzando por sí mismo.

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia, y los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos. En este sentido, lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar. Otro aspecto inherente a la política social, es que la salud mental se relaciona al igual que la salud física, con la pobreza, en donde la incidencia de estos padecimientos exige de los afectados mayor proporción de los pocos ingresos que generan, además de lo incapacitante que resultan, que como consecuencia disminuyen o frenan el potencial de desarrollo de las personas y por tanto de los núcleos familiares.

Así, además del bienestar físico, el mental tendría que ser una prioridad. En este sentido, en la Comisión de Salud de la LVIII Legislatura se inició el proceso legislativo de algunas iniciativas en la materia, de las cuales esta LIX Legislatura ha aprobado: La Reforma a la Ley General de Salud, y al Sistema de Salud Mental, que incluye un modelo de Atención en Salud Mental, el cual contempla la creación de nuevas estructuras de atención que, en congruencia con los avances a nivel mundial, debe buscar, el definitivo cierre de los hospitales psiquiátricos asilares; sobre el derecho a ser debidamente informado, tanto pacientes con padecimientos mentales como sus familiares (Sandoval, 2008)

Es por ello que los problemas de salud deben ser considerados de manera integral, a través de considerar que la salud repercutirá en el cuerpo del individuo y a su vez en sus emociones y sentimientos. Lo que indica una relación estrecha entre los estados de salud y la dualidad mente-cuerpo.

1.4 Aportaciones filosóficas sobre la dualidad mente-cuerpo

El problema mente-cuerpo es un tema central y constante no solo en la historia de la psicología sino de todas las ciencias que se ocupan de los llamados procesos mentales. Gracias a los progresos ocurridos en las neurociencias en las últimas décadas, ha aparecido una tendencia a resolver ese problema por medio de la investigación cerebral. Descartes, (1637).

El dualismo cuerpo-mente dificulta enormemente la explicación teórica de un nexos causal entre uno y otro, problema central en la filosofía de Descartes, más fácilmente rastreable en autores anteriores como San Agustín o Platón.

¿Dónde está la mente? Hace 3 siglos el pensador René Descartes describe la mente como una entidad extracorpórea que se manifiesta en la glándula pineal. Descartes se equivocó en relación a la glándula pineal, pero el debate mente-cuerpo aún persiste con toda fuerza.

Así lo describió Descartes: el cuerpo del hombre es una cierta máquina de tal manera ensamblada y compuesta de huesos, nervios, músculos, venas, sangre y piel. Descartes hace un esfuerzo inaudito para explicar el funcionamiento del cuerpo con los elementos que la naciente ciencia ponía a su disposición, en una más bien fantástica fisiología.

Decía que en el corazón hay un calor mantenido en él por la sangre de las venas y que este fuego es el principio corporal de todos los movimientos de nuestros miembros, que todas las partes más vivas y más sutiles de la sangre que el calor ha rarificado en el corazón entran continuamente en gran cantidad en las cavidades del cerebro (que entran sólo las partes más agitadas y sutiles, los llamó *espíritus animales*, que no tienen otra propiedad que la de ser cuerpos muy pequeños y que se mueven muy rápidamente y que salen también algunos otros por los poros que hay en su sustancia la del cerebro, los cuales los conducen a los nervios (unos *filamentos* que a través de unos *tubitos* salían del cerebro), y de aquí a los

músculos, lo que les permite mover el cuerpo de todas las diversas maneras como puede ser movido.

Desde *El discurso del método* Descartes había declarado la dicotomía mente-cuerpo y posteriormente, en sus *Meditaciones metafísicas* afirma: en tanto que soy sólo una cosa que piensa, es manifiesto que yo (mi mente) soy distinto en realidad de mi cuerpo, y que puedo existir sin él. Y advirtió que y para decir una sola-, hay una diferencia entre el alma y el cuerpo en el hecho de que el cuerpo sea siempre divisible por naturaleza y el alma indivisible.

Sin embargo, se percató de la interacción entre éstos, la cual describió minuciosa y abundantemente, como cuando un dolor como radicando en el pie, por el cual (el alma) es impelida a eliminar la causa de aquél. O como cuando la sequedad de la garganta mueve nervios que mueven zonas recónditas del cerebro y que este movimiento produce en el alma la sensación de sed y, consecuentemente, el deseo de beber. O como cuando al beber vino, además de alterarse los movimientos corporales se alteraban también las funciones propias de la mente (Descartes, 1637).

Desde que Descartes en 1690 distinguió la mente del cuerpo declarando que la mente no es extensa y que los cuerpos son extensos, la relación entre los dos ha sido un rompecabezas. En los objetos materiales, como afirmó John Locke se puede entender cómo un cambio en el tamaño, la figura y el movimiento de un cuerpo, debería causar un cambio en el tamaño, la figura y el movimiento de otro cuerpo. Su conexión con la mente es, sin embargo, otro asunto.

Según Locke no hay una conexión imaginable entre ellos. Por lo que se carece de conceptos que puedan conectar ambas partes, y con esta carencia no se puede ver cómo la mente o yo, puede estar “dentro” del cerebro (Mensh, 2011).

La civilización occidental afirma que la mente está en el cerebro nada más, fuera del cuerpo. También existía la creencia que podíamos sentirnos muy angustiados y que no había cambios en el cuerpo. Posteriormente Freud plantea que la mente, la tristeza o la alegría no

tienen nada que ver con el estado del cuerpo; no tiene origen físico. Más en tiempos de la 1ª Guerra Mundial, el fisiólogo Walter B. Cannon descubre la "respuesta de ataque o escape" como una reacción frente al miedo y el peligro. Cannon demuestra que al prepararse el cuerpo para la acción - aumento de la adrenalina y otras hormonas, aumento del latido cardiaco y tensión muscular- se afecta seriamente al aparato digestivo. Es decir que la interacción mente-cuerpo se realizan a través de las emociones que luego se traducen en manifestaciones visibles en el cuerpo (Kort, 1995).

Es así como a través de las décadas, las revoluciones industriales, el capitalismo, entre otros muchos factores, la población ha crecido y los países se han vuelto más industrializados, lo que ha llevado a ser una población con miedos y exigencias propias del sistema.

Por ejemplo en el caso de México la cultura de tener que comer lo que tus padres te dan, la cual principalmente está basada en productos hechos con harina, picante y mucha grasa, lo cual hace que en la misma familia existan sentimientos de descontento e insatisfacción por parte de los jóvenes de la familia. A esto, le añadimos el hecho de que México cuenta con un gran índice de estrés, inseguridad familiar, mala economía, lo que indudablemente culmina en desembocar todas sus emociones en enfermedades que afectan a su cuerpo y en especial a su sistema digestivo, tal como la colitis, gastritis, o en casos más severos la anorexia y bulimia.

1.5 Enfermedad

El concepto de enfermedad, fue atravesando por diversas etapas. Puede decirse que fueron elaborándose distintos modelos, esto es, estructuras de significado que sirven para interpretar y comprender un dominio de la realidad. Los modelos no son la realidad, sino recortes de la misma, cuya principal virtud es la de ser útiles en la práctica, donde se establece su validez. Las distintas formas de concebir la enfermedad a lo largo de la historia, trataron de definir su esencia, esto es, en qué consiste realmente. Pueden agruparse los intentos de dar respuesta a la cuestión, en las siguientes ideas:

1.5.1 Ontologismo nosológico y reactivismo:

El ontologismo nosológico sostiene que la enfermedad es algo extraño al individuo, que lo ataca, enferma y eventualmente lo mata. Esto es una suerte de “personificación de la enfermedad”, en el sentido de algo con existencia propia. Esta concepción corresponde tanto a las ideas de la antigüedad, que atribuyen la enfermedad a posesiones de entidades malignas, como también al descubrimiento muy posterior de los agentes etiológicos de las enfermedades infecciosas. El reactivismo, por el contrario, considera la enfermedad como una reacción del organismo. La vida es concebida como un equilibrio inestable, constantemente alterado por estímulos, a los que se ve expuesto el individuo. Para mantener ese equilibrio u homeostasis (término acuñado por Cannon), existen mecanismos fisiológicos y psicológicos que intentan restaurar cualquier alteración que se produzca. La enfermedad desde este punto de vista, sería la respuesta del ser vivo a estímulos fisiológicos, psicológicos o sociales que alteren seriamente su equilibrio, amenazando su homeostasis. Es decir que aquí se desplaza el acento desde el agente causal del ontologismo nosológico, hacia la respuesta de la persona, en la definición de la enfermedad.

1.5.2. Modelos holísticos y reduccionistas.

En la historia de la filosofía, en palabras de Garcia & Rodriguez (2009) la holística ha tenido dos vertientes:

1.- Una variante de la doctrina de la evolución emergente, que consiste en la inversión de la hipótesis mecanicista y en considerar que los fenómenos biológicos no dependen de los físico-químicos, sino estos últimos de los primeros

2.- Karl Popper denominó holismo a la tendencia de los historicistas a sostener que el organismo social, como el biológico, es algo más que la simple suma total de las relaciones existentes entre los miembros.

En la actualidad se ha asumido creadoramente la definición de Popper, que hace énfasis en el aspecto integrador, orgánico, sistémico de los problemas del hombre y su relación con el medio y la sociedad, donde la totalidad no se reduce a la suma de las partes.

Por su parte, el concepto heurística denota todo proceso teórico metodológico que facilita la búsqueda de soluciones a un problema dado. En sentido práctico, por heurística se entiende la capacidad de un sistema para incorporar de forma inmediata acciones consecuentes a sus fines

Dentro de los modelos holistas, y enfocándonos a nuestro tema, el concepto de salud es retomado por el holismo; así entonces el enfoque holístico de la salud, como fenómeno sociocultural, posibilita superar la tendencia de concebir la salud y la enfermedad como una relación de elementos antitéticos, cuando de lo que se trata es de asumirlos como un concepto unitario de salud y enfermedad. Según De la Fuente, a partir de la influencia de Bernard y de Cannon desde el campo de la fisiología, y de Freud desde el ámbito de la psicología, los conceptos salud y enfermedad cambiaron radicalmente, dejando de ser considerados como procesos cualitativamente diferentes.

La consideración del fundamento holístico de la salud produce una ruptura con el paradigma que la oponía a la enfermedad. Más allá de ello, con la concepción de enfermedad que -según De la Fuente- priva aún en círculos médicos, en la cual sigue siendo vista como "algo que sobrecoge", que ataca a ciertos individuos desde afuera.

Así, todavía se suele decir que una persona "contrae" una infección, cuando en realidad lo que ocurre, como dice J. Masserman, es que "reacciona ante una compleja combinación de circunstancias internas o externa. La enfermedad no es suficientemente comprensible como un evento aislado, sino como algo, que se encadena en forma indisoluble con el resto de la biografía personal. Cuando estamos enfermos, el padecimiento que nos agobia no pudo haber ocurrido en nosotros, de no ser porque en un momento biológico y psicológico de nuestra existencia, factores físicos, químicos u orgánicos y acontecimientos personales dependientes de nuestra relación con otros individuos, han coincidido en un organismo cuya historia personal determina su vulnerabilidad a los agentes ofensores.

Por supuesto, resulta imposible negar el factor biológico, orgánico en la relación salud-enfermedad, pero el condicionamiento sociocultural, es empíricamente registrable. Por eso, resulta pueril y ficticio establecer una relación de antítesis salud-enfermedad, o determinar que una es la ausencia de la otra. Por otra parte, el análisis holístico de la salud como subsistema sociocultural no agota el tema. Debe tomarse en cuenta que la holística, por su naturaleza integradora misma, incluye en sus abordajes las varias ciencias del hombre.

Los modelos holísticos conciben al hombre sano y enfermo como una totalidad. La enfermedad es considerada como una reacción global del individuo, que implica tanto a su cuerpo como su mente, en respuesta a una perturbación interna o externa. Sintéticos y dinámicos, estos modelos integran tanto elementos del presente (sincrónicos), como biográficos (diacrónicos). Conciben la etiología (causa) como multifactorial, es decir multicausal. Estos modelos se originan en la antigüedad en las ideas de Hipócrates (escuela de Cos), que toma el concepto de *physis* o naturaleza, cuya alteración produce la enfermedad.

Los modelos reduccionistas, por el contrario, sostienen que la enfermedad tiene una localización más o menos precisa, que puede determinarse y objetivarse en una alteración anatómica o lesión, o una alteración funcional.

Veamos la aportación de Hipócrates sobre el concepto de enfermedad.

1.5.3 Hipócrates y la escuela de COS

Para Hipócrates, que retoma las ideas de Alcmeón de Crotona, la enfermedad es siempre un desequilibrio de la naturaleza o *physis*. Lo atribuye a un desequilibrio o desorden en el conjunto de humores o principios de la materia, siendo la alteración de ese equilibrio o KRASIS, la *dyskrasia*. Hipócrates considera que la enfermedad gira en torno a la interacción de cuatro humores del cuerpo (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema), y elabora una clasificación de los distintos temperamentos humanos basada en esos humores (colérico, sanguíneo, melancólico y flemático), que reflejan la orientación emocional predominantes” (Wacquant en Bourdieu, 1995: 21).

El nivel óptimo de salud se reflejaría, pues, por la *krasis* o interacción adecuada de fuerzas internas y externas. Se puede apreciar que la escuela de Cos, toma al hombre como una totalidad (tendencia holística), tiene en cuenta el temperamento e historia del hombre, concibe a la enfermedad como una reacción global del individuo, implicando a su cuerpo y espíritu en respuesta a una perturbación interna o externa (reactivismo).

La intervención terapéutica para la escuela hipocrática, tiene como objeto restablecer la armonía perdida por el hombre con su medio y consigo mismo. Esta concepción, sintética y dinámica, es precursora de las ideas que sustentan los enfoques psicosomáticos y humanísticos de la enfermedad s” (Wacquant en Bourdieu, 1995: 21).

1.5.4 Galeno

Para Galeno, la enfermedad (NOSOS), es una afección de las funciones vitales, que se produce pasivamente, como consecuencia de la acción de una causa externa (*aitiaprokatartiké*), la que actúa sobre una causa interna o dispositiva (*aitiproegumené*), determinando en el cuerpo una modificación anatomofisiológica anormal y más o menos localizada, la que se llama causa conjunta (*aitiasynektiké*). De esta manera surge por primera vez una patología general sistemática s” (Wacquant en Bourdieu, 1995: 21).

La escuela galénica se acerca al ontologismo nosológico, que le confiere a la enfermedad una realidad sustantiva, y su existencia es definida por el hallazgo de una lesión (modelo reduccionista). La intervención terapéutica consiste en localizar la afección en el cuerpo, y si es posible extirparla.

La concepción galénica es precursora de los modelos organicistas, mecanicistas y deterministas de las enfermedades propias de las ciencias positivas.

1.5.5 Introducción del Sujeto en el concepto de enfermedad

Los modelos anatómico-patológico, fisiopatológico y etiopatogénico buscan objetivar la enfermedad, pero no tienen en cuenta al sujeto que la padece: no sustantivan la enfermedad en quien la sufre. Progresivamente, se va incorporando el sujeto en el concepto de enfermedad. (*Homo patiens*) s' Wacquant en Bourdieu (1995).

- a. Modelo caracterológico (*Kretschmer*): Actualizando la vieja doctrina hipocrática de los temperamentos, valora la significación de la constitución de cada enfermo en el establecimiento de una enfermedad.
- b. Modelo psicósomático: Este modelo intenta comprender el proceso de la enfermedad como dependiente no solo de la anatomía y de la fisiología, sino también de la psiquis. El concepto psicósomático aparece con Heinroth en 1818, y supone una concepción dualista del hombre, con la influencia recíproca de factores orgánicos y psicológicos, que deviene del legado cartesiano (dualismo cuerpo-mente).
- c. Modelo bio-psico-social: Esta concepción destaca que el hombre no es un individuo aislado, sino es una parte inseparable de su medio, que comprende tanto la familia en la que se ha formado, la sociedad en que se desenvuelve, y la cultura que informa su actuar y vivir. El hombre es un ente bio-psico-social, que actúa y reacciona como tal en la salud y la enfermedad.
- d. Modelo antropológico: La medicina antropológica, que surge de los aportes de von Weisacker y Binswanger, sostiene que además de ser la enfermedad un hecho bio-psico-social, también es un acontecimiento personal, que posee un sentido existencial: es un modo humano de vivir. Ya desde el *Corpus Hippocraticum*, se plantea la cuestión acerca de si el arte médico es o no es posible sin saber lo que es el hombre. La Medicina, en efecto, debe sustentarse también en una antropología, un conocimiento del hombre en tanto que sano, enfermable; enfermo sanable, o enfermo mortal, porque tales son los aspectos de la existencia humana que el médico tiene que enfrentar. La medicina antropológica rescata el sentido existencial de la enfermedad, su comprensión

biográfica y valoración espiritual. Introduce al sujeto de la enfermedad en sus dimensiones biológica, psicológica y social, e intenta integrar el saber de las ciencias naturales con el de las ciencias humanas, así como el hombre se apoya en su naturaleza pero se despliega en su individualidad s” (Wacquant en Bourdieu, 1995).

Al considerar al ser humano como un ente bio-psico-social y que estos factores determinan la evolución y origen de sus enfermedades, nos damos cuenta que la parte psicológica está relacionada con las emociones; ahora bien, que son las emociones y como es que intervienen en esta concepción del ser humano. En seguida lo describiremos.

1.6 Emoción

Las emociones en palabras de Wacquant en Bourdieu, (1995) son procesos que se activan cada vez que nuestro aparato psíquico detecta algún cambio significativo para nosotros. Este hecho las convierte en un proceso adaptativo, tienen una alta plasticidad y capacidad para evolucionar, desarrollarse y madurar. Por ello decimos que las emociones no son procesos estáticos sino que van cambiando en función de las demandas del entorno. Su principal función es la organización de toda nuestra actividad y reclutan a los restantes procesos psicológicos como la percepción, la atención, la memoria, el pensamiento, la comunicación verbal y no verbal.

En general se aplica la palabra emoción para describir todo estado, movimiento o condición por el cual el hombre advierte el valor o importancia que una situación determinada tiene para su vida, sus necesidades o sus intereses.

Las emociones pueden ser consideradas como la reacción inmediata del ser vivo a una situación que le es favorable o desfavorable; es inmediata en el sentido de que está condensada y, por así decirlo, resumida en la tonalidad sentimental, placentera o dolorosa, la cual basta para poner en alarma al ser vivo y disponerlo para afrontar la situación con los medios a su alcance.

La mayoría de las definiciones de emoción distingue cuatro elementos:

- La situación estímulo que provoca una reacción;
- Se produce una experiencia consciente con un tono positivo y negativo, de la emoción que sentimos;
- Se genera un estado de activación fisiológica en el organismo a partir del sistema neuroendocrino, lo que significa que las emociones tienen un sustrato físico, y;
- Se produce una conducta que acompaña por lo general a las emociones: alegría, miedo, etc.

La teoría reflexiva de Pierre Bourdieu tiene mucho que aportar pues para Bourdieu el objeto de estudio de la ciencia social no es ni el individuo ni los grupos, sino la relación entre dos realizaciones de la acción histórica. Es decir, él considera que “una ciencia adecuada de la sociedad debe abarcar, al mismo tiempo, las regularidades objetivas y el proceso de interiorización de la objetividad con arreglo al cual se constituyen los principios tras individuales e inconscientes de división que los agentes incorporan a sus prácticas” (Wacquant en Bourdieu, 1995: 21).

Ahora bien, cuando Bourdieu habla del proceso de interiorización que constituye –de forma inconsciente– los principios incorporados en los individuos está hablando de *habitus*. El *habitus*, para el tema que nos ocupa, es un concepto sumamente valioso pues éste es el resultado de la articulación entre lo individual y lo social. Veamos qué dice Bourdieu. Cuando el agente social actúa hacia el exterior ya está condicionado subjetivamente „desde adentro“ por un determinado sistema histórico de relaciones sociales interiorizadas desde la infancia. Por lo tanto, el individuo a partir de la multiplicidad de estructuras externas al sistema de disposiciones adquiridas en el mundo práctico, el lugar y la situación que vive, trasciende y actúa de determinada forma en el mundo social sin ser consciente de ello (Jiménez 2005: 81; Bourdieu, 1995).

Es ahí cuando hablamos de que el individuo incorpora un *habitus*. Algo así como una forma de actuar, pensar y sentir articulada por lo individual y lo social, por las estructuras internas de la subjetividad y por las estructuras sociales externas constituyendo dos estados de la misma realidad. Dice Bourdieu: “el *habitus* es una subjetividad socializada” producto de la interiorización de una multiplicidad de estructuras externas que a pesar de operar

racional y prácticamente es inconsciente. Afirma Giménez, el *habitus* está en sentido práctico, pre reflexivo y pletórico (Jiménez, 2005).

Por lo tanto el *habitus*, nuestro habitus, mi habitus –que desde luego no se forma de “el nosotros” ni “el yo” aisladamente–, nos lleva actuar, percibir, pensar y sentir de determinada forma; pues, percibo, pienso y siento con base en lo interiorizado e incorporado como individuo perteneciente a un entorno social determinado.

Por ejemplo, dicen David LeBreton (2000) y Norbert Elías (1987) que antes a las personas no les causaba conflicto alguno escupir en público, mostrar su desnudez o limpiarse el sudor con la mano. LeBreton comenta que en Versalles en pleno siglo XVIII no existía la vergüenza o el pudor para defecar, eructar o emitir una flatulencia en lugares públicos o cerca de alguien más. Con el uso de retretes esta situación cambió. La vergüenza y el pudor comenzaron a formar parte de estas sociedades, lo cual, según Elías, tiene que ver con la expansión del pensamiento racional de la sociedad, con el ascenso de la burguesía al poder en el siglo XIX, con la difusión del llamado comportamiento civilizado, con la división del trabajo y con la mayor dependencia de los lazos sociales.

En estos siglos, la propagación de los sentimientos de repugnancia, desagrado, escrúpulo, miedo, vergüenza, se fue adoptando poco a poco, incluso por las clases bajas, siempre con el afán de imitar a los cortesanos y a los burgueses. De estos ejemplos se desprende claramente la confirmación de que actuamos, pensamos y sentimos, a partir de una serie de aprendizajes que a nivel subjetivo logran integrarse y determinar nuestra forma de ver el entorno, de moverse en él, de vivir; pues, como dice Bourdieu, los sujetos socializamos con base en acciones pedagógicas de la vida cotidiana y “elegimos” (creemos elegir) la educación intelectual, moral y sentimental. En este sentido producimos a la sociedad y esta nos produce a nosotros sin saberlo.

Para Aristóteles muchas emociones están asociadas con creencias y juicios, como sería el caso de la compasión; otras como la ira, están vinculadas con *impresiones*

evaluativas, un tipo de representaciones distintas de las creencias y de los juicios, aunque análogas a ellos; y algunas otras, como la *epithymía*, se relacionan con impresiones sensibles.

Para Trueba, C. (2009) Aristóteles parece haber esbozado una teoría de las emociones según la cual las emociones son afecciones psicofísicas complejas que involucran:

- 1) Alteraciones y procesos fisiológicos,
- 2) Sensaciones de placer y/o dolor,
- 3) Estados o procesos cognitivos tales como:
 - a) Sensaciones o percepciones (*aisthēsis*),
 - b) Impresiones sensibles y/o impresiones racionales (*phantasia*),
 - c) Creencias (*doxai*) o juicios (*hypolepsis*) (ya sea una de estas tres operaciones cognitivas o diferentes combinaciones posibles entre ellas, según el tipo y el grado de complejidad de la emoción),
- 4) Actitudes o disposiciones hacia el mundo y
- 5) Deseos o impulsos (*orexis*).

La atención que Aristóteles le dedica a cada uno de estos cinco aspectos de las emociones depende en gran medida de la relación que ellos guardan con las cuestiones filosóficas que él analiza y discute en los diferentes lugares del *corpus* en los que se ocupa de las emociones o hace alguna alusión a ellas, pero esto no debería llevarnos a desconocer el lugar de cada uno de los componentes de las emociones que he enumerado.

Al parecer, el filósofo concibe que ninguno de dichos componentes aislado explicara o constituiría por sí solo ninguna emoción y considera que todos ellos son en algún grado elementos constituyentes de las emociones.

En cuanto a los componentes cognitivos de las emociones, cabe decir que éstos pueden darse separados unos de otros, pero hay casos que admitirían diferentes combinaciones, según el grado de complejidad de la emoción de que se trate. Por ejemplo, el temor podría ir acompañado de la *percepción* de un objeto (el fuego) y de la *impresión evaluativa* de que se trata de *un peligro inminente*, de la *creencia* de que el fuego es *de tal*

magnitud que puede acarrear un gran daño y del juicio de que hay que huir en este momento. Pero en cualquier caso los componentes cognitivos irían acompañados del resto de los componentes de las emociones.

Otro de los conceptos relaciones con las emociones son los sentimientos; muchos pensarán que son sinónimos, pero no es así, tal como lo expresa Álvarez (2004).

1.7 Sentimientos

El sentimiento se trata de la experiencia subjetiva de la emoción. Es la evaluación momento a momento que un sujeto realiza cada vez que se enfrenta a una situación. Los sentimientos son impresiones pasajeras, apenas perceptibles. Su duración depende de distintas variables tanto cognitivas como fisiológicas.

Para Álvarez (2004) “Los sentimientos, en cambio, son la expresión mental de las emociones; es decir, se habla de sentimientos cuando la emoción es codificada en el cerebro y la persona es capaz de identificar la emoción específica que experimenta: alegría, pena, rabia, soledad, tristeza, vergüenza, etc.”

La sociología como ciencia acogida en la cuna del positivismo y en la búsqueda sobre todo en sus inicios por crecer a la par de las llamadas ciencias duras, ha buscado dar una explicación objetiva y racional de los fenómenos que estudia. De tal forma, ha partido de la premisa de que sólo aquello comprobable, verificable y medible puede ser estudiado.

Bajo tal esquema, los científicos sociales se han acercado a la realidad a partir de modelos de análisis objetivos y cuantificables, con lo cual se ha dejado de lado aspectos comunes a todas las esferas de las relaciones humanas. Tal es el caso de las emociones y los sentimientos.

Es decir, las emociones y los sentimientos han sido prácticamente ignorados como parte determinante del actuar humano en el análisis sociológico; pues, ¿cómo observar una emoción, como medir un sentimiento?, ¿cómo saber si en verdad existe, qué lo constituye,

de dónde viene? Pareciera que estas preguntas sólo deberían ser contestadas por la medicina, la psicología o la psiquiatría. Sin embargo, la sociología también tiene mucho que decir al respecto y, en este camino, creo que la teoría de Pierre Bourdieu constituye un gran aporte.

Para Bourdieu, la sociología debe objetivar al mundo práctico tomando en cuenta lo que viven los individuos en lo más inmediato de su entorno, de tal forma que esta ciencia no se aleje de la realidad cotidiana de los seres humanos. En este sentido, la dialéctica entre lo personal e íntimo (los *habitus* del individuo), con lo macro social (campos y espacios sociales) en la teoría de Bourdieu, permite que se amplíen los objetos de estudio y analicen eventos antes impensables como son los sentimientos.

Así, en el siguiente ensayo he pretendido dialogar con algunos de los conceptos de la teoría de Pierre Bourdieu, con el fin de sostener la tesis de que los sentimientos emergen de las relaciones sociales en las que el individuo se encuentra implicado. Para ello señalo dos ejemplos (en lo que para Bourdieu serían dos campos), la desigualdad en la escuela y en la familia (en el caso específico de las mujeres).

Es claro que el ser humano cuenta con la capacidad de sentir; percibe (siente) el frío, el calor, el hambre, el dolor en alguna parte de su cuerpo. Conforme avanza la edad puede sentir la hostilidad de su medio, el amor, el abandono, la protección, la envidia, la seguridad, los celos, la vergüenza, la alegría, la tristeza, entre muchas otras formas de emociones traducidas en sentimientos. Es decir, desde el nacimiento todavía no actuamos ni pensamos pero ya sentimos. Por lo tanto, la capacidad de sentir no es aprendida sino inherente, no puede haber pensamiento sin sentimiento (Heller, 1999).

A pesar de que la capacidad de sentir es innata, también es resultado de la educación, de la asimilación de normas y del proceso de aprendizaje, pues, como señala Agnes Heller, los sentimientos son las emociones reales surgidas al estar implicado/a en algo. Este algo puede ser otro ser humano, un concepto, yo misma, un problema o una situación.

Apunta González Rey (2002) que el ser humano no produce por sí sólo sentimientos específicos, éstos hablan de su relación con el entorno en general. Por ejemplo, el motivo sexual no sólo representa el estado anímico asociado con la biología de la sexualidad, también se relaciona con la activación de un conjunto de factores subjetivos emanados de la historia y el entorno cultural de cada individuo. Por lo cual, en los motivos sexuales influye: la moral, el cuerpo, el género y los patrones emocionales de la relación; elementos que integran y definen el sentido subjetivo de la sexualidad para un sujeto concreto.

Es decir, si los sentimientos fuesen únicamente estados internos o innatos, hablaríamos de que a todas las sociedades y personas les afecta por igual un determinado hecho y no es así. El abandono, la muerte, el nacimiento, la relación con los padres, el rompimiento con la pareja, entre muchos otros, no son vividos de la misma forma en las distintas sociedades. En cada una de ellas se pueden estudiar las consecuencias emocionales y los sentimientos generados ante dichos sucesos.

Por lo tanto, la premisa de que los objetos que ocasionan los sentimientos, a pesar de ser desconocidos o difusos en muchas de las ocasiones, pueden ser dirigidos y regulados por costumbres y ritos sociales de la cultura, por ejemplo, en frases como: “deberías de sentir vergüenza”, “debes amar a Dios por encima de todas las cosas”, se indica que nuestras emociones sentidas también se construyen en el mundo exterior. De tal forma, considero que los sentimientos tienen un valor sociológico muy importante.

1.8 Anorexia

La palabra anorexia (del vocablo griego *anorektous*) se ha conocido desde siempre como sinónimo de falta de apetito, aunque posteriormente se ha demostrado que en la enfermedad conocida como anorexia nerviosa no existe dicha carestía, sino que es una negación a comer con el único objetivo de no engordar. Por tanto, se trata de un trastorno socio-psico-biológico de creciente trascendencia sanitaria, cuyo estudio reviste un indudable valor formativo (Toro y Vilardell, 1989, cit en C. Nuñez, 1995).

Tenemos varias definiciones sobre este trastorno, en primera instancia citaremos a Aparicio (2001, cit en Caballero, 2006) que define a la anorexia como la ausencia de hambre, y la Anorexia Nerviosa, si presentan un estado somático producido por la falta de apetito acompañado de un intenso temor a engordar o a subir de peso, por lo que las lleva a dejar de comer.

Del mismo modo Foster (1994, cit en Caballero, 2006) define a la anorexia como un síndrome que se caracteriza por el rechazo a la ingestión de alimentos (el hecho de comer) que a menudo desencadenan espasmos viscerales y dolores. Las estadísticas dicen que el 1% de la población mexicana está afectado, pero tal vez sea mayor. No es cierto que los jóvenes anoréxicos no sientan hambre, sino que la reprimen por el pavor que tienen a la obesidad. Ya que rechazan en (forma contundente) el mantener un peso corporal por encima de los valores mínimos aceptables para una determinada edad y talla.

La anorexia, de acuerdo con Gutiérrez (2002, cit. en Caballero, 2006) se divide en dos tipos:

- Tipo restrictivo: Donde se describe cuadros clínicos con características de la pérdida de peso debido a una dieta, (la cual no fue realizada ni supervisada por un especialista), presentan episodios de ayuno, además de ejercicio físico intenso, una característica de este tipo es que no se recurre a atracones ni a purgas.
- Tipo compulsivo/purgativo: Este tipo se caracteriza porque se recurre a los atracones y/o a las purgas de manera regular; cuando se presentan episodios de atracones por lo general se hace uso de los purgantes, se produce el vómito o se utilizan diuréticos o laxantes, además de que también se puede recurrir al uso de estos purgantes o el vómito inducido cuando se ha ingerido pequeñas cantidades de comida.

Entre las características más comunes de la anorexia de acuerdo con Caballero (2006) se encuentran:

- ✚ Rechazo a mantener un peso normal.
- ✚ Miedo intenso a ser obeso.
- ✚ Alteración grave de la imagen corporal.
- ✚ Piensan que tiene sobrepeso a pesar de que no es así.
- ✚ Hacen ejercicio compulsivamente hasta llegar a la fatiga.
- ✚ Se pesan constantemente.
- ✚ Sienten frío aun cuando su temperatura es normal.
- ✚ La piel es amarillenta y seca
- ✚ Amenorrea (pérdida de la menstruación).
- ✚ Autoestima deficiente.
- ✚ Llanto.
- ✚ Sentimientos de minusvalía, culpa y desesperanza.
- ✚ Intensos estados de angustia.
- ✚ Bajo nivel de libido o nulo interés sexual.
- ✚ Labilidad y labilidad emocional.
- ✚ Violentos cambios de humor.
- ✚ Se enojan y se deprimen fácilmente.
- ✚ Aislamiento.
- ✚ Atracónes (consumo de cantidades de comida superiores a las que podría ingerir una persona normal, siendo estos atracónes muy espaciados).
- ✚ Abusan de pastillas de dieta o laxantes.
- ✚ Sienten náuseas cuando comen sin importar la cantidad.
- ✚ Se obsesionan por la comida y las calorías de la misma.
- ✚ En muchas pacientes son hiperactivas.
- ✚ No pueden relajarse.
- ✚ Insomnio.
- ✚ Tiene consecuencias fatales por si mismas.

1.8.1 Epidemiología de la anorexia

Situados en lo social, es preciso atender desde el principio a un hecho espectacularmente significativo, que ya hemos apuntado, la mayoría de los pacientes son mujeres. Es la condición social de la mujer, la que se pone de manifiesto a través de la anorexia nerviosa y otros trastornos afines.

El aumento de incidencia de la anorexia nerviosa, junto con la repercusión consiguiente en los profesionales de la salud, ha permitido constatar que todavía sabemos muy poco acerca de este género de trastornos, según Toro y Vilardell (1989, cit en C. Nuñez, 1995), para quienes entre el 30% y el 40% de las pacientes anoréxicas recuperan la normalidad; entre el 30% y el 40%, mantiene sintomatología anoréxica, aunque significativamente mejorada; entre un 10% y un 20%, siguen un cuadro de cronificación del trastorno, y de un 5 a un 10% fallecen como consecuencia de la enfermedad o por suicidio.

1.8.2 Factores desencadenantes

Dentro de los factores desencadenantes, (Crispo, cit. en Nuñez, 1995) se encuentran las opiniones que los padres hicieron respecto al trastorno de sus hijos, estos son:

- a) Alumnas ejemplares
- b) La hija que cualquier padre hubiera querido tener
- c) Excelente deportista; exageradas para todo
- d) Independiente y madura
- e) Joven perfecta y muy inteligente
- f) Ayuda en casa y es obediente
- g) Deseos de agradar
- h) Nunca ha dado problemas

Por contra, otros padres apuntan las siguientes características, que desde el conocimiento que tenemos de los inicios de la enfermedad creemos que no se corresponden con la realidad, sino que son extraídas durante el curso de la misma en sus hijas:

- a) Reservada y callada
- b) Nunca hace caso a nadie
- c) Insegura
- d) Siempre tiene que dar la nota
- e) Tiene que llevar la contraria en todo

Otros factores desencadenantes son los trastornos de auto percepción del tamaño corporal, estados afectivos y emocionales, y factores socioculturales (estereotipos y valores estético-culturales relativos al cuerpo femenino, influidos por la cultura de la delgadez) (C. Núñez, 1995)

Por último y, aunque hay que considerar todos los factores expuestos, juntos o por separado, en todos los casos se da un determinante interno muy relacionado con la: la decisión de dejar de comer por la no aceptación de su imagen corporal.

1.8.3 Antecedentes y estado actual

Aunque existen relatos medievales de una misteriosa enfermedad caracterizada por una gran pérdida de peso a partir de una dieta de hambre auto-impuesta que trasforma a quien la padece, las primeras descripciones clínicas de la anorexia nerviosa, se atribuyen a Morton (1694 cit. en C. Núñez, 1995), que la describe como consunción nerviosa.

Las descripciones que parten del año 1373, son hechas por Toro (1999 cit en C. Núñez, 1995), quien, con el nombre de «anorexia santa», relaciona la enfermedad con las vocaciones religiosas de las jóvenes de la época, véase el caso de Santa Catalina de Siena, descrito por Bell (1985 cit en C. Núñez, 1995) y corroborado por Bynum (1987 cit en C. Núñez, 1995), quien relaciona la abstinencia alimentaria con la Eucaristía. Durante los siglos sucesivos se conocen muchos más casos de muchachas y varones que presentan los rasgos de la enfermedad, descritos por Vandereycken y van Deth (1994 cit en C. Núñez, 1995).

García Rodríguez (1993, cit en C. Núñez, 1995), dedica un ensayo a las enfermedades de la alimentación en el que parte de que la anorexia es una enfermedad psicosomática que se apoya en tres pilares básicos: dos psicológicos, que son una fobia a la obesidad y una edificación de la delgadez; y uno somático, que es una patología de los mecanismos que regulan la ingesta que resultan alterados a partir de una desnutrición prolongada.

Como consecuencia, la mente de la enferma y su medio social y familiar, se alteran gravemente, lo que complica el cuadro de manera que la afectada termina encerrada en una cárcel de la que sale, a veces, sólo con la muerte.

En los últimos cuarenta años, la anorexia nerviosa, con entidad propia y diferenciada, obtiene la aportación de mayor influencia, de la obra de Hilde Bruch, en la que destaca el trastorno de la imagen corporal, el defecto de interpretación de los estímulos corporales y la sensación paralizante de ineficacia, que atribuye al fracaso de los padres en favorecer la autoexpresión, la falta de autonomía, etc.

En el conjunto de la extensa literatura sobre la anorexia, todos los autores están de acuerdo en que se trata de una enfermedad de origen psíquico, aunque con profundas implicaciones somáticas y sociales, que surge como consecuencia de una mala asimilación de la imagen corporal.

Por otra parte, la literatura sobre la aserción señala algunos aspectos cognitivos condicionantes del mal funcionamiento de la conducta asertiva, citados por Gismero (1996, cit. en C. Núñez, 1995) de entre los que hemos seleccionado los que se relacionan directamente con las características que presentan las anoréxicas nerviosas y describimos a continuación:

- a) Miedo al rechazo y necesidad de aprobación por parte de otras personas.
- b) Autoevaluaciones negativas (Montgomery y Heimberg, 1978, cit en C. Núñez, 1995) y expectativas perfeccionistas.

1.8.4 Anorexia según la psicología

La Anorexia Nervosa es algo más que una respuesta a la demanda de la delgadez como belleza que hay en la sociedad desarrollada actual. La Anorexia Nervosa no es sólo trastorno alimentario, como se ha dado en definirla, sino más exactamente trastorno psíquico alimentario. El riesgo de muerte por AN es un hecho, un 5% de ellas muere, un 50% cura tras 2 años aproximadamente de tratamiento psicológico, un 20% mejora, otro 20% logra comer bien pero queda con bajo peso crónico y un 5% revierte en población obesa que sueña siempre con comer y/o ingiere bebidas en exceso, sean o no alcohólicas (Benjet, 2012).

La Anorexia Nervosa afecta a mujeres y suele empezar (hay también niños y niñas) antes de la pubertad, ahora cada vez más precozmente. Quizás esto se explique porque en el desarrollo humano la evolución psíquica en general es también más precoz actualmente.

La ausencia aparente de hambre en la Anorexia Nervosa no es un trastorno en principio biológico, sino psicológico en su origen y sólo en sus consecuencias y desarrollo de gran importancia biológica, pues el mantenimiento del trastorno induce a una severa malnutrición y a una hiperactividad.

Para no agravarlo, es muy deseable la detección precoz, que siempre juega a favor del paciente. Y para su evolución más favorable conviene saber que tienen mucho mejor pronóstico los casos antes detectados y de menor historia que los de más larga duración y más tardíamente atendidos. La curación siempre es más fácil cuando el problema se detecta en sus fases incipientes.

En la AN sigue comentando Benjet, (2012) hay una actitud contundente contra el medio. La restricción alimenticia se adopta en actitud de vencer el hambre y es tan implacable como la tendencia natural de la especie humana a alimentarse, contra la que se lucha con análoga fuerza y a muy alto precio. Caer en el deseo natural de comer produce a la paciente anoréxica rabia, culpa, sensación desagradable de plenitud gástrica y sentimiento de soledad y derrota que compensa vomitando, restringiendo aún más la alimentación, con hiperactividad y/o con purgas.

Estas maniobras de “contra-ataque”, compensadoras para eliminar el exceso bulímico, le reducen al paciente la ansiedad y le facilitan la relajación de forma inmediata, pero a más largo plazo le producen pérdida de identificación de las señales de saciedad, haciéndole caer en perpetua circularidad de “atracción-purga”.

Para definir el diagnóstico Benjet (2012) apunta que se puede tomar en cuenta las siguientes características:

1. Un gran temor a engordar, aunque la paciente tenga peso insuficiente, con negativa a mantener el peso corporal por encima de un peso normal mínimo para edad y altura; por ejemplo se puede dar una pérdida de peso dirigida a mantener un BMI menor de 15 (BMI Índice de Masa Corporal. Este índice es igual al cociente de dividir el peso corporal por la talla al cuadrado. La normalidad está situada entre 20 y 25). El adelgazamiento se vive con total ausencia de angustia. La paciente se identifica por su apariencia esquelética y hace todo por mantenerla. El adelgazamiento es el síntoma central de la AN.
2. Menor contenido energético, como frutas o verduras. Y a preferir recetas culinarias que no requieran el uso de aceites o grasas, evitando por todos los medios los alimentos ricos en hidrato de carbono como pan, patatas y dulces, y especialmente las grasas y salsas. En general, sus gustos están marcados por el bajo contenido calórico y no por el paladar. No hay afición por las pastas, tan especialmente preferidas por las adolescentes. La anoréxica parece haber olvidado el goce de comer (y de comunicarse comiendo) en su afán de adelgazar.
3. Frecuente amenorrea incluso antes de adelgazar seriamente, con ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. La amenorrea es corriente en la Anorexia Nervosa femenina, precediendo a menudo al adelgazamiento y persistiendo frecuentemente durante algún tiempo después de la recuperación del peso. No parece un síntoma secundario al adelgazamiento, sino más bien un síntoma esencial de la AN, una inhibición psicosomática consecuente a su retracción psíquica al desarrollo sexual.

4. Resistencia al tratamiento, alegando en ocasiones no haber motivo para éste cuando su apariencia extrema de delgadez está indicando lo contrario.
5. Escasa alimentación, a veces acompañada de episodios bulímicos de atracones seguidos de vómitos. Son actitudes que pueden llevarse con tanto disimulo que tardan en detectarse. En plena ambivalencia, no es inusual que se padezca Anorexia y Bulimia simultáneamente, privándose la paciente de comida para atracarse más tarde y devolver después. Es una muestra más de su enorme confusión, descontrol y ambivalencia. Los vómitos frecuentes dañan directamente el esófago y los dientes, aparte de las deficiencias que todo el organismo detecta con la escasa alimentación.
6. Son síntomas frecuentes los trastornos del sueño, aunque es un aspecto en el que se ha hecho muy poco hincapié y que tiene un profundo interés psicológico para estudiar a esta paciente, que tiene fallos tan grandes en su elaboración simbólica como es el de desarrollar el síntoma de no comer por no poder elaborar qué es lo que no quiere incorporar en su vida.
7. Estreñimiento y dolor abdominal. Ella es debida a que se alentiza el proceso gástrico, se hace torpe y doloroso como consecuencia de su bajo funcionamiento.
8. Hay abandono de las actividades normales: Cuanto más temprano comienza la Anorexia Nervosa y cuanto mayor es su duración, más aislada se vuelve la enferma y más se repliega en un pequeño mundo de rituales y obsesiones con respecto a la comida. El factor de aislamiento es engañoso para detectar la Anorexia Nervosa, pues la adolescencia se caracteriza por conductas sociales distorsionadas y aisladas con frecuencia y que no son necesariamente motivo de alarma para acudir al médico. A la larga, la Anorexia y su aislamiento social pueden configurar toda su personalidad por basarse la enferma en el trastorno que padece, sintiéndose especial y única al ser capaz de pasar tanto sin comer.

9. Una pobre auto-estima suele rodear este cuadro. La paciente, fijada a la “imago materna”, valora poco la suya propia, no soportando su desarrollo corporal ni la tensión interna que conlleva.
10. Abuso de laxantes, diuréticos o píldoras de dieta de venta libre. Debido a la atonía ya comentada del aparato digestivo por pobreza funcional propia de la Anorexia Nervosa, puede ser necesario para la paciente ayudarse de laxantes para evacuar, acabando en una dependencia de ellos, pues se hace imposible conseguir una normalidad evacuatoria. Esto también puede producir cólicos e inflamación anal. Por eso son tan frecuentes en la Anorexia los dolores intestinales.
11. Ejercicio físico excesivo. La “manía” que conlleva la Anorexia se manifiesta en este agotador programa de actividad física, es manía que nosotros juzgamos propia de la Melancolía que creemos existe en toda Anorexia Nervosa, manía tóxica como una droga, transformación de la Melancolía en su opuesto sintomático, que lleva a la paciente anoréxica con frecuencia a un entusiasmo por el ejercicio.

1.8.5 Tratamiento

Modelo Cognitivo

Este modelo ha superado métodos obsoletos conductuales basados exclusivamente en conseguir un aumento de peso, que producían efectos secundarios indeseables. Sus resultados eran muy inmediatos, pero de corto alcance y con abandonos muy elevados (Benjet, 2012)

Actualmente la terapia pasa progresivamente a través de diferentes escalones, de lo psico-somático a lo cognitivo y de ahí a la introspección y retrospección, que en algunos casos llevará años. El modelo cognitivo actual es tanto conductual como dinámico y analítico, dada la compleja sintomatología de los pacientes y su ambivalente actitud ante el tratamiento.

Durante el proceso terapéutico de las pacientes hospitalizadas prevalece el riesgo de muerte, pues la Anorexia Nervosa es el trastorno psiquiátrico de mayor mortalidad. Este riesgo de muerte es lo primero que hay que afrontar en la psicoterapia.

La base conductual de este modelo está en definir la AN como un comportamiento anormal adquirido muy tempranamente a través de un aprendizaje anómalo y perpetuado por refuerzos que proceden del ambiente familiar y social. El tratamiento se encamina a descondicionar al paciente con refuerzos diferentes.

El modelo cognitivo-conductual integra actualmente aspectos psicodinámico, pues hay escasa pero potencial simbolización en la anoréxica, como comprobaremos en este estudio al analizar las variables del Rorschach que miden la Melancolía. La escasa simbolización o elaboración de sus razonamientos la lleva a la actitud anoréxica poco simbólica, senso-motriz, menos razonada, menos elaborada. Y sólo potenciando su simbolización puede abandonar actitudes más primarias, descodificando sus necesidades emocionales y pudiéndolas enunciar. Se procura el desarrollo de la autoconciencia corporal y la observación de pensamientos asociados. Se realizan Técnicas de Relajación, que lleva a una distensión mental y corporal incrementando sensiblemente la percepción corporal, posibilitando así el cambio en las actitudes y el comportamiento con el propio cuerpo. Mejorando la forma de afrontar las situaciones temidas (Benjet, 2012).

El conocimiento del cuerpo debe incluir aspectos perceptivos, emocionales y motores. Con la percepción de las propias sensaciones se da a la paciente anoréxica oportunidad para corregir e interpretar adecuadamente sus sensaciones corporales, que a menudo han sido evitadas o distorsionadas. Se realiza así un trabajo de observación positiva que permite la observación de pensamientos asociados a las sensaciones.

En Terapia de Grupo se puede llegar a un feed-back que ayude a incrementar la autoestima corporal, o consiga que los pacientes dejen de negar la enfermedad o de minimizar la situación. Se pueden utilizar dramatizaciones que con sentido del humor y de la realidad permitan transmitir esa información.

Se ha de facilitar en terapia no sólo la mejor enunciación de necesidades por parte de la paciente, sino también el desarrollar en la madre su capacidad para establecer un continente adecuado a su hija, para que esta pueda proyectar sus fantasías y miedos de forma que la madre sepa contenerlas. En definitiva se trata de potenciar la “preocupación maternal primaria”, que la anoréxica reclama.

La colaboración y acción terapéutica de los padres es a veces primordial, otra no tan esencial. Pero se refleja importante con algunas pacientes crónicas que se niegan a acudir al tratamiento o que tienen muchas recaídas. En estos casos el trabajo continuo de los padres, a veces superior a un año, les lleva a las pacientes a pedir al fin ayuda. La acción de los padres, merced a la terapia, va siendo progresivamente más adecuada y esto potencia la autoestima de la paciente, que trata de mejorar por ella misma.

El terapeuta se enfrenta ante los padres con un cúmulo de pensamientos negativos, interpretaciones erróneas, temores exagerados y patrones de alimentación desorganizados que exigen una reestructuración, manejo de la ansiedad o una reelaboración de la estructura familiar. A menudo el conflicto con los padres es tan intenso y produce tanta angustia, que el comienzo de la terapia puede consistir en procurar mediante la hospitalización del paciente la separación temporal de los padres (Benjet, 2012).

Lo primero a manejar con los padres son los sentimientos de culpa en torno a la enfermedad de su hija. Conseguir que acepten que tienen que asumir cambios importantes en la relación y que ello significa afrontar cambios de comportamiento.

Sustituir los sentimientos de culpa por los de responsabilidad y compromiso, procurando que se centren en la intervención más adecuada y no en buscar culpables, en la resolución de problemas que va a llevar toda la terapia cognitiva.

Se procurará una reorganización ambiental, procurando insistir en hacer del acto de comer lo opuesto a un caos, que suele ser a lo que se ha llegado tras un tiempo de convivir con la paciente anoréxica. También se han de revisar otros aspectos de la organización familiar, consiguiendo que la paciente contribuya al hogar sin intentar sustituir a la madre, pero asumiendo obligaciones que le atañen, como pueden ser el cuidado de su habitación o de sus pertenencias. Ha de procurarse que la paciente contribuya, como cualquier hijo, a las decisiones del hogar, sin extrapolar su aportación para aliviarse de la angustia que se ha generado por su enfermedad.

La terapia cognitiva en determinados momentos también puede emplear métodos conductuales cuando la paciente ha de descodificar sus necesidades emocionales. Las madres pueden contribuir en la terapia aprendiendo a adelantarse para satisfacer dichas necesidades. El conductismo puede reconducir a otro aprendizaje de relación madre-hija, procurando modificaciones en las formas de aprendizaje temprano. Pues se supone que en los primeros meses de vida, en un desarrollo normal hay un proceso de maduración interna y al tiempo un cambio cualitativo de los cuidados maternos, dejando la madre de considerar al niño como un trozo de ella misma para relacionarse con él como un ser distinto que empieza a autonomizarse. Este cambio cualitativo parece ser el que tiene fallas que se acusan en la paciente anoréxica. La falta de aporte libidinal materno es la que trata de subsanar esta terapia (Benjet, 2012).

A veces, cuando la hija va mejorando, comienzan a destacar las necesidades psicológicas de atención a los padres. Esto hace repartir culpas y necesidad de ser entendidos en la relación conflictiva. Al incluirse otros miembros de la familia como miembros a cuidar, se reparte de forma más benéfica la atención a las conductas negativas de cada miembro. También las madres, al ser especialmente atendidas, mejoran ante las hijas su aspecto exterior y se hacen más escuchadas en su propia expresión de opiniones, mejorando ante la hija como modelo de identificación a seguir y consiguiendo un nuevo beneficio terapéutico en los padres, que también precisan mejorar su autoestima.

En etapas avanzadas de relación terapéutica los padres pueden solicitar del terapeuta cognitivo una reestructuración positiva, que les permita continuar el proceso de ayuda que la hija precisa pero les alivie a ellos del sufrimiento que la enfermedad de su hija les supone y les permita la queja y la expresión de dicho sufrimiento.

La importancia de las terapias aquí mencionadas, radica en la concepción dinámica del paciente, esto quiere decir, que el paciente, tendrá como apoyo principal a su familia (padres, madres, hermanos, amigos) su núcleo más cercano, puesto que fue en el centro de la familia donde se generaron aquella gama de emociones y se empezaron a generar los trastornos de alimentación. Por lo tanto la “cura” no dependerá en ninguna manera del terapeuta, sino de la integración de la familia y el paciente y como estos manifiestan sus emociones, es decir del proceso psicosomático.

BULIMIA

La Bulimia es otro de los trastornos alimenticios más preocupantes para la población mexicana. Esta también ha afectado a las jóvenes. Se calcula de acuerdo con datos difundidos por la Secretaría de Salud del DF, se registran cada año 20 mil casos.

1.9.1 Definición de Bulimia

En palabras de Sierra (2005) y de acuerdo con el DSM-IV las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados (vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo) para evitar la ganancia de peso (utilizados en promedio dos veces a la semana durante un período de tres meses). Basados en dicha preocupación, se tiende a presentar un patrón de ingesta hipocalórico o de dieta restrictiva.

Tipos de Bulimia

- *Purgativo*: El purgativo incluye el auto provocación del vómito o el uso de laxantes, diuréticos o enemas.
- *No purgativo*: El no purgativo utiliza otros tipos de conducta compensatoria como el ayuno o el exceso de ejercicio.

1.9.2 Historia

Surge del griego „boulimos“, que a su vez deriva de la fusión de „bous“ (buey) y „limos“ (hambre), lo cual significa “hambre de buey”. Investigaciones realizadas por Hernandez, 2014 recalcan que este trastorno alimenticio se remonta a la época antigua Roma, donde se presentaban conductas alimenticias parecida a la bulimia una de ellas llamada „true boulimus“ “caracterizada por una intensa preocupación por la comida, en la cual se ingestaba grandes cantidades de alimentos en períodos cortos de tiempo seguidos de desmayos” y la otra variante era la „caninus appetitus“ “en donde tras la ingesta se presentaba el vómito”.

Sin embargo, para otros autores la bulimia se presentó desde antes, en la antigua Grecia, “en el libro de „La medicina antigua“de Hipócrates (¿460 - 377? a. C.), haciendo referencia al 'comer y beber como el buey, el caballo y como todos los otros animales excepto como el hombre”. Otra de las investigaciones presentadas por Hernandez (2014) fue la de Toro (1996) que reconoce la primera practica bulímica “en el año 970 antes de Cristo, refiriéndose a unos soldados griegos que se retiraban hacia las montañas de Asia menor tras haber desarrollado una campaña contra Artajerjes estos soldados estaban sometidos a raciones de alimentos muy escasas”. También, se hace referencia a Hipócrates, el cual distinguía el “boulimos, un hambre enfermizo, del hambre ordinaria”.

En el siglo XIX, los principales autores que trabajaron este trastorno alimenticio llamado bulimia fueron Robert Hooper (1773 - 1835), J. L. Alibert (1817), Justin Jules Guipon, Paul Francois Blachez (1869), Bauer (1887), O. Soltmann (1894) (citados por Hernandez, 2014)

Robert Hooper (Alamera, 2006 cit. por Hernandez, 2014) denomina a la bulimia con diferentes acepciones: bulimia addephagia (apetito voraz), bulimia canina y bulimia emética (con vómitos), bulimia helluonum y bulimia esurigio (con glotonería), bulimia cardialgica (con palpitaciones), bulimia convulsorum (con convulsiones), bulimia syncopalis (con desvanecimientos por hambre), y, finalmente, la bulimia verminosa (originada por la presencia de gusanos)”.

1.9.3 Etiología

Una de las formulaciones más ampliamente aceptadas sobre el origen de la bulimia, planteada por el Grupo de Investigación de Oxford (Marcus y Fairburn, 1993, cit. por Sierra, 2005), establece una secuencia en la cual un bajo nivel de autoestima lleva a una preocupación excesiva por el peso, generando dietas restrictivas, desequilibrio metabólico y episodios de atracones; éstos provocan conductas compensatorias, como vómito auto-inducido, el cual finalmente cierra el círculo contribuyendo al déficit en autoestima.

No obstante, hay datos investigativos y clínicos que señalan que, al igual que ocurre en otros trastornos de comportamiento, la bulimia es el resultado de la interacción de múltiples causas y de la participación de diversos procesos que, a pesar de resultar en las mismas manifestaciones, obedecen a causas diferentes, es decir, la bulimia no es un fenómeno unitario; personas que sufren del mismo trastorno pueden constituir subgrupos funcionalmente diferentes que responden de forma distinta a la intervención (Stice y Agras, 1999 cit. en Sierra, 2005).

1.9.4 Características

La bulimia se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un período de régimen dietético. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan con atracones.

Los síntomas de la bulimia nerviosa que son más reconocidos en la actualidad son:

- El comer impulsivamente grandes cantidades de alimento, generalmente a escondidas
- La preocupación permanente respecto al peso y la comida, vómitos provocados, abusos de laxantes y diuréticos
- La erosión del esmalte dental, hasta la pérdida de algunos dientes
- Los cambios en el carácter, alternando periodos de depresión, tristeza, sentimientos de culpa y menosprecio
- Los cambios físicos tales como irregularidades menstruales, desajustes de electrolitos, gándulas hinchadas o caries dentales, ardores esofágicos, dolores abdominales inespecíficos, letargos, distensión abdominal, fatiga, cefaleas, diarreas, dolores de garganta (Rava y Silver, 2004, cit. en Hernández, 2014).

1.9.6 Tratamiento

En opinión de Fernández (1997, cit. en Sierra, 2005) las formas de terapia más aplicadas son cinco:

- 1) Psicoterapia individual
- 2) Grupo de autoayuda
- 3) Hospitalización
- 4) Tratamiento farmacológico
- 5) Tratamiento grupal

Desde una perspectiva de intervención, se han aplicado diversos formatos de tratamiento para tratar de restablecer los patrones normales de alimentación, incluyendo medicación, terapia familiar, terapia psicodinámica y terapia cognoscitiva conductual.

De todos estos métodos, se ha concluido que no se resuelven en su totalidad. Por lo que la perspectiva psicosomática y propuesta en esta investigación es la que podría abordar el padecimiento de una manera holística.

PSICOSOMÁTICO

2.1 Concepto de Psicosomático

Citando a Lemos (2008) desde tiempos antiguos se ha observado la asociación entre el estado físico-psicológico del ser humano y la génesis y el mantenimiento de enfermedades, sobre todo las infecciosas, lo cual fue reconocido por la célebre frase de Hipócrates (400 a.C.) “mente sana, cuerpo sano”. Nuestros antepasados pre-científicos consideraban la enfermedad tanto desde el punto de vista espiritual como físico y muchas culturas incluían los factores psicológicos y sociales en sus respectivas consideraciones acerca de la enfermedad.

Las palabras griegas *psyche* y *soma* significan, respectivamente, mente y cuerpo; de ellas deriva el término psicosomático, aplicado a la influencia de la mente sobre el cuerpo. La medicina psicosomática, siguiendo la definición de referencia (Stoudemire y McDaniel 2000, cit. en Lemos, 2008), trata de la investigación científica de la relación entre los factores psicológicos y los fenómenos fisiológicos en general y de los mecanismos en la patogenia; pero, en un sentido más amplio, se refiere a una filosofía que hace hincapié en los aspectos psicosociales de las enfermedades.

En la actualidad el concepto psicosomático ha sido calificado como reduccionista por suponer la fragmentación entre la mente y el cuerpo. No obstante, otros términos como holístico, integrativo o psicosocial no han sido aprobados ampliamente en la tradición médica (Uribe, 2006, cit. en Lemos, 2008). Sin embargo, se reconoce que los factores psicosociales influyen en el proceso de salud-enfermedad mediante interacciones físico-químicas cada vez más estudiadas.

La consideración en torno al concepto y a la comprensión de lo “psicosomático” nos remite a la contextualización histórico -filosófica en torno al problema de la relación entre mente y cuerpo.

El problema de las relaciones entre alma y cuerpo adquiere una particular relevancia en el pensamiento de Platón y Aristóteles, cuyos postulados serán retomados posteriormente en el contexto medieval por San Agustín y Santo Tomás, respectivamente (Lemos 2008).

En la tradición platónica se afirma la separación de alma y cuerpo, como realidades de naturaleza distinta, una imperfecta, material y mortal (el cuerpo) y otra perfecta, divina e inmortal (el alma) por el contrario, la teoría hilemórfica de la tradición aristotélica afirma que la naturaleza humana es el resultado de la unión substancial del alma y el cuerpo, por lo cual el hombre constituye una realidad psicosomática.

Descartes (1596-1650) cuando se asienta el dualismo ontológico y epistemológico que sustentará –en una medida importante– el marco de racionalidad moderna (Novoa, 2002). Para Descartes, mente y cuerpo son dos sustancias distintas e independientes, cuya interacción se explica a través de su teoría de la glándula pineal (Descartes, 1973 cit. en Lemos, 2008).

Camacho (2004) añade su definición a lo psicosomático, la cual tiene el siguiente significado: psico – mente y soma – cuerpo, de aquí provienen las definiciones en donde se considera que las afecciones mentales o emocionales afectan al cuerpo, sin embargo aquí hay que tener presente que esta relación cuerpo-mente va más allá de una afección que desencadena enfermedades, sino que hay que verlo en un sentido más integral en la cual esta relación tiene que ver con la forma en que se construye un individuo y con ello se toma en cuenta la relación de la familia, la creencia espiritual, la alimentación, el espacio geográfico en el que vive y las influencias a las que se está expuesto constantemente. De esta manera la palabra psicosomático cobra importancia ante la presencia de padecimientos.

Para Alcantara (2005) lo psicosomático es por tanto una forma en que las personas buscan un refugio al no saber interpretar el mensaje de atención que el cuerpo produce y por ende dejar que se convierta en problema mayor ya que se pierde el propósito de la enfermedad. En este sentido se está considerando una nueva realidad corporal que se vincula no sólo internamente, sino orgánica y psicológicamente además se está considera que el proceso de construcción corporal se relaciona con los recursos naturales que se encuentran en la condición geográfica, ambiental y física en donde se desarrolla la persona, esto tiene sentido si se considera que el cuerpo es un microcosmos, que está en profunda relación con un macrocosmos, por lo que el cuerpo resiente los cambios que suceden en su entorno inmediato y repercuten en alguno de los órganos del cuerpo y si consideramos que una alteración en los órganos afecta toda la armonía entre los sistemas del cuerpo se puede entender como un factor que muchas veces se considera irrelevante puede ser un aspecto importante para el restablecimiento de la armonía corporal y que esto en conjugación con la cultura que con sus lenguajes, símbolos y significados que rodean al sujeto y su interpretación individual por parte de él.

Lo psicosomático tiene su influencia en la medicina psicosomática que a su vez tiene su relación con los órganos.

2.1.1 Medicina Psicosomática y su relación con los órganos

La medicina psicosomática (concepto introducido en 1922 por Felix Deutsch, cit. en Lemos, et. al., 2008), es la respuesta que la medicina ha dado al problema mente- cuerpo, aunque ésta sigue adherida a las distintas concepciones filosóficas sobre dicho problema. Sin embargo, el concepto mismo de lo “psicosomático” trae consigo importantes implicaciones epistemológicas.

La primera de ellas es la inclusión de los aspectos somáticos y psicológicos del proceso de enfermar, pero en ausencia de una clara definición de los modos de interacción entre ambas dimensiones, que no derive -en definitiva, en un reduccionismo (materialista, idealista, espiritualista, etc.).

Esto es importante porque no por el hecho de fusionar dos o más conceptos se logran nuevos modos de comprensión necesarios para entender, en este caso, las relaciones recursivas que se hacen presentes entre los procesos mentales y los procesos físicos en el transcurso de la enfermedad. La segunda implicación posible es la pérdida de las distinciones necesarias entre lo físico y lo psicológico, en aras de un holismo que da lugar a la emergencia de una meta-categoría (lo psicósomático), sin lograr antes la demarcación de las puntuaciones requeridas para cada una de ellas (unidad sin diversidad) (Lemos, et. al, 2008).

La medicina psicósomática cobra gran importancia en casos que han sido un gran dolor de cabeza para el modelo biomédico, como aquellos en los cuales la manifestación de la enfermedad es desproporcionada frente a la patología orgánica subyacente (Ballester, 1990, cit. en Lemos. Et. Al, 2008).

Desde un modelo tradicional, las personas serían catalogadas como sujetos sanos – preocupados, debido a que no existe una relación proporcional entre lo somático y lo orgánico. Esta situación podría pasarse por alto sino se tuvieran datos que mostraran que más del 50% de las visitas que se hacen en la asistencia primaria consisten en quejas sin base orgánica, que llevan además a tratamientos insatisfactorios, así como personas con desórdenes psiquiátricos que terminan consultando por síntomas físicos, convirtiendo las consultas médicas en espacios donde se ponen demandas emocionales, de las que en ocasiones se desconoce su intervención (Lerner, 2006, cit. en Lemos, et. al, 2008).

Los síntomas psicósomáticos son comunes en la población general. Estos síntomas están asociados con elevada utilización de atención sanitaria, licencias por enfermedad y deterioro de las funciones. Igualmente, llevan a que los médicos reporten bajos niveles de satisfacción profesional cuando se enfrentan a pacientes con síntomas de somatización.

La somatización es uno de los tópicos que evidencian profundamente la inadecuación de una visión dualista mente-cuerpo, ya que el mismo dualismo implica que una enfermedad debe ser o del campo somático o del campo mental lo cual conduce al dilema en los

profesionales de la salud de darles a los pacientes un diagnóstico médico que lleve a la perpetuación de los síntomas por ignorar los aspectos psicológicos que mantienen el trastorno, o darles un diagnóstico psiquiátrico, que en muchos grupos sociales es aún visto como un insulto, porque parece que acarrearía la creencia de que sus síntomas físicos realmente no son válidos, sino que están siendo creados por su mente (Rubin y Wessely, 2001 cit. en Lemos, 2008).

Un caso particular de lo anterior puede evidenciarse con el tema del asma, donde ciertas personas tienen la creencia que dicha patología “está en la mente”, negando la existencia de factores orgánicos involucrados; por lo tanto, los pacientes asmáticos serían responsables del desarrollo y evolución de sus síntomas (Paley, 2000 cit. en Lemos, 2008).

Decir que una enfermedad está en “la mente” implica, para la sociedad, que la persona debe ser capaz de controlarla en su totalidad, llevándolo a ser responsable de su origen, mantenimiento y cura (Paley, 2000) o simplemente que esta enfermedad “no es real” y que no hay que prestarle atención a este fenómeno (Ader, 2000, cit. en Lemos, 2008).

Otro caso a analizar serían los llamados “desórdenes conversivos”, los cuales hacen referencia a un desequilibrio corporal en los que las explicaciones médicas no tienen lugar y donde se presume una causa psicológica.

Históricamente estos desórdenes han mantenido la división mente-cuerpo, esencialmente ignorando que la mente no es concebible sin un cuerpo y evidenciando cómo las primeras formulaciones psicológicas estaban lejos del avance actual de la neurobiología (Kozłowska, 2005, cit. en Lemos, 2008).

Estos asuntos llevan a comprender que no existe una correspondencia uno a uno entre el estado objetivo de salud (definido como ausencia de patología orgánica) y la percepción que el individuo tiene de su salud o enfermedad (Ballester, 1998), comprendiendo que existe una relación bilateral entre lo somático y lo psíquico, que lleva a que los individuos presenten

conductas de salud o de enfermedad, no dada sólo desde lo biológico o lo psíquico del ser humano, sino desde la interacción de ambas (Roehr, 2007, cit. en Lemos, 2008).

Por su parte, Mario Salazar Mallen hablaba sobre la importancia de “la medicina psicosomática en el estudio de los enfermos con síntomas alérgicos.” Y es que, para él, el proceso de la alergia considera dos aspectos importantes (López, 2011).

Reconocer que tenemos enfrente un proceso para el cual no contamos con las herramientas teóricas para poderlo comprender en su dimensión debe ser angustiante y más cuando el paciente no tiene cura inmediata. No servía de mucho saber que la psiconeurosis se expresa en algunos órganos y funciones, y hasta podía estar vinculada con una fisiopatología muy definida. Pero el paciente también tiene su proceso de construcción y Guevara Oropesa puntualiza que él, el paciente, hace su diagnóstico y trata de orientar su tratamiento a un órgano en particular.

Para López (2011) un cuerpo que es interpretado por los galenos y que es interpretado también por el paciente, porque es él el que lo vive simplemente y tiene cosas que decirnos y, por eso, el recurso puede ser como señala el autor, en las manifestaciones somáticas de las psiconeurosis nos encontramos con enfermos que tienen perturbaciones funcionales, evidentemente somáticas, y para las cuales no hay explicación más que en la influencia vaga y mal definida de fenómenos nerviosos.

Esta idea expresa un poco de desesperación ante el hecho de un cuerpo en construcción, que busca respuestas para poder enfrentar los peligros de una sociedad altamente peligrosa para el principio de la vida en el cuerpo. Mandar el problema a los nervios es algo que no se puede dejar a la deriva. Es un proceso que se articula con una manera de vivir la vida, de establecer estilos de vivir en una sociedad competitiva, no es gratuito que sean la colitis, las parálisis, la neurosis o la lesión de cualquier otro órgano.

Los órganos que se ven más afectados en estos años continúan siendo el colon, el pulmón, el corazón, es decir los órganos continuaban afectándose en su red de cooperación

interna, pero porque la hipertensión tenía un principio importante en la explicación de las enfermedades psicosomáticas. Para Salvador Aceves era “un nombre nuevo aplicado a una vieja noción: la de que en el enfermo deben considerarse siempre dos cosas: el factor orgánico o somático y el componente psíquico (López, 2011).

Todos los autores coinciden en que se debe considerar el componente humano, que incluye lo emocional y lo psíquico, por eso las enfermedades del aparato circulatorio pueden impresionar el estado emocional del paciente, el autor dice que la hipertensión es un misterio, pero la vida emocional puede ser la causa principal de la hipertensión.

El cuerpo se ha convertido en el espacio donde las construcciones que se hacen pueden tener un mecanismo nervioso para ser hospedado en un órgano de choque, sin embargo el cuerpo está en condiciones de enfermarse de muerte porque la sociedad en que vive se ha convertido en el principio artificial de la vida y el cuerpo está fuera de ese espacio donde no hay nada que lo proteja.

En la población hasta llegar a ser algo común entre los individuos y es un padecimiento que viene desde el siglo XIX en las principales ciudades del mundo y asevera: hay una razón especial para que el aparato digestivo sea el que da mayor número de manifestaciones clínicas de origen psíquico: es en el donde radican las fuentes de placer y de satisfacción desde la lejana época de la vida intra-uterina, es ahí donde principia el desarrollo de la sexualidad del individuo (López, 2011).

Las enfermedades psicosomáticas, en sentido estricto, son aquellas cuya manifestación y desarrollo están bajo la influencia demostrable de los factores psicosociales (López, 2013).

El mundo de las emociones ha ganado un espacio predominante en el cuerpo: los trastornos psicosomáticos son diferentes y pueden clasificarse en los siguientes grupos principales:

1. Síntomas de conversión: la manifestación del síntoma puede entenderse como un intento de solucionar el conflicto. Los síntomas suelen afectar la motricidad voluntaria y los órganos sensoriales.

2. Síndromes funcionales (somatomorfos). El síntoma concreto no tiene una importancia particular en la vida del paciente, sino que se trata de una consecuencia no específica del trastorno de una función o percepción corporal.

3. Enfermedades psicósomáticas en sentido estricto (psicosomatosis). Este grupo comprende los siete cuadros patológicos clásicos de la psicósomática: asma bronquial, colitis ulcerosa, hipertensión esencial, hipertiroidismo, neuro-dermatitis, artritis reumatoide y úlcera duodenal.

Autores como Hanna (cit. en López, 2013) postulan que el objetivo básico de la somática a lo largo de nuestras vidas es tener más y más control sobre nosotros mismos, aprendiendo a navegar con las tensiones y los traumas de la vida como un corcho que flota sobre las olas”.

Lo que nos asigna la familia y la sociedad es lo que se asume como verdadero. Lo psicósomático se convierte en un refugio ante la existencia que no permiten disfrutar y comprometerse con la vida en esta sociedad, en este planeta.

Una de las grandes polémicas del estudio psicósomático es que existe una diferencia entre alopatía y psicósomático.

2.1.2 Diferencias entre alopatía y psicósomática

De acuerdo con Salama (2003) la alopatía es el término utilizado desde la homeopatía para caracterizar a la medicina convencional. Alude a que esta última se basaría en remedios que producen efectos diferentes a los síntomas que se quiere combatir. Este significado se opone al de homeopatía, que se basa principalmente en la cura de los síntomas empleando remedios que producen esos mismos síntomas.

La alopátia se define como la ciencia que busca prevenir, tratar y curar las enfermedades mediante el uso de drogas "diferentes", si hay dolor, da un "anti" dolor, ataca solo las consecuencias, nunca las causa, esta ciencia trata de curar con medicamentos cuyos efectos perceptibles (síntomas) no guardan ninguna relación específica con los síntomas que tratan de curar; así mismo dicha ciencia entiende que las mismas causas y los mismos mecanismos actuando en personas diferentes, producen resultados en parte coincidentes, lo que permite describir enfermedades y desarrollar terapias para ellas, a la vez que distintos, y la terapia debe ajustarse también a las diferencias (Salama, 2003)

Otra de las funciones de la alopátia es la de tratar síntomas, no se preocupan por encontrar la causa de la enfermedad y en muchas ocasiones el organismo suele no curarse a pesar de intensas drogas; se dice que el organismo empieza a presentar estos síntomas para tratar de curarse a sí mismo. Por ejemplo, la fiebre destruye virus o bacterias al aumentar la temperatura de la sangre; la inflamación atrae muchas células a un área para destruir al agente infeccioso.

Sin embargo, vuelve a apuntar Salama (2003) nuestros sentimientos tienen una fuerte contribución en la eliminación de esos agentes. Se ha descubierto que una persona deprimida, sufre de baja en defensas inmunológicas y por lo tanto, su cuerpo está débil y facilita la entrada a enfermedades comunes, o evita que el cuerpo se defienda de las actuales. Muchas veces las enfermedades físicas son el resultado por un desequilibrio emocional, o sea de origen psicológico. En el caso de una enfermedad lo primero que hay que hacer, es encontrar si la enfermedad es psicosomática o no, y para esto se requiere conocer si ésta se manifiesta de forma crónica, o aparece y desaparece de manera periódica sin mejoras vía medicinas.

Otra forma de saber si es psicosomática, es si esta enfermedad se acaba después de tratarla con una droga, sin embargo a los pocos días aparece otra enfermedad y así sucesivamente. Una vez realizado esto, se prosigue a profundizar con el paciente para descubrir la emoción que está sintiendo y de la cual su cuerpo desea curarse. De la misma manera existe una teoría que explica claramente como es el proceso psicosomático y como debe ser su tratamiento hacia las personas. Estas teorías se conocen como El Ying-Yang y la teoría de los cinco elementos (Salamá, 2003).

2.1.3 Aportaciones de la Teoría del Ying-Yang al proceso psicosomático

Concebiremos, de acuerdo con Cecchetti (2008) que la teoría del Ying-Yang o del equilibrio y la armonía, fue desarrollada por Lao Tse en el siglo V a.C. YIN significa “Vertiente de la montaña que da a la sombra” y YANG significa “Vertiente de la montaña que da al Sol”.

Yin y Yang equivale en parte al principio de polaridad en Occidente, está presente en todo el Universo y en cada cosa existente. Sin embargo, va más allá puesto que estas dos facetas representan cualidades opuestas pero no antagónicas y son capaces de intertransformarse e intergenerarse por lo que son mutuamente dependientes, conservan un equilibrio fluido y dinámico que implica la consecutiva preponderancia del Yin y del Yang en forma alternada. En la medida que uno crece el otro decrece y viceversa. Además tiene la peculiaridad de que el Yang se gesta en el interior del Yin y a la inversa.

Este constante fluir por mantener el equilibrio dinámico se manifiesta en cuatro leyes básicas:

1. Ley de Oposición; reflejado en Hombre/Mujer, Calor/frío, etc.
2. Ley de Interdependencia. Es decir cada uno depende del otro para existir.
3. Ley de Crecimiento y Decrecimiento. Sigue una dirección y ciclo de constante crecer y decrecer. El Yin se va convirtiendo en Yan y viceversa como el día que va convirtiéndose poco a poco en noche que a su vez se va transformando en día.
4. Ley de Inter-transformación. Si ambos elementos no tuvieran la cualidad de transformarse en el opuesto no podría darse la ley anterior.

2.1.4 La teoría de los cinco elementos

Esta teoría, siguiendo las aportaciones de Cecchetti (2008) explica el funcionamiento orgánico en general haciendo énfasis en la producción, mantenimiento, abastecimiento, transformación y movimiento de las sustancias vitales, todo ello basado en la teoría del yin yang y de los 5 elementos.

En la MTCH se refieren a las entidades anatómicas gruesas de los órganos internos que se pueden ver a simple vista y, a la vez, son una generalización de las funciones fisiológicas del cuerpo humano.

Se clasifican en seis ÓRGANOS ZANG a saber:

- 1) Corazón
- 2) Hígado
- 3) Bazo
- 4) Pulmón
- 5) Riñón
- 6) Pericardio

Sus principales funciones fisiológicas son formar y almacenar las sustancias nutritivas fundamentales, en ellos, están incluidos las esencias vitales “*qi*” (energía vital), “*xue*” (sangre) y los líquidos corporales.

En palabras de López (2006) la visión oriental traslada estos elementos al cuerpo humano y encuentra una relación equivalente en los órganos principales, así como la estación del año, sabor, color, emoción, etc. Así el corazón se equipara al fuego, el bazo a la tierra, el pulmón al metal, el riñón al agua y el hígado a la madera, y de igual forma los ciclos de generación y dominancia se representan en ellos, estos órganos principales tienen otro órgano que trabaja conjuntamente con ellos para lograr así las funciones fisiológicas, en la medicina tradicional china son conocidos como órganos zang y órganos fu, estos son diferentes en cuanto a su función, es decir, el corazón, hígado, bazo, pulmón y riñón los órganos zang y su principal función es el de formar y almacenar las sustancias nutritivas; por otro lado tenemos al intestino delgado, vesícula biliar, estómago, intestino grueso y vejiga son los órganos fu, su función principal es recibir y digerir los alimentos, absorber las materias nutritivas, transformar y excretar los desechos. Al igual que cada uno de los elementos, los órganos cumplen un papel importante en el cuerpo pues cada uno de ellos desempeña una función específica y al igual que en los ciclos puede haber inter-generación, dominancia y contra-dominancia.

Los órganos son de acuerdo con López (2006) los encargados de la asimilación de la energía, ya sea de alimentos o respiratoria. Una vez asimilada, la energía circulará por todo el organismo, y es de esta forma que el cuerpo funciona, sabemos que el organismo es perfecto y que cada parte es fundamental para el buen funcionamiento y por lo tanto mantener una energía equilibrada y para esto se necesita que cada parte trabaje en cooperación con el resto del cuerpo; un órgano primordial para el buen funcionamiento del cuerpo es el corazón, pues es el que se encarga de bombear la sangre para que llegue a todas las partes del cuerpo, es decir que impulsa la sangre, la cual logra hacer una comunicación con todas las células.

A su vez este órgano se relaciona con el elemento fuego, en el cuerpo se manifiesta en el pulso y en la tez, en la estación es el verano, el color es rojo, también es el sur, la alegría, el sabor amargo. El corazón equiparado con el fuego es el que impulsa, el que da la alegría o la pérdida por vivir, ya que si el fuego se apagase se perdería el camino y se viviría por complacer al otro, el corazón también controla la mente, el espíritu, el pensamiento. Cuando aparece insomnio, mala memoria, delirio, confusión es que hay una alteración de la energía del corazón. (Idem).

A su vez este órgano se relaciona con el intestino delgado, el cual tiene como función recibir y almacenar temporalmente los alimentos digeridos, aprovechando los nutrientes de los alimentos y transportando los restos hasta el intestino grueso. Así pues el corazón y el intestino delgado son los que le dan los nutrientes y la circulación a todo el cuerpo.

Entonces, si hablamos que el corazón está en relación con el fuego, sabemos que el fuego genera cenizas las cuales dan pie a la aparición de la tierra, este elemento en el cuerpo se localiza en el bazo que es el encargado de transportar y transformar los nutrientes, controlar la sangre manteniéndola dentro de las arterias y las venas y controla los músculos. El bazo se relaciona como ya mencione con la energía de la tierra porque es el abastecedor constante, también se vincula con el verano tardío, con el color amarillo, con el sabor dulce, con la obsesión y tiene una orientación hacia el centro (López, 2006).

El bazo es el que incorpora ideas e información a la mente y le da al ser humano la facilidad de concentrarse y articular el pensamiento. El bazo páncreas es la casa del intelecto, donde reside el pensamiento lógico y la razón la crítica constructiva, la reflexión y la memoria.

A nivel del psiquismo tiene que ver con pensar y recordar. Si una persona piensa o se preocupa demasiado puede tener problemas digestivos. A su vez el bazo se relaciona con el estómago, que cumple la función de recibir alimentos y realiza el primer paso para la digestión, almacenando temporalmente y descomponiéndolos para formar el bolo alimenticio.

El estómago también es el primero que recibe las emociones. El bazo distribuye los alimentos en el cuerpo y es el que nos permite mantener la relación con los otros en un ambiente de cooperación, en donde la energía generada en el bazo se acopla con la del estómago para desprenderse libremente y nutrir de forma correcta a los pulmones y al intestino grueso (Idem).

El pulmón tiene como función principal controlar la energía y la respiración, comunicar y regular las vías de los líquidos, controlar la piel y el vello, el pulmón limpia la sangre otorgándole oxígeno y eliminando el dióxido de carbono acumulado en ella. El elemento metal está estrechamente relacionado con este órgano, así como el otoño, el color blanco, la tristeza, el sabor picante, el cuero cabelludo, la piel, la orientación al oeste. El equilibrio de la energía de los pulmones alimenta la integridad y dignidad, predispone a una personalidad que sabe juzgar con rigor y ecuanimidad, tiene un gran sentido del deber y del sacrificio ejemplar. También está relacionado con la responsabilidad, determinación y fuerza de voluntad. La energía propia del pulmón es la serenidad, la quietud, la interiorización, mirar dentro de nosotros. Cuando la energía del pulmón se ve afectada aparece la tristeza y la depresión. Así mismo, el exceso de responsabilidad, perfeccionismo, exceso de trabajo físico psíquico, excesos sexuales o cualquier otro tipo de exceso contribuye a disminuir la energía del riñón y, por tanto la vitalidad (López, 2006).

Así como el pulmón nos ayuda a través de la respiración a eliminar el dióxido de carbono innecesario para el cuerpo el intestino grueso desecha los residuos del alimento que ya no necesitamos, es por eso que el intestino grueso es el órgano que trabaja conjuntamente con el pulmón y su función principal es el de recibir los desechos provenientes del intestino delgado, absorbe los líquidos restantes y transforma los desechos en materia fecal para excretarlos. La respiración del pulmón ayuda a transportar los nutrientes al interior del cuerpo y se acopla con el intestino grueso y este ayuda a la expulsión de residuos hacia el exterior.

La energía del metal permite la filtración del agua, la cual es vital para el hombre, lo mismo que el riñón ya que el encargado de almacenar la esencia vital y controlar la reproducción, crecimiento y desarrollo humano, generar la médula (sustancia contenida en los huesos, incluye al cerebro) llenar el cerebro, controlar los huesos y transformar la sangre, controlar los líquidos y recibir la energía. Este órgano se relaciona con el invierno, con el elemento agua, tiene una orientación al norte, le va el color negro, el sabor es salado, su emoción es el miedo. El miedo es un código biológico para la supervivencia, ante una amenaza o peligro, el miedo activa el mecanismo de la autodefensa, bien con una acción de huida o con un ataque, por tanto, al miedo se le puede considerar como un excelente amigo que vela por la seguridad. Solamente el sentimiento del miedo es negativo cuando se siente por situaciones de peligro imaginarias.

Existen otros órganos de acuerdo con López (2006) como el riñón y se relaciona con la actividad neurológica, y está vinculado a la actividad cerebral. Tiene su apertura en los oídos. Esto significa que se refleja en los problemas de la audición. El órgano que coopera con el riñón es la vejiga que tiene como función acumular temporalmente la orina bajo la acción de la energía del riñón y excretarla cuando ésta alcanza un volumen determinado. El riñón y la vejiga aparte de eliminar las impurezas en la sangre, cumplen la función de cooperar con los pulmones y el corazón en una relación triangular.

El agua al viajar sobre la superficie de la tierra permite el crecimiento de la madera la cual está estrechamente relacionada con el hígado que tiene como función almacenar sangre, controlar la dispersión y drenaje y dominar los tendones y ligamentos.

El hígado asume la tarea de almacenar y distribuir la sangre, con este proceso de regulación determina la cantidad de presión de la misma en el cuerpo. Se relaciona con el elemento madera, en el cuerpo también es tendones, ojo, piel, es el color verde, el sabor agrio y la emoción es el coraje, es la orientación este. Es el espíritu de iniciativa, emprendedor y explotador.

El hígado es la casa del alma, también está vinculado con el proceso de la menstruación, cuando la sangre es insuficiente esta se vuelve dolorosa y se produce inflamación en el vientre de la mujer. Así mismo rige: la memoria inconsciente, la imaginación (el hígado es el gran estratega), la iniciativa, ambición, deseo. Cuando su energía es excesiva aparece la ira. Cuando está debilitado aparece falta de imaginación, incoordinación de ideas, poca iniciativa y estados de ansiedad, el órgano con el que trabaja es la vesícula biliar, que tiene como función almacenar y excretar la bilis a los intestinos para ayudar en la digestión. La vesícula biliar se complementa con el hígado, coopera con él en la regulación de la sangre. La vesícula biliar infunde el poder para la toma de decisiones en el ser humano y el hígado el poder para la acción (López, 2006).

El entender este ciclo de cooperación es bastante difícil, ya que el hecho de vivir siempre de una forma competitiva nos hace romper con la armonía que se gesta tanto en la naturaleza como en nuestro cuerpo, y nos hace vivir en la inconformidad, en el fracaso, en la tristeza, sintiéndonos vacíos alejándonos de la bondad, la compasión, la humildad, de la solidaridad y viviendo en una sociedad que no se preocupa por el otro como parte de sí mismo, sino viéndolo como un enemigo que siempre atacará, como en la ley del más fuerte, en donde el más débil es atacado por el que tiene mayor fuerza. Y así mismo como nos movemos en la sociedad, se mueven en el interior nuestros órganos y nuestras emociones en conjugación con los alimentos que consumimos (López, 2006).

Los cinco elementos representan la relación fundamental de los cambios, ya que están en continuo movimiento condicionando a la generación mutua e inhibición recíproca y en donde las fuerzas yin y yang forman un equilibrio dinámico, siendo el desequilibrio algo circunstancial pues cuando uno crece en exceso fuerza al otro a concentrarse, lo que a la larga provoca una nueva transformación. Leer y comprender el Dao De Jing es esencial para poder penetrar y para operar adecuadamente en el campo de la medicina tradicional china (Idem).

Los cinco elementos tienen su principal repercusión en el cuerpo del individuo, dicha teoría considera que la persona se deberá tomar como una totalidad, es decir como una persona integral.

2.2 Persona como ser integral

El ser humano no es sólo un ente biológico, es cuerpo, mente y emociones, en argumentos de López (2003) El ser humano es un ser integral que para desenvolverse en todos sus aspectos, requiere que sus estados físico, mental y emocional actúen en equilibrio, coherentemente y en armonía, o lo que es lo mismo, gocen de bienestar, para lo cual se deben guiar por algunos principios tales como:

1. Aceptar que no se puede aplicar el mismo diagnóstico a todos los individuos, pues el proceso de construcción corporal es individual
2. Es necesario que a la hora de hacer un diagnóstico, no se considere únicamente lo psicológico, se debe incluir el proceso emocional y afectivo de la vida y la relación que ese proceso tiene con los estilos de vida; buscar opciones en una epistemología que no sea antropocéntrica.

Así, al considerar el cuerpo humano, se hace hincapié en que ha pasado por evolución, que le ha permitido desarrollar y a su vez detenerse, lo que ha preocupado a la ciencia es tratar de dar explicación a estos cambios, pero lo han hecho de una forma en que las personas han sido fragmentadas para encontrar el origen a cada problemática, sin embargo no es la única propuesta, ni la única explicación para dar respuesta; pues se pueden encontrar otras salidas, sólo que casi siempre están enfocadas en el estudio del cuerpo por medio de dividirlo.

El sujeto moderno, al mismo tiempo que se distancia del cosmos y de los otros, lo hace también del cuerpo, con lo cual se aleja de mismo, hasta el punto que más que ser un cuerpo posee un cuerpo (López, 2003).

Haciendo memoria de esta ruptura moderna nos encontramos con el nacimiento del individualismo social, con el pensamiento racional sobre la naturaleza y con la medicina, saber hegemónico sobre el cuerpo.

El resultado de la emergencia de esos elementos de la modernidad en el dualismo en virtud del cual el ser humano se diferencia el cuerpo. Este se convierte en un doble al cual se le exige un “estar en forma”, el “ser bien parecido”, el “ser soporte del riesgo y de la aventura”.

Parte del principio afirma López (2003) de que el cuerpo es la síntesis de un proceso social e histórico, pero también de una construcción cultural que transforma las funciones de órganos y establece nuevas relaciones con la fisiología del individuo que se cruza con el proceso psicosomático de las relaciones humanas; el cuerpo es el espacio donde confluyen las nuevas relaciones individuales-sociedad, convirtiéndose en el centro receptor de una cultura, concibiendo a esta como la forma de socialización, y no sólo eso, también la prolongación de los modelos socializados (familia) cumpliendo un papel muy importante en la construcción subjetiva del individuo, lo que conduce a la creación de mecanismos para la interiorización de experiencias que involucran las sensaciones. Son las formas en que un cuerpo se hace de las ideas de otros, pero sobre todo es una forma de reproducción y perpetuación de un mensaje instituido en lo corporal y en el espacio social, es decir, la representación socio-histórica se materializa en formas de vida y acciones concretas.

Pues al estar conscientes que el cuerpo es una red de cooperación, no podemos dejar de lado las emociones y los sentimientos como parte importante en el desarrollo de las personas, por esto la importancia de trabajar con el cuerpo desde otra lógica, pero primero habría que reconocer que en tanto que las personas somos diferentes se tiene que manejar un diagnóstico diferente para cada individuo, pues cada persona es dueña de su individualidad que demanda conocer su proceso de construcción corporal. Pero también es necesario que al hacer un diagnóstico no solo se tome en cuenta lo psicológico, si no que se incluya el proceso emocional y afectivo, para así poder relacionarlo con los estilos de vida de las personas, ya que si se entiende la salud no como un problema orgánico exclusivamente, sino como un largo proceso histórico, la solución no puede encontrarse en la explicación causal ni en la medicina curalotodo. Por lo anterior es de gran importancia tener en cuenta al cuerpo como un todo que no puede ser dividido en secciones o revisado por partes pues la construcción de una enfermedad no sólo se presenta en determinado órgano, sino que se tiene en todo el cuerpo (López, 2003).

El hablar de fragmentación del cuerpo nos lleva a pensar que ha sido una forma en que se ha podido hacer ciencia para dar nuevas respuestas, pero por otro lado también nos compromete a dar una opción para no seguir una línea que si bien ha tenido grandes avances, también ha tenido fallas a la hora de ser aplicada en las personas. Pues como lo hemos visto a pesar de que la medicina brindó mucha ayuda a las personas en la actualidad ya no fue suficiente para explicar el cuerpo humano en su totalidad. La aparición de otras disciplinas hizo posible la configuración de un cuerpo teórico más acorde a las necesidades de una sociedad por justificar, evadir y esconder las diferencias sociales de un cuerpo social enfermo desde sus mismas entrañas (López, 2003).

Al ver al cuerpo como una totalidad, nos lleva también a la relación que este tiene con el cosmos, y nos hace ver que no hay nada aislado, y que el ser humano es un microcosmos articulado con formas de vivir que incluyen sistemas alimentarios, formas de respirar, expresión de sentimientos , etc.

Conceptuar al ser humano como parte de un universo donde lo que han realizado sus predecesores tiene consecuencias en el presente, es encontrar la relación, pues no es un proceso aislado. Esto ayuda a rebasar los convencionalismos de la unidad y a plantearse una nueva forma de entender este proceso de construcción corporal, en donde lo emocional y lo orgánico se construyen conjuntamente y no se pueden entender por separado (López, 2011).

La influencia del proceso psicosomático tendrá su origen en la relación del órgano hacia las emociones de las personas, así entonces, tomaremos las ideas de Sergio López Ramos.

“El ser humano es un ser integral que se desenvuelve dentro de un ambiente; en él influye un sinnúmero de características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Está dotado de conciencia, inteligencia, voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad, en síntesis, de una personalidad, que obedece a su ubicación temporal (momento histórico) y espacial (lugar donde habita)” (López, 2011).

Asimismo, tenemos las aportaciones de Alonso (2003), el cual afirma que el individuo, es una totalidad imposible de separar en sus dimensiones, ya que no es fácil establecer cuánto influye una sobre las otras o cuánto depende la una de las otras frente al proceso salud-enfermedad. Para efectos didácticos se hace necesario separar al ser humano, de manera que podamos navegar por las dimensiones que lo constituyen, para conseguir aprehender y comprender mejor la complejidad de su atención integral en salud en aras de mejorar su calidad de vida.

Así, el individuo es un ser integral y el ente principal de atención en salud. Para lograr entender al individuo como un todo se requiere, además del trabajo interdisciplinario y multi-profesional, reflexionar sobre los elementos básicos de la condición humana.

Luis Alfonso Vélez sostiene que el concepto que tengamos del ser humano depende de nuestra cosmovisión, es decir, de la percepción de nuestro yo y del mundo que nos rodea. Dicha percepción, según Vélez, es el resultado de la ciencia, la filosofía y las creencias adquiridas por cada uno de nosotros. Al tiempo destaca que: Toda persona debe introspectar los datos y experiencias vividas, analizarlos y formarse su propia idea del ser humano, a esto se lo denomina: cultura. Todos los filósofos, desde Sócrates, han insistido en la necesidad de escarbar dentro de sí, como único método para llegar a la verdadera sabiduría y entender al otro (Alonso, 2003).

El individuo se convertirá en un ser que está en un proceso de constante retroalimentación, y que dependerá de cómo manejes sus emociones para que estas puedan tener un efecto en el cuerpo y por supuesto en los órganos.

Las siguientes líneas abordan las definiciones de López Ramos sobre este concepto órgano- emoción.

2.3 La relación Órgano-Emoción. Concepciones de Sergio López Ramos

López (2011) indica que el cuerpo llega a sus límites y fronteras para poder darle sentido a un individuo que se somete a la competencia social. El ser humano “no ha sabido adaptarse”. El sujeto vive, sea en casa, en relaciones humanas, en el trabajo o su construcción que elabora ante la condición adversa que se representa socialmente, esto significa que el sujeto no está libre ni ajeno a la construcción de un cuerpo que parece no gobierna, es algo que se construye de acuerdo a un tiempo y espacio que vive el sujeto, lo que les intriga a los médicos es el origen de tamaño problema en el consultorio. Pero una concepción sobre el origen es compartida: la neurosis de angustia que se explica en relación con “la vida civilizada” tiene un trasfondo: el “fenómeno emocional.”

Es decir buscar una relación con la fisiopatología y su correspondencia con el estado emocional, por ejemplo, una emoción y la úlcera del estómago, la hipertensión, emociones como el miedo, la ira u otras que se relacionan con las funciones hipotalámicas, sin embargo el proceso se hace más complejo en esta elaboración que hace el sujeto y que el médico intenta explicar:

El aspecto psicológico que mostraría las características de la reacción emocional del sujeto a través de la elaboración de su personalidad, de sus circunstancias de vida, de sus conflictos actuales y de su regresión a estadios primitivos de realización emocional, por inmadurez, por inhabilidad de adaptación o por fenómenos mal conocidos englobados en la depresión mental (López, 2011).

2.3.1 Las emociones como detonadores del cuerpo

Había dos tipos de prácticas médicas: las que se hacían de manera ortodoxa y las que veía el nuevo horizonte de un cuerpo que se expresaba y había que hacer algo en todos los sentidos. Por ejemplo, los manicomios, de día en día más grandes y de día en día más insuficientes; los desequilibrios mentales de los que han sido recluidos y se toman como normales para evitar dificultades; los estados de angustia que hacen del individuo un ser acosado e infeliz, o la actitud de dependencia pasiva que convierte a los ciudadanos en individuos ineptos y carga para el Estado.

Un remedio urgente para la angustia y los recluidos en los hospitales psiquiátricos parece no llegar del lugar que se quiere, la medicina estaba asumiendo la búsqueda de soluciones, mejor dicho los médicos enfrentaban el reto de buscar causas, desde esa lógica es que se construye una lectura del cuerpo culposo (López, 2011).

Pero los argumentos de los ponentes eran de un nivel reflexivo y vivencial sobre los pacientes y eso les da a sus trabajos un valor representativo de su tiempo, asimismo es revelador que sus fuentes eran las mismas, de ahí que sus coincidencias sobre las definiciones y explicaciones se cruzaran en sus propuestas. Podemos ver que la definición o identificación de la “psico-génesis de los síntomas tres puntos:

1. La influencia psíquica en los órganos estaba demostrada
2. Sólo se pueden obtener explicaciones de las alteraciones orgánicas por causas psíquicas con ayuda de la psico-dinamia (psicoanálisis)
3. La importancia de la personalidad en la expresión patológica del organismo. Su precisión al respecto es “Cuando la explicación trata de factores psíquicos en juego se llama psico-dinamia.

Cuando los factores psíquicos originan alteraciones somáticas, pero el punto es saber cuándo es un problema somático que debe ser diferenciado de lo psíquico, en lo somático hablamos del proceso psicosomático, que según González Enríquez representa formas de defensa del aparato anímico ante condiciones de peligro, es decir lo psicosomático es la expresión de un mecanismo de defensa, donde el síntoma es la expresión de la defensa.

El autor considera que una función psíquica tiene un efecto en la relación con el órgano y su función y lo que media son los sentimientos y las emociones. Otro aspecto sería cuando son los “mecanismos inconscientes, que sin imagen previa, actúan sobre los órganos, traduciendo por alteraciones funcionales (López, 2011).

2.3.2 Órganos emocionales

Los órganos que se ven más afectados en estos años continúan siendo el colon, el pulmón, el corazón, es decir los órganos continuaban afectándose en su red de cooperación interna, pero porque la hipertensión tenía un principio importante en la explicación de las enfermedades psicosomáticas. Para Salvador Aceves era “un nombre nuevo aplicado a una vieja noción: la de que en el enfermo deben considerarse siempre dos cosas: el factor orgánico o somático y el componente psíquico” (López, 2011).

Todos los autores coinciden en que se debe considerar el componente humano, que incluye lo emocional y lo psíquico, por eso las enfermedades del aparato circulatorio pueden impresionar el estado emocional del paciente, el autor dice que la hipertensión es un misterio, pero la vida emocional puede ser la causa principal de la hipertensión.

Dice Aceves en su artículo:

La solución o expresión inadecuadas de la emoción o el conflicto emocional son especialmente fáciles de ocurrir cuando la emoción no es una respuesta a lo que aparece como real: un peligro o una situación externa. Si la acción no se ajusta a esta situación o no es una solución adecuada al problema frente al cual se está, la emoción con su expresión fisiológica, también son inadecuadamente “descargadas” y así sobreviene un desequilibrio orgánico. Esto ocurre cuando un impulso o una emoción son inhibidos y generan un conflicto que se escapa a la conciencia y, al hacerlo, produce un estado persistente de tensión interior, que puede ocasionar trastornos permanentes o reincidentes de las funciones orgánicas. La hipertensión arterial sería la resultante de un aumento de tono de la musculatura lisa arteriolar gastado por este camino” (López, 2011).

Este encuentro con la hipertensión da una mirada distinta sobre el proceso fisiológico y su vinculación con los procesos emocionales, la relación con los órganos y las emociones no se da en estos autores, la división órgano-emoción todavía es una imposibilidad para poder darle sentido a un hecho que se ve en aumento en las estadísticas de esos años.

La hipertensión como problema del corazón no es algo que se pueda desdeñar, los problemas circulatorios se relacionan con la alimentación, con el control de los excesos, que se aproxime a lo más normal, difícil condición en una sociedad que se caracteriza por no hacer justo algo normal, lo artificial está dominando en el cuerpo de los individuos, ellos mismos son un fruto artificial, lo natural y lo normal son de dudosa interpretación, así la explicación psicosomática de la hipertensión se da en el punto en que las formas y estilos de vida han llegado al corazón del ciudadano y ya está en la lista junto al pulmón, al colon y lo que le continúa es la respuesta alérgica del cuerpo (López, 2011).

2.3.3 Principios emocionales psicosomáticos

Resulta interesante que varios autores de ese tiempo digan que ya no se debe de buscar solamente en microbios, desarreglos metabólicos, endócrinos, sino darle un lugar a las motivaciones psíquicas, porque éstas inciden en la cura o en la enfermedad de las personas, lo psicológico se hace una verdad difícil de asir aun cuando Halliday de seis principios para identificar lo psicosomático:

- 1) Que la emoción sea un factor precipitante.
- 2) Que ocurra un tipo particular de personalidad asociada a cada afección.
- 3) Que se observen estos padecimientos con marcada predilección en relación con el sexo.
- 4) Que haya una tendencia a la alternancia o secuencia de diferentes afecciones.
- 5) Que con frecuencia exista una historia familiar de padecimientos semejantes
- 6) Que el curso de la enfermedad tienda a ser física.

El autor agrega que existe una correlación con las condiciones de la comunidad de acuerdo al desempleo, la competencia, la pérdida de objetivos sociales e individuales para que se desarrolle tal o cual enfermedad psicosomática que logra producir alteraciones estructurales en los individuos, pasando por trastornos psicológicos, funcionales y enfermedades celulares. Es una explicación que supera la lectura organicista, encontramos que la discusión es algo seria con respecto a la salud, mientras que unos autores se ocupaban de la neurosis, lo somático, lo psicogenético, lo psiquiátrico, lo psicosomático (López, 2011).

Hay ciertas emociones que se han vuelto parte del estilo de vida de nuestra sociedad mexicana, como por ejemplo el miedo, el miedo a la violencia que se vive en nuestras calles, el miedo a perder el empleo, miedo a perder todo aquello por lo que arduamente se ha trabajado, pues no se cuenta con algún tipo de garantía de que nuestra calidad de vida será buena, hay ansiedad al estar compitiendo con los otros, al llenar nuestro cuerpo de estrés, ansiedad de estar pensando con temor lo que ocurrirá en el futuro, o estar fantaseando con una vida perfecta, y bien, si no logramos ganar la competencia o esa vida perfecta tan esperada, viene el enojo, la frustración de no tener lo que se anhela o más bien lo que nos hacen anhelar, genera en primer instancia ese coraje con uno mismo y claro hacia los demás incluso enojo hacia la vida, pero debajo de ese enojo siempre está escondida la tristeza que socialmente no se debe de expresar, pues es símbolo de debilidad, sin embargo no hay mayor causa de tristeza entre los mexicanos que la desilusión, encontrarse de frente con aquella pared que no habíamos visto pero siempre había estado ahí, y que nos dice que esa meta esa felicidad tan buscada es más bien una utopía que alguien escribió desde su escritorio sin vivir en la realidad, que esa utopía es difícil de lograr mientras vivimos en la monotonía de cada día (López, 1997, cit. en Basilio, 2012).

Todas estas emociones son producto del desengaño, de ir viendo la realidad a lo largo de la vida, que al ir creciendo se vuelve demasiada realidad para nuestros ojos, una realidad en la que podemos ver a unos mexicanos violentos, indiferentes, que han perdido la idea de “ser humano”, mexicanos carentes de amor y desesperados por el mismo, una sociedad materialista, triste que sólo es capaz de reírse de sí misma, mexicanos apáticos y resignados a vivir cada día en la monotonía y conformes de ella (Campos, cit. en Basilio, 2012)

A parir del estrés producto de la industrialización, la sociedad se ha predispuesto a enfermar de ciertas cosas, pero ¿por qué no todos los habitantes de la ciudad de México morimos de la misma enfermedad?, porque la construcción de una enfermedad también es un proceso a nivel individual, si bien la sociedad nos predispone a ciertas enfermedades, cada individuo sigue caminos diferentes a enfermedades diferentes, pues a nivel personal y familiar se puede acrecentar o amortiguar el efecto que la sociedad tiene sobre nuestros cuerpos. En el caso de los mexicanos las enfermedades que más se han incrementado y que llenan hospitales, son enfermedades como el cáncer, la artritis, la diabetes, la obesidad, los infartos, gastritis, esterilidad, estreñimiento y enfermedades en vías respiratorias y urinarias.

La propuesta de López Ramos, nos hace mirar a todos lados para poder entender algo tan complejo como el cuerpo humano y la construcción de una enfermedad, pues no podemos esperar ver la respuesta en un solo lugar, es por eso que las áreas que antes mencionaba y que son solo herramientas en algunas corrientes psicológicas para entender desordenes conductuales, se vuelven indispensables cuando partimos de la visión psicosomática, para comprender la construcción social e individual de una persona, y las enfermedades de esa persona.

“Esta mirada distinta de la fisiológica, busca el proceso de una enfermedad que parece no tener un lugar dónde residir en el cuerpo, es apenas un intento de buscar las expresiones del individuo o mejor dicho, la construcción que hace el sujeto social, la ciudad es el laboratorio donde se expresa la angustia el suicidio la soledad, el estrés, la construcción de nuevas realidades corporales que se manifiestan en procesos crónicos degenerativos.” (López. 2006 cit. en Basilio, 2012)

2.4 Anorexia desde la perspectiva psicosomática

De acuerdo con Bleichmar D. (2000) desde la perspectiva psicosomática, la anorexia es un desorden psíquico que afecta al cuerpo, comprometiendo algún órgano de manera que se altera su fisiología normal. Pero lo central del concepto de enfermedad psicosomática es que aquello del orden psíquico que está sucediendo es, o desconocido por el sujeto o tan inespecífico como el estrés o la angustia y que, a su vez, no se detecta causa orgánica que justifique la dolencia, la cual al considerársela indeterminada, y en virtud de una comprobación empírica y estadística, se sospecha su relación con lo psíquico.

Por otra parte, quien sufre de úlcera duodenal o hipertensión, acude a la consulta médica buscando soluciones. Nada de esto ocurre en la anorexia/bulimia y en caso de que hagan su aparición la amenorrea o la hipotermia el sujeto en cuestión sabe muy bien que lo que quiere es no engordar y si esas son las consecuencias asociadas no parecen preocuparla.

2.5 El cuerpo como causa

De la misma manera, se puede concebir al cuerpo como causa, bajo este concepto, la excesiva preocupación en las calorías que contienen los alimentos, en el tipo de comida ingerida, en la variación del estado de ánimo en relación a la ingesta, así como la facilidad para sentirse irritadas y disforias.

Marty y col (1992, cit. en Bleichmar D., 2000) también utilizan esta idea como una pieza clave en su concepción sobre las enfermedades psicosomáticas: fallas en la constitución del aparato psíquico, una debilidad del pre consciente que al no proveer el enlace representacional impediría la tramitación del afecto por vía psíquica.

Por su parte, Hilde Bruch (cit. en Bleichmar D., 2000) fue la primera en llamar la atención sobre los defectos en la auto-percepción y autorregulación de las sensaciones de hambre en los trastornos de la alimentación, lo que en la actualidad constituye una de las sub-escalas del Cuestionario de Trastornos de la Alimentación (EDI, Garner, Olmstead y Polivy, 1983), denominada: "conciencia intra-ceptiva", que evalúa el grado de confianza para reconocer e identificar con precisión las propias emociones y las sensaciones de hambre y saciedad.

En otro estudio, realizado por Keys y col. (1950 cit. en Bleichmar D., 2000), sobre contenidos mentales en torno a la comida, consideran que se trata de efectos directos de la hambruna como ha quedado demostrado en los estudios de en la Universidad de Minnesota con 38 varones normales voluntarios. Durante 3 meses se les observaron sus pautas habituales de comida y en los 6 meses siguientes se redujo la ingesta a la mitad, perdiendo aproximadamente el 25% del peso original. La restricción de la dieta produjo una serie de cambios que reproducían los observados en las anorexias: hablaban sólo de la comida, perdían gran parte del interés por otros asuntos y actividades, estaban inquietos e irritables y era muy difícil mantener un diálogo con ellos. Al finalizar la experiencia, un elevado porcentaje demoró entre 8 meses a un año en recobrar su vida normal y un 3% continuó con la restricción alimentaria.

Se puede afirmar que gran parte de los síntomas psíquicos se relacionan con los efectos de un estado de gran desequilibrio metabólico que la mente trata de regular. Es decir, que si bien el síntoma es por lo general ego-sintónico, y las pacientes anoréxicas/bulimias son reacias al tratamiento y desean controlar la ingesta, los efectos del cuerpo en riesgo despiertan los sistemas de alarma psíquicos (Bleichmar D., 2000).

ENTREVISTA. HISTORIA DE VIDA

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

La mayoría de los trastornos alimenticios afectan a más mujeres que hombres esto va en aumento, los más afectados son los adolescentes.

La adolescencia es una etapa muy difícil, es un período en el que constantemente descubren sus identidades; esto es agotador, confuso y aterrador. Algunos encuentran la transición fácil, mientras que para otros la presión social hace que les resulte mucho más difícil el paso de la niñez a la juventud.

Cuando los adolescentes son felicitados por cómo se ven, se sienten muy satisfechos y algunos podrían recurrir a medidas extremas sólo para mantenerlo. Los medios de comunicación son otra influencia importante en cómo los adolescentes se ven a sí mismos, tienen gran influencia en cómo se percibe a las mujeres como bellas cuando son delgadas.

Las actrices y modelos que son muy delgadas, son los modelos a seguir, pero además de los medios de comunicación, la familia también podría tener un efecto enorme en cómo los adolescentes se ven a sí mismos. Los individuos, jóvenes y adultos, son propensos a sufrir trastornos de la alimentación si tuvieron una experiencia traumática en su vida, como el divorcio, la muerte, el abuso, o la dieta, etc.

Los padres pueden comentar demasiado sobre la apariencia y restringir la dieta de su hija(o), lo que también podría conducir a trastornos de la alimentación, los adolescentes necesitan todo el apoyo de amigos, parientes y la familia son quienes principalmente deben proporcionarlo.

A continuación se expondrán el análisis de los cuatro casos de entrevistas que se aplicaron, ellas son de diferentes regiones, género femenino, con edades de entre 20 a 22 años, peso variable, estatura variable, estudiantes, estado civil solteras.

Caso 1

El primer caso de análisis, la nombraremos GOG: Persona del género femenino, de 20 años, cuyo peso es de 39 kg., y de estatura 1.65, de ocupación estudiante de universidad, estado civil soltera, vive en la Ciudad de Cochabamba Bolivia.

Infancia:

Cuando nació GOG peso 4.5 kg y midió 56 cm, fue por medio de cesárea. Durante los dos primeros años fue criada por sus abuelos, por el trabajo de su mamá.

GOG afirma que sus papas la sobreprotegían y ella se sentía aprisionada. En cuanto a la relación con su familia se llevaba muy bien con su mamá GOG era su preferida, con su papá la relación era neutral, ya que él estaba muy ausente por su trabajo, con sus hermanas F y L la relación era estrecha, pero en muchas ocasiones la trataban mal por ser la consentida y preferida.

Las características físicas de sus papas son: su mamá (L) es bajita, morena, rellenita se dedica a la consultoría de economía de empresas, su papá (R) es alto con sobrepeso, de tez blanca y tiene su empresa de transporte, sus hermanas son delgadas de tez blanca y son estudiantes una está en el colegio y la otra en universidad.

En cuanto a las amistades y amigos de la escuela era regular porque menciona que era tímida, y cuando entro a la primaria iba ganando peso; eso la hacía sentir mal.

Su alimentación estaba basada en comida rápida, frutas, verduras, lácteos, dulces, etc., comía tres veces al día y picaba a lo largo del día. Su platillo favorito era la sopa, el sabor que le gustaba era lo salado (que está relacionado con el elemento agua, órgano riñón /vejiga, la emoción miedo la estación del año invierno, orientación norte y el color negro)

Adolescencia:

En su adolescencia casi no la cuidaban, porque su mamá trabajaba todo el día, entonces GOG estaba sola, cuando la corregían ella sentía que la retaba su mamá y eso era por sus malas calificaciones, se sentía enojada porque no la comprendían.

GOG se llevaba mal con su mamá, chocaban en muchas cosas porque nunca estaba conforme con su actitud, con su papá no interactuaba, no lo veía seguido, con su hermana se llevaba bien y regular con la más pequeña porque GOG dice que le irrita su actitud.

GOG es la hermana mayor y en ésta época, sentía que era la “oveja negra”.

En las amistades y amigos de la escuela era regular porque era tímida no hablaba mucho y era obesa.

En cuanto a su alimentación menciona que comenzó a comer más comida chatarra, nunca comía fruta y verduras, en lugar de eso comía papas fritas, pollo frito, comida chatarra y comía múltiples veces 6 comidas grandes y picaba de manera intermitente, le gustaba mucho la comida chatarra, odiaba las ensaladas y lo “saludable”.

Los sabores que le gustaban eran los helados, le hacían sentir bien, le daban tranquilidad, paz, y calma. En este caso le gusta lo dulce que está relacionado con el elemento tierra, (órganos bazo/estomago/páncreas, emociones ansiedad/obsesión, estación verano tardío, orientación centro, color amarillo.)

- **¿Qué sientes cuando ingieres alimentos?** *GOG respondió “Felicidad cuando era niña, a partir de los 16 fue cuando empezó mi trastorno alimenticio me di cuenta de que era muy obesa y me hacían bullying en la escuela me sentía mal y decidí dejar de comer, algunas veces vomite pero me di cuenta que me lastimaba mejor opte por dejar de comer, cuando comía me sentía culpable, y con odio”.*

Actualidad:

Ahora su familia la conforman su mamá y sus dos hermanas, porque cuando estaba en la secundaria GOG menciona que sus papas se divorciaron y su mamá se quedó con la custodia.

GOG se lleva mal con su mamá, choca en varias cosas, con su papá se lleva bien, lo ve más seguido, la entiende y con sus hermanas se lleva bien, siempre se apoyan y se defienden.

Cuando está bien con su familia su sentimientos y emociones son; tranquilidad, felicidad, alegría, cuando se enoja o se pelea con ellos se siente deprimida, decepcionada triste.

GOG dice que siente que su mamá actúa de manera indiferente, parece que no le importa; su papá se está preocupando por ella, constantemente le llama y quiere que salga para hablar de su vida y sus hermanas son muy cercanas a ella, siempre la entienden y le dan consejos.

Con sus amigos se lleva mal, de manera distante cuando se enojan con GOG se siente deprimida, siente odio a ella misma, a lo que es ella, cuando está bien con ellos es feliz se siente aceptada y tranquila.

GOG tuvo dos parejas, Oscar y Rolando con los dos se llevó muy bien, en algunos momentos con ambos hubo tención porque eran muy celosos, ellos acostumbraban ir al cine o se la pasaban en su casa (con ambos), con Oscar termino porque era muy posesivo y celoso, y eso le cansaba. Con Rolando termino porque fue cuando GOG comenzó con su desorden alimenticio (anorexia), ya no era tan sociable estaba de mal humor y no quería hacer nada, por eso el la dejo, dijo que había cambiado. GOG no ha tenido relaciones sexuales.

En su alimentación le gusta comer ensaladas, GOG es vegana, come sola en la universidad, la comida que ella misma prepara un día antes, come una o dos veces al día.

Los sabores que le gustan es lo dulce y lo picoso, esos sabores le hacen sentir tranquila y calmada, en este caso nos damos cuenta que en la actualidad le gusta lo dulce una vez más, este se relaciona con el elemento tierra, órganos bazo/estomago/páncreas, emociones ansiedad/obsesión, estación verano tardío, orientación centro, color amarillo, también su función es encargarse de la concentración, facilidad de pensamiento etc., y se agrega el sabor del picante, que se relaciona con el elemento metal, órgano pulmón/intestino grueso, la emoción es la tristeza la cual se manifiesta en GOG, ella se siente deprimida, triste, culpable etc., cuando ingiere alimentos, la estación es otoño, orientación oeste, color blanco, a su vez este se encarga de la responsabilidad y la parte de juzgar.

Cuando ella ingiere alimento siente culpabilidad, se siente deprimida, siente odio a ella misma, se le pregunto:

¿Qué importancia tienen los alimentos en tu vida?

“Ella contestó que su vida gira en torno a la comida siempre piensa en eso”.

¿Qué función tiene la alimentación en el cuerpo y para qué sirve el cuerpo?

“A lo cual GOG respondió: Ninguna, solo es de relleno, aunque también ayuda en funciones básicas y el cuerpo sirve para hacer todo lo que queramos hacer y ser lo que queramos ser”.

¿Cuáles son los motivos por el cual padeces esto?

“Porque era obesa, me hacia bullying en la escuela y también por ver a mis papas con sobrepeso”.

¿Cuáles son tus síntomas actualmente y que tratamiento recibes a estos síntomas?

“Perdí mi periodo hace un año, tengo frio constante, se me cae el pelo, tengo el nivel de glucosa bajo, presión baja, anemia y arritmia cardiaca. Estoy en “recuperación”, aunque en realidad sigo ingiriendo pocas calorías respecto a mi cuerpo y nivel de actividad”.

¿En qué momento fuiste consciente de que estabas pasando por este padecimiento?

“Cuando me desmaye en el gimnasio”.

Conclusión caso 1

Podemos determinar de acuerdo al caso 1 presentado, que GOG psico-somatiza todas sus emociones a través de los alimentos, de acuerdo con Alcántara es a través de este proceso por el que GOG buscara un refugio (comida) al no saber interpretar el mensaje de atención que el cuerpo produce y por ende dejar que se convierta en una enfermedad.

Por otro lado tenemos la visión del macrocosmos- microcosmos, esta, afirma que es en el cuerpo humano; donde se puede encontrar una relación equivalente con los órganos principales y las emociones. En el caso particular de GOG ella indica que los sabores que más llaman su atención son los dulces y los picosos; que de acuerdo con esta teoría, los sabores dulces están relacionados con el órgano “bazo” y el “estomago” que es donde recaen principalmente sus emociones, es decir los sabores dulces, por ende, estos sabores producen ansiedad, lo que lleva al porqué de uno de los síntomas de su enfermedad

Del mismo modo otros sabores que le son de su agrado son los picosos, que de acuerdo con la teoría del macrocosmos, están relaciones con los pulmones y el intestino grueso, resultando en sentimientos de tristeza, la cual es otra vertiente de su enfermedad.

Concluimos que GOG es un claro ejemplo de como ella misma ha modificado su flujo energético, somatizando todas sus emociones en sus órganos.

CASO 2

El caso dos, que la denominaremos MEV es una persona del género femenino, de 22 años de edad, cuyo peso es de 49 kg. y de estatura 1.52. De ocupación estudiante de universidad; estado civil soltera, radica en Salta Argentina.

Infancia

Cuando nació MEV peso 3,400kg y midió 47cm y fue Parto natural. Fue criada por sus padres. Cuando la corregían, MEV sentía con reprensiones y retos, MEV indica que podía tener muchas emociones dependiendo la situación, desde el miedo, enojo, impotencia, dolor.

Menciona que le daba miedo cuando su mamá se enojaba mucho y se ponía muy agresiva. MEV sentía que le pegaría, aunque nunca lo hizo.

Cuando MEV está bien con su familia menciona que se siente llena de felicidad, tranquila, muy emocionada, alegre, sensación de bienestar cuando discuten o pelean, se siente en ese momento llena de rabia, ira, enojo, impotencia y dolor.

Las características físicas de sus papas son: su mamá es de estatura media baja, delgada trigueña, ojos y cabello marrón y es ama de casa, su papá es de estatura media, de tez blanca, ojos oscuros, pesa aproximadamente 70kg y es ingeniero, su hermana es baja, piel morena, cabellos rizados y ojos oscuros y es estudiante.

En sus amistades y amigos se lleva bien juegan mucho y se divierten, solo a veces se enojan que es muy raro que pase eso.

Su alimentación estaba basada en suplementos vitamínicos, leche, yogures, comida normal de todos los días, y comía 4 veces al día, menciona que le gustaba mucho el puré de papas con pollo, le encantaba su sabor, y odiaba la carne, le parecía desagradable al gusto, porque tenía “grasas y nervios”, le daba asco.

El sabor que le gustaba en su infancia eran los dulces, era su favorito, le hacían sentir placer, y felicidad.

Otro recuerdo de su infancia fue el de las enfermedades, padecía de las anginas y hemorragia nasal y se sentía con dolor, no solo físico, sino emocional y le daba miedo.

Adolescencia

En su adolescencia la cuidaban mucho se sentía sobreprotegida, cuando la corregían sentía que era muy rebelde y sus papas eran lo máximo, por lo tanto ella debía obedecer.

MEV se llevaba regular con su mamá, ya que menciona que a veces es chocante y siempre quiere tener la razón compiten mucho, con su papá hay mucho respeto mutuo es muy relajado, con su hermana es muy indiferente pero cuando se necesitan se apoyan y se dan consejos.

MEV es la mayor y menciona que su mamá siempre la ha tratado como a una niña de 15 años, y es sobreprotectora, su papa le da libertad y es excelente, su hermana es indiferente.

MEV menciona que cuando su familia esta alegre sus emociones son felicidad, pero cuando hay discusiones en casa se siente enojada, decepcionada, siente ira algunas veces.

En las amistades y amigos de la escuela se lleva más o menos y cuando se enojaban le daba igual.

Su alimentación consistía en verduras aunque no es vegetariana, pero no come ciertas carnes rojas ni pescado, come una o dos veces al día, le encantan las pizzas de todas las variedades, no le gustaba el asado, porque le empezaba a interesar la protección de los animales y eso implicaba matar y comer una vaca.

Los sabores que le gustaban eran lo dulce, ácido, picante, menciona que también tenían un rico aroma que le fascinaba y se le pregunto:

Que es lo que te agrada de esos aromas y porque? *“A lo que ella respondió: No sabría explicarlo, quizás me exprese mal, es el sentido del gusto, los sabores ácidos o picantes son agradables a la vez que causan cierta sensación al entrar en contacto con las papilas gustativas, el aroma también es importante porque te invita a probar algo, si me seduce el aroma probablemente me gustara mucho probarlo”*

Que te hacían sentir esos sabores? *“Placer”.*

A MEV se le pregunto:

¿Qué sientes cuando ingieres alimentos? Respondió *“Placer, sensación de satisfacción”.*

En la adolescencia de MEV fue frecuente que enfermara de jaquecas e insomnio.

Actual:

Su familia la conforman sus papas y su hermana MEV es la hija mayor estudiante y responsable de una perrita. La relación con su mamá es regular, con su papá bien, con su hermana regular, y cuando están todos reunidos en casa y están felices ella esta alegre y cómoda pero cuando hay alguna pelea se siente deprimida y triste.

En su familia padecen diabetes su abuela y su tío de tiroides, hermana y mamá sufren de gastritis, y está completamente segura de que su hermana tiene desórdenes alimenticios pero nadie lo sabe.

Con sus amigos su relación es buena, no los ve mucho pero es buena la relación menciona que a veces hay roces como en todos lados pero se llevan bien cuando se enoja con ellos se siente mal, no le gusta sentirse enojada y menos con quienes se divierte, los nombres de sus amigos son Ángela, Rocío, Natalia, Marcela, Mariano, Joe, Rodrigo, Verónica, Juan y acostumbran a salir a tomar algo, comer, ir a la disco, estudiar lo que más les gusta comer es comida chatarra.

MEV menciona que ha tenido varias parejas hasta el día de hoy, más de diez, pero pasajeros y sin importancia, solo los tres últimos fueron serios, Max, Guillermo y Cristian, se llevó bien con algunos con otros se llevó excelente, tanto que eran amigos más que pareja y unos muy complicados. Si se peleaban o se enojaban a ella no le afectaban mucho las peleas en algunos casos, en los importantes si bajaba mucho su ánimo y dependía del nivel de pelea en algunas ocasiones se sentía culpable o con miedo, a veces si era todo “color de rosa” y eso la aburría o le irritaba y buscaba la pelea para cansarlos y dejarlos.

Actualmente hace de todo con su novio, comparten pasión por la comida, salen a cenar o tomar una cerveza, van al gimnasio, a correr, a caminar, de compras. Antes con otras parejas, estudiaba, iba a clases, dormían juntos. Terminó con ellos por infidelidades, mala relación, porque se aburría, porque le gustaba otro, también terminaron con ella por complicada, o por infidelidad.

En cuanto a su sexualidad menciono que ha tenido algunas parejas de una noche en una época, pero solo ha tenido relaciones con tres de sus novios y actualmente sus relaciones sexuales son satisfactorias, la primera vez fue muy joven y con miedos y tabúes no llegó a disfrutar, con la segunda pareja fue traumático porque cada vez sentía más miedo y vergüenza de su cuerpo. Menciona que le gusta, se siente tranquila, confía en su pareja y se complementan bien, no siente vergüenza ya y es por la confianza y el sentirse amada.

En su alimentación dice que es mala, comúnmente come en la universidad, el tiempo y el dinero es limitado y solo le permite tomar un café o un sándwich, o compartir biscochos con amigos.

Dice que los alimentos agradables para MEV son los dulces, lo salado, lo ácido, quesos, masas, salsas, las ensaladas, le da satisfacción por un lado y culpa por otro, porque los alimentos agradables para ella engordan y eso le hace sentir asco.

Los sabores que le gustan es lo salado, ácido y lo picoso, esos sabores le hacen sentir placer en su paladar.

Cuando a MEV se le pregunta:

¿Que sientes cuando ingieres alimentos?

Respondió “Depende el momento, a veces culpa, miedo, otras placer”.

¿De qué depende?

“Cuando me siento satisfecha totalmente y como algo mas pecando de gula, cuando lo hago conscientemente siento culpa y cuando no, la culpa viene al darme cuenta o al sentirme mal por haber abusado o por sentir acidez, miedo al dolor quizás, a veces a engordar comiendo ciertos alimentos, a pesar de estar eso superado y el placer lo siento al darme mis lujos con lo que deseo, algo especial, nada más lindo que comer aquello que tanto te gusta y no lo comes seguido, al darse el permitido de abusar un poquito y de disfrutarlo en buena compañía”.

Para ti, ¿Qué importancia tienen los alimentos en tu vida?

“Ella contestó Mucha, son muy importantes”.

¿Qué función tiene la alimentación en el cuerpo y para qué sirve el cuerpo? *“Tiene una función importante ya que lo mantiene saludable. Para expresarte, y para vivir, para cumplir tus funciones se necesita del cuerpo, es una forma de manifestar nuestros deseos y deberes a través de acciones. Para mostrarnos”.*

¿Cuáles son los motivos por el cual padeces esto?

“Empecé haciendo dieta y termine enferma, veía mucho el problema en la tele y revistas como prevención pero psicológicamente actuó a la inversa. Nunca fui delgada, era mi

objetivo bajar de peso. Fue por el deseo de ser delgada, y el pensar que no pasaría nada y que lo podría controlar”.

¿Cuáles son tus síntomas actualmente y que tratamiento recibes a estos síntomas?

“Gastritis por el tiempo que estuve sin ingerir alimentos o vomitando, mareos por la anemia, dolores de pecho y espalda. No recibí tratamiento alguno porque grava más la situación, donde quizás no existe problema. Y fueron dos años que padecí el trastorno alimenticio, y no creo seguir padeciendo la enfermedad, aunque tampoco se llega a curar completamente”.

¿En qué momento fuiste consciente de que estabas pasando por este padecimiento?

“Cuando deje completamente de comer, no podía pensar en comida ni verla o tratar de comer ni un bocado”.

Conclusión caso 2

En el caso de MEV, podemos determinar varios factores, el primero de ellos es su estrecha relación con la teoría de los cinco elementos, donde los elementos y sus respectivas correlaciones y funciones se rigen bajo un principio de cooperación al fluir la energía armoniosamente en sus tres relaciones para mantenerla y prolongarla. Así entonces, MEV indica que los sabores que más llaman su atención son los salados, ácidos y picosos lo que le hacen sentir placer.

De acuerdo con esta teoría, los sabores salados, están relacionados con el riñón y la vejiga y provocan miedo; los ácidos están relacionados con el hígado y la vesícula biliar y conducen a la ira, y los picosos, están relacionados con los pulmones y el intestino grueso, que causa tristeza. En este caso, al llegar disminuida la energía al pulmón, acoplado, con el intestino grueso, afectara sus funciones, proporcionando el pulmón oxígeno al cuerpo a través de la respiración. Con el ejercicio de la respiración el pulmón dará entrada a lo nuevo para sacar lo viejo y añejo, asimismo el intestino grueso expulsara lo toxico, lo dañino, lo que ya no le sirve al cuerpo. Ambos órganos se manifiestan en el sentido del tacto y la piel, incrementando.

así la conciencia de lo que nos rodea, produciendo sentimientos de rectitud y abandono, lo que facilita desechar ideas añejas.

En el caso de que la energía se debilite o estanque produce sentimientos de aflicción, tristeza y pesar, el sabor que lo caracteriza es el picante.

El tercer y último factor a considerar es el placer que a MEV le produce algunos alimentos, por lo que a pesar de causar males y síntomas propios a su enfermedad, causa placer y dolor, lo que resulta preocupante, y significativo en el tratamiento de su enfermedad.

CASO 3

El caso tres corresponde a SC, género femenino, de 20 años de edad, cuyo peso es de 48 kg y 1.60 de estatura. De ocupación estudiante de universidad, de estado civil soltera, reside en el Labrador Quito Ecuador.

Infancia:

Cuando nació SC peso 400kg y midió 60cm y fue Cesárea, aunque fue embarazo no planeado; fue criada por sus papas, pero menciona que su papá se encargó más de ella, a la hora de corregirla menciona que su mamá si la castigaba con golpes, en esa época no quería a su mamá ya que era demasiado perfeccionista buscaba que SC hiciera todo perfecto o se enojaba, por el contrario su papá la protegía bastante ya que era hija única en ese momento.

En la relación familiar que llevaba menciona, que se lleva mal con su mamá porque era demasiado exigente, con su papá la relación es buena siempre estaba preocupado por SC, y la llevaba a todos lados, es muy cariñoso y protector.

Cuando está bien con su familia se siente tranquila, feliz, cuando se enojan o pelean se siente culpable, se siente insuficiente que no le corresponde bien a su papá.

Las características físicas de sus papas son: Mamá: baja, blanca, delgada; es profesora. Su papá: alto, moreno, contextura normal y es asesor comercial en un concesionario de autos, su hermano es moreno y delgado; estudiante en la escuela.

En sus amistades y amigos refiere que es buena, porque tenía miedo de que se enojaran con ella, porque tenía miedo de la soledad, así que hacía todo lo posible porque no se enojaran con ella, hacía todo lo que sus amigos le decían y cuando se enojaban con SC se sentía culpable a tal punto que ahora piensa que sus amigos la utilizaban mucho en el sentido de que le pedían comida, y SC les compraba cosas, etc., y al tener ese miedo a la soledad y al rechazo se sentía extremadamente bien al estar con ellos ya que sentía que alguien la quería, sentía que importaba como persona.

En su alimentación menciona que comía de todo porque su mamá la obligaba a comer todo, en especial frutas y verduras, comía 5 veces al día por recomendación del médico, le encantaba las papas fritas y las frutillas y odiaba cualquier vegetal

Los sabores que le gustaban en su infancia eran lo dulce y, lo salado porque le encanta las comidas de sal, y no recuerda que le hacían sentir esos sabores.

Adolescencia

En su adolescencia recuerda que su papá comenzó a cambiar con ella y la trataba muy mal, su mamá pasaba con ella toda la tarde, a la hora de corregirla su papá le gritaba aunque jamás hizo algo realmente malo esperaba mucho de SC que incluso la insultaba, su mamá estudio psicología así que aparentemente no le decía nada malo pero acababa sintiéndose extremadamente mal con ella misma.

SC se llevaba bien con su mamá eso es por pasar tiempo juntas se ha convertido en su amiga, es cariñosa, tras los problemas que ha tenido fue la única que trata de darle apoyo, con su papá se lleva mal, no lo ve seguido y comenzó a insultarla así que mejor lo ignora y con su hermano se lleva muy bien es la razón de su vida, SC siente que pasa desapercibida, simplemente es la hermana mayor.

SC menciona que cuando su familia esta feliz, sus emociones son tranquilidad, sorpresa, felicidad, pero cuando hay discusiones en casa siente tristeza, culpa, depresión.

En las amistades y amigos de la escuela no tenía porque fue una época muy difícil; sus papas peleaban mucho y ella se refugió en las drogas prefería estar sola, consumía marihuana y probó metanfetaminas. Estuvo internada pero salió y se recuperó.

Después cuando estaba en el bachillerato, comenzó su trastorno alimenticio conoció una chica que era bulímica así que solo pasaba con ella, SC decía que era la única que la entendía siempre y se llevó bien porque eran demasiado parecidas y no la juzgaba nunca.

En su alimentación menciona que comía y vomitaba, al cumplir 14 años dejo de comer y lo poco que comía eran cosas saludables sin muchas calorías, comía frutas, agua y pasaba mascando chicle, 1 o 2 veces al día, lo que más le gustaba era el agua y los chicles que era lo que le mantenía bien.

Los sabores que le gustaban era dulce SC dice: *“que los chicles porque con la anorexia era de las pocas cosas que comía y que sentía sabor dulce, sus sabores le hacían sentir tranquilidad”*.

A SC se le pregunto

¿Qué sientes cuando ingieres alimentos? Respondió *“Culpa, odio, me siento gorda, las cosas fritas, el olor me provoca vomito”*.

Las enfermedades frecuentes durante su adolescencia fue la gripe, desmayos frecuentes, y eso le hacía sentir mal y odiaba estar enferma porque su mamá pasaba con ella todo el día y le obligaba a comer, el tratamiento que recibía era homeopático 1 vez cada 2 meses.

Actual:

Su familia la conforman sus papas y su hermano, es la hija mayor, estudiante. La relación con su mamá es buena, se ha convertido en su único apoyo, se preocupa mucho por SC, con su papá se lleva mal, pelean demasiado cuando se llegan a ver o están juntos, porque pasa todo el día fuera, así que no pasan tiempo, con su hermano se lleva bien, siempre la apoya a pesar de que solo tiene 7 años es la razón de su vida.

Cuando están todos reunidos y están relajados y bien las emociones de SC son felicidad, se siente sorprendida, pero cuando discuten o se enojan las emociones son depresión y frustración.

En cuanto a sus amigos y amistades ella menciona que ya no tiene porque no la toleraban, y no comprendían el problema de SC y solo la juzgaban, cuando todos se enteraron de la anorexia se armó un gran problema y todos le decían que solo buscaba llamar la atención.

SC dice que ha tenido 2 novios, 1 muy pequeña y la verdad nada serio se llamaba Sebastián, el otro se llamaba Daniel con él estuvo 4 años desde que tenía 14 años. Se llevaba Bien en un principio pero siempre tuvo el problema de que se sentía culpable por cualquier cosa y tenía un inmenso miedo al rechazo porque tenía miedo de la soledad porque se sentía insuficiente. Daniel estuvo presente en todos sus problemas pero siempre la crítico y ella se sentía “muy poca cosa” frente a él porque él le criticaba todo desde sus gustos, y se volvió muy dependiente de él y ella pensaba que todo lo que le gustaba y hacia realmente estaba mal y solo hacia lo que él le pedía. Cuando estaban juntos veían películas en la casa de él.

SC le termino a Daniel hace 2 años porque se sentía extremadamente mal con ella misma y él le hacía sentir menos, así que decidió alejarse. Pero aun lo ama y depende mucho de él así que él le llama sólo para tener sexo y SC acepta ella cree que solo acepta porque necesita sentir que él la acepta, que alguien la acepta y sentir por un momento que le gusta al menos eso siente. Al tener la lógica de que si tienen sexo debe ser porque por lo menos físicamente le gusta ella.

SC menciona que en su sexualidad ha tenido solo una pareja y que las relaciones sexuales para ella no han sido satisfactorias, si no que trata de satisfacer a la otra persona en todo lo que pueda porque espera que así la acepte le gusta tener relaciones porque por un momento su autoestima mejora, siente que la acepta y por ese instante se siente bonita.

En su alimentación dice que a veces come en la universidad ensaladas o en su casa lo que le da su mamá pero SC elije poca cantidad, ella menciona que a pesar de que lleva tiempo sin una recaída notoria aún tiene cierta culpabilidad por su peso y odio hacia ella misma, así que en cuestión de alimentos aún tiene problemas ya que come poco, o raciona demasiado las cosas, mastica mucho.

El sabor que le gusta es el dulce, le gusta el sabor de la lechuga, y el agua y esos sabores le hacen sentir tranquilidad.

A SC se le hicieron preguntas como:

¿Que sientes cuando ingieres alimentos?

Respondió “Culpabilidad, odio a mí misma”.

¿Qué importancia tienen los alimentos en tu vida?

“Ella contestó Mi vida gira en torno a la comida, siempre pienso en eso y en mi peso”.

¿Qué función tiene la alimentación en el cuerpo y para qué sirve el cuerpo? *“Ayuda a mantener tu cuerpo saludable y funcional. Sirve para transportarnos, soy muy creyente de que es solo algo material que contiene nuestro espíritu”.*

¿Cuáles son los motivos por el cual padeces esto?

“Por tener la autoestima baja, comentarios de mi papi, porque yo comía mucho y mi papa me hacía sentir mal me decía que me voy a hacer una gorda así que a los 13 años comencé a cortarme por la culpa, y a vomitar y a los 14 deje de comer”.

¿Cuáles son tus síntomas actualmente y que tratamiento recibes a estos síntomas?

“Tengo frío constantemente, náuseas y vómitos, siempre estoy pálida y ojerosa sufro grave pérdida del cabello. Mi periodo es bastante irregular, antes de la anorexia era regular actualmente sigue irregular se me está adaptando de nuevo al alimento. Estoy en recuperación, llevo 6 meses sin una recaída notoria aunque en realidad sigo ingiriendo pocas calorías y sintiéndome mal conmigo”.

¿En qué momento fuiste consciente de que estabas pasando por este padecimiento?

“Cuando me desmaye en el colegio y un profesor me llevo para conversar”.

Conclusión caso 3.

Podemos observar que SC tiene como factores importantes la alimentación y el peso de su cuerpo, la cuestión de la delgadez es determinante para su vida, afirmando que siente culpabilidad hacia ella misma.

De la misma manera, SC indica que el sabor que más llama su atención es el sabor dulce, y de acuerdo con la teoría de los cinco elementos los órganos relacionados con estos sabores son el bazo, y el estómago, lo que produce ansiedad. Y es que en el bazo se producen sentimientos como la obsesión y la preocupación, por lo que el sujeto afectado no podrá ser creativo. En los obesos este proceso se manifiesta desde temprana edad, cuando por la obsesión por alcanzar y satisfacer las demandas y expectativas sociales y familiares el individuo se olvida de sí mismo para cumplir con lo solicitado, tal como lo apunta SC en su historia de vida.

Pero al enfrentarse a una sociedad tan competitiva como la nuestra, tendera a la frustración y aumentara la ansiedad. Así ciertas formas de alimentación provocaran una gran cantidad de toxinas que al no desecharse viajaran en el tejido sanguíneo junto con la sangre, almacenándose en las paredes de venas y arterias provocando una digestión pesada, llegando a convertirse en gastritis o úlceras en la adolescencia, tal y como apunta SC. Todas estas emociones las ha somatizado en todo su cuerpo causando su enfermedad.

CASO 4

En el último caso, el caso 4, a la cual denominaremos DC, es una mujer de 20 años de 40 kg de peso, de 1.55 de estatura. Su ocupación es estudiante de universidad, su estado civil es soltero y radica en México, Distrito Federal.

Infancia:

Cuando DC nació peso 3,500kg y midió 47cm y fue Cesárea, en su infancia la criaron sus papas, los dos se turnaron para cuidarla y darle una buena educación. Cuando la corregían solo le llamaban la atención con regaños, nunca le pegaron, en cuanto a sus emociones se sentía triste, deprimida se ponía a llorar un rato en su cuarto, después de un rato ya se le pasaba.

En la relación familiar que llevaba menciona, que se llevó bien con su mamá platicaban mucho, le tenía confianza, a veces se enojaban por cosas, con su papá se llevó muy bien, platicaba, la abrazaba, le compraba lo que quería, la hacía reír mucho, con sus hermanos se llevó bien aunque a veces ellos se enojaban porque dicen que ella es la consentida, a lo que ella les dice que los quieren por igual.

Cuando está bien con su familia se siente tranquila, feliz, contenta, con energía, divertida y cuando pelean se siente triste, enojada, desanimada.

Las características físicas de sus papas son: mama flaquita, chaparrita, de tez blanca, cabello chino color negro, y es ama de casa; su papá: delgado, alto, de tez blanca, cabello negro, trabaja en su negocio (tienda de abarrotes), su hermano es de tez blanca, alto, llenito, cabello negro, su hermana es delgada, alta, de tez blanca, cabello café, y los dos estudiantes.

En su alimentación menciona que comía de todo, pero más comida chatarra, hot dogs, le gusta mucho la mayonesa, las papas, hamburguesas, hot cakes, mermelada, cajeta, chocolate, espagueti, pescado, enchiladas, sopa, arroz, pechuga, albóndigas, bistec, menciona que comía muchísimo cinco veces al día.

Aunque cuando se sentaban a la mesa su mamá la veía comer con asco pero nunca le dijo que comiera menos nada, hasta que un día estaba comiendo mayonesa y su papá le dijo que no comiera más mayonesa ella no entendió por qué y le pregunto qué porque, su papá le respondió porque la mayonesa engorda.

Los sabores que le gustaban en su infancia era lo dulce, salado, agridulce y lo grasoso, esos sabores le hacen sentir satisfecha, feliz porque es lo que a ella le gustaba comer, pero hubo un tiempo que sus papas la llevaron con el nutriólogo cosa que no le gusto, siempre entraba llorando entonces ya no podía comer lo que a ella le gustaba porque le mandaron dietas.

DC enfermaba mucho de la gripa, garganta y del estómago y la fiebre, eso le hacía sentir fatal, no podía respirar bien y luego la garganta rasposa, el dolor, no le daban ganas de comer, y cuando se enfermaba de la pansa eran dolores, para que mejorara le mandaban pastillas, cuando era muy fuerte la enfermedad le mandaban inyecciones.

Adolescencia

En su adolescencia la cuidaban mucho, a la hora de corregirla hablaban con ella, se sentía culpable cuando cometía un error.

DC se llevaba muy bien con su mamá le daba demasiada atención y menciona que eso le molesta a veces porque le dice que hacer todo el tiempo, con su papá se llevaba bien la consciente mucho, con el no pelea y se siente feliz, con sus hermanos se llevan bien son divertidos, a veces peleaban pero después se reconciliaban, ella es la hija mayor.

DC menciona que cuando su familia está reunida y socializando sus emociones son felicidad, alegría, emocionada, tranquila, relajada, cuando se llegan a enojar, se siente inquieta, enojada, decepcionada, molesta, fastidiada, incomoda.

En las amistades y amigos de la escuela no tenía porque solo se enfocaba en sus actividades de la escuela, sus clases de natación y le gustaba mucho leer, no era sociable pero si les hablaba a sus compañeros de la escuela para ponerse de acuerdo para las tareas, trabajos etc. Dice que no se enojaba porque siempre que no estaban de acuerdo en alguna cosa llegaban a una solución.

En su alimentación menciona que comía ensaladas, sopa, espagueti, pechuga, albóndigas, bistec, frutas y verduras, comía tres veces al día, a veces dos, a veces una y muy poquito, a veces solo comía una manzana al día tomaba mucha agua, comía solo ensalada, comía verduras muy poco, algunas veces no comía nada o se llenaba de agua. Y comiendo eso le hacía sentir bien con ella misma pero por lo mismo le dolía el estómago, la cabeza, se sentía cansada.

En esta época, después de su visita al nutriólogo, se dio cuenta de que no era igual que su familia; todos ellos son delgados menos ella, así que un día sentada en la mesa para comer se dio cuenta que su mamá solo comía ensalada y que está muy esquelética y que todos se preocupaban por su imagen. Los sabores que le gustaban era lo salado, lo picoso y le hacen sentir satisfecha.

Se le pregunto: **¿Qué sientes cuando ingieres alimentos?** Respondió *“Bien cuando es poco, cuando es mucho me siento muy culpable porque me acuerdo cuando era obesa, me deprimó, me siento frustrada triste”*.

Las enfermedades frecuentes durante su adolescencia fueron dolor de estómago, diarrea, gastritis, colitis, de la garganta, gripa y tos, se sentía mal se deprimía no le dan ganas de nada solo de estar acostada, para estos síntomas recibía medicamentos o inyecciones.

Actualidad:

Su familia la conforman sus papas y sus hermanos, es la hija mayor, estudiante. La relación con sus padres es buena, con sus hermanos se lleva bien, a DC la consienten mucho y sus hermanos son divertidos. Cuando están todos reunidos y bien se ponen a ver películas, o juegan juegos de mesa eso le hace sentir feliz, y cuando se enojan se siente deprimida, frustrada y decepcionada.

En cuanto a sus amigos y amistades ella menciona que ya no tiene amigos solo conocidos sus compañeros y es buena la relación, cuando se enojan se siente incómoda, pero cuando están conviviendo se siente alegre y siente un bienestar.

DC dice que ha tenido dos novios, Brandon cuando iba en tercero de secundaria, duro 3 años con él, terminaron porque el eligió otra escuela y no tendrían tiempo para verse, y su novio actual de nombre Luis y llevan siete meses, menciona que solo ha tenido dos novios porque no le interesaba eso, se la pasaba leyendo y haciendo sus actividades. Menciona qué se llevó bien con Brandon, a veces peleaban por tonterías, celos etc., pero se reconciliaban, con Luis se lleva bien también se entienden y casi nunca pelean. Cuando llegan a pelear se siente triste. Sus actividades que realizan son salir a caminar, pasear, ir al cine, comer, le ayuda a veces con la tarea y ella a él también.

En cuanto a su sexualidad, menciona que no ha tenido relaciones por miedo a salir embarazada o enfermedades aunque sabe que hay métodos anticonceptivos.

En su alimentación dice que come muy poco, ensaladas, fruta, verduras, a veces come una manzana al día, come con su familia, y a veces en el comedor de la escuela. El sabor que le gusta es el dulce, le gusta el sabor de las ensaladas, el agua y esos sabores le hacen sentir tranquilidad.

A DC se le hicieron preguntas como:

¿Que sientes cuando ingieres alimentos?

Respondió “Siento Culpa”.

¿Qué importancia tienen los alimentos en tu vida?

Contestó “Tiene importancia para el correcto funcionamiento del cuerpo”.

¿Qué función tiene la alimentación en el cuerpo y para qué sirve el cuerpo?

“Darle energía y hacer que funcione bien y sirve para trasladarnos y movernos donde queramos”.

¿Cuáles son los motivos por el cual padeces esto?

“El motivo por el cual padezco esto es porque mi papá era el que me decía que estaba gorda y que tenía que cuidar mi imagen él fue el que sugirió llevarme con el nutriólogo”.

¿Cuáles son tus síntomas actualmente y que tratamiento recibes a estos síntomas?

“Me duele la pansa y tengo diarrea, y casi siempre me duele la cabeza. Estoy yendo al doctor con un especialista”.

¿En qué momento fuiste consciente de que estabas pasando por este padecimiento?

“Cuando me comenzó a doler el estómago mi mamá me llevo al doctor, dijo que estaba muy baja de peso, tenía anemia, el doctor dijo a mi mamá que tenía que cuidar mi alimentación y ahora está muy pendiente de mí a la hora que como y lo que como, pero yo sigo sintiendo ganas de vomitar cuando como, como muy poco y me siento culpable”.

Conclusión caso 4.

En el caso de DC podemos encontrar que los sabores que son de su agrado son los dulces, que en relación con la teoría de los cinco elementos, están implicados el bazo y el estómago, lo que lleva a producir ansiedad, a lo que en el caso particular de DC también produce culpabilidad, esto debido a que el bazo produce sentimientos de preocupación e inhibe la creatividad, lo que hace que DC se enfrasque en sus pensamientos negativos.

CONCLUSION GENERAL

En la actualidad, las enfermedades que padecen el ser humano van en aumento, además de ser más intensos, dolorosos y duraderos. Desde una simple gripe, hasta enfermedades como el cáncer los tratamientos ya se están enfocando a considerar a la enfermedad como un todo.

En la investigación realizada en las anteriores páginas, sobre las enfermedades de bulimia y anorexia, se pudo encontrar diversos aspectos.

En el primer caso, el de GOG ella indica que los sabores que más llaman su atención son los dulces y los picosos; que de acuerdo con esta teoría, los sabores dulces están relacionados con el órgano “bazo” y el “estomago” que es donde recaen principalmente sus emociones, es decir los sabores dulces, por ende, estos sabores producen ansiedad. En el segundo caso, en MEV pudimos encontrar que sus sabores predilectos son los salados, los cuales se relacionan con la vejiga, los sabores ácidos también se encuentran presentes en su dieta, estos, están relacionados con el hígado y la vesícula biliar y conducen a la ira, y por último, los picosos, están vinculados a los pulmones y al intestino grueso, y causan tristeza.

El tercer caso, SC indica que el sabor que más llama su atención es el sabor dulce, y de acuerdo con la teoría de los cinco elementos los órganos relacionados con estos sabores son el bazo, y el estómago, lo que produce es ansiedad. El cuarto caso, DC los sabores que son de su agrado son los dulces, que en relación con la teoría de los cinco elementos, están implicados el bazo y el estómago, lo que lleva a producir ansiedad

Hemos llegado a la conclusión de acuerdo al análisis realizado que existen algunos factores que resultan comunes para los cuatro casos, el primero de ellos es la poca o nula relación entre las chicas y sus padres, por ejemplo en el caso de GOG, sus padres se encuentran divorciados y su única relación firme es la que existe entre ella y sus hermanas; en el caso de MEV a pesar de que ella expresa que sus relación es "normal" con sus padres no existe la suficiente comunicación para poder hablar de sus emociones, el único apoyo es el de su novio.

Sin embargo estas mismas emociones "embotelladas" y sus pensamientos la hacen creer que no debe comer para poder adelgazar, la situación de SC es parecida, aquí, la relación con su padre es la determinante para que ella cambiara su alimentación, ya que él le decía "gorda" así que a los 14 años dejó de comer y en la actualidad, raciona mucho la comida. Por último, se encuentra el caso de DC en donde el influyente de sus emociones fue su padre, en el momento en que su padre afirmó que ella era gorda, y la llevo con un nutriólogo, a partir de ese momento, sus emociones cambiaron al concebir su cuerpo como "gordo" lo que llevo a que modificara su alimentación.

Así entonces, podemos indicar que los sentimientos de las chicas que padecen estos trastornos son expresiones de las emociones que se traducen en manifestaciones visibles del cuerpo y que como resultado dan la enfermedad, es decir se convierten en enfermedades psicosomáticas que en términos de López (2012) se manifiestan bajo la influencia demostrable de los factores psicosociales.

Estos trastornos también nos han llevado a la conclusión de que las personas que padecen este trastorno se conciben a si mismas como "feas, enfermas, y gordas, es decir sienten odio a si mismas" esto resultado de sus percepciones emocionales de su estética corporal, que de acuerdo con Gervilla (2002), el valor de la belleza corporal, se ha impuesto con gran poder sobre otros valores de la persona, que éstos, frecuentemente, quedan anulados o minusvalorados de tal modo que bien podemos hablar de dictadura o tiranía de la belleza.

La obsesión por el cuerpo perfecto es un grave problema para muchos padres e hijos, como manifiestan las investigaciones más recientes. Así, la preocupación por la anorexia y la bulimia alcanza ya al 25,4% de los chicos y al 56% de las chicas.

En el caso de México, el trasfondo sociocultural tiene sus vertientes que en opinión de Solís (2007) la complejización de los estilos de vida de la gente y estos se concretizaron en las formas de vivir, sentir, enfermarse y morir. Le siguió el incremento de la población desempleada y del subempleo, la explosión demográfica trajo consigo las campañas de planificación familiar y con esto la reducción de la familia, la inserción de la mujer en el ámbito productivo genero su salida del hogar y por tanto una sustitución de sus funciones, lavanderías, guarderías, cocinas económicas, alimentos rápidos.

La industrialización de los alimentos produjo nuevas formas de comer al elegir por comodidad y funcionalidad olores y sabores. Dando prioridad a todos aquellos sabores insípidos, grasosos y de poco valor nutricional, a cambiar las formas de comer por comidas insalubres y rápidas.

Es por ello que la alimentación debe estar de la mano con los factores emocionales. Las formas de comer según Cañamares, se articulan con las relaciones afectivas- familiares donde el niño establece una relación amorosa entre él y sus padres haciendo lo que a ellos les gustan lo que conlleva a adquirir hábitos alimenticios de la familia, los cuales poseen además de sus cualidades alimenticias, un valor simbólico y emocional, ya que muchos de ellos están asociados en nuestro cuerpo a recuerdos buenos, como el amor al consumir el platillo preferido de papa o mama o malos, como darle valor a determinada comida que se asocia al maltrato, o a las carencias económicas terminando por odiarla, ya que solo a través de ese mecanismo se puede demostrar dicho sentimiento.(Solís, 2007).

Este proceso se prolonga y complica en la adolescencia, ya que se articula a los prototipos estéticos corporales, donde los jóvenes, en su búsqueda, van a ser presa fácil de lo que la sociedad mercantilista les ofrece para alcanzar dicho ideal, pues la ingesta de alimentos se correlaciona a estados de ánimo que se enlazan a la búsqueda o rechazo de determinadas figuras de poder y afecto para ellos.

Es por eso que proponemos dos aspectos el primero de ellos será a través del tratamiento de la anorexia y la bulimia, donde es indispensable el abordaje terapéutico a través de un enfoque psicosomático y familiar, donde la energía de las pacientes fluya en su cuerpo a través de la expresión de las emociones hacia sí mismas y hacia los demás.

La otra propuesta está basada en el hecho de que los hábitos alimenticios deberán ser inculcados desde la infancia, y que tendrán que ser vinculados con emociones sanas y constructivas.

REFERENCIAS

- Álvarez M. (2004).** *El desarrollo social y afectivo en los niños de primer ciclo básico.* Seminario de tesis, Facultad de Educación. Santiago: Universidad Mayor
- Bertalanffy L. (1981).** *Historia y situación de la teoría general de sistemas* Madrid: Alianza
- Bourdieu, P. (1995),** *Respuestas por una antropología reflexiva,* México, Grijalbo
- Briceño L. (2000).** *Bienestar, salud pública y cambio social.* Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales (pp. 15-24). Río de Janeiro: Editora Fio cruz
- Descartes R. (1968).** *El discurso del método.* Espasa-Calpe: Madrid
- Elías, N. (1987),** *El proceso de la civilización,* México, Fondo de Cultura Económica.
- Guerro-Prado D., Barjau R., Chinchilla R. (2001)** *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura.* Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.
- Heller A. (1999).** *Teoría de los sentimientos,* Barcelona, Ediciones Coyoacán.
- Jiménez G. (2005).** “*Introducción a la sociología de Bourdieu*” en *Ensayos sobre Pierre Bourdieu y su obra,* México, Plaza y Valdés Editores.
- Le Bretón D. (2000).** *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones,* Buenos Aires, Nueva
Visión
- López R. S. (2002).** *Las enfermedades psicosomáticas: una interpretación. En lo corporal y lo psicosomático.* Reflexiones y aproximaciones. México: Plaza y Valdés.
- López, R. S. (2003)** *Lo corporal y lo psicosomático III.* México: CEAPAC.

- López, R. S. (2006).** *El cuerpo Humano y sus vericuetos*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- López (2011).** *Las primeras explicaciones de lo psicosomático en México*. Mundo Siglo XX
- López R. S. (2013)** *La construcción de lo corporal y la salud emocional*. México. Editorial Los Reyes.
- Novoa M. (2002).***Algunas Consideraciones sobre el dualismo en psicología* Bogotá.
- Ritzer, G. (2002).***Teoría sociológica clásica*. Madrid: Mc Graw Hill, Quinta Edición.
- Sandoval, J. (2008)** *La salud mental en México*, Servicio de Investigación y análisis, división de Política social, DPS-ISS 03 05
- Solís Arcelia L.** *Obesidad. Construcción social de un cuerpo*. CEAPAC. México. 2007.
- Trueba C. (2009).***Teoría Aristotélica de las emociones*. Signos Filosóficos, vol. XI, núm., Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, México

Tesis

Alcántara A. (2005).*La Construcción de un padecimiento diabético desde un punto de vista psicosomático.* Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. FES Iztacala. UNAM.

Basilio A. (2012).*Gastritis, una construcción social, individual y emocional.* Tesis para obtener el Título de Licenciada en Psicología. Fes Iztacala, UNAM

Camacho (2004).*La obesidad: un proceso psicosomático.* Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. FES Iztacala. UNAM.

Gutiérrez (2008).*Enfisema pulmonar una aproximación psicosomática.* Tesis de Licenciatura. Fes Iztacala UNAM.

Hernández (2014).*La Bulimia una construcción social.* Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. UNAM. FES Iztacala

Narváez R. (2014).*Anorexia del otro lado del espejo.* Tesis empírica para obtener el título de Licenciada en Psicología. Fes Iztacala, UNAM.

Pedro (2014).*Construcción corporal y temporal de la artritis.* Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Fes Iztacala UNAM.

Pérez (2013).*La construcción del cáncer de páncreas.* Tesis para obtener el título de Licenciada en psicología. Fes Iztacala UNAM.

Revistas

Aizpuru M. (2008).*La persona como eje fundamental del paradigma humanista.* Acta Universitaria. Núm. 18. Universidad de Guanajuato México.

Alonso L. & Escorcía I. (2003). *El ser humano como una totalidad.* Salud Uninorte, núm. 17, pp.3-8. Universidad del Norte, Colombia.

Arnold (1989).*Teoría de Sistemas, Nuevos Paradigmas.* Revista Paraguaya de Sociología.

Benjet C., Méndez E., Borges G., Medina- Mora M. (2012) *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes.* Salud mental. Vol. 35, núm. 6, noviembre- diciembre, PP. 483- 490. Instituto nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Distrito Federal, México.

Bleichmar D. (2000)*Anorexia y Bulimia. Un intento de ordenamiento desde el enfoque Modular-Transformacional.* Revista Internacional de psicoanálisis Núm. 4. Madrid: España.

García Rodríguez José & Rodríguez León Gustavo (2009). *Holística y pensamiento complejo. Nuevas perspectivas metodológicas para el abordaje de la salud en Tabasco.* Secretaria de Salud del estado de Tabasco. Villahermosa, México. Vol. 15 núm. 2-3 mayo-diciembre 2009 pp. 887-892

Gervilla Enrique. *La Tiranía de la belleza, un problema educativo hoy. La estética del cuerpo como valor y no como problema.* Universidad de Salamanca-Granada. 2003.

Huerta A. (2008).*La construcción social de los sentimientos desde Pierre Bourdieu.* Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, vol. III, núm. 5. Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, México.

Kort, F. (1995).*Interacción mente-cuerpo.* Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 27, núm. 3, pp. 497-501, Fundación Universitaria Konrad Lorenz Colombia

Lemos M., Restrepo D., & Richard C. (2008). *Revisión crítica del concepto "psicosomático" a la luz del dualismo mente-cuerpo.* Universidad CES- Medellín Colombia. Grupo de Investigación Psicología, salud y Sociedad.

López S. (2011). *Las primeras explicaciones de lo psicosomático en México.* Mundo Siglo XXI. Revista del CIECAS-IPN NUM. 25 VOL. VII, PP. 65-78

Mensch, J. (2011). *El problema mente-cuerpo y su interconexión.* Eidos: Revista de Filosofía de la Universidad del Norte, núm. 15, julio-diciembre, 2011, pp. 76-95, Universidad del Norte Colombia

Salud, Gaceta de Comunicación Interna publicada por la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud. Lieja No.8, 5° piso, Colonia Juárez, C.P. 06600, México

Sierra M. (2005). *La bulimia nervosa y sus subtipos.* Diversitas: Perspectivas en Psicología. Vol. 1, núm. 1, enero- junio, pp. 79-87. Universidad Santo Tomas, Bogotá Colombia

Uribe (2006). *Modelos conceptuales en medicina psicosomática.* Revista Colombiana de Psiquiatría.

Webster-Merriam. Organización Mundial de la Salud, Artículo Impreso. 3 de septiembre de 2007

Citas electrónicas

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf extraído el 14 de julio del 2015

Orozco, J. (2006) *Evaluación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena, Cartagena.* Extraído de eumed.net el 15 de septiembre 2015

Salamá D. (2003). *Enfermedades Psicosomáticas.* Artículos de la Universidad Gestalt.

Extraído de <http://mundogestalt.com/enfermedades-psicosomaticas/> extraído el 25 de septiembre del 2015

http://www.instituthomeopatic.com/images/articulosvarios/diferencia_entre_la_medicina.pdf

ANEXOS

ENTREVISTA 3 SC. HISTORIA DE VIDA

Nota: puedes poner ejemplos, y expresar todo lo que sientas, esto es confidencial.

- 1.-Edad Y Género: Femenino – 20 años
- 2.- Estado Civil: Soltera
- 3.- Escolaridad: Actualmente estudiante en la Universidad
- 4.- Ocupación: Estudiante
- 5.- Vivienda
 - Numero de cuartos: 8
 - Numero de focos: 16
 - Tipo de piso: flotante
 - Tipo de techo: yeso
 - ¿Cuentas con agua, drenaje y luz?
Si
 - Principalmente de que material está hecha tú casa:
Ladrillo y cemento
 - Desde cuanto vives ahí: desde hace 2 años
 - Ubicación geográfica: Barrio: El Labrador, Ciudad: Quito, País: Ecuador.
- 6.- Escuelas en las que estudia y/o estudio
 - Preescolar: Colegio La Presentación
 - Primaria: Colegio La Presentación
 - Secundaria: Colegio La Presentación
 - Bachillerato Colegio La Presentación
 - Universidad: Universidad de las Américas
- 7.- ¿Cómo fue su desempeño en las escuelas donde asististe y porque?
 - Preescolar: Alto, porque me encantaba hacer trabajos.
 - Primaria: excelente ya que mis papas me exigían demasiado y me presionaban bastante.
 - Secundaria: mi desempeño seguía siendo alto pero si bajo un poco ya que comencé a tener problemas personales y familiares
 - Bachillerato: regular por problemas personales y familiares
 - Universidad: excelente di las pruebas estatales y saque un gran puntaje lo que me otorgó una beca pero debo mantener un promedio para mantener la beca,
- 8.-Cuantos amigos tenías y porque?
 - Preescolar: algunos, no era muy sociable pero si tenía amigos.
 - Cómo te sientes cuando te enojas con ellos?
Nunca me gusto que la gente se enoje conmigo por lo que desde muy pequeña trataba de hacer todo lo que los demás querían para que así estén felices.

- Que sentimientos sientes?: siempre evite que se enojen conmigo, cuando alguien se enojaba siempre me sentía culpable.
- Cómo te sientes cuando estás bien con ellos?
Me sentía muy bien, sentía que importaba
- Que sentimientos sientes?
Nostalgia de que era una época mucho más fácil, sin tantos problemas
- Primaria: pocos, porque me volví bastante introvertida, tenía muchas veces solo una amiga.
- Cómo te sientes cuando te enojas con ellos?
Me sucedía igual tenía miedo de que se enojen porque tenía miedo de la soledad así que hacia todo lo posible porque no se enojen conmigo
- Que sentimientos sientes?
Si se enojaban conmigo me sentía culpable a tal punto que ahora que pienso mis amigos me utilizaban mucho en el sentido de que me pedían comida, yo les compraba cosas, etc.
- Cómo te sientes cuando estás bien con ellos?
Al tener ese miedo a la soledad y al rechazo me sentía extremadamente bien al estar con ellos ya que sentía que alguien me quería, que importaba como persona.
- Que sentimientos sientes?
A pesar que desde muy pequeña comencé a tener problemas de autoestima, es una época que recuerdo con cariño ya que mi familia se encontraba unida y yo a pesar de todo me sentía bien.
- Secundaria: pocos, fue una mala época ya que mis papás comenzaron a pelear seguido y me sentía la culpable de esas peleas por lo que me refugié en las drogas y me aislé de todos. Que drogas consumiste, sigues consumiéndolas en la actualidad? Marihuana y probé metanfetaminas. Estuve internada y actualmente estoy sobria me cuidó mucho incluso no tomo ni alcohol.
- Cómo te sientes cuando te enojas con ellos?
Como estaba tan aislada fue una época en la que la verdad no me importaba nadie
- Que sentimientos tienes?
Al no tener interés por el mundo externo no tenía un sentimiento
- Cómo te sientes cuando estás bien con ellos?
Prefería estar sola
- Que sentimientos tienes?
Fue una época muy dura en mi vida que la verdad no quisiera volver a pasar.
- Bachillerato: una, tras comenzar mi trastorno alimenticio conocí una chica en el colegio que era bulímica así que solo pasaba con ella, era la única que me entendía
- Cómo te sientes cuando te enojas con ellos?

Nunca llegamos a pelear ya que al ser tan parecidas nos necesitábamos mutuamente.

- Que sentimientos tienes?
Que dependo mucho de ella
- Cómo te sientes cuando estás bien con ellos?
- Al estar bien con mi amiga me sentía tranquila
- Que sentimientos tienes?
- Feliz de que al fin encontré alguien que me entiende y que no me juzga
- Universidad: estoy estudiando algo, pero no sé si me gusta mis inseguridades se han vuelto cada vez más grandes y no he podido saber qué hacer con mi vida por esa razón se podría decir que amigos no tengo solo compañeros ya que paso siempre sola.
- Cómo te sientes cuando te enojas con ellos?
No tengo amigos
- Que sentimientos tienes?
Me siento sola
- Cómo te sientes cuando estás bien con ellos?
Como no tengo un amigo con el pase tiempo la verdad paso sola
- Que sentimientos tienes?
Siento que me falta seguridad que me falta sentir que alguien está ahí para mí

9.-Menciona sus nombres?

- Preescolar: no recuerdo
- Primaria: Andrea, Selena y Paola
- Secundaria: Luis, Emily y Jennifer.
- Bachillerato: Andrea
- Universidad: -

10.-Quien asistía a tus eventos escolares y porque?

- Preescolar: toda mi familia ya que siempre hemos sido unidos y vamos a todo, todos juntos (Mi abuelito: Renán, Mi abuelita: Aida, Mi tía: Lorena, mis primas: Anais y Mishele) del lado de mi mami, del lado de mi papi viven en otros lugares por lo que casi no los veo.
- Primaria: toda mi familia ya que siempre hemos sido unidos y vamos a todo, todos juntos (Mi abuelito: Renán, Mi abuelita: Aida, Mi tía: Lorena, mis primas: Anais y Mishele) del lado de mi mami, del lado de mi papi viven en otros lugares por lo que casi no los veo.
- Secundaria: toda mi familia ya que siempre hemos sido unidos y vamos a todo, todos juntos (Mi abuelito: Renán, Mi abuelita: Aida, Mi tía: Lorena, mis primas: Anais y Mishele) del lado de mi mami, del lado de mi papi viven en otros lugares por lo que casi no los veo.

- Bachillerato: toda mi familia ya que siempre hemos sido unidos y vamos a todo, todos juntos (Mi abuelito: Renán, Mi abuelita: Aida, Mi tía: Lorena, mis primas: Anais y Mishele) del lado de mi mami, del lado de mi papi viven en otros lugares por lo que casi no los veo.
- Universidad: Hace poco falleció mi abuelito así que ya no son todos

Trabajo

11.-Si trabajas, ¿Cómo te sientes con tu trabajo?

Trabajo 3 días a la semana como auxiliar en un jardín infantil.

12.-Como te llevas con tus compañeros de tu trabajo, has una descripción?

Bien, la verdad es que las otras profesoras son amigas ya de mi familia desde hace algún tiempo entonces ya nos conocemos y tenemos una buena relación

13.-Como te sientes cuando te enojas con ellos?

Nunca he tenido peleas y la verdad al ser cuestión de trabajo prefiero que sea así.

14.-Que sentimientos sientes?

A pesar de que tengo buena relación no es en sí una amistad así que no me importa en general lo que pase.

15.-Como te sientes cuando estás bien con ellos?

Prefiero estar bien ya que así el ambiente del trabajo es mejor.

16.-Que sentimientos sientes?

Tratar de hacer todo bien

17.-Menciona sus nombres.

18.- ¿Cuál es tu proyecto de vida?

Por ahora no tengo ningún proyecto.

Familia

19.- ¿Tienes esposo?, ¿Tienes hijos?, ¿Cuántos?

No tengo

20.- Historia del embarazo (describe como fue tu historia durante el embarazo, complicaciones, medicamentos, sentimientos, etc.) (Solo si tuviste hijos.

21.-Menciona los nombres o su seudónimo de tu familia:

- Mamá: Verónica
- Papá: Carlos
- Hermanos: Sebastián
- Qué lugar ocupas en ella: hija la mayor.
- Esposo: no tengo
- Hijos: no tengo
- Me podrías decir a que se dedica tus papas: Mi mama es profesora y me papá vende carros

22.-Menciona las características físicas de cada uno?

- Mamá: baja, blanca, delgada

- Papá: alto, moreno, contextura normal
- Hermanos: moreno y delgado
- Esposo: no tengo
- Hijos: no tengo

23.- Como te llevas con cada uno de ellos, has una descripción?

Me llevo muy bien con mi mami y mi hermanito, con mi papa no tengo una muy buena relación, peleamos bastante seguido y siento que jamás seré suficiente para él.

24.- Si estas feliz con ellos como te sientes en ese momento, cuáles son tus emociones?

Me siento muy poco ya que siento que no soy una buena hija, siento que todos estarían mejor sin mí.

25.- Si se enojan, pelean, como te sientes en ese momento, cuáles son tus emociones?

Me siento muy mal, ya que siempre me he sentido la culpable de todo.

26.- Cuentas con servicio médico (de qué tipo, IMSS, ISSTE, Seguro popular, etc.).

Sí, es un seguro de un hospital privado.

Historia Infantil

27.- Cuanto pesaste y mediste al nacer (se puede preguntar a la madre).

4 kg y 60 cm

28.- Naciste por parto o cesárea (se puede preguntar a la madre).

Cesárea

29.- Quien te cuidó y crió?

Mis papas aunque cuando era niña mi papi se encargó más de mí.

30.- ¿Cómo te corregían y que sentías, menciona tus emociones?).

Mi papa me protegía bastante ya que fui hija única por un buen tiempo, pero mi mama si me castigaba con golpes.

La verdad en esa época no quería a mi mamá ya que era demasiado perfeccionista buscaba que yo haga todo perfecto o se enojaba.

31.- Como te llevas con cada uno de ellos, has la descripción.

- Mamá: Mal era demasiado exigente
- Papá: Buena siempre estaba preocupado de mí, me llevaba a todos lados
- Hermanos: no tenía hermano en mi infancia
- Qué lugar ocupas en tu familia: la que pasa desapercibida, todos mis primos tienen grandes logros y yo no así que no soy de gran importancia.

32.- Como son, como actúan, como te tratan todos los días describe a:

- Mama: Exigente , no quería tenerme aun
- Papa: muy cariñoso y protector
- Hermanos en mi infancia aun no tenía mi hermano

33.- Si estás bien con ellos como te sientes en ese momento, cuáles son tus emociones?

- Mamá: tranquilidad
- Papá: felicidad

- Hermanos: no tenía hermanos en mi niñez

34.-Si se enojan, pelean, como te sientes en ese momento, cuáles son tus emociones?

- Mamá: Me sentía Culpable
- Papá: Me sentía insuficiente ya que él era tan bueno que sentía que no le correspondía bien.
- Hermanos: no tenía hermano

35.- Describe brevemente como era tu alimentación en la infancia.

Mi mami me obligaba a comer todo, en especial frutas y verduras

36.-Que comías?

Frutas, de todo.

37.-Cuantas veces?

5 veces al día por recomendación del medico

38.-Platillos favoritos y no favoritos y porque?.

Me encantaban las papas fritas y las frutillas y odiaba cualquier vegetal

39.-Que sabores te gustaban en tu infancia y porque?

Me gustaba lo salado y lo dulce, lo salado porque me encanta las comidas de sal pero también amaba los dulces

40.-Que te hacían sentir esos sabores?

No recuerdo

41.- Enfermedades frecuentes durante la Infancia.

Soy baja de defensas así que no puedo vacunarme me enferme seguido de varicela, sarampión, Holanda, y otras más.

Tenía recurrentes episodios de epilepsia

42.-Que sentías cuando enfermabas?

No recuerdo

43.- Que tratamiento recibías (medicamentos y/o terapias)

Asistía al homeópata ya que no puedo tomar medicamentos por mis defensas bajas.

Historia en la adolescencia

44.- Como te cuidaban?

Mi papi comenzó a cambiar conmigo y a tratarme muy mal, mi mami pasaba conmigo toda la tarde.

45.-¿Cómo te corregían y que sentías, menciona tus emociones?

MI papi me gritaba aunque jamás hice algo realmente malo esperaba mucho de mí que incluso me insultaba.

Mi mami estudio psicología así que aparentemente no me decía nada malo pero acababa sintiéndome extremadamente mal conmigo misma.

46.-Como te llevas con cada uno de ellos, has una descripción, pon ejemplo con cada uno?

- Mamá: Bien al pasar tiempo juntas se convirtió en mi amiga
- Papá: mal , no lo veía seguido y comenzó a insultarme
- Hermanos: muy bien es la razón de mi vida

Simplemente soy la hermana mayor y pasó desapercibida

47.- Como son, como actúan, como te tratan todos los días describe a:

- Mama: Cariñosa, tras mis problemas fue la única que trata de darme apoyo
- Papa: Solo me trata mal, así que mejor le ignoro
- Hermanos: bien , es mi vida

48.- Si estás bien con ellos como te sientes en ese momento, cuáles son tus emociones?

- Mamá: tranquilidad
- Papá: sorpresa
- Hermanos: felicidad

49.- Si se enojan, pelean, como te sientes en ese momento, cuáles son tus emociones?

- Mamá: tristeza
- Papá: culpa
- Hermanos: depresión

50.- Describe brevemente como era tu alimentación en la adolescencia.

Comía y vomitaba, al cumplir 14 deje de comer y lo poco que comía eran cosas saludables sin muchas calorías

51.- Que comías?

Frutas, agua y pasaba mascando chicle

52.- Cuantas veces?

1 o 2 veces al día

53.- Platillos favoritos y no favoritos y porque?.

No me gustaba la comida así que lo que más me gustaba era el agua y los chicles que era lo que me mantenía bien.

54.- Que sabores te gustaban en tu adolescencia y porque?

Los chicles porque con la anorexia era de las pocas cosas que comía y que sentía sabor dulce.

55.- Que te hacían sentir esos sabores?

Tranquilidad

56.- ¿Qué sientes cuando ingieres alimentos?

Culpa

57.- Enfermedades frecuentes durante la adolescencia.

Gripe, desmayos frecuentes

58.- Que sentías cuando enfermabas?

Odiaba estar enferma porque mi mami pasaba conmigo todo el día y me obligaba a comer

59.- Que tratamiento recibías (medicamentos y/o terapias)

Tratamiento homeopático 1 vez cada 2 meses

Historia actual

60.- Quien conforma tu familia (sin nombres solo parentesco)

Mis papis y mi hermano

61.- Que lugar ocupas en ella.

Soy la hija mayor

62.- Que actividades realizas (describe brevemente un día familiar)

Me levanto a las 6 am voy a la universidad, paso clases desde las 7 am hasta las 3 pm. Luego me voy a la casa hago mis deberes aproximadamente hasta las 7 de la noche y de 7 a 8 juego con mi hermanito, últimamente sufro de insomnio por lo que duermo entre las 2 am o 3 am.

63.- ¿Cómo te llevas con cada uno de los miembros de tu familia?

- Mama: Bien se ha convertido en mi único apoyo.
- Papa: Mal, peleamos demasiado
- Hermanos: bien, siempre me apoya

64.- Como son contigo, como actúan, como te tratan describe a:

- Mama: está muy preocupada de mi
- Papa: pasa todo el día fuera así que ni pasamos juntos.
- Hermanos: a pesar de que solo tiene 7 años es la razón de mi vida.

65.- A que se dedican

- Mama: Profesora
- Papa: Asesor comercial en un concesionario de autos
- Hermanos: estudiante en la escuela

66.- ¿Quién cocina en tu casa?

Mi mamá

67.- ¿Qué tipo de comida es la que consumen diariamente? Saludable, sin arroz

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Vaso de Leche	Vaso de leche	Vaso de leche	Vaso de leche	Vaso de Leche	Media arepa con jugo	Media arepa con jugo
Agua y alguna fruta	Agua y alguna fruta	Agua y alguna fruta	Agua y alguna fruta			
Pollo con papas	Carne con fideo	Pescado con maduro	Pollo al horno con papas	Carne frita con papas fritas	Comemos fuera	Comemos afuera
Nada	Nada	Nada	Nada	Nada	Nada	Helado
Yogurt con Frutas	Yogurt con frutas	Yogurt con Frutas	Yogurt con frutas	Yogurt con Frutas	Arepa con huevo y gaseosa	Arepa con huevo y gaseosa

68.- Del menú anterior ¿Cuáles son los alimentos que tú consumes?

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Vaso de leche	Vaso de leche	Vaso de leche	Vaso de leche	Vaso de leche	Media arepa con jugo	Media arepa con jugo
Agua y alguna fruta	Agua y alguna fruta	Agua y alguna fruta	Agua y alguna fruta			
Pollo con papas	Carne con fideo	Pescado con maduro	Pollo al horno con papas	Carne frita con papas fritas	Comemos fuera	Comemos afuera
Nada	Nada	Nada	Nada	Nada	Nada	Helado
Yogurt con frutas	Yogurt con frutas	Yogurt con frutas	Yogurt con frutas	Yogurt con frutas	Arepa con huevo y gaseosa	Arepa con huevo y gaseosa

69.- ¿Qué padecimientos existen en tu familia? ¿Quién los tiene?

Ninguno

70.- ¿Cómo ha sido la alimentación en tu familia? (tíos, abuelos, etc.)

Siempre comen comida saludable.

71.- ¿Qué tipo de alimentación llevan tus padres?

Mi mami muy saludable, mi papa comida chatarra ya que almuerza fuera todos los días

72.- ¿Cómo es tu alimentación en la actualidad? ¿qué comes, con quién y donde comes?

A veces como en la universidad ensaladas o en mi casa lo que me de mi mama pero yo elijo poca cantidad

73.- ¿Llevas algún tipo de alimentación especial? ¿Cuál? ¿Por qué?

A pesar de que llevo tiempo sin una recaída notoria aún tengo cierta culpabilidad por mi peso y odio hacia mí misma así que en cuestión de alimentos aún tengo problemas ya que como poco, o raciono demasiado las cosas, mastico mucho.

74.-En tus palabras, ¿Para qué sirve el cuerpo?

Para transportarnos, soy muy creyente de que es solo algo material que contiene nuestro espíritu

75.- ¿Qué función tiene la alimentación en el cuerpo?

Ayuda a mantener tu cuerpo saludable y funcional

76.- ¿Qué sientes cuando ingieres alimentos?

Culpabilidad, odio a mí misma.

77.- ¿Qué importancia tienen los alimentos en tu vida?

Mi vida gira en torno a la comida, siempre pienso en eso y en mi peso

78.- ¿Cuáles serían alimentos agradables para ti y porque?

Frutas y agua porque son bajos en calorías

79.- ¿Cómo te sientes cuando consumes alimentos agradables y porque?

Igual culpable porque aún me siento mal conmigo misma

80.- ¿Cuáles serían alimentos desagradables y porque?

El azúcar y la grasa porque me encantan los dulces y soy muy débil ante ellos así que siempre que como algo dulce me siento asquerosa

81.- ¿Qué sientes cuando consumes alimentos desagradables y porque?

Odio, me siento gorda

82.- ¿Qué piensas de los olores en los alimentos y porque?

Me es indiferente el olor

83.- ¿Cuál es el olor en los alimentos más satisfactorio para ti? ¿Por qué?

Dulces

84.- ¿Y el más insatisfactorio? ¿Por qué?

Cosas fritas el olor me provoca vomito

85.- ¿Tu pareja y/o padres consumen los mismos alimentos que tú?

Generalmente si pero en mayor cantidad

86.- De no ser así ¿Qué opinan sobre tu alimentación?

Mi papi no pasa en casa mi mami, me vigila bastante en especial a la hora del almuerzo.

87.- ¿Tu eres la única(o) en decidir los alimentos que consumes? (De no ser así, ¿Quién lo decide y cuál sería la razón?

Mi mami, ya que esta consiente de mi enfermedad y busca darme una dieta adecuada y sobre todo busca que coma algo.

88.- ¿Cuáles son tus síntomas actualmente y porque?

Tengo frio constantemente, náuseas y vómitos, siempre estoy pálida y ojerosa sufro grave pérdida del cabello.

Mi periodo es bastante irregular, antes de la anorexia era regular actualmente sigue irregular se me esta adaptando de nuevo al alimento

89.- ¿Con que frecuencia presentas estos síntomas, cuando, en donde, en que momento, a qué- hora y porque?

Todo el tiempo, estoy cansada y con frio

90.- ¿En qué momento fuiste consciente de que estabas pasando por este padecimiento?

Cuando me desmaye en el colegio y un profesor me llevo para conversar.

91.- ¿Cuáles son los motivos por los cuales padeces este padecimiento y porque?

Yo comía mucho y mi papa me hacía sentir mal me decía que me voy a hacer una gorda así que a los 13 años comencé a cortarme por la culpa, y a vomitar y a los 14 deje de comer.

92.- ¿Desde cuándo llevas padeciendo estos síntomas, porque?

Desde hace un ano que comencé con mi dieta estricta

92.- ¿Qué tratamiento recibes frente a estos síntomas y porque?

Estoy en recuperación, llevo 6 meses sin una recaída notoria aunque en realidad sigo ingiriendo pocas calorías y sintiéndome mal conmigo.

93.- ¿Cómo te has sentido? (De no llevar tratamiento, te gustaría recibir algún tipo de tratamiento, y porque?)

Me siento culpable, terrible, me siento gorda.

Amistades

94.- ¿Cómo es la relación con tus amigos?

Ya no tengo no me toleraban, y más que nada no comprendían mi problema y solo me juzgaban, cuando todos se enteraron de la anorexia fue porque un año nos pesaron en el colegio y en esa época yo media 1,55 y pesaba 39 kg y se armó un gran problema y todos me decían que solo busco llamar la atención.

Solo cuento con mi amiga que era bulímica y que está igual en recuperación

95.- Como te llevas con tus amigos?

Soy muy metida en mi misma ya que también padezco depresión y a veces no logro ni salir de la cama porque no tengo ganas.

96.- Como te sientes cuando te enojas con ellos?

Deprimida

97.- Que sentimientos sientes?

Odio a mí misma, a lo que soy, insuficiencia

98.- Como te sientes cuando estás bien con ellos?

Feliz, aceptada

99.- Que sentimientos sientes?

Tranquila

100.- Menciona sus nombres.

Andrea

101.- ¿Que acostumbran a hacer juntos (as)?

Conversar o solo salir a caminar.

102.- ¿Qué gustos tienen por la comida?

Frutas

103.- Cual fue el motivo por el cual padeces esto?

Autoestima baja, comentarios de mi papi.

104.- Cuantos novios o parejas has tenido, menciona sus nombres o seudónimo?

Tuve sólo 2 novios, 1 muy pequeña y la verdad nada serio se llamaba Sebastián, el otro se llamaba Daniel con el estuve 4 años desde que tengo 14

105.- Porque esa cantidad de novios o parejas? Porque así se dieron las cosas, al ser muy introvertida no tenía contacto con casi nadie.

106.- Como te llevabas con cada uno de ellos?

Bien en un principio pero siempre tuve el problema de que me sentía culpable por cualquier cosa y tenía un inmenso miedo al rechazo porque tenía miedo de la soledad porque me siento insuficiente. Daniel estuvo presente en todos mis problemas pero siempre me crítico

Yo me sentía muy poca cosa frente a él porque él me criticaba todo desde mis gustos, y yo me volví muy dependiente de él y pensé que todo lo que me gustaba y hacia realmente estaba mal y solo hacia lo que él me pedía.

107.- Si se pelean o enojan cómo te sientes?

Me sentía culpable porque siento que todo es mi culpa y al tener la autoestima tan baja sentía que no soy suficiente.

Cuando se enteró de la anorexia me dijo que sólo quiero llamar la atención que ya deje de hacerlo. Que solo es cuestión de dejar de hacerlo y ya. Y yo le dije que no es tan sencillo que es una enfermedad y que así como la drogadicción necesita su rehabilitación pero él decía que yo solo exagero que eso demuestra que soy muy superficial. Y yo le decía que no es así pero siempre me hizo sentir culpable.

108.- Si no pelean cómo te sientes que hace? Si estábamos bien me sentía tranquila y un poco mejor conmigo misma porque sentía que servía de algo que si valía la pena.

109.- Que acostumbran a hacer juntos?

Ir a su casa y ver películas

110.- Porque terminaste con ellos?

Yo le termine hace 2 años con Daniel porque me sentía extremadamente mal conmigo misma y el me hacía sentirme menos así que decidí alejarme

Pero aun lo amo y dependo mucho de él así que como te conté el me llama sólo para tener sexo y yo acepto creo que solo acepto porque necesito sentir que él me acepta que alguien me acepta y sentir por un momento que le gusto al menos eso siento. Al tener la lógica de que si tenemos sexo debe ser porque por lo menos físicamente le gusto

111.- En cuanto a tu sexualidad, como ha sido has una descripción, de cuantas parejas has tenido, si eres sexualmente activa.

He tenido solo 1 pareja, terminamos porque me criticaba mucho y jamás me entendió.

Aunque a veces nos vemos 1 vez al mes y tenemos relaciones sexuales.

112. Porque dices que no te comprende?

Porque aún tengo problemas con mi reflejo y aun me siento gorda y me siento mal conmigo Aún siento que no soy suficiente y que debería ser más delgada para que me quieran más y al comer siento decepción hacia mí misma

113.-Tus relaciones son satisfactorias? Satisfactorias para mí misma no, pero yo trato de satisfacer a la otra persona en todo lo que pueda porque espero que así me acepte mas

114.-Te gusta tener relaciones sexuales: sí, no y porque? La verdad no sé, solo he tenido una pareja y a pesar de que si me gustan nunca he pensado en estar con alguien más o en la necesidad de hacerlo, creo que soy muy entregada a la idea del amor y que por eso lo hago.

Me gusta tener relaciones porque por ese momento mi autoestima mejora

Porque siento que me aceptan y por ese instante me siento bonita

GRACIAS POR TU PARTICIPACION Y ATENCION