

40424
24



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES.
CAMPUS ARAGÓN.**

**EPIDEMIA SOCIAL DEL SIGLO XXI:
ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS.**

REPORTAJE

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN COMUNICACIÓN
Y PERIODISMO**

P R E S E N T A :

EDITH GISELA CORREA GARCÍA

ASESORA: LIC. EDITH BALLEZA BELTRÁN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ESTADO DE MÉXICO

2003



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.

DEDICATORIAS

A Jehová, por permitir mi existencia y darme bondadosamente su amor en cada instante de mi vida el mismo que me ha permitido ser feliz y lograr con su ayuda las ilusiones que han vivido por tanto tiempo en mi corazón, como esta que significa la culminación de un largo periodo de esfuerzos pero que me hace sentir una bella satisfacción.

A mi familia le agradezco su bondad, amor y dedicación por compartir conmigo momentos tan felices y darme el ánimo para continuar cuando lo he necesitado, de ustedes he recibido el amor más hermoso que solo puede provenir de Dios, les agradezco su comprensión con toda mi alma y les dedico todo lo que pueda lograr en mi vida.

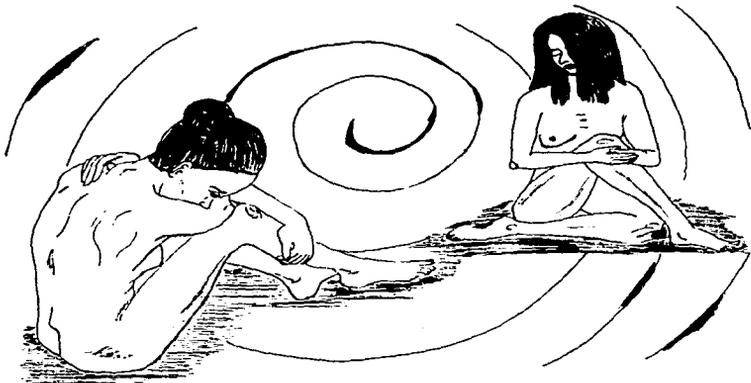
A mi maestra Edith porque siempre estuvo dispuesta a brindarme su apoyo, tratándome con paciencia y amabilidad además de ser una persona a la que admiro profundamente por su inteligencia y calidad humana.

A la UENAZM por haberme proporcionado los elementos necesarios para concluir mis estudios ya que de su gente siempre recibí consideración y ayuda sincera, realmente me hicieron pasar una de las etapas más hermosas de mi vida y llevo conmigo conocimientos que son muy preciados para mí.

Muchas gracias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B



Índice

INTRODUCCIÓN 3

Capítulo I

¿CÓMO SURGEN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS? CONOCIMIENTOS PREVIOS

<i>¿Qué quiere desayunar?</i>	
Hábitos alimentarios	6
<i>Primeros casos de ansiedad</i>	
Antecedentes históricos	12

Capítulo II

NO SÉ SI VOMITAR O DEJAR DE COMER. CARACTERÍSTICAS DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS

<i>¿Quién es doña perfecta?</i>	
Características de la anorexia nerviosa	24
<i>¡Hay que esconder la comida!</i>	
Características de la bulimia nerviosa	27
<i>Cuando se aproxima la muerte</i>	
Estragos de la anorexia y bulimia nerviosas	30
<i>Sin distinción...</i>	
Anorexia y bulimia nerviosas en hombres	32

Capítulo III

¿POR QUÉ ME ESTÁ PASANDO ESTO? FACTORES QUE PROPICIAN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

<i>La angustia que siento al comer</i>	
Factores psicológicos del anoréxico	36
<i>La comida se ha convertido en lo más importante para mí</i>	
Factores psicológicos del bulímico	39
<i>¡Pero mamá...!</i>	
Factores familiares	45

La delgadez: cultura o trastorno alimentario
Otros factores 50

Capítulo IV

EN BUSCA DE LA RECUPERACIÓN. TRATAMIENTO DE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS

¿Por qué no aceptar cómo te ves?
Tratamiento de la anorexia nerviosa 57
Si acabas de discutir, no tienes por qué comer
Tratamiento para la bulimia nerviosa 62

Capítulo V

INVESTIGACIONES SOBRE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS EN MÉXICO. CIFRAS REVELADORAS

Una luz en la oscuridad
Los estudios hablan 70

Capítulo VI

LA VOZ DEL SILENCIO. ENTREVISTAS

Cuando te destruyen la vida. Mayra 80
¿Qué será lo que me pasa? Miriam 82
El vicio de comer. Miriam 84
¿Por qué juzgan mi apariencia? Nayeli 86
Cuánto dolor causa perder lo que se ama. Paola 87

CONCLUSIONES 90

FUENTES DE CONSULTA 92

INTRODUCCIÓN

La anorexia y bulimia nerviosas se distinguen por ser trastornos cada vez más comunes en la sociedad, hechos sin duda alguna preocupantes, ya que en su mayoría afectan a la juventud.

El propósito de este reportaje es profundizar en el conocimiento de dichos trastornos: la anorexia nerviosa consiste en un rechazo a ingerir alimento y la bulimia se caracteriza por vomitar, conductas que crean en quien las padece sensaciones indescribiblemente dolorosas.

Por tal motivo, en el primer capítulo se abordan los hábitos alimentarios del ser humano, los cuales varían según la cultura, determinando por tanto diferentes formas de conducta en torno a los alimentos.

El origen de los trastornos alimentarios se remonta a la antigüedad, por lo que en el segundo capítulo se enfatizan los primeros casos de ansiedad así también los esfuerzos para clasificar estos padecimientos desde un enfoque médico.

En esta investigación se describen las características de quien padece anorexia y bulimia nerviosas; su personalidad cambiante, la conducta frente a familiares y amigos, así como sus pensamientos obsesivos.

De igual manera, el lector conocerá los profundos estragos que producen en la salud estas enfermedades, sin ignorar la existencia de diversos tratamientos para lograr la recuperación, los cuales van desde el internamiento hasta métodos en los que la responsabilidad de mejorar recae en el paciente sin necesidad de permanecer temporalmente en el hospital.

Además, se considera la influencia que pueden representar para el origen de estos trastornos los factores psicológicos, familiares y otros de tipo social o

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cultural, los cuales pueden coadyuvar a cambios en la conducta alimentaria. Mención aparte merece el capítulo titulado *Cifras reveladoras*, ya que ofrece datos significativos en el conocimiento de este tema, al proporcionar información sobre los factores de riesgo latentes en la sociedad mexicana, además del grado de influencia en ambos sexos.

A este respecto podemos señalar que de la revisión de los estudios que se realizan en la actualidad y de las entrevistas proporcionadas por especialistas, se puede apreciar que la preocupación existente entre los investigadores, radica en detectar y prevenir cambios en los hábitos alimentarios deficientes.

Finalmente, se ofrecen entrevistas realizadas a jóvenes con estos padecimientos, las cuales son parte fundamental en el enriquecimiento de este trabajo periodístico, al permitir ahondar en el problema y realizar una comparación entre la investigación documental y lo que experimentan quienes padecen anorexia y bulimia nerviosas.

Este reportaje encuentra su fundamento en el progresivo aumento de la anorexia y bulimia nerviosas, es por ello trascendental conocer ampliamente sus características, lo cual se buscó por medio de esta investigación, que utiliza un lenguaje sencillo, carece de tecnicismos médicos y ha sido enriquecida con la opinión de especialistas, lo cual proporciona bases sólidas para su mayor entendimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Capítulo I



"Los hábitos alimentarios son parte fundamental del vivir del hombre, pero si estos hábitos son modificados pueden perjudicar la estabilidad física y emocional de una persona".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿CÓMO SURGEN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS? CONOCIMIENTOS PREVIOS

Comer es un placer, en la actualidad existe una infinita cantidad de alimentos y combinaciones agradables de ellos; en todas las culturas y desde tiempos remotos la comida se ha relacionado directamente con la satisfacción, el poder, la distinción; tan es así que en la antigua Babilonia se servían ante el rey los platillos más suculentos, manjares exquisitos que deleitaban hasta al más exigente paladar. En este sentido la vida del hombre gira en torno a la comida, ya que sin ella es imposible vivir.

***¿Qué quiere desayunar?* Hábitos alimentarios**

La gente entre otras cosas trabaja para comer, si se reúnen entre amigos, seguramente se servirá una comida, las ocasiones especiales también deben acompañarse con algún alimento; tal parece que como el aire que se respira, la comida es y será, mientras existamos, la parte vital que a todo individuo corresponde.

Además, puede señalarse que toda persona ha experimentado, en algún momento situaciones en las que sin darse cuenta ha utilizado la comida como un instrumento que le permite mostrar su agrado o rechazo ante circunstancias particulares. Al respecto, surgen las siguientes preguntas: ¿cuántas veces se ha rehusado a comer después de haber tenido una discusión acalorada?, ¿cuántas veces ha aceptado con gusto una invitación a comer, de quien disfruta su compañía?

A través de la comida se pueden manifestar los sentimientos; el modo en que la gente come habla mucho de ella y refleja su estado de ánimo en ese momento. Por otro lado, cuando los asuntos van mal en la vida de una persona, ésta puede adquirir inusitadamente una tendencia a evitar la comida o hartarse de ella, utilizándola como el medio para terminar con el sentir que está experimentando.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es por ello que existe una gran diferencia entre el comer, identificado como placer y cuando provoca ansiedad; en el momento en que comer se traduce en dolor, se ha llegado inevitablemente a un trastorno de la conducta alimentaria: es el espacio donde aparecen la anorexia y bulimia nerviosas.

Estos trastornos se desarrollan a partir de los hábitos alimentarios, los cuales están adheridos a la necesidad de comer percibida cuando sentimos hambre, pero, ¿qué es el hambre y cómo la relaciona la persona que la siente con su comportamiento hacia los alimentos?

Al respecto, Mary Anne Cohen comenta en su libro *Tostadas y mermelada para el desayuno. Hacer las paces con la alimentación emocional*, que el hambre es una señal que toda persona siente y se convierte en una reacción emocional, química y fisiológica que puede manifestarse porque el estómago hace ruidos y existen sensaciones de mareo, fatiga, dolor de cabeza, ansiedad, nerviosismo, etc.

Con base en esta definición, los niveles de hambre pueden dividirse en dos grupos, cuando es física o emocional; en la primera surgen síntomas característicos del hambre, un vacío en el estomago que necesita ser satisfecho; sin embargo, el otro grupo es meramente emocional, ha sucedido algo y no hay control en el comer, por lo que es importante distinguir el hambre física de la emocional y para ello es necesario reconocer la saciedad, ya que algunas veces se está satisfecho pero se desea comer más; hay complacencia emocional y física, se ha comido demasiado o se está excesivamente saciado. De aquí la importancia fundamental de identificar, asegura en su obra Mary Anne Cohen, nuestro nivel de saciedad y satisfacerlo.

El hambre posee varias intensidades y muchos no las conocen; hay quienes comen a la primera señal de su cuerpo de necesidad de alimento, mientras otros comen cuando ya no pueden soportar más la sensación, por lo que es importante saber responder cuando el cuerpo habla, esto permite que se desarrollen buenos hábitos alimentarios y por consecuencia se eviten trastornos de la alimentación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es así como los hábitos alimentarios, al no ser los apropiados, pueden conducir a un individuo a suponer que no tiene la capacidad para controlar su alimentación, por lo que recurre a dietas como una forma de controlarla.

Aunque el hombre está adherido a una dieta desde el nacimiento, con el paso de los años va adquiriendo sus propios hábitos alimentarios, algunos de ellos impuestos por la familia, como el mandato "¡Te tienes que terminar toda la sopa, es por tú bien!", expresiones que marcan una sujeción y cierto nivel de dependencia hacia quien da las órdenes, hecho que puede ir disminuyendo o aumentando.

Esta dependencia puede continuar hasta la edad adulta, incluso en quienes han logrado en cierta medida tener autodomínio sobre sus actitudes y emociones, en ocasiones la comida es lo que está fuera de su alcance controlar y recurren a dietas con el propósito de recibir instrucciones respecto a su alimentación, mostrando así que no tienen la capacidad de decidir.

A este respecto, el citado texto de Mary Anne Cohen, explica que las dietas dirigen a pensar que no se tiene la capacidad de regular la conducta, por lo que se hace creer inconscientemente que el deseo natural de tener hambre es impropio.

Esta idea deformada y la total desorganización en los hábitos alimentarios provocan que el ser humano no pueda percibir el momento en que realmente tiene hambre, por lo que en la mayoría de los casos, se crea un desajuste en el comer. En tal situación la persona está sujeta a una dieta y al no comer lo que le agrada, permanece en ella la sensación de hambre, lo que le provoca ansiedad y frustración, emociones que al unirse con el propósito de la dieta (bajar de peso), pueden dar origen a los trastornos alimentarios.

En opinión de Gloria Arenson, autora del libro *Una sustancia llamada comida*, las dietas deben vigilarse cuidadosamente, ya que en muchas ocasiones, aunque son recomendadas por médicos y nutriólogos, no siempre son las más acertadas para determinado paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otro medio que muchas personas utilizan para perder peso es el ayuno, pues crea en la persona la sensación de estar castigándose al abstenerse de los alimentos. Además, provoca en quien lo practica, la exención de culpa al no comer alimentos que pudieran provocarle un aumento de peso.

Quienes utilizan este método para perder peso, frecuentemente renuncian a seguirlo y tienen una fuerte tendencia a atracarse de comida en cualquier momento, lo cual es un mal hábito alimentario, ya que es difícil aprender nuevamente a comer lo requerido por el cuerpo y no dar rienda suelta a la ingestión de comida.

El atracón es un lapso en el cual la persona sucumbe al desenfreno en su deseo de comer, al ser incapaz de controlarse y al percibir este comportamiento tiende a sentirse culpable.

El atracón suele aparecer cuando ha sucedido algo en los sentimientos de quien incurre en él, asegura Arenson. Se quiere llenar ese vacío que produce cierta ausencia o pérdida, esa incapacidad de poder cambiar las circunstancias que crean ira o frustración. La persona que se atraca puede hacerlo por haber mantenido periodos prolongados de dietas, ayunos, así como por la insatisfacción en sus emociones.

Quien se atraca pudo haber estado en dietas restrictivas, según Cohen, por lo que siente el enorme deseo de comer hasta hartarse de todo lo que se ha negado, piensa que esa es la recompensa por haber aguantado un periodo largo sin comer ciertos alimentos.

El atracón puede planearse muchas horas antes, hay quienes piensan hasta en lo que comerán. Además, cabe resaltar que la cantidad de comida ingerida no determina en sí la existencia de éste. Hay personas que comen grandes cantidades de alimento y hay quienes apenas lo prueban y se sienten hastiados y culpables.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es importante mencionar que en todos los casos de atracones se come cuando no se tiene hambre; es decir, el cuerpo no necesita del alimento, sino que la persona lo toma como un refugio ante la lluvia de emociones que le agobia.

El atracón, junto con otros trastornos de la alimentación, se caracteriza porque existe en quien lo padece una alteración de su mundo cognoscitivo en cuanto a su conducta alimentaria, por lo que muestra preocupación por dietas, peso y figura, tornándose ésta, poco a poco, en trastornos psicológicos.

El que se presente una alteración en la conducta alimentaria de cualquier individuo puede provocar un desencadenamiento de síntomas que desembocarán en un trastorno más profundo al convertirse en emocional, y es aquí donde radica la importancia de nuestros hábitos alimentarios. ¿Usted, come por comer?

Al examinar los hábitos alimentarios se ha detectado que están relacionados con trastornos de orden emocional, tal y como los provocados por ansiedad, en los que la persona sucumbe ante una preocupación crónica a diversos temores y presenta una completa pérdida del apetito o, por el contrario, se da cuenta de que al consumir los alimentos disminuye su ansiedad. Poco a poco esta conducta se vuelve incontrolable, por ende, al percatarse la persona aumenta su ansiedad.

A este respecto, pueden señalarse los trastornos fóbicos, que crean en el individuo un terror exacerbado, tal vez a cierto alimento, a atragantarse o morir asfixiado, esto provoca repulsión excesiva hacia cierta comida y esta fobia puede ir relacionándose con la aparición de la anorexia, ya que el paciente tiene un miedo enorme a engordar y siente fobia a aumentar en volumen cierta parte de su cuerpo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los trastornos alimentarios según el libro *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*, también pueden presentarse por causas afectivas relacionadas con la depresión, pues se reduce la cantidad de alimento ingerido, pero curiosamente cabe destacar que no es por falta de apetito sino porque la persona deprimida no siente deseos de cocinar o adquirir los alimentos, por lo que se abstiene de ellos o los ingiere para satisfacer el vacío creado por la ansiedad, aunque sin lograr desaparecer esa tristeza profunda que está experimentando.

La depresión puede manifestarse a raíz de diversos motivos; sin embargo, aunque muchos piensen que se relaciona directamente con la aparición de la anorexia y bulimia, existe una equivocación, ya que en casos de este tipo se han administrado antidepresivos sin ningún resultado.

Por otro lado está la conducta, ante la cual la persona presenta alegría, satisfacción, contentamiento y verborrea; quien padece este trastorno afectivo se excusa de ingerir alimentos por motivo de sus múltiples ocupaciones, ya que dice no tener tiempo ni para comer; sin embargo, es interesante mencionar que algunas veces come desmesuradamente los más sofisticados alimentos, recurriendo a conductas descontroladas.

Los trastornos obsesivos muestran una gran similitud con los alimentarios, ya que hay una preocupación por la calidad, limpieza o contaminación de los alimentos, además se presentan conductas obsesivas en relación a la pulcritud, orden y vestir. En muchos casos, quienes han caído en un trastorno alimentario, antes padecieron una obsesión.

Todos estos trastornos en la conducta presentan un desequilibrio en los hábitos alimentarios de quien los padece. Al respecto, el *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, explica: “los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria”, por lo que algunos de los mencionados padecimientos pueden derivar en un problema estrictamente alimentario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al no existir un control en la conducta respecto a los alimentos se llega a un trastorno alimentario. Las alteraciones más conocidas en la actualidad son la anorexia y bulimia nerviosas, las cuales se distinguen porque ha incrementado su incidencia, según citan Fernández Aranda y Turón Gil en su obra *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Ambos problemas sobresalen por los efectos que causan en quienes los padecen, motivo por el cual es necesario conocer desde cuándo surgen.

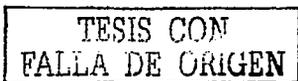
Primeros casos de ansiedad. Antecedentes históricos

Pocos deseos de vivir, tristeza profunda. ¿Por qué existen personas que sufren en gran manera? ¿Será acaso que desprecian la vida? Vida, palabra sencilla que es pronunciada miles de veces; sin embargo, pocas ocasiones es percibida más allá de los sonidos, a cada instante está presente y hay que luchar por conservarla.

Fisiológicamente, el medio para conservar la vida es la ingestión de alimentos; sin embargo, el hombre ha relacionado siempre la comida con momentos de importancia, al proporcionarle diversas connotaciones, entre otras, las religiosas. En algunas culturas, como la del pueblo judío, se celebraban ayunos y se decretó la prohibición de los alimentos considerados inmundos. A diferencia, la nación de Babilonia celebraba las victorias con banquetes suculentos y convertía el momento en una ocasión de gran júbilo.

Por lo tanto, la comida ha sido utilizada por el hombre como un instrumento para mostrar amor, agradecimiento y también desdén o rechazo. La comida refleja la cultura, el nivel social y económico, al tiempo que permite conocer los deseos realizados y las limitaciones respecto al comer.

Así, la comida, al ser recibida por el cuerpo, entra en un estado de aceptación o rechazo, el cual puede derivarse en placer o dolor mental, físico y espiritual. Es por ello que la comida no sólo constituye un elemento de gran importancia para la sobrevivencia de los seres humanos, sino que va más allá, al verse involucrada inevitablemente con lo que desea un individuo, cuando éste tiene la decisión de comer para vivir o no hacerlo para morir.



Cuando el deseo de morir se convierte en una conducta de autodestrucción, es entonces que se ha llegado a dos de las enfermedades más trascendentales del siglo XXI, la anorexia y bulimia nerviosas.

Sin embargo, al recordar el desarrollo social de tiempos antiguos es cuando se percibe que tales padecimientos surgen como una manifestación a experiencias traumáticas o una clara desviación de las costumbres erigidas en cada época, así como a un exacerbado fanatismo y deseo de sobresalir ante la sociedad con un tipo de ascetismo idealizado.

La primera descripción que se conoce, según Nicolás Caparrós e Isabel Sanfeliú, en su libro *La anorexia. Una locura del cuerpo*, es la de Sorano de Efeso, en el período 138-98 a.C., en la que describe la amenorrea y la anorexia.

Tiempo después, Aulo Cornelio Celso es quien refiere la primera noción de la atrofia o tisis nerviosa, primer exponente clínico de la anorexia. Además, Galeno dice en un comentario sobre Hipócrates:

"Los que rehusan el alimento o no lo absorben son llamados por los griegos anorektous o asitous, que significa los que carecen de apetito o evitan el alimento. Aquellos que después de haberlo ingerido muestran disgusto o aversión se denominan opositous."

Estos casos registrados por la historia son los primeros que permiten conocer más específicamente los síntomas que en su tiempo no eran comunes, al considerarse aislados, ya que nunca se reparó en la existencia de un trastorno alimentario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Desde la antigüedad, en varias culturas alrededor del mundo se contemplaba el ayuno como símbolo de pureza, protección contra las fuerzas espirituales inicuas y en otros casos como señal de arrepentimiento, culpa y castigo voluntario, con el cual se pretendía expiar los pecados de los que acusara la propia conciencia; es así como la anorexia permaneció oculta al no identificársele como una enfermedad.

Por el contrario, se le daban explicaciones propias a la época; en este tenor, es en tiempos medievales que surge como un mal demoníaco u, opuestamente, como un don de Dios, ya que según los convencionalismos sociales, la mujer, como caso predominante, que fuese de una posición social altamente favorecida y presentara inapetencia, se consideraba que había sido tocada por el espíritu santo y por lo tanto se creía que por un milagro podía vivir sin comer.

En su obra *Las indomables. Figuras de la anorexia*, los autores Raimbault Ginette y Caroline Eliacheff relatan la vida de Catalina de Siena, de "Santa" Verónica Giuliani y de Santa Wilgefortis, entre otras; mujeres que se distinguieron como religiosas por sus frecuentes ayunos y vida ascética. Según estudios realizados a partir de sus biografías, eran casos perfectamente identificados de anorexia, pero fueron erróneamente consideradas en su época como mujeres virtuosas dedicadas a Dios. En algunos casos, con el objetivo de mantenerse limpias, llegaban al grado de no orinar y despedir excremento de su privilegiado cuerpo, ya que algunas de ellas no se explicaban por qué Dios les había concedido la gracia de no comer.

A este respecto, es interesante mencionar el caso de Catharina o Catalina Benincasa, quien al nacer en Siena en 1347, es elegida como la melliza que sería alimentada por Lapa Piacenti, su madre.

Era una época difícil por las constantes epidemias que acaban con poblaciones enteras, la familia de Catalina experimentó no sólo la peste negra sino sufrió un severo desastre financiero. Pese a ello, Catalina creció feliz y con las debidas inclinaciones religiosas que se le inculcaron en su diario vivir, pero ya con un escondido sentido de culpa por la muerte de su hermana, al haber sido ella la elegida por su madre para seguir viviendo. Desde ese momento, estableció un compromiso absoluto de obediencia a quien la trajo al mundo, compromiso firmado con su vida.

De niña aseguraba tener visiones religiosas, que no reveló sino hasta mayor; consagró su vida a la Virgen a la edad de siete años y a partir de ese tiempo se abstuvo de la carne sin que su familia se diera cuenta de ello.

Catalina soportó el trato injusto de su madre durante todo el tiempo que estuvo cerca de ella. A los doce años, Lapa empezó a prepararla para el casamiento, se le ordenó que cuidara su arreglo personal para agradar a los hombres, pero Catalina no soportaba esa idea.

Transcurrido el tiempo muere otra de sus hermanas y su familia consideró que era urgente casarla con su cuñado para salvar la situación económica. A partir de aquel momento se internó en la soledad y se abstuvo totalmente de los alimentos.

Tiempo después, Catalina ingresó a la orden de las dominicas. Por aquellos años ella se propone colaborar en la reforma de la Iglesia, al condenar públicamente a quienes dicen llevar la bendición de Dios y sin embargo vivían llenos de pecado. Ella le da un giro a su vida y desde entonces se convierte en religiosa.

Para Catalina su alimento era servir a Dios, no necesitaba de nada más que las dádivas espirituales para seguir viviendo, por lo que para algunos su vida fue una mezcla de falta de capacidad para enfrentar sus problemas y un grado superlativo de fanatismo que, sin embargo, le dio la felicidad, por su firme convicción, de estar haciendo lo correcto a los ojos de Dios, según se menciona en el libro *Las indorables. Figuras de la anorexia*.

Pero al mismo tiempo en que todas las acciones de Catalina de Siena la encaminaban a ser considerada santa, también su anhelo por destruirse estaba siendo registrado en el libro de la historia, lo que hizo que ella fuera conocida como una de las primeras mujeres afectadas por la anorexia nerviosa.

Por otro lado, se encontraban las mujeres que al ser tratadas por la medicina existente en ese tiempo y no presentar señales de recuperación, eran clasificadas como brujas, al observar su constante pérdida de peso, sin razón aparente, por lo que irremediablemente se les sometía a exorcismos o, según la época, a la muerte.

Tiempo después, según relata el texto *La anorexia. Una locura del cuerpo*, a partir del siglo XV inició un pequeño asomo a la historia de las investigaciones científicas, ya que el autor Hieronimus Cardanus citó un caso de consunción nerviosa y el médico inglés Edward Jorden intuyó en sus investigaciones que algunos males que se relacionaban con la posesión del demonio, no eran más que manifestaciones naturales del cuerpo y que a su vez aparecen recurrentemente en toda la humanidad; consideración que reflejó un toque de modernidad y avance cognoscitivo.

Sin embargo, Paul E. Garfinkel y David Garner, en su libro *Handbook of Treatment for eating disorders*, señalan que fue hasta el año de 1689 cuando Richard Morton, médico británico de la corte de Guillermo III, realizó la primera descripción médica de la anorexia, basándose en la obra del romano Aulo Cornelio Celso, en la que identificaba la tisis como psicógena, que se debía a un miedo a engordar.

Es así como Morton sugiere claramente para el siglo XVII, según la obra *La anorexia. Una locura del cuerpo*, la existencia de la anorexia nerviosa, y Morton la define como:

"Consunción del cuerpo sin fiebres, tos o diarrea, acompañada de pérdida del apetito y de malas digestiones, de ella se deriva la languidez corporal y un adelgazamiento día a día mayor". (Caparrós y Sanfeliú. La anorexia. Una locura del cuerpo. p.28)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Morton asestó un golpe maravilloso al estudio de estos padecimientos, al describir específicamente dos casos: el de un joven de diecisiete años, hijo de un reverendo, quien perdió el apetito totalmente, sin presentar alguna alteración, aparentemente sano, pero quien sufría una alteración nerviosa; y el de una joven de 20 años, quien empezó a decaer totalmente en sentido físico, se mostraba pálida y sin apetito, rehusó recibir la ayuda médica que Morton le ofreció y finalmente murió. Estos ejemplos permitieron que se ahondara más en descubrir las causas de un trastorno alimentario que sin embargo existía y reclamaba al paso del tiempo su razón de ser, es decir, un diagnóstico apropiado.

Sin embargo, no es hasta 1774, según Caparrós y Sanfeliú, que Djerine relaciona el rechazo a los alimentos con el estado psíquico del individuo, fortaleciendo la postura de que el origen de estos trastornos es mental, causa a la que también se refiere Naudeau en 1789, cuando atiende a una mujer que presentaba signos de histeria y a la vez se abstenía de los alimentos.

Tiempo después, en 1798, Philippe Pinnel en su obra *Nosographie Philosophique* atribuyó las afecciones mentales a factores físicos y psíquicos, entre los cuales se encuentran la anorexia y la bulimia; sin duda alguna, esta aportación contribuyó en gran manera a comprender la profundidad e importancia del factor físico en la aparición de malestares mentales.

En el siglo XVIII se pretendió realizar una definición estrictamente clara de todo lo que implicaban estos trastornos, ya que según la época en que eran analizados se daba una explicación diferente, se adherían a lo propio del momento.

Sin embargo, al surgir nuevas corrientes del pensamiento científico aparecen aportaciones importantes como la citada en el libro *Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura*, en donde se menciona que Silverman consideró que los trastornos de la conducta alimentaria eran de origen nervioso.

En su tratado sobre la histeria, en 1859, Pierre Briquet relacionó la neurosis con la bulimia y anorexia, ampliando sus investigaciones al sexo masculino, lo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que permitió ampliar el panorama médico general, ya que se identificó que estos padecimientos no son exclusivos de mujeres.

Durante el siglo XVIII siguieron otras aportaciones novedosas, aquel fue un siglo en el que el mundo entero percibió el progreso en diversos campos, desde el médico hasta el del pensamiento humanista. La ciencia estaba preparada para recibir los nuevos términos que se habían formado con el paso del tiempo, bajo la observación y legados de médicos que se encontraron con casos diferentes de comportamiento humano.

Garfinkel y Garner señalan que fue en Francia, en 1873, cuando Charles Lasegue dio a conocer el término de Anorexia hística, refiriéndose a la sintomatología constante de histeria de la región gástrica, lo que significaría que estaba remitiendo completamente la anorexia al campo de la psiquiatría.

Al mismo tiempo, según se menciona en el texto *Handbook of Treatment for eating disorders*, el sobresaliente médico William Gull atribuyó la aparición de la anorexia nerviosa a una predisposición de los diversos tipos de órganos a distintas lesiones, acuñando en 1874 el nombre de anorexia nerviosa, al describir el caso de una joven que perdió el apetito y consigo la plenitud en el funcionamiento de su organismo, al mostrar bajo pulso, una débil respiración y la ausencia de menstruación; es así como destacó un signo repetitivo en la aparición de este padecimiento: la adolescencia.

Tiempo después, en 1914, el patólogo alemán Simmonds, describió una paciente con caquexia, es decir, un estado de un trastorno general profundo y progresivo de causas diversas; pero al hacerle la autopsia percibió que había muerto de una insuficiencia pituitaria, por lo que existieron confusiones entre distinguir la anorexia de otras enfermedades.

Sin embargo, a partir de 1940 resurgen teorías relacionadas con la psiquiatría, por lo que a la anorexia se le relaciona con diversos síntomas: distorsión de la necesidad nutricional, aunada a un trastorno psíquico respecto a la imagen corporal, repudio a la sexualidad, deseo de permanecer en la adolescencia evitando así la madurez, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

No obstante, toda aseveración que se planteó durante aquellos años fue sólo un destello de lo que se investigaría al paso del tiempo, cuando este trastorno obtuvo un lugar ante la ciencia médica, un sitio que la clasifica como una enfermedad separada de otro tipo de padecimiento que, por tanto, requiere un tratamiento especial.

Por otra parte, según Joseph Toro, en su obra *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, Jenofonte describió por primera vez en la cultura occidental lo que ahora se consideran prácticas bulímicas.

Además existen otros antecedentes de la bulimia en la antigua Roma, la cual como potencia mundial hacía ostentación de todos los placeres, entre ellos el comer.

Al respecto, Santiago Martínez-Fornés, en su obra *La Obsesión por adelgazar*, hace mención de un comedor al que se le llamaba triclinio. En él había tres camas de madera colocadas en forma de herradura, con un pasillo central para servir la comida; en cada cama había tres plazas y en ellas se reclinaban los romanos para comer y reposar; después se provocaban el vómito para seguir comiendo, su ingestión era obsesiva y su costumbre era sinónimo de poder.

Por lo tanto, esta conducta también puede denominarse anormal, tal y como sus espectáculos en el Coliseo, en donde devastaban las bestias y gladiadores el cuerpo humano sin compasión; de la misma manera la bulimia es una manifestación de las perturbaciones mentales a las que puede llegar el hombre con el afán de autodestruirse, pero a la vez sin desear hacerlo.

También durante la Edad Media, el vómito constituyó una práctica penitencial, el penitente arrojaba así sus pecados. Además, según el *Oxford English Dictionary* de 1983, fue Trevisa, en 1398, quien utilizó por primera vez la palabra bulimia. Inicialmente sólo significaba apetito immoderado, no implicando vómitos y otros procedimientos afines. Sin embargo, la historia del mundo occidental y la de Europa en particular, añade Joseph Toro, está salpicada de personajes, épocas y grupos sociales que practicaban regularmente el atracón seguido del vómito.

No obstante, es hasta el siglo XIX que la literatura médica muestra cierto interés por la bulimia como síntoma o diagnóstico, diversos médicos intentaron describirla, pero no es hasta la década de los setenta que se amplía la preocupación por el fenómeno bulímico.

Finalmente, en 1979, es Rusell quien en sus investigaciones describe la bulimia nerviosa propiamente dicha, aunque cabe destacar que el trastorno bulímico, según la obra *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, ha merecido mucha menor atención en la literatura que el anoréxico. Sin embargo, esta definición constituye un punto de partida para ahondar más en el conocimiento y tratamiento de los trastornos alimentarios: Anorexia y Bulimia nerviosas.

Con el paso del tiempo, la investigación al respecto de estos trastornos ha aumentado. En la actualidad se analizan infinidad de factores que han derivado en múltiples conceptos, por tal motivo se presentan algunos de ellos a continuación.

Para Rosa María Reich, en su obra *Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios*, la anorexia nerviosa es un grave trastorno de la conducta alimentaria, debido al cual la persona que lo padece tiene un peso inferior al correspondiente a su edad, sexo y altura; causado por la reducción de los alimentos ingeridos y por ayuno.

En entrevista personal, la Dra. Melania Hernández, quien trabaja en la prevención de estos trastornos en Servicios Médicos de la UNAM, comentó: "Para definir estos trastornos se utilizan criterios muy fuertes, se exige la pérdida de la menstruación, conducta repetida de manera regular, percepción de gordura fuera de la realidad, por eso anorexia y bulimia están catalogadas como trastornos mentales".

Completando el concepto, Cecile Hersovici y Luisa Bay, en el libro *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*, añaden que este trastorno se presenta en su mayoría en el sexo femenino, sin importar edad. Asimismo, se añade a la conducta anoréxica el uso de laxantes y diuréticos, provocación del

vómito, exceso de ejercitación física y en forma característica se presenta amenorrea en la mujer y la pérdida del interés sexual en el varón, quien además, es mucho menos propenso a ser anoréxico.

Santiago Martínez Fornés, en el texto *La obsesión por adelgazar*, explica que la anorexia nerviosa o mental está relacionada con la pérdida de peso, factor en el cual coinciden los conceptos anteriores, pero identifica un elemento primordial en estos dos trastornos al subrayar que el paciente se encuentra en un estado de caquexia es decir un trastorno profundo y progresivo debido a la percepción de su imagen corporal.

También se encuentran los autores que se refieren a diferentes factores que intervienen en la aparición de la anorexia, como cita Carmina Saldaña en su texto *Trastornos del comportamiento alimentario*, que identifica los factores psicológicos, genéticos y cognoscitivos, sin olvidar la susceptibilidad.

A este respecto, es importante mencionar que son pocos los autores que en su concepto de anorexia enumeran los factores que la desencadenan; en este sentido, mientras que para una persona escuchar ¡qué gorda estás! puede ser una expresión sin significado, para otra se convierte en un factor de riesgo para padecer un trastorno de la alimentación.

Por otro lado, se encuentra la bulimia, que también se clasifica como un trastorno alimentario; según Barbara French, en su texto *La bulimia*, el bulímico recurre a episodios incontrolables de una ingesta desmesurada, provocándose después el vómito y abusando indiscriminadamente de los laxantes. De este abuso también da información Rosa María Reich, quien define al padecimiento de bulimia como característico, en mayor grado, en las mujeres; conducta motivada por un miedo enfermizo a engordar.

Aunando algunos otros aspectos, Cecile Hersovici hace alusión a la restricción alimentaria que termina siempre en atracones con una gran cantidad de calorías ingeridas.

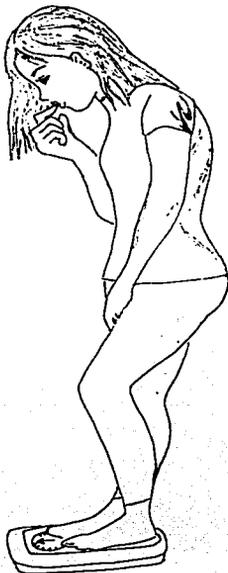
TEJES CON
FALLA DE ORIGEN

La bulimia es una contrariedad en sus motivos de existencia, algunos investigadores han dado ciertas características que son repetitivas en los bulímicos; sin embargo, otras parecen ser únicas en cada paciente a nivel particular.

No obstante, la bulimia está profundamente relacionada con una deficiencia en el orden y equilibrio mental que debe existir en todo individuo, las razones que desencadenan este tipo de conducta pueden ser diversas; pero observamos un autoengaño en el bulímico que se abstiene por cierto período del alimento, pero después, desesperadamente, desea recuperar el tiempo perdido.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Capítulo II



"Las características de la anorexia y bulimia nerviosas son un factor importante en el conocimiento de estos trastornos".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NO SÉ SI VOMITAR O DEJAR DE COMER. CARACTERÍSTICAS DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS

La anorexia y bulimia nerviosas son padecimientos que presentan diversos síntomas, por lo que se considera de suma importancia conocer sus más notables características para poder distinguir sus diferencias y entonces tener una mejor comprensión de estos trastornos alimentarios.

¿Quién es doña perfecta? Características de la anorexia nerviosa

A continuación se describen los criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa según el *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, el cual, cabe mencionar, es considerado la máxima autoridad cognoscitiva en su área, al ser presentado por la Asociación Mundial de Psiquiatría.

- ❖ Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando edad y talla. Por ejemplo, pérdida que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del adecuado.
- ❖ Miedo intenso a ganar peso, a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

A este respecto puede mencionarse el caso de Mayra, de 15 años, quien padece anorexia y al sentirse gorda decidió bajar de peso, dejando de comer las cosas que ella pensaba que la engordarían.

- ❖ Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Mayra también confirmó este hecho, al señalar que la cuestión de bajar de peso era algo en lo que no quería que nadie se metiera, ella mencionó: "Yo sentía que no estaba haciendo nada malo, era mi seguridad, lo que dijeran los demás no me importaba".

- ❖ En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales; por ejemplo, con la administración de estrógenos.

Es importante mencionar que la amenorrea es un síntoma que aún presenta Paola Ethiel, de 17 años, quien solamente espera tener su menstruación para poder realizar sus actividades cotidianas.

Los testimonios de las chicas anoréxicas, sin duda alguna, confirman los criterios que se necesitan para diagnosticar este padecimiento, lo cual es una prueba fidedigna de las certeras investigaciones que se han realizado.

Sin embargo, cabe señalar que de la anorexia existen dos clasificaciones:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre de manera regular a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso de laxantes, diuréticos o enemas).

La anorexia nerviosa aparece en su mayoría en jóvenes que se encuentran en la transición de la adolescencia, ya que en esta etapa existe una mayor sensibilidad y a la vez más vulnerabilidad a los cambios que experimentan.

El anoréxico tiene una distorsión profunda de su imagen, ya que antes de haber perdido peso se veía gordo en ciertas partes del cuerpo: muslos, pantorrillas, etc; sin embargo, aunque esté muy delgado seguirá viendo extremadamente gordas esas zonas en particular.

Esta distorsión dirige en muchas ocasiones al uso de las dietas, el cual es un factor importantísimo en el desarrollo de la anorexia, ya que la pérdida de peso mediante el control de la comida se convierte en un logro personal que debe mantenerse sin ser abandonado, ya que eso implicaría engordar. Así fue como le sucedió a Paola Ethiel, quien al ir bajando de peso, comentó: "Veía que iba bajando y me gustó y dije, cuando yo quiera vuelvo a comer".

El comportamiento respecto a la comida se torna extraño, ya que el anoréxico manifiesta un interés excesivo por lo que comerá su familia, preparando alimentos con un alto contenido en grasas que, desde luego, nunca probaría.

Cuando tiene frente a él la comida, su noción es que ha sido alterada, por lo que ve su plato como el de mayor volumen; come lentamente, haciendo gestos (como si se cansara de comer) dice estar lleno, retirándose prontamente de la mesa.

El alimento que ha ingerido ya está constituido como una amenaza, siente que engordará al instante con la mínima cantidad de alimento que acaba de tomar y está decidido a eliminar los efectos.

Las actividades que a menudo considera útiles para lograrlo explica Martínez-Fornés, son el ejercicio y estudiar; si ya era estudiante de éxito luchará por ser más eficaz, por lo que tendrá un comportamiento obsesivo por sus tareas y exámenes al tiempo que considera que no está dando todo de sí y por lo tanto sufre un estrés que le agobia.

El estudiar puede convertirse en una forma de escapar de la realidad y con ese pretexto se aísla de amigos y familiares, juzgándolos de tener hábitos desordenados (presentando él una dedicación exhaustiva a la limpieza y orden de su hogar), llega a perder la comunicación con personas de su edad, embargándose en una profunda soledad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al mismo tiempo desaparece el interés sexual, aunque cabe mencionar que en algunos casos la anorexia se desencadena a partir de un desaire amoroso. Además, quien padece anorexia empieza a perder peso sin motivo alguno; se presenta la amenorrea (cese de la menstruación), existe estreñimiento, el cual combate inútilmente con laxantes, es decir, medicamentos purgantes que actúan sin irritar el intestino y presenta una pérdida en la temperatura corporal.

El anoréxico, a pesar de ir presentando estas características, en muchas ocasiones no les atribuye importancia alguna.

¡Hay que esconder la comida! Características de la bulimia nerviosa

A continuación, presento los criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa, los cuales son propuestos por el *DSM-IV*.

❖ Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1) Ingesta de alimento en corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de 2 horas) en una cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un lapso similar y en las mismas circunstancias.

2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

La sensación que experimentó Miriam, de 24 años, confirma la veracidad del anterior criterio, quien expresó: "Ya no podía controlar lo que comía, ni lo que hacía, me la pasaba todo el día comiendo, no se saciaba mi apetito".

❖ Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son el vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De esta forma sucedió en el caso de Miriam, de 25 años, quien hacía mucho ejercicio para bajar de peso. Ella misma comentó: "Se vuelve una obsesión".

- ❖ Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- ❖ La autoevaluación está exclusivamente influida por el peso y la silueta corporales.

Éste es un factor que se presenta en algunos casos como el de Miriam. Ella recuerda: "cuando trato de ser normal, me doy cuenta que empiezo a subir y me siento mal".

- ❖ La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

A partir de esta sintomatología, surge la siguiente división de la bulimia:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

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

La conducta bulímica, al igual que la anoréxica, se presenta durante la adolescencia, existe una preocupación por bajar de peso y por ello se recurre al vómito, porque se puede comer sin engordar, librándose de los reclamos de la familia por no alimentarse, pero poco a poco los vómitos se vuelven incontrolables y la necesidad de comer es cada vez más fuerte. Miriam señaló que aunque no comiera mucho ella sentía que era demasiado y se provocaba el vómito dos veces a la semana, el cual es un síntoma característico de este padecimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los atracones son una conducta que puede caracterizar a quienes padecen bulimia nerviosa, su ansia de comer es imperativa aunque en el momento dicen no tener hambre, pero sí un deseo de algo dulce que finaliza con la incapacidad de no dejar de comer.

Se atracan la mayoría de las veces con alimentos que son fáciles de digerir, comen grandes cantidades de lo que han elegido y en muy poco tiempo. Al comer a escondidas de su familia se sienten sucios moral y físicamente, por lo que al tener esta conducta anormal, al otro día se ven fatigados, descompensados y su ánimo es muy bajo, razones por las cuales inician un deterioro de sus relaciones sociales y familiares.

Para quien se atraca de comida, ésta se vuelve una obsesión, puede pensar en cada momento y con días de antelación qué es lo que comerá, busca momentos en los que estará a solas y su vida se convierte en una constante angustia, por el temor de ser descubierto vomitando lo que ha comido.

Con el tiempo, el bulímico empieza a desplegar un control sobre sus vómitos; calcula lo que va a devolver y hasta el orden en que saldrán los alimentos, piensa que exclusivamente eliminará lo que desea, puede utilizar su mano para inducirse el vómito, sino es que lo hace simplemente esforzándose con un movimiento abdominal o utilizando leche como vomitivo en grandes cantidades; desean purgarse completamente, no dejar rastro en sus estómagos, para muchos bulímicos el vómito se vuelve una forma de auto complacerse.

La vergüenza que experimenta un bulímico aumenta cuando después de atragantarse y no tener control de sus frecuentes vómitos se da cuenta que de pronto, sin que lo perciba, pasa contenido gástrico a la boca, hay quienes lo escupen pero también quien lo vuelve a masticar y pasarlo; a solas, este acto puede tomarse como estimulante para un bulímico, que además puede soltar saliva de manera incontrolable por el desorden que está creando en su cuerpo. También suele chupar la comida y escupirla en cualquier lugar, lo que es un acto asqueroso, pero al que recurren en sus crisis problemáticas.

La comida se ha vuelto una droga y el bulímico puede llegar hasta el robo y a comer su propio vómito por esta obsesión avasallante.

Las crisis bulímicas pueden ser muy severas cuando duran muchos días, ya que la persona dejará "todo": trabajo, estudios, familia y amigos, por satisfacer su afán de comer, rehusándose a recibir ayuda médica.

Por lo tanto, el bulímico se vuelve cada vez más aprensible, al presentar diversos malestares físicos, entre otros: calambres (por la pérdida de potasio cuando vomitan) mareos, desmayos, así como crisis convulsivas, algunas parecidas a las epilépticas.

Cuándo se aproxima la muerte. Estragos de la anorexia y bulimia nerviosas

La anorexia y bulimia nerviosas, aunque son padecimientos diferentes, muchas veces se presentan alternándose en una persona, por ello es interesante mencionar los estragos que provocan en la salud de quien los padece.

Existen personas que un tiempo son bulímicas y después anoréxicas, como Nayeli, de 16 años, quien comentó: "Mes y medio no comía, después pasaban otros cinco meses aproximadamente y seguía sin comer, pero vomitaba, luego pasaba otro mes en que no volvía a comer"

Esta experiencia refleja el grado en que estos trastornos pueden afectar a una persona, pero no solamente en lo psicológico, sino también en el aspecto físico. Quien padece estos trastornos se da cuenta de que con el paso del tiempo surgen en su cuerpo diversos padecimientos.

El peligro de muerte va aumentando cada vez más, según el libro *Una sustancia llamada comida*, ya que los vómitos, atracones y ayunos producen, entre otras afecciones de salud: problemas gástricos, renales, metabolismo anormal, deshidratación, espasmos musculares, heridas sangrantes de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

garganta y desequilibrio químico que produce paro cardíaco. Además, cuando se recurre a frecuentes vómitos, ocurre una inflamación en las mejillas y se provocan graves caries, así como el deterioro del esmalte dental; los bulímicos suelen mantener por ello una elevada higiene dental, pero a pesar de ello los efectos perduran.

Los anoréxicos, así como los bulímicos, también pueden presentar hinchazones del abdomen, cara y pies, lo que provoca mayor sufrimiento en percepciones diferentes, pero con un mismo temor: "se ven más gordos".

El verse más gruesa alguna parte de su cuerpo provoca el deseo de no ingerir alimento, este ayuno prolongado origina dolores abdominales molestos, ya que el hambre ha sido ignorada y el cuerpo refleja esa descompensación con su mal funcionamiento. Es por ello que tras haber mantenido una conducta de purga o ayuno será difícil la recuperación.

El estreñimiento aparece como uno más de los problemas físicos subsecuentes a un trastorno alimentario, ya que los anoréxicos y bulímicos que hacen dietas o ayunos no toman la cantidad suficiente de líquidos o comida, por lo que no pueden despedir excremento, lo que aumenta su ansiedad. La ansiedad y estrés son características que en algún momento todo ser humano puede tener, pero en las personas afectadas por su mal conducta alimentaria, éstas son constantes y forman parte de su vida.

Es por ello que en el caso de la mujer puede haber irregularidades o pérdidas completas del periodo menstrual, al ser provocadas éstas por las presiones que la agobien o bien debido a que no cuenta con la cantidad suficiente de requerimientos nutricionales para que pueda tener un ciclo menstrual regular.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ante tal situación es necesario mencionar que todo cuerpo humano necesita de diversos elementos para seguir su ciclo vital adecuadamente, por ello es indispensable mantener un cuidado general de las funciones que desempeña y contar con una actitud de expectación ante lo que requiera; sin embargo, en quien padece anorexia y bulimia nerviosas estos aspectos no son siquiera contemplados, pero de no recibir el tratamiento apropiado, se llegará inevitablemente a la muerte.

Sin distinción...Anorexia y bulimia nerviosas en hombres

“La anorexia y bulimia son enfermedades diez veces más frecuentes en mujeres que en hombres”, afirma el Dr. Morandé en *La Anorexia. Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*, ya que aunque éstos llegan a padecer algún trastorno alimentario no alcanzan el grado de magnitud con que afectan a las mujeres.

La razón radica, en mucho, que el mensaje de nuestra cultura en el que se anima a ser delgado se dirige a las mujeres y no al hombre. En un hombre no se juzga su apariencia, al contrario, entre más corpulento sea, en nuestra sociedad, más goza del respeto entre quienes le rodean.

Anteriormente no se veía en ningún medio de comunicación la invitación a que el hombre bajara de peso o utilizara algún aparato para alcanzar una buena figura, pero recientemente la exhortación ya es más constante hacia el varón y éste ahora “está compitiendo con otros hombres en un esfuerzo por estar más delgado que sus compañeros de ejercicio”.

Además, como en el caso de las mujeres, “ciertos subgrupos de hombres parecen estar en mayor riesgo, incluyendo luchadores, modelos, corredores de resistencia, bailarines y homosexuales”, señalan Sherman y Thompson en su obra *Bulimia. Una guía para familiares y amigos*, por lo que los hombres también están siendo afectados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Esta situación permite saber que en el futuro los trastornos alimentarios no solamente destrozarán vidas de mujeres sino también de hombres que están siendo arrastrados a tales padecimientos, muchas veces sin externar que necesitan ayuda, por el hecho de aceptar que lo que padecen, puede ser un trastorno considerado exclusivamente femenino.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Capítulo III



"La anorexia y bulimia nerviosa obedecen en su existencia a diversos factores, entre los cuales se pueden señalar los psicológicos, familiares, culturales y sociales, que determinan el padecimiento de estos graves trastornos."

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿POR QUÉ ME ESTÁ PASANDO ESTO? FACTORES QUE PROPICIAN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La anorexia y bulimia nerviosas son trastornos multicausales, es decir, pueden originarse por diversas causas.

El entorno social en que vive un individuo marca en muchas ocasiones el derrotero que éste seguirá en su vida; los trastornos alimentarios nacen a partir de factores de tipo psicológico, familiar y social, los cuales aplican también a los medios de comunicación que la sociedad produce. Por ello, a continuación se mencionará cómo coadyuvan estos factores a la aparición de dichos trastornos.

Cuando la mente te traiciona. Factores psicológicos del anoréxico y del bulímico

El factor psicológico, según la obra *La obsesión por adelgazar*, es el más determinante en la aparición de un trastorno alimentario, ya que toda acción antecede el pensar; muchas personas podrían refutar esta afirmación. No obstante, cuando un individuo dice que ha hecho algo sin pensar, tal vez no meditó necesariamente en esa acción en ese mismo momento, pero sí en otra, la conducta se ve afectada invariablemente por los pensamientos.

Por tal motivo, la psicología ha cumplido un papel fundamental en hallar la explicación a cómo ha surgido un mal hábito alimentario.

Se han realizado investigaciones con base en la observación de quien padece anorexia o bulimia nerviosas. Las conductas son diferentes y producidas por factores profundos que han marcado la vida de la persona, que es especialmente susceptible a sufrir por cierto aspecto en particular.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

***La angustia que siento al comer.* Factores psicológicos del anoréxico**

El factor psicológico interviene inherentemente en el caso del anoréxico; su incidencia es cada vez mayor en todas las clases sociales pero más frecuentemente en la media alta o alta, ya que es difícil imaginar que alguien carente de los alimentos se rehuse a tomarlos como una manifestación de sus necesidades internas. Por lo tanto buscará otra manera de proclamar que requiere ayuda, aunque pudiera suceder.

Los anoréxicos presentan características que en vez de proporcionar alguna señal para identificar su conducta alimentaria anormal, suelen confundir y engañar a cualquier persona, ya que los aspectos principales de su personalidad son considerados como cualidades.

“Niños modelo”, así consideraban los padres a sus hijos ahora anoréxicos, ya que tenían una conducta intachable por su profundo sentido de responsabilidad.

Esta responsabilidad se ve reflejada en su inteligencia, aunada a sus siempre buenas calificaciones, su destacada participación en actividades artísticas; puede concluirse que sobresalen en toda actividad que se proponen.

El deseo de hacer bien todas las cosas, se debe al miedo obsesivo por no desagradar nunca a los demás, por lo que son excesivamente trabajadores. Todas sus actividades desean realizarlas siempre con el máximo esfuerzo, provocando un sentido de perfección que al mismo tiempo se ve involucrado con la frustración de no haber logrado un objetivo satisfactoriamente.

Quien padece anorexia, aborrece la obesidad y adora lo esbelto, lo limpio, subraya el texto *La obsesión por adelgazar*. Por ello cualquier persona que a su consideración coma en demasía es asquerosa, no importa quién sea; sin embargo, el anoréxico se considera superior en ese momento porque controla su necesidad de comer a diferencia de los demás.

El sentido de superioridad continúa cuando se rehusa a realizar actividades sociales con personas de su edad, por considerarse avanzado en todo aspecto, en comparación con quien saldría; esta conducta lo sume irremediamente en la soledad, el anoréxico piensa que nadie lo comprende, es por ello que guarda para sí todos sus sentimientos.

La soledad pocas veces resulta placentera para este tipo de personas, ya que al hallarse solos su obsesión por adelgazar, por no comer ni un gramo de grasa, aumenta, debido a ello su situación se vuelve más severa.

Además, en su mayoría padecen lo que Martínez-Fornés denomina el complejo de Peter Pan, lo que significa que su deseo es permanecer en la niñez, sin alcanzar la independencia y evitarse el conflicto del enamoramiento (no se atreven a asumir el papel de adulto).

El anoréxico no se siente atraído sexualmente, por el contrario, considera el sexo como algo sucio y tiene miedo al desarrollo de su cuerpo por las emociones que pudiera despertar en el sexo opuesto y que él no soportaría recibir.

Aunque también es importante mencionar que la anorexia puede desencadenarse por relaciones sexuales no satisfactorias o violaciones. Así fue en el caso de Mayra, de 15 años de edad, quien afirmó que su padecimiento inició hace 2 años, sin embargo, al ahondar en los factores que desencadenaron su enfermedad se encontró que lo determinante en su estado actual de salud fue la violación que sufrió a los 10 años de edad.

Quien padece anorexia es siempre inseguro y susceptible, se menciona en *La obsesión por adelgazar*. A pesar de los logros que posea, su personalidad se verá afectada ante cualquier acto o comentario que realice otra persona, muestra una actitud desconfiada, hostil y obsesiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estas formas de conducta le hacen ser menos vulnerable a cualquier reclamo de quien perciba su trastorno y le permite saber su desacuerdo. La respuesta del anoréxico será cruel y rotunda, ¡tú no vas a ordenarme lo que tenga que comer, es mi vida y a ti no te importa!

El anoréxico, antes de serlo, presentaba ya ciertos aspectos que lo inclinaban a padecer una conducta alimentaria anormal. Al respecto, Mary Anne Cohen comenta:

"Los problemas de alimentación emocional y el miedo a estar gordo es un dialecto del lenguaje del dolor que utiliza nuestro cuerpo para expresar lo que no podemos pronunciar con palabras". (Cohen, Mary Anne. Tostadas y mermelada para el desayuno. Hacer las paces con la alimentación emocional. p.24)

En algunas ocasiones suele desencadenarse la anorexia por un brusco aumento de peso, lo que provoca en la persona un cambio en sus hábitos alimentarios y cuando su preocupación por disminuir su talla es excesiva, entonces se vuelve exageradamente estricto en todo lo que come, iniciando con el desarrollo de un trastorno alimentario.

La característica de la obsesión por adelgazar es cada día más fuerte y no sólo en el aspecto alimentario sino también en diferentes actividades como la limpieza. Por ejemplo, el anoréxico puede lavarse incesantemente las manos hasta que aparecen grietas en su piel.

La obra *La obsesión por adelgazar*, señala que los anoréxicos presentan rasgos agresivos, impulsivos, al no detenerse a pensar en el porque han realizado algún acto, muestran una frialdad insólita ante sus actitudes, es decir, aunque las consecuencias causen dolor en otras personas, sufrimiento que ellos mismos provocaron, nunca se arrepentirán o sentirán culpables.

Esta conducta puede considerarse inhumana, en el sentido de que la sensibilidad del anoréxico desaparece, hecho que puede deberse, según Freud, a la neurosis relacionada con la histeria y la melancolía, ya que inician con depresión que se convierte en un enemigo mental difícil vencer; los síntomas van apareciendo poco a poco hasta el grado de que por su grave conducta algunos anoréxicos tienen que ser hospitalizados en centros psiquiátricos, al pasar de la anorexia a la bulimia y tener afectado completamente su funcionamiento cerebral.

La anorexia tiene tras de sí, como ya se ha contemplado, diversas razones para su existencia; en general se desencadena por factores psicológicos alterados en la persona, que surgen a partir de una baja autoestima e incapacidad para resolver problemas que en el momento parecen insuperables y abruman de forma excesiva a quienes los experimentan.

La comida se ha convertido en lo más importante para mí. Factores psicológicos del bulímico

En el caso de la bulimia el sufrimiento puede iniciar desde la infancia. Cuando el bulímico recuerda su pasado, el haber tenido una relación difícil con sus padres, en muchas ocasiones estrictos, tiende a revelarse de alguna manera, ya que ante la impotencia de no poder estar en desacuerdo en nada, siente que su libertad se limita y por lo tanto se da cuenta de que en el comer sí es posible ejercer esa libertad, por lo que recurre a abstenerse o darse atracones de comida como manifestación a su inconformidad y resentimiento ante sus padres.

Tal resentimiento crea una angustia constante en el bulímico, se siente desesperado y llega a pensar que debe controlar hasta su sensación de hambre para demostrar que su cuerpo puede realizar tal exigencia y seguir viviendo, lo cual le permite tener la plena sensación de autocontrol, que en sus crisis bulímicas no posee.

TEXIS CON
FALLA DE CARGEN

Pero no solamente durante una crisis el bulímico manifiesta falta de sensatez al mostrar una adicción a la comida, sino que en todo aspecto de su vida está muy lejos de tener estabilidad emocional, es una persona inmadura e incapaz de tomar decisiones tras haber realizado un juicio previo.

Por tal motivo muestran una conducta desordenada, la depresión que los caracteriza, les impide sentirse cómodos en algún lugar, por lo que evitarán mantenerlo arreglado. Ante tal aspecto de su personalidad, sus relaciones son propensas a toda irregularidad, ya que son extremistas, al ser considerados de tipo borderline, según señala Santiago Martínez-Fornés en su ya citada obra *La obsesión por adelgazar*; es decir, se van hasta el límite de sus emociones, pues algunas veces estarán deprimidos y otras eufóricos.

Su conducta es impulsiva, no miden de manera alguna lo que producirán sus acciones, un bulímico no meditará en qué será de sí después de tener una crisis, sino todo lo contrario, es obsesivo en sus acciones y consigo mismo.

La obsesión de un bulímico es bajar de peso, esta idea se encuentra estrechamente relacionada con el concepto que tiene de estar gordo o delgado. La palabra gordo, explica Martínez-Fornés, proviene del latín *gordus*, que significa obeso y torpe, mientras que *delicatus*, es delgado y delicado.

El tener conocimiento de estos conceptos crea en la sociedad una opinión generalizada que se refleja en todo vivir, desde la etapa infantil hasta la madurez ¡Cuántas veces se ha escuchado la burla ante quien es gordo! A tal persona se le ridiculizará, se le tratará como un tonto.

Este hecho provoca impacto psicológico profundo en la mente del bulímico, lo que alimenta su deseo de no engordar jamás aunque destruya su vida; podría preferirlo a sentir el rechazo que él piensa sufriría por ser gordo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la mayoría de los casos, según se menciona en *La bulimia*, el bulímico no tiene contacto social, es por ello que tiene temor de estar aún más aislado por su apariencia y al no tener una vida llena de relaciones afectuosas se halla en una absoluta soledad por lo que recurre a vómitos frecuentes.

Sin embargo, cabe mencionar que hay ocasiones en las que el bulímico puede transmitir a otro su trastorno alimentario: la inmadurez que se tenga puede llevar a padecer bulimia a quien se dejó contagiado psicológicamente por otra persona. Al respecto, Miriam afirmó: "tuve una amiga a los 14 años que era gordita y ella me decía cómo bajar de peso, yo iba haciendo lo mismo después".

Este hecho pudiera parecer tonto para el lector, pero las conductas se aprenden y no en vano se ha labrado el concepto popular "dime con quién andas y te diré quién eres".

Para una personalidad forjada débilmente, es fácil adoptar una serie de sentimientos negativos como envidia, deshonestidad, rencor, odio y aún con mayor motivo, cuando se mantiene una relación estrecha con quien posee estas características.

Precisamente la envidia es un fuerte móvil para quien padece bulimia; envidiar es desear lo que alguien más tiene, por lo que los bulímicos anhelan tener la figura de otros que por lo regular son sus amigos; se vuelven irritables y agresivos con quienes piensan que están sobresaliendo más que ellos, por tener un cuerpo esbelto.

Tal situación puede ser muy contradictoria, ya que muchos bulímicos han destacado por su conducta intachable desde la infancia, y su talento, atractivo físico e inteligencia que perduran en ellos hasta la edad adulta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, cuando se percibe un pequeño aumento de peso y un comentario desagradable respecto a ello, es sembrada la semilla de un trastorno alimentario en la mente de quien aún no es bulímico.

El miedo a engordar empieza a maximizarse, por lo que al recurrir a atracones y purgas el bulímico desea no ser descubierto y se aísla cada vez más, ante lo cual buscará la manera de quedarse sólo, inventará pretextos, excusas como: "me siento un poco mal del estómago, me estoy bañando, me estoy arreglando el cabello, etc." El bulímico dirá cualquier cosa para disfrutar de sus atracones a solas.

La ansiedad por no ser descubiertos es abrumadora, escribió Barbara French en su obra *La bulimia*, a la vez que la comida se ha convertido en una droga, la única capaz de desaparecer su tensión ante su falta de autoestima y la sinrazón de su vida.

Ante tal perspectiva de la vida, sienten un profundo desprecio hacia sí mismos, por no ser lo que quisieran, no solamente en sentido corporal, sino emocional e intelectual: ante su vista no valen nada, y se preguntan ¿debería seguir viviendo?

Tal forma de pensar se deriva de los problemas a los que se enfrenta la persona, en su mayoría ruptura de relaciones, que el bulímico asociará con una incapacidad personal y física de mantener a alguien a su lado.

Para quien padece este trastorno, el ser delgado es su único objetivo en la vida, asegura French. Es por ello que busca maneras extrañas de perder kilos; es muy cuidadoso en su forma de comer, hay quienes no toleran un sólo asomo de grasa en sus alimentos. Y aunque no la tenga, aún dudan en comerlo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Esta es una conducta totalmente anormal, al igual que la insistencia en dormir poco; para quemar calorías recurren además a otras prácticas como bailar, nadar, correr. Con este mismo propósito, el bulímico busca la manera de satisfacer su necesidad de comida hasta el grado de endeudarse con sus amigos y familia.

En el libro *Una sustancia llamada comida. Cómo superar la adicción a comer*, de la autora Gloria Arenson, se relata el caso de una joven que fue descubierta como en estado hipnótico robando y comiendo en el acto, ante la vista asombrada de todos los que presenciaron el hecho. Este caso permite comprender en grado superlativo la gravedad de este trastorno que esconde detrás de sí varias circunstancias.

La vida de cada bulímico es diferente, tal como lo es la huella de cada uno de nuestros dedos, por lo que las causas de su aparición son diversas; pero es necesario mencionar el *perfeccionismo* según la *Guía Teórico-Práctica de los trastornos de conducta alimentaria* como una característica que crea en un individuo el afán de compararse constantemente con otros, nunca reconociendo sus propias cualidades, y considerarse incompetente en todo lo que realiza.

Ante este pensamiento se sentirá frustrado por siempre querer ser el mejor en todo y no lograrlo. En tal situación, el bulímico mostrará una personalidad bondadosa, alegre y cariñosa en su deseo de ser agradable y de pronto se convertirá en una persona con la que no es posible vivir por su carácter desesperado, egoísta y mezquino.

Además provoca odio y agresión contra él mismo, al no poder controlar sus emociones y deseos; su sufrimiento es indecible, a tal grado que muchos bulímicos han intentado suicidarse, cayendo en un estado psicológico crítico.

Aunque el suicidio puede considerarse extremo, no lo es en el caso de quien padece una depresión tan severa detrás de un trastorno alimentario, ya que cabe mencionar que muchos alcohólicos o drogadictos han optado por esos actos debido a su estado profundo de depresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otro aspecto relacionado con la depresión es el sexual, ya que todo individuo ha sentido un deseo inadherible a satisfacer al sexo opuesto, serle deseable, por tal motivo cuando este objetivo no se alcanza, la autoestima puede disminuir a tal grado de provocar en la persona el pensamiento común "a nadie le atraigo, porque en realidad, no valgo nada".

Es por ello que se han realizado estudios con base en los aspectos sexuales y cómo se relacionan con la aparición de enfermedades. Al respecto, Sigmund Freud relacionó la ingesta excesiva con complejos sexuales, que pueden ser indistintos, ya sea que la comida disminuya la excitación sexual o por el contrario, sea utilizada como un instrumento para sentir satisfacción sexual.

Esta afirmación tal vez parezca un tanto sugestiva, ya que podría considerarse a cualquier actitud de un bulímico como un reflejo de sus necesidades sexuales. Si bien es cierto que no en todos los casos puede ser posible la aparición de la bulimia por razones sexuales, en el libro *La bulimia*, la autora Barbara French afirma que muchos bulímicos sí relacionan el comer con la actividad sexual.

Es así porque su deseo es ser agradables desde un punto de vista sexual y esta necesidad está estrictamente relacionada con las crisis bulímicas, ya que aunque se haya ingerido una gran cantidad de alimentos, tan sólo basta el vómito para que el bulímico se sienta nuevamente delgado y excitante.

Por lo tanto, los factores psicológicos son indefinidos y variables respecto a cada bulímico, ya que los motivos inconscientes de una persona son diferentes. Tan sólo si se recordaran los miedos, las preocupaciones, intereses, alegrías del día de ayer, muchos se confundirían entre tantos pensamientos. En este sentido, los motivos psicológicos de un bulímico para seguirlo siendo son cada instante diferentes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

***¡Pero mamá...!* Factores familiares**

La familia ha sido considerada como el núcleo de la sociedad, porque en ella el ser humano adquiere parte de la formación que puede utilizar para el resto de su vida.

Por tal razón, la familia cumple un papel fundamental en el desarrollo de un individuo. Debido a esto el libro *Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*, de los autores Vandeycken, Castro y Vanderlinden, señala que el tipo de relaciones y factores familiares pueden influir en el desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario.

En la sociedad en que vivimos, tan vasta, tan llena de experiencias, de cosas por aprender, existen familias que han atravesado situaciones muy amargas, aunque también las que viven en relativa tranquilidad, pero ni una circunstancia ni la otra salva a una persona de evitar un trastorno alimentario.

Sin embargo, la familia sí constituye un factor determinante en la aparición de los trastornos alimentarios. Es por ello que se han realizado diversas investigaciones sobre la influencia de la familia en el desarrollo de estas conductas.

Los aspectos familiares son diversos, según la obra *La familia en su génesis y tratamiento*. Uno de ellos se relaciona con la genética. Aunque pueda considerarse que hay quienes nacen con una predisposición a padecer un trastorno alimentario (el cual se hereda de los padres) no existen pruebas suficientes para asegurarlo. Si bien es cierto que algunas enfermedades mentales son heredadas, no se conoce a ciencia cierta hasta qué grado la genética puede influir en el desarrollo de un trastorno alimentario. Aunque no deben pasarse por alto los avances científicos que permiten ahondar más en la maravillosa genética. Tal vez algún día se descubra esta información hereditaria y pueda aseverarse lo antes mencionado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otro lado, el Dr. Morandé, en su libro *Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar en las adolescentes*, explica que la familia no es en absoluto culpable del surgimiento de un trastorno alimentario, debido a que se tiene la opinión generalizada de que el factor familiar influye exclusivamente en el origen de estas enfermedades.

Aunque cabe mencionar que el ambiente familiar es un aspecto que puede coadyuvar a la aparición de bulimia o anorexia nerviosas, no todos los individuos padecerán estos trastornos como una manifestación de su dolor emocional.

El dolor, sin embargo, es distinto en cada familia y un trastorno de la alimentación puede desencadenarse a partir de un acontecimiento doloroso, tal como la separación de los padres, problemas en las relaciones de amigos y demás parientes, la muerte de un ser querido, un desengaño amoroso, en fin, existen innumerables razones que pueden provocar el padecimiento de estas enfermedades.

Tales trastornos obedecen a una razón, señala Morandé: "la sintomatología anoréxica ayuda a olvidar, de manera que cuanto más fuerte es la enfermedad mayor olvido existe" así como la oscuridad cubre la luz: sin embargo, no es así en el caso del bulímico que adicionalmente al dolor que le causa cierta situación familiar, aumenta su pesar ante los sentimientos de culpabilidad que lo agobian por mantener en muchas ocasiones ocultos de sus parientes los ataques bulímicos a los que recurre.

Por tal motivo el sufrimiento de un bulímico es más intenso y prolongado, de ahí que si en la anorexia nerviosa un tercio de los factores desencadenantes se encuentra en el marco familiar, en la bulimia el porcentaje es aún mayor

Los antecedentes familiares cumplen un papel fundamental en comprender qué datos significativos están involucrados en un trastorno alimentario, ya que Morandé reconoce que los pacientes anoréxicos y bulímicos tienen los mismos recuerdos que sus padres respecto de sí y puede transcurrir mucho tiempo para que se recuerden hechos que marcaron la vida del enfermo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo que para comprender al enfermo es necesario remontarse dos generaciones atrás, ya que en muchos de los casos los padres de los anoréxicos y bulímicos tuvieron una infancia que recuerdan con desagrado. Este es un motivo que repercute inevitablemente en la vida de quien es susceptible de padecer un trastorno alimentario, ya que la educación dada no satisface las necesidades emocionales del hijo, sino por el contrario se crea un ambiente de autoritarismo o sobreprotección que hunde en el más profundo abismo de dolor y soledad al no comprender por qué se daña lo que más debería amarse.

Por otra parte, cuando los padres detectan el padecimiento a tiempo en su hijo, puede uno de ellos (el que ejerce la mayor autoridad) imponer sus deseos sobre los de su hijo y ordenar lo que tiene que hacer éste, hecho que evitaría el trastorno alimentario.

Sobra decir que el dolor de la familia de quien padece anorexia o bulimia nerviosas es rotundamente severo y que si no fuera porque se conoce la angustia mental de quien padece un trastorno de la alimentación, podría afirmarse que la agonía de los padres es más fuerte, al no saber qué hacer, considerándose culpables al ver cada día, en el caso del anoréxico, cómo su hijo pierde peso, tal y como sucedió en el caso de Mayra, cuya madre relató lo difícil que fue ver a su hija tan afectada por el trastorno. "las anoréxicas son muy chantajistas y posesivas" afirmó.

Los padres de un bulímico observan cómo miente, cómo roba los alimentos, cómo ha mantenido tanto tiempo, tal vez años, oculto su problema, más grave es la angustia de los padres cuando escuchan de su hijo que no puede ya dejar de comer y vomitar, por lo que padres e hijos se hunden ante la impotencia de no poder combatir la situación.

Ante semejante sufrimiento, los padres buscan ayuda para salvar la vida de sus hijos. Respecto a esto cabe mencionar que Paola Ethiel obtuvo ayuda para su recuperación gracias a su madre, ya que ella no aceptaba su enfermedad tal como es propio de los anoréxicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El bulímico, a diferencia del anoréxico, es más perceptible a la necesidad que tiene de evitar que se agrave su trastorno, sin embargo, en el caso de Nayeli fue lo contrario. Está recibiendo tratamiento gracias a su madre, que la llevó *contra su voluntad*, según afirmó.

Pero aunque la responsabilidad de ayuda la asumen ambos padres, hay ocasiones en que, según el Dr. Morandé, sólo un padre colabora en el tratamiento del paciente; razón que agudiza el problema, ya que si el anoréxico o bulímico cayó ante su enfermedad por la indiferencia de uno de sus padres, al percibir cómo éste se niega a colaborar con él, sea que esté dispuesto o no a recibir ayuda, esto profundiza el sufrimiento y aleja la recuperación.

Lo mismo sucede cuando ambos padres, aunque dispuestos a colaborar en la recuperación de su hijo, se encuentran mentalmente enfermos y se aúnan en el padecimiento al tener una conducta impropia para alcanzar la recuperación del afectado. vigilándolo obsesivamente, en el bulímico retirándole el alimento mediante estricta supervisión o en el caso del anoréxico, obligándolo a comer, reiterándole a cada momento su padecimiento. En conclusión, la familia completa se autodestruye.

Es por ello tan importante buscar la ayuda necesaria tanto para el anoréxico y bulímico como para la familia, independientemente en muchas ocasiones de la voluntad del enfermo, ya que en el caso de menores de edad se les obliga a recibir la atención médica y en quienes son mayores, ante la negativa de recibir tratamiento, incluso puede apelarse ante un juez colocando como fundamento que está en peligro la vida del enfermo.

Sin duda el tomar cualquier decisión respecto a la recuperación del miembro de la familia afectado es complicada y en casi todos los programas de tratamiento es imprescindible la participación de los padres, sobre todo en el caso de los adolescentes, ya que según Onnis *"el sistema familiar de anoréxicos y bulímicos se caracteriza por ser más conflictivo, desorganizado, crítico y amurallado"* por lo que es necesaria la participación de la familia en el tratamiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La familia tiene que acudir con frecuencia a consulta y cuando se trata de adolescentes la madre o el padre tienen que ser ingresados con ellos.

Según el texto de Gonzalo Morandé, los hábitos de toda la familia cambiarán por completo: se adecuarán horarios de comida del enfermo, a veces se abandonará el trabajo y se trasladarán a otra ciudad (si en donde se vive no se tienen los recursos necesarios para la recuperación), se prepararán dietas, etc. Los cambios efectuados, sin duda, requieren de un gran esfuerzo.

El vivir con un anoréxico o bulímico es una ardua y penosa labor; la familia también corre el riesgo de enfermar, ya que puede padecer cualquiera de sus miembros el trastorno alimentario que se pretende erradicar o bien sufrir depresión, angustia, enfermedades psicosomáticas, etc. La recuperación requiere de un gran esfuerzo de comunicación y al mismo tiempo de comprensión, ya que en todo momento se puede desatar una recaída ante la desesperación de hallarse ante semejante padecimiento.

Para ahondar en el estudio de estos padecimientos, se han realizado diversas investigaciones sobre el papel de la familia en los trastornos del comportamiento alimentario, tal y como se menciona en el libro *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*, tomando como puntos de estudio la clase social, la edad de los padres en el momento del nacimiento del paciente, el orden que éste ocupa entre los hermanos y la separación de los padres.

De estos estudios se desprenden diversas aseveraciones como las descritas por Kagan y Squires en 1985, quienes investigaron a estudiantes de ambos sexos que presentaban conductas bulímicas y anoréxicas y sugirieron que en "las muchachas los trastornos del comportamiento alimentario suelen estar más relacionados con la presión social, mientras que en los varones son las variables familiares las de mayor importancia".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otro estudio realizado por F. Caspir revela que los anoréxicos ven a su familia como un grupo organizado y controlado, mientras el bulímico lo ve desorganizado y descontrolado. Por lo que puede concluirse que aunque estas investigaciones arrojan luz que es de utilidad "no siempre son congruentes entre sí", algunas son contradictorias, así es que no pueden ser siempre confiables.

Lo mismo sucede en el caso de la terapia familiar. Aunque antes de 1970 el abordaje terapéutico para estos trastornos era individual, en los años cincuenta el tratamiento recibió un enfoque familiar, por lo que Selvini Palazzoli determinó que detrás de un trastorno alimentario se encuentra la disfunción de toda la familia (caso específico: anorexia nerviosa) por lo que consideró necesaria la terapia familiar.

Sin embargo, no se conoce a cabalidad el valor real de la terapia familiar, y se considera muy importante, según Vandereycken, Castro y Vanderlinden, seleccionar los pacientes, ya sea bulímicos o anoréxicos, para los cuales se ha indicado la terapia familiar, ya que en algunos casos será contraproducente.

La delgadez: cultura o trastorno alimentario. Otros factores

Todo individuo es un ser social, por lo tanto está sujeto a cumplir con reglas establecidas en sociedad, es por ello que las normas sociales son muy importantes, la persona perteneciente a cierto nivel social debe comportarse como es característico de ese sector, si no fuera así, será excluido.

Es así como la sociedad marca las pautas que deben seguirse en el momento, de acuerdo con el sexo, ya que desde la antigüedad se ha establecido una diferencia entre las actividades que debe realizar un hombre y una mujer.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Mientras el hombre cazaba y traía el alimento, la mujer se encargaba de labores domésticas, esta división del trabajo se efectúa con base en las capacidades de cada sexo; sin embargo, más adelante se consideró que la mujer había nacido para estar en su casa, obedeciendo siempre al hombre y dedicada a trabajar en el mantenimiento de su hogar.

Tal modo de concebir el papel de la mujer en la sociedad provoca desigualdad entre ambos sexos, por lo que es necesario mencionar la revolución femenina que puso de relieve el derecho que tiene la mujer de recibir los mismos privilegios que los hombres, tema que aún sigue siendo motivo de controversias.

En este sentido, es importante enfatizar el papel de la mujer, ya que el Dr. Morandé, especialista en trastornos alimentarios, señaló que ser mujer y ser joven, es un doble factor de riesgo para padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

Además comentó que, la moda está estrechamente vinculada con este factor, la historia de la humanidad está llena de modas, sólo hay que recordar aquel tiempo en que se debía poseer, en el caso de las mujeres, una cintura extremadamente pequeña; esto requería sacrificios mayores, ya que en el intento hubo quienes murieron por enterrarse las costillas en sus órganos vitales, por lo tanto "no todas las modas son saludables, sino por el contrario pueden ser muy perjudiciales".

Diversos textos señalan que la moda actual es implantada por Coco Chanel, aproximadamente en los años cincuenta del siglo XX, cuando descubre el tipo de cuerpo de la mujer de clase alta con una apariencia delgada; sin embargo, durante algún tiempo esa moda parece ser desfasada en nuestro país, basta recordar a las actrices de la década de los cuarenta.

No obstante, esta tendencia al aumento de talla dura poco y Mary Quant pone nuevamente de moda a las mujeres delgaditas. Un ejemplo destacado es el de Twiggy, una modelo extremadamente delgada, que transmitió un concepto de belleza totalmente opuesto al que se tenía en E.U., con Marilyn Monroe.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es así como ser delgado se relaciona con la idea de tener belleza, tal fue el caso de las mujeres en China, donde se consideraba que las más bellas eran quienes tenían los pies más pequeños, por ello luchaban por conseguirlo aunque sufrieran deformaciones.

Es por ello que "la forma en que cada sociedad determina lo que es bello sigue siendo un misterio", señalaron Sherman y Thompson en *Bulimia. Una guía para familiares y amigos*, ya que si bien puede atribuirse un concepto de lo bello a cualquier persona en determinada época, también es cierto que se desconoce el motivo por el cual tal concepto puede ser generalmente aceptado o rechazado.

En la actualidad los atributos positivos se asocian con ser delgada y atractiva, el sobrepeso, a diferencia, conlleva numerosas connotaciones negativas como "perezosa, fuera de control, descuidada y fea". Según Sherman y Thompson, esto significa que la belleza se relaciona inherentemente con la delgadez.

En el libro *Cómo combatir el miedo a engordar en las adolescentes* se señala que la existencia de esta idea intensifica el uso de dietas y entre más sea la cantidad de personas haciendo dietas, mayor es la posibilidad de que una parte de ellas genere un trastorno de su conducta alimentaria.

La mujer está siendo dañada en varios aspectos con la cultura de la delgadez, ya que ella misma admite el daño que se le está haciendo, al verse afectada por la idea de bajar de peso reiteradamente. En algún momento tal vez omita estos mensajes, pero su constancia hará que sean aceptados.

A este respecto señalan Anne Guillemot y Michael Laxenaire en su libro *Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura*, que la competitividad se refleja en desear ser más delgada que la otra persona o en considerar que la inteligencia y desempeño reflejados en el trabajo se ven afectados por quién es más bella. Esta presión es angustiante, por lo que Beck ha demostrado que el ideal de la delgadez se impone más entre las mujeres con un nivel cultural más elevado y mayor ambición profesional.

También la baja autoestima es un factor que se relaciona con el anhelo por bajar de peso, existen mujeres que aunque son hermosas se consideran "nada", en comparación con cualquier otra, sin tener de sí el más mínimo aprecio.

En la actualidad se considera que la mujer debe tener cintura, caderas y piernas delgadas y la parte superior del cuerpo musculosa, este tipo de cuerpo más bien parece masculino, por lo que Sherman y Thompson plantean esta pregunta: ¿puede decirse que nuestra cultura está promoviendo un valor antifemenino? Mientras los hombres pueden tener cualquier apariencia, las mujeres deben ajustarse a determinado aspecto que cambió según la moda predominante, establecida por la sociedad.

La mujer desea ser delgada para agradar a los hombres, pero según investigaciones de los autores ya citados, a éstos no les agradan las damas que están "demasiado flacas", por lo tanto, la delgadez no siempre significa aceptación por parte de un varón.

La apariencia física es un factor determinante en el proceso de generar un trastorno alimentario, ya que en todo lugar se habla de "*que si ya subiste un kilo, se te ve la lonja, estoy hecho un cerdo*". Estos comentarios se escuchan en todos los niveles sociales, el deseo de ser delgada para ser bella inicia entre las mujeres con una buena posición económica y en países desarrollados, pero poco a poco está afectando a la población mayoritaria.

Ante tal situación, explica la Dra. Gómez-Peresmitré, es difícil que un trastorno alimentario surja en países donde se carezca de alimentos, abstenerse sería incongruente y atracarse para después vomitar sencillamente inconcebible.

Por tal motivo se considera que los trastornos alimentarios existen en donde pueden generarse y subsistir. La novedosa idea de que la delgadez es sinónimo de belleza, ha sido principalmente aceptada en las sociedades de consumo, es decir, en donde hay una fuerte industria publicitaria y compradores esperando la exhibición de los productos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La industria adelgazante que ya invade todo rincón de nuestra ciudad y de la cual podemos imaginar los enormes recursos con que cuenta, ya tiene en el mercado a disposición de toda persona: gotas, hierbas, pastillas, laxantes, fajas, cremas reductoras, intervenciones quirúrgicas, y más.

Las empresas que se dedican a la elaboración de productos para la reducción de peso ganan millones de dólares por "tratar" de satisfacer las necesidades de miles de personas que han sido influidas por el mensaje: "no subir de peso". El miedo a engordar se refleja en toda conversación por exagerado que parezca, las bromas al respecto, son innumerables. Aunado a ello, a cada instante y a horas específicas del día se pueden observar mensajes publicitarios que exhiben, por ejemplo, cerdos como una forma de denigrar a quien siquiera se asemeje a ellos, tal es el caso de la exitosa campaña de El Palacio de Hierro.

Ante esto, la publicidad cumple un papel muy importante, ya que la manipulación mental es tan fuerte que no sólo se compra el producto sino también el mensaje implicado. "*Si bajas de peso lograrás el éxito*", este tipo de idea es aceptada como lo revela un artículo de la revista *Pediatrics*, la cual informó que en una encuesta realizada a niñas de escuela primaria, éstas consideraban la obesidad como peor que estar discapacitadas o minusválidas.

Los resultados de esta investigación permiten conocer el impacto que existe en la sociedad respecto a bajar de peso. Toda persona tiene el deseo de ser aceptada y éste se relaciona con el *status* que puede otorgarle cierta apariencia, lo cual se promueve en los medios.

Al respecto, cabe señalar que en todo mensaje se observa la presencia de mujeres mostrando senos, caderas, muslos como un incentivo al placer sexual, pero ¿por qué la mujer?

"El cuerpo de la mujer es cada vez más un reclamo de consumo y publicidad", aseguró Gonzalo Morandé, quien supone que la conducta manifestada por la mujer, se ve profundamente influida por el deseo de poseer en un mundo en el cual ella misma es utilizada por la publicidad.

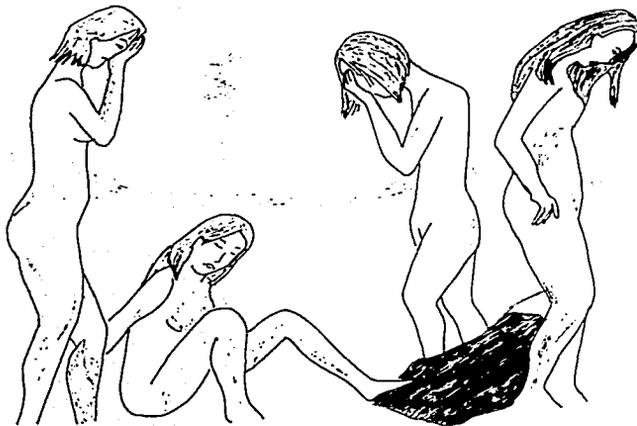
La moda es inherente a la publicidad señaló Laura Romero en su artículo titulado *Problemas de conducta alimentaria en niñas y adolescentes mexicanas*, donde afirmó ésta tiene su difusión definitivamente por una sola vía: los medios de comunicación.

En televisión, radio, revistas, periódicos y anuncios espectaculares hay mensajes a nivel mundial que promueven la cultura de la delgadez, por lo que los medios pueden coadyuvar en cierto grado al padecimiento de trastornos de la alimentación.

Por lo tanto es muy acertada la aseveración del Dr. Gonzalo Morandé al decir "Hoy da la impresión de que los medios de comunicación y la publicidad son caja de resonancia y canalización de un sentir que ya se ha extendido en amplias capas de la sociedad. Una parte de ella no podrá tolerar esta presión", esta parte es la susceptible a padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Capítulo IV



"En la actualidad, doctores, psicólogos, nutriólogos y otros especialistas trabajan arduamente en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EN BUSCA DE LA RECUPERACIÓN. TRATAMIENTO DE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS

Hasta principio de la década de los setenta, no existían criterios diagnósticos concretos sobre la anorexia y bulimia nerviosas ya que los diversos especialistas encargados de dar ayuda a pacientes con estos trastornos no contaban con el suficiente conocimiento. Sin embargo, con el transcurso de los años se ha detectado una mayor incidencia, por esta razón, actualmente ha sido necesario dar atención médica eficaz a estos padecimientos por medio de diversas formas de tratamiento.

Por lo tanto es necesario mencionar cuáles son los tratamientos que se utilizan en el caso de la anorexia y bulimia nerviosas, respectivamente. A continuación se presentan los aspectos más importantes de cada uno de ellos.

¿Por qué no aceptar cómo te ves? Tratamiento de la anorexia nerviosa

El tratamiento médico de este trastorno inicia en 1960, cuando Dolly y Sargan propusieron un método que consistía en una combinación de clorpromocina e insulina modificada es decir un sedante mayor usado como agente antipsicótico.

Sin embargo, es hasta 1998 que se plantean dos tipos de tratamiento para lograr la recuperación del paciente: la recuperación del peso hasta los valores normales y mantenimiento del peso, entendiéndose este último como la ayuda emocional correspondiente, de acuerdo con un tratamiento psicológico, ya que éste consiste en atacar síntomas como irritabilidad, aislamiento, depresión, los cuales, cabe mencionar, se deben al estado de desnutrición que se padece. En este caso, ambos tratamientos son muy importantes para la recuperación.

Respecto del tratamiento de recuperación de peso, Szmukler realizó una división en dos fases, según cita Alfonso Chinchilla Moreno en su *Guía Teórica Práctica de los trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*, éstas son: tratamiento ambulatorio y tratamiento

hospitalario; el primero está enfocado a la atención fuera del centro de recuperación médica, mientras el segundo exige al paciente ir a comer al hospital, lo que le permite aumentar su grado de sociabilidad y evitar decaimiento por crisis emocionales.

Una vez que se ha establecido el tipo de tratamiento que se seguirá, continúa la fase de estabilización del peso, en la que es necesario partir desde la raíz del problema y fundamentar la motivación en el paciente. Se pretende lograr una relación adecuada con el terapeuta (mostrar disposición a cooperar), además es necesario ahondar en las causas que llevaron a ese odio a la comida y analizar los factores que permitieron la existencia del problema, lo que dirigirá a posibles formas de ayuda, esclareciéndose así los conflictos internos del paciente y los interpersonales.

Una vez que se han identificado los principales aspectos que conducen al trastorno alimentario de la anorexia, es necesario trabajar en el campo conductual y cognitivo, respectivamente, por lo que se vuelve imprescindible cambiar conductas anómalas. intentar resolver lo que llevó a "*cómo mi madre me reprimió y pensaba que todo lo que yo hacía estaba mal*". Se centra toda la atención en transformar cierto modo de pensar, pues para actuar es fundamental que modifiquemos nuestro pensamiento, ya no se trata de esforzarse por resolver lo que sucedió sino remediar las acciones presentes y comprender el porqué de las actitudes de quien padece anorexia y de quienes están a su alrededor.

Para realizar un tratamiento de este tipo es necesaria la objetividad tanto del paciente como del terapeuta, al tener el primero un autorregistro alimentario completamente exacto y el segundo analizar detenidamente los hábitos alimentarios de su paciente, con el propósito de detectar los factores precipitantes y desencadenantes, que permitan conocer el porqué de la existencia y mantenimiento de la anorexia.

También se utiliza la terapia cognitiva, la cual se basa en las investigaciones realizadas por Beck. Según señala Chinchilla Moreno, éstas se realizaron en pacientes fóbicos o depresivos y en semejanza con los que padecen anorexia coincidían con sus ideas fuera de la realidad, como sucede en los anoréxicos,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

quienes tienen creencias irracionales sobre su peso e imagen, por lo que si estas suposiciones son rechazadas a partir del tratamiento disminuirá su deseo de bajar de peso y esto dirigirá a la recuperación.

El tratamiento de un anoréxico, sin lugar a dudas, es muy complejo, ya que requiere cooperación procedente de dos partes: del anoréxico y de quienes lo rodean (los que desean ayudarlo). Es por ello imprescindible la aceptación del paciente a recibir el apoyo que se le brinde y acatar con responsabilidad las sugerencias que se le vayan proporcionando, así como la realización de un autorregistro de sus hábitos alimentarios. Es necesario que el terapeuta, aunado a ello, realice un análisis minucioso sobre toda conducta problemática observable relacionada con la obsesión por bajar de peso.

Una vez que se ha efectuado este análisis se cuenta con los puntos fundamentales para distinguir los efectos del trastorno en el paciente y conocer en grado mayor sus pensamientos e ideales y entonces realizar posibles aseveraciones de la causa del padecimiento y proceder a la esquematización de un plan de trabajo en el que se concentrarán las dos partes involucradas en el problema (el individuo-anoréxico y el grupo-familia, terapeuta, doctores, amigos).

El tratamiento que se elige aplicar a quien padece anorexia es vital para conservar la vida del paciente. A continuación se mencionan dos tipos de tratamiento que han resultado eficaces.

❖ Tratamiento individual cognitivo-conductual

Este tipo de tratamiento se lleva a cabo mediante sesiones semanales en las que el paciente realiza ante su terapeuta un registro de lo ingerido en esa semana, contando con el apoyo de sus seres queridos, al tener ellos información previa de los patrones alimentarios, con el objetivo de otorgar el ánimo suficiente al anoréxico, ya que éste lo necesitará cuando su terapeuta lo confronte con la realidad, con sus metas y destaque los cambios que se van efectuando con el propósito de salir de tan terrible padecimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El tratamiento es de veinte a veinticinco sesiones y se divide en cuatro fases, según lo señala Chinchilla Moreno, las cuales son:

a) Psicoeducativa y nutricional. En ella se pretende mostrar la importancia de poseer una buena educación nutricional y se establecen las consecuencias de prescindir de ella, las cuales se traducen en padecimientos físicos y psicológicos. Es por ello que se enfatiza la importancia de tener una alimentación adecuada, determinando además el nivel en que se ha involucrado la familia en tener hábitos alimentarios anormales.

b) Conductual. La conducta del paciente es escudriñada, se va hasta el fondo de lo que piensa, busca y espera. Esto se relaciona con sus hábitos alimentarios, con la finalidad de que sean modificados y se logre la recuperación de peso.

c) Cognitivo-conductual. Continúa la preocupación porque se normalice la conducta alimentaria y peso, y para ello se recurre a la identificación de los pensamientos irracionales "aunque en el momento para el paciente no lo sean" (catastróficos: Si subo un kilo de peso, me muero; pensamientos mágicos: Cada vez que como dulces noto cómo mi estomago se hincha). Además, se somete al anoréxico con los alimentos prohibidos (chocolates, gorditas, chicharrones, etc.) y es en ese momento cuando las cogniciones resaltan claramente.

Existe un esfuerzo sobresaliente para corregir los factores que permiten que el paciente sufra este trastorno, por lo que se le estimula a la aceptación de su imagen corporal tal y como es, al aumento de sus capacidades para enfrentarse a la vida y al incremento de sus relaciones sociales.

d) Prevención de recaídas. Es realizada una enunciación de los factores de riesgo que pueden provocar que el anoréxico vuelva a su proceder anterior y para ello es fundamental que se evite el retroceso; lo que se ha logrado jamás debe perderse, motivo por el cual es necesario enseña un tratamiento grupal.

❖ Tratamiento grupal

La terapia grupal puede dividirse en diferentes grupos, tales como los cognitivo-conductuales. En ellos toda la atención de sus principios de autoayuda se centra en los padecimientos principales, por medio del desarrollo de técnicas de resolución de los conflictos, al establecer la relación estímulo-respuesta: ¿qué es lo que provoca las actitudes? Es así como se afrontan las debilidades con el afán de situarse en la realidad y continuar viviendo con base en la aplicación de las diferentes alternativas que se proporcionen.

Por otra parte, también encontramos a los grupos psicodinámicos o psicoterapéuticos, ésta es una alternativa en el tratamiento de la anorexia que permite la interacción con otros integrantes del grupo. La importancia de esta terapia radica en lograr un cambio trascendental en la personalidad del paciente, logrando su adaptación con los miembros del grupo en el cual se puede mantener una comunicación verbal, no verbal o ambas a la vez.

Una opción más son los grupos centrados en el paciente. En éstos el enfermo aporta y discute un tema de interés, mientras un terapeuta se encarga de moderar la participación de cada uno de los pacientes y su interacción.

Al relacionarse varias personas con un objetivo común, la terapia grupal permite obtener información que le será de beneficio para su recuperación y ahogar el sentimiento de soledad, al percibir que lo que ellos han sentido, otros también y su dolor es similar.

Al existir esta identificación es como si se recurriera a una torre para recibir protección, hay seguridad que abre paso a resistir las recaídas y se reconoce al fin que se está enfermo y es necesario continuar un tratamiento. Asimismo, el tratamiento grupal da facilidades a un buen seguimiento de la conducta del paciente y es mucho más económico que el individual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La terapia grupal sigue los mismos pasos de la individual y aunque se considere hipotéticamente que presenta dificultades debido a que no existe un control adecuado de los puntos a considerar en el tratamiento, si se deja de asistir, no se observan resultados, además de que es difícil tratar con los anoréxicos por sus características enfermizas (intransigentes, retraídos, manipuladores) y por sus depresiones constantes.

Según las observaciones de resultados, la terapia grupal es un factor clave en la atención terapéutica que requiere un anoréxico, ya que al ser un padecimiento tan profundo no solamente se deben aplicar algunos tratamientos sino todos los que existan, asevera Chinchilla Moreno. Es por ello que diversas áreas se encargan de ir tratando una problemática en particular que va desde la imagen corporal, resolución de problemas, hasta orientación familiar.

Para conseguir que los resultados sean óptimos se ejerce motivación y se promueve la exposición de ideas de todos los integrantes del grupo que no deben exceder a diez. La manera en que un terapeuta modere y maneje las ideas es muy importante, ya que en un instante puede derrumbar todo lo construido. Lo anterior se debe a que en ocasiones el terapeuta asume el problema como suyo, lo cual puede ser muy peligroso. Al involucrar el anoréxico a otra persona en su círculo de afectados, nada menos que a quien tiene la capacidad de ayudarlo, el problema se podría considerar irresoluble. Los resultados deben esperarse con paciencia y se evitará una actitud que no le pertenece (la de los padres). Por lo tanto, su labor, aunada al equilibrado manejo de los tratamientos, logrará la recuperación del paciente.

Si acabas de discutir, no tienes por qué comer. Tratamiento para la bulimia nerviosa

El incremento e incidencia de la Bulimia nerviosa se ha convertido en un aspecto preocupante en nuestra sociedad, por lo que ha sido necesaria la creación de eficaces tratamientos que a la vez de económicos, permitan una recuperación efectiva del paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las terapias para el tratamiento de la bulimia nerviosa pueden ser tanto psicológicas como farmacológicas, según mencionan los especialistas, o bien utilizarse simultáneamente; de ambas, la más frecuentemente aplicada es la psicológica y ésta a su vez puede ser individual o grupal.

La terapia grupal, sin duda alguna, es muy eficaz, debido a ello existen grupos de ayuda para vencer diversos problemas emocionales (Neuróticos Anónimos, Comedores Compulsivos Anónimos, etc.) y se ha confirmado que las personas que acuden a ellos se han beneficiado de la aplicación de los pasos que se les anima a seguir.

Es por ello que en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa es de vital importancia el tratamiento grupal, en donde se aplican los aspectos psicoeducativos, ya que el paciente debe identificar qué factores y en qué grado influyeron en él para que se adhiriera a ciertos trastornos que poco a poco acabaron con su tranquilidad emocional.

Es necesario que el paciente distinga en qué medida influye en él, el deseo de ser delgado para agradar a sus amigos, parientes, etc, por alcanzar una figura que se supone es ideal para todo el "mundo".

Además deben ser esclarecidas sus dudas respecto al uso de laxantes y diuréticos. A este respecto, la *Guía Teórico Práctica de los trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*, explica: al carecer de la información suficiente respecto al uso y efecto de ciertos medicamentos, el bulímico sigue conductas aprendidas sin saber en realidad las consecuencias de sus constantes purgas, ya que tiene la idea equivocada de que con el consumo de éstos evitarán subir de peso, pero ignora que ni los laxantes ni los diuréticos son efectivos para ello, ya que éstos actúan cuando ya se ha producido la absorción de nutrientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es fundamental que los bulímicos aprendan a normalizar sus hábitos de alimentación, ya que su conducta a este respecto es hipocalórica (es decir, excesiva en calorías) a la vez que restrictiva, ya que al abstenerse de los alimentos, sienten la necesidad de una compensación nutricional, por lo que recurren a los atracones.

Los atracones pueden deberse a diversos motivos como ansiedad, aburrimiento, depresión, problemas familiares, etc. El bulímico, al recurrir a ellos y percibir que su conducta es anormal, cae en un círculo vicioso del que no se siente capaz de salir y, por ende, se siente mal consigo mismo.

Ante tales sentimientos de culpabilidad, se aplica el modelo psicoeducativo, el cual propone una alimentación mecánica ante la cual el bulímico tiene que responder delegando la culpa al terapeuta, de esta manera y con la colaboración del paciente puede regularse la alimentación del bulímico, al no sentirse él responsable por lo que come.

La alimentación mecánica consiste en: desayunar no más tarde de una hora después de levantarse, no deben pasar más de 3 ó 4 horas entre el desayuno y la comida, merendar algo ligero, cenar no muy tarde, esto es entre las 8 y 9 P.M. En este caso las comidas han de considerarse como las medicinas y tener prioridad, comer en función de un esquema predeterminado y no en función de que se tenga mayor o menor sentimiento de hambre y por último no saltarse ninguna comida.

Con la aplicación de estas pautas se elimina el uso de dietas restrictivas que llevan irremediablemente al padecimiento de un trastorno alimentario, los pacientes bulímicos deben saber las repercusiones físicas y psicológicas a las que se exponen por su desnutrición; por lo tanto, se espera un razonamiento que conduzca a la meditación de sus motivos, mismos que se involucran en el fondo con su deseo de perjudicarse.

Al igual que en la anorexia, los estudiosos de estos trastornos proponen diversos tratamientos, uno de ellos es el grupal psicoeducativo. Este tipo de tratamiento es de gran utilidad, ya que reduce inicialmente los síntomas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

propios del bulímico y logra una regularidad en los hábitos alimentarios. Sin embargo, es importante mencionar que esta opción es válida en el principio pero se mostrará generalmente insuficiente con el paso del tiempo.

Los objetivos de este tratamiento son el dar información y psicoeducación correspondiente a la bulimia nerviosa, permitir que el bulímico adquiera responsabilidad por su conducta y evitar rotundamente la profundización del terapeuta en problemas individuales del bulímico.

Este tratamiento ha resultado eficaz en el caso de quienes padecen bulimia nerviosa y es de vital importancia que sea aplicado ya que los bulímicos no mejorarán sino reciben atención.

Sin embargo, la eficacia de un tratamiento está limitada, ya que la aplicación de alguno de ellos no supone la recuperación, es por ello que han sido creadas diversas alternativas, entre las que se encuentra el **tratamiento ambulatorio de tipo psicológico**, dentro del cual existen jerarquías de aplicaciones terapéuticas, según menciona Chinchilla, empezando por: grupos de autoayuda, grupos psicoeducativos, psicológico específico, psicológico más medicación.

El internamiento es también una aplicación terapéutica para lograr la recuperación del paciente; durante ese período se entrelazan los aspectos psicológicos y nutricionales, alentando además hacia el desarrollo de habilidades sociales. También se incorporan terapias grupales para lograr la aceptación de la imagen corporal y se crean grupos de relajación.

Estos programas de tratamiento duran aproximadamente entre cuatro y seis meses y su propósito no es sólo eliminar el trastorno alimentario de la persona, sino mantener los cambios que se efectúen en ella.

La duración de un programa puede maximizar la recuperación del paciente. Mientras más tiempo se trabaje con él, más duraderos serán los beneficios.

Otra posibilidad es la terapia interpersonal, que consiste en lograr la normalización de los hábitos alimentarios de un bulímico. Ésta fue aplicada la primera vez por Klerman en 1984, a partir de entonces no se había desarrollado sino hasta hace una década, cuando Fairburn la aplicó plenamente estructurada en 1991.

La importancia de esta terapia radica en hallar la solución a los problemas que llevaron al paciente a vivir con un trastorno alimentario, se busca eliminar las emociones negativas y abrir paso a las positivas.

En este tratamiento se lleva un registro de la vinculación creada por el bulímico ante sus relaciones interpersonales y la aparición del trastorno alimentario, lo que denota que existe una forma inadecuada de interacción con las personas que lo rodean, por lo que se proveen medidas que logran en el paciente un buen desarrollo ante la sociedad.

Algunos otros tratamientos ponen a prueba la resistencia del paciente, como el de exposición con prevención de respuesta, el cual se basa en someter al bulímico a los factores desencadenantes de sus atracones y vómitos, a lo que se conoce como fase de exposición. Cuando el paciente recibe alguno de estos estímulos (alimentos deseables, ver su cuerpo en un espejo, haber tenido una discusión acalorada) se evita determinadamente que altere su conducta.

El tratamiento parece ser muy cruel, al exponer al bulímico a todo lo que lo irrita, pero cuando se le evita que caiga en uno de sus episodios de vómitos se origina en él la reflexión y cuando se siente reprimido ante no poder desahogar sus emociones negativas, inevitablemente llega a los motivos que lo condujeron a reaccionar de tal manera.

La aplicación del programa ha revelado que su eficacia se da a largo plazo, ya que continúan por mucho tiempo los vómitos y atracones. Esta incidencia es favorecida por los pensamientos irracionales de los bulímicos, al creer que su imagen y peso no son los apropiados, por lo que desbordan en una severa restricción alimentaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dicha restricción debe ser tratada a través de una combinación de técnicas cognitivas y conductuales (tratamiento cognitivo-conductual) para que las actitudes que el bulímico tenga ante su imagen y peso sean las correctas al tiempo que su autoestima se eleve.

En el caso ya señalado se utiliza una combinación de técnicas cognitivas y conductuales para cambiar la conducta de los pacientes y sus actitudes hacia el peso y la imagen.

El programa utilizado en esta terapia puede durar de cinco a seis meses, con una o dos sesiones a la semana y con un tiempo de duración que va de una a tres horas, según sea la necesidad del bulímico.

Puede estar integrado hasta por diez personas, hecho que facilita la comunicación. Además los pacientes pueden tener las mismas características (promedio de edad similar, condiciones iguales de patología). Con base en estas consideraciones se utilizarán técnicas para la resolución de problemas.

La aplicación de diversas técnicas se efectúa tomando en cuenta un autorregistro de los hábitos alimentarios y crisis bulímicas del paciente, a la vez que se le anima a modificar su conducta alimentaria cambiando sus ideas respecto a su peso, figura y autoestima. De esta manera, cuando se observan progresos, se realizará un esfuerzo por evitar las recaídas y reflexionar sobre los beneficios de haber recibido el tratamiento, lo que significa ahondar en la vida del bulímico y en la relación que ha logrado con quienes le rodean.

Esta terapia es muy eficaz, motivo que ha provocado su uso no solamente en el mejoramiento de quienes padecen bulimia nerviosa, sino también en otros trastornos mentales.

Las técnicas del tratamiento cognitivo conductual son eficaces, sin duda alguna, a corto y mediano plazo, y en mayor grado cuando se aplican grupalmente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otra parte, según indica Chinchilla, la bulimia se atribuyó a una decadencia en el cerebro, es por ello que se consideró conveniente utilizar medicamentos que disminuyeran los síntomas.

Sin embargo, el tipo de tratamiento farmacológico para persistir superó un sinnúmero de obstáculos, ya que los síntomas de un bulímico parecen cubrir enfermedades, tanto de tipo psicológico como físico, lo que dificultó la atención médica que se debía aplicar.

En este tipo de tratamiento es muy importante la investigación de especialistas que mediquen correctamente al bulímico con el propósito de seguir trabajando con otras terapias.

Por lo tanto, los tratamientos farmacológico y psicológico pueden funcionar al mismo tiempo, dando excelentes resultados, pero hay que resaltar un factor trascendental en la recuperación de la bulimia y de la anorexia: la colaboración de quien padece el trastorno alimentario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Capítulo V



"Es fundamental conocer las investigaciones que aportan datos significativos sobre la importancia de la detección y prevención de cambios en los hábitos alimentarios deficientes".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÚLTIMAS INVESTIGACIONES. CIFRAS REVELADORAS

La anorexia y bulimia nerviosas son padecimientos cada vez más recurrentes en nuestro país, por lo tanto es necesario conocer los estudios que se han realizado al respecto, así como datos que arrojen más información acerca de la forma en que se originan tales trastornos.

Una luz en la oscuridad. Los estudios hablan

México, país subdesarrollado, no ha logrado incursionar en varios campos del saber, motivo por el cual no existen minuciosas investigaciones que permitan el desarrollo científico a mayor cabalidad.

A este respecto, el psicólogo Héctor Aguiluz, de Servicios Médicos de la UNAM, comentó: "En México no tenemos una casuística muy amplia, es decir, investigación para determinar si los trastornos son más frecuentes en una u otra clase social, así como en ciudades o comunidades rurales. En realidad la aparición de estos trastornos es relativamente reciente y por lo tanto no se ha acumulado información en nuestro país como para tener datos muy precisos".

En la Revista de Investigación Clínica, en su edición marzo-abril de 2000, se expresó algo semejante por Claudia Unikel Santoncini: "el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria es un área de investigación relativamente nueva en México". Debido a ello, aunque los conocimientos son aún limitados se han publicado artículos en revistas especializadas de interés médico con datos muy importantes que se refieren en particular a esta problemática enfatizada a México.

Estas investigaciones son muy valiosas, ya que han sido realizadas con base a observación de la sociedad mexicana, no se investiga desde la perspectiva de otra nación, sino de la propia, hecho muy significativo ya que éste es un paso hacia el desarrollo cognoscitivo en este campo específico en nuestro país.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De las investigaciones realizadas existe una gran cantidad de puntos destacados que proporcionan información diversa sobre los trastornos alimentarios. A continuación retomo cronológicamente los que considero de mayor relevancia.

La Revista Psicología Iberoamericana, en su volumen 6, número 2 de 1998, señaló que entre los factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria, el más ampliamente reconocido es el seguimiento de dietas para el control o reducción de peso.

La misma publicación añade, "resulta cada vez más evidente que los niños están adquiriendo la neurosis de los adultos, la obsesión por un peso y forma corporal tendiente hacia una delgadez difícil de alcanzar, tal situación tiene lugar entre los 11 y 12 años".

Por otra parte, el proyecto de Investigación en Nutrición, publicado en la Revista Mexicana de Psicología, volumen 16 de 1999, realizó un estudio para valorar la ocurrencia de anorexia y bulimia nerviosas, del cual se concluyó lo siguiente:

Existe un pobre conocimiento de los trastornos alimentarios en nuestro medio, lo que da oportunidad a que algunos casos pasen inadvertidos en sus fases tempranas y como resultado las intervenciones terapéuticas tienen menores posibilidades de éxito.

En la actualidad se observa que los trastornos alimentarios ya no pertenecen a las sociedades con un alto desarrollo económico, sino tal parece que el común denominador es la cultura de la delgadez.

El gran bombardeo que se lleva a cabo en los medios masivos de comunicación promueve imágenes estereotipadas en donde tener un cuerpo delgado da estatus, sobre todo a las mujeres, quienes de no cumplir con estas exigencias, son rechazadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para padecer un trastorno alimentario se necesita de cierta estructura psicológica, tal como sentimientos de baja autoestima, o bien, una alta valoración del modelo estético corporal esbelto.

La División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría y la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM, realizaron investigaciones en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria, de las cuales se desprenden los siguientes datos que fueron publicados en la Revista Mexicana de Psicología, volumen 16 de 1999:

Se sitúa a las bailarinas profesionales como grupo de alto riesgo; la propensión psicológica que tienen algunas personas hacia la anorexia nerviosa, se exacerba con las demandas sociales.

La evidencia general indica que la anorexia nerviosa se trata de un desorden multicausal, "cuyos factores potenciales predisponentes incluyen características de personalidad, trastornos perceptivo-conceptuales, tendencia a engordar, patrones familiares patológicos de interacción, determinadas características de personalidad de los padres y actitudes de éstos hacia el peso y figura de los hijos, así como la presión del medio ambiente", señala el informe.

La tendencia reportada en el estudio fue considerar que su peso se encontraba por arriba del ideal y cabe mencionar que esto es una tendencia generalizada en las mujeres, que no es exclusiva en personas con un desorden en la conducta alimentaria.

La práctica de dietas y la insatisfacción con la figura y el peso pueden ser el detonador de una patología más grave, ya que resulta preocupante que el 15 % de las profesionistas no bailarinas utilice laxantes y el 9 % diuréticos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para finalizar, el documento subraya la necesidad urgente de instrumentar programas enfocados a la prevención de estas enfermedades, principalmente en adolescentes y adultos jóvenes. Asimismo, indica que la supresión crónica del peso tiene consecuencias graves en la salud, además de que el riesgo de muerte que se asocia con estos padecimientos es muy elevado.

Por su parte, la Dra. Gilda Gómez-Peresmitré, de la Facultad de Psicología de la UNAM, realizó un estudio por primera vez en México para conocer si en niñas de 9 a 13 años se presentan factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, cuyos datos fueron publicados en la Revista Mexicana de Psicología, volumen 16 de 1999. Entre otros resultados se distinguen los siguientes:

Casi la mitad de las preadolescentes del estudio estaban insatisfechas con su imagen corporal. La figura ideal del 94% fue la delgada, lo que significa que en la edad media, los 11 años, ya está presente la aceptación del estereotipo social de la cultura de la delgadez.

Una vez más se confirma que la involucración activa en dietas para el control de peso es uno de los principales factores predisponentes para el desarrollo de trastornos de la alimentación. Incluso se pudo apreciar una preocupación excesiva que afecta a gran parte de las niñas, la cual está presente en situaciones que no se esperarían, por ejemplo en niñas delgadas.

La Revista de Investigación Clínica, en su edición marzo-abril del 2000, proporciona información muy relevante en el campo de trastornos alimentarios, recabada por investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Según los datos recopilados, existe la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en el Distrito Federal y un porcentaje importante de prácticas alimentarias de riesgo, como efecto de una preocupación desmesurada por la figura y el peso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosas) son enfermedades que se desarrollan en la adolescencia y entre un 90 a 95 por ciento de los casos son mujeres.

Ahora bien, recurriendo un poco a las cifras, podemos mencionar que las estadísticas señalan que la prevalencia de la anorexia nerviosa fluctúa entre 0.2 y 0.5 por ciento, y la de la bulimia entre 2 y 3 por ciento, mientras que la de los trastornos de la conducta no especificados, es del 3 al 5 por ciento. La relación hombre-mujer de anorexia nerviosa es de 1 por cada 20 casos, mientras que esta relación es de 1 por cada 10 de bulimia nerviosa.

Entre sus hallazgos, los investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría explican que los trastornos de la imagen corporal y de la conducta alimentaria, se inician en las niñas alrededor de los 10 años, además de que el 60 por ciento de mujeres adolescentes estudiantes de escuelas privadas llevan a cabo dietas para bajar de peso, y entre el 2.5 y 12 por ciento utilizan el vómito autoinducido, laxantes o diuréticos con este mismo fin.

En el mismo documento se incluye un análisis de grupos por edad, que indica que la presencia de preocupación por engordar, sensación de falta de control al comer, comer compulsivamente, práctica de ayunos y uso de pastillas, diuréticos y laxantes es mayor a medida que se incrementa la edad.

Los porcentajes de preocupación por engordar y la práctica de diversos métodos de control de peso, colocan a una cantidad importante de mujeres adolescentes ante la posibilidad de desarrollar una patología más severa.

Según los resultados de la investigación, comer compulsivamente, usar pastillas, diuréticos, enemas, supositorios y lavativas, no es un indicador de una patología, sería necesario antes de emitir un diagnóstico final, realizar otra serie de exámenes para detectar un posible trastorno alimentario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La presencia de sobrepeso es menos aceptada en la mujer que en el hombre y la respuesta de hombres y mujeres ante esta misma condición, se encuentra matizada culturalmente, ya que el comer compulsivamente es una conducta alimentaria mayor en hombres.

Los datos anteriores son el resultado del esfuerzo minucioso de múltiples investigadores que consideran preciso conocer más profundamente el campo de los trastornos alimentarios, hasta ahora poco estudiado en nuestro país.

Al respecto, la Dra. Gilda Gómez-Peresmitré, de la Facultad de Psicología de la UNAM, afirmó "Las investigaciones en la UNAM inician a mediados de los años 90, en la Facultad empezamos en el 94 y todo lo que estamos haciendo está financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica, ellos proporcionaron el dinero para las investigaciones. A la fecha, llevo ocho años haciendo investigación financiada, el trayecto ha sido largo, pero falta mucho por hacer".

En su estudio sobre los factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria explica que "se ha establecido que una imagen corporal negativa se relaciona con trastornos de la alimentación y otras dificultades psicosociales. en tanto estar insatisfecho con la imagen corporal constituye un factor de inadaptación social".

Además agrega que el nivel o grado de satisfacción/insatisfacción es una de las dos dimensiones de la imagen corporal más estudiadas y mejor documentadas como factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la alimentación.

Como se puede observar, las investigaciones realizadas en nuestro país aunque han sido pocas y recientes contribuyen en gran medida a conocer los trastornos de la conducta alimentaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tales estudios, han proporcionado detalles que se vuelven más significativos con el paso del tiempo, como se percibe con la investigación más reciente de la Dra. Gómez P., la cual alude a la presencia de factores de riesgo en adolescentes, pre-púberes y púberes, destacando que en el caso de las mujeres el deseo por ser delgada se incrementa con la edad.

Sintomatología distinta en el caso de los hombres, quienes siguen una dirección inversa, es decir, a menor edad, mayor elección de una figura ideal delgada.

La información anterior corrobora en ciertos aspectos lo que se ha encontrado en fuentes bibliográficas, sin embargo, cabe destacar que las investigaciones realizadas en otros países son mayores que las existentes en México.

La anorexia y bulimia nerviosas son trastornos definitivamente multicausales, que pueden presentarse desde la infancia hasta una edad madura.

Sin embargo, el número de personas que puede llegar a padecer uno de estos trastornos es alarmante y por ello es necesario tomar las medidas oportunas que frenen esta epidemia social, tal y como lo ha denominado la Dra. Gilda Gómez-Peresmitré, al decir "ha habido otras epidemias características de otros siglos, pero hemos llegado a un siglo vanal, lejos de haber progresado a lo profundo de los valores estables, familiares, estamos en una sociedad deteriorada".

Tales trastornos se están expandiendo entre la sociedad, por lo que es necesaria una educación que guíe hacia buenos hábitos alimentarios, tal y como menciona la licenciada en nutrición Margarita Chagoyán, de Servicios Médicos de la UNAM: "hay que hacer que la gente modifique su conducta alimentaria, debemos promocionar la salud, que la gente joven vea antes de la figura, la salud y alrededor de ella giren las acciones que realice, es decir, mejorar la calidad de vida".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ante tal panorama, surgen distintas propuestas que persiguen abatir los altos índices alcanzados por los trastornos alimentarios. Una de ellas es la de la Dra. Melania Hernández, de Servicios Médicos de la UNAM, quien al dirigirla señaló: "nuestra propuesta desea desarrollar el pensamiento crítico creativo, el conocimiento de uno mismo, esta estrategia utiliza un modelo de la Organización Mundial de la Salud, que se alimenta de la psicología humanística existencial y de la pedagogía, vamos a trabajar con poblaciones de riesgo entre los estudiantes, espero que les beneficie".

De igual manera, la Dra. Gómez-Peresmitré explicó la importancia de tener resultados de las investigaciones, a fin de presentarlos a la SEP y ésta considere y reconsidere que esta cuestión de la prevención debe ser incluida como un programa de la educación básica, al igual que la sexual. La educación desempeña una importante función en la tarea de cambiar conductas, erradicar hábitos y es por ello que los que conocen lo fatal de padecer un trastorno alimentario consideran que es urgente iniciar medidas preventivas.

Ante tal afirmación, tal vez pueda esperarse a largo plazo una respuesta a la demanda en silencio de la sociedad: Ayuda para evitar caer en un trastorno alimentario.

De lo anterior también se puede desprender que en cada paciente se observa una causa diferente que lo dirigió a la enfermedad, en algunos casos son semejantes, pero igualmente se pueden observar características que van más allá de lo racional.

La anorexia y bulimia nerviosas, se convierten en padecimientos que nublan la mente, al no poder ésta controlar el cuerpo.

El riesgo de la sociedad de caer en un trastorno de este tipo es alarmante, esta sola afirmación tiene que ser suficiente para meditar y considerar si estamos en una crisis social. A este respecto y quizá sin una respuesta aún, refiriéndose específicamente a la bulimia, Josep Toro en su obra *El Cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, pregunta: ¿acaso es nuestra cultura de la delgadez y del hipercontrol alimentario la que crea las condiciones para que un acto de glotonería se transforme en un síntoma patológico?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Capítulo VI



A continuación se presenta una serie de entrevistas realizadas a jóvenes que parecen anorexia y bulimia nerviosas, con el propósito de enriquecer este reportaje, aumentando así su valor periodístico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

LA VOZ DEL SILENCIO. ENTREVISTAS

La realización de una entrevista proporciona un enorme caudal de información, ya que permite conocer aspectos que únicamente la persona cuestionada puede aportar, así sucede en el caso de las jóvenes que compartieron sus experiencias en torno a la anorexia y bulimia nerviosas.

Al relatar como han vivido con estos padecimientos, permitieron realizar una comparación entre lo escrito en libros de consulta y la vida real, sin embargo, en cada caso use discernimiento el lector.

Cuando te destruyen la vida. Mayra

Al preguntarle a Mayra, de 15 años, cuál era su peso, ella contestó, *"no sé mi peso porque no me lo dicen, el enfrentarnos a nuestro peso nos da miedo, no sabemos si va a ser muy alto para nosotras; yo llegué a pesar 32 kilos, ahora me he ido recuperando, pero a enfrentarme a mi peso normal, todavía le tengo mucho miedo"*.

Mayra se expresa fluidamente y muestra un especial interés en contar por lo que ha atravesado, reacción que no es común en quien padece este trastorno, sin embargo, ella explica que sus amigas, su baja autoestima y la cultura que muestra a sus modelos flacas, fueron factores que la perjudicaron, ella deseaba estar así y se propuso lograrlo.

Dejó de comer las cosas que ella creía le engordaban, hacía mucho ejercicio hasta que se desmayaba: *"sentía que se me iba la vida en ese momento"*.

Sin embargo, Mayra se sentía tranquila, satisfecha de su conducta, ella no percibía su padecimiento, al principio su familia no se daba cuenta, ocultó el problema durante tres meses, les decía que ya había comido, se ponía ropa más grande y no sospechaban; su mamá consideraba que su conducta se debía a la adolescencia: *"cuando le dije a mi mamá estoy muy gorda, voy a bajar de*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

peso, ella decía 'se le va a pasar' pero no se me pasó”.

Su madre la presionaba para que comiera, pero de una manera tranquila. En contraste, su padre la insultaba, le decía que se iba a morir si seguía así: *“esa era una presión muy fuerte para mí, lo único que podía controlar era no comer y con más razón lo hacía”.*

Su situación fue empeorando, al principio recibía los halagos de sus compañeras con comentarios como: *“que cinturita”*, pero después ellas mismas la trataban con desdén, al decir que era una flaca, esto bajó aún más la autoestima de Mayra, quien se sintió peor, ya que ella deseaba subir su autoestima con bajar de peso y al hacerlo no logró su objetivo.

La depresión se volvió en algo insoportable y mencionó: *“llegó un momento en que no podía con la carga que traía de años pasados, me quise suicidar cinco veces, pero no resultó”*. La tristeza era profunda y decidió pedir ayuda a su madre, quien dejó de trabajar para apoyarla. Acudieron a una fundación contra trastornos alimentarios, pero no fue atendida ahí, ya que tuvo que ser internada urgentemente, la hospitalizaron durante dos meses por depresión crónica y anorexia nerviosa.

Durante su internamiento, Mayra fue alimentada por sonda, ya que su cuerpo no respondía para subir de peso, dos veces se quedó ciega, y se convulsionaba. Ella afirma: *“no se gana nada con esta enfermedad, el estar extremadamente delgada hasta el punto de hacerte daño a ti misma, tu mente te controla totalmente, estás hospitalizada con sonda, eso no es lo que tú esperas al bajar de peso”*.

Mayra expresa que su familia le ha proporcionado ayuda, la estimulan a recuperarse, su padre ahora ya no la insulta y está preocupado por su salud, su madre siempre la acompaña a sus citas al hospital.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La madre de Mayra espera que terminemos la conversación, al concluir ella comenta un dato significativo: "Cuando se les coloca la sonda para ellas es como una violación", esta expresión deja ver la profundidad del padecimiento.

Mientras Mayra no está presente, su madre añade información sobre su hija, lo que comentó está relacionado con la raíz de su anorexia *"Mayra fue violada a los 10 años. Cuando se le propuso por los terapeutas qué hacer para que se recuperara, ella decidió enfrentar a su agresor, las dos veces que lo hizo, se sangraba las muñecas de la desesperación e intentó suicidarse en ambas ocasiones, tomaba el cuchillo para matarse, algunas veces caminaba por largo tiempo sin rumbo o daba vueltas fuera de la casa por las noches, mi hija ha sufrido mucho"*.

Desde los 13 años, fue cambiando, actuaba como ida, asegura su madre: *"se golpeaba contra el espejo; el sufrimiento de Mayra es terrible"*. Sin embargo, ella planea seguir estudiando y llenar su mente de pensamientos positivos: *"lo mejor es que pongas en tu mente pensamientos que no te dañen, que te sirvan a ti y a otros, y que pienses en el futuro, en tus planes a largo y corto plazo"*.

¿*Qué será lo que me pasa?* MIRIAM

Desde los 13 años, Miriam, ahora de 25, empezó a preocuparse por su peso, ella se considera bulímica y aunque asegura no provocarse el vómito, se identifica con características propias de este trastorno, por lo que es interesante conocer su historia.

A los 14 años hacía dietas de ayunar todo el día y por lo menos dos veces al mes no comía, deseaba ser delgada y utilizar la ropa que es exclusiva de tallas pequeñas, *"la más grande es de señora"*. Ella se sentía angustiada al percatarse que su ropa ya no le quedaba, además tenía una amiga que le animaba a bajar juntas de peso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El adelgazar poco a poco se volvió una obsesión, Miriam comenta: *"te obsesionas y entre más bajas más quieres y llega un momento en el que no te preocupa tu salud física sino bajar de peso"*.

Debido a su estado de desnutrición llegó a perder el conocimiento pero siempre ocultando a los doctores el motivo de sus problemas médicos. Sus dietas al principio eran supervisadas por especialistas, pero después ella se sometía a lo que consideraba la ayudaría a perder peso.

El deseo de ser delgada va más allá de la razón *"en mi trabajo tomo mucha agua porque es para bajar de peso, no dejo de pensarlo, yo quiero olvidarme de que voy a engordar pero no puedo, porque me doy cuenta de que subo de peso y me siento mal y vuelvo a lo mismo, a tomar agua, a hacer mucho ejercicio, luego viene la culpabilidad por comer, yo decía, ahora de castigo no voy a cenar"*.

Aunque Miriam escuchaba comentarios de personas allegadas a ella sobre el desorden en sus hábitos alimentarios, ella lo negaba y durante mucho tiempo su aspecto fue demacrado, pero a pesar de ello su familia no percibió su problema ya que escondía sus medicamentos, laxantes y diuréticos, para que no le pidieran una explicación.

El tiempo ha transcurrido y después de 10 años ella aseveró: *"el peso ha sido una obsesión para mí, la comida se vuelve un refugio, comes y después dices para qué comí, pero llega un momento en que dices, no quiero morirte y ahora veo los efectos de lo que hice, reflejados en afecciones de mis huesos"*.

Al contemplar la situación en que se encontraba, su familia le decía que comiera pero ella se rehusaba: *"la forma en que ellos quisieran ayudarme no era la que yo necesitaba, me molestaba"*. Sin embargo, ella ha luchado por superar su problema, piensa que: *"la valía de una persona no es porque esté delgada, quien te acepte, será tal y como eres"*.

Es importante mencionar que actualmente Miriam no recibe ningún tipo de tratamiento, sin embargo, está dispuesta a buscar ayuda por lo y ella afirmó: *"el primer paso es aceptar que tienes el problema"*.

El vicio de comer. MIRIAM

El ser mamá cambia tu vida, esta afirmación resultó cierta en el caso de Miriam, de 24 años, quien ha padecido anorexia y bulimia durante 11 años: *"yo tengo un bebé y si no me ayudo yo, cómo voy a ayudarlo a él, yo pedí auxilio cuando tuve a mi bebé, ser mamá cambió mi perspectiva"*. Respecto a los trastornos del comer, ella aseguró: *"te cambia el carácter, te vuelves voluble, todo te molesta, te irrita, tu prioridad es la comida y ya no es un disfrute, más bien es un tormento vivir con eso, mi bebé me decía, vamos al parque y yo le contestaba ¡no! porque estaba tragando, él no tiene la culpa de lo que me pasa"*.

Miriam padeció anorexia desde los trece años, dejó de comer repentinamente, hacía mucho ejercicio, ya que jugaba básquetbol, patinaba, iba a clases de jazz, etc. Durante mucho tiempo comió muy poco, después pasó a ser bulímica, a raíz de darse cuenta que había subido 5 kilos: *"Si comía mucho en la escuela me provocaba el vómito y empecé a perder el control"*.

Los factores que influyeron en ella para que se desarrollaran estos padecimientos fueron la baja autoestima cultivada en la secundaria por amigos y profesores así como el rechazo de su padre al recibir sus malas calificaciones. Miriam no pudo asimilar esta presión y caía repetidamente en un trastorno alimentario, alternándolos cada vez.

Al respecto, ella comenta: *"después de mi embarazo subí 25 kilos, ya no podía controlar lo que comía ni lo que hacía, me la pasaba todo el día comiendo, no saciaba mi apetito, los nervios, la ansiedad, hice muchas dietas, tomaba anfetaminas"*.

Las circunstancias de Miriam fueron muy difíciles, las depresiones eran terribles, ella explica la razón: *"Me levanto a tragar y me voy a acostar, me da sueño, me aísto, siento la ansiedad de volver a comer, me atraco otra vez, lo vomito, pero el cansancio me provoca volver a dormir, me la paso vomitando, comiendo, durmiendo y pueden pasar días así, estás viendo perder tu vida dedicándote sólo a comer"*.

Al principio ella no aceptó su padecimiento, más bien lo negaba, ahora puede afrontar su situación: *"antes decían bulimia y anorexia y era llorar tres horas, ahora puedo hablar libremente de eso sin sentirme culpable"*.

En el caso de Miriam cabe destacar que ella no recibió ayuda de su familia para recurrir a tratamiento, al contrario de esto ella afirmó: *"mi mamá me dijo que se había dado cuenta que vomitaba y yo le pregunté, por qué no me lo dijiste, esto lo pude haber controlado hace cuatro años, ahora llevo 11 años de mi vida gastados en esto, si tú me hubieras ayudado, esto hubiera sido más fácil, porque es doloroso estar en un círculo vicioso y no poder salir de él."*

A pesar de ello, Miriam lleva dos meses y medio de tratamiento y se ha sentido bien, le han recetado pastillas para ayudarla a controlar la impulsión a vomitar y es atendida por psicólogos y psiquiatras, además recibe terapias individuales, de grupo y de familia.

Miriam se muestra preocupada por la situación de otros que se encuentran en su caso *"la misma familia se tapa los ojos y trae a sus hijos al borde de la muerte, si ve que uno no tiene la fuerza para buscar ayuda, hay que apoyarlos"*, afirmó mostrando en su rostro indignación.

La familia de Miriam ahora está más dispuesta a colaborar en su recuperación, pero los vómitos y atracones siguen siendo parte de su vida, ella está aprendiendo a controlar sus impulsos: *"si me enojo, mejor me salgo a la calle y ya no estoy pensando en lo que voy a comer, cuando el enojo es conmigo, es cuando llega el atracón, entonces necesito ayuda"*, afirmó mientras se percibe en el ambiente un leve olor a vómito que ella despidió de su boca.

El futuro se vislumbra distinto desde el punto de vista de Miriam, estamos concluyendo la entrevista en un consultorio bien iluminado y en un ambiente tranquilo, ya que ella se muestra animosa y desea recuperarse por brindar a su hijo algo mejor que una madre anoréxica o bulímica.

¿Por qué juzgan mi apariencia? Nayeli

Transcurría parte de la mañana en el Instituto Mexicano de Psiquiatría en el área de trastornos alimentarios, ya había varios pacientes, entonces llegó una joven acompañada de su madre; aquella chica era alta, de compleción robusta, vestía de negro, se veía temerosa, confundida, eso manifestaba su semblante. Pasó un poco de tiempo y decidí solicitarle una entrevista, ella accedió mirando a su madre para ver su reacción y así poder decidir lo que haría, su madre aceptó, mostrando una actitud amable.

Decidimos buscar un lugar en donde existiera mayor privacidad, fue así como llegamos a un pequeño recibidor rodeado de consultorios, ahí es donde inició la entrevista realizada a Nayeli Ortega, de 16 años, paciente de bulimia nerviosa.

Nayeli presenta trastornos alimentarios desde hace tres años; sin embargo, desde la primaria era presa de la burla por su sobrepeso, ya que le ponían apodos por su aspecto físico. Además, sus familiares la criticaban mucho, ella asegura que por esa presión decidió bajar de peso.

Para lograr su propósito, empezó a eliminar algunos alimentos, pero después comía con exceso y se provocaba el vómito, ella explica: *“Mes y medio no comía nada, luego, pasaban cinco meses o menos en los cuales comía y vomitaba, después regresaba otro mes en que no comía nada”*.

Estos fueron sus hábitos alimentarios desde aproximadamente los 13 años, ocultando este padecimiento a su familia durante dos años y medio. Para lograrlo comía enfrente de ellos, cuando no ingería alimentos decía ya haberlo hecho o simplemente se escapaba de la situación diciendo: *“no tengo*

hambre” Ella acepta que estaba mal lo que hacía, pero con tal de bajar de peso no importaba lo que estaba pasando en su vida.

El deseo por perder peso aumentaba cuando veía a las modelos superdelgadas y ella al compararse se daba cuenta de que estaba lejos de aquella esbeltez, por lo que razonaba para sí: *“no estoy bien, hay que hacer algo”*.

Nayeli no deseaba recibir atención médica, al preguntarle si podría seguir aguantando su padecimiento, afirmó que sí podía hacerlo, accedió llegar al Instituto por consejo de su madre, quien le asegura que estará bien si recibe ayuda, aunque aún se observa en ella una actitud renuente.

Sus depresiones son constantes, por lo tanto se ha aislado de las personas y ella relata la angustia que le provoca atracarse de comida y llegar al grado de no poderlo controlar y provocarse el vómito, ella misma se pregunta: *¿Cómo estoy haciendo esto?*

Los pensamientos de Nayeli tienen un solo objetivo “bajar de peso”; sin embargo, ella anhela salir de este trastorno, ha visto a otras jóvenes recuperarse y ella también desea hacerlo.

Se sabe segura del apoyo de su familia; sin embargo, se muestra cohibida por la presencia de su madre. Está consciente de que por esta enfermedad descuidó sus estudios, pero desea continuar en la escuela y *“echarle ganas”*.

El caso de Nayeli se presenta complejo, ya que, según comentó su madre, sus problemas alimentarios han estado acompañados de borracheras y mala conducta. La señora muestra interés por su hija, llora de preocupación, ahora hay que esperar la reacción de Nayeli al tratamiento

***Cuánto dolor causa perder lo que se ama.* Paola Ethiel**

Paola Ethiel es una joven de figura esbelta. Se distinguen en ella sus manos largas y sus dedos delgadísimos. Desde hace 4 años padece anorexia. En una

ocasión fue llevada de urgencia al Hospital porque tenía impactados los intestinos, ya no podía hacer del baño y al comer tenía reflujos, es decir, se le regresaba la comida.

El trastorno alimentario inició sus estragos cuando cursaba la secundaria, dos factores fueron determinantes; uno aconteció cuando murió su mejor amigo, a partir de ese momento ella empezó a deprimirse constantemente, se aislaba de sus compañeros y se negaba a convivir con quienes le rodeaban, incluyendo a su familia; otro se desarrolló cuando le decían que estaba gorda, desde entonces empezó a hacer mucho ejercicio y dejar de comer.

Los hábitos alimentarios de Ethiel cambiaron abrumadoramente, primero comía solo yogurt o una naranja, cuando se dio cuenta de lo rápido que estaba bajando de peso le agradó, cuando quiso volver a comer nuevamente no podía por el temor a engordar, por lo que dejó de alimentarse completamente.

La familia no percibía el problema que Paola Ethiel tenía, ya que sus padres trabajan y su hermano asiste a la escuela, ella mentía y en presencia de ellos comía poco, regularmente los sábados y domingos. Ella explica: *"No soportaba el hecho de comer, yo decía, para qué como si no lo necesito, o para qué como, estoy perdiendo el tiempo y puedo hacer otras cosas"*, estas ideas peleaban en su mente.

Sus relaciones familiares se deterioraban cada vez más, ella misma comenta: *"no podía salir con mi familia porque luego me enojaba, tenía unos cambios de carácter muy feos"*

Sin embargo, la madre de Paola Ethiel llegó a percibir el problema, empezó a buscar doctores, naturistas y ginecólogos, hasta que llegaron a una fundación en la que únicamente recibió ayuda psicológica, pero de la cual no se obtuvo ningún resultado. Ella empeoraba cada vez más, ya que a sus 17 años hacía tres que padecía amenorrea; fue recomendado a su familia el Instituto Mexicano de Psiquiatría y fue entonces cuando la sacaron de la escuela y la internaron.

Paola afirma que durante ese tiempo uno de los momentos más angustiantes fue cuando le pusieron sonda, ella afirma: *"yo estaba haciendo todo, comía lo que me daban, estaba en reposo y no subía, mi trauma fue que chicas que no seguían las instrucciones subían de peso y yo no podía subir"*

Han pasado ocho meses desde aquel suceso y el tratamiento continúa, ya que es atendida por el nutriólogo cada 15 días. Lleva un plan alimentario donde tiene la opción de elegir, utilizando además medicamentos y suplementos, según menciona, de un alto costo.

Para Paola fue muy importante el apoyo de su familia durante aquellos difíciles momentos, ya que sus tías se organizaban para cuidarla. La mirada de Ethiel cuando habla no es la misma que la de una joven sin este padecimiento, hay cierta indiferencia en sus gestos, pero a pesar de esto ella tiene metas trazadas para su futuro: *"lo principal es acabar una carrera y estar bien para poder trabajar y hacer ejercicio, no para bajar de peso, sino para moldear mi cuerpo"*.

CONCLUSIONES

Los trastornos de la conducta alimentaria han aumentado su incidencia de forma significativa, en un tiempo se consideró que éstos eran exclusivos de los países desarrollados con un alto poder adquisitivo, sin embargo, en la actualidad tal idea es concebida como falsa, ya que éstos han penetrado en todas las esferas sociales.

La insatisfacción con la imagen corporal desempeña un papel fundamental en la modificación de los hábitos alimentarios, sin embargo, existen diversos factores que pueden intervenir en el problema del cual depende la vulnerabilidad y baja autoestima de la persona, destacando que en su mayoría estos padecimientos afectan a las mujeres.

Por tal motivo es urgente que se intervenga a favor de la corrección y prevención, ya que día a día se pasa por alto la magnitud de este problema. La mente se convierte en un enemigo al que resulta difícil dominar, los pensamientos son persistentes todo el tiempo en el afán de no comer o bien de atracarse. Esta lucha constante causa cambios drásticos en la personalidad, lo que conlleva conflictos dolorosos.

No obstante, existen tratamientos que son eficaces, siempre y cuando se obedezcan minuciosamente, pero cabe mencionar que aceptar el padecimiento de un trastorno no es fácil; para que un tratamiento funcione es necesaria la total colaboración del enfermo.

La mayoría de las veces, éste niega su conducta alimentaria anormal y no percibe cuan grave se encuentra. Algunas veces la familia lo detecta e interviene, otras la revelación llega cuando están gravemente enfermos. Finalmente hay quienes afirman que sus padres sabían su problema y no hicieron nada por ayudarlos.

La importancia de estos datos reside en el tipo de educación que se recibe al respecto, la comida se toma como un premio o castigo, hábito profundamente arraigado en México, lo cual genera malas costumbres alimentarias que desembocan en trastornos profundos.

Es necesario reeducar respecto a dicho problema, ya que esta epidemia social reclama ser detenida en su rápido avance, al causar profundos estragos tanto emocionales como físicos.

Finalmente, considero que este reportaje contribuye a un mejor entendimiento sobre los trastornos alimentarios y permitirá cambiar nuestro sentir por quien los padece, ya que su angustia es constante y terrible; el deseo de nada que les invade puede convertirse en la muerte.

La anorexia y bulimia nerviosas están afectando gravemente a la sociedad mexicana, por lo que debe meditarse al respecto y actuar de tal forma que se refleje el conocimiento que de tales trastornos ya poseemos.

Cuando inicié la carrera de Comunicación y Periodismo, leí en un libro que ésta sería azarosa. Ahora, al concluir este reportaje, comprendo por qué.

FUENTES DE CONSULTA

Bibliográficas

Arenson, Gloria

Una sustancia llamada comida. Cómo superar la adicción a comer
España, Mc Graw-Hill, 1991, 211 pp.

Caparrós y Sanfeliú

La anorexia. Una locura del cuerpo
Madrid, Biblioteca Nueva, 1997, 196 pp.

Chinchilla Moreno, Alfonso

Guía Teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa
España, Masson, S.A., 1995, 165 pp.

Cohen, Mary Anne

Tostadas y mermelada para el desayuno. Hacer las paces con la alimentación emocional
Madrid, Pirámide, 1997, 310 pp.

Duker y Slade

Anorexia nerviosa y bulimia
México, Limusa, 1992, 318 pp.

Fernández y Turón

Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia
España, Masson, S.A., 2001, 298 pp.

French, Barbara

La bulimia
Barcelona, Oniro S.A., 1994, 233 pp.

Garner y Garfinkel

Handbook of treatment for eating disorders
New York, The Guilford Press, 1997, 528 pp.

Guillemot y Laxenaire

Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura
España, Masson, S.A., 1994, 149 pp.

Hersovici y Bay

Anorexia nerviosa y bulimia
Argentina, Paidós, 1990, 198 pp.

Martínez-Fornes, Santiago

La obsesión por adelgazar. Bulimia y anorexia
Madrid, Espasa Calpe, 1994, 245 pp.

Morandé, Gonzalo

La anorexia. Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes
Madrid, Temas de hoy, 1999, 389 pp.

Raimbault y Eliacheff

Las indomables. Figuras de la anorexia
Argentina, Nueva visión, 1991, 207 pp.

Reich, Rosa María

Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios
Madrid, Pirámide, 1998, 150 pp.

Saldaña, Carmina

Trastornos del comportamiento alimentario
Madrid, Fundación universidad-Empresa, 1994, 167 pp.

Sherman y Thompson

Bulimia. Una guía para familiares y amigos
México, Trillas, 1999, 155 pp.

Toro, Josep

El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad
España, Ariel, 1996, 353 pp.

Turón Gil, Vicente José

Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad
España, Masson, S.A., 1997, 312 pp.

Vandereycken, Castro y Vanderlinden

Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento
España, Martínez Roca, 1991, 87 pp.

Hemerográficas

Gómez-Peresmitré, Gilda y Ávila Angulo, Enrique

“¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?”, en *Psicología Iberoamericana*, volumen 6, número 2, 1998, págs. 37-45.

Gómez-Peresmitré, Gilda

“Preadolescentes mexicanos y la cultura de la delgadez: Figura ideal anorectica y preocupación excesiva por el peso corporal”, en *Revista Mexicana de Psicología*, volumen 16, número 1, 1999, págs. 153-165.

López Aguilar, Xóchitl, et. al.

“Factores sociales y psicológicos de la obesidad”, en *Psicología Iberoamericana*, volumen 6, número 2, 1998, págs. 3-7.

Mancilla Díaz, Juan Manuel, et. al.

“Factores de riesgo en los trastornos alimentarios”, en *Revista Mexicana de Psicología*, volumen 16, número 1, 1999, págs. 37-46.

Romero, Laura

“Problemas de conducta alimentaria en niñas y adolescentes mexicanas”, en *Gaceta UNAM*, número 3469, 2 de julio de 2001, págs. 4 y 5.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Unikel, Santoncini, Claudia, et. al.

“Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanas. Datos en población estudiantil del Distrito Federal”, en *La Revista de Investigación Clínica*, número 2, marzo-abril 2000, págs. 140-147.

Unikel Santoncini, Claudia y Gómez-Peresmitré, Gilda

“Espectro de los trastornos de la conducta alimentaria: Grupo normal, con alto riesgo y clínico”, en *Revista Mexicana de Psicología*, volumen 16, número 1, 1999, págs. 141-151.

Documentos

Pichot, Pierre

DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

Asociación Americana de Psiquiatría

Masson, S.A., 1994, 909 pp.

Informáticas

www.eatingdisorders.com.mx. Página de Eating Disorders México, primera clínica especializada en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la alimentación, consultada el 5 de julio del 2002.

www.fundacioncba.org.com. Página de la fundación Internacional CBA A.C. para la prevención y tratamiento de la bulimia, anorexia y comer compulsivo, consultada el 6 de julio del 2002.

www.fumtadip.com.ar. Página de la Fundación Mujer trastornos alimentarios, consultada el 5 de julio del 2002.

www.uned.com. Página principal de la Guía de alimentación y salud de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, consultada el 7 de julio de 2002.

Fuentes vivas

Aguiluz, Héctor, médico general con especialidad en psicoterapia, subjefe del área de salud mental de Servicios médicos de la UNAM, entrevista personal realizada el 8 de marzo del 2002.

Arreola Peña, Paola Ethiel, padece anorexia nerviosa, entrevista personal realizada el 25 de febrero del 2002.

Barraza Torres, Mayra, padece anorexia nerviosa, entrevista personal realizada el 26 de febrero del 2002.

Chagoyán, Margarita, nutrióloga de Servicios médicos de la UNAM, entrevista personal realizada el 12 de marzo del 2002.

Gómez-Peresmitré, Gilda, doctora en psicología, investigadora de tiempo completo de la Facultad de Psicología de la UNAM, entrevista personal realizada el 18 de marzo del 2002.

Hernández, Melanía, médica general, jefa del departamento de educación para la salud de Servicios médicos de la UNAM, entrevista personal realizada el 11 de marzo del 2002.

Jaimes Estrada, Miriam, padece bulimia nerviosa, entrevista personal realizada el 26 de marzo del 2002.

Mendoza Díaz, Miriam, padece bulimia nerviosa, entrevista personal realizada el 28 de febrero del 2002.

Ortega García, Nayeli, padece alternamente anorexia y bulimia nerviosas, entrevista personal realizada el 25 de febrero del 2002.

Ilustraciones

Castañeda, Sandra