



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

MORIR POR ADELGAZAR

T E S I S
M A N C O M U N A D A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA
COMUNICACIÓN**

PRESENTAN

Alma Aledia Albarrán Rivera
Ana Delia Albarrán Rivera

México, D.F.

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

POR MORIR ADELGAZAR



**ALMA ALEDIA ALBARRÁN RIVERA
ANA DELIA ALBARRÁN RIVERA**

DEDICATORIA

A **Dios** por cuidarnos, guiarnos en nuestro camino y estar con nosotras en todos los momentos de nuestras vidas.

A nuestros padres:

Por habernos dado la vida y su amor incondicional.

A nuestra pá **Salvador** por su ejemplo de trabajo y perseverancia que tanto admiramos.

A nuestra mamita **Deli** por brindarnos su comprensión, cariño, paciencia, pero sobre todo por jalarnos las orejas y hacer posible la culminación de este proyecto.

A nuestro hermano:

Edsón que en donde este nos brinda su apoyo.

A nuestro primo:

Abelman por sus consejos, su ayuda en la lucha por la vida, pero sobre todo por compartir sus experiencias con nosotras.

A nuestros abuelos:

Mamaquita, Angel, Erasmo que estan con Dios y a mi abuelita **Nico** que se encuentra con nosotras.

A nuestros padrinos:

Isaías y Rocío Varela, a nuestra madrina **Sebastiana** por brindarnos su apoyo.

Maricela Alonso, por consolarnos en los momentos más críticos de este trabajo, pero sobre todo por ser una gran amiga.

Luis Contreras por ofrecernos su confianza y apoyo.

A **Heri** por estar conmigo en cada momento de mi vida, por su tolerancia y paciencia en mis ratos de desesperación y por la gran ayuda que me brindó a terminar este trabajo, pero sobre todo por su amor Incondicional. (Alma).

A **Luis** por todo este tiempo que hemos compartido juntos, por su paciencia, por su buen sentido del humor, por su alegría, por su tolerancia, por su amor, pero sobre todo por creer en mí. (Ana).

A todos aquellos que forman parte importante de nuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros amigos, que siempre nos echaron porras para seguir adelante, especialmente a **Toño** por su comprensión por sus regaños, por echarnos la mano en este trabajo y por ser un gran amigo. Sin ustedes no se hubiera culminado este trabajo.

A nuestro **CAPUCHINO FRÍO**, por su compañía todo este tiempo.

A mi **guitarra** por su compañía y por hacerme los ratos más divertidos (Ana).

A mi **Pintito (donde quiera que estes), Mancha (superman) y Cochita** por dejarlos cuidar y amar (Alma y Ana).

A **Ale** por aguantar nuestro mal humor.

A **Norma** que nos echó la mano en este trabajo.

A la Lic. **Coral** por su asesoría y comprensión para realizar este trabajo.

A todos aquellos que compartieron en algún momento de nuestras vidas esta experiencia.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	I
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1.....	8
LA SOCIEDAD PATRIARCAL IMPONE MODELOS.....	9
1.1. Los papeles que juegan las mujeres.....	10
1.2. Mitos sobre lo femenino y lo masculino.....	12
1.3. Lo natural y lo cultural.....	13
1.3. La opresión, la doble opresión, la opresión múltiple.....	13
1.3. La imagen femenina actual: una obsesión por la delgadez.....	14
1.3. La anorexia y la bulimia ¿Enfermedad o moda mortal?.....	16
1.3. La “estética” de los cuerpos; una tiranía implacable.....	19
1.3. Un recorrido por la historia a través de la belleza.....	21
1.8.1. La Prehistoria.....	21
1.8.2. La Biblia.....	22
1.8.2. Egipto.....	22
1.8.2. Grecia.....	23
1.8.2. Época Romana.....	24
1.8.2. Edad Media.....	25
1.8.2. El Renacimiento: Nuevo resurgir de la estética.....	26
1.8.2. El siglo XVIII.....	27
1.8.2. Siglo XX y XXI: La estética integral.....	28
1.8.2.1. Los cambios de estilo y concepción estética del siglo XX.....	28
1.8.2.1. Voluptuosos años 50 y 60.....	28
1.8.2.1. Los años 70’s.....	29
1.8.2.1. Los cambios inmensos: los años 80.....	29
1.8.2.1. Llegaron los últimos 10 años de este siglo.....	30
1.9. Los modelos a seguir.....	30
1.10. La belleza no esta relacionada con la delgadez.....	33
CAPÍTULO 2.....	35
¿CUÁNDO TE MIRAS AL ESPEJO TE GUSTA LO QUE VES? ANOREXIA.....	36
2.1. Concepto.....	37
2.1. Etiología: Causas y consecuencias.....	38
2.2.1. Causas de la anorexia.....	38
2.2.1.1. Factores Genéticos.....	38
2.2.1.2. Factores Biológicos.....	38
2.2.1.3. Factores Psicológicos.....	40

2.2.1.4.	Factores Socioculturales.....	41
2.2.1.5.	La imagen compuesta por la sociedad.....	42
2.2.2.	Consecuencias de la anorexia.....	44
2.1.	Epidemiología y estadísticas.....	45
2.1.	Características sintomáticas de la anorexia: Signos y Síntomas.....	48
2.1.	Diagnóstico Clínico.....	49
2.5.1.	Factores Médicos.....	50
2.5.1.1.	Alteraciones Conductuales.....	50
2.5.1.2.	Alteraciones Cognitivas.....	53
2.5.1.3.	Alteraciones Psicopatológicas.....	53
2.5.1.2.3.	Ventajas y riesgos psicológicos del ejercicio físico.....	54
2.1.	Tratamiento de la anorexia.....	55
2.6.1.	Tratamiento Nutricional.....	57
2.6.2.	Tratamiento Psicofarmacológico.....	57
2.6.3.	Tratamiento Psicoterapéutico.....	57
2.6.4.	Objetivos del Tratamiento.....	58
2.6.5.	El proceso del Tratamiento.....	58
2.6.6.	Terapias.....	61
2.6.6.1.	Terapias de Grupo.....	61
2.6.6.2.	Terapia Familiar.....	62
2.6.6.3.	Terapia Nutricional.....	62
2.1.	Entrevista.....	65
CAPÍTULO 3.....		70
PIENSO COMO DELGADA, PERO COMO CÓMO GORDA: BULIMIA.....		71
3.1.	Concepto.....	72
3.1.	Etiología: Causas y Consecuencias.....	72
3.2.1.	Consecuencias Psicosociales.....	73
3.1.	Epidemiología y Estadística.....	73
3.3.1.	Factores Genéricos.....	74
3.3.2.	Factores Biológicos.....	75
3.3.3.	Factores Psicológicos.....	75
3.3.4.	Factores Socioculturales.....	75
3.3.5.	Factor Político-Ideológico.....	76
3.1.	Características Sintomáticas de la Bulimia: Signos y Síntomas.....	77
3.1.	Diagnóstico Clínico.....	78
3.5.1.	Alteraciones Conductuales.....	79
3.5.2.	Alteraciones Cognitivas.....	79

3.5.3. Alteraciones Psicopatológicas.....	80
3.1. Tratamiento.....	80
3.6.1.Tratamiento Nutricional.....	80
3.6.2.Tratamiento Farmacológico.....	80
3.6.3. Tratamiento Psicoterapéutico.....	81
3.6.3. Psicoterapia Individual.....	81
3.6.3. Terapia Familiar.....	81
3.6.3. Terapia de Grupo.....	81
3.6.3. Terapia de Automanejo.....	81
3.6.3. Centros de ayuda.....	82
3.7. Reflexiones.....	83
3.7.1. Reflexiones de una conferencia sobre anorexia y bulimia; Mitos y Realidades.....	83
3.8. Entrevista.....	86

CAPÍTULO 4.....89
LA INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA ANOREXIA Y LA BULIMIA.....90

4.1. Proceso de comunicación.....	91
4.2. El papel de los medios.....	93
4.2.1. La Influencia de los medios en la anorexia y la bulimia.....	93
4.2.2. Televisión.....	96
4.2.3. Radio.....	96
4.2.4. Revistas.....	97
4.2.5. Espectaculares.....	97
4.3. Identidad y Consumo.....	97
4.4. Publicidad.....	100
4.4.1. Publicidad Adelgazante.....	103
4.5. Análisis de los Comerciales.....	104
4.5.1. Análisis del Comercial Danone 1.....	105
4.5.2. Análisis del comercial Danone 2.....	106
4.6. Análisis de los espectaculares.....	109
4.6.1. Espectacular 1.....	109
4.6.2. Espectacular 2.....	110
4.7. Entrevista.....	112

CONCLUSIONES.....116

Anexo 1: Testimonios..... 119

Anexo 2: Centros de Apoyo..... 125

BIBLIOGRAFÍA.....163

HEMEROGRAFÍA.....171

ENTREVISTAS.....172

CONFERENCIAS.....172

DOCUMENTOS VIRTUALES.....	173
IMÁGENES.....	173

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se abordarán los temas de la anorexia y bulimia nerviosas considerándolos como los dos trastornos alimentarios más graves en la actualidad tanto en nuestro país como en otras partes del mundo. Situación que afecta a mujeres y a hombres pero principalmente a chicas adolescentes de entre los 13 y 25 años, de clase alta, media alta y media, quienes se ven influenciadas por las imágenes, estereotipos creados y promovidos por los medios de comunicación.

Esa imagen femenina de extrema delgadez (alta, rubia, atlética...) impuesta por los medios de comunicación a una sociedad consumista, neoliberal y con ideología patriarcal¹, ha penetrado ampliamente entre l@s jóvenes mexicanas.

En estos últimos años se le ha dado demasiada importancia a la apariencia física, la televisión nos bombardea con imágenes de chicas casi en los huesos, los anuncios de productos dietéticos aparecen a cada momento y casi nadie parece escapar de esa prisión cultural y social respecto a tener un “buen” aspecto.

La **sociedad consumista** en la que vivimos nos hace pensar que las cosas materiales son la base de la felicidad. Los anuncios publicitarios nos dan a entender que con cierta ropa seremos más atractiv@s² para el sexo opuesto, que cierta bebida nos dará popularidad y que cualquier carencia que tengamos se pueda solucionar con un bien material.

Nosotras como comunicólogas junto con los distintos movimientos de mujeres desde el feminismo hasta nuestros días, queremos contribuir a la difusión de este tema para que l@s jóvenes no padezcan estos dos trastornos.

Por tal motivo, nuestro objetivo es analizar desde una perspectiva de género³, dos anuncios publicitarios que corresponden a la empresa Danone, y dos espectaculares de **“El Palacio de Hierro”** que influyen en la vida de l@s jóvenes que recurren a la anorexia y bulimia para conseguir sus metas, también pretendemos dar a conocer cual es el origen, las causas y consecuencias tanto físicas como mentales, así como el impacto de los medios de comunicación en ambas enfermedades.

El **primer capítulo** tratará de como la sociedad patriarcal impone modelos y roles a seguir tanto para las mujeres como para los hombres desde su niñez, a partir de la educación que se da en la familia, la escuela y las demás

¹ La **ideología patriarcal** la entendemos cómo la ideología dominante y el poder masculino hacia el femenino en la sociedad, instaurada culturalmente a través de la asignación de roles en función de condicionales biológicos en el sexo.

² Utilizaremos la @ para referirnos tanto al hombre como a la mujer y así no excluir al sexo femenino.

³ **Perspectiva de género** es la visión en la que se enfoca un trabajo donde se considera que el ser hombre o el ser mujer esta condicionado culturalmente para cumplir con determinados roles.

instituciones en la sociedad. Estas pautas culturales y sociales determinan qué juegos y que juguetes deben ser para los niños y las niñas, y que el color rosa es para las niñas y el azul para los niños, haciendo una separación de los roles que tendrán que seguir.

Entendemos por **roles** los distintos modelos de conducta que el individuo muestra en relación con su particular posición social; de manera que existen comportamientos asociados con el rol de madre, de maestro, de patrón etc. Es decir, es una red de interacción ligada a expectativas de los otros.

El mundo de lo privado, (la casa, los hij@s, el cuidado de los enfermos y l@s discapacitados), vendría siendo desde la infancia para las mujeres y el mundo de lo público, (el trabajo, la política, los amigos), sería para los hombres.

Con esta ideología los hombres han perdido su parte femenina, los ha llevado a ser considerados sólo proveedores, seres que no se les permite sentir, ni expresar ningún tipo de dolor o emoción, porque son mal vistos, mientras que por el otro lado a la mujer se le resalta por su fragilidad y por su incapacidad para realizar muchas cosas consideradas que supuestamente son sólo para los varones.

A partir de esta concepción patriarcal, nos damos cuenta que las mujeres tratan de hacer hasta lo imposible por agradar y ser aceptadas en la sociedad, principalmente por los varones.

Esta obsesión y la baja autoestima lleva en muchas ocasiones al inicio de enfermedades como la anorexia y bulimia nerviosas, pues el considerar que ser demasiado delgada es sinónimo de aceptación y de belleza, l@s lleva cada vez más a dejar de comer, por un lado, y por otro, a provocarse el vómito para no engordar.

En éste contexto es importante reconocer que abierta y subliminalmente se le exige a la mujer tener buena presentación como la ya antes mencionada con una posibilidad de tener el éxito y ser "felices".

Ante una visión netamente material donde los valores son solamente la imagen física parece ya no importar el intelecto, la creatividad y la capacidad de cada persona, sino que ahora los valores se guían por el cuerpo, la sensualidad de una mujer atractiva siguiendo el estereotipo de la mujer delgada que impone la sociedad dominante y hegemónica. Nos referimos al modelo sajón, rubio, alto y delgado.

Es necesario destacar que no sólo la imagen femenina sino también su forma de vida, ha estado determinada por esos valores impuestos por la sociedad patriarcal que, vistos desde una perspectiva de género, son modelos culturales que han considerado a la mujer como un objeto de deseo, una pieza

que debiera ser bella, con un cuerpo sexual prácticamente para la reproducción y el placer.

Esta influencia en l@s adolescentes cuya personalidad no esta todavía bien definida, las lleva a ser presas de lo que los medios exaltan, desvalorizándolas y reprimiéndolas cuando no se encuentran bien con ellas mismas.

Este capítulo contiene una entrevista con el doctor **Armando Bariguete Meléndez**, psiquiatra, psicoanalista e investigador en la clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, del Instituto Nacional de Nutrición; al igual que un recorrido a través de la concepción de la belleza y de la moda en la historia. También consta de 10 apartados los cuales son:

- 1.1. **Los papeles que juegan las mujeres:** Aquí explicaremos que la mujer en la sociedad mexicana principalmente en la capital del país y en estados industriales tienden hoy en día a ser sujeto social con papeles protagónicos, comentando el trabajo que desempeña la mujer en la familia, con el esposo y con los hij@s.
- 1.2. **Mitos sobre lo femenino y lo masculino:** Describiremos las tareas y distinciones consideradas como obligaciones en las mujeres bajo el esquema patriarcal.
- 1.3. **Lo natural y lo cultural:** En este apartado explicaremos tres creencias en el cuerpo de las mujeres por naturaleza y por lo cultural.
- 1.4. **La opresión, la doble opresión y la opresión múltiple:** En este complejo abordaremos que las mujeres han sido relegadas a condiciones de dependencia, subordinación, exclusión tanto en la vida cotidiana y marginadas de la estructura social, por lo tanto se mencionará que hay discriminaciones raciales, generacionales, religiosas, por posición social, discapacidad, preferencia sexual, ideológicas, genéricas entre otras.
- 1.5. **La imagen femenina actual: una obsesión por la delgadez.** Comunicaremos que en esta sección hablaremos un poco de cómo las jóvenes se dejan influenciar por la publicidad que actualmente están manejando los productos ligh, así que ahora no esta permitido ver a las mujeres pasaditas de peso, al contrario la imagen actual debe ser muy delgada sino ésta no entraría en el círculo social donde vive, pues sería victima de burlas, desprecios y lástima.
- 1.6. **La anorexia y la bulimia: ¿enfermedad o moda mortal?:** En esta sección se encuentra la entrevista con el Doctor Armando Bariguete Meléndez, psiquiatra, psicoanalista e investigador en la Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, en el Instituto Nacional de Nutrición, el cual nos explicará las enfermedades antes dichas y el porque de su inicio.

- 1.7. **La “estética” de los cuerpos una tiranía implacable:** Abordaremos la belleza desde el término filosófico, actualmente concepto establecido por la exagerada delgadez de la mujer.
- 1.8. **Un recorrido por la historia a través de la belleza:** Este apartado se divide en nueve secciones, hablaremos de la belleza desde la prehistoria hasta nuestra época actual, donde desglosaremos como ha ido cambiando la estética del cuerpo femenino que paso desde las tremendas curvas hasta un cuerpo sin vida (demasiado delgado), lo que se hacía en épocas anteriores para verse bien y lo que ahora hacemos para sentirnos bellas.
- 1.9. **Los modelos a seguir:** Detallaremos como las pasarelas de moda nos envían imágenes de mujeres cadavéricas, sin forma, planas y pálidas, explicaremos como esa imagen es vendida hasta la sociedad por la industria del vestido, de la cosmetología secundada por los medios de comunicación y las empresas generadoras de estereotipos por crear generaciones de mujeres enfermizas tanto física como mentalmente.
- 1.10. **La belleza no esta relacionada con la delgadez:** Esta sección esta dedicada a aclarar que las personas que quieren estar delgadas es por que piensan que son bellas, pero esto no tienen nada que ver, pues la belleza es interna como lo habíamos expuesto en el apartado de la **“estética” una tiranía implacable.**

Dentro del **segundo capítulo** hablaremos clínicamente de lo que es la anorexia nerviosa, sus causas, síntomas, consecuencias, tratamientos y origen de la enfermedad, consta al mismo tiempo de siete apartados los cuales son:

- 2.1. **Concepto:** Expondremos que significa tanto etimológicamente como médicamente el término de la anorexia.
- 2.2. **Etiología; causas y consecuencias:** Hablaremos de la etiología de la anorexia refiriéndose en nuestro caso, a aquellos aspectos que contribuyen directamente a mantenerla, comentaremos brevemente lo que se viene especulando sobre las posibles causas que la producen. Este apartado se divide en dos; **1. Causas de la anorexia:** Que a su vez se explicarán los factores genéticos, biológicos, psicológicos, socioculturales y la imagen impuesta por la sociedad que producen la aparición de esta enfermedad. **2. Consecuencias de la anorexia:** La cual detallaremos el deterioro de la vida social, laboral y personal de las pacientes junto con el deterioro de la vida familiar.
- 2.3. **Epidemiología y estadísticas:** Aquí abordaremos las estadísticas de esta enfermedad. La cual explicamos que es más frecuente en las mujeres que en los hombres, describiremos brevemente las diferencias y semejanzas de la anorexia femenina y la anorexia masculina.

- 2.4. **Características sintomáticas de la anorexia: Signos y Síntomas.** Explicamos brevemente los signos y los síntomas de la enfermedad que les provocan a las anoréxicas.
- 2.5. **Diagnóstico clínico:** La anorexia es una enfermedad que con el paso del tiempo ha cambiado en su expresión clínica. Los criterios diagnósticos que verán en esta investigación son los de la Asociación Americana de Psiquiatría y los de la Organización Mundial de la Salud, los cuales permitirán a cualquier persona diagnosticar otras patologías por la falta de conocimiento psicológico. En este apartado revisaremos brevemente las **alteraciones conductuales, alteraciones cognitivas y los trastornos psicopatológicos.** Así también se verán **las ventajas y los riegos psicológicos del ejercicio físico.**
- 2.6. **Tratamiento de la anorexia:** El tratamiento de los trastornos alimentarios en el caso de la anorexia, debe incluir aspectos nutricionales, todo tipo de terapias que más adelante se explicarán, en este apartado encontraremos los **tratamientos nutricionales, el psicofármaco lógico y el psicoterapéutico,** así como también **el objetivo del tratamiento y su proceso,** dentro de las terapias encontraremos **las de grupo, las familiares y la nutricional.**
- 2.7. **Entrevista:** Entrevista hecha a una paciente de Avalon, que compartió con nosotras su historia de la anorexia.

Dentro del **tercer capítulo** versará sobre la bulimia e incluye los mismos aspectos que en el anterior. Pensamos que estos temas son de vital importancia ya que l@s adolescentes que la padecen consideran que obtienen gran aceptación por su figura, pero al mismo tiempo sufren una enorme tristeza y depresión debido a su falta de autoestima y adaptación social.

Estas enfermedades han llevado, en muchas ocasiones, a la muerte de jóvenes por haber sido atrapad@s por los patrones y por las presiones sociales y familiares. En ambos capítulos habrá testimonios de chicas adolescentes que nos muestran su lado humano y las causas que l@s llevaron a estas enfermedades, pero al mismo tiempo su lado fuerte que l@s motiva a buscar soluciones después de haber reconocido su problema y por lo tanto la necesidad de ayuda.

Esa constante lucha por cambiar los valores impuestos por la moda que se convierten en un factor de presión social con los que l@s jóvenes tienen que vivir y enfrentarse a un mundo irreal (para ser aceptad@s) y hacer hasta lo imposible por tener un cuerpo envidiable como las “top models”, l@s ha llevado a reconocer su propia debilidad y a buscar nuevos valores que sustituyen los modelos de belleza.

En el **último capítulo** se expondrá la influencia de los medios de comunicación en l@s jóvenes adolescentes a través de la publicidad comercial,

para lo cual se han seleccionado dos anuncios televisivos de la empresa Danone que refuerzan el ideal de delgadez en la venta del producto que se anuncia, así como también dos espectaculares de **“El Palacio de Hierro”** ubicados en Periférico, que nos muestran que el ser delgado representa ser una persona saludable y con mayor aceptación social, obviamente se rechaza a las personas que sufren de sobrepeso.

Este capítulo consta de siete apartados los cuales son:

- 4.1. **Proceso de comunicación:** Explicaremos dentro de este concepto lo que significa la palabra comunicación, su proceso, analizando el esquema del modelo de proceso de comunicación de Berlo.
- 4.2. **El papel de los medios:** Abordaremos en este apartado los medios masivos de comunicación que proporcionan a la sociedad un espacio de diversión, esparcimiento, educación e información que ofrecen imágenes corporales el cual fomentan conductas que pueden desencadenar trastornos alimenticios en poblaciones vulnerables. Explicaremos los diversos medios como son: **La televisión, la radio, revistas y espectaculares.**
- 4.3. **Identidad y consumo:** Explicaremos que el consumo es un conjunto de procesos socioculturales en las que se realizan la apropiación y los usos de los productores. El consumismo es el que construye una buena parte de la racionalidad integrativa y comunicativa de una sociedad, un estímulo de una posesión como valor, y como signo de éxito.
- 4.4. **Publicidad:** Abordaremos la importancia de la publicidad en los diferentes medios de comunicación. Éste se divide en un apartado llamado **Publicidad Adelgazante**, que trata sobre la cultura de la delgadez como modelo corporal estético a través de los medios de comunicación.
- 4.5. **Análisis de los comerciales televisivos:** Analizamos dos anuncios de **Danone** donde el mensaje de estos dos anuncios además de su finalidad que es vender Dan up's, es crear un estereotipo con las características de atracción física de los modelos que utilizan en los comerciales.
- 4.6. **Análisis de los espectaculares:** En este apartado se analizan dos espectaculares de **“El Palacio de Hierro”**, donde se explica que las modelos que muestran en estos dos anuncios comerciales crean a las jovencitas soluciones ficticias o temporales que ayudan a mejorar o a empeorar su entorno y su propia imagen.
- 4.7. **Entrevista:** Con la Maestra Josefina Guzmán, realizada en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

Consideramos que, los medios de comunicación tienen mucho que ver con los trastornos alimentarios de cualquier tipo, ya que promueven la comida

chatarra, los alimentos “light” y las figuras de modelos y artistas extremadamente delgadas, sin importarles realmente el alimentarse sanamente.

Desde esta visión, la belleza física siempre viene asociada con el éxito social y profesional, el constante bombardeo en los programas de televisión, en los anuncios publicitarios tanto en las revistas como en los espectaculares, nos ofrecen cuerpos ideales a través de modelos artificiales y también vidas de parejas irreales.

Las imágenes que se ven en las revistas muchas veces son fotografías retocadas y en televisión, el maquillaje muestra estereotipos ajenos a nuestra realidad. “Aunque en México no hay cifras sobre estas enfermedades, debido a que puede confundirse con la desnutrición ante los índices de marginación, estudios recientes revelan que tres de cada diez mujeres sufren de estos trastornos. Más aún, existen documentos con datos alarmantes que hablan de siete anoréxicas y bulímicas por cada diez”. (Datos tomados del Instituto Nacional de Nutrición).

Con este trabajo pretendemos contribuir a que se tome conciencia de que el físico de una persona no es lo más importante para alcanzar el éxito – es impuesto en nuestra sociedad patriarcal -, al contrario recalcar que la salud se tiene que cuidar y promover otros valores ya que si quieren ser delgadas, pueden llegar a serlo con una dieta balanceada, ejercicio y sobre todo con seguridad en si misma.

Cada persona debe tomar en cuenta su complexión, herencia y metabolismo y no hacer caso de los mensajes que nos brindan los medios de comunicación con alternativas culturales, sociales, deportivas y de salud para alcanzar un bienestar integral.



CAPÍTULO 1



La Sociedad Patriarcal impone modelos

Este capítulo tratará de cómo la sociedad patriarcal⁴ ha impuesto modelos y roles a seguir tanto para la mujer como para el hombre en la forma de relacionarse con su pareja, lo que provoca el padecimiento de enfermedades como la bulimia y la anorexia, pues la sociedad exige cada vez estar más atractiv@s, alegres, perfect@s y sobre todo delgad@s.

Abierta y subliminalmente se exige buena presentación como requisito para gustar, tener éxito y obtener empleo, a tal punto que parece no importar el ser una persona inteligente, capaz y creativa. Las pautas culturales determinan que la delgadez sea sinónimo de éxito social. Representantes del centro de apoyo Avalón⁵ afirman que "muchas jóvenes luchan por lograr el físico ideal, motivadas por modelos, artistas o por la publicidad comercial".

La ideología patriarcal le da prioridad a lo masculino ante lo femenino, es por ello que el hombre en nuestra sociedad ejerce dominio sobre la mujer estableciendo relaciones jerárquicas de poder como se llegaron a dar en las sociedades tradicionales ante el amo y el esclavo, con la educación familiar la mujer aprendió a servirle al otro (hombres, hijos y enfermos) y a olvidarse de sí misma.

Por lo tanto, nos encontramos que el hombre ha aprendido desde esos roles introyectados ha dominar a través de la fuerza y el poder principalmente a la mujer y a negarse a otras opciones de vida en lo que respecta a su sensibilidad y emotividad.

Es por esto, que a través de una visión con perspectiva de género⁶ planteamos que tanto los hombres como las mujeres podemos cambiar para lograr una sociedad más igualitaria, esto permitiría que los hombres cuidaran a sus hijos e hijas, disfrutaran de su casa, e hicieran la comida sin dejar de ser hombres, sino por el contrario permitiéndose ellos disfrutar de otros aspectos de la vida desde la equidad.

1.1. LOS PAPELES QUE JUEGAN LAS MUJERES

La mujer en la sociedad mexicana principalmente en la capital del país y en estados industriales tiende hoy en día a ser sujeto social con papeles protagónicos (tomar decisiones importantes dentro de su familia, salir a trabajar, cuidar de su hogar, etc.), Carmen Ramos Escandón en su libro **Género e historia: La historiografía sobre la mujer**, nos hace referencia de que muchas

⁴ El **patriarcado** es un sistema de dominación de parte de los hombres sobre las mujeres. Poder que somete a las mujeres a la maternidad, la represión de su sexualidad y la apropiación de su fuerza de trabajo, del que su primer, pero no único producto, son los hijos. Romo, Azucena, "**Pedagogía de la dignidad contra pedagogía de la dependencia**", ED. Torres Asociados, México 2001, p. 8.

⁵ **Avalón** es un Centro de Apoyo que se especializan en trastornos de alimentación, traumas y adicciones. Conferencia sobre la "Anorexia y bulimia" en: El hotel Marriot. México 18 de octubre de 2000.

⁶ " El **género** es una categoría filosófica que analiza los medios de los cuales se vale la cultura para construir a los hombres y a las mujeres como tales, lo que implica expectativas, valores y proyectos específicos para unos y otras". (AZUCENA ROMO; 2001: 61).

mujeres en la actualidad se sienten parte de un proceso de liberación integral, de cambio de sistema, de lucha por la vida de un mundo más justo y mejor.

Desde siempre, en nuestro país ha existido una división entre el hombre y la mujer, lo femenino y lo masculino y la respuesta a esto, es la asignación de los roles específicos para cada género, pero lo irónico de este asunto es que el establecimiento de estos roles esta impuesto por la ideología patriarcal.

Como respuesta a lo anterior la mujer, las más de las veces es objeto sexual para el placer del hombre, aún en nuestros días, y también como un “sujeto” al servicio de la reproducción y del cuidado de l@s hij@s. Esto se ha dado desde hace muchos siglos por el condicionamiento social y cultural determinado por aspectos sexuales de índole biológica.

Esta situación ha cambiado en parte gracias a las luchas de las mujeres, ya que la estructura de pensamiento patriarcal ha tenido que cambiar al emprender las mismas actividades, como el trabajo fuera del hogar sin desatender en ningún momento la casa, el marido y a l@s hij@s. Estas transformaciones que influyen en las normas y valores de las sociedades, vienen propiciando cambios en los modelos de conductas sociales e individuales.

Muchas mujeres luchan por la igualdad con los hombres, ya que se han atrevido a cuestionar el por qué la asignación de ciertos trabajos que “lo convencional” son propios para las mujeres, y el hombre se considera incapaz de realizarlos como el trabajo en el hogar y la crianza de l@s hij@s.

Bajo la visión de una sociedad patriarcal:

- a) **La mujer en la familia:** La mujer esta “destinada” para atender a la familia, debe prepararse para ser una buena ama de casa, criar a los hijos, cuidarlos y educarlos, ser excelente esposa, afrontar los problemas familiares para buscar la solución al sufrimiento de los demás.
- b) **La mujer y el machismo:** La mujer a través de los años ha sido entrenada para la sumisión, para atender al hombre y para responder a las actitudes de los machistas expresadas en muchas ocasiones hasta con golpes considerándose inferior al hombre y por tanto dependiente ante ellos. El hombre puede ser fuerte en el aspecto físico, pero en el intelecto ambos tienen las mismas capacidades aunque no las mismas oportunidades.

Desde el ámbito controlador la mujer utiliza la influencia que tiene con l@s hij@s y además trasmite la ideología dominante a sus atributos físicos y melodramáticos para manipular ciertas situaciones y para la conquista del varón.

J.J. Rousseau escritor de lengua francesa nacido en Ginebra (1712-1778), pone un gran énfasis en torno a la familia pues la considera como “la institución responsable de que los individuos preserven su naturaleza en medio del mundo, o bien donde se responsabiliza a los padres y maestros de la mala educación de los niños sea ésta buena o mala.

Así que, podemos observar que el dominio patriarcal ha establecido una enorme brecha entre el desarrollo de las mujeres y el de los hombres, ya que sigue predominando principalmente en el campo, hogar e hij@s pudiendo realizarse en el mundo de lo público, llevando así una vida más activa, productiva, de equidad y realización personal.

Muchas mujeres ya no quieren ser espectadoras de los cambios que se están dando en el mundo, quieren influir en la conformación de un nuevo orden mundial donde prevalezca la justicia social y se termine con la discriminación y el afán de dominación de los poderosos contra los más débiles.

Los movimientos feministas⁷ marcaron los planteamientos y luchas sociales. El concepto y perspectiva de género actualmente sintetiza en la teoría y en la práctica, el proceso para que las mujeres sean **seres-para-sí-mismas**, sujetas de la historia.

El feminismo es una filosofía, una concepción de la historia y de realidades sociales, y una propuesta política de transformación de las relaciones genéricas, desde luego, que no es una fe ni una lealtad esencial unitaria, y como parte de él se expresan múltiples corrientes y estilos de hacer ciencias sociales y humanas, literatura, arte, política y vida cotidiana.

Podemos decir que el movimiento feminista propone cambios en torno a la identidad de las mujeres pues estas quieren dejar la opresión y la sumisión en la que han vivido siempre. Dicho movimiento les permitió criticar y revalorizar su quehacer, su mundo, su ser y redefinir su propia existencia.

1.2. MITOS SOBRE LO FEMENINO Y LO MASCULINO

Las tareas consideradas como obligaciones en las mujeres bajo el esquema patriarcal, siempre han sido vistas de una forma peyorativa. En la estructura milenaria de las relaciones sociales a la que llamamos patriarcado, la producción, el trabajo remunerado y la vida pública se reservan para los hombres; de la misma manera, la reproducción la crianza de l@s hij@s el aseo del hogar, la economía doméstica y la vida privada, se asignan a las mujeres.

En torno a lo masculino, prevalece el mito de que el mundo de lo público donde se encuentra la producción de bienes y servicios, la fuerza, la inteligencia,

⁷ Los primeros movimientos feministas se iniciaron en el siglo XVIII. (AZUCENA, ROMO: 2001: 12).

la razón, la creatividad son patrimonio de los hombres y con esto mantienen su superioridad.

Sobre lo femenino, en cambio, se “alienta la leyenda de la debilidad, del instinto enfocado a la reproducción y crianza de los hijos considerándolas como seres irracionales y por lo tanto inferiores”⁸.

Estas distinciones se dan en cualquier sistema de creencias religiosas, filosóficas y científicas donde prevalezca la devaluación y el desprestigio hacia el mundo de la mujer y de lo femenino.

Por milenios los hombres han dictado las leyes, los gobiernos a través del poderío, el dominio y las guerras marginando siempre la opinión de la mujer, por lo que se les ha negado la posibilidad de adquirir cultura y de intervenir en los procesos civilizadores de la humanidad, negándoles el reconocimiento de sus actividades. Consideran la reproducción de la especie y una actitud sumisa como natural.

1.3. LO NATURAL Y LO CULTURAL

Por naturaleza, en el cuerpo de las mujeres se realiza la creación de vida por este motivo, se cree y se establece como norma de vida que la reproducción es también imposición natural, según el sistema dominante del patriarcado.

Sobre esa base se construyen creencias como éstas⁹ :

- Todo lo que hacen las mujeres, incluso lo que se les exige hacer por costumbre, por la cultura o por las leyes muy diferentes en cada sociedad, está supuestamente regido por la naturaleza.
- Al ser natural y eterno, las mujeres están obligadas a aceptar el valor que se les adjudica, es indiscutible y por eso nadie piensa en contradecir esto porque se ve como lo más natural al ser rutinario, inmutable, indiscutible, e invisible en la cotidianidad y en la historia.
- Consecuentemente, como todo lo natural e indiscutible, el trabajo de las mujeres, sus aspiraciones, sus deseos y muchas de las necesidades fueron ignoradas a través de la historia.

1.4. LA OPRESIÓN, LA DOBLE OPRESIÓN Y LA OPRESIÓN MÚLTIPLE

En ese complejo e inconcluso proceso iniciado desde hace más de 5 mil años, las mujeres han sido relegadas a condiciones de dependencia, subordinación, exclusión tanto en la vida cotidiana y marginadas de la estructura social.

⁸ Romo, Azucena (2001). Pedagogía de la dignidad contra la pedagogía de la dependencia. Editoriales Torres Asociados, México DF.

⁹ www.adolescentexlavia.com.ar/guerra_anorexia.htm.

Cualquier ser humano, que se halle ubicado en tales condiciones podemos decir que es sujeto de opresión.

Así que, podemos mencionar que se discrimina por cuestiones raciales, generacionales, religiosas, posición social, discapacidad, preferencia sexual, ideológicas, genéricas, etc., donde las mujeres pueden vivir varias opresiones a la vez, esto es que una mujer puede ser indígena, discapacitada, negra, por su opción sexual y, de esta forma, puede sufrir varias discriminaciones, además de ser mujer.

Un ejemplo, puede ser el de las mujeres indígenas que viven en los Estados Unidos, documentadas o indocumentadas que sufren de opresión genérica, racial y económica al recibir menor sueldo por su trabajo.

Con lo anterior nosotras pretendemos ver a la mujer no como un ser al que se discrimina como ya lo hemos señalado, ni tampoco como un objeto de deseo sexual, al que actualmente utilizan los medios de comunicación donde imponen estereotipos o modelos ajenos a nuestra cultura para responder a intereses económicos de las grandes transnacionales.

El modelo sajón de extrema delgadez al que nos referimos en este trabajo, es una nueva exigencia masculina, ya que pensamos en agradar al sexo opuesto y no pensamos primero en nosotras mismas.

1.5. LA IMAGEN FEMENINA ACTUAL: UNA OBSESIÓN POR LA DELGADEZ

Hemos entrado al tercer milenio saturadas de imágenes de lo que deberíamos ser o de todo aquello a lo que deberíamos aspirar, acosad@s por lo que trasmite el aparato de televisión y el sin número de revistas de modas dedicadas a la mujer donde ser extremadamente delgada, prácticamente anoréxica, es una exigencia en la moda actual.

Nuestros ojos constantemente ven cuerpos tersos de deslumbrante frescura juvenil y raras proporciones tanto en hombres como en mujeres vemos también cuerpos de adolescentes altas, delgadas, rubias, de pelo largo y lacio, con mirada lánguida y mejillas pálidas, figura esbelta y caderas estrechas.

Al mismo tiempo cada vez son más las adolescentes que optan por lucir como el ideal femenino que nos muestran las películas, los video clips, las revistas, los posters y otros medios de comunicación, aunque esos talles y muslos femeninos de inverosímil delgadez, se consiga a fuerza de drogas para paliar el hambre y el agotamiento, pasándose horas en el gimnasio con un sinnúmero de ejercicios esclavizantes.

En sociedades consumistas se exponen los mensajes subliminales en la publicidad, donde se enfatiza que todo hombre de éxito ha de tener cierto aire de

joven atleta, y que toda mujer exitosa ha de tener algo de supermodelo, además de la delgadez, estar siempre en la lucha constante contra las arrugas, en la sofisticada pseudo-naturalidad del maquillaje, en el precio y marca de su vestimenta.

En este sentido, la imagen femenina ha sido por lo tanto explotada como objeto de belleza y como un gancho para que la gente compre determinados productos.

“...La forma en que están representadas las mujeres en los medios de comunicación es el resultado de una interacción de fuerzas que moldean la realidad social. Los medios de comunicación producen sistemas de mensajes y símbolos que crean o estructuran las imágenes predominantes de la realidad social afectando así al proceso de cambio social”¹⁰.

Por lo tanto, ya ninguna adolescente quiere llevar unos kilos de más, la acumulación de grasa en los glúteos y abdomen es considerada como una insoportable carga. Ese estereotipo de mujer que existía en tiempos pasados, con caderas anchas y busto prominente ya paso de moda.

Hoy se exigen cuerpos esbeltos, eliminando las femeninas curvas. Este modelo arrastra generalmente a inseguras adolescentes a encontrar la forma de ser aceptadas y evitar la discriminación, en su grupo social y así fortalecer su autoestima.

Es verdad que los medios de comunicación son un factor determinante en la transmisión de la ideología dominante ya que importan modelos extranjeros que provienen de los países anglosajones como Alemania, Gran Bretaña y Estados Unidos.

“Ese modelo corporal más o menos –más androgenizante- está plenamente instaurado, asumido e interiorizado por el común de nuestras mujeres”¹¹ y por lo tanto, de nuestro@s adolescentes, aunque sabemos no corresponde a la realidad de la mujer mexicana, y para lograr este objetivo el precio es mucho más alto y peligroso.

Cuando las jóvenes adaptan este modelo extranjero, resulta que esta postura obedece a que “en mayor medida, todos y cada uno de nosotros estamos viviendo y compartiendo el sentimiento de que la delgadez corporal se asocia de algún modo a la belleza social, estar en forma e incluso a virtud y búsqueda de perfección”¹².

¹⁰ Cuelemans, Mieke y Guido Fauconnier (1981): Imagen, papel y condición de la mujer en los medios de comunicación social. Complicación y análisis de los documentos de investigación, Francia, UNESCO: pág. 7.

¹¹ Toro, Joseph, (1996): El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. España, Ariel. Pág., 312.

¹² Basaglia, Francia, Mujer (1983): Locura y sociedad. Universidad Autónoma de Puebla: en Barroco, 2002:16.

El terror fóbico a la gordura, vivida como vergonzosa, como un atentado al buen gusto colectivo incluye a aquellas mujeres que tienen suficientes recursos para comer y que aspiran al éxito, instaurándose ese modelo como un prototipo de figura para las jóvenes y su aceptación social y laboral.

Las mujeres se obsesionan por estar extremadamente delgadas para no ser víctimas de burlas, lástima y compasión. Ciertamente, esta obsesión para adelgazar se inicia en la década de los setentas cuando Karen Carpenter – integrante del popular dúo estadounidense The Carpenters- falleció a los 32 años a consecuencia de una anorexia nerviosa.

A partir de entonces las adolescentes buscan parecerse a este modelo, y comienzan a dejar de comer para sentirse populares, sin darse cuenta que entran al calvario de la anorexia y la bulimia, dos de los trastornos alimentarios mortales.

Según datos del Instituto Nacional de Nutrición nueve de cada diez mujeres de entre 13 y 25 años de edad, en un sector de población de clase alta son afectadas por enfermedades alimentarias. Gracias a las investigaciones y a la conciencia por el daño que ocasiona este padecimiento cada vez se cuenta con más información, difusión y atención para quienes desean salir de estos padecimientos.

La psicóloga Airam María Martínez, menciona que estas pacientes anoréxicas hacen un ayuno extremo, en el caso de las bulímicas, se aprecia una sobre ingesta de alimentos para posteriormente vomitarlos. Las enfermas que padecen estos trastornos tienen preocupación extrema por su peso y están constantemente pendientes de su cuerpo. Ponen en práctica una serie de estrategias para no engordar, por ejemplo, simulan comer, vomitan el exceso de calorías que se han comido, incluye todas esas y otras acciones (pegan posters de comida en su recámara para sentirse llenas, lo poco que comen lo dividen en varios pedazos para que se tarden más comiendo). En la bulimia, la paciente come de una forma desmedida hasta llenar el estómago, después se siente culpable por comer demasiado y a consecuencia de ello, se provoca el vómito e ingiere laxantes.

1.6. LA ANOREXIA Y LA BULIMIA: ¿ENFERMEDAD O MODA MORTAL?

El Doctor Armando Barriguete Meléndez psiquiatra, psicoanalista e investigador en la Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, en el Instituto Nacional de Nutrición nos dice que: “Los trastornos de la alimentación, sobre todo la anorexia y la bulimia, se presentan en la adolescencia como parte de la crisis del desarrollo, del crecer, del descubrirse”.

El Doctor Barriguete advierte que estas enfermedades son producidas por múltiples factores como los neurobiológicos, los socioculturales, los

psicológicos y los familiares. Estos trastornos suceden dentro de una época de muchas crisis, de redefiniciones sociales y personales. Vivimos en un entorno donde al afecto, a la intimidad y a las relaciones no se les presta atención, los jóvenes inmersos en este entorno encuentran problemas para redefinir su identidad y para poder describir, conocer e identificar sus emociones.

El especialista afirma que la crisis del crecer de la adolescente va ligada a los cambios del cuerpo. Su cuerpo percibe que esta llegando a una nueva etapa, que tiene deseos e inquietudes; susto por crecer, tienen miedo a desarrollarse y un pavor por aumentar sus medidas que los lleva a intentar detener su desarrollo mediante conductas y desordenes alimentarios.

También nos comenta que algunos jóvenes no asumen estos cambios debido a que implican una manera de ser vistos por otros, e identificarse con sus padres. Se comienza una nueva etapa de desarrollo físico y de formas de relacionarse con sus padres, con su propio yo y el otro sexo para redefinir. El cuerpo escuálido de los anoréxicos, que no evoca formas ni movimientos, va relacionado con el deseo de no manifestar lo que sienten. La esbeltez representa un desafío, un desacato a lo voluptuoso. Las jóvenes se auto castigan sin comer y sin expresar sus emociones y sentimientos, que no es otra cosa que dejar de ser ellas mismas.

Señala además, que estos trastornos afectan entre el uno por ciento y el 5 por ciento de la población universitaria en los países desarrollados y que el noventa y cinco por ciento de estos casos son mujeres. La razón de esta enfermedad radica en que durante mucho tiempo creímos saber lo que era lo *femenino* a partir de la descripción que el hombre daba de ella. Desde hace un poco más de 50 años la mujer se ha dado a la tarea de reflexionar y escribir sobre sí misma. Se está descubriendo a través de hechos pasados para analizarse y ver que en la historia no la han tomado en cuenta. Esto ha generado la idea de que lo que se creía que era una **mujer en términos generales, no lo es más**, pero tampoco lo que se creía que **era un hombre**.

Respecto a los factores familiares, el especialista subraya que, es en el contexto familiar donde cohabitan tanto la crisis de pareja de los padres, como la crisis del adolescente. Desafortunadamente, estos problemas no siempre son manejados de forma adecuada, por lo tanto, las niñas no han podido sobrellevar los cambios producidos en su familia y tampoco se han aceptado así mismas .

El doctor nos da su opinión acerca de la influencia de los nuevos modelos femeninos promovidos por la cultura de las masas, y nos dice: Si consideramos la moda por sí misma no propicia el trastorno, pero a las dificultades de esa etapa de la vida los medios de comunicación lo facilitan aunque las verdaderas causas surgen de la compleja naturaleza humana.

El momento histórico en que vivimos nos obliga hacer uso de los diversos medios de comunicación convirtiéndolos en creadores y difusores de ideologías, imágenes, conductas, estereotipos, símbolos, etc., que son utilizados como puntos de referencia en nuestra sociedad, particularmente en los niñ@s y adolescentes quienes empiezan a explorar su propio mundo.

En otras palabras, “el desarrollo de los medios tecnológicos de intercambio de imágenes e información ha tenido un profundo efecto en el siglo XX. De una cultura decimonónica impresa y oral, ha surgido una cultura electrónica que contribuyó a sustentar relaciones ínter subjetivas a través del tiempo y el espacio. Hoy nuestra experiencia cotidiana rebosa en imágenes y perspectivas distantes de los lugares en que vivimos, trabajamos y amamos...”¹³

Es por eso que l@s adolescentes al experimentar una serie de cambios tanto físicos como emocionales, también definirán su personalidad, la cual con su mundo interno y con el mundo social l@s llevará a buscar una aceptación en la familia, la escuela, los amigos, la pareja y el trabajo.

Es verdad que esta necesidad de aceptación o pertenencia a algún grupo es indiscutible en todo ser humano, sin embargo las condiciones para que esto suceda, han cambiado. En otras palabras, la aceptación social depende ahora de los nuevos valores. Se destacan aspectos superficiales como la belleza del cuerpo y algunos que presentan los medios publicitarios cuando anuncian productos light con la imagen de mujeres extremadamente delgadas.

De este modo, los medios de comunicación como industria cultural son cada vez más poderosos ya que muestran realidades fuera de nuestro alcance, pero que queremos aceptar como propias. Esta irrealidad, poco a poco se apodera de la mente, sentimientos, emociones y valores de los adolescentes, al buscar en todo momento ser como se muestra en la televisión a través de los anuncios publicitarios.

En nuestra sociedad capitalista sabemos que el valor más importante es el dinero, ya que vivimos en un mundo consumista, donde se considera el dinero como status, poder, seguridad y aceptación.

Es por ello, que en el mundo contemporáneo la resignificación de la sociedad consumista se ha volcado a introducir los productos light para que aunado con el prototipo televisivo de esbeltez en la adolescente considere que a través de esos mecanismos alcanza la felicidad. La ideología dominante con su visión patriarcal afecta principalmente a las mujeres estableciendo como tema de conversación en el mundo masculino al cuerpo de la mujer.

Esta persistencia de estereotipos ajenos a la complejidad de las mexicanas se ha convertido en una exigencia social, en cualquier ámbito de su

¹³ Stevenson, Nick (1995). Culturas mediáticas. Teoría social y comunicación masiva. Argentina, Amorrortu. Pág. 289.

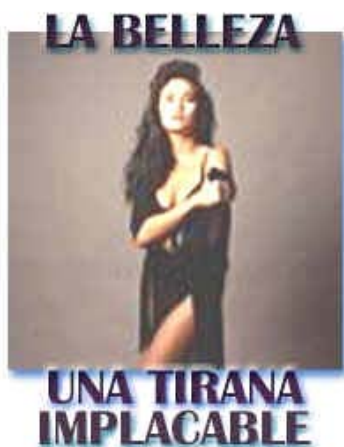
vida cotidiana como es en la familia, la escuela, el trabajo y la pareja, debido a los constantes mensajes publicitarios con que nos vemos bombardeados.

Esta nueva imagen corporal tiene consecuencias alarmantes a nivel social, quienes son influenciados por estos modelos estéticos (principalmente adolescentes) llegan a enfrentar diversos problemas de identidad al no ser como lo exige la “supuesta” norma social.

Los medios de comunicación presentan a la mujer como sujeto de consumo de todo tipo de artículos para el hogar, de belleza, de ropa, etc., es explotada como objeto sexual y de belleza. Los mensajes constantemente le recuerdan su condición de mujer, sus obligaciones, su comportamiento como hija, madre, esposa, trabajadora, etc., regidas por el modelo de sociedad patriarcal.

Para este fin se hará un recorrido por la historia en relación a la belleza, a la imagen y al papel de la mujer, en la atención al hogar, los hijos, el esposo, su inserción en el mercado laboral y como consecuencia de todo ello seguir los patrones aprendidos por las instituciones: La familia, la iglesia, el estado y actualmente hasta por los medios de comunicación.

1.7. LA “ESTÉTICA” DE LOS CUERPOS UNA TIRANÍA IMPLACABLE



El concepto de la belleza establecido en la actualidad es la exagerada delgadez en las mujeres. Esta moda se ha vuelto supuesta estética tirana, como lo veremos en este apartado desde el punto de vista filosófico.

El término “estética” fue introducido en el léxico filosófico formal por el filósofo y lógico Alexander Gottlieb Baumgarten (1714-1762), que suele ser considerado como el fundador de la disciplina. Baumgarten le consagró a esta disciplina una de sus obras fundamentales, escritas, como era norma en el mundo académico de la época, en latín, bajo el título

Aesthetica (Frankfurt, dos volúmenes, 1750/58), y que permaneció inconclusa.

El término **estética** viene del sustantivo griego **aísthesis**, que significa “**percepción, conocimiento**”, “objeto de la percepción”, y que tiene una larga trayectoria en la filosofía griega clásica y helenística. A su vez, éste viene del verbo griego *aíō*, *aisthánomaia*, con la significación de “escuchar” y “percibir”¹⁴.

¹⁴ www.aperturas.org/4dio1.html/

La estética en sí, al ser considerada como lo bello, concierne tanto a las leyes de la belleza objetiva como a las de la sensación de lo bello. Es objetivamente bello lo que expresa de ésta o aquella manera un aspecto del esplendor cósmico, en última instancia divino, y lo hace conforme a los principios de jerarquía y equilibrio que este esplendor implica y exige; La percepción de la belleza, que es una adecuación rigurosa y no una ilusión subjetiva, implica esencialmente, por una parte, una satisfacción de la inteligencia y, por otra, un sentimiento a la vez de seguridad, de infinitud y de amor.

Según Platón¹⁵, la belleza es una idea que se refleja en las cosas. Lo bello es tal porque en él relumbra la idea que lo determina y que nos trasporta más allá de la apariencia inmediata, también señala que es algo que realmente no se sabe explicar con exactitud, algo en lo que tú no aprecias nada agradable, y tampoco sea moralmente aceptable, puedes incluso llegar a verlo hermoso, bello, aunque tú no sepas porque, aunque quizá sea por la estética que este “algo” pueda presentar.

Kant¹⁶ asegura, que el deleite producido por la belleza es el único verdaderamente desinteresado y libre. Lo “agradable” nos atrae porque cumple las características finales que todo ser vivo busca. Lo “bueno” lo impone la razón, debido a que esta reconoce los derechos de toda humana.

Aunque los hombre no sólo buscan satisfacer sus necesidades, sino que además también les interesa que las cosas sean hermosas, por lo menos para ello, Kant a este tipo de interés le denomina “interés desinteresado”.

Para Kant se le denomina “bello” solo aquello que tiene el mérito suficiente para ser reconocido como bello por todo el mundo. Entre las afirmaciones de Kant también se le nombra la de: “lo bello no tiene concepto”, el concepto es lo que nos permite diferenciar algo y presenta una regla para juzgarlo y decir porque es bello.

Kant dividía a la belleza en dos tipos:

1. **BELLEZA LIBRE O VAGA:** La que no presenta ningún fin, se sabe que es bello, pero no se sabe explicar por qué. Es un tipo de belleza sin sentido ni concepto, un ejemplo es la pintura abstracta.
2. **BELLEZA ADHERENTE:** Belleza cuyo objetivo conocemos, se sabe explicar porque es bello, ejemplo, un palacio.

¹⁵ Platón fue uno de los pensadores más influyentes de la antigüedad. Su fama procede del conjunto de su obra y junto con la aristotélica, comprende la esencia misma de la filosofía y la cultura occidental.

¹⁶ Kant fue un filósofo alemán conocido por la profundidad de sus pensamientos, su filosofía se enmarca en el más puro espíritu alemán, derivado de las aportaciones del racionalismo cartesiano y las aportaciones de la ilustración.

Platón era capaz de distinguir entre belleza (bueno y verdadero) y la hermosura a la que aspiran. Para él y Kant, la belleza no hay que buscarla como hacen los artistas creadores de la belleza artística, estos de vez en cuando podrán llegar a disfrutar de una belleza adherente que sin duda es inferior a la belleza verdadera a la que ellos se refieren. La belleza verdadera, es algo natural, y en cambio, muchas veces, se aprecia más, algo con belleza artística que algo con belleza natural; para explicar esto, se da el ejemplo de que un genuino amante de lo bello podría nunca entrar en un museo.

Según Schiller, poeta, autor dramático e historiador, señala que la estética, hace que los ciudadanos sean capaces de vivir y participar en una sociedad no autoritaria. La obra de arte más perfecta es el establecimiento de una verdadera libertad política. La estética, sirve como complemento moral e intelectual para el ciudadano. La cultura estética es poner al hombre en disposición de hacer por sí mismo lo que quiera, devolviendo la libertad de ser lo que deba ser.

La estética también se plantea si hay diferencia entre lo bello y lo sublime. Sobre esta definición de belleza tenemos que los modelos han ido cambiando, y esos cambios han llevado a las mujeres de todos los tiempos a ser presas de esos patrones, padeciendo por ellos las peores súplicas y las más grandes privaciones y sacrificios.

Un ejemplo de la tiranía implacable, es lo que tenemos hoy en día, cuando a mediados del siglo XX la delgadez se empieza a implantar como una concepción estética para el cuerpo de la mujer.

Al hacer un recorrido por la historia, nos dimos cuenta de que el ideal de belleza ha ido cambiando con el paso del tiempo. Cada siglo posee sus códigos y patrones y lo que en cada uno de ellos fue considerado como modelo de "perfección" hoy resultaría absolutamente inaceptable.

En el siglo XX y el nacimiento del Tercer Milenio no albergan para nada el concepto clásico de la belleza de un Rubens¹⁷, y sus "Tres Gracias" que resultan ser las mujeres de la época que formaban parte de esa cotidianidad que hoy en día ante los ojos de los hombres y las mujeres son catalogadas como unas señoras gordas y llenas de celulitis.

1.8. UN RECORRIDO POR LA HISTORIA A TRAVÉS DE LA BELLEZA

1.8.1. LA PREHISTORIA

Los orígenes de la estética se remontan a la prehistoria. A través del arte y de los instrumentos de uso cotidiano que han llegado a nuestros días, podemos ver

¹⁷ Rubens pintor flamenco nacido en Siegen (1577-1640), que se distingue por la libertad de su técnica portentosa, maestría en el dibujo y alegre cromatismo.

como ya existía una preocupación por la belleza. La cualidad que se aprecia más en la mujer y que se toma como símbolo de ésta es la fertilidad. Las esculturas y grabados nos muestran figuras femeninas voluminosas, incluso deformes, que reflejan el interés de los prehistóricos por la fertilidad, tan necesaria para la continuidad del grupo.

Entre los hallazgos más antiguos que hacen alusión al incipiente interés femenino por la belleza, encontramos un grabado en las cerámicas del Oslo, Noruega. Este grabado reproduce la figura de una mujer embadurnándose con grasa de reno animal que está al lado de la figura femenina. También en Austria, la conocida Venus de Willendorf, y en la Costa Azul francesa, la Venus de Grimald; se han hallado representaciones de mujeres simbolizando la preocupación de éstas por el cuidado de su belleza.

Los productos que disponía la mujer prehistórica se limitaban, prácticamente, a la arcilla, tierras de pigmentos colorantes o toscos productos elaborados a partir de grasas animales. El aceite más antiguo que se conoce estaba compuesto de sulfuro de antimonio.

1.8.2. LA BIBLIA

El texto recoge acontecimientos en los que el papel de la estética es significativo, por ejemplo el caso de la reina de Israel, Jezabel, quien “adorno” su cutis con aceites para seducir a Jehu y para hablarle con mayores “poderes de seducción”; o cómo esa misma reina adornaba su rostro con “schrouda” como aún hoy en día hacen las mujeres tunecinas.

Otro ejemplo narrado en la Biblia es el de Esther, reina de Babilonia, quien embellecía con aceites sus maravillosos ojos, hasta el punto de ser considerada la mujer con más bellos ojos que nunca existió.

1.8.3. EGIPTO

Es conocida la mítica belleza de las reinas del antiguo Egipto y cómo los egipcios embalsaban a sus faraones. Estos dos factores impulsaron un gran culto a la belleza y a la cosmética, principalmente en las cortes faraónicas.

Los ritos funerarios se caracterizaban no solo por embalsamar los cuerpos de los difuntos, sino también por depositar junto a ellos toda clase de objetos, alimentos y materiales preciosos para que en la vida futura disfrutasen de los bienes terrenales. Entre los objetos se encontraban peines de marfil, cremas, negro para los ojos y polvos, dentro de pequeños recipientes en los que estaban grabados las instrucciones para su uso.

El refinamiento de los cuidados estéticos era enorme. Fórmulas secretas embellecían a las reinas de Egipto que, con mucha rapidez, eran imitadas por

sus cortesanas. Los peinados, las pelucas, los baños de leche, las estilizadas siluetas, todo formaba parte de una cultura en la que lo espiritual, el arte, la religión y la ciencia tenían una importancia fundamental.

Le ponían especial atención al cabello, la piel y los ojos. El cabello era teñido con henna, consiguiendo mil matices, se rasuraba completamente para facilitar los continuos cambios de pelucas, sumamente sofisticadas. Con ungüentos, aceites y baños perfumados o de leche cuidaban de mantener una piel tersa y extremadamente suave.

Los ojos se remarcaban en negro, engrandeciendo y suavizando su forma natural. El carmín de los labios, el blanco para restar vida a la cara, el rojo-naranja para las mejillas, eran productos extraídos de plantas y arbustos. Usaban antimonio para cambiar el color de los párpados en azul y verde, realizando así más las pestañas.

Las dos reinas que más se significaron por su belleza y sus secretos de estética fueron Nefertiti y Cleopatra. De Nefertiti se recuerda aún su estilizada silueta, a pesar de haber tenido seis hijos, siendo ella quien extendió la moda del color verde para los párpados. De Cleopatra se cuenta que fue la mujer que reunió más secretos sobre el cuidado de su belleza: sus mascarillas, su maquillaje y sus baños de leche pasaron a la historia.

1.8.4. GRECIA

Grecia fue la civilización de la belleza. Ha sido tal su influencia en las culturas occidentales posteriores que su cultura y su arte han configurado el llamo ideal clásico de belleza. Eran, en contraste con Egipto, todos los testamentos sociales los que compartían su inquietud por la estética. Hasta tal extremo llevaron este gusto por la belleza que en uno de sus libros, Apolonio de Herofila explica que “en Atenas no había mujeres viejas ni feas”. De hecho fueron los griegos quienes difundieron por Europa gran cantidad de productos de belleza, de fórmulas cosméticas, así como el culto al cuerpo y los baños.

La mayor atención la presentaban al cuidado del cuerpo. Los cánones de belleza griegos no toleraban ni la grasa ni los senos voluminosos. Era necesario cultivar el cuerpo para conseguir la perfección estética que consistía, además de tener senos pequeños y fuertes, poseer un cuello fino y esbelto.

En los baños era donde éste temor por el cuidado del cuerpo tenía lugar. Precedían al baño diversos ejercicios básicos que lo preparaban para recibir el agua, habitualmente fría. También los masajes tenían un papel importante ya que, junto con el baño y los ejercicios gimnásticos, lograban que en el cuerpo no hubiese rastro alguno de grasa y que se mantuviera la figura frágil y la piel tersa.

La cosmética, en Grecia, vivió un momento esplendoroso, sobre todo en la utilización de los aceites. Estos se extraían de flores y se empleaban en los actos religiosos, deportivos y en la vida diaria. Los aceites perfumados se

aplicaban después de los baños o de los masajes y se elaboraban de distintas flores y esencias de rosas, de jazmines, tomillo y muchas otras y su fabricación se concentraba en Chipre, Corinto y Rodas. El cabello se cuidaba con esmero y se elaboraban tintes también con extractos naturales.

El maquillaje en Atenas se basaba en el color negro y azul para los ojos; coloreaban sus mejillas con carmín y los labios y las uñas se pintaban de un único tono. Se consideraba que el color de la piel de la cara debía ser pálido, ya que era reflejo inequívoco de pasión. Pero no únicamente las mujeres y los hombres griegos tenían esta inquietud por la estética. Sus dioses buscaban también el ideal de la belleza.

1.8.5. ÉPOCA ROMANA



ROMA

Belleza y Estilo

En el Imperio Romano la estética constituyó una auténtica obsesión. Hombres y mujeres atesoraban fórmulas de cosméticos, se maquillaban, peinaban y depilaban por igual. Baños y masajes, vestidos y peinados o el cuidado del cuerpo no eran exclusivos del sexo femenino, sino que todos los romanos querían embellecerse y cuidarse.

Pero, contrariamente a Grecia, no existía un único ideal de belleza, ya que las sucesivas conquistas del Imperio Romano recogieron influencias de los pueblos dominantes. Un ejemplo de ello lo constituye la “locura” de las romanas por ser rubias. Sucedió a la vuelta de la conquista por Julio César, de los territorios germánicos. Los esclavos que con él trajo, sorprendieron por el color de su cabello y de su cutis. Con gran velocidad circularon por Roma fórmulas y ungüentos para cambiar el color, generalmente moreno, de la piel y el cabello de las romanas.

En Egipto y Grecia se inició la costumbre de tener esclavas dedicadas exclusivamente al cultivo de la belleza de sus amos. Esta costumbre se acentuó en la época romana y las esclavas se especializaron en temas concretos: baños, maquillaje, tocados; sofisticados y barrocos hasta lo increíble, se hacían con materiales considerados preciosos; perlas, telas, flores, mallas bordadas, eran manipuladas hasta conseguir el tocado más refinado.

La popularidad del baño llegó al extremo de edificar, en Roma, los conocidos baños de Carcalla, con capacidad para 1.600 bañistas o los aún mayores baños termales de diocleciano que podían acoger simultáneamente a 3.000 personas. Sólo en el siglo IV había en Roma 900 establecimientos de baños termales.

En el caso de las mujeres eran presumidas hasta la exageración, éstas eran capaces de sufrir y padecer para lograr ser bellas y deseadas; mujeres con una complicada y rígida higiene, eran absolutamente limpias.

En pleno apogeo del gran Imperio Romano, las nobles o patricias, eran verdaderas esclavas del aseo corporal. Era imperativo de la moda de esos años dorados del gran Imperio, limpiar metódica y concienzudamente cada orificio del cuerpo y también depilarse absolutamente toda ya que el vello corporal no era algo bien visto según los patrones estéticos que regían esa época. La depilación debía ser esmerada y una mujer romana tenía que eliminar absolutamente el vello de brazos, axilas, bigote e interior de la nariz.

Estas mujeres eran unas esclavas del cuidado de sus largas y brillantes melenas y lavarlas con frecuencia, se consideraba una ofensa a los Dioses. La historia nos revela, que las romanas del imperio, utilizaban hermosos postizos, los cuales eran hechos con las cabelleras de los bárbaros.

1.8.6. EDAD MEDIA

La mujer de la Edad Media soportó las consecuencias de una época caracterizada por la autoridad, las frecuentes guerras y las grandes epidemias. El cuidado de la belleza resurge, sin embargo, en los siglos XI al XIII al organizarse en Occidente las cruzadas para recuperar los llamados "Santos Lugares", entonces en manos de los musulmanes.

Estas guerras originaron contactos e intercambios con otras culturas y constantemente se introdujeron nuevas técnicas sobre aceites y cosmética que suplieron las ya existentes en Europa. La nobleza, en éste período, se recluye en sus castillos. Son los vendedores ambulantes de bálsamos, artículos de tocador y hierbas medicinales, que van de castillo en castillo vendiendo sus productos, quienes conservarán y renovarán los secretos de la cosmética.

MEDIOEVO



Pieles pálidas

Durante los primeros siglos de la Edad Media los nobles no descuidaban la higiene personal. En las ciudades, los baños públicos eran visitados con frecuencia mientras que en los castillos las damas se bañaban con agua fría perfumada con hierbas aromáticas. Pero con el paso del tiempo, estas costumbres se van olvidando; los perfumes de fuerte olor sustituirán poco a poco a la más mínima higiene corporal.

Las mujeres, sin duda, a través de todas las épocas, han realizado terribles actos y crueles experiencias en aras de la belleza, es así, que para lograr el ideal estético de la Edad Media, ponían Sanguijuelas en sus mejillas para lograr esa palidez que las hacían más hermosas a los ojos de sus caballeros.

Cutis pálidos, frentes anchas y despejadas, cabelleras muy rubias y una absoluta calidez en la mirada, eran sin duda, el ideal de belleza de las mujeres de la Edad Media. A esas pálidas y castas mujeres le cantaron bardos y trovadores, y encerradas en sus castillos vieron partir a la guerra a sus enamorados.

Como es fácil de entender, en esa época no contaban nuestras heroínas con una industria cosmética, así que, tenía que recurrir a laboriosos y arriesgados tratamientos; Para blanquear su piel, utilizaban una mezcla de cenizas, clara de huevo y jabón y aclarar sus largas melenas era un verdadero peligro, pues debían lavarlas con un preparado a base de sulfato natural de arsénico y cal hervida en aceite. Una vez más, las mujeres cumplían con los roles establecidos de la sociedad patriarcal y arriesgaban casi hasta su vida para ser bellas y deseadas por los hombres de su época.

1.8.7. EL RENACIMIENTO: NUEVO RESURGIR DE LA ESTÉTICA

A la Edad Media le sucede el Renacimiento, época en que los valores toman un nuevo impulso, olvidados desde Grecia y Roma. La sensibilidad por el arte, la filosofía y la cultura en general, adquieren en el Renacimiento una importancia clave. Es el momento del florecimiento del arte italiano, de los mecenas, de la concepción filosófica del hombre como "hombre-total", sin especializaciones.

Italia se convierte en el centro europeo de la elegancia. Las nuevas propuestas de la moda, la belleza y la estética salen de este país para influir en las cortes de Europa. En el siglo XVI los monjes de Santa Novella, crean el primer gran laboratorio de productos cosméticos y medicinales.

El ideal de belleza de las mujeres nobles italianas consistía en tener un cuerpo de formas muy curvadas, la frente alta y despejada, sin apenas cejas y la piel blanquecina. Tener el pelo rubio era sinónimo de buen gusto y para conseguirlo mezclaban los extractos más inverosímiles. Los primeros tratados de cosmética y belleza aparecieron en Francia e Italia durante el siglo XVI.

En 1673, en París se publica el libro “Experimentos”. En este libro encontramos toda clase de recetas de cosmética y perfumería, escritos sobre maquillaje, para corregir defectos del cuerpo de recetas e incluso reconciliar matrimonios. En este siglo XVI Catalina de Médicis, interesada en todo lo referente a la estética, dedicó parte de su tiempo al estudio de ungüentos y combinaciones de cremas. Más tarde al convertirse en reina de Francia, llevó consigo a los mejores especialistas en perfumes de Florencia, quienes se impusieron en el arte de la perfumería.

1.8.8. EL SIGLO XVIII

Con la llegada de Catalina de Médicis a la capital Francesa, el centro europeo de la moda y estética será hasta nuestros días París. Desde finales del siglo XVII y durante todo el siglo XVIII las mujeres parisinas tendrán la “fiebre del colorete”. Todas parecían cortadas por el mismo patrón: labios en forma de minúsculo corazón, extravagantes y empolvadas pelucas, mejillas enrojecidas con gran colorante, polvos esparcidos por el cuello y los hombros, con lunares coquetamente repartidos por la cara y la espalda.

La época dorada de la cosmética se inició en este siglo con las más sofisticadas cremas, esencias y aguas, los polvos se usaban con generosidad; para las pelucas, harina de trigo; y para la cara, harina de arroz.

La higiene personal va poco a poco retomando importancia. No obstante, los perfumes continúan siendo imprescindibles para disimular los malos olores. Resultaban excepcional el caso de Madame Du Barry, que llamaba la atención en la corte por ducharse a diario con agua fría. Pero todo cambió con la Revolución Francesa. Los excesos estéticos de la nobleza desaparecieron con ella y no fue sino hasta la llegada de Napoleón al poder, y gracias a su esposa Josefina, que los cuidados de belleza renacieron en Francia.

Josefina, de carácter criollo con una gran tendencia a la obesidad, la obliga a tener que seguir continuos regímenes de adelgazamiento y a sucesivos tratamientos estéticos para el cuerpo y el cutis. Llega después el Romanticismo y con él la languidez, los aires desvalidos, los talles ceñidos y las minúsculas cinturas. Las pelucas desaparecen temporalmente para dar paso a bucles realizados en las peluquerías parisienses.

En este momento de refinada feminidad surge una nueva mujer. Una mujer que goza vestirse como hombre, que fuma cigarrillos puros y que hace las mismas cosas que un hombre; es el tiempo de George Sand. Pero no será más que una moda pasajera.

Retoman la palidez, los polvos para blanquear el rostro de los hombres, los cuerpos pequeños y las faldas de gran tamaño. Pero esta moda de la piel de porcelana se contradice con el estilo de vida de las mujeres de alta sociedad.

1.8.9. SIGLO XX Y XXI: LA ESTÉTICA INTEGRAL

1.8.9.1. LOS CAMBIOS DE ESTILOS Y CONCEPCION ESTÉTICA DEL SIGLO XX

En el siglo XX, los acontecimientos históricos, por una parte, han marcado los sucesivos cambios estéticos de la mujer. Fue tan sólo a principios del siglo XX cuando las mujeres llevaban anchos y largos vestidos, actualmente ya no se ve tan marcada esa forma de vestir, sino que cada quien se viste de acuerdo a su personalidad, actividad y por supuesto a lo que dicta la moda.

De la palidez que las damas querían conseguir a toda costa al bronceado permanente, que con igual obsesión se desea hoy en día, han pasado más de ochenta años. Décadas de esplendor se han sucedido rápidamente por épocas de crisis, de grandes guerras. Los cambios sociales han sido apresurados y con ello la moda y la estética, que se han amoldado a cada nuevo período.

Las guerras y las revueltas sociales trajeron los últimos cambios radicales en la historia del vestido europeo en el siglo XX. Es una época donde existen grandes luchas de la mujer en contra de las limitaciones sociales y políticas.

A partir de la Primera Guerra Mundial, y después de cinco siglos, reapareció la silueta natural de la mujer con la posibilidad de mostrar las piernas. Es probable que por la incomodidad que significaba para las mujeres trabajar con vestidos largos, se haya impuesto un cambio brutal a mediados de 1920, las faldas subieron incontrolada y vertiginosamente hasta la rodilla.

En los últimos cincuenta años la estrecha vinculación de la industria textil con el negocio publicitario ha anulado, según algunos observadores, el sentido tradicional del vestido, sustituyéndolo por una moda más informal. El último intento de imponer una moda del “*new look*” (la introducción del uso del pantalón en las mujeres) de finales de la década de los 40`s y principios de 1950, que fue realmente un intento de olvidar la rigidez de los atuendos de principios de siglo.

1.8.9.2. VOLUPTUOSOS AÑOS 50`s y 60`s



A mediados del siglo pasado concebimos a la mujer de acuerdo a la concepción estética de esa época, un poco rolliza.

Entre los grandes símbolos de la belleza, por ejemplo podemos nombrar a la actriz y símbolo sexual Marilyn Monroe, con su 1,67 de altura, superaba los 60 kilos, como una mujer que acentuaba la redondez de su cuerpo, ya que tenía senos y glúteos muy voluptuosos.



La británica, Twiggy, cambió totalmente los patrones estéticos de la década de los 60. Con su alta estatura de 1,70 y sus 44 kilos, esta inglesa se convirtió en figura prototipo de tendencias y estilos. Este estereotipo probablemente sea el inicio de la extrema delgadez en nuestros días, quizá hoy sería internada en una clínica de recuperación al tenerse el conocimiento de que tal delgadez es producto de una posible anorexia, ya que su peso no debería ser inferior a los 54 kilos. El tiempo pasa y la imagen cambia, esta mujer es la misma figura delgadísima que revolucionó al mundo.



1.8.9.3. LOS AÑOS 70'S

Época de las series "La Mujer Maravilla", "La mujer biónica" de los "Ángeles de Charlie" donde sus protagonistas tenían una figura excepcional (cuerpo delgado, y grandes senos). Entre los grandes símbolos de belleza de nuestro país se destacó Lucia Méndez, actriz y cantante de los años 70's, se consideró una figura femenina muy popular, su busto prominente, su estrecha cintura y sus grandes caderas provocó admiración entre mujeres y hombres.

1.8.9.4. LOS CAMBIOS INMENSOS: Los años 80

Para esta época las actrices y modelos iniciaron con el uso y abuso del colágeno, y con la esperanza de la delgadez recurrían a la liposucción. Su meta era lograr la perfección en las formas de sus senos a través de implantes y en los glúteos, así como también a través de la cirugía, eliminar cualquier imperfección de cuerpo y cara. Es la era de las "mujeres hechas" donde la figura natural es casi imposible de recordar.

Un ejemplo, fueron las actrices sumamente explotadas por las televisoras (Verónica Castro en el



país de México y Kim Bassinger en Estados Unidos) quienes representan la perfección, recordamos que en esta época estaban muy de moda las inyecciones de silicón.

1.8.9.5. LLEGARON LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS DE ESTE SIGLO

En los 90, la meta de muchas mujeres fue conseguir, a cualquier precio, el ideal de una silueta sin grasa alguna, y con la posibilidad de un busto seductor.



Para ello buscaban una delgadez extrema pero con hermosos senos. La mujer esquelética se impuso. Quizá una de las figuras emblemáticas de estos 10 años con los cuales se despidió el siglo XX es Elle MacPherson.

Elle Macpherson es una de las top model más reconocidas del mundo, a los 14 años ella era la más alta y con mejor figura de sus cuatro hermanas, su carrera profesional comenzó en 1981, pero no se hizo realmente célebre hasta cinco años después, cuando posó semidesnuda para “Sports Illustrates”, ganando una pequeña fortuna y el apoyo del cuerpo, que la acompaña hasta hoy.

Otras modelos reconocidas en el mundo son: Naomi Campbell, Cindy Crawford, Claudia Schiffer por mencionar algunas; ellas han estado en portadas de revistas como Vogue, Marie Claire, Cosmopolitan, Elle, entre otras.

1.9. LOS MODELOS A SEGUIR

A finales del siglo XX e inicio de este siglo el ser delgada, casi anoréxica es hoy en día una exigencia en la sociedad, aparte de estar de moda, las chicas que no son flacas, no son aceptadas en ciertos trabajos y todo esto conlleva a una baja autoestima.

Las pasarelas de los desfiles de moda nos envían la imagen de mujeres cadavéricas, sin formas, planas y pálidas. Esa imagen es vendida hasta la sociedad por la industria del vestido, de la cosmetología y secundada por los medios de comunicación y las empresas generadoras de estereotipos por crear generaciones de mujeres enfermizas tanto física como mentalmente.

Estas empresas han cruzado el límite de la estética y de la moda por lo que la nueva reglamentación para lanzar diseños requiere el prototipo de modelo, por ejemplo, los diseñadores ya no pueden contratar modelos de tallas muy pequeñas, por lo que los modelos deben tener determinado peso de acuerdo a su estatura.

Un reciente estudio en el Instituto Nacional de Nutrición, señala que hace 25 años, el peso de una modelo era de 80 por ciento inferior a la mujer común, hoy esa proporción se ha reducido 25 por ciento. Dos estudios sociológicos importantes del mismo Instituto revelan que aunque siempre las modelos han sido más delgadas que la mujer media, hoy en día, la influencia de esas modelos y los estilos estéticos que representan influyen bastante más que en el pasado.

Hace unos 30 años, los estilos eran impuestos por las estrellas de cine, ahora, podría decirse que son esas cadavéricas y desnutridas modelos de comerciales las que marcan realmente las pautas a imitar por las jóvenes de los últimos años. Ellas acaparan la prensa y las revistas especializadas y a través de los medios de comunicación, ejercen y propagan su influencia.



Son muy pocas las mujeres que están conscientes de que las modelos son obligadas, en algunos ocasiones, a adelgazar para que la ropa se les vea de determinada forma, además deben enfrentarse a las cámaras fotográficas y las de televisión que siempre aumentan unos kilos. Es cierto que la publicidad de productos light y pasarelas de moda provoca gran impacto en las jóvenes que llegan a caer en la anorexia y la bulimia.



Son ya muchos los científicos, tanto del área médica como del campo de la psicología que han comenzado a señalar y alertar sobre la presencia de estas mujeres figurines, tan delgadas que están creando verdaderos problemas de salud pública al inducir a importantes cantidades de población femenina a imitarlas, e igualmente se está reflejando claramente una sociedad donde es más importante la imagen, la superficialidad y la vanidad.

Ya han sonado varias alertas donde se plantea que aunque la anorexia y la bulimia siempre han existido, sus niveles no eran preocupantes, en cambio, hoy en día estas enfermedades se están haciendo frecuentes en muchos países, al crear serios problemas en la preservación de valores, hábitos alimenticios y hasta la relación familiar.

Muchos especialistas han alertado sobre el hecho de que son las adolescentes las víctimas más propicias, por el simple hecho de ese descontento que casi todos, en la pubertad y adolescencia, hemos tenido de nosotros

mismos. Es difícil que la joven se sienta satisfecha de su imagen, y esto, junto al resto de elementos disturbadores, crean serios conflictos.

Es importante hacer notar que muchas madres están a dieta y provocan un reforzamiento muy peligroso en sus hij@s. Ya se está considerando la anorexia como una epidemia y se sabe que muy fácilmente se propaga y contagia dentro del grupo social y familiar, y este contagio es conocido como “modelos de comportamiento”¹⁸.

Se alerta sobre el incremento de jóvenes y mujeres que padecen de anorexia y bulimia, pues en nuestro país es ya muy alto el número de anoréxicas y para agravar aún más la situación, debe sumarse el hecho de que las enfermas, se sitúan entre los 13 años y aún más chicas.

Es así que la extrema delgadez, que hasta ahora era considerada como un asunto meramente estético, es sin lugar a duda una terrible amenaza para la salud pública. Altos presupuestos se consumen hoy en día, tratando pacientes que padecen anorexia y muchos son los sistemas de salud, que no están preparados para este incremento de la enfermedad.

Cuando se aborda el asunto de la anorexia y bulimia, debe decirse a las jóvenes, que hay que conocer los “trucos” que tienen las fotografías e imágenes de modelos y emblemas de la moda. Muchas de estas imágenes que llenan revistas y espacios de televisión, no son reales; son tantas las técnicas actuales en material de fotografía y filmaciones, que es casi una constante que la apariencia y delgadez de esas modelos haya sido retocada, acentuada la silueta y remarcada las piernas, glúteos, rostros, senos y brazos.

Por ello, debe ser conocido por todas las chicas que acostumbran a cambiar su apariencia como pintarse el cabello, adelgazar la figura, oscurecer o aclarar con bases y cosméticos el tono de la piel, seleccionar la ropa adecuada, e incluso recurrir a técnicas quirúrgicas, para corregir defectos. Es algo cotidiano en la industria del modelaje, pero a la vez demasiado peligroso para la salud.

El asunto ha cobrado tal peligrosidad y ha causado tanta alarma, que hoy tenemos que, en países donde existen fuertes controles en materia de salud pública, se han puesto en práctica políticas para obligar a los fabricantes a que las tallas de ropa se rijan por pautas estandarizadas, y que en la ropa que llega de importación, tengan tallas convertidas a las usadas en nuestro país.

Igualmente se está recomendando a las industrias de la confección, que ofrezcan tallas mayores a las comprendidas entre 34 y 36, para no fomentar aún más esa peligrosa tendencia a la anorexia y bulimia en nuestras adolescentes.

¹⁸ Datos sacados en www.tiraniaestetica.com.mx

Se puede notar en varios países, que dada la incidencia de enfermas, se comienza a reglamentar la profesión de modelos, y se prohíbe la contratación de muchachas menores de 17 años para presentar moda no destinada específicamente al público infantil. Al respecto de esta alarma que ha comenzado a sonar en el mundo entero, se comienza a solicitar a publicistas y empresas de alta moda que se contraten modelos más ajustadas a la realidad.

1.10. LA BELLEZA NO ESTA RELACIONADA CON LA DELGADEZ

¿Por qué hemos de sacrificar nuestro cuerpo, juventud y energías en alcanzar unas medidas llamadas “ideales” que quizá nunca consigamos y en cambio si llamar a la puerta las enfermedades como la anorexia y la bulimia que anteriormente ya lo habíamos comentado?.

La respuesta es bastante obvia, hay personas que lo hacen por estar a la moda, pero resulta que afortunadamente, no todas las mujeres son modelos y que nuestra función y meta en la vida no ha de ser la de conseguir las medidas 90-60-90 aunque así son muchas de las adolescentes que sueñan por tenerlas hoy en día, las que hipnotizadas por las pasarelas y por querer ser como las modelos, dejan de comer y se provocan el vómito para conseguir su objetivo (el estar delgada, casi cadavérica).

Además las medidas en concreto no nos sirven pues cada quien tiene una complexión y estatura diferente, ya que dependiendo de lo que midamos la proporción ha de ser respecto a la altura y no nos debemos únicamente en las medidas del pecho, la cintura y las caderas.

Algunas adolescentes, pierden su autoestima, pues no logran entrar en el patrón de las tallas chicas y por esta razón es la posible causa de una depresión, una anorexia o una bulimia.

En muchas ocasiones se ha acusado a los modist@s y en general al mundo de la moda de estas enfermedades, pero parece absurdo implicar a un sólo grupo cuando todos somos responsables de la sociedad en la que vivimos; publicidad, prensa, medios de comunicación, personas que insultan, critican o discriminan a otras por su peso.

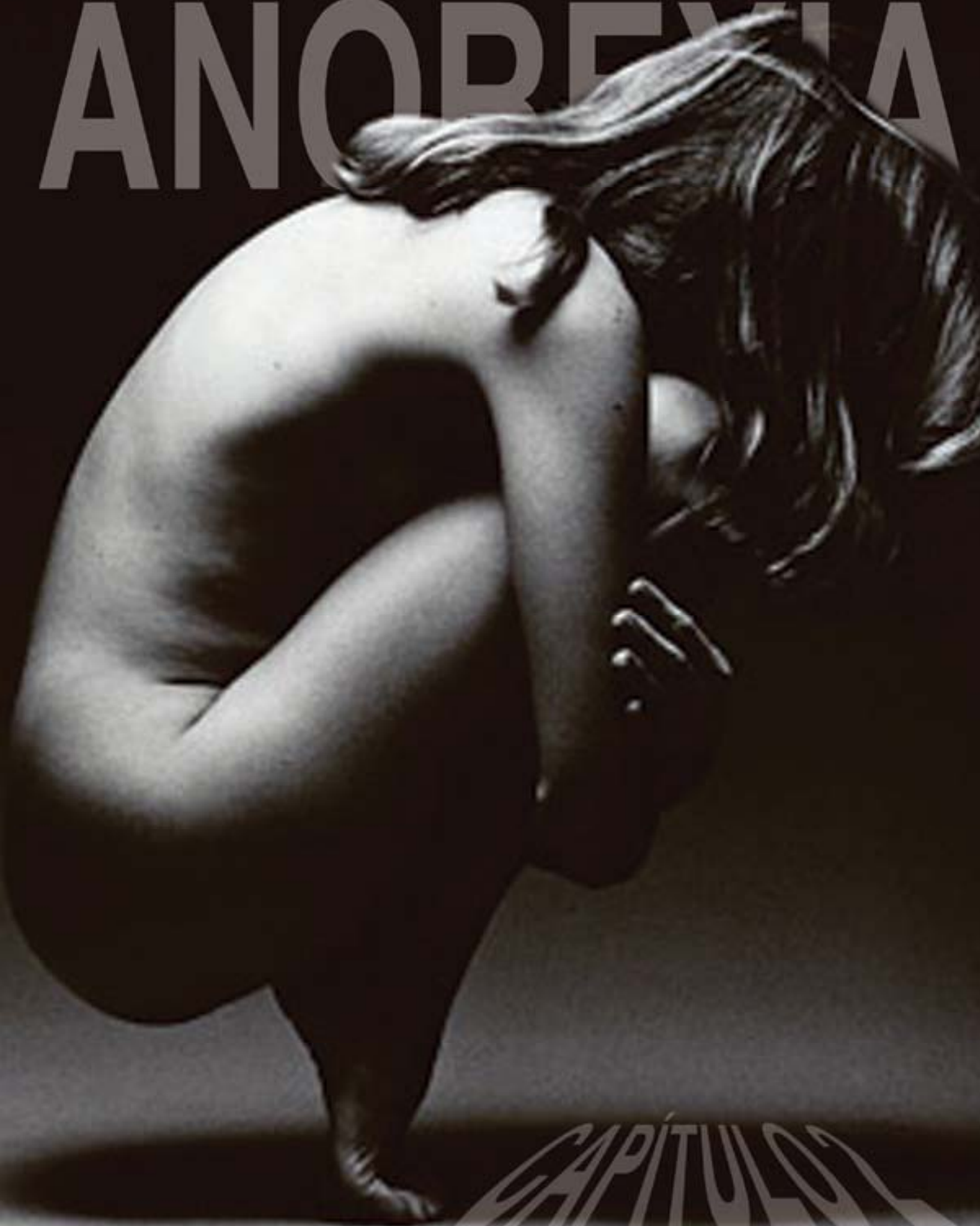
Por ello, no sólo los modist@s y las grandes firmas de la costura son culpables, aunque si es cierto que la mayoría de tiendas de ropa juvenil no hacen tallas grandes y suelen hacer ropa para un sólo estereotipo. De todos modos en este aspecto, la moda si que ha hecho un esfuerzo aumentando las tallas, pero todavía lo podrían hacer más al lograr que las modelos realmente esqueléticos dejaran de ser la tónica general de las pasarelas y de los medios de comunicación.

Por último, el objetivo de este capítulo es dar a conocer como la sociedad patriarcal impone modelos y roles a seguir tanto para las mujeres como para los hombres, pues al realizar este trabajo nos dimos cuenta que de acuerdo a los roles que desempeñan los hombres, estos son dominantes y autónomos y las mujeres tienen y deben llevar el papel dependiente. “Los hombres generalmente son los profesionistas, los representantes, los expertos en tanto que la mujer es el objeto sexual, la madre, la mujer que depende de su verdugo (hombre) en asuntos financieros, pasiva entre otras”.

A través de la historia han moldeado su figura, pues hemos visto como década tras década la mujer y el hombre cambiaron sus costumbres en el vestir, en el peinar y en la estética del cuerpo. Si anteriormente las curvas, las caderas anchas y los grandes bustos eran atractivos para los hombres, ahora el ver a una mujer extremadamente delgada, cadavérica (casi en huesos), es prototipo de la mujer de hoy; son estereotipos implantados por la moda y por la publicidad.

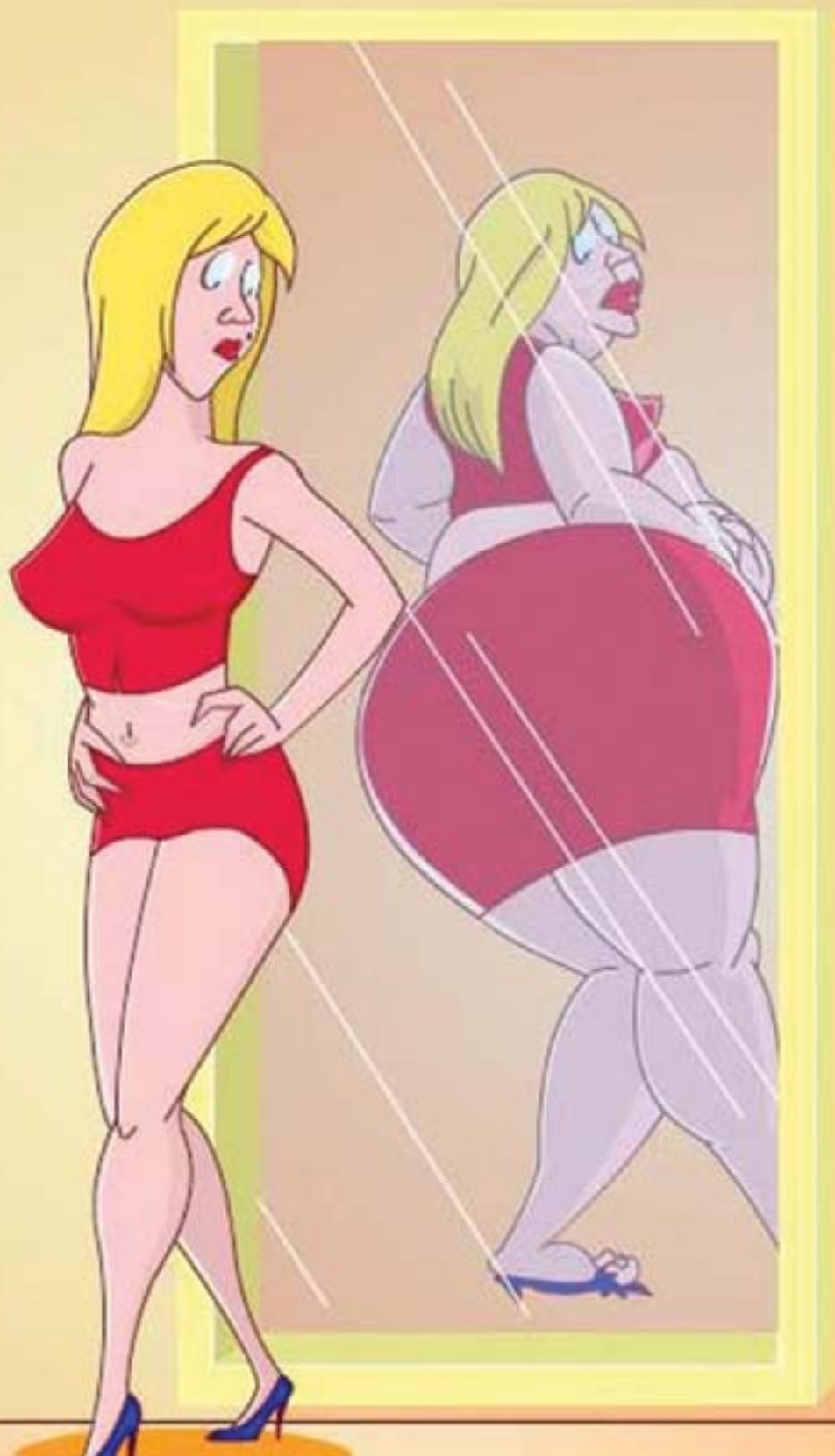
De lo anterior concluimos que todos los estereotipos impuestos por una sociedad “supuestamente” patriarcal han propiciado que muchas jóvenes caigan en enfermedades como la anorexia y la bulimia en la búsqueda de ser aceptadas en un círculo social y además tener éxito.

ANOREXIA



CAPÍTULO

¿CUÁNDO TE MIRAS AL ESPEJO TE GUSTA LO QUE VES?



Los trastornos de la alimentación de 15 años a la fecha se han convertido en un problema real de salud pública, ya que se quiera reconocer o no, si nos atenemos a la definición que hace la epidemiología de campo, se trata de una auténtica epidemia social¹⁹. Los trastornos de la alimentación son: La obesidad, la desnutrición, la bulimia y la anorexia. Esta última será nuestro tema para este capítulo.

2.1. CONCEPTO

Etimológicamente el término “**anorexia** proviene del latín **a** que significa sin y **norexius** que quiere decir sin apetito, el adjetivo nervioso expresa su origen psicológico”²⁰.

En términos médicos la **anorexia** se define simplemente como falta de apetito que origina una negativa del sujeto a tomar alimentos. Las causas son numerosas y variadas (todos los factores que pueden interferir en los mecanismos reguladores del hambre o del apetito pueden provocarla) y aparecen en enfermedades que afectan a órganos y aparatos. Existe una variación llamada **anorexia nerviosa o mental** que es un “trastorno caracterizado por una pérdida deliberada de peso, (mediante dietas restrictivas, ejercicio excesivo, vómitos inducidos, abuso de laxantes, consumo de reductores del apetito y diuréticos), con desnutrición de grado variable y cambios endocrinos y metabólicos secundarios, y rechazo (por miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso) a mantener el peso corporal en los valores mínimos que se aconsejan en atención a la edad y la talla”²¹.

En pocas palabras, la anorexia nerviosa se caracteriza por una pérdida significativa de peso corporal producida normalmente por la decisión voluntaria de adelgazar. Este adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos especialmente “los que engordan”, y también con cierta frecuencia mediante vómitos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico exagerado y consumo de anorexígenos, diuréticos.

El primer caso de anorexia se dio con Catalina de Siena²². Con 26 años de edad su idea de dedicar su vida a Dios chocaron con la idea de sus padres de casarla. Esta situación la llevó a encerrarse en su habitación y a maltratarse, no comía, y así consiguió ingresar en la orden Dominicana, pero cuando entró allí sólo tenía la mitad de su peso.

Aparecen muchos casos de anorexia en las religiosas de la Edad Media, ya que el ayuno era un medio para que el espíritu triunfara y no la carne, pues el

¹⁹ www.paidopsiquiatria.com/anorexia/inf.htm

²⁰ www.elalmanaque.com/psicologia/bulimia.htm

²¹ Diccionario de Medicina Universidad de Navarra España, Vol. 1, pp. 77-78.

²² www.monografía.com/trabajos/buliano/buliano.shtml/

estar sin comer era considerado como un signo de santidad. A esta anorexia sufrida por el seguimiento a Dios se llamó : “**ANOREXIA SANTA**”.

2.2. ETIOLOGÍA: CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA ANOREXIA

Hablar de la etiología de la anorexia es referirse, en nuestro caso, a aquellos aspectos que contribuyen directamente a mantenerla. La etiología o causas que la producen, hoy por hoy, es desconocida. Por tanto, lo que sigue a continuación se limita a exponer brevemente lo que se viene especulando sobre las posibles causas que la producen como son los factores psicológicos, los factores psicoculturales y los familiares –por mencionar algunos- que influyen en la aparición de la anorexia; no vamos a detallar las consecuencias médicas, sólo mencionaremos lo más elemental para dejar en claro que estas alteraciones son multisistémicas (que afectan a muchos órganos), estos son:

2.2.1. CAUSAS DE LA ANOREXIA

2.2.1.1. Factores Genéticos

Existen algunos hallazgos que hacen pensar en que la genética tenga algo que ver en la presentación de la anorexia. Sin embargo, y no sin razón, los detractores (son infamadores) sostienen que son datos insuficientes ya que podría explicarse por otras causas. De todas formas y teniendo el objetivo informativo de este trabajo, los expondremos brevemente.

El primer argumento se refiere a que la incidencia de anorexia en hermanos de pacientes con este trastorno es aproximadamente de 3.1 - 6.6 por ciento, aunque este dato no es significativo. Un segundo argumento se sostiene a través de los estudios gemelares: La concordancia es del 46 – 75 por ciento en gemelos monovitelinos (un óvulos) y sólo del 0 – 11 por ciento en los dizigóticos (dos óvulos).

Si bien estos datos no son concluyentes, se han utilizado argumentos de disposición o **vulnerabilidad genética**, aunque habría que especificar si se trata de una vulnerabilidad específica, algo muy difícil de aceptar. El hecho de que se encuentre una amplia asociación entre trastornos de **ansiedad y afectivos** en familiares, ha dado lugar a que se especule con la posibilidad de una vulnerabilidad genética para este espectro de trastornos psiquiátricos.

2.2.1.2. Factores Biológicos

Uno de ellos es la elevación de las concentraciones séricas de carotenos, responsables de la pigmentación amarillenta que presentan algunas jóvenes y no aparecen en otras formas de malnutrición.

Trastornos hipotálamicos y endocrinos: En la anorexia nerviosa existe una distorsión de los mecanismos reguladores centrales que controlan el equilibrio físico y emocional. Las diferentes alteraciones neuroendocrinas y metabólicas que se pueden presentar en la anorexia son:

1. **Eje hipotalámico-hipofísico-gonadal:** Una de las manifestaciones es la aparición de la amenorrea (pérdida del periodo menstrual hasta por tres meses) secundaria que sigue a la pérdida de peso que llevan a la conducta anoréxica.

El ejercicio físico intenso se asocia a retrasos en la edad de aparición de la menstruación y una mayor incidencia de trastorno menstrual. Los ovarios de las anoréxicas son mucho más pequeños que de las mujeres normales. Con la recuperación del peso, el tamaño ovárico se normaliza y su estructura llega a ser quística, sin cambios en el estroma y de una forma semejante a lo que ocurre en el curso del desarrollo de una pubertad normal.

2. **Eje hipotalámico-hipofísico tiroideo:** Algunos de los síntomas y signos de la anorexia son: piel seca, estreñimiento, hipotermia y aumento de la sensibilidad al frío.

3. **Eje hipotalámico-hipofísico suprarrenal:** Se describe en la anorexia cambios en las hormonas glucocorticoides y concretamente aumentos de variables de cortisol. La producción neta de cortisol esta aumentada en las anoréxicas y las concentraciones de cortisol libre en la orina también son altas.

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

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

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

5. **Hormona antidiurética:** Muchas de las jóvenes con anorexia no pueden concretar su orina cuando son sometidas a una situación de privación de agua. Casi la mitad de las jóvenes anoréxicas presentan diabetes insípida parcial.
6. **Termorregulación:** En los trastornos hipotalámicos se describen fallos en la adaptación del organismo a estados agudos de hipotermia o hipertermia. En general, en los individuos que presentan pérdidas importantes de peso, aparecen también defectos en la regulación de la temperatura. En la anorexia, ante un clima frío aparece una caída rápida de la temperatura corporal sin presentarse escalofríos.
7. **Metabolismo hidrocarbonado:** En la anorexia mental, la insulina y los niveles de glucosa se encuentran más bajos de lo normal además de presentar una intolerancia a la sobrecarga de glucosa.

2.2.1.3. Factores Psicológicos

Como predisposición psicológica se ha publicado bastante sobre la posibilidad de un sustrato de personalidad que facilitaría la presentación de la anorexia. Hoy se cree que la personalidad influye en el tipo de expresión clínica y en la evolución, más que como factor etiológico.



A través de estas características psicológicas se pueden observar dos tipos de anorexia: la **anorexia de tipo restrictivo o austeras llamada también típica** y la **anorexia de tipo “atracción-purga” o voraces conocida como la atípica**.

1. Las anoréxicas de tipo restrictivo o austeras: Se da cuando la joven come muy poco o casi nada, restringe al máximo su ingesta calórica, con una alarmante y consecuente pérdida de peso a través de ejercicio, por lo general ayudadas por laxantes, píldoras de dieta y diuréticos.

2. Las anoréxicas de tipo “atracción-purga” o voraces: Se da cuando la joven se ha involucrado regularmente en conductas de purga (por ejemplo, vómito autoinducido o uso inadecuado de laxantes, diuréticos o enemas), a pesar de consumir muy pocas calorías, muestran características de la bulimia nerviosa.

La Anorexia Nerviosa Típica comprende las siguientes características:

1. Pérdida de peso, en niños ausencia de ganancia, que conduce a un peso corporal de al menos 15 por ciento por debajo del peso esperado.

2. La pérdida de peso es autoinducida por evitación o restricción de “alimentos que engordan”.
3. Distorsión de la imagen corporal, de estar demasiado gordo, con pavor a la gordura... que conduce al paciente a imponerse un peso abajo.
4. Amenorrea (falta de uno a tres ciclos menstruales) en la mujer y en el hombre se da la pérdida del interés sexual²³.

Otros tipos de características que presentan estas jóvenes son:

- **Un historial de ligero sobrepeso:** Estas jóvenes comienzan teniendo un ligero sobrepeso por lo que comienzan con dietas estrictas y luego no se detienen cuando llegan al peso deseado sino que, se agrava y continúan perdiendo peso.
- **Un excesivo deseo de agradar a los demás y evitar situaciones estresantes:** Intentan agradar a los demás, por lo que se desarrolla una personalidad rígida, expresada en una excesiva necesidad de seguir reglas y una tendencia a criticar a los demás. Intentan mantener el control sobre su entorno porque no lo tienen sobre su propia vida. Esto además las lleva a tener miedo a enfrentarse a situaciones nuevas y así surgen los problemas de identidad y control.
- **Elección de una afinidad o una carrera que concede gran importancia al peso:** Las carreras de bailarina, actriz, modelo y deportista, fomentan esta enfermedad porque se le concede un alto valor a poseer un aspecto delgado y saludable.

2.2.1.4. Factores Socioculturales

En la aparición de la anorexia intervienen los factores socioculturales, que son la presión por parte de la sociedad, de los medios de comunicación, y el anhelo por adelgazar como sinónimo de autoestima. También intervienen factores individuales, que son los cambios corporales en los jóvenes, que obligan a fijar la atención sobre el cuerpo. Este es el momento en que l@s adolescentes comparan su imagen corporal con el modelo estético presente en su medio social.

La familia es un elemento importante en la aparición de la anorexia aunque no es algo específico en la enfermedad, se ha observado que



²³ www.paidopsiquiatria.com/anorexia/inf.htm

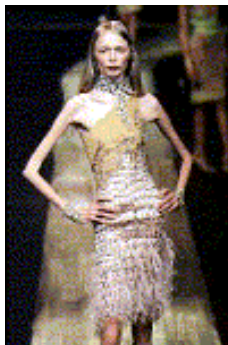
hay un predominio de estilo educativo sobre protector y también excesos de trastornos alimentarios, afectivos y de ansiedad en los familiares de anoréxicos. Pero estos elementos no pueden considerarse factores importantes de esta enfermedad, es decir, se asocian a otras enfermedades que no tienen nada que ver con el alimento. De todas formas una vez que la anorexia se hace presente, los conflictos familiares cobran gran importancia.

Como nos dice J. Toro, estamos dominados por la cultura de la delgadez y la lipofibia. Hoy se ha codificado el cuerpo femenino, a expensas de un mercado del adelgazamiento y la satanización de cualquier signo de sobrepeso. La dieta es el primer factor etiopatogénico, sobre todo, en la adolescencia. Por supuesto, todo esto viene acompañado de las presiones de los medios de comunicación con sus mensajes doble vinculantes: programas donde se pone en evidencia los peligros y consecuencias de la anorexia simultanea con otros en los que se idolatriza la delgadez y determinados estereotipos relacionados con ella.

2.2.1.5. LA IMAGEN COMPUESTA POR LA SOCIEDAD

La representación en el imaginario colectivo que suele hacer de las mujeres puede considerarse casi un examen que nos permite juzgar la clase de civilización de un país o de una época. Ahora bien, antes de abordar un enfoque de este tipo hay que partir siempre, en primer lugar del hecho incontrovertible de que la sociedad tiene una estructura tal que, como afirma Fina Sanz, clasifica a los individuos apriorísticamente en razón de su sexo, y esto, que constituye una de las características fundamentales de nuestra sociedad, no sólo produce ya de raíz una escisión de los seres humanos en dos categorías, sino lo que es más grave, ha terminado por dividir la personalidad de los seres humanos.

Las dimensiones corporales de la mujer han sido valoradas de distintas maneras en diferentes épocas de la historia del mundo occidental. El modelo de belleza femenina de la época de Rubens es muy distinto al actual. Los cambios históricos acarrear cambios culturales y cambios corporales.



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

En el establecimiento de los modelos estéticos, intervienen una multitud de factores aunque en cada país se tenga su prototipo de belleza. Por ejemplo, en la India, donde

escasea el alimento, la obesidad es un signo de prestigio social y de potencial socioeconómico. Por el contrario, el ideal de delgadez se da en sociedades donde la obtención de alimento no es problema.

“Los estereotipos estéticos suelen extenderse en las sociedades complejas en sentido descendente, es decir, de las clases más elevadas a las más bajas. En las sociedades más desarrolladas, hay una relación inversa entre clase social y obesidad. Se verificó que el 11.6 por ciento de la población adolescente femenina de clase baja era obesa, mientras que las de clase alta sólo había 5,4 por ciento”²⁴.

Esta distorsión en las clases sociales es totalmente opuesta a la que se da con la anorexia. Con este fenómeno entra la sustitución de los valores asociados con el alimento (necesidad básica) son sustituidos por otros de carácter estético más culturizados y alejados de lo primario, de lo más estrictamente biológico.

Un canal importante y de influencia afectiva aspiracional son los medios de comunicación de masas. Nos hallamos inmersos en una sociedad donde la televisión, la prensa, la radio y otros medios de comunicación bombardean continuamente a los ciudadanos con múltiples mensajes de consumo variado.

La manipulación de los diversos medios de comunicación (prensa, revistas, televisión) desde donde somos invadidos y manipulados hasta el punto de llegar a ser víctimas de unos pocos (especialistas de marketing, diseñadores, empresarios del mundo de la dietética, modistos etc.).

También se sabe que los “valores” del mundo sajón, en especial los de nuestros vecinos del norte (Estados Unidos), ejercen una gran influencia y control sobre otros países²⁵.

Trastornos culturales: Ha habido múltiples hechos históricos, sociales y culturales que aparecen asociados a los trastornos alimenticios. Así se pasa por las santas anoréxicas, doncellas ayunadoras, deportistas y bailarinas. Durante los siglos pasados, los sacrificios y mortificaciones trascendían a la joven y todo se realizaba por motivaciones religiosas. Buscaban la “perfección moral” y en nuestro tiempo, hemos pasado a la persecución de la “perfección corporal”.

En otras sociedades y en otras culturas han manipulado el cuerpo humano con decoraciones pintorescas y perforaciones, estos son estereotipos heredados, transmitidos de generación en generación y por lo general dependiendo de rituales pertenecientes a tradiciones.

²⁴ Toro, Joseph, (1996): *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España, Ariel.

²⁵ Garfinkel, P. E; y Graner, D. M. (1982). *Anorexia nerviosa: a multidimensional perspectiva*. New York: Brunner/Mazel.

2.2.2. CONSECUENCIAS DE LA ANOREXIA

Existen consecuencias psicosociales de todos conocidas: deterioro de la vida social, laboral y personal de l@s pacientes y deterioro de la vida familiar. Nosotras en este trabajo nos limitaremos a enumerar las consecuencias médicas.

La mortalidad como consecuencia directa o indirecta de la anorexia, a lo largo de 20 años. puede llegar hasta el 20 por ciento. Se considera que existen una serie de **FACTORES DE MAL PRONÓSTICO:**

1. Relaciones con la enfermedad:

- Larga evolución resistente al tratamiento.
- Mayor edad de comienzo.
- Bajo peso al comienzo de la enfermedad.

2. Situación psicosocial previa a la enfermedad:

- Alteración de la personalidad.
- Relaciones familiares conflictivas.
- Dificultades sociales.
- Pacientes casadas.

3. Alteraciones somáticas:

1. Cardiovasculares:

- Bradicardia e hipotensión.
- Adelgazamiento de la pared cardiaca.
- Arritmias.
- Prolapso de la válvula mitral.

2. Gastrointestinales:

- Flatulencia.
- Estreñimiento.
- Dolores abdominales.
- Diarreas.
- Dilatación duodenal e íleo paralítico.
- Dilatación aguda del estómago y perforaciones gástricas.

3. Renales.

- Elevación de la creatina plasmática.
- Tasa de filtración glomerular disminuida.
- Azotemia prerrenal.
- Cálculos renales.
- Hiperaldosteronismo secundario.

4. Hematológicas.

- Anemia.
- Trombocitopenia moderada.
- Leucopenia.
- Alteraciones de los sistemas inmunitarios.

5. Endocrinas y metabólicas.

- Amenorrea primaria o secundaria.
- Hipotermia y sensibilidad aumentada al frío.
- Piel seca.
- Disminución del metabolismo basal.
- Aumento del cortisol.
- Hiperfuncionamiento.
- Alteraciones del metabolismo hidrocarbonado con intolerancia a la sobrecarga de glucosa.
- Alteración hormona del crecimiento.

Otros

- Hiperfuncionamiento.
- Hipercolesterolemia.
- Hipoalbuminemia.
- Hipofibrinogenemia.
- Deficiencias de zinc.
- Osteoporosis.
- Caries dentales (si hay vómitos).

2.3. EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICAS

La anorexia es más frecuente en las mujeres que en los varones, pero esto no quiere decir que no haya hombres que la padezcan, son pocos pero los hay. Se ha llegado a considerar diferente la anorexia femenina de la anorexia masculina, por ejemplo, las comparaciones entre las características clínicas y evolutivas de varones y mujeres anoréxicos son distintos.

En el año de 1985 en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Munich y en el Instituto Max-Planck se hizo el primer estudio donde se compararon las características de 29 anoréxicos con 23 anoréxicas. Se llegó a la conclusión de que el inicio del trastorno es el mismo para ambos sexos. El 95 por ciento de los varones manifestó una negación de la enfermedad, hiperactividad, ideal de delgadez, fobia al peso y dieta. Con toda esta investigación se llegó a lo siguiente.

El trastorno suele comenzar entre los 13 y los 25 años de edad pero en los últimos tiempos está descendiendo la edad del inicio. Los adolescentes

anoréxic@s experimentan un intenso miedo al aumento de peso, a pesar de que éste disminuye cada vez más de una manera alarmante, que produce una distorsión de la imagen corporal lo que obliga a mantenerse a dieta.

Semejanzas en la enfermedad entre ambos sexos.

- ✓ Fobia al peso.
- ✓ Ideal de delgadez.
- ✓ Clase socioeconómica de procedencia.
- ✓ Características del peso previo.
- ✓ Duración de la enfermedad en el momento de la consulta.
- ✓ Seguimiento de dietas de adelgazamiento.
- ✓ Orden en la familia, número de hermanos.
- ✓ Tipo de relaciones infantiles con compañeros o compañeras.
- ✓ Pérdida de interés sexual.
- ✓ Rendimiento académico.
- ✓ Enfermedades mentales en los padres.
- ✓ Trastorno de peso en la familia.

Diferencias de la anorexia en ambos sexos

- ✓ En algunos de los procedimientos empleados para luchar contra el aumento de peso, las mujeres utilizan más laxantes.
- ✓ Los varones han practicado más deporte que las mujeres.

Hay una aparente existencia de una proporción sexual y más concretamente de homosexualidad en los varones anoréxicos. En la práctica clínica se observa que los varones anoréxicos más que “estar delgados” no desean “estar gordos”, por eso se preocupan por conseguir una cierta musculatura para “impresionar a las chicas”. Además los varones experimentan mucho mayor presión social hacia el ejercicio físico intenso.



En definitiva, mientras que las chicas adolescentes, se preocupan por la delgadez, al mismo tiempo se preocupan por la forma de vestir, por la cosmética, la peluquería, el uso de la joyería, y los chicos adolescentes se dedican, preferentemente a la construcción y moldeamiento de su cuerpo. Cabe destacar en ellos el uso de esteroides anabolizantes, que además de producir cambios en el cuerpo trae muchas consecuencias negativas, como producir quistes hepáticos, reducir la variedad de colesterol protectora, disminuir la producción de espermatozoides y el tamaño de los

testículos, reducir la producción de hormonas sexuales (en ambos sexos).

Como características de esta enfermedad es el hecho que la pérdida de peso es negada prácticamente siempre por el enfermo ya que no suele tener conciencia de su estado. Esta malnutrición produce alteraciones, síntomas y trastornos como hipotensión, alteraciones de la piel, caída del cabello y trastornos gastrointestinales. También se dan síntomas de ansiedad y depresión que provoca tristeza, irritabilidad, aislamiento social e incluso ideas de muerte y suicidio.

Las preocupaciones por el alimento han aumentado obsesivamente. Los pensamientos y actitudes relacionados con el cuerpo, el peso y la alimentación, y la evolución de la enfermedad indican que el 40 por ciento de las adolescentes que padecen esta enfermedad tienen síntomas depresivos y 25 por ciento obsesivos. La mortalidad se sitúa entre el 8 y el 10 por ciento, pero cuando la enfermedad dura más de 30 años este dato se eleva al 18 por ciento. Tras doce años de evolución de la enfermedad la curación se considera prácticamente imposible.

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

En México las mujeres, pero sobre todo las adolescentes, están preocupadas por su cuerpo y distorsionan su imagen corporal practicando fuertes deportes y dietas estrictas. No se aspira al ser, sino al parecer, es como un “narcisismo” en el que en última instancia depende la aprobación real o supuesta de los demás.

Aquí llegamos al **mercado de delgadez** donde la moda y sus creadores desempeñan en este juego psicosocial un papel destacado al igual que los medios de comunicación y publicidad que les sirve para aumentar sus fortunas. Todo esto se suele encerrar en la mujer para que logre un prestigio social y autoestima personal derivada de la delgadez. Las características y valores que se manejan en la delgadez universalmente, son el medio con el que van a lograr todos los valores, los modelos sociales, los halagos de quien te rodea que aportan y sirven de reforzadores para conseguir el propósito de la aceptación.

Los trastornos del comportamiento alimentario en nuestra sociedad se han convertido en un problema en nuestra cultura llegando a riesgos sobre todo en nuestra salud. En muchas adolescentes se vive y se comparte el sentimiento de la delgadez corporal, la cual se asocia de algún modo con la belleza, la elegancia, el prestigio, la juventud, la aceptación social... y todo ha sido aprendido, ya que no nacimos con estos sentimientos, actitudes y creencias.

Actualmente la sociedad está determinada por el culto al cuerpo como en las películas, chicas jóvenes de cuerpos esbeltos y delgados. Parece como si la belleza estuviera al alcance de todos.

La anorexia ocurre cada vez en nuestra cultura; no hay solución de continuidad entre las actitudes y conductas referenciadas al cuerpo y a la alimentación en general, en los trastornos alimentarios subclínicos y en los casos clínicos propiamente dichos; el trastorno parece expresar conflictos y tensiones psicológicas generalizados en nuestra cultura; el trastorno puede ser la vía de expresión final de distintos problemas personales y malestares psicológicos; sus síntomas son extensiones y exageraciones de conductas y actitudes normales dentro de nuestra cultura.

Nuria: “Empecé a tener problemas con la comida a los 12 años y a los 14 sufría anorexia. Durante toda mi infancia, mi padre me pegaba, me gritaba que era una niña horrible y que no debía haber nacido. Por eso me odiaba y me auto castigaba matándome de hambre”.

Sonia: “Todos alaban a las mujeres delgadas y rechazan a las gordas. Soy abogada de 29 años que durante 10 años sufrí el calvario de la anorexia. Cuando empecé adelgazar mucho, todo el mundo me encontraba estupenda y me decía que estaba guapísima. Luego, cuando ya era imposible comer sin ayuda de una terapia, esas mismas personas me culpabilizaban por ser anoréxica”.

2.4. CARACTERÍSTICAS SINTOMÁTICAS DE LA ANOREXIA

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Antes que nada primero hablaremos la diferencia de lo que es un signo y un síntoma. **Signo;** es el dato que es visible o medible con respecto a una enfermedad y **síntoma** es el dato que se refiere el paciente con respecto a su enfermedad. Estos datos fueron sacados del diccionario de Tratado de Medicina Interna.

La anorexia tiene la siguiente sintomatología:

- ✓ Las anoréxicas comen como si estuvieran a dieta, a pesar de que ya están muy delgadas .
- ✓ Usan ropas muy holgadas o demasiado grande.



- ✓ Están preocupadas por el peso, por conseguir dietas y por una figura de modelo.
- ✓ Experimentan cambios de personalidad.
- ✓ Experimentan vértigos, desmayos, pérdida de conocimiento y dificultad para concentrarse.
- ✓ Temor a aumentar de peso o engordar.
- ✓ Percepción distorsionada del peso, tamaño o figura de su cuerpo.
- ✓ En las mujeres por lo menos la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.
- ✓ Ausencia de otro trastorno físico o psiquiátrico que pudiera justificar la pérdida de peso o la negativa de comer.
- ✓ Presencia de al menos dos síntomas fisiológicos asociados a la anorexia nerviosa:
 - ✓ Abuso de laxantes, diuréticos o píldoras de dieta.
 - ✓ Hacer ejercicio de manera excesiva. Puede ser de 5 a 6 horas diarias.
 - ✓ Osteoporosis. Los huesos se vuelven más frágiles.

Síntomas físicos de inanición

- ✓ Piel fría, algunas veces con tonalidad azulada.
- ✓ Dolor al sentarse.
- ✓ Desarrollo del vello muy fino por todo el cuerpo.
- ✓ Hipotensión, o presión anormalmente baja.
- ✓ Corazón debilitado.
- ✓ Indigestión después de la escasa comida que consume.
- ✓ Sensación de debilidad o cansancio.
- ✓ Problemas de sueño.
- ✓ Anemia debido a la falta de hierro y proteínas.
- ✓ Anormalidades hormonales: ausencia de los períodos menstruales.



2.5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

La anorexia es una enfermedad que con el paso del tiempo ha cambiado en su expresión clínica. Los criterios diagnósticos que veremos en esta investigación son los de la Asociación Americana de Psiquiatría y los de la Organización Mundial de la Salud, los cuales permiten a cualquier persona diagnosticar un trastorno alimenticio, pero no se puede diagnosticar otras patologías por la falta de conocimiento psicopatológico. En este apartado revisaremos brevemente las alteraciones conductuales, alteraciones cognitivas y los trastornos psicopatológicos.

2.5.1. Factores Médicos

En este apartado abordaremos brevemente.

- Las alteraciones conductuales.
- Las alteraciones cognitivas.
- Los trastornos psicopatológicos.

2.5.1.1. Las Alteraciones Conductuales:

Aparecen fundamentalmente en la esfera de la ingesta. Existe una restricción importante y, a veces, caprichosa de determinados alimentos que son considerados como hipercalóricos. Estas alteraciones van encaminadas a la pérdida de peso, igualmente, suelen alterarse los ritmos habituales de las comidas.

Junto a lo anterior, aparecen una serie de comportamientos de tipo compensatorio: ejercicio excesivo y ayuno (Tipo restrictivo: l@s anoréxicos no recurren a conductas purgativas), o ven la utilización de laxantes y los vómitos (**Tipo Purgativo**: l@s anoréxicos recurren regularmente a purgas). En algunos casos pueden existir episodios de atracones conjuntamente con los demás aspectos conductuales (**Tipo Bulímico**). Lo habitual es que pase de una situación a otra durante el curso de la enfermedad.

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

1. Comportamiento ingestivo: Los primeros cambios son el inicio de una dieta restrictiva. Suele iniciarse limitando y/o suprimiendo los hidratos de carbono mediante la reducción o supresión de grasa y acaba en la limitación de la ingesta de proteínas.



Utilizan varios recursos como vómitos, uso de laxantes: comienzan a padecer estreñimiento y para vencerlo utilizan laxantes ya que piensan que “a más retención, más peso”; Su problema es la falta de información. También utilizan diuréticos para la disminución de la retención de líquido y, por lo tanto, esto contribuye a bajar de peso.

Las conductas de las jóvenes son extravagantes, raras e incluso compulsivas. Aumenta su interés por la alimentación y el peso; se hace a través de conversaciones y lecturas: Se informan

sobre todo de dietas, el uso de cremas, coleccionan libros, recetas. Suelen incluso preocuparse hasta de lo que se comen en su casa. A partir de ese momento realizan rituales con la comida como el desmenuzarla, repartirla en el plato, esconderla en los bolsillos, almacenarla en la boca para escupirla después, tomar alimentos del plato de los demás, que luego abandona sin probar.

2. Hiperactividad: Comienzan con la práctica de actividad física de manera obsesiva; la joven empieza a caminar varios kilómetros al día, estudia paseando o de pie, hace abdominales para realizar un mayor gasto calórico. “Se han hecho varios experimentos de Meyer y Cols (1956), Routtenberg y Kuznesou (1997), Epligs y Cols (1981 y 1983) en los que han visto que cuanto más ejercicio hagan las jóvenes, menos hambre tienen”²⁶.

Todo ello supone la posibilidad de que la anoréxica incremente sus actividades físicas divididas en dos mecanismos. El primero es el cognitivo- conductual en el que sus ideas acerca del cuerpo y peso llevan a un mayor gasto calórico a través de más movimientos. El segundo es el psicofisiológico donde la disminución de la ingesta aumenta la actividad física. La alteración del sueño se encuentra entre lo conductual y lo fisiológico. La anoréxica, decide dormir menos porque así, al estar despierta hace más gasto calórico.

3. Comportamiento Familiar: Es el primer sitio donde da principio la anorexia, ya que la alimentación cuenta como un importante componente emocional. Las madres son las que imponen su papel de cocineras, pues el estar bien alimentados nos ayuda a fortalecer nuestro cuerpo. En consecuencia, la disminución de la ingesta alimenticia por parte de la anoréxica, causa una enfermedad tanto física como mental.

4. Conducta social y sexual: El sentimiento de ser diferente, de no poder ser comprendida por lo demás, la ocultación de su problema, el evitar situaciones donde la comida se plantea como obligación o como tentación.

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

El interés sexual de la anoréxica baja constantemente. Ellas suelen darse cuenta de que serían más atractivas si tuvieran más peso. A pesar de ello, desean perder más kilos. Las cosas suceden como si su apariencia le

²⁶ Toro, Joseph y Enrinc Vilardell (1987): Anorexia Nerviosa. España, Ediciones Martínez Roca.

permitiera evitar muchas de las expectativas asociadas a la madurez y el desarrollo físico.

5. Trastornos afectivos: Existe una relación entre la anorexia y los trastornos afectivos ya que las anoréxicas suelen manifestar síntomas depresivos: tristeza, llanto frecuente, insomnio... todo ello manifestado en la pérdida de peso.

6. Cambios biológicos: No siempre el problema de la pérdida de peso es el que lleva a los familiares de las anoréxicas a la consulta médica, sino manifestaciones clínicas, como estreñimiento, insomnio, aparición de intensa debilidad muscular, calambres.

7. Exploración física general: El deseo de las adolescentes por perder peso comienza con el aumento de dietas, como consecuencia va a disminuir la masa de tejido adiposo y muscular, con pérdidas de 25 por ciento del peso inicial. A las menores de 18 años de edad se les debe añadir la interrupción de las ganancias de peso según las tablas de crecimiento por sexo y edad. Las anoréxicas van a presentar un aspecto marchito y envejecido, con una faz triste que intentan aparentar desarrollando el desarrollo de actividad física normal o exagerada.

Físicamente, la piel aparece seca e incluso agrietada y tiene un aumento en la pigmentación. Las palmas de las manos y las plantas de los pies presentan una coloración amarillenta y permanecen fríos; las uñas se vuelven quebradizas y no es raro que se produzca una caída de cabello. El desarrollo de las proporciones femeninas normales se atenúa, las mamas no se desarrollan y/o reducen su tamaño. También se pueden encontrar alteraciones dentarias y la descomposición del esmalte.

8. Manifestaciones cardiovasculares: Suelen producirse bradicardias e hipotensión. En el corazón se produce el adelgazamiento de la pared del ventrículo izquierdo, disminución del tamaño de las cavidades y la disminución del trabajo cardíaco. Al igual que sucede en otros casos de mal nutrición, hay una alteración en los mecanismos aeróbicos y se produce una menor contracción cardíaca.

La mayoría de los estudios dinámicos cardiovasculares realizados en la anorexia muestran una disminución del volumen cardíaco proporcional a la pérdida de peso. Según las estadísticas, la mortalidad de las anoréxicas varían entre 4 y 30 por ciento, y en un cierto número de estos casos presentan muertes súbitas que se atribuyen a arritmias secundarias, alteraciones electrolíticas debido a vómito o abuso de laxantes. Sin embargo, muchas de esas muertes podrían relacionarse mejor con cuadros de desgaste o lesión miocárdica y su riesgo de aparición

aumentaría mucho cuando el peso de estas anoréxicas disminuye más del 35 al 40 por ciento.

9. Manifestaciones gastrointestinales: Las enfermas anoréxicas presentan un vació gástrico retardado y una disminución del movimiento intestinal que produce sensación molesta de hinchazón y flatulencia que en muchos casos se acompañan de dolor abdominal y estreñimiento.

10. Manifestaciones hematológicas: La anemia es relativamente frecuente en las pacientes anoréxicas. En algunas anoréxicas se han hecho descripciones de descensos en las concentraciones plasmáticas de ácido fólico, y disminución de los depósitos medulares de hierro. También la médula ósea aparece hipo clásica en ciertos casos, con un aumento exagerado de muco polisacáridos, desaparición de grasas y aparición de un material gelatinoso.

2.5.1.2. Las Alteraciones Cognitivas:

- Pensamiento dicotómico: “O todo o nada”, “Si consigo controlar totalmente mi ingesta no podré controlar absolutamente nada de ella”.
- Generalización excesiva: “Cuando comía carne estaba gorda, por tanto no puedo comerla en absoluto”.
- Pensamiento de autor referencia: “Todos me miran cuando como”, “Me observan porque estoy gorda”.
- Magnificación de las consecuencias negativas: “El sólo hecho de aumentar un kilo hará que no pare de subir más de peso”.
- Abstracciones selectivas: “Si como un helado, no cesaré hasta comerme cinco”.
- Pensamientos mágicos: “Mi estreñimiento significa que soy como un saco que todo lo que come lo retiene para engordar”.

Aclaremos que las palabras entre comilladas son dichas por el H, una paciente anoréxica que mantendremos su nombre en anonimato en una entrevista que se verá en la parte final de éste capítulo.

2.5.1.3. Las Alteraciones Psicopatológicas:

- Tal vez la más importante sea la alteración de **la corporalidad**. Se trata de una distorsión de la imagen corporal con tendencia clara hacia la sobredimensión.
- **Rasgos** o, incluso, **Trastorno Obsesivo-compulsivo**. Se ha hablado de factor de riesgo para la anorexia y la realidad clínica es que se observa en un porcentaje elevadísimo de pacientes. Por tanto, más que una alteración de la anorexia se debería considerar como un factor predisponente.

- **Rasgos o Trastornos de ansiedad.** Suele existir elementos fóbicos muy marcados.
- Es frecuente encontrarnos con **Trastornos Afectivos** (depresión) que, igualmente, deberíamos plantearnos si son secundarios o primarios al trastorno anoréxico.
- **Aislamiento social** por miedo a ser observadas.

2.5.1.3.1. VENTAJAS Y RIESGOS PSICOLÓGICOS DEL EJERCICIO FÍSICO

La actividad física practicada con regularidad y moderación es recomendable, ya que puede ayudar a la mejora de muchas enfermedades y al mantenimiento de la salud. Varios estudios realizados entre adolescentes coinciden en que desde el punto de vista psicopedagógico, la actividad ayuda a controlar estados emocionales como la depresión, estrés y ansiedad.

Hay una estrecha relación entre el ejercicio físico y la depresión porque a mayor ejercicio menor depresión²⁷. Éste fenómeno se puede explicar desde dos puntos de vista:

1.Médico: Ya que ayuda a mejorar los problemas de salud.

2.Psicológico: El ejercicio físico requiere concentración, lo cual impide pensamientos causantes de reacciones negativas.

El ejercicio físico también tiene sus riesgos como la dependencia a la actividad física. Morgan (biólogo norteamericano que investigó los caracteres hereditarios), propuso los siguientes signos de alarma:

- Insistencia en practicar ejercicio físico como una obligación.
- Experimentación de síntomas de “abstinencia” como irritabilidad, ansiedad y depresión cuando se imposibilita el ejercicio.
- Mantenimiento del ejercicio físico a pesar de la prohibición médica.

Morris (pintor y escritor inglés, fue promotor de la renovación de las artes industriales y decorativas), realizó un experimento con 40 corredores habituales para observar los síntomas de abstinencia. El experimento consistió en dividir a los corredores en dos grupos.



²⁷ Datos sacados del Instituto Nacional de Nutrición.

El primero interrumpió la actividad física durante dos semanas. Al final de la segunda semana de supresión de la misma actividad, los miembros del grupo “inactivo” presentaban una sintomatología depresiva significativamente superior a la del grupo corredor. Los “inactivos”, durante esas dos semanas de no tener ningún tipo de actividad física, presentaban más síntomas somáticos, más ansiedad, más insomnio y más sensación de tensión que sus compañeros “activos”. De aquí que Morris dedujera que la interrupción del ejercicio físico regular produce un auténtico “síndrome de abstinencia”.

El ejercicio físico practicado de manera obsesiva por razones de peso, tono muscular y atractivo personal, está directamente relacionado con trastornos alimentarios y con insatisfacción de la imagen corporal. Esto supone que al suspender bruscamente la actividad física se produce la recuperación del peso. En cambio, una práctica regular y moderada del ejercicio físico con el fin de mantenerse en forma y no de adelgazar obsesivamente, es muy beneficioso tanto psíquica como físicamente.

2.6. TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA

El tratamiento de los trastornos alimentarios en el caso de la anorexia, debe incluir aspectos nutricionales, todo tipo de terapias que más adelante se explicaran.

La intervención: A menudo es utilizada por quienes estiman a la persona afectada y les preocupa su conducta, sea un trastorno de ingesta, abuso de drogas o alcohol u otra clase de comportamientos autodestructivos. La intervención puede ser un medio eficaz de comunicar su preocupación, establecer algunas reglas y quizá que la persona afectada, decida buscar ayuda.

Para intentar una intervención es necesario estos puntos:

- ✓ Si es posible, comentar la intención con un consejero, clérigo o médico de cabecera.
- ✓ Planear la intervención con cuidado. Quienes deben de estar allí, padres, hermanos, novios... En general las personas idóneas son las más próximas al paciente, que lo vean con frecuencia y aquellas cuyas vidas se han visto afectadas por su conducta.
- ✓ Conocer los hechos para poder dar a la afectada razones de su preocupación; No es conveniente criticar y decir, estas destruyendo a esta familia es perjudicial aunque pueda ser verdad. En su lugar se podría expresar preocupación por su salud, quizá incluso por su vida.
- ✓ Hay que mantenerse firme; puede que no se produzca un milagro de la noche a la mañana, pero esa no es razón para cambiar su opinión de que existe un problema.

- ✓ Es normal esperar resistencia de la anoréxica. Mantiene una sensación de orgullo e identidad del hecho de estar delgadas y se sienten atacadas cuando alguien trata de cambiarlo.
- ✓ Es conveniente documentarse; hay que leer bibliografía sobre el tema, ver si hay algún programa o campo de apoyo en su comunidad.
- ✓ Hay que recordar en todo momento, el propósito de la intervención; Su objetivo es ayudar a la persona afectada; Si no se consigue la primera vez, es necesario continuar intentando; no hay que renunciar ni perder de vista el objetivo.
- ✓ Reconocer los miedos de las adolescentes. Para una anoréxica, la idea de cambiar de hábitos mantenidos durante meses, quizá años, asusta, porque comenzará a temer que se intenta convertirla en una gorda. No hay que minimizar estas preocupaciones aunque parezcan irracionales.
- ✓ Es importante intervenir pronto porque probablemente, no se conseguirán resultados inmediatos. Quizá se requieran varios días o varias semanas para que una anoréxica acepte finalmente la ayuda.
- ✓ No hay que olvidar las propias necesidades de quien realiza la intervención. Un trastorno de ingesta tiene efectos en la vida familiar. Es bueno a veces asistencia psicológica o encontrar un grupo de apoyo para asegurarse de que se actúa de manera correcta.

Planteamiento del problema: Hay mayores posibilidades de que alguien con anorexia no quiera buscar ayuda por sí misma, se presentará de mala gana probablemente con uno o dos de los padres. Pero *¿por dónde empezar?*.

El médico de cabecera es un buen comienzo. Si ésta no es una opción, actualmente muchos hospitales disponen de programas para el tratamiento de ingesta. Cuando se plantee esta situación, es necesario buscar un programa adecuado para tratar el trastorno. A la hora de examinarlo habrá que tener en cuenta los siguientes puntos:

1. Referencias del personal o personas a cargo del programa.
2. Experiencia del personal, el tiempo de existencia de ese programa y porcentaje de éxito.
3. Los componentes del programa, duración del proceso de evaluación.
4. En que consiste y cuanto dura el proceso o período de internamiento y el tipo de medicación así como el período de seguimiento.
5. Informarse acerca de si el seguro pagará todo o una parte del tratamiento.

Por último, una cuestión importante que se debe tomar en cuenta a la hora de comenzar un tratamiento de la anorexia, es que una relación estrecha y de confianza entre la paciente y terapeuta es esencial.

La adolescente anoréxica debe sentirse cómoda con las personas que está tratando, de lo contrario hay muchas posibilidades de que la terapia no resulte eficaz.

Existen varios tipos de tratamiento entre los cuales están:

2.6.1. Tratamiento Nutricional:

Encaminado a restituir un estado aceptable. La realimentación debe estar adaptada a la situación ponderal y estado nutricional de cada paciente. Hay que evitar los efectos secundarios, como el síndrome de realimentación y otros problemas gastrointestinales, fundamentalmente. Igualmente, debe ir acompañado de pautas educativas encaminadas para conseguir una alimentación equilibrada en los pacientes.

26.2. Tratamiento Psicofarmacológico:

Normalmente va encaminado a minimizar la ansiedad, los síntomas depresivos y la obesidad que suele presentar los pacientes con anorexia. El objetivo es facilitar la adherencia, y por tanto facilitar la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos. Normalmente se utilizan los inhibidores de la recaptación de la Serótina (Fluoxetina, Fluvoxamina...) cuando predominan síntomas depresivos y obsesivos. En casos donde prevalece la ansiedad se percibe los ansiolíticos. Sin embargo, no es el tratamiento fundamental en la anorexia, aunque hay que recurrir a él con frecuencia.

2.6.3. Tratamiento Psicoterapéutico:

Se utiliza la psicoterapia individual, familiar y gradual. La indicación de cualquiera de estas modalidades se sustenta en la evaluación clínica y psicosocial de cada paciente.

En cuanto a las técnicas y modelos, existen muchísimas. Las más difundidas son las basadas en el modelo conductual-cognitivo, sin que podamos decir que den respuesta por igual en todos casos. Suelen trabajar con los aspectos cognitivos y conductas de los pacientes, intentando eliminar todas las distorsiones que hemos visto anteriormente e implementando conductas más adaptadas frente a la ingesta y la sociabilidad. Son las técnicas de moda y las más difundidas en la literatura.

El **modelo psicodinámico**, trabaja fundamentalmente con los aspectos vincular y de autonomía –diferenciación de los pacientes. Igual que el modelo conductual- cognitivo basa su intervención en la creencia de que la conducta anoréxica es aprendida y mantenida con base en creencias y valores erróneas, la psicoterapia psicodinámica cree que la patología alimentaria tiene sus raíces en una serie de experiencias traumáticas del paciente que le hacen especialmente vulnerable y que mantienen la enfermedad.

El **modelo interpersonal** se apoya en técnicas donde se le hace ver a los pacientes las posibilidades del cambio, de su capacidad para ello, haciendo al psicoterapeuta como soporte emocional y motivacional para el cambio.

El **modelo sistemático** se centra más en la modificación de las anomalías de la comunicación, interacción y de roles en el ámbito familiar. Consideran a la familia como un sistema que se mantiene con base en una homeostasis. La anorexia traduce una crisis de esa homeostasis.

Técnicas donde se trabaja **la corporalidad**. Las más difundidas se basa en la Gestalt y el neo-psicoanálisis de W. Reich. En resumen, son múltiples las técnicas. Personalmente, creo que todas ellas aportan aspectos positivos y que ninguna en particular da una respuesta válida para todos los casos.

2.6.4. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

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

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

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

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

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

2.6.5. EL PROCESO DEL TRATAMIENTO

Evaluación: Antes que alguien inicie un tratamiento, como paciente interno o externo, este debe de ser evaluado.

- ✓ Su estado físico y mental general.
- ✓ La gravedad de su trastorno.
- ✓ La eventual resistencia de trastornos concurrentes.
- ✓ Su voluntad para cambiar.

Para que la terapia de resultado, los médicos y terapeutas necesitan la mayor información acerca de la persona a quien intentan ayudar. Un trastorno de la ingesta implica todas las facetas de la vida de alguien.

- ✓ La imagen de sí misma.
- ✓ Su relación con la familia y amigos.
- ✓ Su habilidad para hacer valer sus derechos y dar a conocer sus necesidades.

Este es el reto al que se enfrentan, asumen que la imagen de la que están tan orgullosas, es perjudicial. Por esta razón, la evaluación ha de ser lo más detallada posible, de manera que el terapeuta pueda adaptar la terapia a cada paciente.

A cada adolescente se le hace una entrevista, ésta ayuda al médico o terapeuta a obtener una imagen más clara del estilo de vida de la anoréxica, así como su peso actual, historia de la dieta, hábitos de la ingesta. Otros aspectos como la asistencia al trabajo o clases, las relaciones con el novio o marido o amigas, la familia y las ocupaciones exteriores, son de interés porque arrojan luz sobre sus habilidades de desempeño, el grado de independencia y la medida de su aislamiento.

El médico, durante la entrevista, tendrá gran interés en conocer su pasado y presente de su dieta, la costumbre de atascarse y vomitar, el uso de laxantes, diuréticos y píldoras dietéticas. Por último el entrevistador querrá saber si la anoréxica está dispuesta a recibir terapia. Algunas opciones para el tratamiento son:

La psicoterapia individual: quizá este sea el aspecto más importante de la terapia, ya que es el desarrollo de una relación cálida entre la paciente y el terapeuta.

Es probable que algunas personas afectadas frecuentemente les resulta difícil confiar en otros. Es necesario un alto grado de confianza por parte de la paciente para confiar en el terapeuta. La anoréxica debe abandonar miedos y comienza a desarrollar hábitos alimentarios normales.

Psicoterapia tradicional: Los medios de esta psicoterapia animan al paciente a reflexionar acerca de su infancia, sueños y sentimientos no expresados para adquirir una nueva percepción de su conducta actual.

Al reconocer el papel de estas influencias subliminales, las adolescentes anoréxicas adquirirán una percepción de sus acciones y las cambiarán. Hoy en día los psicólogos saben que el conocimiento acerca de las raíces de la conducta de una persona, no hará que se cambie esa conducta, a menos que se modifiquen los hábitos alimentarios de la adolescente anoréxica. Muchas de ellas pasan años en terapia tradicional sin ni siquiera revelar que tienen un trastorno. Por otra parte, a medida que la adolescente anoréxica consigue el control de su ingesta la psicoterapia tradicional puede ayudarla a identificar y manejar algunos de los sentimientos que contribuyeron al trastorno.

Modificación de la conducta: Esta forma de terapia ignora completamente los sentimientos subyacentes y se centra sólo en la conducta cambiante. Esta forma de terapia da mejores resultados cuando la anoréxica está internada en el hospital. Cuando se aplicó por primera vez este método dio buenos resultados, pero por desgracia sólo fueron temporalmente. Las pacientes anoréxicas encontraron la estancia en el hospital tan desagradable que realizaron las conductas deseadas para ser dadas de alta y una vez fuera, volvieron a sus viejas costumbres.

Terapia conductista cognitiva: (La TCC) combina los mejores aspectos de la terapia tradicional y la modificación de la conducta. Este método requiere conocimiento, desafío de las conductas y pensamientos autodestructivos, seguido de apropiados cambios en la conducta.

Esta terapia implica los siguientes pasos:

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

Se suele asumir “creencias erróneas” en un momento u otro; la diferencia es que para una enferma de anorexia esta convencida de estas creencias. Alguno de estos pensamientos típicos son:

Pensamiento blanco o negro/ todo o nada: Que consiste en que la convicción de que si todo es perfecto, el desastre está a la vuelta de la esquina.

Errores de atribución: Por ejemplo, cuando una anoréxica afirma tajantemente que ha aumentado un kilo, sólo por haber comido un pastel la semana pasada, cuando en realidad ese aumento de peso se debía a que ella

se encontraba en la fecha de su período menstrual, que siempre la hacía retener líquidos.

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

Personalización: Annie, una anoréxica de 15 años, pasó las vacaciones en un tratamiento del trastorno de la ingesta y cuando regresó al Instituto había engordado 3 o 4 kilos. Su profesora la vio y le dijo: “¡Annie, estás estupenda!”, ¿Has pasado un buen verano?. Durante el resto del día Annie se lamentó: ¿Habré engordado tanto que la gente lo nota?, ¿Sabía ella que yo estaba sometida a una terapia?. Annie había tomado el cortés comentario de su profesora como un drama, reflejo de la baja autoestima que la caracteriza por su enfermedad.

Exageración: La reacción de Annie ante el comentario de su profesora constituye un ejemplo de la exageración. El comentario de la profesora se convirtió en una creencia.

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

2.6.6. TERAPIAS

2.6.6.1. Terapia de Grupos:

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

Sin embargo, el propósito de la terapia de grupo es justamente lo contrario: busca proporcionar una fortalecedora red de personas que sabe lo que la paciente (joven anoréxica) sufre y quiere ayudarla.

Los grupos de terapia exigen un compromiso firme. Algunos pueden durar sólo unas semanas, pero otros se prologan un año o más. Lo cierto es que este tipo de ayuda va más dirigido a enfermos bulímicos. Se sabe menos acerca de la terapia de grupo dirigida a anoréxicos.

2.2.6.2. Terapia de Familia:

Muchos terapeutas la recomiendan en las adolescentes anoréxicas que con frecuencia viven con sus padres. Esta terapia permite observar los motivos que ayudaron a dar origen al trastorno de la ingesta. Durante el proceso de ayuda, el terapeuta puede contemplar cómo se comunican los miembros de familia entre sí. A la larga todo esto puede ayudar a que la joven anoréxica reconozca los patrones negativos de la familia, a que se vuelva más firme y a que la familia en conjunto aprenda mejores maneras de ayudar a que cada miembro logre satisfacer sus necesidades.

Características de la terapia familiar

- Tratar a la familia entera como paciente.
- Tres etapas:

1. INICIAL

- * Etapa de evaluación.
- * El terapeuta conoce a los miembros de la familia.
- * Juntos elaboran un plan para ayudar a la joven anoréxica.
- * Desempeño de la familia como unidad.

2. MEDIA

- * Los padres aprenderán a ayudar a su hija a crecer y esta aprenderá a ser más independiente.

3. ÚLTIMA

- * El terapeuta apartará a la familia de la terapia.

2.6.6.3. Terapia Nutricional:

El objetivo de esta terapia es ayudar a la anoréxica a asumir que puede comer todo lo que quiera con moderación. Para lograrlo ella debe estar libre del temor a que todo lo que coma le hará engordar.

Grupos de autoayuda y de apoyo: Estos grupos existen para las personas que no quieren y no pueden entrar en los programas de tratamiento formal o cuya terapia formal ha finalizado, pero desean ayuda adicional. El grupo recuerda a la anoréxica que no es la única, que otras adolescentes se han visto envueltas en la misma conducta y no obstante se han recuperado. Una desventaja de estos grupos es que a diferencia de los grupos de terapia, no exigen asistencia regular. (Ver anexo 2).

Grupos de autoayuda: La autoayuda se refiere a aquellos grupos integrados enteramente por personas que padecen trastornos de la ingesta de comida. No hay miembros profesionales.

Grupos de apoyo: Estos grupos cuentan con la ayuda de uno o más profesionales, aunque sus papeles pueden variar a medida que cambian las necesidades de los miembros del grupo. Los terapeutas suelen formular preguntas.

Comelones anónimos: La filosofía que subyace aquí es que la ingesta compulsiva es una enfermedad progresiva. Para ellos la enfermedad se controla en doce pasos. Entre ellos están:

1. Admitir que uno se encuentra impotente ante la comida.
2. Admitir que una fuerza superior puede devolver "la cordura" .
3. Entregar la voluntad y la vida de una anoréxica a Dios.

Los pasos restante exigen que la anoréxica se enfrente a sus errores, a sus miedos y los explique. Casi todas las entrevistadas tenían opiniones contrarias acerca de los comelones anónimos: " ¡lo último que una anoréxica necesita, es oír que su ingesta está fuera de control y que debe acudir a Dios o a una fuerza superior en busca de mayor control!".

En los centros de apoyo como **AVALÓN, Gente Nueva** y el **Instituto Nacional de Nutrición**, las terapias que llevan las pacientes anoréxicas a menudo tienen éxito, pero hay casos en la que la paciente anoréxica debe permanecer en un hospital. Esto ocurre:

- ✓ Cuando hay deterioros físicos graves, o que representan un riesgo para la vida. Uno de los objetivos de la hospitalización es impedir que la paciente anoréxica se haga más daño mientras recibe la terapia.
- ✓ Cuando se detectan trastornos concurrentes como abuso de drogas, alcohol o miedos inmotivados; mientras estos problemas no sean tratados, el trastorno de la ingesta no se podrá resolver realmente.

Hay sesiones en las cuales se lleva una evaluación y etapa del diagnóstico durante dos semanas antes de entrar a una hospital, cuando la paciente anoréxica ya esta interna esta sesión puede durar seis semanas y consiste en:

- ✓ Consejo y terapia nutricional para aumentar de peso.
- ✓ Evaluación médica.
- ✓ Terapia individual diaria.

- ✓ Terapia de grupo diaria.
- ✓ Terapia de familia.

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

Las razones de la baja autoestima son: la creencia de que la figura determina la validez de la persona. Las personas con trastornos de la ingesta han llegado a creer que son despreciables e inaceptables a menos que estén delgadas, y por supuesto, nunca consiguen estar lo suficientemente delgadas para sentirse satisfechas.

La dependencia de factores exteriores para determinar la propia validez en lugar de quererse y amarse internamente. Ellas miden el valor de si mismas a través de señales exteriores: por ejemplo la aprobación por parte de sus amigos.

Por lo regular ellas piensan en si mismas como inútiles e incompetentes: si una persona se siente impotente respecto de su vida o entorno, es evidente que no será capaz de sentir respeto por si misma.

Algunos consejos para estimular la autoestima son:

- ✓ Inventar un amigo que la haga sentir bien consigo misma.
- ✓ Preguntarse ***“¿por qué es tan importante tener un aspecto determinado?, ¿cambiaría mucho la vida si pesara yo 4 kilos menos?, ¿conseguiría ser mejor en el trabajo?, ¿sería más divertida en las fiestas?”***
- ✓ Es bueno imaginar un mundo en el que el peso de las personas fuera inalterable.
- ✓ Actuar como si estuviera delgada, y fueras hermosa. Paradójicamente, las personas que actúan como si se quisieran comienzan a tener una mejor reacción del resto del mundo, lo que les hace más fácil quererse de verdad.
- ✓ Observar a las personas de alrededor.
- ✓ Hay que aprender a aceptarse.
- ✓ Es bueno unirse a un grupo de autoayuda o de apoyo. Un grupo compuesto por otras personas que experimenten la misma enfermedad, esto les ayudará a ver que no están solas.

Sugerencias para la familia: Los trastornos de la ingesta afectan a toda la familia. Es imposible simular que todo está bien; muchos padres se preguntan: ¿es mi culpa?, ¿he hecho algo mal?”. Es importante recordar que los trastornos

de la ingesta pueden tener muchas causas pero no se puede negar que la presencia de un trastorno a menudo indica un problema básico en la dinámica de la familia aunque también hay que entender que la enferma está tan influenciada por la culpa global como por su crianza.

Es importante saber que sólo en contados casos los trastornos de la ingesta logran solución sin ayuda profesional. La familia no puede culparse de la falta de actividades que sólo se puede esperar de un profesional especializado. Si creemos que alguien querido padece anorexia, hay que decírselo con franqueza, no se debe callar con la esperanza de que sólo es una etapa; cuando más se agravará la paciente y más difícil será tratarla, además siempre existe la posibilidad de que la enferma suplique ayuda en silencio, y espere secretamente que alguien le advierta su difícil situación y ayude a encontrar una solución sólida.

Algunos consejos para ayudar a las adolescentes anoréxicas:

- ✓ Sosegarse antes de comenzar, no emocionarse expresando la preocupación de manera severa y comprensible.
- ✓ Esperar resistencia. Las anoréxicas aseguran mantenerse en perfecto estado de salud.
- ✓ Es necesario mantenerse firme en que a pesar de lo que la anoréxica diga o niegue, necesita ayuda. Dejar sentado que lo que nos preocupa es su salud y su vida.
- ✓ Estar dispuesto a obtener ayuda, ya que los trastornos de la ingesta afectan también a las personas que la rodean.
- ✓ Es bueno asegurarse de que las propias necesidades de la familia son satisfechas. Existen grupos de apoyo para familiares de personas afectadas.

Al considerar un tratamiento, se ha dado el primer paso y más importante hacia la recuperación. Se ha comprendido que existe un problema, eso requiere mucho coraje. Durante una intervención y tratamientos eficaces, se puede ayudar a suavizar la presión destructiva que la anoréxica y otros trastornos de la ingesta ejercen en las pacientes y allegados. Un buen programa de tratamiento no ofrece una curación de la noche a la mañana, pero sí ofrece esperanza.

2.5. ENTREVISTA

En Avalon, una niña que para mantener su anonimato la llamaremos H compartió su historia con nosotras, todo comenzó en la sala. Sentadas junto a H y con más chicas esperando a que fuera la hora de la comida ella nos comentó “hoy no quiero comer porque siento que lo voy a vomitar”, nosotras seguimos escuchando, ya que era el momento en que ella quería hablar y afortunadamente le dimos confianza, pues es difícil que alguien que esta en

tratamiento quiera abrirse con los demás excepto con los médicos. Alma acercándose un poco más a ella le preguntó.

Alma: *¿Por qué dices que lo vas ha vomitar?*

H: No se casi nunca como, es más si por mi fuera no comería nada.

Alma: Debes de tener una razón para no comer, pues sabes que eso te hace mucho daño.

Ana: *¿Por qué llegaste a Avalon?*

H: Por mis papas que me obligaron meterme en este centro de ayuda, la verdad es que yo no quería, pero ellos dicen que yo ya estoy fuera de control y que ellos ya no pueden ayudarme, por eso estoy aquí.

H tiene 23 años, y 5 años con la enfermedad de anorexia, estaba estudiando derecho en el TEC, obviamente tuvo que dejar sus estudios para someterse a un tratamiento de autocontrol y autoestima. Hija de padres conservadores de clase media alta.

Alma: *¿Cómo caíste en la anorexia?*

H: Cuando era chica hasta mi adolescencia siempre fui llenita, en la familia de mi madre y también la de mi padre son llenitos, por lo tanto yo no fui la excepción, así que era una persona que su simpatía la median por la talla.

Alma: *Estabas bien, ¿qué fue lo que te impulso a bajar de peso?*

H: Cuando entre a la prepa, mis compañeras se veían muy bien, la mayoría era delgadas, por lo tanto los chavos las miraban más, a mi nada más me buscaban por mi forma de ser, porque se divertían mucho conmigo , pero siempre fui el bufón de mi clase.

Alma: *¿Te sentían un poco aislada de tus compañeros?*

H: La verdad me sentía un asco a lado de las chavas modelo, ya que toda la atención era para ellas, siempre conseguían todo por su figura y su actitud, pero siempre quise saber que se sentía tener esa popularidad, y creo que lo conseguí.

Ana: *¿Cómo lo conseguiste, bajando de peso?*

H: Ya estaba harta de que también mi familia me dijera siempre gordita, todo el tiempo mi papa me decía que ningún chavo se fijaría en mi por mi obesidad, y la verdad no era todo lo que pensaba.

Ana: *¿Cómo comenzó todo?*

H: Un día vi en la televisión una película que se llama “La hija perfecta”, nunca pensé que esa película me iba a cambiar la vida, yo ya estaba en una dieta muy ligera, pues iba a perder peso poco a poco sin dejar de comer, pero lo que vi en la tele cambio mi visón de perder peso tan lento.

Alma: *¿Qué fue lo que te llamó más la atención de esa película?*

H: Todo, en realidad se trata de una niña que quería ser perfecta con sus padres, casi lo logra pues era inteligente, bonita, exitosa, deportista, lo tenía casi todo, menos amor. Una vez su padre (lo que voy a decir a continuación me recuerda mucho a mi padre), le dijo, oye estas subiendo de peso y creo que así no rendirás en voleibol, ella comenzó hacer dietas lo hizo todo para bajar de peso, pero no lo consiguió. Hasta que dejó de comer, y así vio resultados.

Ana: *¿Qué tiene que ver esa historia con tu vida?*

H: Mucho, pues en realidad esa película fue la que me impulsó a dejar de comer, y así yo también vi resultados de mi pérdida de peso.

Alma: *¿Cuánto llegaste a perder?*

H: En una semana perdí casi hasta 14 kilos, hua! Me veía sensacional, cuando fui a la escuela, todas las chavas me preguntaban que dieta llevaba, o que era lo que me había hecho, en realidad, yo solamente respondía, hago mucho ejercicio y como comida natural, cosa que no era cierto.

Nos dimos cuenta que H cuando contaba su historia de cuanto peso había perdido se emocionó tanto, que realmente el ambiente ya no era de unas personas desconocidas que la iban a entrevistar, sino que ella fue envolviendo todo hasta que uno mismo se imaginaba lo que realmente hacía para lograr su objetivo (bajar de peso).

Alma: *¿Cómo te sentías de salud?*

H: En un principio me sentía como reina, pues tenía popularidad los chicos se me acercaban, tenía tantas citas que realmente ya no sabía con quien salir, es por eso que me enloquecí con mi primera semana de haber bajado tanto que después se volvió una obsesión.

Ana: *Tus papás que te decían, no se daban cuenta de la situación, pues no comías, como es que los engañaste.*

H: Cuando una ya está tan metida en eso, sabe como ingeniárselas para no comer, por ejemplo ellos me veían comer muy bien y al mismo tiempo bajaba de peso, para mi papá fui su orgullo pues me decía que me veía como una princesa, yo por supuesto estaba, muy feliz. Cuando me sentaba a la mesa con ellos, las primeras veces, escondía la comida en las servilletas para que no se dieran cuenta de que no la masticaba, después lo que hacía era tirarla.

Alma: *No creo que haya durado tanto esa situación, ¿cómo lograste sobrellevar todo estos años el no comer?*

H: Realmente después se me hacía muy pesado hacer siempre lo mismo, es por eso que inventaba cualquier excusa para no comer con ellos y con mis amigos, hasta llegue al grado de no ir a las fiestas para evitar ver la comida, comencé a sentirme sola.

Ana: *Si sabías que estabas mal, ¿por qué no lo comentabas con alguien o con tus papas?*

H: No, ese era mi secreto, es por eso que nunca quise hacer ningún examen médico por que yo sabía que tenía la misma enfermedad que la niña de la película que era anorexia, yo sabía a lo que me estaba metiendo, pero creía que yo lo iba a poder resolver y controlar, pero me di cuenta que era demasiado tarde.

Alma: *¿Por qué?*

H: Porque había perdido demasiado peso, mis papas se habían dado cuenta, pero yo siempre los hice a un lado, nunca deje que se acercaran a mi, los creía culpables de lo que me había pasado, no dejaba que nadie se me acercara, pues era mi cuerpo y si moría era porque yo así lo quería.

Ana: *¿Por qué sentías culpables a tus padres?*

H: Por haberme acomplejado tanto desde niña por mi peso. Se que hay personas que nacen siendo flacas y que en su vida hacen dietas, pero yo fui una de las personas que nacieron marcadas.

Alma: *¿Por qué dices que naciste marcada, creo que nadie nace marcado?*

H: Tu que sabes, eres delgada y no has tenido problemas de sobrepeso, yo en cambio estoy aquí con ustedes compartiendo mi vida para que nadie caiga en esa enfermedad como la que yo caí.

Pensé que al haber adelgazado lo tenía todo, hombres, éxito, belleza, diversión, pero fue todo lo contrario me estaba matando en vida, pues llego un momento en que ya no veía también, estaba casi en huesos, pero era tanto mi obsesión por adelgazar que dejaba de comer días, semanas y llegue a mantenerme de pie con un litro de agua por mes.

Ana: *¿Qué hacían tus papas?*

H: Nada, pues les dije que me iba de viaje a descansar y ellos creyeron todo, pero lo del viaje fue inventado para que no notaran que bajaba de peso tan rápido y así a que no me obligaran a comer.

Alma: *¿Cuánto tiempo duraste sin ver a tus papas?*

H: Casi dos meses, pero en ese tiempo fue mi perdición pues la verdad es que baje demasiado, cuando me di cuenta ya era demasiado tarde, no me podía mover, pues se me había acabado las fuerzas y estaba muriéndome. Llame a mis papas para que me recogieran pues yo ya no tenía mas remedio, sabía que era la última vez que los vería, pero Dios me di una segunda.

Ana: *¿Cómo es que llegaste aquí?*

H: Cuando mis papas me vieron, sabían que me estaba muriendo, se sintieron un poco culpables, y la verdad yo también, yo no quería morir, y mi mamá sabía

de un centro de ayuda llamado Avalon, y es aquí donde he vivido durante seis meses.

Alma: *¿Cómo fue tu llegada a Avalon?*

H: La verdad los primeros días no quería hacer nada, sobre todo comer, pues llegue al grado de que mi cuerpo rechazaba la comida, era imposible comer y no poder vomitar.

Ana: *¿Cómo te has sentido dentro de Avalon?*

H: Muy bien, ellos son muy comprensibles y la verdad nos ayudan a todas las chicas que estamos sufriendo de anorexia y bulimia, cuidan nuestra alimentación, nuestro peso y sobre todo nuestra salud.

Alma: *¿Cómo te has sentido desde el primer día hasta ahorita?*

H: Muy recuperada, su forma de atender a cada persona es muy especial, me han hecho subir de peso poco a poco conforme a mi edad y estatura, pero sobre todo me he recuperado mi confianza y han subido mi autoestima, la verdad les doy las gracias a todas las persona que están conmigo en este tratamiento, pero sobre todo por su tolerancia y confianza, ahorita si puedo decir que estoy completamente recuperada y que el estar delgado no significa morir de hambre.

Alma y Ana: Muchas gracias por haber permitido que esta entrevista fuera tan sincera y sobre todo por compartir y abrir tu corazón, nos da gusto que centros como este (Avalon), estén ayudando a chicas con trastornos alimentarios, pero lo principal es que vemos la prueba de cómo si pueden salir adelante si las personas lo desean antes de que sea demasiado tarde.

H: Al contrario gracias a ustedes por preocuparse por cosas como esta y también quisiera hacer una invitación a todas las personas que saben que tienen problemas de alimentación o que saben de alguien que esta a punto de entrar en estas horribles enfermedades, yo las invito a conocer un poco más de todo esto, y que personas como las de Avalon te pueden ayudar a tener confianza en si mismas.

CAPÍTULO 3



PIENSO COMO DELGADA, PERO COMO COMO GORDA



Desde tiempo atrás el peso corporal ha sido inconscientemente asociado con valores socioculturales. Siempre se le otorgó al cuerpo un lenguaje simbólico. En la antigüedad, la delgadez fue asociada con espiritualidad, ahora la delgadez se asocia con belleza y éxito social. Muchos jóvenes luchan para conseguir el "físico ideal" motivados por modelos, artistas o por la publicidad comercial.

3.1 CONCEPTO

“La palabra bulimia deriva del griego bous (buey) y limos (hambre) y significa tener el apetito de un buey.”²⁸ En términos médicos la bulimia se define simplemente como un apetito exagerado e insaciable y existe una variación llamada Bulimia Nerviosa definida como “Trastorno de la conducta alimentaria” que se caracteriza por episodios frecuentes de hiperfagia (exceso de alimentación) en los que el paciente consume grandes cantidades de alimentos en periodos largos de tiempo; la preocupación persistente por la comida, junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer; además de los intentos por contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso, mediante el vómito provocado; el abuso de laxantes, el ayuno o los fármacos (anorexígenos, diuréticos) y la auto percepción de estar demasiado obeso”²⁹ son factores de esta enfermedad.

La adolescente con bulimia puede presentar serios problemas de salud por el constante vómito, provocando desordenes del aparato digestivo y la inhabilidad del organismo para absorber los nutrientes esenciales, según la Asociación Americana de la Anorexia y Bulimia.

3.2 ETIOLOGÍA

CAUSAS y CONSECUENCIAS DE LA BULIMIA

Los factores psicológicos, sociales, culturales, socioeconómicos y familiares influyen en la aparición de la bulimia. No vamos a exponer a detalle cuales son las consecuencias médicas, ya que no es el objetivo de esta investigación, pero si queremos dejar constancia que las alteraciones son multisistémicas (que afectan a muchos órganos). Estas son:

- **Endocrinas y metabólicas:** Alteración en la producción de hormonas.
- **Renales** (causadas por el exceso de consumo o por la restricción de líquidos y diuréticos).
- **Cardiovasculares:** Arritmias (los latidos del corazón son irregulares), bradicardia (latidos lentos del corazón) e hipotensión (disminución de la tensión arterial), adelgazamiento de la pared cardiaca (las paredes del

²⁸ <http://www.elalmanaque.com/psicologia/bulimia.htm>

²⁹ Diccionario de Medicina Universidad de Navarra España, Vol.1, pp166.

corazón se adelgazan), prolapso de la válvula mitral (una de las válvulas del corazón se torna muy flexible y se prolapsa).

- **Neurológicas:** Depresión y alteraciones de la personalidad.
- **Gastrointestinales:** Estreñimiento, dolores abdominales, diarreas, dilatación aguda del estómago y perforaciones gástricas.
- **Óseas:** Pérdida de calcio debido a la amenorrea (falta de menstruación), así como la aplasia ósea (alteraciones en el número de células sanguíneas).

3.2.1. CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES

- Aislamiento social.
- Deterioro de la actividad escolar y/o social.
- Deterioro de la vida familiar.
- Deterioro de la vida marital y de la relación con los hijos.³⁰

3.3 EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICA

Según Joaquín Días Atienza, Médico Psiquiatra afiliado a la Asociación Americana de Psiquiatría, “hablamos de prevalencia cuando nos referimos al número de casos existentes en una comunidad en un momento dado, por lo tanto se refiere a los casos nuevos y antiguos no curados, la incidencia hace referencia al número de casos nuevos que aparecen en un tiempo determinado (meses, años); aquí no se contemplan los casos antiguos.

Por último se habla de morbilidad cuando hacemos referencia tanto a los casos nuevos como antiguos (incidentes y prevalentes respectivamente). Pues bien, los estudios de incidencia fiables son prácticamente inexistentes. La prevalencia de la anorexia nerviosa se estima en el 0.5 -3.7por ciento, presentando un incremento continuo. La proporción por sexo va de 6/1 a 10/1 mujeres/ hombres la edad de comienzo va de 12 a 18 años, aunque cada vez aparecen más casos a edades más tempranas como más tardías.”³¹

A partir de lo anterior podemos determinar que los estudios de incidencia realizados no son fiables por que la inmadurez de l@s jóvenes y el afán de ser incluidos como una parte importante de la sociedad, los lleva a mantener en secreto su enfermedad.

La bulimia le ha quitado el puesto a la anorexia, en la lista de trastornos alimentarios que van en aumento en nuestra sociedad, de la misma forma crece el número de bulímicas que tienen una preocupación obsesiva por su cuerpo fomentada por la publicidad.

³⁰ Cecil. Tratado de medicina interna. Ed Mc Graw hill Vol 1, 730

³¹ www.paidosiquiatria.com/anorexia/anorexia/anorexintro/anorexintro.htm

Según un estudio llevado a cabo en 1996 por el especialista Gonzalo Morande (Jefe de la Unidad de Trastornos Alimenticios) en Madrid, España, 0.6 por ciento de las mujeres padecía anorexia; 1.2 por ciento bulimia y 2.7 por ciento se encontraba en situaciones de riesgo que se identifica cuando las afectadas ya han empezado a perder peso y la menstruación.

Los investigadores, del Brigham and Women Hospital y de la escuela de Medicina de Harvard, estudiaron a 6.982 chicas estadounidenses que no empleaban vómitos o laxantes para perder peso, al comienzo del estudio, midieron la relación entre las amigas y las influencias de los medios de comunicación en el riesgo de desarrollar bulimia en un periodo de 12 meses.

Al finalizar se observó que aproximadamente el 1 por ciento de las chicas preadolescentes y adolescentes empezaron a tomar laxantes, al menos una vez al mes para controlar su peso. Los investigadores encontraron que la importancia de la delgadez para las adolescentes y el intentar parecerse a las chicas que aparecen en las películas y anuncios de cine, televisión y revistas son los factores predisponentes para los intentos de las chicas al querer ser como ellas. (Modelos).

Algunos de los **factores** que generan la bulimia son:

3.3.1. Factores Genéticos:

La genética tiene que ver en la presentación de la bulimia, sin embargo, los detectores sostienen que son datos insuficientes ya que podrían explicarse por otras causas. Teniendo en cuenta el objeto informativo de este trabajo, explicaremos estas causas brevemente.

El primer argumento se refiere a la incidencia de la bulimia en hermanos de pacientes con este trastorno, la cual es aproximadamente del 3.1 – 6.6 por ciento, aunque este dato no es significativo. Un segundo argumento se sostiene a través de los estudios gemelares hechos por la Organización Mundial de la Salud: La concordancia es del 46-75 por ciento en gemelos monovitelinos (una placenta y una sola célula) y sólo del 0-11 por ciento en los dizigóticos (dos células y dos placentas).

Si bien estos datos no son concluyentes, se han utilizado argumentos de disposición o vulnerabilidad genética, aunque habrá de especificar si se trata de una vulnerabilidad específica. El hecho de que se encuentre una amplia asociación entre trastornos de ansiedad y afectivos en familiares, da lugar a que se especule la posibilidad de una vulnerabilidad genética para este trastorno alimenticio (bulimia).

3.3.2. Factores Biológicos:

Estos factores indican que niveles anormales de químicos en el cerebro predisponen a algunas personas a sufrir ansiedad, perfeccionismo, comportamientos y pensamientos compulsivos. Estas personas son más vulnerables a sufrir bulimia.

3.3.3. Factores Psicológicos:

Como predisposición psicológica la posibilidad de un sustrato de personalidad que facilita la presencia de la bulimia por la obsesión de ser delgados, hoy se cree que la posibilidad influye en el tipo de expresión clínica y en la evolución.

3.3.4. Factores Socioculturales:

Según José Toro estamos dominados por la “cultura de la delgadez”. Hoy se ha considerado el cuerpo femenino, como una “estética social”. El primer factor etiopatogénico (buscar la causa de la enfermedad) se presenta en la adolescencia. Esto viene acompañado de las presiones de los medios de comunicación con sus mensajes ambiguos: programas donde se pone en evidencia los peligros y consecuencias de la bulimia simultáneamente con otros en donde se idolatra la “delgadez” y se determinan estereotipos relacionados con ésta.³²



Al hablar de esto, es preciso decir el cambio que ocurre en los patrones de Belleza femenina, hoy se admira más a la mujer esbelta, tipo sajón, y no a las modelos de Rubens, hasta el extremo que existe un culto al “cuerpo delgado”, como un valor que es respetado y admirado por todos.

Por otro lado, los medios de comunicación como son el cine, prensa, radio, televisión e Internet incitan a l@s adolescentes a permanecer delgados mediante sus mensajes. Factores comerciales como las fábricas de aparatos para ejercitar el cuerpo junto con la venta de productos químicos que eliminan el sobrepeso, la liposucción y las cirugías estéticas. Todo esto ha hecho prosperar

³² www.paidopsiquiatria.com/anorexia/anorexia/anorexintro/anorexintro.htm

una industria y un comercio que se ha dedicado a enfatizar la “delgadez” como un producto de consumo.

Para concluir diremos que las bulímicas supeditan las necesidades primarias por las secundarias; “viven los ideales del yo de esta sociedad donde importan los valores de apariencia en vez de la autenticidad del ser”.³³ Como apoyo a lo anterior diremos que esta enfermedad era prácticamente desconocida hace 50 años, ante un incremento cada vez mayor en nuestro continente.

En síntesis ante el hecho de la gran influencia de los factores socioculturales en las alteraciones psicológicas, nos interesa resaltar cada vez más la continua aparición de estos temas en revistas especializadas y comerciales³⁴, lo cual nos hace reconocer la toma de conciencia y/o cambio de actitud en nuestra sociedad.

3.3.5. Factor Político-Ideológico

Es difícil vislumbrar lo político e ideológico en la corriente de los fenómenos sociales, es más difícil aún, tratar de darnos cuenta del efecto de esos factores en el campo de las alteraciones psicológicas, para así tratar de alguna forma de intervenir y mitigarlos como ocurre con la bulimia.

En este trabajo de investigación trataremos primero el aspecto político antes que el ideológico. Halauni “señala que la política es la actuación humana social: es total, es el destino del cual ningún integrante de cualquier sociedad puede escaparse y que toda acción pública humana, motivada por intereses y objetivos determinados, se califican como política, y todo elemento pertinente a esta actuación es, por ende, lo que llaman la política en la sociedad humana” .³⁵

Al comentar esta cita nosotros diremos que todo ser humano, en cualquier actividad que haga, hace “política” en sentido general, por lo tanto no existen los apolíticos, pues estos al actuar aunque sea de manera inconscientes están haciendo política. Es importante señalar esto en las bulímicas, pues su comportamiento iría a responder a una política, en la cual ellas serían las actantes, que responderían a un patrón político pautado desde los grupos de poder, política que ellas interiorizan y la actúan.

En esta investigación la ideología es una forma de conciencia que posee creencias, ideas, actitudes, percepciones, representaciones imaginativas, que conforman una “visión valorativa” de su realidad, e incluso siguiendo la línea psicoanalítica que posee elementos conscientes, pre-conscientes e

³³ Kirszman, D. Trastornos Alimenticios: Paradoja de la abundancia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 1 (2) 150-155, 1992;

³⁴ Ramos, R. y Galera, N. Personalidad, (1997), Psicopatología y cultura. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 7.

³⁵ Halauni. (1990) La ciencia del control político, Edit. Caraca, Alfadil, 35 .

inconscientes; la ideología se expresa en hábitos, costumbres, y en general, en conducta, es decir una forma de ser y de hacer.

Por otro lado, tenemos una actitud y conducta ideológica según algunos psicólogos, que consiste en pretender “seguir la moda”, falsear su percepción ante el sujeto bulímico, ya que no pueden percibir la realidad de la enfermedad y de esa manera entorpecer el tratamiento de psicoterapia más adecuado. Se hace hincapié, en la distorsión perceptiva o falsa conciencia sufrida tanto por los pacientes como por los psicólogos.

3.4. CARACTERÍSTICAS SINTOMÁTICAS DE LA BULIMIA

SIGNOS Y SÍNTOMAS

La bulimia tiene la siguiente sintomatología:

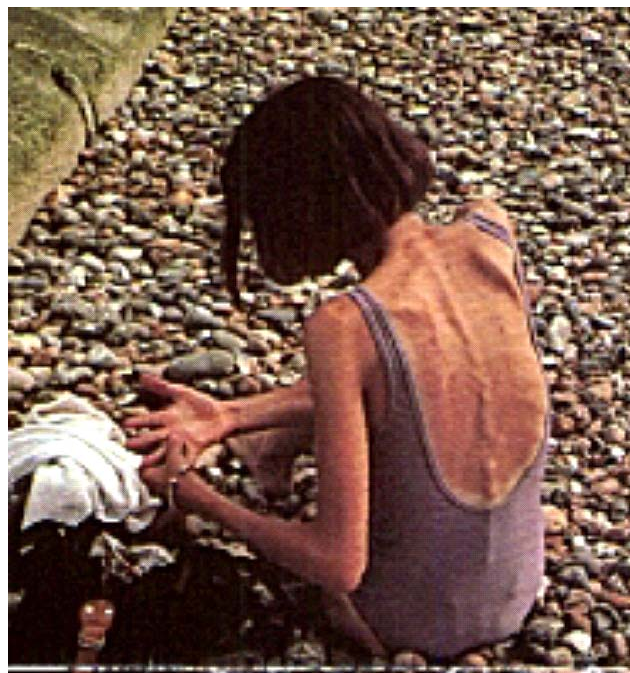
- Alimentación compulsiva. Es una ingesta excesiva de alimentos en un espacio corto de tiempo. Las bulímicas pierden el control sobre la ingesta del alimento, teniendo la sensación de no poder dejar de comer.
- Presencia de conductas inapropiadas repentinas con el fin de no ganar peso, un ejemplo claro es la provocación del vómito, uso de diurético, laxantes, enemas, ayuno o ejercicios excesivos.
- La auto evaluación esta influida y determinada por el peso y la silueta corporal.
- Las bulímicas evitan asistir a reuniones donde puedan verse obligadas a comer, recurriendo a todo tipo de excusas.
- Pesarse varias veces al día.
- El almacenamiento de alimentos con alto valor calórico.
- Cambios de actitud.
- Deshidratación, esta es la mayor preocupación de los episodios de vómito. La velocidad de deshidratación depende del tamaño de la persona, la frecuencia de los vómitos y si hay o no diarrea.



Generalmente l@s jóvenes que padecen bulimia han sido obesas o han realizado numerosas dietas sin control médico ³⁶.

La mortalidad en la bulimia es del 20 por ciento y se da por inanición y por el descenso de nivel de potasio, esta perdida puede llegar a provocar un paro cardíaco. ³⁷

Generalmente estos tipos de trastornos en la alimentación, más allá de los síntomas que encierra cada uno en especial, son acompañados, ambos por un marcado aislamiento de la enferma, excesivo cansancio, sueño, irritabilidad, agresión (sobre todo hacia las personas conocidas y miembros de la familia), vergüenza, culpa y depresión, y se registra un trastorno en la identidad a partir de la detección de la bulimia.



3.5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

La bulimia es una enfermedad que en la actualidad ha cambiado no sólo en su incidencia, sino igualmente en su expresión clínica. Los criterios diagnósticos que veremos en esta investigación son los de la Asociación Americana de Psiquiatría y los de la Organización Mundial de la Salud, los cuales permiten a cualquier persona diagnosticar un trastorno alimenticio, pero dificulta el

³⁶ Harrison. Tratado de Medicina Interna, Vol. 1, 822.

Síntoma: Es el dato que refiere el paciente con respecto a su enfermedad.

Signo: Es el dato que es visible o medible con respecto a una enfermedad.

³⁷ Focault, M. (1979.). Enfermedad Mental y Personalidad. Buenos Aires: Piados .

diagnóstico diferencial con otras patologías que pueden dar lugar a trastornos alimenticios de forma secundaria con la consciente falta de comprensión psicopatológica de cada ser humano. En este apartado revisaremos brevemente las alteraciones conductuales, alteraciones cognitivas y los trastornos psicopatológicos.



3.5.1. Alteraciones conductuales.

Aparecen fundamentalmente en el momento de la ingesta, donde ocurre una restricción importante y subjetiva de determinados alimentos que son considerados como “hipercalóricos”. Esas alteraciones van encaminadas a la pérdida y/o conservación del peso corporal. Junto a lo anterior, aparece una serie de comportamientos de tipo compensatorio, como son: ejercicio excesivo y ayuno (tipo restrictivo), o bien la utilización de laxantes y vómitos (tipo purgativo).

En algunos casos pueden darse episodios de sobreingesta conjuntamente con los demás aspectos conductuales (tipo bulímico). Lo habitual es que se pase de una situación a otra en el transcurso de la enfermedad (de anorexia a bulimia y viceversa).

3.5.2. Alteraciones Cognitivas

Las alteraciones cognitivas afectan principalmente al pensamiento y por tanto a la voluntad estos son:

- Pensamiento dicotómico.- El paciente no logra controlar la totalidad de su impulso por comer al no poder controlar una parte de este.
- Generalización excesiva.- Asociación de un alimento a su enfermedad.
- Pensamiento de auto referencia.- Creencia negativa de ser el centro de atención social al tomar un defecto como causa principal de las críticas de otros.
- Magnificación de las consecuencias negativas.- Asociación de la ingesta al hecho de subir de peso corporal.
- Abstracciones selectivas.- Dar por hecho que no se podrá controlar el impulso de comer.
- Pensamientos mágicos.- Busca explicaciones fantasiosas.

3.5.3. Alteraciones Psicopatológicas

Las alteraciones psicopatológicas recaen directamente en la percepción de la realidad, es decir, confunden al individuo entre lo que es y no es real. Entre las más importantes encontramos:

- Alteración de la corporalidad.- Se trata de una distorsión de la imagen corporal con tendencia clara hacia la sobredimensión.
- Rasgos o trastornos de ansiedad.- Se observan elementos fóbicos muy marcados.
- Aislamiento social.- Miedo a ser observados.

Encontramos que en el diagnóstico para la bulimia esta dividido en dos tipos:

- Tipo Purgativo: Durante la bulimia se provoca el vómito con frecuencia o recurren a laxantes y diuréticos.
- Tipo no Purgativo: Durante el episodio la bulimica emplea conductas compensatorias inapropiadas, como son, el ayuno, el ejercicio intenso: Este tipo no recurre al vómito ni a laxantes.³⁸

3.6. TRATAMIENTO

El tratamiento de los trastornos alimenticios, en este caso de la bulimia, debe ser multidisciplinario, incluyendo aspectos nutricionales, y todo tipo de terapias. Además, la detección precoz siempre juega a favor del paciente y la curación siempre es más fácil cuando el problema se detecta en sus fases incipientes.

3.6.1. Tratamiento nutricional

Encaminado a restituir un estado nutricional aceptable, la realimentación debe estar adaptada a la situación basal y estado nutricional de cada paciente y esto debe ir acompañado de pautas educativas para conseguir una alimentación equilibrada en los pacientes.

3.6.2. Tratamiento farmacológico

Normalmente va encaminado a minimizar la ansiedad, los síntomas depresivos y obesidad que suelen presentar los pacientes con bulimia. El objetivo es facilitar la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos.

³⁸ Lebenthal, E. (1988), Gastroenterología Pediátrica, Edit. Interamericana, Vol.1, 111-113.

3.6.3. Tratamiento psicoterapéutico

En esta investigación no pretendemos ahondar en los diversos modelos psicoterapéuticos, sino exponer las características de aquellos que resultan más eficaces para curar este trastorno alimenticio.

3.6.4. Psicoterapia Individual

Uno de los aspectos más importantes en cualquier tipo de terapia es la relación paciente-terapeuta. A las personas afectadas por estos trastornos les resulta difícil confiar en alguien más, en especial cuando se les pregunta por sus hábitos, cuando a ellos mismos les resultan repulsivos. Es necesario un alto grado de confianza del paciente para ser tratado por su terapeuta.

3.6.5. Terapia Familiar

Muchos médicos recomiendan este tipo de terapia como parte del tratamiento contra la bulimia porque permite al terapeuta observar los patrones que dan origen a la enfermedad en la intimidad del seno familiar.

3.6.6. Terapia de grupo

Esta terapia resulta particularmente beneficiosa para las bulímicas ya que creen ser las únicas en llevar a cabo estas horribles prácticas y compartir sus experiencias con otras pacientes ayuda desahogar sus dudas y angustias.

3.6.7. Terapia de Automanejo

Para una recuperación completa del paciente, se deben seguir las siguientes recomendaciones. Cooperar en el tratamiento que se le asignó, completar el programa de hospitalización, si ese fuera el caso, y de no ser así completarlo en su casa, mantenerse en el peso indicado por el médico, integrarse inmediatamente en sus actividades cotidianas, asistir periódicamente a las sesiones de psicoterapia, cumplir con todas las visitas médicas de su programa de tratamiento y pedir ayuda cuando sea necesario.

Cumpliendo con estas recomendaciones médicas, las pacientes obtendrán mejores resultados, sin volver a recaer. Cuando aparecen señales de recaída, la paciente tendrá que detectar los signos de su comportamiento adictivo es decir, volver a comer, hacer ejercicio en exceso, purgarse o vomitar, usar pastillas para adelgazar. En este caso las enfermas deben de ser internadas de inmediato en centros de ayuda para los trastornos alimenticios.

Existen dentro de las características de esta terapia ciertas recomendaciones que las enfermas deben seguir para lograr auto ayudarse y mantener el tratamiento lo más posible, sin sufrir recaídas.

Una de estas recomendaciones es repetirse a sí mismo una lista de metas por ejemplo la lista siguiente:

1. Comer normalmente en cada comida.
2. Si me siento agobiada por ello, me daré un paseo o me ocuparé en otras actividades hasta que pierdan fuerza mis sentimientos de culpa y mis miedos.
3. Procuraré no vomitar bajo ninguna circunstancia.
4. Procuraré no utilizar laxantes.
5. Me planificaré diariamente y a horas donde el agobio es mayor, realizar ejercicio.
6. Me repetiré a mi misma que puedo conseguirlo, y sobre todo, cuando las fuerzas me flaquean.
7. Mis objetivos se planificarán día a día.
8. Me comprometo a mantener un peso mínimo saludable que mantendré con procedimientos sanos.
9. Pertenece a mis malos pensamientos la creencia de que estoy con sobrepeso si este se encuentra dentro de la normalidad. Por ello.
10. No permitiré que ocupe mi mente ni un sólo minuto, (la bulimia).
11. Mantendré mis amistades y me relacionaré con ellas y participaré en cuantas actividades organicen.
12. Mis pensamientos, como en todas las personas, pueden ser negativos o positivos. Necesito mantener una actitud positiva y optimista aún en los peores momentos.
13. Las recaídas no significan que se haya perdido todo lo conseguido, carecen de importancia frente a mis planes de recuperación.

A esta lista pueden agregarse más metas según lo requiera la paciente.

3.6.8. Centros de ayuda

En México encontramos una variedad de centros de ayuda para los trastornos alimenticios. En este apartado nombraremos los más reconocidos, ya que en el anexo 2 se encuentra la información completa de cada uno de ellos. Algunos de los centros de ayuda son: AVALON, El Instituto Nacional Mexicano de Trastornos de la Alimentación (AMTA), GRAPA Grupo de Apoyo en la Anorexia Oceánica y Volver a Empezar entre otros. (Ver Anexo 2).

3.7. REFLEXIONES

- (1) Muchos autores concuerdan en que ambas patologías (anorexia y bulimia) coinciden una multideterminación de factores sociales, culturales, familiares, biológicos e individuales. Incluyendo las presiones sociales o culturales, por ejemplo, por medio de la publicidad. Pero por si mismas no parecen justificar, ya que no todas las mujeres y/u hombres se someten a ellas. Por ejemplo, el Dr. Lulian Lancu decía: “En algunos individuos vulnerables, la necesidad de hacer dietas conducirá a la Anorexia y Bulimia existiendo un riesgo, la identificación con normas culturales occidentales posee fuerza patógena. Los factores socioculturales son importantes para la aparición de la anorexia y bulimia en mujeres jóvenes psicológicamente vulnerables”.³⁹
- (2) Para Hescovici y Bay, la anorexia nerviosa es un “trastorno de conducta voluntaria”. En el caso de los pacientes bulímicos estos tendrían a “utilizar los atracones para aliviar el malestar psicológico”⁴⁰.

Asimismo, en dicha bibliografía hemos encontrados los factores que corresponden específicamente a la bulimia y anorexia incluso a raíz de muchas de las vivencias descritas por las autoras encontramos la diferencia de quien desarrolla una esquizofrenia o una obesidad manifestada.

3.7.1. Reflexiones de una conferencia sobre anorexia y bulimia Mitos y realidades

- (3) “Si bien durante su existencia, el ser humano tendrá que enfrentar múltiples crisis, una de las que ha sido considerada como crucial en un ciclo vital, denominado adolescencia.

En él, el individuo se verá forzado a encarar grandes cambios que provienen desde su cuerpo, sentimientos y pensamientos, es decir, deberá asumir la ruptura el equilibrio anterior, y a partir de ello, llevar a cabo una profunda revisión y reestructuración en todos los aspectos que lo definen.

Hablar de adolescencia en la actualidad, exige además delimitar la época que lo contextualiza, una que se ha visto inmersa en una serie de acelerados cambios, muy distintos a los de hace décadas.

Las rápidas transformaciones culturales han tenido consecuencias en l@s adolescentes en los últimos años, han modificado su lenguaje, sus relaciones, sus conceptos de belleza y sus ideales, han dejado una marca nueva de subjetividad por la influencia de múltiples fuentes (medios de comunicación, familiares, sociales, culturales y económicas).

³⁹ Llauncu. L, (sin año), Rev. Sic. Vol. V, numero 4, 31-32.

⁴⁰ Ibid. pp 151.

Asistimos en la actualidad, a la alta expresión de patologías de actuación en los adolescentes, estos atavíos elegidos, para manifestarse guardan relación directa con lo que es el discurso de la cultura de hoy en día. Nos encontramos con sujetos que caen ante la voz del mercado, y es que el adolescente de hoy, ha tenido que enfrentar enormes y simultáneas crisis: La propia, la de los vínculos de su familia y la de la cultura.

La generalidad del adolescente de hoy ha desarrollado una dependencia excesiva de los objetos externos. Ante la imposibilidad de vincular la palabra con los afectos que les corresponden, muchos adolescentes pasan a la acción, así no piensa, no se siente, al menos se le evita, mediante la búsqueda constante de las emociones, otros, los menos favorecidos interiormente, incrementan las estadísticas que cada día aumentan más, la de las patologías de la actuación.

Dentro de dichas patologías encontramos los desórdenes de la alimentación, enfermedades que son producto de una compleja interacción de factores que pueden comprender problemas de naturaleza emocional y de la personalidad, presiones familiares, una factible susceptibilidad genética o biológica (mencionado anteriormente) y el estar inserto dentro de una cultura donde existe una super abundancia de comunidad y una obstinación con la delgadez. Dichos desórdenes generalmente se pueden categorizar como anorexia y bulimia.

En estos trastornos alimenticios el 90 por ciento de la población son mujeres adolescentes, sin embargo el género masculino no se encuentra exento. Asimismo el panorama femenino tradicional en la adolescencia se está modificando, este trastorno ya ha empezado a alcanzar al grupo masculino.

Un factor que ha incidido alarmantemente en esta situación que hay quien la consideran a nivel de epidemia, es la cultura de la delgadez imperante en los actuales países industrializados, y donde la clave segura para el éxito y la felicidad radica en una imagen cada vez más delgada, tanto de mujeres como de hombres.

Enfrentamos así trastornos complejos donde es necesario utilizar todos los recursos disponibles y que requieren ser abordados por un equipo multidisciplinario, para contribuir a que la persona pueda recuperar su peso corporal promedio y a resolver los constantes conflictos psicológicos y familiares que han dado por resultado este desenlace donde existe mucho sufrimiento, tanto en la persona diagnosticada como paciente, como para su familia.

El síntoma o trastorno de la alimentación es evidente, el sufrimiento de estos seres humanos reclama, aunque no de una forma clara ya que la realiza a través de sus actos y no de la palabra, la necesidad imperiosa de ayuda que a su vez rechaza, de ser rescatada de esta espiral de inanición o ingesta excesiva de alimento, que cada vez la sumerge más en un entorno del que ya no puede

salir por sí misma y donde aparentemente ha encontrado una “solución” a sus problemas”.⁴¹

La Asociación Comenzar de Nuevo en colaboración con la escuela de Psicología Regiomontana organizó un ciclo de conferencia que llevó por título “**Anorexia y Bulimia. Mitos y Realidades**”, con la finalidad de transmitir información respecto a estos trastornos de la alimentación, a través de la especialista en medicina del adolescente, Dra. Eva Trujillo.

La Dra. Eva Trujillo dijo a los asistentes la importancia de poder calcular en forma individual, el peso ideal de cada ser humano, dependiendo este de su estructura ósea, estatura, y tipo de actividad; señaló que este es determinado genéticamente en un margen tan amplio como el 80 por ciento.

Mostró imágenes de los distintos prototipos de belleza a lo largo del siglo, empezó con una mujer que hoy en día sus 90 kilos serían considerados como cuadro de obesidad, continuó con Marylin Monroe a quien los directores de cine le solicitarían en forma urgente que disminuyera de su talla 12, hasta llegar a las actuales modelos, con la propuesta ideal de nuestros días, quienes se encuentran, en promedio, 23 por ciento por debajo de su peso.⁴²

El objetivo primordial de esta conferencia fue contribuir en la realización de una labor psicoprofiláctica (prevenir los problemas de la mente) con la población adolescente a la comunidad Regiomontana y continuar por todo el país, así como brindarles la oportunidad de búsqueda de ayuda para quienes ya padecen dichos trastornos.

Esta tarea de prevención resulta importante, ya que los procedimientos han adquirido proporciones epidémicas, por ello se requiere de una labor conjunta, que luche por modificar la importancia prioritaria que se le da a la delgadez excesiva, labor titánica si se considera el constante bombardeo de los medios y de la cultura; precisa además, transmitir toda esta información acerca de los riesgos potenciales que conllevan las dietas, y el apoyo necesario, imprescindible, del medio familiar en que crecen l@s adolescentes.

⁴¹ María de los Ángeles Heftye directora de la Escuela de Psicología de la Universidad Regiomontana; tiene Maestría en educación; es psicoterapeuta en adolescentes y adultos; ha publicado el artículo “*Los docentes de la instituciones de educación superior*” en la *Revista Pizarra*.

⁴² Castro M. Medicina; Facultad de Medicina Universidad de Navarra. Edit. Esparsa 166.

3.8. Entrevista

Mientras esperábamos la llegada de la modelo estadounidense al Centro de tratamientos para la mujer Avalon. Veíamos las miradas nubladas e inciertas de las pacientes de esa asociación, estas nos hicieron ver la importancia que tiene la ayuda profesional. Habíamos empezado el día ahí adentro, rodeadas de un grupo de jóvenes egresadas del exclusivo Centro. ¿Su historial médico? Anorexia, bulimia, y comer compulsivo. Pero algo más que su fuerte deseo de vivir.

Después de poco tiempo de espera llega Diana una atractiva modelo estadounidense de 21 años, que respondió todas nuestras preguntas.

Ana. *Mi primera pregunta al verte tan saludable pero a la vez tan delgada es: ¿Alguna vez haz sufrido algún tipo de trastorno alimenticio?*

Diana. Nunca he tenido problemas con la comida, pero no niego que ha habido momentos en los que me obsesiono de que estoy gorda y me culpo si me como un helado. Pero la realidad es que soy delgada por naturaleza.

Ana. *¿Cuándo decidiste ser modelo?*

Diana: Nunca lo decidí, me lo propusieron cuando tenía 16 años. Es algo que nunca tome en cuenta. De hecho en el colegio mis compañeros se burlaban de mí por ser muy delgada

Ana. *¿Y ahora como te ves?*

Diana. Nunca me digo al espejo que si soy bonita, me fijo en mis ojeras que sobresalen, me critico que soy muy alta, que tengo poco busto y que estoy flácida. La mayoría de las mujeres somos poco cariñosas con nosotras mismas. Nunca estamos contentas, siempre queremos cambiar algo.

Alma. *¿Alguna vez has tomado laxantes o te has metido algún atracón?*

Diana. Confieso que lo he pensado, pero nunca lo he hecho. Una vez en la semana de moda en Colombia, la ropa de la Colección era tan pequeña y yo había comido algo tan pesado que me dio ganas de tomar algo, me sentía muy mal. Me ayudo mucho pensar en el riesgo que corría si lo intentaba.

Alma. *¿Te presiona mucho tu profesión?*

Diana. En la agencia donde de trabajo, no, pero sé que en las pasarelas de París y Milán son muy exigentes; miden diario a sus modelos: Gracias a Dios nunca me ha tocado.

Ana. *¿Y tus compañeras han tenido algún problema?*

Diana. Es difícil detectarlo. Pero he sido maestra de pasarela en Houston, y ahí había una estudiante que padecía problemas.

Alma. ¿El medio del modelaje se presta para pasarse “tips” de dietas y trucos para no subir de peso?

Diana. Se escucha de todo, desde no tomes café porque te sale tal cosa. Pero yo no creo nada de eso.

Ana. ¿Qué haces cuando tienes sesiones de fotos todo el día y al momento de comer, tu vientre se inflama?

Diana. Yo no escatimo y como de todo. Al final me relajo porque sé que las fotos se pueden retocar. Si me queda el vientre afuera, ¿pues que lo retoquen? (Risas).

Alma. ¿Te das permiso de comer comida chatarra?

Diana. Soy adicta al McDonald’s.

Alma. ¿Y no sientes culpa después?

Diana A veces, pero creo que me merezco esas cosas. Al menos cinco días de la semana como verduras y frutas y cuando llega el fin de semana pienso. “Trabaje muy duro, así que comeré lo que se me antoje “

Ana. ¿Haces ejercicio?

Diana: No nunca.

Ana. ¿Tu eres delgada por naturaleza, pero piensas cuando llegas a una tienda y ves la ropa diminuta y también en las pasarelas, y obvio, toda la gente no es delgada como tu?

Diana. Pienso que es una verdadera inconsciencia, me parece que la moda debería ser más “aterrizada”.

Alma. Actualmente hay desfiles contra la bulimia y la anorexia, en los que evitan sacar, modelos tan delgadas, ¿Te dará miedo cuando las modelos tan delgadas como tu ya no te llamen tanto la atención?

Diana Lo asumiría, y si me quede si trabajo no importa hay una modelo talla 19 de estados unidos, talla 40 en México que es “supera linda”.

Alma. ¿Cuanto tienes que medir y pesar para poder ser modelo?

Diana. La altura ya no es tan importante, en la revista no es fundamental, pero en las pasarelas, sí. En mi agencia piden de todo: desde delgadas para desfiles, hasta jóvenes de diversas tallas para hacer anuncios publicitarios.

Ana. ¿Qué sientes cuando te pones unos jeans y no te quedan?

Diana. Cuando me quedan chicos me deprimó, lo mismo que cuando me quedan grandes, aprendí que para comprar jeans, debo ser cuidadosa y buscar marca que me sientan bien.

Ana. Te ha tocado que elijan a otra modelo que es más delgada que tu ¿que has sentido?

Diana. Ocurre todo el tiempo. Escogen a otra porque tiene más busto o el cabello más largo, o incluso porque son más pequeñas. Antes me sentía muy mal, pero me di cuenta de que somos diferentes y que cada quien es como es. No hay otra salida me debo aceptar.

Ana ¿Eres de las que te subes a la báscula?

Diana. Evito tomarme medidas y pesarme. Creo que solo me subo a la báscula cuando voy al médico.

Alma. ¿Tomas pastillas para bajar de peso?

Diana. No.

Alma. ¿Qué productos usan las modelos para cuidarse?

Diana. Uso cremas para la celulitis y prefiero masajes a las cirugías.

Ana. ¿Qué opinas de todas las preguntas que te hicimos?

Diana. Siempre he pensado que las mujeres son lindas de cualquier forma, pero me entusiasma venir hablar con ustedes y con las chicas que están recuperándose de esta enfermedad.

5 KILOS
MENOS
CON PAN
FRUTA Y
FRACCIÓN

ESPECIAL ANTI KILOS

adagato hoy
y te deja el fin de año
con remordamiento

GENOMA
EN UN AÑO
EL ÚNICO PERFECTO

¿QUÉ TIENES
Y QUÉ TIENES

TU
MAN
BLIGE
BRAS
CORRI

BRITNEY SPEARS

naturalmente
el mejor cuerpo
del mundo

CAPÍTULO 4

LA INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA ANOREXIA Y BULIMIA

"UN EXCESO DE INFORMACIÓN PODRÍA
LLEARNOS A UNA "BULIMIA" DE INFORMACIÓN Y
A UNA "ANOREXIA" DE CONOCIMIENTO O DE REFLEXIÓN
Y CRÍTICA DE LA INFORMACIÓN QUE RECIBIMOS"

JORDI QUINTANA



Mucho se habla de la constante publicidad en los medios de comunicación y al encender la televisión, leer las revistas, navegar en la Internet y ver esas fotografías de modelos con cuerpos perfectos nos damos cuenta que estamos bombardeados por una cantidad de mensajes visuales y auditivos, que muestran un estereotipo de mujer o de hombre que es muy difícil alcanzar.

Estos medios muestran publicidad con personas lindas y extremadamente delgadas que transmiten mensajes que indican que esa es la clave de la felicidad y el éxito. Los mensajes contribuyen a aumentar los casos de anorexia y bulimia en nuestro país. Es por ello que en este capítulo analizaremos dos de los anuncios televisivos de la empresa **Danone** y dos espectaculares de **El Palacio de Hierro** con mensajes que inspiran a las jóvenes a seguir ese modelo de mujer ideal.

Muchas mujeres y también algunos hombres al estar en busca de ese ideal estético, caen en profundas depresiones que los lleva a realizar dietas extremas que terminan en la bulimia y en la anorexia. Tener un cuerpo que más que perfecto es extremadamente delgado, en las adolescentes es una ley social que hoy en día inspira a muchos publicistas a mostrar cuerpos inaccesibles tan lejos de la realidad como enfermos.

4.1. PROCESO DE COMUNICACIÓN

La palabra **comunicación** viene del latín “*comunicare*”. Significa transmitir o hacer partícipe de algo que se tiene.⁴³

“La comunicación es la ciencia que estudia la transmisión de un mensaje directa o indirectamente de un emisor a un receptor y de este a aquel a través de medios personales o masivos, humanos o mecánicos, mediante un sistema de signos y convenios”.⁴⁴

“La comunicación trata de alcanzar objetivos relacionados con la intención básica de influir en nuestro medio ambiente y en nosotros mismos, sin embargo la comunicación puede ser invariable, reducida al cumplimiento de un conjunto de conductas, a la transmisión o recepción de mensajes”.⁴⁵

El modelo de Berlo supone que la comunicación constituye un proceso; es decir, una estructura cuyos elementos se interrelacionan en forma dinámica y mutuamente influyente este proceso distingue los siguientes componentes:

1. Fuente o emisor. Corresponde a una persona o grupo de personas con un objetivo y una razón para comunicar.

⁴³ Diccionario Enciclopédico. Edit, Salvat, 345.

⁴⁴ Mota; Ignacio, 1988.

⁴⁵ Berlo; D. (1969).El Proceso de la Comunicación, Introducción a la teoría y la Práctica, Buenos Aires, Edit. El Ateneo.

2. **Codificador.** Corresponde al encargado de tomar las ideas de la fuente y disponerlas en un código.
- 3 **El mensaje.** Contiene lo que el emisor desea expresar o hacer sentir al receptor: ideas, conceptos, estados anímicos, sentimientos inquietudes etc. El mensaje tiene el propósito de manipular, alterar o afectar. De esto se deriva que la comunicación humana sea intencional, manipuladora y persuasora con el objeto de influir en los receptores.
4. **El canal o medio.** Es un elemento de comunicación importante que forma parte del proceso de comunicación, pues es el medio por el cual se trasmite el mensaje. Los canales básicos son los cinco sentidos a través de los cuales el individuo se comunica con su entorno, incluso desde antes de nacer. Conforme la comunicación se va ampliando se incrementa de igual manera la cantidad de receptores por lo que se puede hablar de otro tipo de canales que permitirán llegar a una población masiva.

Estos canales de comunicación se dividen en dos tipos:

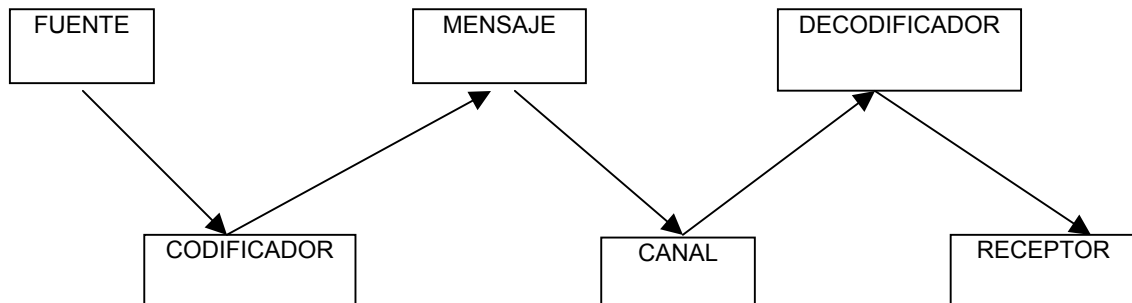
- **Canales de los medios colectivos:** Son los que transmiten mensajes que involucran a un medio de comunicación colectivo, como periódicos, revistas, películas, radio o televisión y permiten a una fuente de uno o varios individuos alcanzar un auditorio múltiple.
- **Canales Interpersonales:** Son aquellos donde se da un intercambio cara a cara entre la fuente y el receptor, en éste la retroalimentación se facilita mas que en el anterior.⁴⁶

1. **Decodificador.** Corresponde a lo que traduce el mensaje y le da una forma que sea utilizable por el receptor.
2. **Receptor.** Corresponde a la persona o grupo de personas ubicadas en el otro extremo del canal y que constituye el objetivo de la comunicación. Si no existe un receptor que responda el estímulo producido por la fuente la comunicación no ha ocurrido.

⁴⁶ (ROGERS, 1973).

Esquema del Modelo del Proceso de comunicación

(BERLO, 1977)



(Berlo, D K. "El proceso de la Comunicación. Introducción a la Teoría y la Práctica", Buenos Aires, Edit. El Ateneo, 1969.)

Estos son los elementos más importantes del acto comunicativo, es necesario tomar en cuenta uno de ellos a fin de comunicar de forma efectiva el mensaje en una campaña de comunicación social y así tener los resultados esperados.

4.2. EL PAPEL DE LOS MEDIOS

Los medios de comunicación masivos inicialmente la prensa, posteriormente la radio y a partir de los años 50's la televisión han tenido un papel muy importante para formar opiniones, para la transmisión ideológica y patrones de conducta de la clase dominante y para el consumo de bienes y servicios entre otros atributos.⁴⁷

4.2.1. LA INFLUENCIA DE LOS MEDIOS EN LA ANOREXIA Y BULIMIA

Los medios masivos de comunicación proporcionan a la sociedad un espacio de diversión, esparcimiento, educación e información y paralelamente ofrecen imágenes corporales que fomentan conductas que pueden desencadenar trastornos alimentarios en poblaciones vulnerables.

El concepto de imagen corporal en su representación física y cognitiva del cuerpo que implica e incluye actitudes de aceptación y rechazo ha sido clave para comprender la influencia de los medios masivos de comunicación en las personas⁴⁸. Diversos estudios señalan que la imagen corporal está íntimamente

⁴⁷ Winkin, Y. La Nueva Comunicación (1982) Edit. Kairos, Barcelona.

⁴⁸ Reporte (1996) Consejo Europeo para los Trastornos de la Alimentación, La Haya, Holanda.

relacionada con cuestiones de autoestima y una imagen corporal "negativa" se vincula con los trastornos alimentarios. Incluso se ha asegurado que las imágenes mediáticas pueden ser particularmente importantes en la producción de cambios en la manera de percibir y evaluar el cuerpo.

Dice Virginia Woolf que "es más difícil asesinar a un fantasma que a una realidad" y eso puede aplicarse a los medios, ya que manejan realidades virtuales que no son fácilmente detectables. La dificultad estriba en descifrar aquellos mensajes mediáticos que vinculan la belleza con la aceptación social, el prestigio, el éxito al utilizar palabras e imágenes cuyos significados están ocultos o son contradictorios o confusos.

Algunas reflexiones sobre influencia de los medios masivos de comunicación en trastornos alimentarios utilizan el concepto de "imagen corporal estética" para explicar que los medios contribuyen a la representación social del "cuerpo ideal" ofreciendo ejemplos de "mujeres atractivas" modelos, actrices y artistas, que proporcionan un referente con el cual las mujeres establecen comparaciones.

Sugieren que éstas configuran un "cuerpo ideal " al comparar su propia figura con el cuerpo ideal socialmente representado y avalado como modelo a seguir. Lo anterior resulta en una imagen corporal elástica en el sentido de que a diferentes momentos y bajo diversas situaciones de estrés las mujeres pueden comparar sus propios cuerpos con diversos puntos de referencia.⁴⁹

El problema surge cuando el "cuerpo ideal" se vuelve cada vez más homogéneo en su delgadez al inducir mayor presión en las mujeres que perciben sus cuerpos comparativamente como "más gordos" y "más pesados", "menos atractivos," "menos sensuales" con relación a las imágenes mediáticas que se ofrecen diariamente. El discurso de opciones que nos ofrecen las imágenes globalizadas, es cada vez más homogéneo no sólo cuanto a propuesta de belleza física, sino raza, clase social que relacionan definiciones culturales de "belleza" y "atractivo físico" vinculadas con ideas de éxito.

Hoy en día las revistas femeninas, los anuncios comerciales, las figuras de modelos que se muestran en el cine y la televisión, son las causas de que los jóvenes caigan en enfermedades como la anorexia y la bulimia.

Desde muy temprana edad, estas se ven atrapadas por un "ideal de mujer", esto sucede debido a que los anunciantes, sin escrúpulos se preocupan más por el interés económico ya que fomentan la extrema delgadez en sus

⁴⁹ Myers, PN y FA Biocca. (1992). The elastic body image, The effect of television advertising and programming on body image distortions in young women, en *Journal of Communication* 42.,108-133.

anuncios sin importarles en gran medida la salud de quienes perciben los contenidos de dichos mensajes.

Por desgracia, el énfasis de algunos mensajes televisivos, folletos, Internet, entre otros, se centran en la figura delgada de las chicas. Debido a su etapa de transición, este bombardeo constante en las adolescentes las lleva a crearse ideas psicológicas de valorar la extrema delgadez como sinónimo de aceptación social.

Es necesario señalar que los medios por si solos no condicionan las adicciones. El condicionamiento de estas adicciones como lo podemos ver en el alcohol y el tabaco se da principalmente por buscar modelos aspiracionales que permitan, tanto a hombres como a mujeres, un estatus determinado de aceptación y de integración a un grupo en el círculo social en el que viven.

Estos medios al igual que son utilizados para promover productos y estilos de vida que perjudican la salud, pueden y deberían ser obligados para inculcarle a la población una cultura de la prevención de las adicciones. Esto se ve sumamente difícil ya que en todo momento observamos que los intereses de la publicidad van más en razón de la ganancia económica. Como ejemplo podemos ver que difícilmente se publicaría no sólo como un eslogan de pie de comercial el consumo de jugos y verduras sino enfatizando la importancia de comer sanamente en lugar de comer sabritas, gansitos, tomar coca cola, etc.

Ahora bien, los diseñadores de moda y los contratistas de modelos se les ha demandado por insistir en figuras de jóvenes extremadamente delgadas para el anuncio de productos. Como ya se dijo anteriormente los jóvenes no tienen conformada su personalidad y en su búsqueda de modelos e ideales, para lograr todo eso están sacrificando hasta su propia vida

El compromiso de los medios de comunicación debería crear otras alternativas y formar conciencia en los jóvenes para que valoren su vida y reconocer lo que le conviene a su salud.

Por otro lado, enfocándonos a la influencia para incrementar esa nueva imagen femenina (en el caso de la televisión) estos se han encargado de socializar esta imagen ideal, delgada, bella, que afecta directamente a las mujeres adolescentes, quienes atraviesan por una etapa de cambios corporales críticos que las obliga a volcar toda la atención a su cuerpo, provocándoles conflictos debido a la confrontación entre la realidad mediática y su realidad social.

Esta mitología televisiva respecto al ideal femenino “conlleva a modificar valores y actitudes específicos”⁵⁰ es el caso de la sobrevaloración de la apariencia física femenina, todos los prejuicios en torno al volumen corporal y en

⁵⁰ MUÑOZ, 1995; 223.

esto las consecuencias que llevan a los trastornos alimenticios, como la anorexia y bulimia.

No es de extrañar que sea así, dada la presencia de una ideología condenatoria y la ausencia de construcciones positivas del cuerpo femenino y la reproducción dentro del discurso que rodea a las mujeres”⁵¹, pues estamos en una sociedad donde predominan los criterios masculinos de la estética en la mujer; donde el miedo a engordar de estas rige sus vidas.

La difusión de valores y modelos relacionados con la estética de la delgadez, influenciada por los medios de comunicación (televisión, revistas, Internet, folletos); la moda del vestir, que en la actualidad pareciera que sólo está diseñada para aquellas mujeres delgadas, las tallas que son cada vez más pequeñas, une su publicidad para mantener esta ideología del cuerpo femenino extremadamente delgado.

En este mundo de belleza femenina ideal generalmente se asocia con la juventud, lleva implícito el culto del cuerpo delgado, todo esto es consecuencia de los anuncios televisivos por la aparición de modelos con características corporales de hoy en día (delgadez extrema), las expectativas de las adolescentes se sitúan fácilmente en estos medios estéticos. En conclusión lo anterior lo atribuimos a que día con día aumentan las cifras de adolescentes con trastornos alimenticios.

4.2.2. TELEVISIÓN

Este medio ha tomado una importancia trascendental entre los medios de comunicación en los últimos 50 años, al grado de que se ha convertido en el de mayor audiencia. Por esta razón, la publicidad transmitida por este medio logra influenciar de forma contundente al espectador, y provoca cambios de conducta en su estilo de vida. Los mensajes que ahí se transmiten mostrando modelos con una estética refinada son imitados por una gran cantidad de jóvenes para ser aceptados en su entorno social, y producen en ellos enfermedades que atentan contra su vida (anorexia y bulimia).

4.2.3. RADIO

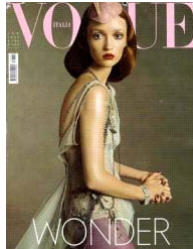
En el caso de la radio, se necesita un tipo de publicidad más explícito y directo, ya que no cuenta con la ventaja de las imágenes y se promueve de forma directa al radioescucha las ventajas de mantenerse sano y delgado, como son mejor apariencia, y éxito tanto profesional como personal.

⁵¹ USSTTER, 1991; 62.

4.2.4. REVISTAS

En revistas enfocadas a adolescentes tales como *Tú, Veintitantos, Eres, Vanidades*, entre otras, se puede ver de manera común anuncios publicitarios sobre distintos artículos que promueven la delgadez (cremas adelgazantes, suplementos alimenticios, leche “Light”.) o las modelos presentadas, llaman poderosamente la atención de jovencitas de entre 12 y 25 años, las cuales se van formando una idea errónea, al asociar el éxito con la delgadez.

Cabe mencionar que las revistas son un excelente medio para este tipo de publicidad, debido a que es más económico que el de la televisión, tienen por lo general una población cautiva y permite cambiar frecuentemente los mensajes publicitarios. Otro aspecto que llama la atención, es el hecho de que actualmente las revistas ocupan, hasta tres páginas desplegadas en publicidad de estos artículos.⁵²



4.2.5. ESPECTACULARES

Los espectaculares son una parte importante de la publicidad de artículos de moda con modelos “muy delgadas” que son su principal atractivo. En los últimos años la ciudad de México se ha visto bombardeada por una gran cantidad de espacios publicitarios de todos los tipos; actualmente pueden identificarse en los edificios, en las paradas de autobús, y en las bardas. Cabe mencionar la aparición de productos adelgazantes que utilizan a las modelos como un móvil para promover sus ventas, un ejemplo de esto son los espectaculares de El Palacio de Hierro que será analizado más adelante.

4.3. IDENTIDAD Y CONSUMO

El consumo es un conjunto de procesos socioculturales en las que se realizan la apropiación y los usos de los productores, señala Sergio Alejandro Balardini de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. El consumismo es el que construye una buena parte de la racionalidad integrativa y comunicativa de una sociedad, un estímulo de una posesión como valor, y como signo de éxito.

Si la identidad misma de los adolescentes esta en juego por un consumo compulsivo no todo es consumible en forma equivalente y clara. La sociedad de

⁵² McLuhan, E., McLuhan, Marshall. (1990). *Leyes de los Medios*, Ed. Alianza, México.

consumo es una sociedad de diferencia y jerarquías. Cada hombre o mujer, trae sus señas de identidad, ofrece sus rasgos de identificación. Las nuevas identidades se integran diferencialmente al consumo, de un modo u otro.⁵³



Las nuevas tecnologías, la reorganización mundial del mercado de trabajo también llamado globalización, afecta a todas las relaciones sociales involucradas y no solamente a las económicas; tanto a aquellas comprometidas en forma directa en la producción, distribución y comercialización de los bienes, como las comprendidas en las estructuras del consumo.

En este marco, los medios de comunicación audiovisuales son las nuevas megaestrellas de la publicidad, el estímulo al consumo, a las marcas y a los emblemas. Por ejemplo, las muchas horas de televisión que consumen los niños y los adolescentes, se han convertido en una principal fuente de experiencias e información.

Entonces en esta época hay nuevas exigencias sociales: la belleza corporal, el cuidado del cuerpo, la moda de la exhibición, parece una película donde la persona queda reducida a su apariencia física, es decir, no integral, por lo tanto serán habituales las dificultades para establecer vínculos satisfactorios, o sea, íntegros y plenos. Tal es la presencia omnipotente de la dimensión narcisistas, que el otro se reduce en su aparición a la necesidad de confirmar nuestra imagen.

No en vano, las modelos se han convertido en modelos de identificación para muchas adolescentes tales como: Valeria Mazza, Déborah Del Corral, Dolores Barreiro. En general estas imágenes femeninas hacen sentir inferiores a la mayoría de las mujeres. Muchas de ellas hablan o implican un deber ser circunscrito al cuerpo calificativos sobre estar gordas, feas, con celulitis, panza,

⁵³ www.redcom.org/ponencias/pon2c_146.htm

acné, busto flácido, piel seca "nos educan a no aceptar y rechazar nuestro cuerpo y con eso odiarnos a nosotras mismas".

Esto tiene un costo enorme, ya que existe evidencia convincente de que la imagen corporal negativa conlleva a querer alcanzar un modelo estético en particular y los medios en general reflejan una minoría y no a la población. Como resultado, más del 50 por ciento de las mujeres de los países latinoamericanos están a dieta y más del 75 por ciento de mujeres con peso considerado normal, dicen estar gordas. Esto se transforma en venta de productos dietéticos, de "belleza", cosméticos, ropa, aparatos para hacer ejercicio entre otros, y causa un enorme sufrimiento en las mujeres y las involucra en falsas premisas de poder y control. Son frecuentes los anuncios que hablan de libertad femenina mientras que el cuerpo esbelto se vuelve prisión para muchas de ellas.⁵⁴

Habría que preguntar a las mujeres cuánto tiempo dedican a la belleza y cuánto tiempo invierten en conseguirla a diferencia de otras a actividades cotidianas para conocer la proporción de tiempos en sus vidas dedicadas al trabajo, la salud, la sexualidad, la familia, el cuidado personal, la belleza, etc. Estas son estadísticas que permanecen ocultas y que son necesarias para entender la cultura y el impacto de los medios en la construcción del cuerpo ideal que está vinculada al prestigio social al atribuirle un valor al tamaño y forma de sus cuerpos y a definiciones de belleza articuladas con la necesidad de aceptación.

Por ejemplo, un estudio longitudinal realizado en 1989 a 869 mujeres adolescentes australianas entre 14 y 16 años reveló que dos tercios del total de la muestra se percibían como "gordas", aunque sólo 16 por ciento presentaba sobrepeso; el 87 por ciento deseaba parecerse a la imagen corporal promovida por los medios y una de cada tres había utilizado alguna medida extrema de control de peso a lo largo del mes pasado- uso de dietas extremas 22 por ciento, ayunos 21 por ciento y fumar 12 por ciento.⁵⁵

Los factores que estimulaban esos comportamientos eran en orden de importancia: presión de grupo, presión de los medios y la creencia de que las dietas extremas eran inofensivas. Concluyeron también que los mensajes de belleza y atractivo visual en los medios contribuían a la distorsión corporal percibida por las adolescentes entrevistadas.

La importancia de elevar la autoestima como medida preventiva para el desarrollo de los trastornos alimentarios fue el resultado de un estudio aplicado en 1996 por la Revista Británica de Psicología Clínica a niñas entre 11 y 12 años de edad. Reveló que las niñas con bajos niveles de autoestima eran ocho veces

⁵⁴ Kilbourne, op.cit.p.396.

⁵⁵ Attie, (1989) Development of eating disorders in adolescent girls: a longitudinal study, en *Developmental Psychology* 25,.70-79.

más propensas a desarrollar trastornos alimentarios y otros problemas a la edad de 15 o 16. El estudio advirtió que los comentarios acerca del peso en la familia podían actuar como detonadores para la instalación de los trastornos alimentarios, ya que podían afectar la autoestima y vincular la delgadez con la condición de "ser amadas" y "tener éxito en la vida". Además identificó dos importantes correlatos para la instalación de trastornos alimentarios en las adolescentes: leer revistas que contienen información e ideas acerca de atractivo físico, figura ideal y administración de peso y dietas y el hostigamiento familiar relacionado con "atractivo físico" concretizado en el cuerpo y el peso.

En mayo de 2000 se publicó un informe sobre medios y su influencia de trastornos alimentarios preparado por la Asociación Médica Británica y el Consejo de Ciencia y Educación. Este apunta hacia la necesidad de realizar investigaciones sistemáticas sobre el tema y concluye lo siguiente: "La imagen de la mujer deseable se presenta como modelo de éxito. Ella, como imagen dolorosamente familiar aparece en los medios masivos y refleja las expectativas de otros. Son pocas las mujeres que no han negociado alguna relación con dicha imagen".⁵⁶

Este reporte mostró datos de un sondeo aplicado en 1998 por la Asociación "Pan por la vida" a una muestra de 901 mujeres británicas entre 18 y 24 años de edad consideradas "mujeres exitosas" por sus padres. Se les cuestionó sobre sus influencias, fuentes de autoestima, imagen corporal y hábitos alimentarios. Se les aplicó la prueba EAT, (test de la actitud para comer) utilizada en detección de trastornos alimentarios y en un reporte informó que 61% de las mujeres entrevistadas decían sentirse "mal" al compararse con la imagen mediática de "la mujer bella" y solamente 25% de las mujeres jóvenes estaban satisfechas con su peso. Afirmaban que los mensajes de los medios eran contradictorios, ya que se esperaba que las mujeres fueran delgadas, atractivas, exitosas en el trabajo remunerado, ambiciosas e independientes económicamente pero al mismo tiempo debían preservar los roles femeninos tradicionales como la maternidad, el afecto, el cuidado del marido y de los hijos.

4.4. PUBLICIDAD

Desde 1980, la publicidad comenzó a utilizarse con mayor frecuencia. Con el paso del tiempo y el avance de los medios de comunicación y las nuevas tecnologías, la publicidad se ha convertido en un negocio, no solo en países desarrollados si no en todo el mundo, donde cada individuo sin importar edad, sexo o nivel económico, representa un consumidor en potencia.⁵⁷

⁵⁶ Report on eating disorders, body image and the media (2000). Gran Bretaña. British Medical Association/Board of Science and Education.

⁵⁷ Ceulemans, Mieke y Guido Fauconnier (1981): Imagen, papel y condición de la mujer en los medios de comunicación social. Complicación y análisis de los documentos de investigación, Francia, UNESCO.

“Los conceptos que definen a la publicidad varían de acuerdo con el lugar y momento histórico en que surgen, pero hay ciertas estrategias para lograr ciertos fines en los receptores a quien se dirigen”.⁵⁸

“La publicidad viene de la palabra inglesa Advertising, desde su raíz morfológica la publicidad es un instrumento en sí mismo para mover las mentes hacia algo, hacia un fin comercial y social”.⁵⁹



“La publicidad tiene la capacidad de mover lo imaginario del ser humano a través del cual los manipuladores del mensaje hacen ejercer su psicología para lograr que el consumidor encuentre en el producto lo que siempre “soñó”, siendo las imágenes que proporcionan al consumidor siempre halagadoras”.⁶⁰

Las investigaciones de Garner y Garfinkel y su equipo sobre contribuciones biológicas, familiares y psicológicas a la aparición de trastornos alimentarios principalmente en población femenina adolescente en occidente otorgan responsabilidad importante a la publicidad "por su impacto potencial de establecer modelos de identificación."⁶¹

Lo que es modelo de belleza hoy, no lo era hace unas décadas. Basta hacer un estudio exploratorio sobre cine a lo largo del siglo pasado para observar los diferentes patrones de belleza en mujeres que se han construido. En un ensayo provocador escrito en 1981 sobre la obsesión femenina por la delgadez de las últimas décadas, señala Chernin: " Si fuéramos admiradas por tener cuellos redondos como las mujeres de principios de siglo y pudiéramos tener abdómenes abultados y caderas regordetas, miles de mujeres no estarían vomitando ahora."⁶²

El asunto de la publicidad se toma cada vez más en serio, ya que investigadores de lo social y activistas se han dado cuenta que esta industria es una poderosa fuerza educativa en el mundo occidental. Por ejemplo, se tienen datos sobre las mujeres estadounidenses expuestas diariamente a entre 400 y

⁵⁸ (CORAL, 2002).

⁵⁹ (FLORES, ELIZABETH).

⁶⁰ (CORAL, 2002).

⁶¹ Garner, D.F. y P. Garfinkel (1980) Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychological Medicina, 10,647-656.

⁶² Chernin, K (1981). The obsession. Reflections on the tyranny of slenderness. N.Y. Harper and Row.

600 comerciales. Esto significa que para cuando ella cumpla 17 años, ha recibido 250 mil impactos publicitarios a través de los medios⁶³. Otro estudio mostró que solamente 9 por ciento de los comerciales tienen un mensaje directo sobre la belleza, pero muchos de ellos enfatizan implícitamente su importancia y en particular la femenina, especialmente mujeres jóvenes y niñas. Otro estudio sobre comerciales de juguetes para niños encontró que 50 por ciento de los que se dirigían a mujeres hablaba sobre "atractivo femenino", mientras que ninguno de los que estaban dirigidos a niños lo hacía. Registraron que el 56 por ciento de los comerciales dirigidos a jóvenes muestran modelos atractivos en televisión y 57 por ciento en revistas femeninas, hablando de belleza.

Especulaban que esto podía tener como consecuencia que las niñas se sintieran conscientes de su apariencia física como medida de su valor.⁶⁴ También reflexionaron sobre un anuncio individual y su relación con el impacto acumulativo, sobretodo en el énfasis actual del cuerpo femenino excesivamente delgado.⁶⁵

Este es uno de los más claros ejemplos del poder que tiene la publicidad para influir en patrones culturales y conductas individuales especialmente orientadas hacia las mujeres jóvenes. Los estilos corporales van de la mano de la moda y se promueven a través de la publicidad y de las revistas femeninas, cuyo contenido editorial se confunde y disimula frecuentemente con los anuncios.

Otro estudio realizado en EEUU por Myers revela en una muestra de 4.294 comerciales televisivos que 1 de cada 3.8 de ellos incluyen mensajes sobre "atractivo físico" al indicar a los consumidores lo que es y no es atractivo. El mismo estudio reporta que el adolescente promedio ve más de 5.260 mensajes al año que definen "el atractivo".⁶⁶

Otro estudio realizado por la fundación Commonwealth en 1997 reportó 10.5 más anuncios en revistas juveniles femeninas que en revistas masculinas que promueven dietas como medida para mejorar la apariencia. También informa que la principal fuente de información sobre salud entre adolescentes son los medios y que la adolescente promedio ve la televisión cuatro horas diariamente.⁶⁷

Las imágenes de los medios refuerzan un ideal calificándolo dicotómicamente de aceptable o inaceptable: Lo gordo/lo flaco, lo bello/lo feo, lo que está a la moda y lo que no lo está, adecuado y lo que no lo es, lo femenino y

⁶³ La Voie, A (2000). Media influence on teens. The Green Ladies Website.

⁶⁴ Dittrich, L. (2000). About face facts on the media. Sitio About face.

⁶⁵ Kilbourne, J. (1997). Still Killing us softly, N.Y. Gilford Press.

⁶⁶ Myers, S. et.al. (1995). Op.cit. 122 .

⁶⁷ The Commonwealth Fund.(1997). In their own words: adolescent girls discuss health and health care issues, en Journal of Adolescent Health, 15,464-472.

lo masculino, etcétera, y esto incide frecuentemente en la autoestima. Hamburg, médico psiquiatra e investigador de la escuela de medicina de Harvard en EEUU especula sobre la publicidad como "normalizadora" de cuerpos irreales para estimular un deseo no satisfecho que mueve hacia el consumo.

Lo anterior puede apoyar el incremento exponencial de las ganancias de la industria dietética que ha generado 33 billones de dólares según datos de finales de los noventa.⁶⁸

4.4.1. PUBLICIDAD ADELGAZANTE

Vivimos en una sociedad donde predomina una cultura de la delgadez femenina como patrón o modelo de belleza, el adelgazar se han convertido en un estándar de modelo a seguir como también en verdaderos artículos de consumo, que dan cabida a un amplísimo mercado de productos para alcanzar este objetivo (adelgazar) es la mujer únicamente objeto de belleza que refuerzan aún más esa necesidad de perder peso o de no engordar, basándose en un discurso sexista, es decir, en la relación hombre-mujer, sujeto-objeto, autoridad-dependencia, le toca a la mujer la "obligación" de estar bella para el hombre y estar delgada para lograr su máxima realización.



La cultura de la delgadez como modelo corporal estético a través de los medios de comunicación, se ha convertido en el medio más importante para las jóvenes porque por medio de este las chicas manipulan su estado físico para llegar a estar como las chicas que salen en los comerciales.

Todo esto da pie a las dietas y al consumo de "productos light", bajos en calorías que prometen la disminución del peso corporal, la tonificación de los músculos, productos que ya constituyen un mercado estable dentro de nuestra sociedad gracias a los mensajes.

Todo este éxito se debe al importante papel de la publicidad, al uso dentro de ella, de modelos ideales de belleza, que cumplen con las características corporales aceptadas y promovidas socialmente.

⁶⁸ Hamburg, P (1998). Media and eating disorders: who is most vulnerable? En Public Forum: Culture, media and eating disorders, Harvard Medical School.

Los anhelos y las fantasías reforzados por la publicidad tienen que ver con ese mundo de las apariencias, de la imagen exterior, es decir, “Vivimos en una época muy sensual, donde los cuerpos lo venden todo. ”La estética sigue siendo el eje principal en el trabajo publicitario. La publicidad poetiza, el producto y la marca, idealiza lo ordinario de la mercancía. El arma clásica de la seducción y la belleza no ha dejado de ser ampliamente explotada.”⁶⁹.

Sabemos que la manipulación de las imágenes en las mujeres que las hacen ver hermosas y delgadas en los comerciales y en las fotos de las revistas, tienen que ver con técnicas de iluminación, encuadres, retoques, edición digitalizada. “Pese a la delgadez de la modelo, el fotógrafo sabe que postura debe adoptar, como debe contraer el abdomen, como puede conseguir un busto que parezca suficiente aunque en realidad no lo sea”.⁷⁰

Estas imágenes que vemos en los medios audiovisuales, las jovencitas las interiorizan automáticamente, no piensan ni siquiera que tan reales pueden ser, solamente las transportan a sus sueños e ilusiones y son presa fácil de ese mundo irreal que esta tan lejos de nuestra sociedad.

La publicidad en ese gran mercado del adelgazamiento tiene como única finalidad vender lo más que se pueda, no tiene ningún interés en el beneficio o resultado para los individuos que los consumen y tampoco en los efectos contraproducentes que se puedan desencadenar a partir de ellos, tales como frustraciones y depresiones.

La ideología estética- corporal femenina es explotada al cien por ciento en la publicidad adelgazante. Se recuerda con gran constancia los beneficios a que nos hacemos acreedores si se usan los productos “adelgazantes” ya que ellos permiten aspirar a una figura ideal en l@s adolescentes si no lo consiguen tendrán que sufrir las consecuencias. (Rechazo, depresión, soledad).

Por último la publicidad adelgazante en gran medida fomenta los roles sociales, las costumbres, la moda. Nos ha dado los instrumentos necesarios para que las mujeres adopten un rol social para ser la “mujer ideal”, obedeciendo a un tipo de publicidad, sin importar que la mujer quede situada entre la anorexia y la bulimia.

4.5. ANÁLISIS DE LOS COMERCIALES TELEVISIVOS

Se puede considerar a la televisión como uno de los medios de comunicación más importantes, ésta representa una influencia muy poderosa. Su sistema de comunicación está representado por el mensaje. El análisis del mensaje de televisión, comienza, con toda una investigación psicológica, para ver las

⁶⁹ (LIPOVETSKY, 1990: 211-213).

⁷⁰ (TORO, 1996:245).

reacciones del televidente ante lo que se esta proyectando. "Un estudio con detenimiento sobre el medio televisivo se hace posible por la distinción entre los efectos que se procuran y su interpretación".⁷¹ Hay análisis tradicionales que reflejan solamente las características deseadas.

Es por eso que en este trabajo analizaremos algunos comerciales, que muestran imágenes de cómo debe de ser hoy en día una mujer; para llegar a un estándar de "mujer ideal".



4.5.1. Análisis del comercial Danone 1

Ficha técnica

DANONE

Duración: 30 segundos

Empresa: Danone

Producto: Yoghurt Dan up

Exhibición: Marzo y Abril 1989

Se observa un anuncio comercial, promocionando el producto Dan up. Este producto esta dirigido a personas de edad promedio de 15 a 30 años de nivel socioeconómico medio a alto.

En el comercial sé observa a un joven atractivo y saludable, junto a su motocicleta, bebiendo el producto anunciado (Dan up), "vendiendo" la idea de que si tomas el yoghurt puedes llegar a ser tan guapo y saludable como él. La moto funciona como objeto de refuerzo para mensaje que da el modelo al beber el yoghurt, ya que la moto es símbolo de un nivel social alto, de aventura, de libertad de atracción y éxito. Por lo que resulta muy atractivo para el target (sector social al cual va dirigido el anuncio).

⁷¹ (CORAL, Ensayo, 2002).

En el siguiente encuadre, se puede ver al mismo chico rodeado por jóvenes de ambos sexos, todos ellos tomando Dan up. Esta escena refuerza el mensaje y complementa el mensaje de la escena anterior. Es decir si tomo Dan up, soy popular ante ambos sexos, soy guapo y soy el centro de atención de mi grupo de amistades.

En la segunda parte de esta escena aparece un hombre obeso comiendo una bolsa de papas fritas y mirando con desdén y envidia, a todos los jóvenes que están tomando el producto anunciado.

Esta persona representa aquel individuo que no está delgado y que quiere ser como el modelo de la primera escena o por lo menos tener amistades similares.

En conclusión el mensaje de este anuncio además de su finalidad comercial que es vender Dan up's, es crear un estereotipo con las características de atracción física haciéndole creer a la televidente que es muy sencillo ser como el modelo expuesto en el anuncio y estar rodeado de amistades similares.

La manera en la que está realizado el comercial, resulta ofensivo para los obesos, ya que se maneja un rechazo hacia este tipo de personas.

4.5.2. Análisis de comercial Danone 2

Ficha técnica

DANONE

Duración: 30 segundos

Empresa: Danone

Producto: Yoghurt Dan up

Exhibición: Marzo y Abril 1989

Se observa en este anuncio de televisión a una chica de edad promedio entre 15 a 18 años de clase socioeconómica alta, en una habitación, recostada boca abajo hablando por teléfono y tomando yoghurt Dan up, la modelo es atractiva, feliz y saludable.

En la siguiente escena se puede ver a la joven con un grupo de amigos en una feria, disfrutando del producto anunciado por el comercial (yoghurt Dan up), al fondo de la escena se puede observar a otra chica obesa comiendo un algodón de azúcar y mirando a los otros chicos con desdén y envidia.

El mensaje de este anuncio caracteriza a los jóvenes que si tomas Dan up eres saludable, feliz y popular con el grupo de amigos con los que te reúnes, haciendo ver, por otro lado, que si eres obeso y no tomas Dan up no eres saludable y exitoso.

Nos encontramos con otros comerciales; como: "Vitalinea", "LaLa light", y otros que anuncian productos bajos en calorías. Estos anuncios con un plan publicitario cuyas imágenes son chicas de edad promedio entre 15 y 25 años muestran su extrema delgadez; y se ven felices en las pantallas por sus cuerpos, estos hacen que las adolescentes se identifiquen con ese tipo de cuerpos y modelos.

Estos comerciales tienen los espacios publicitarios con mayor audiencia (a partir de las 20:00 horas) dirigiéndose básicamente a jóvenes. Una de las estrategias de estos anuncios es la promoción de cuerpos de extrema delgadez donde se muestra a los modelos con esos cuerpos perfectos "según para la sociedad" haciéndoles creer a las adolescentes que estar así de delgadas podrán tener éxito.

Otro elemento que se puede observar en televisión con respecto a la promoción de la delgadez, es en la presentación de las telenovelas, donde los personajes son cada vez más delgados. En este sentido, el uso de la delgadez se ha empleado en las historias para dar fuerza a un personaje con cierta personalidad, apoyándose en el físico.

En la mayoría de los estudios relacionados con las imágenes y mensajes difundidos por los medios (incluyendo televisión), parecen coincidir, "en que la forma estereotipada en que son proyectadas las imágenes y mensajes contribuyen a mantener y perturbar los roles de género asignados a las mujeres (de esposa- madre-ama de casa), así como la valoración que se les da sobre todo por su cuerpo y otras características consideradas "femeninas", como ternura, pasividad y seducción".⁷²

Hablando especialmente de las telenovelas podemos apreciar claramente la aparición de todos los estereotipos sociales y, en la actualidad, la aparición de arquetipos creados por los medios. Su uso está determinado por la ideología dominante y dirigida al refuerzo de los roles sociales, es decir, mantener la división de géneros, lo propio masculino y lo propio femenino.

Olga Bustos cita a Galindo cuando dice que "el mundo social que se muestra en la telenovela no es el del mundo real por fuera de ella, es otro mundo y el mismo mundo representado, mundo imitado real, porque tanto en el mundo de fuera como el de dentro adquieren sentido en el mundo imaginario". El mundo de la no-telenovela y la telenovela se compone imaginariamente en un sólo registro. Esta es la importancia del análisis de los elementos que aportan la telenovela, esa forma discursiva particular que se combina con la vida particular de millones de personas para formar sus mundos imaginarios".⁷³

⁷² TARRES, 1992: 113

⁷³ GALINDO, en TARRES, 1992: 119

En los últimos tiempos, podemos encontrar un nuevo tipo de telenovela, la juvenil, donde se tocan temas que atraen la atención de los y las adolescentes, por ejemplo las relaciones entre padres e hijos, los ambientes escolares, los antros de moda, y, por supuesto las relaciones amorosas y sexuales entre los jóvenes, pero también se han tocado temas como la anorexia y la bulimia tal es el caso de la novela "**Clase 406**" y "**Soñadoras**", son situaciones que atraen la atención de un público cada vez más joven.

Queda claro que existe la consigna de reafirmar y mantener esta diferencia de los roles masculinos y femenino dentro de nuestra sociedad, pero también es cierto que está promoviendo la valoración de la mujer más como un objeto de belleza, como un objeto sexual.

El estereotipo estético femenino, cuyo cuerpo delgado y atlético lo caracteriza, es el que encarnan los personajes principales (adolescentes) de estas representaciones de la realidad social, sirven para promover y reforzar esa ideología de la delgadez, por lo tanto son factores de influencia directa sobre las adolescentes, quienes utilizan estas imágenes como referencias ideales para conformar su identidad como mujeres

En ellas fomentan ese proceso de imitación que toma en cuenta las características físicas de la joven ideal y todo lo bueno que los rodea, las orilla a tomar decisiones drásticas y peligrosas que terminan en trastornos alimenticios muy graves y que con el paso del tiempo se van convirtiendo en adicciones, condición común entre las jóvenes

Esto va creando prejuicios y actitudes con respecto a las personas que tienen sobrepeso, es decir, las obesas, gordas, pero también a las delgadas. Las primeras por lo regular son objeto de burlas, son rechazadas, su vida transcurre en lamentaciones, tristezas, depresiones, y representan casi siempre un papel secundario ante los demás.

Este tipo de actitudes hacia lo que consideramos opuesto a lo bello, a lo aceptado, a lo estético son cada vez más generalizadas entre los jóvenes, y como dice Blanca Muñoz, "los estereotipos, los arquetipos, y en general toda la mitología en que el grupo juvenil maneja es el reflejo fiel de la frecuencia continua de los mensajes mediados".⁷⁴

⁷⁴ MUÑOZ, 1995: 227.

4.6. ANÁLISIS DE LOS ESPECTACULARES

4.6.1. Espectacular 1

Análisis del espectacular “*Si preguntas mi talla preferiría contestar mi edad*” de El Palacio de Hierro.



Ficha Técnica:

Espectacular: El Palacio de Hierro

Año : 2001

Campaña: “Soy totalmente Palacio”

Exhibición : Marzo- Noviembre 2001

El anuncio no promociona ningún producto, se enfoca en publicar una imagen estética asociada a un estilo de vida, el cual está vinculado a un consumismo específico (comprar en El Palacio de Hierro) a partir de esto determinamos tres puntos de análisis.

Se observa un anuncio de forma rectangular que nos muestra en el extremo superior derecho una imagen de una mujer sumamente delgada, atractiva que porta una blusa monocromática (de un sólo color) en tono rosa, rodeada por 4 lechones con alas.

En el extremo inferior izquierdo del espectacular encontramos el mensaje “Si preguntas mi talla, preferiría contestar mi edad.”, debajo del mensaje se encuentra la leyenda “Soy Totalmente Palacio”, El Palacio de Hierro.

1- La modelo representa una mujer con nivel socioeconómico alto, con una apariencia de entre 27 y 32 años de edad, arrogante y segura de sí misma.

2- Los lechones con alas (que interpretan sueños) representan adolescentes jóvenes obesas, que al mirar a la modelo, desean parecerse a ella, probablemente por ser personas de nivel socioeconómico medio.

3- El mensaje directamente menciona que para una mujer con estas características (como la modelo) es más importante la apariencia que la edad, por lo que desprecia la juventud de los lechones afirmando “si preguntas mi talla preferiría contestar mi edad”, lo cual define su preferencia por la estética.

“Soy totalmente palacio” vinculándolo al mismo con “El Palacio de Hierro”, define a las mujeres como “soy bonita, soy exitosa, soy delgada, mi edad no importa y por eso compro en el palacio”.

4.6.2. Espectacular 2

Análisis del espectacular **“Afortunadamente la inteligencia no se mide en tallas”** de El Palacio de Hierro.



Ficha Técnica:**Espectacular: El Palacio de Hierro**

Año : 2003

Campaña : “Soy totalmente Palacio”

Exhibición : Marzo 2003 a la Fecha

El anuncio no promociona ningún producto, se enfoca en mostrar una imagen estética asociada a un estilo de vida, vinculado a un consumismo específico (Comprar en El Palacio de Hierro).

Se observa un anuncio rectangular que muestra la foto de una modelo delgada ubicándola del lado izquierdo del anuncio, caracterizando a una mujer de 25 a 30 años con una actitud infantil y tonta, devorando una gran rebanada de un pastel situado en la parte central de la foto complementando la imagen infantil de la modelo.

En el tercio superior del espectacular se encuentra la frase “Afortunadamente la inteligencia no se mide en tallas”, vinculada con la leyenda “Soy totalmente Palacio” seguido del nombre del almacén ubicado en la parte inferior del espectacular “El Palacio de Hierro”.

La modelo representa un estereotipo de mujer de nivel socioeconómico alto con el cual el sector femenino de la sociedad se identifica y al mismo tiempo rechaza por no poder alcanzarlo, como si el espectador dijera “es guapa pero seguro es tonta” aludiendo al conocimiento previo (prejuicio) que tiene la sociedad acerca de este tipo de mujer, “Todas esas mujeres son tontas” y el anuncio parece responder y asevera “Afortunadamente la inteligencia no se mide en tallas” como si aceptara el hecho de ser tonta pero no gorda, haciendo referencia al conocimiento (léase prejuicio) previo de la sociedad de que a la mujer no le gusta hablar de su sobrepeso.

El sector de la población femenina que se identifica con este anuncio automáticamente rechaza la posibilidad de ser gordo y acepta por ende “ser Totalmente Palacio”.

El análisis de estos anuncios (espectaculares y comerciales) nos permite observar que estas modelos crean a las jovencitas soluciones ficticias o temporales que ayudan a las chicas a mejorar o empeorar su entorno y su propia imagen ante los demás.

Es necesario brindarles a las adolescentes información que le permita comprender la importancia de su papel en el medio social en el que se desenvuelven, así como la relevancia de mantener un estilo de vida que permita alcanzar sus metas. Además de que los contenidos de los mensajes promuevan estilos de vida saludables y que no crean estereotipos de vida, pues las adolescentes reciben influencias de grupos de presión que hacen posible la

caída en la anorexia y bulimia con el simple hecho de darles gusto a los demás y no a nosotros mismos.

En este caso, decimos entonces que:

1. “Los medios de comunicación son un importante factor socializado, tan sólo porque absorben una parte considerable del tiempo de recreación y reproducción de la población.
2. Los contenidos de los productos de los medios de comunicación contribuyen sobre todo a la formación de conocimientos y una conciencia en los adolescentes.
3. Un factor decisivo para el tipo y la calidad de los efectos socializadores de los medios de comunicación son los padres, el grupo de amistades y el entorno social”.⁷⁵

Así, medios de comunicación, moda y modelos corporales caminan de la mano y fortalecen este mundo frívolo de las apariencias, y que son uno de los tantos factores detonantes de los trastornos alimenticios en nuestra época, son las jóvenes adolescentes el principal grupo afectado por este sueño ya que “el auge de las modelos no existiría en lo absoluto sin el soporte y difusión casi universal suministrados por el mundo de la imagen”.⁷⁶

4. 7. ENTREVISTA

Con la Maestra Josefina Guzmán

Lingüista especialista en análisis del discurso, específicamente en los géneros cortos que a parecen en la publicidad.⁷⁷

Después de una larga espera tratando de localizarla y con todo el entusiasmo que genera entrevistar a una profesional de su talla, por fin logramos concertar una cita con la Maestra Josefina Guzmán, licenciada en lingüística con maestría en Lingüística en el área del discurso, mujer de carácter y decisiones firmes, entregada a su trabajo, especialista en análisis de espectaculares. Nuestro encuentro fue en la explanada de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, un entorno que no esperábamos, pero resultó el mejor por su carácter informal, que nos permitió conocer a una mujer sensible, sencilla y de gran personalidad, con los árboles de testigos y el cielo como único techo, nos comentó acerca de la publicidad de “El Palacio de Hierro”.

⁷⁵ Rogers, M.E. (1973). Comunicación en las campañas de la planificación familiar. Editorial Pas. México

⁷⁶ TORO, 1996:224.

⁷⁷ Lic. en Lingüística cursada en la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), Maestría en Lingüística en el área de Análisis del Discurso, Ciencias del Lenguaje profundo en la Universidad Lumiere Francia, actualmente cursa el doctorado en Ciencias Políticas con Orientación en Ciencias de la Comunicación en la UNAM.

Ana. ¿Josefina que opina de los espectaculares que analizamos en la tesis “Morir por Adelgazar”?

Josefina: Los espectaculares de *El Palacio de Hierro* venden una imagen, pero lo que subyace a la publicidad siendo una clase sumamente elitista, es una publicidad que compite con su propio nivel, ni siquiera con Liverpool, porque la publicidad de Liverpool independientemente de que es una tienda mejor no llega a la publicidad de *El Palacio de Hierro*, nosotros ya estamos haciendo un estudio de mercadotecnia, el nivel de la publicidad de El Palacio de Hierro es un nivel creativo que tiene su anclaje en la cultura, que la imagen que nos muestra es la imagen estereotípica de la chava guapa, delgada, que vende un estatus una imagen hasta cierto tipo sensual, yo soy de otra época por lo tanto esas chicas no representa la sensualidad, pero para las chavas de ahora, que son más jóvenes, si la modelo les causa una representación de la sensualidad, entonces eso queda más a un estereotipo.

La confirmación que le hacen creer a las jóvenes, a partir de toda esta publicidad, es, entre más flaca más bonita y exitosa, cosa que no es cierto, al contrario lo que se obtiene es una mujer fea, enclenque e incapacitada para los hijos y todas esas cosas que trae como resultado la anorexia y aparte deprimida y de mal humor sin gusto por la vida.

El primer espectacular “preferiría decir mi edad que mi talla”, juega con el lugar común de esconder la edad y hace un traslape del texto, en la cultura de no contestar a la edad, entonces prefiere decir la edad que decir su talla, esto pude tener una infinidad de lecturas además el tipo que de modelo que se muestra en la publicidad es de unos 35 años aproximadamente, entonces prefiere su talla, es porque prefiere no decir la edad y si no la dice es porque no tiene 20 años porque las mujeres de veintitantos años mienten pero dicen la verdad, esto es una publicidad para otra generación.

La chica de la publicidad de *El Palacio de Hierro* es la misma en todos los espectaculares, no es mexicana, es un tipo latino pero no tiene nada que ver, con la mujer mexicana, la chava tiene el pelo y el cuerpo matizado, es un estereotipo que no nos compete a nosotros los mexicanos. La belleza mexicana es agresiva, imponente y fuerte, en un sentido muy general.

En la publicidad todo es estereotipo, de otra manera no funcionaría, así que tenemos que buscar que es lo que se busca representar la publicidad, porque un estereotipo no es comúnmente social para todos, sino que, un estereotipo representa grupos, entonces este estereotipo a que corresponde, nos muestra una clase social, pero hay que hacerlo muy fácil, lo compra toda la gente, es un imaginario colectivo que las personas con clase social alta compran sólo en el Palacio de Hierro, en realidad si te están vendiendo un estatus, pero te lo venden porque no lo tienes.

Alma. ¿Qué piensas de los comerciales con mensajes adelgazantes, promoviendo el aspecto de un estereotipo?

Josefina: Yo soy de una cultura de la comida, mi opinión puede ser un poco relevante porque a mí me gusta comer, jamás vendería mi alma al diablo por un cuerpo y dejar de comer, si me importa estar delgada pero en función de la salud, me importa la salud, pero no me importa comprar una imagen y lo que se bombardea con esos mensajes es una cuestión muy de fondo.

Nosotros como mexicanos tenemos un nivel tan bajo de educación y de cultura que lo que nos vendan, cigarros, alcohol, figura, productos Light, lo que sea, todo pega, la gente no razona en función de su bienestar, sino en función de su aceptación social. Como persona y en cuestión académica, si creo que es una función de la cultura lo que tiene que ver todo esto, no estoy de acuerdo para nada con todo este estereotipo, sí de la figura, yo creo que tiene que haber una cultura del cuerpo, como en brasil que hacen mucho ejercicio y que bailan, pero no están anoréxicas, y por ejemplo la gente de Europa las mujeres tiene un régimen muy elemental, desayunan un café y cenan algo ligero pero viven mayormente en un clima frío y son sedentarios, entonces no importa que coman poco porque no tiene una dinámica de vida que les exija comer mucho, tal vez son anoréxicas, pero no les afecta mucho porque tiene otro tipo de vida muy diferente al nuestro, donde hay un ritmo de estrés de violencia de exigencia en el trabajo, en la escuela etc. No es recomendable sacrificar el cuerpo a partir de la educación y de la cultura, nos falta educación, nos falta educar a nuestras generaciones, no de lo que les vendan sino que también tengan capacidad crítica.

Ana. ¿Háblanos un poco de la publicidad de VICKY FORM en comparación con la de EL PALACIO DE HIERRO?

Josefina: Hablando de VICKY FORM la publicidad que maneja es diferente a la de El Palacio de Hierro, las modelos que utilizan son modelos mexicanas, con mucha cadera, cabello rizado, con gran cintura, y no son anoréxicas y si los son no se les nota.

Por otro lado, las modelos que utilizan en el Palacio de Hierro, no tienen una dinámica de vida, viven solas, no tiene que cuidar al hermano o ayudarlo a la mamá a trabajar, fuman en exceso, consumen drogas, alcohol y su periodo de vida es muy corto. Las chicas mexicanas tienen un ritmo de vida diferente, empezando por el clima, contamos con un clima agradable y una cultura animosa, festiva, vivimos más tiempo y arrastramos las enfermedades por periodos muy largos.

Conozco mucha gente ya de mi edad que vivió la anorexia, y ahora sufre las consecuencias, al no poder tener hijos, tienen problemas de osteoporosis que le

ha ido generando la bulimia con los constantes vómitos. La diferencia de **VICKY FROM y EL PALACIO DE HIERRO** son:

Para empezar, **VICKY FORM** sustenta sus textos escritos en la cultura mexicana en el albur principalmente, que puede ser vulgar, pero es muy divertido, y por otro lado el Palacio de Hierro nos topamos con el estatus, la cultura en lo bonito, no importa que no puedas ser Palacio de Hierro pero trata de ser una mujer casi igual a la modelo que muestra su publicidad.

La mujer anoréxica o delgada europea no tienen nada que ver con nosotras las mexicanas, pues se ve que ellas están delgadas pero torneadas, es decir, sus cuerpos bien formados y no se ven enfermas, porque su fisonomía es así, en cambio nosotras si ves a una niña mexicana anoréxica, sí se le nota la enfermedad y en vez de que te provoque admiración o gusto por la delgadez, te da terror, pero también tiene una infraestructura de huesos diferente, el problema es que se va generando una cultura que no nos pertenece, yo no estoy en contra de la delgadez pero si en contra de atentar contra la salud.

CONCLUSIONES

CONCLUSIÓN

Las modas como fenómeno social han existido en todas las culturas a lo largo de la historia del hombre. Las sociedades se han vuelto más homogéneas y los medios de comunicación han alcanzado una importancia, contribuyendo a la similitud de las costumbres. Los adolescentes se transforman en el modelo de identificación para la sociedad, ya que su cuerpo, su belleza y su juventud son reclamos permanentes.

Actualmente la Bulimia y la Anorexia, se han convertido en las enfermedades protagonistas, influenciadas por los medios de comunicación. La mayoría de los especialistas, vinculan a éstos medios, especialmente a la televisión como la gestión de una “personalidad de base” que conduciría hacia la bulimia y la anorexia, a algunos adolescentes. Ellos contribuyen a crear un grupo de alto riesgo que no incorpora conocimientos acerca de la prevención cuando reciben mensajes televisivos, referentes a la sintomatología de estas enfermedades, por el contrario, adquiere ideas que podrían ser perjudiciales para su salud.

Para profundizar en la relación entre los adolescentes y la televisión se ha planteado indagar que posturas adoptan ante la información recibida sobre bulimia y anorexia, si incorporan conocimiento sobre la prevención y la sintomatología de los trastornos alimenticios y cómo pueden influir en la decodificación de los mensajes televisivos sobre dichos padecimientos las distintas actividades extra escolares de los jóvenes y sus consecuentes grupos de pertenencia.

Esto se ha concretado al abordar el objeto de estudio cualitativamente, centralizado en el análisis de las variables: posición frente a información recibida, actividades extra escolares, sexo, edad, y nivel socioeconómico.

Para lograr una verdadera acción preventiva, que aborde la problemática de la Bulimia y la Anorexia, los profesionales médicos deben elaborar criterios consensuados de prevención y tratamiento sobre todo cuando estos se difunden por los medios de comunicación. Asimismo, al ser enfermedades que requieren un tratamiento interdisciplinario, es necesario que los comunicadores y educadores sean incorporados al equipo de salud a fin de brindar un asesoramiento sobre la comunicación concebida como un fenómeno netamente humano y social que se da en la cultura y dista mucho de ser un proceso causa-efecto.

Una investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría sobre trastornos alimentarios, hace ver que en México son relativamente nuevas estas enfermedades. Las Instituciones médicas y apoyo terapéutico público y privado están concentradas en el Distrito Federal donde se registran 18 Instituciones de las cuales 4 realizan estudio socioeconómico al paciente para determinar el

costo de la consulta. Estos son el Instituto de Psiquiatría, el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Subirán, El Centro Integral de Salud de la Secretaría de Salud y la Fundación CBA. Un estudio realizado en la población estudiantil del D.F. informa que se han iniciado una serie de investigaciones en diferentes poblaciones como son pre-adolescentes, adolescentes y adultos, población clínicamente diagnosticada con trastornos alimentarios y grupos de alto riesgo, en los que existe un interés especial por el peso, tamaño y forma del cuerpo, entre ellos deportistas, bailarines, modelos, actrices.⁷⁸

Los datos antes mencionados dan cuenta de la presencia de los trastornos alimenticios en el Distrito Federal aunque a esto hay que agregar la información sobre pacientes provenientes de Oaxaca, Veracruz, Puebla y Guerrero que son canalizados a las Instituciones públicas y privadas del Distrito Federal y de las cuales no hay estadísticas.⁷⁹

Actualmente se han generado investigaciones en diferentes instituciones de manera sistemática en preadolescentes, adolescentes y adultos.⁷⁹ Su origen multicausal ha constado en otros contextos socioculturales al detectar la presencia de trastornos alimentarios sobre todo en clases media alta y alta y población urbana, es necesario revisar el estado en nuestro país con el objeto de proponer investigaciones, generar políticas y estrategias preventivas encaminadas a informar, educar, orientar y apoyar a la población sobre estos asuntos.

Con respecto al estudio sobre la influencia de los medios masivos de comunicación en los trastornos alimentarios no se han encontrado trabajos sobre México hasta el momento, aunque es una búsqueda exhaustiva al respecto, ya que todos los estudios reseñados anteriormente apuntan hacia la responsabilidad de los medios de perpetuar la insatisfacción corporal, especialmente en mujeres jóvenes y ayudar a detonar los trastornos alimentarios en individuos vulnerables e influenciables.

Finalmente, cabe mencionar que el cambio de las jóvenes respecto a su estética corporal, sólo podrá ser motivado si los medios de comunicación participan en la búsqueda de modificar la percepción que la sociedad en general tiene respecto a la condición femenina.

⁷⁸ Unikel, et. Al. (2000) Conductas alimentarias de riesgos en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del D.F., La Revista de Investigación Clínica, Vol. 52, No. 2, marzo- abril.

⁷⁹ Cavazos Milanés, M. A. (2000). Sociedad, cuerpo y silencio en los trastornos alimenticios: anorexia y bulimia, tesis de la Licenciatura en psicología, México, UAM Xochimilco.

ANEXO 1

TESTIMONIOS

MACARENA:

“Mi nombre es **Macarena**, y creo que sufro de anorexia. Todo comenzó hace un año cuando empecé a engordar, comencé a evitar el alimento y a tratar de vomitar, pero como no podía comprar unos laxantes que lo único que me provocaron fueron dolores estomacales. También comencé hacer mucho ejercicio. Después de mucho tiempo intenté otra vez el vómito y me dio mucho resultado tanto que se convirtió en rutina. Mi mamá me llevó con una psiquiatra la cual aún me está ayudando, todos están desesperados porque la psiquiatra y el nutriólogo me dieron una semana de plazo para reponerme, sino me van a tener que hospitalizar. Mi mamá se desesperó tanto que me llevó a un hospital para que me examinaran, fue ahí cuando me di cuenta que tenía anorexia.

MELINA:

“Soy **Melina**, tengo 20 años de edad, mido 1.52 m. y actualmente peso 53 kilos y creo que tengo anorexia. Mi problema empezó cuando yo tenía 9 años de edad, empecé a subir de peso y en esos momentos no me importaba, pero a medida que va uno creciendo te vas interesando en los chicos y que te vean bien, y que toda la gente que te vea te digan, que te vez bien, pero yo estaba gorda a los 18 años, empecé a ir al gimnasio, hacer dietas, a comer menos cosas grasosas, pero fue inútil, ya que sólo bajaba 1 o 2 kilos, yo quería más pero no podía, hasta hace unos seis meses, empecé a leer un libro y decía que si ayunaba en una semana podía bajar unos 19 kilos, lo hice, me sentía bien porque mi cuerpo no se sentía tan lleno y así seguí los siguientes días con ejercicio, tomando mucha agua y no comía nada durante todo el día, la boca la sentía amarga, estuve así durante tres semanas, baje de peso y la gente me decía que bien me veía y que dieta había hecho, yo les decía que solamente comía puras verduras y deje toda la comida chatarra, pero eso no era verdad. Llegó el momento en que mi cuerpo lo resintió y me sentía muy mal, cuando andaba en la calle me sudaba todo el cuerpo, pero era un sudor frío y tenía muchas ganas de vomitar y me preguntaba, ¿Qué voy a vomitar, si no tengo nada en el estómago? Asimismo tenía una palidez y me sentía con mucho sueño y me sentía muy débil. Cuando empecé el ayuno pesaba 62 kilos y baje hasta 53 kilos. Es mentira que en una semana se bajen 9 kilos, siento que soy anoréxica, pero sé que tengo que bajar de peso.

FERNANDA:

“Soy **Fernanda** y tengo anorexia, me estoy volviendo loca, hace un mes me dieron de alta en el hospital, después de estar seis meses en un tratamiento en México con Alejandra Cortés mi doctora, ella es una de las personas que se encargan de la Asociación Mexicana de Trastornos de Alimentación, ahí me ayudaron pero la verdad es que todos creen que estoy curada pero no es así, yo sigo teniendo anorexia, necesito hablar con alguien, tengo 18 años y ya no se que hacer, esto ha empeorado. Siempre he querido ser modelo y fui a un casting

y me escogieron y voy a estar delante de todas las agencias más fuertes del mundo y eso me esta volviendo loca, pues sé que tengo que estar bien delgada. Desde hace dos meses peso 43 kilos y mido 1.70 m. y así me he conservado, como bien pero hago mucho ejercicio, pero quiero estar más delgada pues si siempre va ser mi forma de vida, siempre preocupada por lo que tengo que comer. Yo no sé que hago aquí porque yo misma se la cura de esto y ni siquiera sé si me gusta estar flaca”.

BLANCA:

“Hola soy **Blanca**, tengo 19 años y hace 2 tuve anorexia. Podríamos decir que era un principio de anorexia, mido 1.63 cm. y pesaba 45 kilos, claro que a veces subía, sobre todo en los veranos, para que mis padres no se dieran cuenta, además de usar más ropa de lo normal en invierno. He tenido dos recaídas, y el año pasado tuve una excelente mejora, llegue a pesar 53 kilos lo cual eso ya no me preocupa, pero este año empecé con el mismo problema y, me asusta”.

NURIA:

“Tengo 25 años y soy anoréxica desde hace 3, soy **Nuria** y me considero una niña que no se deja engatusar por las pasarelas de moda ni por las presiones exteriores, pero sufro anorexia. Mi historia comienza hace mucho y esta plagada de altibajos, de momentos de recuperación y momentos de recaídas. Aún recuerdo los sábados de madrugada haciendo ejercicio después de una noche de fiesta. Todo empezó sin querer, supongo que quería ser mejor, más guapa, más delgada, quería hacerlo todo y quería hacerlo perfecto. De hecho, aún lo quiero. Comencé a perder peso, me sentía mal físicamente y a la vez llena de energía, me sentía destrozada emocionalmente, pero orgullosa. Todo era muy complicado, tenía una manera de pensar muy difusa. Tal vez solamente soy autodestructiva y creo que nunca hago nada bien. Quizá el problema no sea el exterior, sino mi autoestima que por norma está bastante baja. Recuerdo la etapa de verdadero infierno, pero nunca pensé que mi vida corriera peligro, siempre creo que controlo la situación. Ahora todo parece más sencillo porque me encuentro bastante bien, pero creo que nunca tendré una relación normal con la comida. Sólo falta que mi vida se tambalee para empezar de nuevo. Por el momento me siento muy arropada y muy querida, y eso me hace dominar mis impulsos y casi no pensar en la comida, pero es muy difícil. Sólo espero tener suerte para no recaer”.

VERONICA:

“Hace 5 años que empecé a tener anorexia y no se como comenzó. Antes le echaba la culpa a todos, mis viejos, los chicos, a todos. Estuve un año así hasta que me obligan a comer y me volví bulímica, hoy en día no estoy curada pero después de tantos psicólogos, tratamientos siempre de la recaída y siento mucho asco por mi misma, me he dado cuenta de que más allá de perder peso,

perdí amigos, confianza y lo que es peor me perdí a mi misma. En realidad no se como logre querer salir, solo sé que mi cabeza cambió muchísimo y que quiero

“Volver a ser yo misma, tal vez es cuestión de madurez, no lo sé, todavía me falta encontrar muchas respuestas, lo único que se es cuestión de madurez, no lo sé, todavía me falta encontrar muchas respuestas, lo único que sé y estoy completamente segura es que absolutamente nadie puede ayudar sino yo misma y que solo si yo estoy decidida puedo salir de esto”.

ANONIMO:

“Soy más bien gordita y estoy acostumbrada a ponerme a dieta cada mes, pero me falta voluntad. Hace unos meses me invitaron a comer a casa de unos amigos y comí tanto que me harté. Después de hacerlo me sentí culpable, fui al baño y vomité. Al instante me sentí muy aliviada. Lo que me preocupa es que, desde entonces, lo he vuelto hacer en varias ocasiones. Como con autentica ansiedad lo que sea (incluso he llegado a tomar harina a puñadas), devorado la comida, luego me culpo y vomito. He oído que puede llegar a ser muy peligroso y la verdad es que estoy muy asustada pero no puedo evitar hacerlo”.

RAQUEL:

Es una chica de 26 años, brillante, psicóloga, periodista y escritora, comienza a los 11 años con síntomas de bulimia, después de un viaje con su padre y su nueva pareja. Al separarse los padres, los fantasmas Edípos de Raquel toman vuelo ya que su preferencia por él es manifiesta y la relación es altamente ambivalente, lo admira y lo desprecia por la forma en que trata a las mujeres- “mi padre es el único que con una palabra me puede hacer llorar”. Sufre una verdadera catástrofe emocional y narcisista cuando conoce a la pareja de su padre, mujer de exuberante belleza. En la actualidad el padre vive en otra ciudad y se ven esporádicamente, pero no hay sesión que no hable de él. Raquel tiene una personalidad fuertemente narcisista con claros rasgos de fobia social durante su infancia y que llegada la pubertad rechaza enérgicamente toda curva de su cuerpo que la pudiera conectar con su sexualidad.

“En mi adolescencia quite el espejo del baño, me estorbaba tanto mi pecho, no puedo con ello aún hoy, cuando tengo la regla me pongo como Sabrina, me los cortarían con un cuchillo. A veces me miro los pechos y me los veo bonitos porque son pequeños, no como “una vaca lechera”, y cuando me hincho pienso en la cirugía. De adolescente iba en plan japonés toda apretada y fajada para que no se me notara. No puedo verme con esas curvas me veo Botera, una mujer grotesca”. Todavía hoy cuando recuerda la escena de su padre en su cama con su nueva pareja (los sorprendió de casualidad) tiene un estremecimiento corporal, se pone rígida y se toca sus piernas y sus caderas como queriéndose escurrir. En su diario escribe: “Desde los 11 años tengo anorexia, nunca me he recuperado totalmente, he hecho atrocidades durante

todo este tiempo para mantenerme a raya, Delgada, muy delgada porque mi imagen en el espejo así lo quería y yo lo deseaba también. No me veo probablemente, como me ven ustedes, pero no me importa.

Raquel percibe que en su caso la estética del cuerpo no es lo esencial, aún siendo incapaz de detectar que la conflictiva edípa ha iniciado en su enfermedad.

BEATRIZ:

Una adolescente de 18 años sin antecedentes de Psicopatología infantil, al llegar a la adolescencia ante dificultades en la pareja parental toma partido por su padre de quien se siente más cercana. Considera a su madre una mujer insatisfecha por sus limitaciones que se ha dedicado exclusivamente al hogar y a la familia, exigiendo retribución por medio de reproches y quejas. Los conflictos comienzan al iniciar una relación amorosa, viéndose incapaz de aceptar la intimidad corporal que la relación requiere. Duda de la relación, evita todo encuentro a solas y comienza con asco a la comida y vómitos espontáneos perdiendo 10 kilos. Al iniciar el tratamiento su precario estado de salud la obliga a permanecer en casa junto a la madre, con quien mantiene una relación catastrófica de desvalorización y rechazo a toda forma de cuidado. Predominan los sentimientos de vergüenza y temor al contacto corporal que son encubiertos en la compulsión por adelgazar. En el análisis se devela el conflicto Edipo como también las dificultades en su búsqueda de un modelo femenino alternativo al de la madre y la desconfianza en el destino “que una mujer tenga al lado de un hombre como mi padre”.

MANUELA:

Ella tiene 20 años, comenzó a los 15 años, se propuso bajar 50 kilos en su primer campamento. Lleva 4 ingresos, pesa 35 kilos, los médicos la llaman de “profesión bulímica”. En la sala del hospital anda todo el tiempo en pijamas, nunca se viste, los otros pacientes le hacen bromas y le dicen “a que vas por ahí como las moras, toda tapada”. Ante la pregunta de las psicólogas dice que se pone muy nerviosa de andar y que se le note “algo”. ¿Qué es ese algo?” Los muslos, las nalgas, las caderas, los senos, Sospechas de abuso sexual que se van confirmando con el tiempo.

RUTH:

“Estoy sola en casa, me aburría y he decidido conectarme al Internet, no sé porque, pero me he metido en la palabra bulimia, puede que sea porque estoy saliendo de ella, o eso es lo que me dicen, yo creo que nunca se apartará de mí del todo. Hace tres años y medio que convivo con ella, creo que he pasado por todo ya, hospitalizada, separada de mis padres y hermanos durante un año y dos meses sin llamadas, ni cartas, nada, por ataques de bulimia”.

GABRIELA:

“Tengo 15 años, mido 1,65 mts. Y peso 76 kilos. Soy gorda y soy una comedora compulsiva desde mis 14 años, Estoy consciente de mi desorden y sé que en estos momentos mi estado es malo. Sufro de 2 a 3 arranques al día y cada vez que tengo uno pasa lo mismo. Siento la culpa, lloro por un rato y me prometo que esta sería la última vez, que mañana comienzo una nueva vida, comeré con mi familia en la mesa y no arrasaré con la comida, no compraré chocolates, galletas, helados y papas fritas. El ciclo continúa. Pastillas, dietas y la balanza, pasó el día controlando mi peso. Estoy cerda y gorda pero que puedo hacer, no hay cambio en mi vida. Cuando es hora de cenar, como poco, a veces me excuso y digo que no tengo hambre pero media hora después compro golosinas y consumo calorías como loca, hasta sentirme satisfecha y culpable. Quiero vomitar pero no logro sacar la comida de mi cuerpo, luego me dan ganas de quitarme la vida pero no tengo el valor. Quiero ser anoréxica y tener fuerza de voluntad necesaria para no comer. Me odio, no soporto ver mis gordas piernas, mis brazos y horrendos muslos y mi estúpido y obeso gran trasero, mi grasa de mi estómago. Cuento las calorías que consumo y aunque haga ejercicio con los arranques subo de peso.”

DORA:

“Creo que empiezo a tener síntomas de bulimia y anorexia, no me espanto, al contrario tengo deseos de ser anoréxica, no es por que este de moda, si no que no me gusta mi cuerpo, me siento gorda y me veo gorda, aunque sólo mido 1,63 y peso 50 kilos necesito bajar más de peso, Mis amigas, mi novio, conocidos etc., me dicen que estoy delgada pero yo no lo siento así, todo lo contrario, cada vez estoy peor. Quisiera pesar 48 kilos y pienso comprar un té que sirve como laxante a ver si de esa manera bajo de peso, porque las dietas no me sirven y aunque tomo litros de agua al día tampoco veo resultados. En mi escuela la mayoría de las niñas populares y bonitas son demasiado delgadas, Yo no me considero fea, todo lo contrario, de hecho si tuviera un poco más de estatura y estuviera delgada me metería a una agencia de modelos. Estoy enferma lo sé, pero así la idea de querer ser anoréxica no me la voy a quitar hasta alcanzar mi meta. La bulimia es parte de mi vida pero me da miedo pues una amiga que se llama LIZ empezó a vomitar durante dos semanas y de repente vomitaba sangre y eso me espanta, además me gusta mi sonrisa y no me quisiera verla llena de caries y con mal aliento”.

ANEXO 2

CENTROS DE APOYO

Avalon

**Centro de Tratamiento para la Mujer
5245 8322 / 5245 8323 / 5245 8324
Internacional (5255) 5245 8322**

¿Quiénes Son?

Cada mujer es única y diferente, pero todas tienen la misma necesidad de ser felices. En esa búsqueda y considerando el alto índice de trastornos de alimentación, trauma y adicciones que existen hoy en día decidimos crear un Centro de Tratamiento, único en tratar estos problemas en todo Latinoamérica. Avalon, es un centro de internamiento exclusivamente para mujeres desde los 14 años, el cual tiene como objetivo proporcionar un tratamiento individual que atiende las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de cada paciente.

Avalon, se basa en la siguiente filosofía:

1. En Avalon trabaja con equipo multidisciplinario, donde cada uno de nosotros es importante.
2. Su modelo de tratamiento tiene una visión biológica, psicológica, social, y espiritual de la mujer.
3. Están comprometidos a trabajar con un espíritu de servicio tomando en cuenta la dignidad y el respeto por cada persona.
4. Mejoran el tratamiento a través de revisión de procesos y sistemas.
5. Crean un ambiente cálido basado en la confianza.

Además, Avalon cuenta con servicio de información, prevención y apoyo a todos los niveles.

¿Que significa Avalon?

Se seleccionó el nombre de Avalon, ya que como la leyenda lo indica significa "Isla donde se refugian las almas" razón por la que se creó un lugar donde se apoya a las mujeres en su búsqueda de una oportunidad de encontrar la fortaleza necesaria, para enfrentarse a sí mismas y así cambiar su vida.

La misión

La misión de Avalon es proporcionar servicio con los más altos estándares de ética y calidad en el tratamiento de trastornos alimenticios, trauma y adicciones para la mujer de habla hispana, e integrar a las familias para ayudarlas a

empezar el proceso de recuperación, basado en los principios de respeto dignidad, fe, honestidad, confidencialidad y servicio.

Modelo Avalon

El modelo Avalon ofrece tanto a la mujer como al profesional que realiza la referencia un tratamiento de calidad.

El modelo de tratamiento consiste en:

1. Programa de internamiento: capacidad para 17 camas y proceso de tratamiento para alcohol y drogas de 35 días y trastornos de alimentación de 42 días.
2. Programa de internamiento para pacientes crónicas: Capacidad para 17 camas y proceso de tratamiento para trastornos de alimentación de 90 días.
3. Cuidado continuo.
4. Programa de transición.
5. Programa familiar.
6. Programa para niños.
7. Programa de entrenamiento para profesionales.

Programas

- AVALON a la vanguardia crea nuevos programas de tratamiento.
- Trastornos de alimentación, 42 días.
- Alcohol y drogas, 35 días.
- Pacientes crónicas, 90 días.

El modelo Avalon, ofrece tanto a la mujer como al profesional que realiza la referencia, un tratamiento de calidad.

Programa de internamiento

Avalon, Centro de Tratamiento para la mujer es un centro de internamiento exclusivamente para mujeres a partir de 14 años de edad, especializado en trastornos de alimentación, trauma y adicciones que pueden estar acompañados de depresión mayor, estrés post traumático y otras enfermedades co-mórbidas así como complicaciones médicas.

Avalon se encuentra en un área segura y exclusiva en la Ciudad de México, el único centro de tratamiento e internamiento sólo para mujeres con estos problemas en Latinoamérica.

El programa de internamiento de Avalon sigue la filosofía del " Modelo Sierra " utilizado en el Centro de Tratamiento de Sierra Tucson, U.S.A. Este modelo tiene como objetivo proporcionar un tratamiento individual que comprende las dimensiones bio-psico-social-espiritual.

Procedimiento

El programa de internamiento inicia con una evaluación psiquiátrica y médica completa, la cual es realizada por el psiquiatra y el médico internista. Al ingreso de la mujer, se practica una batería de pruebas de laboratorio además una evaluación psicosocial, nutricional, y espiritual.

A partir de los resultados de estas evaluaciones, el equipo clínico diseña un plan de tratamiento individual, ya que cada mujer es única y diferente, con la finalidad de alinear las metas de tratamiento con las necesidades de cada mujer que participa en nuestro programa.

A todas las pacientes se les proporciona una orientación acerca del proceso de tratamiento en el momento de la admisión para reducir la ansiedad, así como para obtener un mayor beneficio del programa.

Cuidado continuo

Desde el ingreso de la paciente así como durante su tratamiento se hace énfasis en que la recuperación es un paso continuo y que los cambios que se darán durante este proceso tienen que continuar al terminar su internamiento para asegurar su bienestar.

Durante un año a partir de su salida, la paciente cuenta con el apoyo de la terapeuta de cuidado continuo de la nutrióloga y del equipo médico del centro. El cuidado continuo se realiza mediante de un plan por escrito desarrollado por la paciente y la terapeuta. Este plan identifica los aspectos que se deberán trabajar de manera más profunda, así como los recursos disponibles para brindar apoyo.

El cuidado continuo lo realiza la terapeuta responsable en dos modalidades: Vía telefónica, semanal, quincenal y mensualmente de manera periódica durante un año. Y visita de la mujer egresada del centro, que puede permanecer de uno a tres días.

Programa de transición

El programa de transición está diseñado para la paciente que estuvo en tratamiento los 42 días o los 90 días según las indicaciones del equipo clínico. Este nivel de tratamiento se le proporciona a la paciente que aún necesita practicar lo que aprendió durante el tratamiento.

La paciente a este nivel participará en situaciones similares al medio ambiente al que van a regresar, permitiéndole experimentar los estereores de manera gradual, en un medio ambiente seguro, estructurado y con apoyo.

Programa familiar

Tanto en la recuperación de la enfermedad como en el proceso de tratamiento, la mujer enferma y su familia se involucran. Por esta razón promovemos la participación del grupo familiar, en actividades terapéuticas específicas para adultos y niños.

El programa familiar es un pilar de la recuperación en el proceso de tratamiento. En este, los miembros de la familia participan en conferencias, sesiones individuales y familiares en cuanto a los aspectos médicos, familiares, psicológicos y sociales de la dinámica del trastorno de alimentación. Así como en los grupos terapéuticos, donde se brinda información y apoyo, acerca de la enfermedad y para iniciar su recuperación.

Programa de niños

Avalon, Centro de Tratamiento para la Mujer, cuenta con un programa para niños, ya que cada uno de los miembros de la familia se ven afectados por la enfermedad, especialmente los niños.

Promesas rotas, peleas entre los padres, violencia física o verbal, conducta impredecible, donde las reglas cambian constantemente y nadie sabe que sucederá en el futuro. En ocasiones la única manera de adaptarse ante la situación de estrés, es desconfiar de otros y no expresar los propios sentimientos.

El programa para niños ayuda a éstos a enfrentar muchas de estas situaciones. Los niños de 6 a 12 años llegan al programa para encontrar esperanza y recuperación. El programa les ayuda a los niños a aprender acerca de la enfermedad por medio de actividades exclusivamente diseñadas para ellos, donde se dan cuenta que esta enfermedad no es su culpa, y que no están solos.

Los niños hablan abiertamente en un ambiente seguro y de apoyo en el que se les ayuda a expresar sus sentimientos. Este programa está diseñado para los niños que tienen un familiar en internamiento o en actividad con problemas de trastornos de alimentación, trauma y adicciones, sin embargo no es necesario que su familiar se encuentre internado en Avalon.

Intervención

La intervención es un método creado por el Dr. Vernon E. Johnson del Johnson Institute en Saint Paul, Minnesota, la idea al crearlo fue que las personas que no pueden aceptar su enfermedad no lleguen a la muerte antes de tocar un fondo que les haga aceptar ayuda. Este procedimiento se ha utilizado desde hace muchos años por los más exitosos centros de tratamiento en Estados Unidos,

que nos habla de la eficacia y los excelentes resultados que se obtiene al usar esta técnica.

Existen mujeres, que a pesar de tener muchas pérdidas, sufrimientos, y daños en la salud física, les es difícil admitir que tienen una enfermedad; como familia o persona cercana a la mujer que esta sufriendo, el intentar que la persona reconozca que tiene un problema y que acepte la ayuda que le brinda, significa un enorme desgaste emocional aunado al desconocimiento que existe en estas áreas y del manejo en estas cuestiones por parte de la familia o personas cercanas que desean ayudarla.

La intervención se sugiere cuando la mujer no acepta su enfermedad y esto causa problemas en su salud física, en su relación familiar, en su trabajo, en los eventos sociales y en su estabilidad emocional.

La familia de igual manera se ve afectada ya que en ellos se experimenta pena, preocupación, miedo, enojo, culpa y confusión en cuanto a lo que se debe hacer. También como personas allegadas, a la mujer que sufre este problema, se enfrentan con el deseo de controlar a la persona, esto lleva a que la mujer haga promesas o a intentar mejorar para evitar la enfermedad, y cuando no cumple sus promesas se suscita discusiones que ocasionan resentimientos en todos los involucrados.

Avalon, brinda el apoyo para lograr que la persona acepte la ayuda que se le ofrece, esto es un método denominado "INTERVENCIÓN" en el cual uno de los profesionales prepara a la familia para que esta, de una forma amorosa y sin juicios, le exprese la preocupación que siente por ella por los daños que le ha causado la enfermedad, con el fin de que la mujer genere el deseo de tener un tratamiento.

Trastornos de alimentación.

Las mujeres que sufren de trastornos de alimentación experimentan conductas y emociones externas que giran alrededor de la comida. Dentro de éstos se incluyen: anorexia, bulimia y el comer compulsivo. Pueden llegar a tener consecuencias graves en el ámbito físico y emocional.

Anorexia

Es un estado de inanición caracterizado por una pérdida excesiva de peso adquirido a través de dietas severas, ingestión de laxantes y diuréticos, ayuno y ejercicio compulsivo.

Los síntomas incluyen:

- Rechazo a mantener el peso corporal en el valor mínimo normal considerando la edad, la talla y tipo corporal.

- Miedo intenso a ganar peso o de estar "gordas", incluso estando debajo del peso normal.

Alteración de la percepción de la imagen corporal: puede sentirse con sobrepeso a pesar de la dramática baja de peso.

- Exageración de la importancia del peso e imagen corporal en la auto-evaluación.
- Pérdida de períodos menstruales.

Consecuencias de la Anorexia

En el curso del trastorno se priva al cuerpo de nutrientes esenciales para su funcionamiento normal. Por lo tanto el cuerpo debe disminuir sus funciones para poder ahorrar energía y utilizarla en lo más necesario para sobrevivir.

Las consecuencias son graves:

1. Frecuencia cardíaca y presión arterial bajas, lo que provoca un cambio en la musculatura del corazón y fallas en su funcionamiento.
2. Reducción de densidad ósea (osteoporosis), lo cual provoca ruptura de huesos.
3. Debilidad y pérdida del músculo.
4. Deshidratación severa, lo cual puede llevar a fallas de riñón.
5. Desmayos, fatiga y debilidad general.
6. Resequedad de la piel, pérdida de cabello.
7. Crecimiento de cabello delgado en todo el cuerpo, incluyendo la cara, como un recurso del cuerpo para mantenerse caliente. Se conoce como lanugo.

Avalon, Centro de tratamiento para la mujer.

Bulimia

Está caracterizada por un ciclo secreto de comer compulsivamente seguido de métodos compensatorios inapropiados para evitar subir de peso. La persona que sufre de bulimia ingiere grandes cantidades de comida incluso más de lo que una persona come normalmente en períodos cortos de tiempo. Deberá entonces deshacerse de la comida y las calorías a través del vómito, abuso de laxantes o ejercicio excesivo.

Los síntomas incluyen:

- Episodios repentinos de comer compulsivamente.
- Sentirse sin control durante el comer compulsivo y seguir comiendo a pesar de sentirse satisfecho.
- Conductas inapropiadas para no ganar peso como inducción del vómito, abuso de laxantes, diuréticos, ayuno, píldoras de dietas o ejercicios excesivos.

- Preocupación extrema por el peso corporal o la figura.
- Alteración de la percepción de la imagen corporal.
- Exageración de la importancia del peso y la imagen corporal.

Consecuencias de la Bulimia

- El uso de laxantes, diuréticos y vómito, lo cual provoca desbalances químicos y electrolitos en el cuerpo.
- Inflamación y posible ruptura del esófago por vómito.
- Posibilidad de ruptura gástrica durante los períodos de comer compulsivo.
- Defecación crónica irregular y estreñimiento como resultado del uso de laxantes.
- Debilidad y manchas en los dientes, causadas por los ácidos estomacales liberados durante el vómito.
- Úlceras y pancreatitis.

Desorden del comer compulsivo.

Está caracterizado por frecuencia de períodos impulsivos y sin control de ingesta de comida más allá de un punto de bienestar. No lleva a cabo conductas para compensar su forma de comer. Puede hacer dietas repetitivas. El peso corporal puede variar de bajo, normal, sobrepeso moderado y obesidad.

Otros Trastornos de la alimentación.

Pueden incluir alguna combinación de los signos y síntomas de anorexia, bulimia y/o comer compulsivo. Aunque estas conductas no sean consideradas en su totalidad un trastorno, atentan contra la salud física y emocional de quién las experimenta. Todos los desórdenes de la alimentación necesitan de ayuda profesional.

Consecuencias del Comer compulsivo.

- Alta presión arterial
- Enfermedades del corazón que dan como resultado niveles de colesterol y triglicéridos elevados.
- Diabetes secundaria.
- Hiper / Hipoglucemia.
- Enfermedades de la vejiga.

¿Cómo puedo ayudar?

Cosas que puedo hacer.

- Date cuenta que las personas no cambian a menos que ellas quieran.
- Proporciona información.

- Dale apoyo, aprende a escucharla.
- No te des por vencido, continúa sugiriéndole ayuda profesional. No te rindas.
- Habla acerca de las ventajas de recuperación, así como de una vida diferente, plena.
- Si tiene miedo de ir a pedir ayuda profesional, ofrécele tu compañía.

Cosas que no debo hacer

- Nunca reclames, luches, supliques, amenazas o manipules. Estas conductas no funcionan.
- Nunca critiques o avergüences, estas tácticas solo harán que la persona se deprima.
- No discutas, aprende a escuchar.
- No trates de controlar, la persona se enojará contigo.
- No des consejos a menos que te lo pidan.
- No le digas "estás muy flaca", es lo que ella quiere escuchar.
- No digas "qué bueno que ya subiste de peso" la persona buscará inmediatamente perder peso.

¿Tienes una relación sana con los alimentos?

Si después de leer esta página tienes dudas acerca de si tienes un problema o no de alimentación, te invitamos a contestar este cuestionario el cual te ayudará a identificar cual es tu relación con los alimentos.

Toda la información es confidencial.

1. ¿Puedes comer cuando tienes hambre y dejar de comer cuando te sientes satisfecha?
2. ¿Terminas de comer porque crees que debes hacerlo? ¿En lugar de hacerlo cuando tu cuerpo esta satisfecho?
3. ¿Eliges tus alimentos tomando en cuenta aquellos que disfrutas más?
4. ¿Llegas a sentir malestares como debilidad, cansancio, mareo y dolor de cabeza cuando disminuyes lo que comes o cuando te pones a dieta?
5. ¿Crees que tu alimentación es una combinación de alimentos sanos y que disfrutas?
6. ¿Tienes que comer siempre de una cierta manera, 3 comidas al día o siempre a cierta hora del día?
7. ¿Confías en que si comes cuando tienes hambre y dejas de comer cuando estas satisfecha, no vas a engordar?
8. ¿Te sientes culpable cuando comes hasta el punto de sentirte demasiado llena e incomoda?
9. ¿Puedes guardar un equilibrio entre el tiempo que le das a los pensamientos relacionados con comida, peso y dietas con otros aspectos importantes de tu vida, como tus relaciones con los demás, trabajo y desarrollo personal?

10. ¿Observas lo que otra gente come y lo comparas para determinar que o cuanto comerás tu?
11. ¿Puedes dejar algunas galletas en el plato porque sabes que puedes comer algunas de nuevo mañana?
12. ¿Acostumbras seleccionar tus comidas sobre la base de la cantidad de calorías que tienen?

NOTA: El Test anterior puede dar resultados solamente sobre la base del número limitado de preguntas incluidas en él. No se puede certificar la veracidad de las respuestas solamente por lo reportado individualmente por cada participante. Las interpretaciones dadas son solamente con fines informativos y educativos y no constituyen ni sustituyen una evaluación psicológica y/o médica llevada a cabo por un profesional, así como ningún tratamiento médico o psicológico. Si necesitas, una evaluación psicológica o médica, nutricional o tratamiento, consulta a un profesional calificado.

Guía de apoyo para padres cuya hija o hijo padece anorexia y/o bulimia

La anorexia es un trastorno serio. Cada una de las personas que la padecen, tiene una historia distinta que contar, con diferentes antecedentes y personalidades. Es por eso, que las recomendaciones y patrones a seguir que se describirán a continuación, podrán o no aplicarse a tu hija. El profesional que esté asistiendo a tu hija, deberá identificar y proporcionar el tratamiento óptimo para él o ella.

¿Qué puedo hacer si mi hija no acepta que tiene anorexia y/o bulimia?

Si tu hija está luchando con la anorexia o bulimia, seguramente has experimentado miedo y ansiedad de preguntarte si él o ella reconocerán la seriedad de su problema. Sin duda, te has enojado al saber que tu hija con poco peso, piensa que está gorda, o porque vomita. Probablemente le habrás suplicado que se dé cuenta de la realidad de su problema de salud, para que así pueda empezar algún tipo de proceso de recuperación.

Algunas jóvenes reconocen que tienen problemas con su forma de comer. En este caso, tu preocupación puede volverse un alivio para ella. Pero, para muchas otras, el comentar tu preocupación acerca de sus hábitos alimenticios dará lugar a enojo, negación o minimización.

La barrera de la evasión, es el primer paso hacia la recuperación.

Sin embargo, para alcanzar esta meta, tu hija tendrá que trabajar en varios pasos con ayuda de profesionales especializados en trastornos de alimentación. Tú sólo no puedes cambiar o eliminar la anorexia o la bulimia de tu hija sin embargo, sí puedes ayudar.

Ocho sugerencias, que pueden ayudar a tu hija con el problema de evasión.

1. NO ES NEGACIÓN, ES EVASIÓN. Aparentemente tu hija podría estar negando su anorexia y /o bulimia, pero en su interior sabe que tiene un problema. Las personas con un trastorno de anorexia o bulimia saben que están bajas de peso y con un problema médico. Sin embargo, tienen una distorsión de su imagen corporal y minimizan la seriedad de su problema, porque él tener que eliminar la anorexia o bulimia les produce mucho temor. Sé paciente con tu hija. Para ella, la anorexia es una salida, una balsa a la que se agarra para enfrentarse a la vida. Suena paradójico que un trastorno tan serio, sea para ella su zona de seguridad, ¿verdad?. Sin embargo, tu hija sólo renunciará a la anorexia cuando esté convencida de que hay una mejor manera de enfrentarse a los problemas de la vida.

2. LLEVA A TU HIJA CON UN MÉDICO. Si es posible, lleva a tu hija con un pediatra o con el médico de la familia. Probablemente, tu médico tendrá algunos registros del peso y estatura de tu hija a través de los años. Con esta historia del crecimiento, tu médico podrá demostrarle a tu hija, si existe o no una reducción significativa respecto a lo esperado a su edad.

3. EVITA LA TRAMPA DE CONFIRMARLE REPETIDAMENTE SU DELGADEZ. Tu hija, puede pedirte constantemente que le confirmes que no está gorda. Trata de no caer en un patrón de afirmarle continuamente que está delgada o que no está gorda sobre todo, si esto es algo que te pregunta continuamente. Esta es una necesidad obsesiva de comprobar que no está gorda y tus respuestas repetidas no lograrán satisfacerla y aunque se tranquilice por un momento el efecto no durará. Más aún, se ha encontrado que tanto la familia como los amigos, terminan sin saberlo, reforzando el deseo secreto de la persona anoréxica de ser reconocida, como delgada. Cuando esto sucede, la evasión de la anorexia como problema, simplemente se incrementa o intensifica.

4. UTILIZA AFIRMACIONES EN PRIMERA PERSONA. Expresa a tu hija tu preocupación por su condición anoréxica o bulímica, usando afirmaciones en primera persona. Asegúrate de expresar las causas de tu preocupación, “Me preocupo cuando te veo tan pálida,” ó “Me preocupa que te resfríes tan seguido,” ó “Me preocupo cuando veo que no te comiste el lunch.” No discutas con tu hija si debes o no preocuparte. Tú tienes derecho a preocuparte así como a tener sentimientos de enojo. Tampoco, discutas con tu hija sobre lo que observas que está haciendo o acerca de su apariencia, puedes hacer observaciones pero no hay por qué discutir. Muchas veces este tipo de discusiones provocan que tu hija evada su problema.

5. NO CULPES. No culpes a tu hija si en secreto se ha restringido en la toma de alimentos o se ha inducido el vómito. Él dejar de comer o vomitar puede ser uno de los primeros GRANDES secretos entre tu hija y tú. Esto puede ser doloroso y

puede provocar que te sientas fuera de la vida de tu hija. El culpar a tu hija puede llevarla a una mayor evasión o minimización. Trata de aceptar que tu hija tiene un problema que no puede controlar fácilmente. El guardar los secretos sobre la restricción de comida o la inducción del vómito, surgen del miedo a que alguna persona, como un padre preocupado o una amiga, interfiera con la imposible misión de ser la más delgada.

6. **AUTOCUIDADO.** Aunque tu hija no esté motivada para tomar tratamiento, tú puedes obtener ayuda. Al hacerlo te darás cuenta de la seriedad del problema. Trata de encontrar un grupo de apoyo para padres con hijas con problemas de alimentación. (Ponte en contacto con Avalon).

7. **TEN DISPONIBILIDAD PARA HABLAR.** Si tu hija quiere hablarte escúchala con paciencia. No la presiones, cuestiones o interrogues. Muéstrale empatía y apoyo. Una manera de ayudarla a salir del problema de la evasión consiste en que ella identifique sus sentimientos acerca de áreas vitales como: amigas, amigos, padres, novio, presiones académicas, desarrollo sexual y problemas de salud. Hay que tomar en cuenta que la preocupación por la comida, peso, e imagen corporal, mantiene a tu hija SIN CONTACTO con sus sentimientos y pensamientos sobre otras áreas de su vida. Cuando la persona empieza a entrar en contacto con sus sentimientos, los pensamientos sobre conductas anoréxicas o bulímicas empezarán a perder fuerza.

8. **AFRONTA EL PROBLEMA CON SEGURIDAD.** Por lo general, la anorexia es un problema difícil de detectar, especialmente en las primeras etapas. Si tienes la sospecha que tu hija pueda tener anorexia o bulimia, busca información sobre trastornos alimenticios. Busca opiniones de especialistas en trastornos de alimentación. Una vez que estés seguro que padece anorexia o bulimia, es importante que confíes en el diagnóstico. Si dudas, minimizas o evades la realidad sobre el problema de tu hija, ella lo sabrá. Lo más eficaz es que los padres muestren una actitud de firmeza, seguridad, y estén convencidos de la magnitud del trastorno alimenticio en su hija.

RESUMEN. En resumen, la clave para apoyar a tu hija cuando ella evade su condición, es mantenerte en calma aunque por dentro tengas ganas de explotar. Busca apoyo de personas que hayan pasado por lo mismo. Habla con el terapeuta de su hija, el médico y/o nutriólogo, ellos, pueden ayudarte a que comprendas en que etapa está tu hija en el proceso de recuperación. Con base en su experiencia con la anorexia y la bulimia, ellos pueden ayudarte a identificar el dolor interno de tu hija. Te ayudarán a mantener la calma respecto a la evasión, minimización y/o distorsión de la imagen corporal de tu hija. Probablemente te ayudarán a entender el papel que juegas dentro del proceso de tratamiento y de recuperación. La anorexia y bulimia se presenta tanto en mujeres como en hombres. Aunque la mayoría de los casos identificados y reportados hasta la actualidad son mujeres. Por lo anterior se hará referencia en adelante al género femenino. Esta guía es para padres que tienen hijas con

problemas de anorexia y bulimia, sin embargo la información que se presenta aquí no sustituye la intervención de profesionales y especialistas en estos trastornos. Solamente un médico, psiquiatra, nutriólogo o psicólogo especializado en trastornos de alimentación puede determinar el tratamiento para cada persona y su familia.

Para mayor información: Avalon Centro de Tratamiento para la Mujer.

México, D.F.

informacion@avalon.com.mx.

Referencias. Cristen E.Haltom, M.A., Ph.D.

Fundación para la mujer Avalon A.C.

En la Fundación para la Mujer Avalon A. C., compartimos un anhelo: Sumar nuestros esfuerzos para proporcionar ayuda a la mujer que aún sufre de trastornos de alimentación, trauma y adicciones, que no cuenta con los recursos necesarios para recibir tratamiento. Al igual que todos ustedes en la Fundación para la Mujer Avalon, A. C. están convencidos de que cuando los esfuerzos se suman los resultados se multiplican. La necesidad es tan grande que reclama la colaboración de todos, sin esta, por pequeña que sea no estaremos completos.

En la Fundación para la Mujer Avalon A. C., buscamos integrarnos a una gran familia, donde todos participemos en la cultura de dar.

En este año 2002 necesitamos de la generosidad, creatividad, pero sobre todo del corazón de todos. La caridad entendida como reflejo de solidaridad ante estos grandes problemas. En la Fundación para la Mujer Avalon, A. C. sabemos que la mejor manera de trabajar es compartiendo esfuerzos y trabajando. La meta de la fundación para el próximo año es recaudar \$3, 250,000.00 m. n. que se emplearan en otorgar becas a mujeres que no cuenten con los recursos suficientes y para apoyar los Programas de Educación y Prevención que hasta el momento hemos llevado a cabo. Es de esta manera que la familia Avalon puede aportar un poco de lo que ha recibido, esperamos que puedan apoyar a la Fundación para la Mujer Avalon, A. C., aportando un donativo para ayudar a quien en este momento lo necesita.

Nuestra labor será responsable y transparente. Pondremos todo nuestro empeño y compromiso a favor de esta misión. Esto representa la Fundación para la Mujer Avalon.

Nos preocupan al igual que a ustedes, nuestras niñas, adolescentes y mujeres. En una palabra nos preocupan las familias latinas, las cuales se ven afectadas por estas enfermedades y no saben a donde recurrir.

Queremos dar resultados. Y los resultados deben hablar por sí mismos. La Fundación para la Mujer Avalon, A. C. cuenta y contará con el apoyo invaluable de mujeres y hombres que de forma voluntaria y desinteresada aportarán su generosidad, experiencia, y trabajo solo con la finalidad de ayudar. La fundación se compromete a que los recursos lleguen a quien más lo necesita. Unidos lograremos un espíritu solidario.

El Fondo de Asistencia para Pacientes está disponible para pacientes las cuales no puedan solventar el costo del tratamiento sin el apoyo de una beca. La Fundación Avalon para la Mujer A.C. mantiene una filosofía en cuanto a alcoholismo, drogadicción, trastornos de alimentación y trauma como enfermedades familiares. Nosotros hacemos todo lo que podemos para proporcionarle a cada familia una oportunidad para tener una recuperación de esta enfermedad familiar. Cada año la necesidad crece. También puedes mandarnos tu donación directamente.

DONATIVOS.

A fin de poder brindar la atención a las mujeres que padecen este problema, hay una forma de ayudar que es otorgando donativos, las cuales se constituyen por los fondos provenientes de los donativos otorgados por las diversas personas y empresas privadas que están interesados en apoyar a las personas que padecen de estos trastornos.

AUDITORIA

A fin de mantener un claro manejo en los recursos que obtiene la Fundación para la Mujer Avalon, A.C. esta es auditada por la prestigiada firma de Contadores Vobadin Urquija y Asociados además todos los ingresos que percibe la Fundación son certificados por el Notario Publico no 147 de estado de Sinaloa. Lic. Jorge Luis Buen Rostro Félix y el Lic. José Manuel Magayón Osuna.

BENEFICIOS.

La Fundación cuenta con autorización por parte de la Secretaria de Hacienda y Crédito Público para recibir donativos por lo que estos son deducibles del impuesto sobre la renta lo que representa un beneficio recíproco ya que el donante puede deducir su aportación y a su vez esta ayudando para el bienestar de las personas que necesitan ayuda profesional.

Profesionales

En este programa participan profesionales de diferentes especialidades, como médicos generales, internistas, terapeutas, psicólogos, y nutriólogos; quienes a través del Programa de Entrenamiento para Profesionales (P.E.P). tienen la oportunidad de vivir la experiencia del proceso de tratamiento, comprender y

apreciar el inicio del proceso de recuperación así como la filosofía de Avalon en el tratamiento terapéutico.

Los objetivos del Programa de Entrenamiento para Profesionales (P.E.P.) son:

- Que el profesional obtenga información acerca de los trastornos de alimentación, trauma y adicción.
- Conozca el modelo de tratamiento multidisciplinario de Avalon y experimente los diferentes tipos de terapias que se utilizan en el tratamiento.
- Conozca las redes de apoyo que prevalecen en la recuperación de este tipo de enfermedades.

Se ofrecen las modalidades del programa de Entrenamiento para Profesionales:

Programa Intensivo de Entrenamiento para Profesionales. El aspecto didáctico del programa incluye: conferencias especializadas que son proporcionadas por el equipo clínico de Avalon, Filosofía del modelo Avalon, abordaje nutricional, abordaje médico, abordaje clínico: factores individuales y familiares en Trastornos de Alimentación, Trauma y Adicciones, así como la participación en terapia Equina e Imagen Corporal.

Para finalizar los profesionales escucharán el testimonio de una mujer en recuperación.

Avalon es una clínica multidisciplinaria en nuestro país especializada en ofrecer un programa para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos de la alimentación.

Nos ponemos a tu disposición para contestar cualquier duda o pregunta que tengas con respecto a la anorexia, la bulimia, la obesidad y el comer compulsivamente.

Si tienes cualquier duda o pregunta, escríbenos a: informacion@avalon.com.mx.

EATING- DISORDERS- MEXICO

Eating Disorders México, es la primera clínica multidisciplinaria en nuestro país especializada en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos de la alimentación.

Eating Disorders México está afiliada a la International Association of Eating Disorders Profesionales (IAEDP)

¿Quiénes Son?

ED México es la primera clínica multidisciplinaria en nuestro país especializada en el manejo de los trastornos de la alimentación.

ED México te ofrece la posibilidad de trabajar contigo en favor de tu salud y tu bienestar emocional. Dicho en otras palabras, te ofrece la solución a un problema cada vez más frecuente en nuestra sociedad. Un problema que genera mucho sufrimiento en quienes lo padecen.

Todo esto basado en 4 puntos que definen nuestra filosofía y que encontrarás en cada uno de los profesionales que integramos **ED México**.

- Un tratamiento del más alto nivel disponible en México
- Un servicio especializado en materia de salud
- Una atención regida bajo la excelencia
- Un profundo nivel de compromiso contigo para alcanzar una total recuperación

En resumen, somos la primera clínica mexicana que ofrece un tratamiento multidisciplinario e integral para la prevención, la detección y el manejo de los trastornos de la alimentación.

Cuentan con el mejor equipo de profesionales de diversas áreas especializados en la materia. De esta manera, te puede ofrecer apoyo en el área médica, psicológica, nutricional, odontológica, físico-deportiva, familiar, etcétera.

Además, ofrecemos servicios de información, educación y capacitación a todos los niveles.

La Misión

Su misión al fundar ED México se baso en darles ayuda a todos los jóvenes que hoy en día están sufriendo las terribles consecuencias de los trastornos de la alimentación. El mundo ofrece grandes posibilidades que pensamos no se deben coartar por una enfermedad que es tratable.

Los jóvenes merecen ser felices y disfrutar plenamente de su vida. Por eso, nuestra misión en ED México es la recuperación de una vida sana, la recuperación de una vida feliz. Esto implica tener salud. Salud física, salud emocional, salud social.

Les Interesa Tu Opinión

En **ED México** quiere escuchar tus inquietudes, aportaciones, dudas, comentarios y sugerencias. Además, te invitamos a compartir tus experiencias como lo hacen otras personas. Escríbenos a feedback@eatingdisorders.com.mx.

Contáctalos

Eating Disorders México es la primera clínica multidisciplinaria en nuestro país especializada en ofrecer un programa para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos de la alimentación. Nos ponemos a tu disposición para contestar cualquier duda o pregunta que tengas con respecto a la anorexia, la bulimia, la obesidad y el comer compulsivamente.

Si tienes cualquier duda o pregunta, escríbenos a: clinica@eatingdisorders.com.mx.

- ¿A qué se dedica la institución "Eating Disorders?"

ED México es la primera clínica multidisciplinaria especializada en el tratamiento de los desórdenes alimenticios, dígase anorexia, bulimia y obesidad (comer compulsivamente). Además, proveemos entrenamiento a profesionales de la salud, y contamos con programas de detección para escuelas, gimnasios, clubes deportivos, etc. y pláticas y talleres para distintos sectores de la población. Nuestra misión es proveer servicio de excelencia en atención médica, con los más altos estándares de calidad profesional disponibles en nuestro país.

1. - ¿Cómo se define a un comedor compulsivo?

Un comedor compulsivo es una persona que, por cuestiones usualmente emocionales (ansiedad, depresión, estrés, etc.) recurre a comer en exceso. Se trata de alguien que claramente come más cantidad que el resto de las personas, usualmente a una mayor velocidad que el resto de las personas, y la característica principal es que estos episodios, llamados "atracones", cursan con una pérdida de control sobre la forma de comer, es decir, la persona se da cuenta del exceso pero NO PUEDE EVITARLO. Es importante mencionar que prácticamente todos los atracones son seguidos por sentimientos de culpa y por una sensación de enojo/desesperación/decepción por no poderse controlar. Finalmente, repercute sobre la idea o la preocupación de la figura corporal, en donde parece que "estar gordo" equivale a tener menor valor, afectando directamente a la disminuida autoestima. Cabe mencionar que alrededor del una tercera parte de las personas con sobrepeso son comedores compulsivos.

2. - ¿Cuáles son las causas y síntomas de la enfermedad?

Se trata de una enfermedad de origen emocional. Esto es, se trata de una enfermedad que cursa siempre con emociones básicas como ansiedad,

depresión, enojo, etc. que predisponen a la persona a comer excesivamente para contrarrestar o compensar estas emociones. Es decir, se come cuando se está ansioso, se come cuando se está enojado, se come cuando se está triste, se come buscando un confort emocional. El ser humano es capaz de no poner atención a dos señales corporales muy importantes: el hambre y la saciedad. Somos capaces de no hacer caso a nuestro cuerpo y decir "ya no tengo hambre pero seguiré comiendo" o "tengo hambre, pero no voy a comer". Estas dos situaciones deben alertarnos de que algo no está funcionando adecuadamente. En el caso del comedor compulsivo, por ejemplo, se sabe (aunque a veces uno no lo tiene claro en la conciencia) que ya no hay hambre física, pero se tiene el deseo (en ocasiones la necesidad) incontrolable de seguir comiendo. Recordemos que en culturas como la nuestra existen ciertos comportamientos aprendidos, como el mitigar las emociones con comida. Así, sucede que desde que nacemos, cuando lloramos nos dan comida para sentirnos mejor. La prueba es que un bebé que llora, se calla con comida. Fuera de que esto sea un manejo correcto o no, es real que "las penas con pan son menos", o cuando menos así lo creemos. De tal suerte, es mi cumpleaños y hay comida y pastel, reunión con amigos queridos en el café o en tal restaurante; cuando menos una cena en casa. Festejos de diversos tipos se acompañan siempre de comida. Entonces, "no es cierto que la comida y la sensación de bienestar van de la mano". Así, nos adaptamos a emociones negativas con comida. Esto es un aprendizaje innegable, aunque es importante mencionar que no es así de sencillo, ya que, por otro lado, existen una serie de otros factores psicológicos y de desarrollo, biológicos, de personalidad, etc. que forman parte del origen de estas enfermedades.

Como parte de los síntomas, tenemos que es necesario que exista una preocupación importante por la figura corporal, y muchos de los comportamientos ya mencionados, como la presencia de atracones, definidos como episodios de comer mayor cantidad de comida (usualmente en menor tiempo) que los demás y con la sensación de falta de control. Además, casi siempre hay culpa, frustración, decepción y una gran ansiedad.

3.- ¿Cuáles son las consecuencias físicas y emocionales del padecimiento?

En general, podemos mencionar que este padecimiento funciona como una espiral hacia abajo (a diferencia de un "círculo vicioso"), ya que se come por ansiedad o depresión o enojo, lo cual posteriormente va a generar culpa y más ansiedad, más depresión y más enojo.

A largo plazo se puede caer en una situación de depresión mayor o enfermedad depresiva, (manifestado por aislacionismo, alteraciones del dormir, irritabilidad, falta de motivación generalizada, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, ganas de llorar y deseos de ya no estar vivo o incluso pensamientos suicidas) como una de las complicaciones más frecuentes.

Además, se puede caer también en un cuadro de ansiedad importante, manifestado por insomnio, fatiga, irritabilidad, obsesiones, etc. Desde luego, cuando la culpa por haber comido en exceso es lo suficientemente grande, pueden aparecer comportamientos llamados "compensatorios". Es decir, "voy a vomitar para no engordar....voy a usar pastillas para bajar de peso....voy a dejar de comer 2 días....voy a hacer 2 horas más de ejercicio. Voy a laxarme. Etcétera. La presencia de estas conductas compensatorias, cualesquiera que sean, modifica el diagnóstico de comedor compulsivo, pudiendo hablar, sin lugar a dudas de bulimia una complicación frecuente del comedor compulsivo. La única diferencia entre la bulimia y el comer compulsivamente es la presencia o no de conductas compensatorias. Esto nos llevaría a pensar que todas las personas con bulimia fueron comedores compulsivos en algún momento y, en mi opinión, esta idea es bastante acertada.

Desde luego, una de las complicaciones más evidentes es el sobrepeso que genera el exceso de comida, situación que es usualmente lleva a la persona a buscar ayuda y a recurrir a diversos tratamientos, desgraciadamente mal enfocados e ineficaces.

4. - ¿Se cura o sólo se controla? ¿Por qué?

El comer compulsivamente es una enfermedad que tiene solución. Desgraciadamente se piensa que no hay posibilidades de recuperación o que los tratamientos no son duraderos. Esto se debe a que pensamos en las dietas y los planes para perder peso como el tratamiento del comedor compulsivo. Es real que las dietas y los planes para perder peso no funcionan, especialmente si sabemos que el origen del problema es emocional. Un ejemplo. Si se tiene una infección bacteriana que genera fiebre como uno de sus síntomas, yo puedo dar medicamentos para disminuir la fiebre, y el paciente se sentirá mucho mejor sin la fiebre. Podrá reanudar sus actividades y sentirse "como nuevo" otra vez, ya que sabemos que la fiebre es sumamente incapacitante en muchos casos. El problema es que los medicamentos para la fiebre no resuelven el problema. Basta ver que en cuanto se suspende la medicina para la temperatura, ésta se eleva nuevamente (y casi de inmediato). Esto no quiere decir que las medicinas para la fiebre no sirvan. Pero es obvio que el tratamiento está mal enfocado. Sería como tomarle el pelo a mi paciente si ese fuera el único tratamiento que yo ofreciera como médico. Los conocimientos científicos me permiten saber que lo que debo hacer es quitar la infección, y como consecuencia cederá la fiebre. Lo mismo pasa con el peso. Cualquier persona que se pone a dieta para resolver el problema de comer compulsivamente, puede pensar que está enfocando el problema de manera errónea. Innumerables estudios demuestran que de cada 100 personas que pierden peso con cualquier tipo de dieta, más de 96 recuperan el peso perdido (o más) dentro de los doce meses siguientes. Esta cifra solamente nos ratifica que el ponerse a dieta NO ES LA SOLUCIÓN.

5.- ¿Cuáles son los tratamientos que existen, en qué consisten, y cuáles son los resultados que usted, en su experiencia, ha valorado?

Existe una gran variedad de "soluciones mágicas" para perder peso, pero existe solamente un tratamiento útil para resolver el problema de comer compulsivamente. Este es el tratamiento enfocado a resolver aquello que esté haciendo que la persona coma "de más". De esta manera, si no existe la necesidad de comer en exceso, automáticamente se dejará de tener atracones. Así, el peso irá disminuyendo. Cabe hacer notar que el peso nunca es una meta en un tratamiento adecuado, es una consecuencia de un tratamiento adecuado. La diferencia con las dietas, es que si se resuelve el problema de origen, podemos asegurarnos que no tendremos recaídas a futuro. Esto implica un proceso de cambio en el ámbito emocional, lo cual requiere de trabajar precisamente el área afectiva, por lo que requerimos de psicoterapia. Sabemos que una de las psicoterapias que mejor funcionan para esto es la psicoterapia cognitiva, un tipo de psicoterapia breve que enseña al sujeto a "manejar" sus emociones y a resolver problemas. Esto genera a personas autosuficientes, capaces de resolver conflictos emocionales en forma eficiente, logrando prescindir de la comida para hacerlo.

Además, sabemos que las personas que comen compulsivamente (y no solamente ellos, sino la mayor parte de la población general), usualmente tienen pocos conocimientos sobre una nutrición sana. ¿Tú sabes que necesita tu cuerpo para cumplir con todas sus funciones?, ¿Sabes cuántas proteínas o carbohidratos necesita tu cuerpo para funcionar diariamente?, ¿Sabes que funciones tienen los lípidos?, ¿Cómo podemos entonces planear lo que comemos día a día?, ¿Basándose en qué preparamos y planeamos nuestros alimentos?, ¿Sabes que no hay dos personas que tengan exactamente las mismas necesidades de alimentación y que, por lo tanto, no pueden llevar la misma "dieta?," Esto no pone en la imperiosa necesidad de enseñar a todos nuestros pacientes lo que sus cuerpos necesitan. Para ello, es importante una asesoría nutricional.

Por otro lado, si lo que realmente se busca es salud, no podemos dejar de atender la definición que da la OMS (Organización Mundial de la Salud) para "salud": se trata de un equilibrio bio-psico-social. Esto implica necesariamente el concepto de cuerpo, mente y medio ambiente. Para tener un cuerpo saludable es necesario hacer del ejercicio parte de nuestras vidas. Considero que NO se puede tener un cuerpo sano si no hay actividad física, esto es, si no se hace algún tipo de ejercicio. Por lo tanto, cualquier tratamiento adecuado requiere forzosamente un plan de actividad física, que vaya de acuerdo a las necesidades cambiantes de cada individuo.

Por último, es importante mencionar que la terapia de grupo puede resultar de gran utilidad, ya que permite que una persona intercambie experiencias con otras que puedan tener el mismo problema. Aunque no es mi

intención ahondar mucho en este momento sobre el tema, hay grandes beneficios, como lo que se puede aprender de otras personas.

Existen algunos programas a nivel mundial que manejan al comedor compulsivo en forma similar al paciente adicto. Desde mi personal punto de vista, esta es una visión que se tenía hace alrededor de 20 años, cuando el comer compulsivamente ni siquiera estaba clasificado como una enfermedad propiamente dicha. Estos programas han resultado de utilidad, pero con todo lo que sabemos actualmente, podemos decir que el ver a los comedores compulsivos como "adictos a la comida" es una forma simplista de hacerlo.

Existen técnicas de tratamiento específicas para los comedores compulsivos que difieren mucho en la actualidad de los programas "para adictos" muy útiles estos últimos para personas con problemas de adicción a sustancias. Recordemos que la comida es útil, es necesaria y es legal, y no debe tratarse como a otras "sustancias". De la misma manera, la forma de relacionarse con la comida tiene que ser diferente a la forma de relacionarse con otras sustancias.

Dicho lo anterior, es de suma importancia considerar lo siguiente cuando se busca un tratamiento. Debe buscarse que las personas que dan el tratamiento sean personas especialistas y entrenadas en la materia. Debe buscarse lo que llamamos un equipo terapéutico multidisciplinario, es decir un grupo de profesionales de la salud, que trabajando juntos van a proveer un sistema integral de apoyo. Mi opinión es que el ser tratado por una sola persona, dígame un nutriólogo, o un psicólogo, o un médico, nunca tendrá el mismo impacto que el ser manejado por un equipo multidisciplinario.

6 -¿Porque les es tan difícil controlarse?

Considero que la dificultad que experimenta todo comedor compulsivo tiene que ver directamente con el enfoque que se tiene del problema. Mientras se quiera bajar de peso o dejar de comer solamente seguirá existiendo la imposibilidad de hacerlo. Consideremos que el comer es un mecanismo de adaptación a situaciones emocionales difíciles. Es decir: como para sentirme más tranquilo, como para manejar la ansiedad. Si dejo de comer de un día para otro, ¿qué voy a hacer con la ansiedad? Haré referencia a una persona que vino a verme un día al consultorio. Se trata de Luis, varón de 34 años de edad quien estaba constantemente sometido a grandes presiones de trabajo, ya que es el director de una gran empresa y una decisión mal tomada puede poner en riesgo no solamente su empleo, sino el futuro de cientos de empleados y sus familias. Luis recurría a la comida como una forma de mitigar la gran ansiedad antes mencionada, lo que lo llevó a tener un sobrepeso de más de 48 Kg ya que pesaba alrededor de 124 Kg. Después de hacer infinidad de intentos por bajar de peso y consciente del riesgo que esto implicaba para su salud, decidió acudir con un gastroenterólogo, quien recomendó ponerle una "banda" en el estómago, lo cual impediría que comiera en forma desmedida y le prometía una reducción de peso a corto plazo en efecto Luis se sometió a dicha cirugía para encontrarse,

de un día a otro, sin su mecanismo de adaptación que le permita "sobrevivir" a tales presiones. A partir de su cirugía, Luis comenzó a tener una serie de problemas con todo el mundo en el trabajo. Estaba irritable y agredía a otras personas, cuando antes sus relaciones Interpersonales eran sumamente agradables. Al cabo de unas semanas comenzó a tener problemas con su esposa, de quien se divorciara a los pocos meses. Finalmente, después de poco más de un año, Luis encontró otra manera de "adaptarse" al estrés por medio del deporte, y mejoraron nuevamente sus relaciones Interpersonales. Desgraciadamente, le costó un matrimonio el entender que todos nuestros comportamientos (y en este caso el comer compulsivamente), por más molestos que nos puedan parecer, cumplen con alguna función, y no podemos desaparecerlos sin dar algo a cambio para suplir esa función. En la medida que cuidemos los aspectos bio-psico-social de nuestra salud y tengamos unas expectativas lógicas de lo que deseamos cambiar, el tratamiento será menos complicado.

7. - ¿Después del tratamiento, qué debe de hacer el paciente para no recaer?

Lo primero es entender que las recaídas vienen de no haber resuelto un problema de base cuya manifestación es la comida. Recordemos que el comedor compulsivo no tiene un problema de comida. Tiene un problema emocional. Una vez resuelto el problema, se debe tomar en cuenta que pueden aparecer nuevas situaciones difíciles, y que se corre el riesgo de recurrir a la comida como un mecanismo de adaptación ya utilizado anteriormente. Un buen tratamiento debe contar con el entrenamiento en "prevención de recaídas", que como su nombre indica, provee las herramientas necesarias para reconocer situaciones de alto riesgo y poder utilizar recursos aprendidos que permitan adaptarse de una manera más funcional que a través de la comida. Puede ser necesario buscar ayuda profesional nuevamente, aunque solamente será ayuda breve y de apoyo. Insisto, siempre y cuando se haya recibido un tratamiento adecuado con anterioridad.

8.- ¿Puede un comedor compulsivo controlarse permanentemente sin someterse a algún tratamiento profesional?

Supongo que esto depende de sí tiene o no la capacidad de resolver las condiciones subyacentes que le han hecho recurrir al comer compulsivamente como mecanismo de adaptación. Además, influye también la capacidad que tenga la persona de desarrollar nuevos mecanismos para adaptarse a situaciones emocionalmente difíciles.

9- ¿Qué porcentaje de comedores compulsivos hay en México?

Se calcula que en países desarrollados y en grandes ciudades como la Ciudad de México, alrededor de 2-4 % de la población femenina padece un trastorno de

la alimentación, de los cuales la mayor parte son comedores compulsivos. Una de cada tres personas con sobrepeso cumple con los criterios para hacer el diagnóstico de comedor compulsivo. Alrededor del 65% de las mujeres en secundaria, preparatoria y universitarias llevan algún tipo de "dieta", 35% de los hombres de la misma edad llevan algún tipo de "dieta".

10.- ¿La enfermedad la padecen más hombres o mujeres, jóvenes o adultos? ¿Por qué?

En general, los trastornos de la alimentación se presentan mayormente en mujeres. En anorexia enferman 10 mujeres por cada hombre. En bulimia nerviosa enferman alrededor de 4 a 8 mujeres por cada hombre. Finalmente en el caso de comedores compulsivos la situación parece estar más equilibrada, aunque aún predominan las mujeres en una relación de 6:4 o 7:3. Los motivos es difícil mencionar causas específicas, pero juegan un papel importante los factores culturales (imagen ideal de la mujer), biológicos (desde hormonas hasta neurotransmisores), y por supuesto los factores sociales (medios, etc.).

11. - ¿Funcionan los grupos de "Comedores compulsivos anónimos?", ¿Me podría dar datos del mismo?

Desde mi punto de vista, los grupos de comedores compulsivos tienen cierto valor como parte de un tratamiento integral. Veo dos inconvenientes de utilizarlos como tratamiento único: primero, muchos de ellos manejan el principio de "la comida como adicción", de lo cual ya hemos discutido anteriormente. Segundo, se requiere de un trabajo en donde se pueda procesar de manera dirigida la problemática emocional subyacente, pudiendo así desarrollar nuevos mecanismos de adaptación. Creo que esto es difícil de lograr cuando se tienen únicamente las sesiones de grupo. Insisto que la manera de lograr el mejor resultado es a través de un tratamiento multidisciplinario.

12. ¿Qué otros trastornos alimenticios existen?

Como ya mencionamos, además del comer compulsivamente existen la anorexia y la bulimia, correctamente llamadas *anorexia nervosa* y *bulimia nervosa*, respectivamente.

13. ¿Qué porcentaje de comedores compulsivos tienen sobrepeso?

Prácticamente todos. Esto depende del tiempo de evolución que se tenga con la enfermedad. Por otro lado, 1 o 2 de cada 3 personas con obesidad pueden ser consideradas como comedores compulsivos.

PREGUNTAS FRECUENTES EN EL CENTRO

¿Es cierto que el pan es lo que más engorda?

FALSO. El pan, así como la gran mayoría de los hidratos de carbono, es considerado alimento “peligro” o que “engorda”. Sin embargo esto no puede estar más alejado de la realidad, ya que los hidratos de carbono son la principal fuente de energía de todo ser humano y por lo tanto si los llegamos a eliminar, únicamente estaremos ocasionándole malestar y problemas al organismo como dolores de cabeza, debilidad, fatiga y mucho cansancio. Debemos de incluir diariamente hidratos de carbono en nuestra alimentación, prefiriendo los cereales integrales, dándoles variedad y como en todo, evitando el exceso.

¿Es bueno comer entre comidas?

VERDADERO. Antes se creía que no era bueno comer entre comidas, que eso era lo que “te engordaba”. Hoy en día se ha visto que por el contrario, el realizar dos comidas formales y dos snacks (media mañana y media tarde) trae muchos beneficios como:

- Disminuir la ansiedad y el apetito para cuando llegamos a la siguiente comida
- Levantar la energía a la mitad del día
- Evitar picos muy pronunciados de insulina a lo largo del día
- Mantener activo nuestro metabolismo

¿Es bueno dejar de comer grasas y azúcares?

FALSO. Tanto las grasas como los azúcares constituyen la parte más pequeña de la pirámide de la alimentación, por lo que su consumo debe de ser muy bajo, pero no NULO, ya que como los demás alimentos, también cumplen una función específica y muy importante a nivel fisiológico, social y psicológico. Eliminar estos dos grupos de alimentos por completo puede ocasionar más problemas que beneficios.

¿Los multivitamínicos engordan?

FALSO. Los multivitamínicos no brindan ningún aporte energético, es decir, no tienen kilocalorías por lo cual no pueden hacer que una persona suba de peso. Su única función es la de brindar todas y cada una de las vitaminas necesarias para el buen funcionamiento de nuestro organismo. Estas vitaminas requieren de agua o grasas para poderse diluir pero no por ello “engordan”.

Tratamientos

Quizá uno de los temas más importantes cuando hablamos de trastornos de la alimentación sea precisamente, el tratamiento. Sabemos que los trastornos de la alimentación, especialmente la anorexia, son algunas de las enfermedades más difíciles de tratar, ya que se requiere del manejo de diferentes áreas de funcionamiento de la persona, como son el cuerpo, las emociones, la mente, las relaciones Interpersonales, etc.

En Eating Disorders México, estamos convencidos que el tratamiento debe incluir a distintos especialistas en la materia, entre los cuales se encuentran médicos, psicólogos, nutriólogos, odontólogos, terapeutas de familia, terapeutas de grupo, entrenadores físico deportivos, etc., todos trabajando en un equipo coordinado al servicio de nuestros pacientes.

Así, inicialmente debe hacerse una evaluación de la persona. Esta evaluación incluirá los aspectos médicos, nutricionales, psicológicos, emocionales, físicos, etc. De esta manera, se puede diseñar un plan de tratamiento específico para las necesidades de cada individuo.

En forma general, un tratamiento integral debe incluir:

Psicoterapia individual

Uno de los aspectos más importantes del tratamiento es la psicoterapia. Es importante mencionar que los trastornos de la alimentación son básicamente enfermedades emocionales y de la autoestima, por lo que necesariamente se debe trabajar en estas áreas. En Eating Disorders México contamos con psicoterapeutas altamente calificados y especializados en trastornos de la alimentación, lo cual es un requisito para poder brindar una ayuda precisa y bien orientada.

Farmacoterapia

En ocasiones resulta de gran utilidad el manejo de medicamentos. Los medicamentos que suelen utilizarse con mayor frecuencia en este tipo de enfermedades son los antidepresivos. Estos medicamentos son muy útiles para mejorar la depresión, la ansiedad, las obsesiones, los atracones (especialmente cuando se requiere de consumir grandes cantidades de carbohidratos), la impulsividad, la irritabilidad, la fatiga, el aislacionismo y algunos otros síntomas que suelen acompañar a los trastornos de la alimentación. Se ha visto que son más útiles en el manejo de la bulimia y del comer compulsivamente, aunque se utilizan con gran frecuencia en la anorexia con resultados muy favorables. Los antidepresivos, especialmente los de nuevas generaciones, no causan ningún tipo de dependencia y, en condiciones normales, no producen efectos secundarios de importancia.

Otro tipo de medicamentos que se utilizan con frecuencia son los llamados ansiolíticos. Se debe tener cuidado con estos medicamentos, ya que, aunque disminuyen la ansiedad en forma importante, pueden tener algunos efectos indeseados. El más importante de estos efectos indeseados es que, en general, los ansiolíticos producen dependencia o adicción cuando se utilizan en dosis elevadas o durante tiempos prolongados.

Los médicos de Eating Disorders México tienen entrenamiento especializado en el manejo de éstos y otros medicamentos útiles para los trastornos de la alimentación. De esta manera, ofrecemos la tranquilidad de que nuestros pacientes están recibiendo un tratamiento seguro.

Apoyo Nutricional

Otro de los aspectos más importantes es todo aquello que gira alrededor de los alimentos, tanto de la cantidad y calidad de los mismos, como de los hábitos alrededor de ellos. Es necesario entender que lo más importante es fomentar la salud. Para ello, hay que brindar al cuerpo los nutrientes que requiere, ni más, ni menos. Sabemos además que cada persona es única en este sentido, por lo que difícilmente habrá dos personas con los mismos requerimientos. El diseño de un plan de alimentación debe, por lo tanto, hacerse de forma individual, tomando en cuenta diversos factores como edad, sexo, peso, estatura, actividad física, constitución corporal, gustos alimenticios, etc.

En Eating Disorders México estamos comprometidos a mejorar y aprender nuevos hábitos alimenticios con nuestros pacientes. Para estar sano hay que comer bien.

Psicoterapia de Grupo

Quizá una de las modalidades de tratamiento más interesantes, sea la psicoterapia de grupo. En ella, las personas que padecen algún trastorno de la alimentación pueden estar con personas afines en un contexto de confianza y apertura. De esta manera, se comparten vivencias y emociones y se pueden aprender nuevos mecanismos de adaptación para situaciones difíciles. Todo esto fomenta el desarrollo individual y facilita el adquirir nuevos mecanismos para mejorar el funcionamiento general de la persona.

Habiendo identificado algunas áreas donde las personas con trastornos de la alimentación suelen tener algunas dificultades, Eating Disorders México ofrece distintos grupos de psicoterapia, llevados por especialistas en la materia, como: *Imagen corporal, control de impulsos, manejo de emociones y ansiedad, relaciones familiares, mi relación con la comida y prevención de recaídas*, entre otros.

Psicoterapia de Familia

En ocasiones, podemos observar que las relaciones familiares de los pacientes con trastornos de la alimentación no funcionan en forma óptima. De hecho, en muchos casos las relaciones con la familia pueden ser parte del problema emocional subyacente. Es por tanto imperativo hacer una evaluación del sistema familiar y, de ser posible, involucrar a la familia en el tratamiento de quien sufre un trastorno de la alimentación. Esto favorece a que el núcleo primario de apoyo se encuentre en las mejores condiciones, mejorando una de las partes del funcionamiento integral de la persona.

En Eating Disorders México contamos con terapeutas familiares de inigualable preparación, quienes, al igual que el resto del equipo terapéutico tienen como meta dar servicios de excelencia.

Orientación Físico Deportiva

Sería imposible hablar de salud sin hablar de un cuerpo sano. Estamos convencidos de que el ejercicio y el deporte son parte de una vida sana en toda persona. La actividad física tiene muchas ventajas. Proporciona un bienestar físico, un bienestar mental, mejora el estado de ánimo, mejora la concentración durante el día, facilita el dormir mejor, mejora la circulación sanguínea, aumenta el rendimiento, etc.

Desgraciadamente muchas personas conciben al ejercicio únicamente como una manera de quemar calorías. Por tal motivo, pueden fácilmente caer en la situación de realizarlo en forma excesiva y, peor aún, sin supervisión. Esto puede dar como resultado el que exista lesiones musculares, daño a la columna e incluso infartos.

Es de suma importancia hacer ejercicio como parte de nuestras actividades diarias, integrándolo a nuestra rutina de vida. Más importante aún es entender que tenemos que aprender a hacer ejercicio.

En Eating Disorders México, contamos con el servicio de orientación físico deportiva, servicio que proveen entrenadores expertos del más alto nivel. Además, contamos en esta área con el respaldo de Club Ten, uno de los centros de salud física más prestigiados de México, en donde se persigue siempre nuestro mismo objetivo: salud.

Servicios de Apoyo

Finalmente, es importante contar con el apoyo para el manejo de condiciones que pudieran existir conjuntamente con el trastorno de la alimentación. Tal es el caso de servicios como medicina interna, endocrinología, gineco obstetricia, odontología, pediatría, hospitalización, servicios de laboratorio y gabinete, etc.

En Eating Disorders México estamos orgullosos de ser la primera clínica en México en poner a su disposición toda una infraestructura de especialistas en diversas áreas que trabajamos en forma conjunta con un solo compromiso. Brindar excelencia en Calidad en servicios especializados de salud.

¿Que es la prevención de los trastornos de alimentación?

1. Los trastornos de alimentación son problemas serios y complejos. Necesitamos tener cuidado y evitar el pensar que son simples: “la anorexia es únicamente para llamar la atención”, o “la bulimia es sólo una adicción a la comida”. Los trastornos de alimentación se derivan de una serie de factores familiares, físicos, emocionales y sociales, todos estos son importantes de abordar para lograr tratamiento y prevención efectiva.

2. Los trastornos de alimentación no son únicamente “problemas de mujeres” o “algo para niñas”. Los hombres que se preocupan por su figura y peso también pueden llegar a desarrollar un trastorno de alimentación, así como prácticas de control de peso dañinas y peligrosas como el uso de esteroides.

3. Los programas de prevención efectivos deben enfocare también en:

- La obsesión cultural con la delgadez.
- Los roles de hombres y mujeres en nuestra sociedad.
- El desarrollo de la autoestima y auto respeto de las personas en diferentes áreas (escuelas, trabajos, servicios comunitarios, pasatiempos) que trascienden la apariencia física.

4. En tanto sea posible, los programas de prevención en las escuelas, organizaciones de la comunidad, etc., deben incluir oportunidades para las personas de expresarse y hablar confidencialmente con un profesional entrando en el área de trastornos de alimentación y, si lo es apropiado, ser referidas a profesionistas competentes y especializados.

¿Qué puedes hacer tú para ayudar en la prevención de trastornos de alimentación?

- Aprender acerca de la anorexia nervosa, bulimia nervosa, y el trastorno de comer compulsivamente. La concientización genuina te ayudará a evitar hacer juicios o tener actitudes erróneas a cerca de la comida, peso, figura corporal, y de los trastornos de alimentación.
- Desalentar la idea de que una dieta, un peso o tamaño corporal específico automáticamente llevarán a la felicidad y plenitud.
- Escoger retar a la creencia falsa de que la delgadez y la pérdida de peso son maravillosas, mientras que la gordura y el subir de peso son horribles o indican flojera, falta de valor o inmoralidad.

- Evita darle a la comida la connotación de buena o mala, es decir no "satanizar" a los alimentos. Recuerda que todos necesitamos comer una variedad de alimentos.
- Decide evitar el juzgar a los demás y a ti misma con base en el peso o figura corporal. Calla tu voz interna que te dice que el peso de una persona tiene que ver con su personalidad, carácter, o valor como persona.
- Evita transmitir una actitud que diga, "Me gustaras más si bajas de peso, o si no comes tanto, etc."
- Conviértete en un espectador crítico de los medios de comunicación y de sus mensajes a cerca de la imagen corporal y la autoestima. Responde a los mensajes que escuches o veas que promueven la delgadez sin importar las consecuencias.
- Si crees que alguien tiene un trastorno de alimentación, exprésale tu preocupación de manera directa y cariñosa. Suavemente pero firme aliéntala a buscar ayuda profesional especializada.
- Acepta la diversidad natural de los diferentes cuerpos humanos, y festeja el tamaño y figura única de tu cuerpo.
- Recuerda que por más enferma que parezca una persona, SIEMPRE tiene una parte sana. Es ésta con la que debemos aliarnos, y si hablamos en forma acusatoria con comentarios acerca del peso, la comida, las calorías, etc., estaremos relacionándonos con la parte más enferma.
- Habla siempre en primera persona, usando comentarios como "Te he notado triste.", "Te he visto sola.", etc.

Ofrece tu ayuda incondicional si realmente quieres ayudar. Recuerda que puedes apoyar a alguien sin que esto signifique necesariamente estar de acuerdo. ¡Tú puedes cambiar el futuro de alguien!

Una Buena Nutrición

La buena nutrición no se refiere a dietas, régimen, ayuno o a un conteo exacto de calorías. Por el contrario, la buena nutrición se debe de entender como aquel conjunto de hábitos alimenticios que nos permiten obtener lo suficiente y necesario para una adecuada función de nuestro organismo y, por lo tanto, una mejor calidad de vida.

Es decir, la buena nutrición consiste en consumir todos los grupos de alimentos pero en las cantidades adecuadas, según nuestras características, gustos y necesidades particulares.

La buena nutrición no es una formula mágica que nos diga que alimentos debemos de comer y cuales evitar, ya que no existen alimentos buenos y malos, sino que TODOS, cumplen una función específica en nuestro organismo. Es por ello que debemos de incluir todos los grupos de alimentos, buscando siempre la

variedad para asegurar así, que consumimos todos los nutrientes necesarios para nuestro bienestar.

La buena nutrición no es comer PERFECTO, sino comer NORMAL. Habrá días en que tengamos más hambre que otros, o habrá días en que comamos menos verduras que otros, pero esto está bien, porque la buena nutrición va ir variando según las circunstancias, situaciones y el tiempo que tengamos para alimentarnos.

La buena nutrición debe de ir acompañada de una actitud mental positiva, que nos recuerde cada día lo importante que es comer de todo y según me lo va pidiendo mi cuerpo. Es saber disfrutar cada bocado tanto el tragado como el dejado en el plato.

COMENZAR DE NUEVO

Fundación para la prevención, detención y tratamiento de los desordenes alimenticios

¿Quiénes son?

La fundación **Comenzar de Nuevo, A.C.**, es una organización creada en agosto de 1999 en la ciudad de Monterrey, Nuevo León., México. Esta organización pretende difundir de forma local, regional, nacional, internacional y en forma no lucrativa, una mejor orientación general para la identificación, prevención, investigación y referencia a tratamiento de las personas con desórdenes de la alimentación.

La fundación **Comenzar de Nuevo, A.C.**, promueve actitudes sociales que ayuden a mantener una imagen corporal sana y trabaja para que desaparezca la idealización que existe acerca de la delgadez y que provoca los desórdenes alimentarios.

Miembros del Consejo

- Ing. Armando J. García Segovia
- Sra. Maria Isabel Fernández de García
- Dr. Carlos J. Mijares López
- Dr. Francisco J. Azcunaga Y
- Dr. José de Jesús Castillo Ruiz
- Dr. Martín M. V. Hernández Torre
- Dr. Rafael Rangel Sostman
- Peggy Marshall De Rangel
- Dra. Eva Ma. Trujillo Chi Vacuán
- Sra. Martha Elena Garza De Páez
- Lic. Adrián Roel Favela
- Ing. Federico Toussaint
- Cecilia Schwartz De Toussaint
- Sr. Mark Robertson
- Lic. Rafael Garza Mendoza
- Lic. Adrián Garza De La Garza
- Lorena Sada de Garza

La Misión

La fundación **Comenzar de Nuevo, A. C.** es una organización creada en la ciudad de Monterrey, N.L., México, que pretende difundir nacionalmente y en forma no lucrativa, una orientación general para la identificación, prevención y referencia a tratamiento de las personas con Desórdenes de la Alimentación.

Objetivos generales

- Informar a la población en general sobre la importancia de la detección oportuna y prevención de los Desórdenes de la Alimentación, para lograr un tratamiento oportuno y un mejor pronóstico de vida.
- Retar a la cultura actual en el cambio de actitudes, valores y pensamientos que promueven los Desórdenes de la Alimentación.
- Promover actitudes, valores y pensamientos saludables hacia la comida, la imagen corporal, la autoestima y el ejercicio que avalen un desarrollo físico y psicológico saludable de nuestros niños, adolescentes y adultos.
- Promover el tratamiento entre los profesionales de la salud física y mental, sobre la detección oportuna de signos y síntomas, con el fin de lograr tratamientos oportunos y adecuados.
- Eliminar del pensamiento de la población general la insatisfacción con la figura, el uso de dietas estrictas y no balanceadas, el uso de alternativas no saludables para controlar el peso y la búsqueda incesante de la delgadez enfermiza, mediante la asesoría, promoción de valores y comportamientos saludables.
- Informa a la sociedad, a los pacientes y sus familias, sobre la importancia de los Desórdenes de la Alimentación, de su impacto en la vida de cada persona, y de sus mortales consecuencias. Un Desorden de la Alimentación es una enfermedad que debe tratarse.
- Enfatiza la importancia de la detección oportuna de este tipo de enfermedades, así como sus mortales consecuencias sin un tratamiento a tiempo. Reconocer que el tratamiento oportuno acelera el proceso largo que implica la recuperación.
- Enfatiza el hecho de que la recuperación no se basa sólo en la realimentación y recuperación nutricional, sino también en el mejoramiento de los pensamientos, actitudes y valores hacia los alimentos, imagen corporal, autoestima y ejercicio.

Objetivos específicos

- Somos una fundación nacional que permite la promoción educativa, preventiva y en forma no lucrativa, de los valores, pensamientos y comportamientos saludables para la prevención de los Desórdenes de la Alimentación.
- Diseminar en México información actualizada, veraz, oportuna y eficiente, así como material educativo para la prevención y referencia oportuna de los Desórdenes de la Alimentación.
- Desarrollar, coleccionar, revisar y ampliar material educacional y multimedia para la prevención, detección y promoción de la salud.
- Establecer un sistema nacional e internacional que permita la relación, comunicación y coordinación con otros estados fuera de Nuevo León y del

país, sobre el material más reciente para la detección oportuna, prevención y tratamiento de los Desórdenes de la Alimentación.

- Provee de información a padres de familia, escuelas, educadores, profesionales de la salud física y mental, sobre los recursos disponibles en su comunidad.
- Gana publicidad a través de los medios de comunicación local y nacional para la difusión de nuestros objetivos.
- Informa a la población en general, que los Desórdenes de la Alimentación son adicciones que destruyen familias.
- Informa a los familiares y a quien sufre un Desorden de la Alimentación, que para su recuperación se requiere la intervención de un equipo interdisciplinario de profesionales que ayuden a la recuperación física, nutricional y mental del paciente y su familia.
- Apoya a la creación de una clínica para el manejo ambulatorio y hospitalario de pacientes con Desórdenes de la Alimentación.
- Entrena y capacita en forma oportuna y adecuada al personal necesario para la atención de una clínica de manejo ambulatorio y hospitalario, así como promover la educación continua de los profesionales.

Actividades

Actuales

- Iniciar la difusión de forma local, regional y nacional, de la importancia de conocer acerca de los Desórdenes de la Alimentación, sus primeros signos y síntomas y la referencia a tratamientos oportunos.
- Inicia la capacitación de profesionales de la salud física y mental para la detección oportuna, tratamiento y referencia de pacientes con Desórdenes de la Alimentación.
- Recolecta datos, conceptos, medidas de prevención y tratamiento actualizados que se obtengan a través de las diferentes asociaciones de profesionales formadas en Estados Unidos y Europa; e inicia su difusión de forma local, regional y nacional.

Futuras

- Crear una clínica para manejo ambulatorio y hospitalario para el apoyo de aquellos pacientes y sus familias que sufren un Desorden de la Alimentación. En un área suburbana de aproximadamente 5 hectáreas se piensa crear un edificio y jardines para manejo intra-hospitalario de pacientes con Desórdenes de la Alimentación, haciendo énfasis en su mejoramiento físico, nutricional, mental, espiritual, artístico y recreativo.
- Creación de grupos terapéuticos de pacientes con Desórdenes de la Alimentación, exhortándolos a crear un compromiso de ayuda mutua y recuperación.

UBICACIÓN

Comenzar de Nuevo, A.C.

Ave. Humberto Lobo #240, local No. 8 Col. Del Valle Garza García, N.L. México,
66220

Teléfonos: 52 (8) 129.4684, 129.4683.

GRUPO NUTRICIONAL ESPECIALIZADA

¿Qué es Grupo Nutrición Especializada?

Una empresa joven, pero juntos sumamos, más de 25 años de experiencia. El Grupo Nutrición Especializada está respaldado por su experiencia y seriedad compartimos nuestro conocimiento, al utilizar las prácticas mas avanzadas y modernas en cualquiera de las líneas de servicio que manejamos. El servicio es profesional e individualizado.

ANTECEDENTES

Nutrición Especializada fue fundada por Luis Prieto Hernández en 1992, con el propósito de brindar un servicio de nutrición a la comunidad, basado en regímenes alimentarios específicos para cada persona, tomando en cuenta las preferencias alimentarias, así como las necesidades orgánicas de cada paciente. De esta forma instruir a nuestros pacientes, a llevar una alimentación sana, mejorar su estado de salud, rendimiento y prevenir enfermedades crónico degenerativas.

El Grupo Nutrición Especializada está formado por profesionales en diferentes áreas de la salud que ofrece programas nutricionales para personas sanas o con cualquier tipo de padecimiento ligado con la nutrición. Brindando programas especiales a las personas en estados vulnerables, tales como mujeres embarazadas, niños y ancianos, así como las personas que requieran un plan alimentario obligado, tales como diabéticos, obesos, hipertensos, etc. Y también a aquellas personas que por actividades especiales requieren de mantener un estado nutricional óptimo, como deportistas, personas de alto rendimiento o modelos.

Elaboramos artículos y folletos sobre diferentes temas como son: Alimentación en la mujer embarazada, bebés, niños, ancianos, deportistas, personas con padecimientos crónico degenerativos; grupos de alimentos, nutrientes, etcétera, es decir, cualquier tema relacionado con la salud y la nutrición.

Nuestro Objetivo General es ayudar a nuestros pacientes a alcanzar un estado óptimo de salud a través de su participación activa en un programa de alimentación seguro y equilibrado

NUTRIÓLOGOS:

Nutriólogo Luis Prieto, Nutrióloga Yadira Serrano, Nutrióloga Tania Prats, Doctor Gilberto Toribio.

ASESORES:

Doctor Enrique Prieto Egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México. Certificado en el Consejo Mexicano de Pediatría. Director Médico de la clínica Intermedio. Socio adscrito de la sociedad de Rinología y cirugía facial. Psicóloga Laura Rodríguez Egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México. Mejor promedio de la generación. Maestría en psicología experimental. Catedrática de la Universidad Nacional Autónoma de México por 10 años. Diplomado en trastornos de la alimentación.

Relaciones Públicas Marisa Prieto Egresada de la Universidad de la Comunicación. Postgrado en visualización Creativa. Diplomado en Relaciones Públicas. Trabajó en empresas de Publicidad en el área de Cuentas y Medios. Colaboró en una empresa de Internacional de Redes Intranet, como Gerente de Relaciones Públicas.

SERVICIO

GRUPO NUTRICIÓN ESPECIALIZADA es una empresa con personal de excelente calidad que está preparado para poder ofrecer asesoría nutricional en cualquiera de nuestras líneas de servicio:

- Salud preventiva: Evaluación completa del estado de salud. Incluye valoración clínica, análisis bioquímicos, medición de indicadores antropométricos y chequeo de presión arterial.
- Tratamiento nutricio integral: Asesoría en la mejora de hábitos alimentarios y ayuda en el control de peso.
- Comedores: Verificación y asesoría en el área de comedores de empresas.
- Cursos: Ponencias relacionadas a la salud y conferencias alimentarias de interés general.
- Consulta vía Internet: nutricionespecializada@hotmail.com y nesnes@prodigy.net.mx

LOS PROGRAMAS

- Programa de control de peso.
- Programa de educación alimentaría.
- Programa de reducción de grasa corporal.
- Programa de prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación.
- Programa de apoyo de nutrición en el control de más de 250 padecimientos y enfermedades.
- Programa de apoyo a niños sanos y con problemas de alimentación.
- Programa de apoyo nutrición a las mujeres embarazadas.

CLÍNICAS

NUTRICIÓN ESPECIALIZADA NUEVA SANTA MARÍA

Nutrición Especializada Nueva Santa María es la clínica fundadora del Grupo, hace más de 15 años empezó a dar servicios de medicina general y pediatría; 7 años más tarde, es decir, hace 8 años el servicio de Nutrición se empezó a brindar.

La gran experiencia y calidad en nuestro servicio nos respaldan.
Juan Sarabia 271-A Col. Nueva Sta. María TEL. 556-9929 y 5556-5393

FITNES DEL VALLE

Fitness del Valle es otra clínica del Grupo Nutrición Especializada, además del servicio de Nutrición, aquí también contamos con la especialidad de Nutrición del Deporte, contamos con los aparatos más modernos para evaluar el estado físico y nutricional de los deportistas de alto rendimiento y recreativos.

Adolfo Prieto 1649-403
Colonia Del Valle TEL. 5524-8063

NUTRICIÓN ESPECIALIZADA SATÉLITE

Nutrición Especializada Satélite se fundó hace ya varios años, sin embargo, por diversas razones, fue retirada de la zona, pero al ver las necesidades de la gente que vive en esta área, se decidió volver a dar el servicio nuevamente en Satélite. Hemos tenido una muy buena respuesta debido a que nos encontramos en el corazón de Satélite a tan sólo una cuadra de la plaza. Además de que la experiencia de años de trabajo en esta rama nos respalda.

Fernando Leal Novelo 11-2
C.d. Satélite, Estado de México TEL. 5572-054

NUTRICIÓN INTEGRAL POLANCO

Nutrición Integral Polanco es una clínica en la que se cuenta no sólo con el servicio de Nutrición, también tenemos el área de cosmeatría, donde se realizan faciales, masajes, procesos de embellecimiento como el rizado permanente de pestañas entre otros.

Nutrición Integral, busca dar a sus pacientes un servicio completo, satisfaciendo así todas las necesidades de los pacientes tanto de salud principalmente, como de estética.

Mariano Escobedo 375-401
Colonia Polanco 5545-7343 y 5254-6918

Existen otros Centros de apoyo importantes en el país como los son Oceanía, y el Hospital de Nutrición Salvador Subirán que prestan sus servicios a pacientes con estos problemas.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Abraham, S. y Llewellyn –Jones, D. (1994): Anorexia y bulimia, Madrid: Alianza Editorial.
2. Aisenson Kogan, Aída (1989): Cuerpo y persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido. Fondo de Cultura Económica, México.
3. America Psychiatric Association (1980). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales. (3ª Ed.rev.), Versión española. Barcelona: Masson.
4. Amorós, Cecilia (1976): Feminismo, discurso de la diferencia, discurso de la igualdad: El viejo Topo extra 10, Barcelona.
5. Anderson, B. y Zinsser, J. (1990): Historias de la mujer, I, Barcelona: Crítica.
6. Andrés, P. (1991): Salud y cambios bio-psico-sociales en la adolescencia, en la salud de las mujeres en Atención Primaria, Madrid: FADSP
7. Auster, P. (1992): El arte del hambre, Barcelona: Edhasa.
8. Attie. (1989) Development of eating disorders in adolescent girls: a longitudinal study, en *Developmental Psychology* 25,.70-79
9. Bardwick, J. M. (1976): Psicología de la mujer, Madrid: Alianza Editorial.
10. Basaglia, Franca, Mujer (1983): Locura y sociedad. Universidad Autónoma de Puebla.
11. Bell, R. (1994): Holly Anorexia, Chicago: University Press.
12. Berlo; D. (1969).El Proceso de la Comunicación, Introducción a la teoría y la Práctica, Buenos Aires, Edit. El Ateneo.
13. Bertini, Simone de (1991): La mujer medieval: España, Alianza Editorial.
14. Bizkarra, K. (1992): La enfermedad ¿qué es y para qué sirve?, Barcelona: Obelisco.
15. Bruch, H (1978): Eating disorders, Anorexia nervosa and the person within, Londres, Routledge Kegan Paul.
16. Burnin, Mabel (1987): Estudios sobre la subjetividad femenina, GEL, Buenos Aires.

17. Cabetas Hernández, I. (1998). Anorexia nerviosa: La melancolía como sustrato psicológico de la enfermedad. Tesis doctoral. Universidad Complutense. Madrid.
18. Calvo, R. (1992). Trastornos de la alimentación (I): Análisis. En. E. Echeburúa (Ed.) Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Pirámide.
19. Cash, T. F. y Brown, T. A (1987). Body image in anorexia and bulimia nevosa: A review of literature. Behavior modification, 11, 487-521.
20. Cash, T. F; Winstead, B. A y Janda, L.H. (1986). Boby imagen survey report: The great American Shape-up. Psychology Today, 20, 30-37.
21. Caspert, R. (1998). Depression and eating disorders. Depress Anxiety, Suppl, 1, 96-104.
22. Caspert, R, David, j. (1977). On the course of anorexia nervosa. Am. J. Psychiatry, 134, 971- 978.
23. Carlat, D; Camargo, C; Hersog, D. (1997). Eating desorders in Males: A report on 135 pacientes Am, J Psychatry, 154, 1127-1132.
24. Castro M. Medicina; Facultad de Medicina Universidad de Navarra. Edit. Esparsa 166.
25. Catani. M (1992): Nutrirse y vivir, Barcelona: Urano
26. Ceulemans, Mieke y Guido Fauconnier (1981): Imagen, papel y condición de la mujer en los medios de comunicación social. Complicación y análisis de los documentos de investigación, Francia, UNESCO
27. Cecil. Tratado de medicina interna Edti Mc Graw hill Vol 1, 730
28. Cavazos Milanés, M A. (2000). Sociedad, cuerpo y silencio en los trastornos alimenticios: anorexia y bulimia, tesis de la Licenciatura en psicología, México, UAM Xochimilco).
29. Cervera, S. y Gual, P (1998). Trastornos del comportamiento alimentarios: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en: Psiquiatría en Atención Primaria. Editorial: José Luis Vázquez Baquero.
30. Ceulemans, Mieke y Guido Fauconnier (1981): Imagen, papel y condición de la mujer en los medios de comunicación social. Complicación y análisis de los documentos de investigación, Francia, UNESCO.

31. Cfr. Duby, G. Michelle Perrot: Historia de las mujeres en occidente, Madrid, ED. Taurus. 1993.
32. Chato, I. (1989). Infantile anorexia nervosa: A developmental disorder of separation and individuation. Journal of American Academy of Psychoanalysis, 17 (1), 43-64.
33. Chinchilla, A. (1983): La anorexia nerviosa, Barcelona: Servicios de Bibliografía
34. Chinchilla, A. (1994). Revisión histórica de la anorexia y bulimia: En: Anorexia y Bulimia Nervosa. Madrid: Ergón.
35. Chernin, K (1981). The obsession. Reflections on the tyranny of slenderness. N.Y. Harper and Row)
36. Connan, F and Treasure, J.L (1998). Stress Eating and Neurobiology en: Neurobiology in the treatment of Eating Disorders. Wiley. West England.
37. Coral, L. De I a Cerda (2001). Por la valoración del trabajo del hogar y la crianza de las hijas e hijos: propuesta de campaña de publicidad social. Tesis para la Maestría de ciencias de la comuincación 2001.
38. Cruz, Cruz, J. (1991): Alimentación y cultura. Antropología de la conducta alimentaria, Palmona: Ediciones Universidad de Navarra. Médica de Ferrer internacional.
- Dally, P. (1996). Anorexia Nervosa. New York: Grune and satratton.
39. Damlouji, N. F, y Ferguson, J. M. (1985). Three cases of posttraumatic anorexia nervosa. America Journal of Psychiatry.
40. Dare, C., Eistler, I, Russell, G. F., Szmukler, G. I. (1990):The clinical and theoretical impact of a ccontrolled trial of family therapy in anorexia nervosa, Journal of Marital and Family Therapy, 16 (1), 39-57.
41. Deutsch, H. (1930). The significance of masochism in the mental life of women. Int. J. Psy hoanal; 11, 48-60.
42. Diccionario de Medicina Universidad de Navarra España, Vol.1, pp166
43. Diccionario Enciclopédico Edit, Salvat, 345.
44. Dio Bleichmar, E. (1997). La sexualidad femenina de la niña a mujer: Barcelona. Editorial Paidos.

45. Dio Bleichma, E. (1998). Las narrativas sexuales infantiles. En seminarios sobre el lenguaje "En femenino y masculino". Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y asuntos Sociales. Madrid.
46. Dio, Bleichmar, E. (1999). Género, desarrollo psicosocial y trastorno de la imagen: Bases para una acción social y educativa. Memoria de investigación. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
47. Dittrich, L. (2000). About face facts on the media. Sitio About face)
48. Fairburn, C.G., y Beglin, S. J. (1990).Studies of the epidemiology of bulimia nervosa: American Journal of Psychiatry, 4, 402-408.
49. Flores, Elizabeth, Estructura y Funcionamiento de una agencia de publicidad mexicana. P. 11.
50. Freud, S. (1893).Obras completas de Sigmund Freud (1968): Madrid. Biblioteca Nueva, citado en A. Chinchina (1994). Anorexia y bulimia nerviosas.Madrid: Margan.
51. Freud, A. (1946).The psychoanalytic study of infantile feeding disturbances: Psychoanalytic study of the Child, 2, 119-132.
52. Freud, S. (1905).Tres ensayos de una teoría sexual: obras completas, Vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu (1976).
53. Freud, S. (1933). La feminidad. Obras completas, Vol. XXII. Buenos Aires. Amorrortu (1976).
54. Foucault, M. (1979.). Enfermedad Mental y Personalidad. Buenos Aires: Paidós
55. Garfinkel, P. E; Y Graner, D. M. (1982). Anorexia nerviosa: a multidimensional perspectiva. New York: Brunner /Mazel.
56. Garner, D; Olmsted, M, Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional inventory for anorexia nervosa and bulimia. INT. J. Eating Disorders, 2, 15-34.
57. (Garner, D.F. y P. Garfinkel (1980) Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychological Medicina, 10,647-656
58. Gómez, Paola. (1996). Anorexia nerviosa: prevención en la familia. Editorial Pirámide.

59. González, C. (1992). Principios básicos de comunicación. Editorial. Trillas (2ª reimpresión). 23-31. México.
60. Gordon, C. (1989). The parents relationship and the child's illness in anorexia nervosa. Journal of the American of Psychoanalysis, 17 (1), 29-42.
61. Gull, W. W. (1974). Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía: Buenos Aires: Editorial Paidós.
62. Halmi, K. A. (1974). Anorexia nerviosa: características clínicas en 94 casos.
63. Hamburg, P (1998). Media and eating disorders: who is most vulnerable? En Public Forum: Culture, media and eating distorders, Harvard Medical School)
64. Halauni. (1990) La ciencia del control político, Edit. Caraca, Alfadil, 35
65. Harrison. Tratado de Medicina Interna, Vol. 1, 822
66. Herscovici, R. C; y Bay, L. (1990). Anorexia nerviosa y bulimia: Amenazas a la autonomía. Buenos Aires: Editorial Piados.
67. Hesequete-Smirgel (1979): La sexualidad femenina, Laia, Barcelona.
68. Hoffman, L y Halmi, K. A. (1993). Psicología en la terapia de la anorexia y bulimia nerviosa., Clínica de psiquiatría de del norte de América.
69. Johnson, W. G; Corrigan, S. A; y Mayo, L. L. (1987). Innovative tretment approacher to bulimia nervosa. Behairvor Modificación, 14 (1), 75-85.
70. K. Berlo, D. (1197). El proceso de la comunicación. Editorial Ateneo. Buenos Aries, Argentina.
71. Kanoussi, Dora, (1983): El espacio histórico del feminismo, en Basaglia y Kanooussi: Mujer locura y sociedad, Universidad autónoma de puebla.
72. Kaplan, A. (1998): Las mujeres y el cine. Madrid: Cátedra.
73. Kilbourne, J. (1997). Still killing us softly, N.Y.Gilford Press)
74. Kilbourne, op.cit.p.396
75. Kestemberg, E; Kestemberg, J; Decorbert, S. (1976). El hambre y el cuerpo. Madrid: Espasacaple.
- 76 (Kirszman, D. Trastornos Alimenticios: Paradoja de la abundancia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 1 (2) 150-155, 1992);

77. Kog, E; Vandereycken, W. (1985). Características de la familia de una anoréxica y bulímica nerviosa. *Clínica Psychology Review*, 5, 159-180.
78. Lasa, A. (1995). Los pecados de la carne: En: Jornadas sobre la anorexia y bulimia, Bilbao: Grupo Psicoterapia Analítica Bilbao.
79. La Voie, A (2000). Media influence on teens. The Green Ladies Website.
80. Lebenthal, E. (1988), Gastroenterología Pediátrica, Edit. Interamericana, **Vol.1**, 111-113
81. Laségue, C. (1984). De l'anorexie hystérique. *Estudes Médicales*. París: Asselin et Cie. Editerurs.
82. Llauncu. L, (sin año), *Rev. Sic. Vol. V, numero 4,*. 31-32
83. Likierman, M. (1997). On rejection: Adolescent girls and anorexia. *Journal of child Psychotherapy*, 23, 61-81
84. Lipovestky, Gilles (1990), El imperio como delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad, España, Ariel.
85. Marquéz, Joseph Vicent (1976): Masculino, femenino, neutro, *El viejo Topo Extra* 10:7-15, Barcelona.
86. Marquéz, Elenes, Laura (1980): Mujer: historia y condición de la mujer. El uso de la imagen de la mujer como objeto sexual en la publicidad de revistas femeninas. Tesis inédita de la licenciatura en periodismo y Comunicación Colectiva, México, UNAM.
87. Martínez Benlloch, L, Bonilla Campos, A; Dio Bleichmar, E; Pastor Carballo, R; Santamaría, C; Tubert, S. (1999). Género, desarrollo psicosexual y trastornos de la imagen: Bases para una acción social y educativa. Memoria de investigación, Instituto de la Mujer, Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
88. Maty, P. (1992). La psicósomática del adulto. Buenos Aires: Amorrourtu.
- 89 McLuhan, E., McLuhan, Marshall. (1990). Leyes de los Medios, Ed. Alianza, México.
90. Minuchin, S. Rosman, B. Baker, I: (1978). Psicósomática Familiar: Anorexia nerviosa en contexto. Universidad de Harvard.
100. Mota; Ignacio, 1988

101. Myers, PN y FA Biocca. (1992). The elastic body image, The effect of television advertising and programming on body image distortions in young women, en Journal of Communication 42,.108-133
102. Myers, S. et.al. (1995). Op. cit.. 122)
103. Plaut, E; Hutchinson, F. (1986). El rol de la pubertad en el desarrollo psicosexual femenino. Rev. Psycho-Anal, 13, 143-157.
104. Ramos Escandón, Carmen (1992, 1era edición): Género e historia: La historiografía sobre la mujer, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Antologías universitarias.
105. Ramos, R. y Galera, N. Personalidad, (1997), Psicopatología y cultura. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 7
106. Report on eating disorders, body image and the media (2000).Gran Bretaña. British Medical Association/Board of Science and Education
107. Rodríguez, Dorantes, Cecilia (1994): Entre el mito y la experiencia vivida: Mujeres jefas de familia divorciadas, separadas y abandonadas, Análisis del proceso a través del cual las mujeres se convierten en jefas de familia, Tesis Doctorado, México, FCPYS: división de Estudios de Posgrado, UNASM.
108. Rogers, M.E. (1973). Comunicación en las campañas de la planificación familiar. Editorial Pax. México.
98. Reporte (1996) Consejo Europeo para los Trastornos de la Alimentación, La Haya, Holanda.
- 109 Romo, Azucena (2001). Pedagogía de la dignidad contra la pedagogía de la dependencia. Editoriales Torres asociados, México DF.
110. Ruíz, Lázaro, P. M. (1999). Historia de los trastornos de la conducta alimentaria. Análisis de psiquiatría. 15, 361- 365.
- 111 Selvini Palazzoli, M; Cirillo, S; Selvin, M; Sorrentino, A. M: (1999). Muchachas anoréxica y bulímicas. Barcelona: Paidós.
112. Stevenson, Nick (1995): Culturas mediáticas. Teoría social y comunicación masiva, Argentina, Amorrortu.
114. Tarres, Ma. Luisa (1992). La Voluntada de ser mujer en los noventas, México, El colegio de México.

115. The Commonwealth Fund.(1997).In their own words: adolescent girls discuss health and health care issues, en Journal of Adolescent Health, 15,464-472)
116. Toro, Josep y Enric vilardell (1987): Anorexia Nerviosa, España, Ediciones Martínez Roca.
117. Toro, Josep. (1990): Clasificación y relaciones de los trastornos del comportamiento alimentario. Monografías de Psiquiatría II (4), 10-16.
118. Toro, Josep, (1996): El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad, España, Ariel.
119. Turner, Bryans (1989); El cuerpo y la Sociedad. Exploraciones en Teoría social, México, FCE.
120. USSHER, Jane (1991). La psicología del cuerpo femenino, España, Alianza Editorial.
121. Unikel, et. Al. (2000) Conductas alimentarias de riesgos en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del D.F., La Revista de Investigación Clínica, Vol. 52, No. 2, marzo- abril.)
122. Unikel S.C et. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del DF: México, Revista de Investigación Científica, Vol. 52. NUM 2. Marzo- abril;.140_147
123. Winkin, Y. La Nueva Comunicación (1982) Edit. Kairos, Barcelona.
124. Zonis de Zukerfeld, R. (1996). Trastornos de la alimentación: Alexitimia, Imagen corporal y tercera tópica. FUNDAIH, 8, 21-27.

HEMEROGRAFÍA

1. Lagarde, Marcela (1988): "Cultura feminista y poder femenino. Una aproximación conceptual". Revista "A" 23/24: 135-150, UAM-A, México.
2. Reda, M: (1997). Anorexia y Santidad en Santa Catalina de Siena. Revista de Psicoterapia, VIII. (30/31), 153- 160
3. Ruiz, Lázaro, P. (1999). Trastornos alimentarios en varones. Revista de Psiquiatría infatojuvenil, (3/99), 160-166.

4. Zamora Betancourt, Lorena, (2001): “El desnudo femenino. Una visión de lo propio”, Triple Jornada, Suplemento feminista de La Jornada, 5 de marzo.

ENTREVISTAS

1. Dr. Armando Barriguet Meléndez (psiquiatra, psicoanalista e investigador de los Trastornos de la Conducta Alimentaria), en el Instituto Nacional de Nutrición. México, 13 de agosto de 2002.

2. Lic. Airam Martínez (psicóloga), en el centro de rehabilitación Avalon. México, 28 de febrero de 2002.

3. Testimonios de adolescentes con anorexia y bulimia en el Centro de Rehabilitación Avalon. Anónimo, Beatriz, Macarena, Melina, Verónica México, 28 de febrero de 2002.

4. Testimonio vía Internet. Blanca, Dora, Gabriela, Nuria, Ruth. México, 1, 15, 16, 17 y 20 de julio de 2002.

5. Testimonio de la Asociación Mexicana en el Trastorno de la Alimentación. Fernanda. México 3 de agosto de 2002.

6. Testimonios del Instituto Nacional de Nutrición. Manuela, Raquel. México, 28 de Febrero de 2002.

7. Entrevista con una modelo Norteamericana en el centro de apoyo Avalon

8. Entrevista con una enferma de anorexia. Anónima.

9. Entrevista con la Maestra Josefina Guzmán, Lingüista especialista en análisis del discurso, específicamente en los géneros cortos que aparecen en la publicidad.

CONFERENCIAS

1. Representantes de Avalon, especializados en trastornos de alimentación, trauma y adicciones. Conferencia sobre “Anorexia y bulimia” en: El hotel Marriot. México 18 de octubre de 2000.

2. Dr. Juan Eduardo García (endocrinólogo), Coordinador de Endocrinología de la Clínica de Trastornos Alimenticios del Instituto Nacional de Nutrición,

conferencia sobre “Trastornos alimentarios” en: Campaña 4 días por tu salud/ALIVIANATE, FCPYS, 28 de agosto de 2001.

3. Programa “La hora”, Tema Anorexia.-el peso del espejo, Canal 22, hora 7:00 pm. México 11 de octubre de 2002.

4. Conferencia de la Universidad Regiomontana.

DOCUMENTOS VIRTUALES

<http://www.noah.cuny.edu/sp/illness/mentalheath/cornell/conditions/spbulimia.html/>

<http://www.monografia.com/trabajos/buliano/buliano.shtml/>

<http://www.tuotromedio.com/temas/bulimia.htm/>

<http://www.aluba.org/bulimia.htm/>

<http://www.spin.com.mx/jpgutierrez/sabores/buli.htm/>

<http://www.psicopedagogia.com/glosario/142.html/>

http://www.geocities.com/newmodel_1991/bulimia/

<http://www.scs.rcanaria.es/infosalud/cruzroja/anorexia.html/>

<http://www.eutimia.com/trmentales/bulimia.htm/>

<http://www.aperturas.org/4dio1.html/>

<http://www.diariorepublica.com/noviembre/edición/21/paginas/sociedad.htm/>

<http://www.comoves.unam.mx/articulos/index.html/>

<http://www.mujereslegendarias.org.com>

http://www.ar.geocities.com/billetleb/bulmia_anorexia.html

<http://www.elmundo.es/salud/Snumeros/97/5283/alimentación.html>

<http://www.inexmoda.org.co/actualidad/015.html>

IMÁGENES

.

1. Businesslifestyle, hello 3: AEN0005, BBE0084, BBE0086.

2. The Stock Market: PE-197-0117, PE-202-0114, PE-216-0203, PE-225-0196, PE-227-0139, PE-236-0137, PE-286-0130.

3. Photo Sphere, Stock imágenes: SS-122-0105, SS-252.0133.

4. Foto del espectacular de El Palacio de Hierro” Preferiría decir mi talla que mi edad”.

5. Foto del espectacular de El Palacio de Hierro “Afortunadamente la inteligencia no se mide en tallas.”