



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

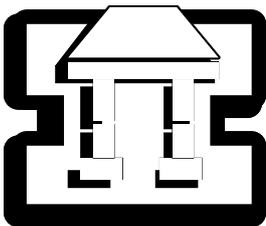
**BULIMIA: REFLEJO DE INTROYECTOS DE
LA SOCIEDAD MEXICANA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
RODRÍGUEZ URIBE SOFÍA IVETH**

**DIRECTOR DE TESIS:
LIC. JOSÉ RENÉ ALCARAZ GONZÁLEZ**

**DICTAMINADORES:
MTRA. MARÍA GUADALUPE AGUILERA CASTRO
LIC. JUANA AVILA AGUILAR**



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2008



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi muy amada familia:

*A mi padre, **Roberto**, a ti papaito que me has apoyado todos los días desde que elegiste ser mi papá, gracias por tus consejos y momentos, por ponerme en el camino del más grande amor de mi vida, mi carrera, porque me enseñaste que cuando haces con amor las cosas descubres lo mejor de ti. Te quiero mucho. ¡Gracias!*

*A mi madre, **Ma. Elena**, a ti mami que has sido una gran compañera en muchos de mis momentos, que has crecido conmigo en este proceso y que has compartido tu tiempo y tu vida para enseñarme a ser responsable de la mía. Gracias por tu confianza, amor, constancia y verdad. Te quiero.*

*A ti **Jony** que has sido un compañero y amigo importante, gracias por mostrarme que las diferencias no han sido obstáculo para la comprensión, por el cariño, el apoyo y la alegría que me compartes, por los momentos tristes y alegres en los que hemos coincidido, por crecer junto a mí y darme tu confianza y cariño. Gracias hermano.*

*A mis hermanas **Dafne y Diana**, gracias por todos los momentos que hemos vivido, por los juegos, las pláticas, los viajes y las estupendas noches. A ti Dianita que me has compartido vivencias, que has crecido conmigo y que me has enseñado a sonreírle al mundo porque la alegría del alma así habla. Y a ti Dafne que has compartido tu autenticidad, que has sido quien eres y me has enseñado a hablar con mi auténtica voz, que me acompañas en camino que busca la salud. ¡Gracias Estrellas!*

A mis Abuelos y Nando que también han formado parte de mi historia, que me han enseñado a entender y apreciar lo mejor de la vida porque las cosas más obvias nos dicen mucho más. A ti Chela que me motivaste poniendo un libro en mis manos como un regalo, a ti Chelo, Víctor, Juan y Margarita por confiar en mí y alentarme a descubrir lo profesional que puedo ser, a mis primos que me

enseñaron a ser flexible y sociable como hoy soy y a todos aquellos familiares que me regalaron una frase de apoyo y cariño o que simplemente me mostraron un lado más de la vida del cual he obtenido un aprendizaje muy útil en mi vida: Tolerancia.

*A mis mejores amigas **Virys, Ame e Itzel:***

*A tí **Virys** que has crecido conmigo, que estamos en el mismo proceso, que has escuchado mis locuras y me apoyas, que me has acompañado oportunamente en las circunstancias más dolorosas de mi vida pero también en las más alegres, gracias por ser parte de mi vida y dejarme ser parte de la tuya. Te quiero mucho y si pasan los años como han pasado estos doce y tuviera que elegir la relación más auténtica y más sana de mi vida serías tu la que me gustaría volver a vivir igual. Te quiero y admiro mucho, espero que Dios nos conceda más momentos juntas como hasta el día de hoy. ¡Gracias Amigys!*

*A tí **Ame**, que has sido una magnífica compañera y colega que quiero y respeto mucho, agradezco cada momento que hemos compartido porque mi vida no sería igual sin habernos cruzado en el camino, agradezco el apoyo y la confianza que tu y tu familia han tenido para conmigo. Estos nueve años de amistad refirman el cariño y aprecio que tengo por tí, ¡Te quiero mucho mujer! Gracias por estar a mi lado.*

*A tí **Itzel**, has sido una increíble compañera, amiga y colega, te agradezco todos los momentos que hemos compartido ha sido maravilloso vernos crecer en todos los sentidos y saberte mi amiga, eres una de las personas más importantes para mí, estos siete años de amistad demuestran que no importa a dónde vayamos o cual sea el camino que cada quien escoja, siempre hay un punto en el que me alegra encontrarte, aprender de tí o enseñarte, gracias por todo.*

*A **mís queridos amigos:** Erick, Ángeles, Silvy, Israel, Adal, Maritza, Angy, Flor, Sílvia, Betza, Diana, Selene, Vane, Dulce, Ale, Dary, Blanquita, Adanella, Viry, Bere, Ursula, Gabby, Angélica, Jaime, David, Maryllín, Denniss, Norma, Claudia y Nadyelli. Por compartir momentos importantes y especiales que me alegraron, motivaron y me hicieron crecer.*

A todas las personas que participaron para la elaboración de este proyecto y sobre todo gracias a las mujeres que dieron su testimonio y se atrevieron a ser ellas mismas, que descubrieron lo mejor de ellas, dejando y obteniendo un DC.

*A tí **maestra Magdalena**, que fuiste una figura importante en mi formación, te agradezco los consejos y sabiduría que tú y tu familia me ofrecieron, aprehendí mucho contigo. Gracias por la compañía, apoyo y dedicación.*

*Y tí **René**, que me has acompañado en este increíble encuentro, te agradezco cada momento de comprensión, aprecio, respeto, congruencia, compasión, y cuidado; por que viste en mí algo que no era capaz de ver, por creer en mí y brindarme tu confianza para que yo le encontrara en mí misma, por guiarme oportunamente para enfrentarme con mis demonios, pero también para enfrentarme a mi propio potencial, porque este proyecto tan importante para mí es también tuyo. Has sido más que un maestro para mí, has sido ese compañero de encuentro que respeto y admiro. El amor que has demostrado tener por la profesión me ha enseñado a ser congruente conmigo misma, porque en los conocimientos que transmitiste encontré las palabras precisas que me sirvieron para DC que yo quería ser yo y que sólo tenía que descubrirlo.*

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAP.1 SALUD Y NUTRICIÓN

- 1.1 Concepto De Salud
- 1.2 Concepto De Nutrición
- 1.3 Relación Entre Nutrición Y Comportamiento
- 1.4 ¿Qué es un Trastorno Alimenticio?
 - 1.4.1 Obesidad
 - 1.4.2 Anorexia
 - 1.4.3 Vigorexia
 - 1.4.4 Ortorexia
 - 1.4.5 Trastornos Alimenticios No definidos (TANOD)
 - 1.4.6 Bulimia
 - 1.4.6.1 ¿Qué efectos produce la Bulimia?
 - 1.4.6.1.1 Efectos que produce en el cuerpo
 - 1.4.6.1.2 Efectos que produce en la conducta
 - 1.4.6.1.3 Efectos que produce en la familia
 - 1.4.6.1.4 Efectos que produce en la pareja
 - 1.4.6.1.5 Efectos que produce en la sociedad

CAP.2 FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA BULIMIA

- 2.1 Edad
- 2.2 Género y Sexo
- 2.3 Factores Biológicos
- 2.4 Nivel socioeconómico
- 2.5 El factor psicológico
- 2.6 Educación: El Aprendizaje
- 2.7 Estructura Familiar
- 2.8 El Ambiente Social: La Cultura de la imagen
- 2.9 La Estética
 - 2.9.1 El Concepto de Belleza
 - 2.9.2 La estética en la danza y actuación
- 2.10 La Economía
 - 2.10.1 Industria del modelaje
 - 2.10.2 Los gimnasios y los SPA
 - 2.10.3 La Cirugía Cosmética

CAP.3 LA PERSONALIDAD DE LA BULÍMICA DESDE UN ENFOQUE GESTÁLTICO

- 3.1. Enfoque Gestáltico y el trabajo corporal en Psicoterapia
- 3.2 Las Fronteras de Contacto de la Persona con Bulimia

- 3.4 Los demonios del crecimiento
 - 3.4.1 Introyectos
 - 3.4.2 Hubierismos
 - 3.4.3 Asuntos Inconclusos
 - 3.4.4 Experiencias Obsoletas
- 3.5 Modos de relación
 - 3.5.1 Introyección
 - 3.5.2 Proyección
 - 3.5.3 Aislamiento
 - 3.5.4 Confluencia
 - 3.5.5 Deflexión
 - 3.5.6 Retroflexión
 - 3.5.7 Proflexión
 - 3.5.8 Fijación
- 3.6 Partes y Polaridades

CAP.4 BULIMIA: REFLEJO DE INTROYECTOS Y HUBIERISMOS DE LA SOCIEDAD MEXICANA

- 4.1 El fondo y la Figura
 - 4.1.1 Contextualizando: ¿A que cultura pertenece la persona?
 - 4.1.2 ¿Qué valores impulsa?
 - 4.1.3 ¿Qué desprecia y que vanagloria?
- 4.2 Bulimia: Reflejo de Introyectos de la sociedad mexicana
- 4.3 ¿Para qué nos interesa conocer estos trastornos?

CAP.5 METODOLOGÍA

- 5.1 Procedimiento
 - 5.1.1 Análisis de Entrevista profunda
- 5.2 Discusión de Datos de Entrevistas
- 5.3 Propuesta de Tratamiento

CONCLUSIONES

- 1.-La función del T.A. bulimia puede entenderse con base en un modelo específico:
Ciclo de experiencia de la persona bulímica
- 2.-Una nueva definición de Bulimia a partir del concepto de nutrición
- 3.-La función de la Culpa en el T.A bulimia
- 4.-Los valores que impulsa la Sociedad Mexicana son confluentes con el concepto de belleza creado por el hombre blanco anglosajón que es imperante en Europa y Estados Unidos
- 5.-Técnica corporal de movilización de energía una propuesta de tratamiento psicoterapéutico desde el enfoque gestáltico para atender el T.A bulimia

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

RESUMEN

La bulimia es la vivencia de una alteración importante de la percepción y la alimentación del organismo, en la que se pone en juego el bienestar físico, mental, social y la vida de quien la padece, es importante prestar atención a los factores emocionales y sociales de quien sufre un padecimiento como este. Los psicólogos como profesionales de la salud, necesitamos comprender el importante cambio en la concepción salud-enfermedad, pues un Trastorno Alimenticio no puede concebirse y tratarse oportunamente en nuestra actualidad, sí no es con una visión del ser humano como un ser integral, con diversas *necesidades y dimensiones* que no sólo se nutre y satisface a nivel físico, sino a nivel emocional, cultural y social.

Con el enfoque gestáltico se pretende mostrar todo el proceso por el que pasa la persona con bulimia, a partir del concepto de *homeostasis*, en el que el contexto es la clave para comprender cómo se mantiene en un proceso donde su cuerpo no le pertenece, relacionándose con él por medio de creencias y pensamientos en lugar de experiencias.

Esta tesis sugiere un modelo que explica el trastorno y busca crear experiencias que permitan desarrollar un proceso psicoterapéutico.

INTRODUCCIÓN

A partir de los años treinta, los Trastornos Alimenticios (T.A) empiezan a estudiarse por la Medicina desde un punto de vista endocrinológico, sin embargo se identificaron varias cuestiones psíquicas en estos trastornos. La medicina se limitaba al tratamiento físico de los T.A. Los modelos psicoanalíticos ganaron terreno abarcando más la parte emocional del trastorno (Bejla, 1990).

La Bulimia fue adquiriendo más importancia, pues se caracteriza por episodios incontrolables de comer en exceso y purgas subsecuentes con rasgos obsesivos compulsivos tanto en la ingesta como en los sentimientos de culpa y vergüenza posteriores (Abraham, 1994).

Según el manual de diagnóstico de los trastornos mentales DSM-IV, los T.A se definieron como:

***Bulimia nerviosa:** Se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes, conductas compensatorias inapropiadas con el fin de perder peso (al menos dos veces por semana por un período de tres meses), provocación de vómitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, fármacos, ayuno, ejercicio excesivo. Si no se recurre regularmente a provocar el vómito, se usan laxantes diuréticos o enemas denominándose bulimia nerviosa del tipo “no purgativa”.

Según el DSM-IV un *atacón* es cuando se ingieren grandes cantidades de alimento en un corto espacio de tiempo experimentando la sensación de pérdida de control y no poder parar de comer.

La bulimia se define a partir de la presencia del atracón (Rausch, 1990). Generalmente las personas que padecen bulimia tratan de ocultar los vómitos y las purgaciones, por lo que la enfermedad suele pasar desapercibida durante mucho tiempo.

Los síntomas típicos de un cuadro de bulimia son los siguientes:

- **Atracones o sobre ingesta:** El enfermo come una gran cantidad de alimentos en un espacio de tiempo muy corto. No tiene control sobre la ingesta y es tal su ansiedad que cree que no puede parar de comer.

- Para prevenir el aumento de peso y compensar el atracón, la persona se purga y se provoca vómitos, utiliza laxantes, diuréticos, fármacos, o recurre a otros medios que le permitan controlar el peso, como la practica abusiva de actividades deportivas.
- Los ciclos de atracones y vómitos se manifiestan un mínimo de dos veces por semana.
- La autoestima del enfermo es baja y la identifica con su cuerpo. En el proceso se experimentan sentimientos como ansiedad, remordimientos, culpa y vergüenza.

La investigación de Ríos (2000) hace énfasis en la **anorexia** detectando cuales son los factores de riesgo que facilitan el desarrollo de la enfermedad, con población femenina de preadolescentes y adolescentes tales como: Antecedentes de divorcio en la familia, presencia de alcoholismo y gran importancia al cuidado de la imagen.

Otra investigación la realizó González (2005) para identificar la sintomatología de T.A en alumnas universitarias, de escuelas privadas y públicas, la autora no encontró diferencia alguna; sin embargo reconoció la importancia de evaluar los T.A a partir de cuestionarios para tratarlos oportunamente pues muchas personas que lo manifiestan no tienen el conocimiento de las consecuencias físicas de los mismos.

Para Medina y Nava (2007) la obesidad es el tema de su trabajo, en el cual se hace un análisis de la historia de vida de los pacientes. Consideran la obesidad no como un T.A sino como un *problema emocional* que surge del dramático cambio corporal a lo largo de la vida.

Otro valioso trabajo para el análisis y estudio de los T.A., es el de Peimbert (2005) muestra un concepto de la obesidad como una forma más de *neurosis*, señala la terrible consecuencia de vivir en una condición así, no sólo por las secuelas físicas sino por la cuestión emocional y psíquica que conlleva el padecimiento. Este trabajo muestra a la obesidad como un mecanismo que utiliza la persona para vivir con su neurosis, aunque el trabajo es básicamente teórico, propone un tratamiento a partir de trabajar en psicoterapia de una forma integral.

En México los T.A han sido tratados desde una perspectiva médica y psicológica concibiéndolos como una grave enfermedad que “ataca” principalmente a adolescentes, alterando su percepción corporal y modificando dramáticamente su forma de alimentarse; al no ser detectada a tiempo pueden ocasionar daños irreversibles o la muerte. La perspectiva psicológica ha sido muy importante, pues ha logrado visualizar y tratar estos padecimientos, no obstante es limitada, ya que aun no tiene una perspectiva *multidimensional* de ellos, que la *funcionalidad del trastorno*; considerando un *¿para qué?* en lugar de un *¿por qué?*.

Con este trabajo pretendo favorecer una mejor comprensión de cómo y para qué construye la persona su T.A (Bulimia) en un contexto como el actual de la cultura Mexicana; no sólo aportando ideas sino una propuesta del trabajo con los T.A que los concibe como un reflejo del modo de vida actual de nuestra sociedad.

Por ello: **El objetivo general** de la presente Tesis **es describir a la bulimia como producto de los introyectos en el contexto actual de la sociedad mexicana.**

Y en cuanto a **los objetivos específicos** de éste trabajo **son:**

- Describir el Ciclo de la Experiencia de la persona bulímica.
- Redefinir la bulimia a partir del concepto de nutrición.
- Describir el papel de la Culpa en la bulimia.
- Describir los introyectos de la Sociedad Mexicana actual a partir del concepto de belleza imperante.
- Describir la vivencia de diez personas con éste T.A.
- Elaborar una propuesta de tratamiento psicoterapéutico desde el enfoque gestáltico.

De esta manera el Capítulo 1 abarca diferentes conceptos y definiciones acerca del proceso de nutrición y la relación de éste con los distintos T.A, describe y define sus características, y consecuencias a nivel intrapersonal e interpersonal.

En el Capítulo 2 se hace una revisión minuciosa de los factores etiológicos relacionados con la bulimia, incluyendo los conceptos estética y belleza que imperan en el México actual.

En el Capítulo 3 se describe la bulimia desde un enfoque Gestáltico, describiendo la funcionalidad del trastorno y las distintas interrupciones en su ciclo de la experiencia.

En el Capítulo 4 se describen los introyectos en el contexto cultural de la sociedad mexicana actual.

Finalmente en el Capítulo 5 se describe el estudio de diez casos de T.A siguiendo una metodología cualitativa para conocer la vivencia del T.A., además describe la propuesta de tratamiento.

CAPÍTULO 1. SALUD Y NUTRICIÓN.

1.1 Concepto De Salud.

Existen diversos conceptos acerca de lo que es la salud. Este término no puede definirse sólo como la *ausencia de enfermedad*, se necesita algo más para entender como se puede llegar a estar “enfermo”.

La medicina considera la salud como un estado en el que la persona presenta estabilidad en diferentes funciones fisiológicas que le permiten adaptarse a su ambiente; es decir que éstas funciones no se interrumpan y le permitan actuar cuando lo necesite, éste lapso puede ser breve o no, dependiendo de las posibilidades del organismo (Leavel, 1965).

Esta visión de salud resulta insuficiente pues está en función de otro concepto: enfermedad. La OMS (Organización Mundial de la Salud) en su declaración de principios (1946) estableció que “el goce del más alto grado de salud que se puede lograr, es uno de los *derechos* fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o constitución económica y social” y que la salud depende de la cooperación entre los individuos y las naciones; considerando esto, la OMS (1980) define la *salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social que puede tener el ser humano*.

Hernán San Martín considera que la salud es un estado variable, fisiológico y mental del *funcionamiento del organismo*, contemplando la satisfacción de sus requerimientos básicos como la respiración, la alimentación, el sueño y la reproducción (Rhodes, 1983).

Por otra parte Dubós (1991) define a la salud como el *equilibrio dinámico* del organismo con el ambiente; es decir como la capacidad de establecer, las mejores posibilidades para el desarrollo pleno de las habilidades y capacidades del individuo. Esta concepción determina que la salud y la enfermedad no son opuestas sino que se diferencian en el grado de adaptación del organismo al ambiente.

El enfoque gestáltico, es coherente con la definición Dubós ya que *salud* equivale en cierta forma a equilibrio y enfermedad a desequilibrio, pero sólo como medio (ajuste) para llegar al *equilibrio*.

El enfoque gestáltico maneja un concepto retomado de la biología que es comprender el proceso de salud; *la homeostasis*, también llamado adaptación o autorregulación. Es el proceso mediante el cual el organismo satisface sus necesidades, cuando el proceso homeostático “falla”, permanece en estado de desequilibrio, si esto sucede por demasiado tiempo el organismo muere (Perls, 1975).

Según el enfoque gestáltico, todo ser vivo y su comportamiento son gobernados por este proceso, todos los órganos del cuerpo participan en la homeostasis y por medio de finos sistemas de control trabajan en armonía. Por lo tanto, si este desequilibrio ocasiona la enfermedad al mismo tiempo tiene una función: Autorregular al organismo.

1.2 Concepto De Nutrición.

Alimentación y *nutrición* no significan lo mismo; alimentación es la acción voluntaria por medio de la cual el individuo ingiere comestibles¹ para sobrevivir; varía según la cultura, la situación económica, el gusto y el estado de ánimo de cada uno. Por otro lado, *Nutrición* es el conjunto de procesos químicos que realiza el organismo digiriendo, absorbiendo y utilizando los *nutrientes* contenidos en los alimentos para su crecimiento, mantenimiento o reparación (Higashida, 1995).

Un *nutriente* es una sustancia química que contienen los alimentos y que el organismo utiliza para la formación de nuevos tejidos durante el crecimiento, para reemplazar los tejidos que se desgastan o destruyen, para la reproducción y como fuente de energía. Los *alimentos* son el medio para que el organismo se nutra, y pueda desarrollarse. Una adecuada nutrición genera *salud*, crecimiento, desarrollo, capacidad mental, fortaleza física y energía.

¹ Son todas aquellas sustancias, generalmente son de origen vegetal o animal que suministran la energía necesaria para que el organismo sobreviva.

El estado nutricional de un organismo depende de varios factores:

- De la disponibilidad de alimentos: Que está en relación con la geografía, el clima, la producción, distribución (importación, exportación y transporte), almacenamiento y saneamiento de los mismos.
- Del aprovechamiento de los alimentos: Que será adecuado si el individuo está sano y será inadecuado cuando está enfermo, los nutrientes no se aprovechan de igual forma.
- Del consumo de alimentos en función de tres factores:
 1. Económicos: Poder adquisitivo y precio de los alimentos.
 2. Culturales: Costumbres y hábitos alimenticios del individuo.
 3. Psicológicos: La angustia, las tensiones, las preocupaciones y el ritmo de vida que puedan hacer que el consumo no sea adecuado.

Ahora bien, la **dieta**² que mantiene una persona a lo largo de su vida generalmente no cambia, la mayoría de las veces se mantiene igual o cambia ligeramente; pues la forma de alimentación se aprende en la infancia, cómo se come, la cantidad, la calidad en los alimentos, la frecuencia y la variedad de los mismos, etc.; sin embargo, la manera de alimentarse puede modificarse según las necesidades y contexto de cada persona.

En México existen básicamente tres tipos de dietas:

1. Dieta de tipo indígena: Básicamente maíz, frijón y pequeñas cantidades de otros alimentos como frutas o verduras.
2. Dieta mestiza: Contiene café, leche, pan, sopa de pasta o arroz y carne incluyendo alimentos de la dieta tipo indígena.
3. Dieta con influencia occidental: Que contiene además de los alimentos de las dietas anteriores, jugos de frutas, huevos, ensaladas y postres y algún complemento alimenticio como vitamínicos.

Se estima que un poco menos de la mitad de la población mexicana consume la dieta de tipo “indígena” y que muchas personas seleccionan alimentos de acuerdo con sus costumbres; en muchas ocasiones comen lo que les agrada aunque no les nutra. Se calcula que aproximadamente el 53% de la población tiene desnutrición principalmente por la última razón (Higashida, Op. Cit).

² La forma de consumir alimentos según las necesidades y posibilidades de cada individuo.

Una buena alimentación está debe ser:

1. Suficiente: En cantidad y calidad. Desde el punto de vista energético debe tener la cantidad suficiente de calorías, esto quiere decir que la persona que realiza poca actividad debe ingerir menos calorías y a mayor actividad necesitará mayor cantidad de calorías. Se considera que un adulto en promedio necesita 2000 a 3000 calorías por día.
2. Completa: Significa que debe tener alimentos de todos los grupos (leche y derivados, carne y huevo, cereales, azúcares, leguminosas, frutas y verduras)
3. Equilibrada: Aproximadamente el 50% debe ser de carbohidratos, el 30% de proteínas y el 20% de grasas.
4. Debe estar de acuerdo con la edad, el sexo, la constitución física, el estado fisiológico, la actividad, clima y en caso necesario con el estado patológico, por ejemplo si hay diabetes, hipertensión arterial, etc.

A pesar de la importancia de una nutrición adecuada, frecuentemente no le damos el valor que realmente tiene, hacemos de ella una actividad que refleja no sólo falta de consciencia respecto a nuestra necesidad básica como seres vivos, sino carencia de atención en nosotros mismos. Así al satisfacer los requerimientos nutritivos básicos, también se satisfacen otro tipo de necesidades más complejas, como las necesidades motoras, de auto cuidado, de lenguaje hasta las de afecto.

1.3 Relación entre nutrición y comportamiento.

Ya que no existe relación directa entre alimentación y nutrición (se puede estar alimentado pero desnutrido) es importante determinar como se lleva a cabo el proceso de alimentarse, pues es una de las necesidades básicas del organismo, la vida depende de este proceso y el hecho de alimentarse y nutrirse al mismo tiempo no es una casualidad³, cuando se nutre el cuerpo se experimenta bienestar, se logra el equilibrio energético y es factible que la persona se desarrolle.

³ Considero que es preciso diferenciar el significado de tres términos fundamentales: **Comer**, es mantener contacto con el alimento, sin tener clara la sensación de hambre, ingiriéndolos sin ser consciente (de la cantidad, ni la calidad de lo que se come); **alimentarse** es la acción voluntaria de ingerir alimentos, se tiene clara la sensación de hambre pero no asimila los nutrientes de lo que se come porque no percibe lo que necesita el organismo (no hay conciencia de lo que se ingiere en cuanto a calidad y muchas veces en cantidad) y **nutrirse** es la satisfacción total de la necesidad de alimento, se tiene clara la sensación de hambre y se es consciente de lo que se come (tomando en cuenta calidad y cantidad) por lo que se ingieren los alimentos precisos que necesita el organismo absorbiendo sus nutrientes .

Es necesario conocer cómo es que se relaciona la alimentación con el estado de salud y consecuentemente con el comportamiento de las personas; pues, el equilibrio que se logre no sólo es con el organismo sino con el ambiente en general; es decir con lo que rodea a la persona incluyendo la relación que mantiene con los Otros.

Villamil (2000) menciona que “comer es una metáfora de la forma en que vivimos, y también de la forma en que amamos”; es un reflejo de cómo nos *encontramos* con lo demás.

Así, *comer* es una expresión de nuestro modo de relacionarnos con el mundo, pues es el primer contacto que realizamos para mantenernos vivos, es la acción visible de una necesidad indispensable para la vida. Al nacer, el bebé necesita del alimento de la madre al mismo tiempo que su cuidado y protección, pues todavía es indefenso y no puede valerse por sí mismo; sin embargo la acción de comer, la realiza por sí mismo (él succiona y traga la leche materna) para después nutrirse, ésta acción tan simple de alimentarse le permite continuar con vida.

De tal forma que si reconocemos y comprendemos cómo es la acción de comer y cómo es la alimentación de una *persona saludable*⁴, entonces entenderemos fácilmente cómo es éste proceso en una persona que experimenta bulimia.

Es preciso determinar cómo es que una acción tan indispensable para la vida como la alimentación, se altera y lleva a las personas a padecer los T.A.

Cuando se vive en una sociedad como la nuestra en la que se expresa constantemente el *malestar e inconformidad* con lo que se “*es*”; pues pareciera ser que concebimos nuestro cuerpo como una propiedad a la que no se hace caso, dejamos de lado lo que necesitamos para atender las exigencias sociales de cómo se “*debe ser*”.

⁴ Entendiendo a ésta cómo aquella persona que puede satisfacer sus necesidades cuando lo requiere y se mantiene a sí misma en equilibrio y con lo que lo rodea.

1.4 ¿Que es un trastorno alimenticio?

En un mundo occidentalizado como el México urbano del siglo XXI en que vivimos, se observan diferentes formas para expresarse y actuar ante alguna problemática, que genera las discrepancias entre las necesidades de una persona y las de otra. En México se observan trastornos específicos en una actividad tan necesaria y simple como comer, que alteran la vida cotidiana de las personas, particularmente las mujeres jóvenes.

Los T.A que afectan a estas mujeres son producto de múltiples factores, que pueden incluir trastornos preceptuales, emocionales y de la personalidad, pueden ser fruto de la estructura familiar en la que existe un sistema de valores que enaltece la delgadez. También es posible que la predisposición genética o biológica tenga que ver con el desarrollo de algún T.A. pues determina quien es delgado y quien no determinando indirectamente quien es socialmente aceptado y quien no.

Otro aspecto es la influencia que ejerce la mercadotecnia actual, que ofrece constantemente los productos Light & Heavy, sugiriendo el consumo de éstos con la ilusión de cuidar la imagen del cuerpo manteniéndolo delgado, transmitiendo un así un sistema de valores que indica el estereotipo de belleza a alcanzar y que se basa en la apariencia física para poder determinar el valor de una persona, sin medir las consecuencias que tenga esta estrategia comercial en el campo de la salud física y mental, de sus consumidores y de los propios productores, que también son afectados por su producto.

Los T.A más frecuentes se encuentran la anorexia, la bulimia, la obesidad, la vigorexia y la ortorexia. También existen los T.A *no definidos* (TANOD) que son una mezcla entre los rasgos de dos o más trastornos; por ejemplo un TANOD seria una mezcla entre rasgos de la anorexia y la bulimia o entre vigorexia con anorexia. La diferencia central entre estos trastornos, es la forma en que consiguen perder peso las personas. Para entender mejor cada trastorno, los definiremos y explicaremos en detalle.

1.4.1 Obesidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1991 definió *la Obesidad* como una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones, se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo y se presenta cuando el Índice de Masa Corporal en el adulto es mayor de 25 unidades.

Según (Abraham, 1994) la obesidad ocurre cuando durante un período de tiempo, el consumo neto de energía excede al gasto neto. Es necesario utilizar el término consumo neto de energía porque se ha observado que cuando una persona aumenta la cantidad de energía consumida, se manifiesta un aumento en la producción de energía y el exceso de energía disponible se almacena en el cuerpo en forma de grasa. Con excepción de las personas que son muy musculosas, aquellas cuyo peso supera en un 20% o más el punto medio de la escala de peso, según la relación *peso / altura*, son consideradas obesas.

La obesidad generalmente se mide a partir de indicadores, como el índice de masa corporal (peso en kilogramos sobre talla en metros al cuadrado), el porcentaje y distribución de tejido adiposo en el organismo (como los distintos pliegues subcutáneos, o la razón circunferencia de cintura sobre circunferencia de cadera).

La obesidad puede ser clasificada como:

- *Leve* o CLASE I : Cuando tienen del 20 al 40 % de sobrepeso teniendo un IMC de un 30 al 34.9
- *Moderada* o CLASE II : Cuando tienen 41 al 100% de sobrepeso o un IMC de 35 a 39.9
- *Grave* o CLASE III : Con más del 100% de sobrepeso o un IMC superior a 40.

La obesidad amenaza la vida, es una enfermedad progresiva y crónica, según la distribución de la grasa en el cuerpo existen los siguientes tipos (Ducker, 1995):

- **OBESIDAD ANDROIDE:** Se localiza en la cara, cuello, tronco y parte superior del abdomen. Es la más frecuente en varones.
- **OBESIDAD GINECOIDE:** Predomina en abdomen inferior, caderas, piernas y glúteos. Es más frecuente en mujeres.



Aquí se muestran algunas imágenes de personas que tienen obesidad y cómo se modifica el cuerpo de quien la padece; la fotografía de la izquierda presenta obesidad tipo III y la de la derecha presenta obesidad tipo II.

La obesidad es el T.A más común en nuestro país y tiene consecuencias graves y difíciles de tratar. En la Ciudad de México, en un estudio realizado por Mendoza (2001) en la población adulta de nivel socioeconómico bajo, se encontraron tasas de prevalencia de obesidad de 37% en hombres y 60% en mujeres. El médico es quien atiende este tipo de trastorno; sin embargo las consecuencias a nivel emocional y psicológico son muy significativas y no son tratados por ellos.

Las consecuencias orgánicas más frecuentes respecto a la obesidad son: La acumulación del exceso de grasa debajo del diafragma y en la pared torácica, que puede ejercer presión en los pulmones, provocando dificultad para respirar y ahogo, puede interferir gravemente en el sueño, provocando la parada momentánea de la respiración (apnea del sueño), lo que causa somnolencia durante el día y otras complicaciones (Castro, 1997).

También puede causar problemas ortopédicos, incluyendo dolor en la zona inferior de la espalda y agravamiento de la artrosis, especialmente en las caderas, rodillas y tobillos. Los trastornos cutáneos son particularmente frecuentes. Dado que los obesos tienen una superficie corporal escasa con relación a su peso, no pueden eliminar el calor del cuerpo de forma eficiente, por lo que sudan más que las personas delgadas. Es frecuente la tumefacción de los pies y los tobillos, causada por la acumulación a este nivel de pequeñas a moderadas cantidades de líquido (edemas).

Por si lo anterior fuera poco, las personas que padecen obesidad tienen que luchar contra tremendas presiones sociales por su figura, lo cual acarrea problemas emocionales como depresión o ansiedad (Higashida, Op. Cit).

1.4.2 Anorexia.

La *anorexia* es un T.A. que comienza por un temor exagerado a subir de peso, la percepción corporal se distorsiona de manera dramática. El perfil emocional de las personas anoréxicas muestra que son inseguras, temerosas, compulsivas, perfeccionistas y con un pobre autoconcepto, esta enfermedad se caracteriza porque la persona deja de comer totalmente o bien come un equivalente a 200 calorías o menos al día⁵, presentando una pérdida de peso acelerada y excesiva.

Según el DSM-IV la **Anorexia nerviosa** es definida como “el rechazo” a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal (85% menor a lo esperable), miedo intenso a convertirse en obeso, alteración de la percepción del peso o la silueta (Crispo, 1996).

Se pueden distinguir dos subtipos:

- **Purgativo:** El enfermo recurre a los vómitos u otros métodos purgativos para evitar el aumento de peso, pero no lo hace siempre.
- **No purgativo:** Utiliza métodos no purgativos como el ayuno por varios días o el ejercicio físico compulsivo, pero no recurre a vómitos, diuréticos o laxantes.

Una persona con anorexia pesa un 15% menos de lo que debería pesar y aún así continúan sin comer para bajar de peso (Duker, Op. Cit), por lo que restringirá cada vez más la cantidad de comida que ingiere.

Por otra parte los signos visibles de la anorexia son:

- Conducta alimentaría restrictiva (poca cantidad de comida) o dietas severas.
- Rituales con la comida como: contar calorías, descuartizar la comida en trozos pequeños, preparar comida para otros y no comer.

⁵ Recordar que la ingesta calórica para un adulto promedio en México es de 2000 a 3000 calorías.

- Miedo intenso a engordar, luchando por mantener el peso por debajo de lo normal.
- Temor a verse obligado a comer en sociedad (fiestas, reuniones familiares, etc.)
- Hiperactividad (exceso de gimnasia u otros deportes).
- Esconder el cuerpo debajo de ropa holgada.
- Negarse a usar ropa de baño y que vean su cuerpo.
- En ocasiones, atracones y uso de laxantes o diuréticos.

Los signos fisiológicos:

- Pérdida progresiva de peso (en un período de tiempo breve).
- Falta de menstruación o retraso en su aparición sin causa fisiológica conocida, palidez, caída del cabello, sensación de frío labios y dedos azulados.
- Debilidad y mareo constante.

Los signos Psicológicos:

- Cambio de actitud: bruscos cambios en el carácter como irritabilidad, ira, depresión, ansiedad e inseguridad.
- Sentimientos de culpa y auto desprecio por haber comido o por no hacer ayuno.
- Aislamiento social progresivo.

El padecimiento de la anorexia, es de extremo peligro en la población juvenil, pues si no se trata a tiempo, las consecuencias pueden ser graves e irreversibles.

Estas son unas imágenes que muestran la impactante pérdida de peso⁶ en personas anoréxicas:



1.4.3 Vigorexia.

No solamente la anorexia, la bulimia o la obesidad son desórdenes en relación con la imagen corporal, existe otro desorden llamado vigorexia que aunque, aun no es reconocida como enfermedad por la comunidad médica internacional (Mangweth, 2001) es un trastorno emocional que puede traer consecuencias graves al cuerpo; es peligrosa y difícil de diagnosticar. Puede afectar igual a mujeres que a hombres.

La vigorexia se acompaña de pensamientos obsesivos y conductas compulsivas en torno a realizar ejercicio de manera continua. El ejercicio exagerado puede ocasionar problemas en el cuerpo como: lesiones en las articulaciones o tendones, sobre todo en

⁶ La fotografía 1 refiere el caso de una mujer oaxaqueña que padece anorexia desde hace cinco años, del lado izquierdo se observa el inicio del T.A en la mujer (2002) cuando pesaba 58 kilogramos y del lado derecho se observa a la mujer en la actualidad (2007) donde el peso de la enferma es de 28 kilogramos. Fuente: *Reforma*, 2 de febrero del presente año, número de edición 1654; fotógrafo Jorge Luís Plata. Las imágenes 2 y 3 muestran la condición de una modelo estadounidense que padeció el T.A.

rodillas y espalda que son las partes del cuerpo que se lastiman más cuando se levantan pesas, que es la actividad más recurrente cuando se padece vigorexia (Bilger, 1998).

Por otra parte, el uso continuo de anabólicos y esteroides que se consumen para “mejorar” el rendimiento en el ejercicio trae como consecuencia alteraciones en el metabolismo, adicción a las sustancias que se consumen. En el varón se presentan problemas de impotencia sexual, crecimiento desproporcionado de glándulas mamarias, disminución del tamaño de los testículos y propensión al cáncer de próstata, también provoca acné, caída de pelo, deformaciones óseas y problemas de articulación por la hipertrofia y el esfuerzo muscular, torpeza, falta de coordinación, diabetes y padecimientos del corazón e hígado (Bilger, Op. Cit). Emocionalmente los pacientes experimentan: temor y aislamiento social, frustración por creer que no están obteniendo resultados con su conducta y alimentación, esto provoca estados depresivos, ira y violencia.

Sus características emocionales son las siguientes (Morandé, 2002):

- Excesiva preocupación por ganar músculo.
- Sienten que no ha sido suficiente lo que realizan aun llegando al cansancio.
- Se aíslan y dejan de hacer otras actividades por realizar sesiones de ejercicio extenuantes (tres horas mínimo).
- Se muestran solitarios e introvertidos
- Practican deporte por estética más que por salud o bienestar.
- Se sienten culpables cuando no pueden hacer ejercicio.
- Poseen baja autoestima y un pobre autoconcepto.
- Se comparan continuamente.
- Llevan una alimentación desequilibrada donde sobreabundan las proteínas y los carbohidratos olvidándose de los demás nutrientes.
- Usan sustancias químicas para aumentar masa muscular en menos tiempo y de manera exagerada (anabólicos).

Es difícil diagnosticar este desorden ya que el ejercicio físico se asocia con bienestar y al no existir indicios de anormalidades en el cuerpo, no se pensaría en la existencia de algún tipo de trastorno en estas personas, es por eso que su detección resulta

complicada, puede pasar mucho tiempo desapercibida y llegar a consecuencias irreversibles.

1.4.4 Ortorexia.

Además de los trastornos ya mencionados, existe otra alteración llamada *Ortorexia*.

Este es un T.A. que se caracteriza por una preocupación extrema por alcanzar la salud y que se centra en comer únicamente los alimentos más sanos posibles; el Doctor Steven Bratman (1969) creó el término ortorexia que se deriva del griego *ortho* (justo) y *orexia* (apetito), Bratman proponía a sus pacientes una nutrición muy cuidadosa y estricta en la que *debían* evitarse varios productos que él consideraba insanos o incorrectos, pero después de cierto tiempo, se dio cuenta de que su comportamiento no era normal ya que pasaban la mayor parte del tiempo pensando en cómo comer sanamente, este trastorno puede afectar la salud física pero sobre todo mental y es tan peligrosa como la bulimia o la anorexia (Aizpuru, 2005).

Los ortoréxicos se obsesionan por consumir únicamente comida de cierto tipo: orgánica, vegetal, sin conservadores, sin grasas de ningún tipo, sin carnes de ningún tipo, solamente frutas y verduras en su mayoría crudas. Las personas ortoréxicas pueden recorrer kilómetros para adquirir los nutrientes que desean, pagando por ellos hasta diez veces más que su precio ordinario, si no los encuentran prefieren no comer nada o postergan la alimentación por varias horas, se aíslan evitando los restaurantes e invitaciones para salir a comer porque prefieren preparar los alimentos que van a consumir ellos mismos, para cerciorarse de que sean productos “totalmente sanos”, si llegan a incumplir sus propósitos cuando se alimentan, los invade un sentimiento de culpa que deriva en estrictas dietas o ayunos como castigos por no haber evitado el consumo insano.

La ortorexia comienza de forma muy particular e “inocente”, en muchos casos, como una opción para curar una enfermedad crónica, o bien para llevar una vida más sana, quienes la padecen por lo regular se sienten orgullosos por cuidarse de esa manera incluso sus amigos y familiares les reconocen su esfuerzo y “fuerza de voluntad” lo cual los hace seguir con ese exagerado estilo de vida, sin sospechar que es una *obsesión*.

Difícilmente la propia persona se da cuenta que esto es un problema pues poco a poco se convierte en una “adicción” que se sale de control, a diferencia de la anorexia o bulimia, la manera de comer no va encaminada a bajar de peso sino a buscar “salud”, los síntomas y señales son evidentes pero al igual que la vigorexia, éstos se disfrazan de “buenos hábitos” realizando así conductas que pasan desapercibidas para los demás, ignorando las consecuencias tanto mentales como emocionales, estas conductas se convierten en rituales y después en obsesiones y compulsiones poniendo en riesgo paradójicamente la salud del individuo.

El comportamiento de las personas que tienen ortorexia se caracteriza por lo siguiente (Aizpuru, Op. Cit):

- Dedicar demasiado tiempo a la planificación y preparación de cada uno de sus alimentos.
- Clasifican la comida en varios grupos según su valor nutricional, pero principalmente lo hace en dos grupos valorando su alimento con los términos “comida buena y comida mala”.
- Elimina de su alimentación las grasas de cualquier tipo (animal y vegetal).
- Rechaza lo que no es “natural”, saludable o controlado (o bien controlable) como comida enlatada, con algún tipo de conservador o sin haberla medido o pesado antes.
- Evita comer fuera de casa y en condiciones distintas que le obstaculicen su preparación y control habitual.
- Respetan al pie de la letra sus convicciones dietéticas y si las rompen se sienten culpables y como castigo modifican las raciones de alimento que consumen.
- Si acaso los alimentos que considera oportuno consumir tienen un valor nutricional en etiqueta lo relee o lo revisa muy minuciosamente incluso varias veces.
- Hace su dieta cada vez más severa excluyendo cada vez más alimentos como la sal, la leche o la fruta.
- Se aísla y aleja de las personas cuando cree que estas pueden intervenir en su forma de alimentarse o bien en la preparación o planificación de su dieta.
- Cuando cree que el alimento que acaba de consumir fue el más sano está en paz consigo mismo planeando su siguiente menú, de lo contrario se siente culpable y

buscará sustituir los alimentos de su próxima comida de tal modo que ésta sea aun más “saludable” que la anterior.

- Invierten mucho tiempo en la preparación de los alimentos cada vez que comen.

Las consecuencias más graves que manifiestan estos pacientes son:

- Descalcificación o signos de osteoporosis.
- Desnutrición y anemia.
- Irritabilidad, ansiedad o depresión.
- Falta de energía y una seria disminución en el organismo de vitaminas y minerales.

1.4.5 Trastornos Alimenticios No Definidos (TANOD).

Por otra parte, algunos estudios indican que existen otros problemas que pueden afectar en este sentido a la población femenina, llamándolos: Trastornos Alimenticios No Definidos (TANOD) que son muy frecuentes y complicados en su diagnóstico (Mancilla, 1999), por lo tanto su prevención también resulta sumamente complicada pues no existen puntos específicos que hagan evidente el trastorno.

Los *TANOD* son una combinación dos T.A. que comparten ciertos rasgos aunque no se define alguno en particular (Crispo, Op. Cit). Los TANOD más comunes son: bulimia con anorexia, bulimia con obesidad y anorexia con vigorexia (Abraham, Op. Cit.), aunque también puede combinarse la vigorexia con la bulimia, sin embargo sólo se conocen pocos casos de las siguientes combinaciones:

- TANOD *bulimia-anorexia* existe la misma preocupación por el peso y la figura corporal, el control de peso se establece con base en ayunos y purgas, la persona puede permanecer sin comer y después tener atracones de comida por causa del ayuno.
- TANOD *bulimia-obesidad* existe la preocupación excesiva por perder peso pero con la finalidad más bien de reducir tallas, los episodios de atracones por no ser tan constantes y al ser muy variables alteran el apetito de la persona por lo que

las grandes cantidades de comida que se consumen en muy poco tiempo se almacenan en el cuerpo y la persona tiende a subir de peso de forma rápida, la variación del peso va de 4 a 5 kilogramos arriba de lo normal.

- TANOD *anorexia-vigorexia* existe la percepción distorsionada del cuerpo (la persona se vive como obesa), el control de la figura con base en ejercicio extenuante y uso de medicamentos o sustancias de vez en cuando, la persona se aísla de los demás para realizar exceso de ejercicio.

1.4.6 Bulimia.

Por otra parte la *bulimia* se define como un síndrome en el que la persona presenta ciclos de atracones, realizados secretamente, seguidos por una purga con laxantes o provocándose el vómito. La presencia del atracón es lo que la define (Rausch, 1990). Pudiendo consumir en éste 10,000 a 40, 000 calorías (Crispo, Op cit).

Las personas bulímicas generalmente han sido obesas y sienten que no tienen control cuando comen, el sentimiento de culpa y vergüenza que experimentan tras el atracón les lleva a ayunar o a realizar dietas muy severas.

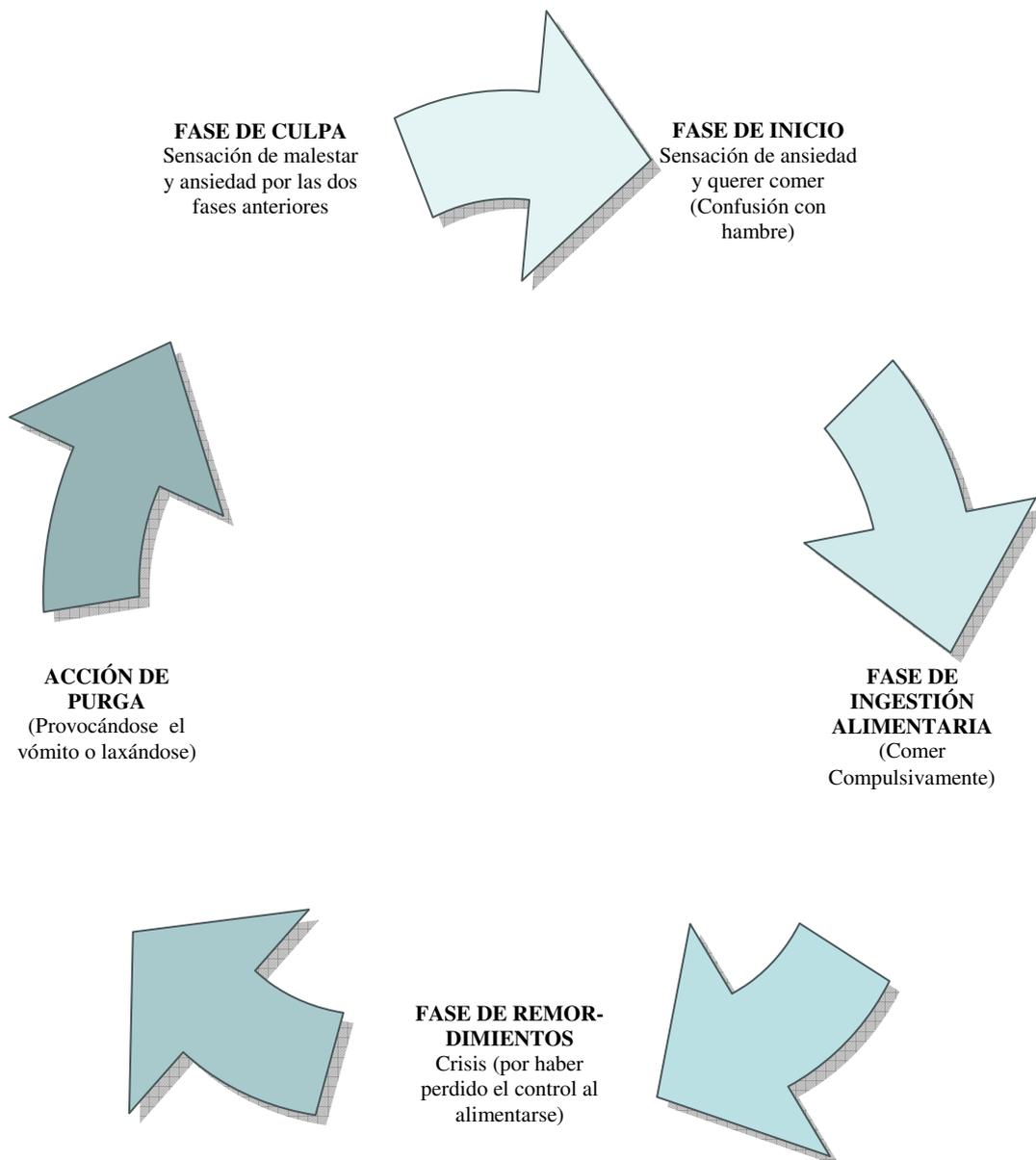
En esta enfermedad intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales que distorsionan la visión que el enfermo tiene de sí mismo, gordo aun cuando su peso sea normal, por gran temor ser rechazado o repudiado por su gordura.

Generalmente la bulimia se manifiesta tras haber realizado numerosas dietas sin control médico. La limitación de los alimentos impuesta por el propio enfermo le lleva a experimentar ansiedad que calma con atracones (Abraham, Op. Cit).

En el DSM-IV *Bulimia nerviosa* se define: Por la presencia de atracones recurrentes, conductas compensatorias inapropiadas con el fin de perder peso (al menos dos veces por semana por un período de tres meses), provocación de vómitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, fármacos, ayuno o ejercicio excesivo.

Asimismo, cuando una persona tiene bulimia se producen en ella cambios físicos y emocionales (depresión, ansiedad o irritabilidad). Estas personas no sienten ningún placer al comer, ni tienen preferencias en cuanto al tipo de alimentos, sólo buscan saciarse. Intentan evitar los lugares en los que hay mucha comida y procuran comer solos. Su comportamiento suele ser asocial, tienden a aislarse y la comida es su único tema de conversación, (Ver **Figura 1**).

FIGURA 1. CUADRO CLÍNICO QUE PRESENTA LA PERSONA CON BULIMIA:



En cuanto a los signos que evidencian las personas bulímicas se encuentran:

- Hinchazón del rostro por el aumento de las glándulas salivales y parótidas.
- Sangrados bucales y pérdida de piezas dentales.
- Pérdida de cabello.
- Irregularidades menstruales.
- Bruscas oscilaciones de peso (5 a 10 Kg).
- Pequeñas rupturas vasculares en la cara (bajo los ojos) y cuerpo (moretones).
- Irritación crónica de la garganta.

Los síntomas de quien padece bulimia son:

- La sensación de debilidad
- Dolores de cabeza.
- Mareos.
- Fatiga y dolores musculares.

Existen patrones de conducta característicos de la bulimia:

- Preocupación por la comida (habla de calorías, dietas, su peso...).
- Esconde comida.
- Expresa constantemente su miedo a engordar.
- Acude al baño después de comer.
- Abusa de laxantes, diuréticos o fármacos para adelgazar.
- Realiza regímenes alimenticios muy rigurosos.
- Labilidad emocional (depresión, sentimientos de culpa u odio a sí mismo, tristeza, sensación de descontrol...etc.)
- Severa autocrítica y constante urgencia de recibir la aprobación de los demás respecto a su persona.
- Cambios en la autoestima en relación al peso corporal.

Las personas con bulimia suelen ser “conscientes” de las anomalías de su comportamiento, pero se sienten incapaces de remediarlo. Suelen sentir autodesprecio y depresión, inseguridad y culpa después de cada crisis que generan un malestar general en la persona, a nivel físico y emocional.

1.4.6.1 ¿Qué efectos produce la bulimia?.

Además de las consecuencias a nivel fisiológico que deforman el cuerpo existen otras menos obvias pero que, de igual forma, repercuten en todas las relaciones que la persona afectada establece con el mundo.

1.4.6.1.1 Efectos que produce la bulimia en el cuerpo.

Los procesos de *sensación y percepción* juegan un papel muy importante en las funciones del organismo porque a través de éstos es que podemos crear una interpretación del mundo circundante, de manera que podamos actuar de acuerdo a las condiciones y necesidades que se nos presenten, sin los sistemas sensoriales (visión, audición, olfato, gusto, sensibilidad cutánea y el sentido cinestésico) que son el puente entre el cuerpo de la persona con el mundo, no podríamos dar vida a nuestra experiencia personal; sin embargo las experiencias perceptuales dependen también de nuestro aprendizaje, por lo que comprender los efectos que produce la bulimia en el organismo nos da una idea de las consecuencias del trastorno a otros niveles.

En primera instancia todo el ciclo que vive la persona con bulimia se refleja en su *percepción corporal*, pues se altera a medida que avanza el trastorno, pero también porque el cuerpo sufre cambios constantes y de forma muy dramática, aunque la persona no se Da Cuenta (DC) de ellos, por bruscos que sean, ocasionando una *alteración perceptual*, la persona experimenta un gran desconcierto pues no puede reconocerse a través de “ese” cuerpo, le resulta difícil determinar cómo es y cómo experimenta lo que vive con ella misma y con los demás, de tal modo que se “percibe” a sí misma como alguien que no *Es*; es decir, cómo alguien que los demás pueden ver pero que ella no puede ver.

Estas imágenes muestran algunas de las alteraciones corporales que se observan en el cuerpo de la persona que tiene bulimia:



A



B

Las fotografías A y B muestran el daño a las encías ocasionado por los constantes vómitos.



C



D

La fotografía C refleja las marcas en los pies debido al uso constante de laxantes (por la pérdida de potasio) y la fotografía D muestra la hinchazón y abultamiento del estómago de una persona que padeció bulimia.



E



F

Finalmente en las fotografías E y F se observa la flacidez de la piel debido a las bruscas oscilaciones de peso.

Estos efectos corporales ocasionan que la persona tenga dudas acerca de lo que “ve”, ya no está segura de que la imagen que se refleja en el espejo sea suya.

Por otra parte la persona con bulimia se “*cre*” gorda y atiende el ***Introyecto*** “*deber ser delgada*”⁷, antes que a las propias sensaciones y necesidades enfocando su *atención* a lo que “*debe de ser*” y no a lo que “*Es*”, perdiendo *conciencia de su cuerpo* y lo más importante *dudará* acerca de ¿Qué es en realidad lo que siente o percibe?.

En este sentido las consecuencias que se producen en la persona que presenta bulimia se pueden entender como ***cicatrices*** de dos tipos: El primero, cicatrices corporales, en el sentido literal ya que el cuerpo se lastima y quedan marcas en él (estrías, celulitis, flacidez en la piel, caries, lesiones en el esófago y estómago). El segundo, porque al cambiar el cuerpo se alteran también ***sus funciones***, desde las más básicas (como la sensación) hasta las más complejas (como la percepción), por lo que acciones tan indispensables para la vida como la alimentación se modifican, a tal grado que la persona confunde la sensación de hambre con “ansiedad”, y consecuentemente se alteran las emociones, la memoria, el aprendizaje, el lenguaje y el pensamiento. (Herder, 2002).

Así, la cicatriz más significativa queda en **la autoestima** de la persona, pues cambia la valoración de su cuerpo, su autoconcepto, la imagen que tiene de ella misma decepcionándose y avergonzándose cada vez más de *Ser* como *Es*.

Esta percepción alterada, le dificulta a la persona bulímica llevar una vida normal y por ende aprende una nueva manera de satisfacer sus necesidades.

En este sentido, las sensaciones son experimentadas pero la persona no actúa congruente con ellas (satisfacer alguna necesidad), sino que *duda* de esa sensación y no la *atiende*, la *ignora*; por ejemplo cuando experimenta la sensación de hambre y no come.

⁷ Los *Introyectos* son experiencias que han sido impuestas y consisten en frases, reglas, mandatos, valores, creencias o acciones llevadas a cabo o impedidas que producen sensación de malestar. Se le reconoce por los “debo de ...” (Alcaraz, 2006). En el Capítulo 3 se ampliará este concepto.

Cuando la persona, no tiene claro lo que ve y lo que siente, fácilmente **sus sensaciones se confunden con pensamientos**, quien tiene bulimia dejará de “sentir” para pensar, actuando con base en los pensamientos (que no necesariamente son suyos) ignorando lo que siente, el pensamiento es algo de lo que no puede dudar, cosa que si sucede con sus sensaciones.

Si esto es así, la persona que tiene bulimia confunde la **sensación de hambre** con el **deseo de comer**, tampoco encuentra diferencias sutiles en los alimentos que consume; por ejemplo algo muy dulce de algo dulce, algo salado de algo ácido, etc. Los sentidos del gusto y el olfato (principalmente) se alteran, pues en cada atracción **engulle** toda clase de alimentos sin saborearlos, sin detenerse a percibir diferencias entre uno y otro.

También la percepción visual del propio cuerpo reflejado en un espejo se altera gravemente, la persona con bulimia observa su cuerpo en partes, y no como una totalidad, enfocándose en alguna parte que considera demasiado grande, como las caderas, los muslos, el estómago, los brazos, el busto o el rostro, calificándola como defecto, esta “apreciación” ya no le permite ver cómo es su complexión, o si la forma que tiene su cuerpo corresponde con su estatura o el tamaño de sus huesos, si su cuerpo se encuentra sano o no.

1.4.6.1.2 Efectos que produce la bulimia en la conducta.

La persona bulímica tiene una motivación urgente: bajar de peso, ser delgada y verse estéticamente perfecta, por lo que realiza conductas dirigidas hacia este objetivo, como no se siente de esta manera (porque se vive como una persona gorda), *sufre* en el intento por **Ser** delgada o lo que ella **cree** que no es.

La persona bulímica observa las características de los cuerpos de otras personas y hace comparaciones con base en las características que no posee, los demás “cuerpos” con los que se compara, pertenecen a mujeres *irreales* creadas por la mercadotecnia o que sencillamente son mujeres con cuerpos muy distintos a ella, sintiéndose mal consigo misma porque las características de su cuerpo no corresponden con las que ella *desearía* tener.

Las conductas de la persona que padece bulimia forman parte de un gran proceso. Me refiero en particular a las *conductas perfeccionistas* que *lastiman* la autoestima de la persona: *Cómo se percibe, cómo se habla y cómo se trata*.

Cohen (2002) habla de *conductas de autoexigencia*⁸ cuando la persona toma como referencia diferentes mensajes que se dirige a sí misma para actuar en el medio ambiente. Estos mensajes son distintas formas de autodevaluación y son los siguientes:

- **La Justificación.-** La persona se devalúa un “éxito” a través de la argumentación y /o fundamentación con datos externos. Ejemplos: “Me salió bien el escrito porque ya había estudiado el tema antes”, “salió más o menos bien porque tuve suerte”.
- **La Minimización.-** Se devalúa un logro propio quitándole importancia al compararlo con otra información. Ejemplo: “la verdad es que no es algo muy complicado, complicado hacerlo en otro idioma”, “si lo hice bien pero otros lo han hecho más rápido”, “me ascendieron de puesto, pero finalmente la coordinación no es tan importante como la dirección”.
- **El Negativismo.-** Se devalúa un logro tomando siempre de referencia las fallas que pueden presentarse o ya se presentaron. Ejemplo: “no voy a poder hacerlo, no tengo el conocimiento suficiente”, “me quedó muy mal, por más esfuerzo que invierto no me sale bien éste trabajo”.
- **La Paralización.-** Consiste en la detención involuntaria ante la exagerada autodemanda de las actividades. Las sensaciones pueden ser de vacío o embotellamiento. Ejemplo: “no he hecho nada, no sé que me pasa”, “tengo tanto que hacer y nada más no puedo sentarme a trabajar”.
- **La Anulación.-** El individuo simplemente no ve el logro. Ejemplo: una persona que trabaja constantemente todo el día y al final se queda con la sensación de no haber hecho nada.

⁸Aquellas conductas que se realizan con el objetivo de sobresalir pero que exigen perfección y en las cuales se evitan siempre los errores, generan frustración y un sentimiento de insatisfacción por lo que se hace.

Estos mensajes generan frustración y culpa por lo que se hace, ó se deja de hacer, la persona constantemente se siente poco capaz y teme a equivocarse:

- **“Debo Ser Perfecto”**.- Este mensaje puede reproducirse de diferentes maneras: “sé el mejor”, “no te equivoques”, “obtén el primer lugar”.
- **“Debo Ser Fuerte”**: Este mensaje manifiesta las variantes como “tú puedes solo”, “no necesitas a nadie”, “tu aguanta”, “demuéstrale a los demás que tú no lloras”.
- **“Debo Ser Rápido y Eficiente”**: Puede entenderse muy bien con la frase “no es cuando tu puedas, es cuando los demás lo necesitan”, “las obligaciones están primero”, “apúrate” y “haz las cosas bien y rápido”.
- **“Debo Ser Bueno”**: En este mensaje se anulan siempre las necesidades personales, anteponiendo las necesidades de otros. Ejemplo: “primero los demás” o “piensa en el otro y no seas egoísta” o “tienes que sacrificarte por el otro”, etc.

De ésta forma se van construyendo patrones de comportamiento que se reproducen sin ponerles atención, cuya base es la idea del “deber Ser”. Específicamente el mensaje global que gobierna el comportamiento de las personas bulímicas es el siguiente: **“Debo Ser Delgada”**.

Este mensaje manifiesta la fuerza del **deseo** que tiene para ella **Ser** aceptada por Los Otros pero la persona no lo percibe como un deseo sino como una **necesidad**⁹.

Por eso, cuando la persona actúa, para satisfacer esa “necesidad” se siente insatisfecha e inconforme, pues en realidad se trata de una **pseudonecesidades**¹⁰. La persona con bulimia tiene una carencia de afecto (necesidad) que se intenta satisfacer a través del reconocimiento de los demás (deseo), cuando hace todo lo posible para mantenerse delgada; ésta es la mejor repuesta que puede dar ante su dificultad para identificar lo que ella realmente *necesita*.

⁹ Cuando un organismo tiene una necesidad significa que “algo le falta”, carece de algo y por lo tanto se encuentra en desequilibrio. En tal situación de *carencia* el organismo buscará equilibrarse satisfaciendo la necesidad identificada actuando con base en ésta, si un organismo deja de atender una necesidad permanece en desequilibrio y muere (Sinay, 2002).

¹⁰ Que son “falsas” necesidades, surgen de una distorsión de la necesidad, por lo que no puede entenderse ni ser satisfecha; implica cumplir un *deseo* como si éste fuera una necesidad primordial. Las *pseudonecesidades* surgen ante la incapacidad de satisfacer auténticas necesidades. Este concepto se retomará en el Cap. 3.

Estas conductas impulsadas por el *deseo* de verse delgada se convierten en una “obsesión” para la persona que tiene bulimia y que sencillamente actúa con la finalidad de satisfacerlo con que ésta a su alcance.

1.4.6.1.3 Efectos que produce la bulimia en la familia.

Considerando que la familia es el primer contacto social que establecemos, es muy importante reconocer cómo es que el comportamiento obsesivo de la persona bulímica comienza cuando el deseo de reconocimiento de los demás se hace presente en las *actitudes* que va tomando; buscando obtener especialmente dentro de su familia, *afecto* y *aceptación*, esperando que los demás hagan por ella lo que le corresponde también hacer: aceptarse como es sin condiciones; por ello éste T.A tiene efectos muy importantes en el ámbito familiar .

Cuando la persona con bulimia tiene problemas en este entorno difícilmente los resolverá por sí misma, esperará que la situación cambie, pues no sabe como pedir o demandar lo que necesita, por lo tanto, espera “algo”, buscando de algún modo satisfacer sus necesidades a través del Otro pues le resulta más fácil.

Así, sentirse protegida es un deseo constante, por ello busca satisfacerlo a cualquier precio, pero siente temor al exponerse al mundo y expresar esas demandas, no tiene los medios suficientes para hacerlo, (no reconoce lo que siente). Además cree que no tiene las habilidades necesarias para sostenerse por sí misma, no confía en sí misma, no está segura de lo que la rodea y lo que puede obtener del medio; resulta así más fácil atender y satisfacer las necesidades y demandas de los demás, que no son tan confusas, aún a costa del propio bienestar.

La bulimia en la familia, produce efectos de importancia, pues existe un alejamiento con los padres, la enferma al no poder pedir lo que necesita se vuelve irritable en su relación familiar, la gran falta de afecto que siente por parte de sus padres la impulsa a buscar el reconocimiento de los demás, y la manera de conseguirlo es *manipulando* su forma de comer y manteniendo conductas obsesivas (Abraham, 1994).

Así la bulimia representa **inseguridad y desconfianza** en todos los sentidos, pues generalmente quien la padece proviene de una familia donde los padres son sobreprotectores, los hijos se adaptan a esta forma de relacionarse, obteniendo reconocimiento y afecto de los demás a costa de su bienestar e independencia, ese estilo de vida incluye los *introyectos* del núcleo familiar: “deber ser” o “tener que ser como”.

Generalmente los padres de la persona que padece bulimia, cuando se han percatado de la existencia del trastorno experimentan sentimientos impotencia, se sienten engañados, culpables, pues consideran que no han tenido la autoridad suficiente o adecuada con ella como para obligarla a comer o para hacer que recapacite y deje el trastorno (Ducker, Op. Cit).

Así, la relación que mantiene la persona bulímica con sus familiares desempeña una función importante en el mantenimiento del trastorno pues primordialmente es de este ámbito donde busca el mayor reconocimiento pues son las relaciones sociales más significativas. Sin embargo, en el estudio de los T.A casi no se ha investigado acerca de otro tipo de relación familiar que no sea entre padres e hijos como las que ocurren entre hermanos u otros parientes.

1.4.6.1.4 Efectos que produce la bulimia en la pareja.

La relación de pareja refleja sin duda, el bajo grado de autoestima que tiene la persona bulímica hacia sí misma.

La relación de pareja que llega a establecer una persona con algún T.A reflejará dependencia, violencia física y psicológica que se establecen por la falta de afecto propio: al buscar el reconocimiento del Otro satisface los deseos de su pareja, sin DC de su condición y hace “todo” para no estar sola, soportando lo que no le gusta o lo que la daña a cambio de un poco de reconocimiento o amor volviéndose una relación **violenta.**

Hay varios tipos de violencia que se observan en las relaciones de pareja (Hemken, 2005):

- **Física:** Consiste en golpes, jalones, cachetadas, patadas, estrangulamiento, asfixia, pellizcos, mordidas, sustancias arrojadas, jalones de cabello, golpes con armas u objetos, así como marcas que se pueden hacer en el cuerpo.
- **Psicológica o emocional:** Sucede cuando hacen sentir inferior o culpable a la víctima utilizando frases que la acusan, la critican o la juzgan debido a su aspecto físico, a sus actitudes, acciones, formas de pensar o por emitir alguna opinión; también cuando se burlan de ella, la humillan, la insultan, le gritan, la ignoran, la comparan, *acosando u hostigando*¹¹, cuando la avergüenzan delante de otros y le reprochan errores con frecuencia, devaluando sus logros, y manipulando a través de todo esto su conducta, prohibiendo, controlando y limitando sus acciones.
- **Sexual:** Obligar a la persona a tener relaciones sexuales o a manipular su cuerpo o el de alguien más, buscando el placer usando la fuerza o el chantaje para que la persona acceda a ver, escuchar o hacer algo que no desea de índole sexual, satisfaciéndolo en lugares y momentos inoportunos atentando contra la voluntad e integridad de la persona.
- **Económica:** El agresor ejerce control porque la víctima depende de alguna “protección” económica o material de él, controlando cada gasto que necesita, administrando o limitando los ingresos de la otra persona.
- **Abandono:** Sucede cuando la persona se desentiende moral o socialmente de las responsabilidades que le corresponden en la relación, imponiendo su responsabilidad a alguien más, es más frecuente cuando existen hijos.

Considerando que las dos primeras características de violencia se presentan generalmente en las relaciones de pareja que establecen las personas que padecen algún T.A, y éstas son más que un *ajuste creativo*, pues es un reflejo de las constantes carencias que percibe de sí misma. Así cuando establece una relación de pareja donde se siente infeliz, sola e insatisfecha, prefiere mantenerla esperando a que cambie en lugar de finalizarla pues no sabe como hacerlo, confundiendo más sus sensaciones y sentimientos, desconociendo lo que necesita.

¹¹ Es otra forma de violencia psicológica y el acoso puede ser persiguiendo constantemente a la víctima en forma directa, por vía telefónica o espiándola.

De tal manera que la relación de pareja refleja inseguridad y temor ante el Otro, ante su incapacidad para ser independiente, defenderse, poner límites y *Ser* responsable de sí misma.

Finalmente, la relación de pareja es también una consecuencia de *la negación de la experiencia corporal* que muestra la persona con algún T.A¹². Muchas de las personas que tienen su *sí mismo* negado y que por consiguiente no se identifican con su cuerpo (¿cómo puedo ser yo así?) como sucede con las personas que padecen bulimia se relacionan amorosamente con personas que *abusan de ellas* por medio de cualquier tipo de violencia, buscan afecto pero con este tipo de relaciones **sienten** y encuentran **dolor**, experiencia de la cual no tienen duda y con la cual han aprendido a funcionar, así como sucede con la vivencia de su trastorno.

1.4.6.1.5 Efectos que produce la bulimia en la sociedad.

Resulta interesante prestar atención la forma en que muchas personas jóvenes *perciben* su cuerpo, principalmente la visión femenina, pues gracias a los *introyectos* que indican como “*debe Ser una mujer bella*”, se construyen ciertos *estereotipos* de belleza que son una fuerte influencia en el comportamiento, la apariencia y roles que no sólo muchas mujeres toman en cuenta, sino también muchos hombres, reflejando diversos ámbitos de su vida, las grandes dificultades de autoaceptación que surgen ante la falta de autoreconocimiento y autoestima.

Esto produce un gran impacto a nivel social, porque no sólo implica reconocer a los T.A como una dramática enfermedad; sino que sus efectos son parte de la **cultura**, pues la construcción de nuevos comportamientos, roles, actitudes y hasta lenguaje, irán determinando o caracterizando los distintos momentos en la historia de una sociedad.

Los nuevos *valores* especifican tajantemente a las generaciones que crecen, se educan y desenvuelven en tal sociedad, los patrones de comportamiento que “deben” asumir para satisfacer deseos y no necesidades, propiciando enajenación y violencia social.

¹²La *experiencia corporal* es una manifestación del sí mismo es decir de lo que yo soy, implica la aceptación y el reconocimiento de nuestras sensaciones y de nuestra identidad a través de nuestro cuerpo, cuando vivimos la experiencia corporal como propia entonces percibimos, sentimos y *reconocemos* lo que necesitamos (Kepner, 2000).

Imaginemos como es la vida de bulímica que vive con base en creencias con las que ha crecido y que no ha podido asimilar: “alguien que se despierta y se acuesta contando calorías, que la mayor parte de su tiempo se la pasa pensando en cómo ocultar sus purgas o como conseguir laxantes, que odia los espejos y la hora de comer, que sufre vivir como gorda o que tiene a la mano la cinta métrica para comprobar sus medidas”, cuando se padece un T.A como la bulimia, los valores se viven y se sufren, construyendo una gran desensibilización individual y social pues este trastorno, ya no simplemente implica a unas cuantas jóvenes, si nos DC implica a familias enteras y sociedades, pues la misma ha creado a través de sus valores una apatía por la salud y el desarrollo, no basta con conocerla y prevenirla es importante llegar a comprenderla en profundidad, es un fenómeno *histórico* que no está lejos de ser un problema de salud pública, la nutrición y la bulimia son las dos caras de la moneda, al investigar el desorden alimenticio llamado bulimia hablamos de un por lo que es importante conocer los factores etiológicos que enmarcan la bulimia.

CAPÍTULO 2. FACTORES ETIOLÓGICOS.

Comprender cómo construye la persona su T.A nos permitirá abordarla como un ajuste que la persona realiza para recuperar el equilibrio de su organismo. En la bulimia intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales que distorsionan la percepción que la persona tiene de sí misma, respondiendo compulsivamente con un gran temor al rechazo social debido a su aspecto físico. A continuación se describen los factores que intervienen en la construcción de ésta enfermedad para poder determinar su función:

2.1 Edad.

Se ha observado que los T.A se desarrollan principalmente en la adolescencia, edad en la cual los cambios corporales, emocionales y sociales hacen difícil notar los cambios significativos que ocurren en la conducta de la persona con bulimia, esto dificulta el diagnóstico, estudios realizados por Bercley (2000) revelan que el 90% de los casos de las pacientes con T.A son mujeres adolescentes. Las edades en que se presentan van de los 13 a los 24 años, siendo la edad promedio 19 años. Los T.A. más comunes son la bulimia y la anorexia, siendo más común la bulimia. (Ruiz, 2005).

Escobar (1992) encontró en sus investigaciones que la prevalencia de bulimia entre adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 5%, sin embargo los trastornos de la alimentación están presentes en la población en general, la bulimia en particular muestra evidencias de que no solamente en la etapa adolescente se pueden presentar.

En la adolescencia se *reestructura* la identidad y se *reorganiza* el *self*¹, el hecho de adaptarse a un “nuevo cuerpo” y a todos los cambios que ocurren en él implica mucho más que *crecimiento* físico; la transformación del cuerpo *simboliza* el término de una etapa y el comienzo de otra que implica *madurez* y responsabilidad tanto con los Otros consigo mismo.

¹ Llamado también el *sí mismo*, es el sistema de contactos o interacciones con el entorno (Kepner, 2000), podemos considerar al sí mismo como el integrador de nuestra experiencia.

El adolescente siente ansiedad y experimenta dudas respecto a todo, a su futuro, a sí mismo definiendo poco a poco su identidad, haciéndose partícipe de la sociedad. Meza (1998) considera que este desarrollo implica la búsqueda de identidad terminando con la integración y el renacer del *self*.

Estos cambios de por sí resultan complicados y cuando existe un T.A la adolescente siente que le faltan habilidades para manejarlos y el “control” de estas intensas sensaciones le da seguridad.

Para la adolescente con bulimia, el “debe de ser” está en todos lados, la sociedad le indica siempre como “debe verse”, los T.A son una reacción a la *corporalidad* que experimenta ante estos mandatos; la persona con bulimia desearía parecerse al estereotipo de belleza imperante para sentirse identificada con algo que comprenda y acepte.

En México se creó la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de Nutrición, donde se han atendido casos de bulimia en niñas de 8 años y mujeres de 35, de todos los niveles socioeconómicos (Zuribán, 2000). Lo que quiere decir que el padecimiento de algún T.A no es exclusivo de adolescentes, aunque sea la adolescencia una etapa particularmente vulnerable.

Entre la población adolescente, la “importancia de ser delgado” es cada vez más común, una investigación realizada al respecto por Ríos (2000), manifiesta la inquietud por perder peso para lograr tener un “cuerpo ideal”, en edades tempranas, pues un 65% de pre-adolescentes de 9-12 años consideran que tener una figura esbelta es mucho más atractivo y tener un cuerpo delgado es lo de hoy para verse “saludable”.

2.2 Género Y Sexo.

La población femenina y sobretodo las personas jóvenes se observan estos padecimientos, con frecuencia que entre los varones; sin embargo, casi no se ha investigado la causa de este fenómeno de género.

La población femenina ocupa el 95% de los casos (Herscovici, 1997). Recientemente se publicó un artículo (Hernández, 2003) acerca de los T.A que están afectando a la población femenina de la Ciudad de México, donde se enfatiza poner atención a las conductas nocivas que realizan muchas jóvenes para llegar a ser delgadas, dicho artículo menciona que las tuberías de acero galvanizado del drenaje de la Universidad Iberoamericana, sufrieron continuas fugas de agua. Al hacer una revisión, los especialistas detectaron que el problema se originaba en el baño de mujeres. Concluyeron que el ácido gástrico que se acumulaba en los excusados, proveniente del vómito de decenas de estudiantes bulímicas picó las tuberías, pues el daño al metal no pudo ocurrir de otra forma. Esto al menos en la población femenina; sin embargo, recientemente se han observado en hombres, trastornos de este tipo, aspecto que no se conocía porque la mayoría de los casos permanecen ocultos incluso ante los mismos familiares del enfermo y por lo tanto no llega a atenderse este desorden.

Si bien los T.A se han observado mucho más en mujeres que en hombres, también es cierto que cada vez se hace más notorio que los hombres sean blanco de las presiones sociales respecto a mantener una figura esbelta. El porcentaje de varones ha aumentado de un 5% a un 10% en los últimos cinco años en países desarrollados (Crispo, 1996).

En los hombres el objetivo de bajar de peso es en cierta forma distinto, a diferencia de las mujeres, pues las mujeres buscan bajar de peso, pretendiendo verse igual que el estándar de belleza norteamericana o europea (cuerpos extremadamente delgados, sin mucho tejido adiposo y con musculatura ligeramente marcada) o reducir tallas; en cambio los hombres desean perder peso para modificar sólo alguna parte específica de su cuerpo, deseando marcar más su musculatura y sin la idea de querer cambiar totalmente.

El sector gay masculino es el que más seriamente se ve afectado por los T.A, pues consideran como un *valor* muy apreciado (en el otro y en sí mismos) la *delgadez* y estética del cuerpo (Rausch, 1990).

Los hombres que padecen algún TA, a diferencia de las mujeres, ocultan con mayor facilidad su padecimiento, pues su distribución de masa corporal y grasa es diferente al de la mujer, además su metabolismo es con frecuencia más rápido y los cambios en su

cuerpo no resultan muy obvios, haciendo más difícil de atender y detectar el trastorno. Éste problema es sumamente subestimado en la población masculina, específicamente cuando los hombres padecen bulimia, pues son estratégicamente capaces de ocultar sus purgaciones sin mencionar que su forma de comer aparentemente resulta normal. Finalmente se considera que por cada 100 mujeres que padecen bulimia o anorexia 2 hombres muestran algunos de los 2 trastornos alimenticios (Rausch, Op. Cit.).

2.3 Factores Biológicos.

Otro tipo de factores relacionados con los T.A son de tipo orgánico como el sistema neurológico, endocrino y la herencia genética.

Es de interés específico la función del *hipotálamo*, el cual regula a la glándula pituitaria, su funcionamiento se relaciona con la secreción hormonal y el apetito. Las personas con daño en el hipotálamo tienden a tener síntomas de anorexia, además tienen una mayor producción de las hormonas esteroideas relacionadas con el estrés, que a la vez reducen los neuropéptidos que son estimulantes de la respuesta a la alimentación (Turón, 1997). El sistema hipotálamo-pituitario se altera bruscamente cuando se padece anorexia (Walsh, 1997), el ciclo menstrual se detiene, debido a la malnutrición severa del organismo.

El código genético también puede relacionarse con este tipo de trastornos, Carrasco (2000) argumenta que la anorexia es ocho veces más común en las personas que tienen parientes con el trastorno que en personas que no tiene antecedentes familiares. Sin embargo, considero que el aspecto aprendizaje es el factor clave para determinar que estos trastornos se presenten en la misma familia pues es en ella donde se establece la relación social más significativa y donde se aprenden aspectos que pueden fortalecer los vínculos entre las personas como los valores (en este caso la delgadez del cuerpo); **Si** esto es así, es probable que quien padezca bulimia o cualquier otro T.A se relacione con algún familiar que tenga el mismo T.A o algún otro y hasta con algún amigo que también lo presente.

Aunque se piensa que ciertos rasgos hereditarios como los trastornos de la personalidad, la vulnerabilidad a la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, la propensión a la obesidad; aún no se ha determinado completamente el papel que juega la cuestión genética en los T.A, por lo que es preciso contemplar otro tipo de factores que permiten explicar con mayor claridad de qué forma y en que medida la persona se enferma.

2.4 Nivel socioeconómico.

Uno de ellos es la relación entre una persona y su socioeconómico que determinará como es la relación que tiene la persona con el alimento, pues consideremos que no siempre coincidirá elegir el tipo de dieta que se desea con el que se consume, ya sea por la distribución, escasez o exceso de producción de un alimento o por otras razones de tipo económico; en éste sentido es los diferentes mensajes de los medios de comunicación son una influencia decisiva en la manera de alimentarse de las personas, estableciendo hábitos alimenticios inadecuados y en consecuencia incrementando la probabilidad de padecer algún T.A.

En particular la publicidad de *productos light*, que abundan en el contexto de la persona con bulimia. Estos productos tienen un costo más elevado que les confiere cualidades y ventajas que la persona con bulimia utiliza para mantener su trastorno. Por ejemplo, promete un cuerpo delgado sin esfuerzo, le dan cierto estatus a la persona que los consume pues solamente en ciertos lugares finos los distribuyen, la persona puede consumir “todo lo que quiera”, sin el *remordimiento* de subir de peso. Por otra parte, los productos *light* le prometen algo más, le indican que es una persona “bella” y que “se cuida”. La publicidad le dice que éstos productos son *nutritivos* por el simple hecho de reducir el número de calorías, pero las personas que los consumen y la forma de consumirlos no siempre llevarán a la nutrición; muchas personas consideran **ciertos** todos los mensajes publicitarios respecto a la “salud” y el “cuidado” del cuerpo.

Así la relación que se establece con el alimento es mediada por los mensajes que recibe la persona. El nivel socioeconómico es entonces, un factor relacionado con la bulimia. Los niveles medio y medio-alto (Conger, 1999) tienen posibilidades de consumir productos *light* fácilmente y de forma frecuente. El contacto excesivo con medios como la televisión, el cine, las revistas o internet, al ser medios fundamentalmente visuales en

los que se proyectan imágenes relacionadas con la estética del cuerpo, enaltecen constantemente la delgadez y venden productos para conseguirla, aunque también estimulan en sus consumidores el desarrollo de T.A.

El socioeconómico, de alguna forma determinará la forma de alimentarse, pero no necesariamente se tendrá el nivel de vida que la publicidad marca cómo ideal, por ejemplo aunque se pretenda seguir los hábitos alimenticios que indican los medios publicitarios, si la economía limita a una familia a seguir una dieta de tipo mestiza o con influencia occidental (que son las más comunes en nuestro país). Entonces un nivel socioeconómico bajo tendrá menores probabilidades a desarrollar T.A. pues no tendrá recursos económicos para acceder a los productos y servicios ligh.

2.5 El factor psicológico.

No hay una causa única de los T.A., las presiones culturales y familiares, los desajustes emocionales y los trastornos de la personalidad interactúan en el proceso de la bulimia.

Las personas que la padecen, muestran rasgos generales caracterizados por ciertos comportamientos, actitudes, pensamientos y emociones vinculados con el peso corporal y con la comida. Cada trastorno tiene rasgos característicos del mismo modo el perfil psicológico de las personas que padecen bulimia es distinto en cada caso. No obstante, por lo general tienen miedo de perder el control en su forma de comer, considerando que van a engordar, exhiben una tendencia al control de su cuerpo a través de la comida. La bulímica no permite que las cosas no estén bajo sus condiciones, y tienen gran dificultad para ensayar alternativas, tienen comportamientos perfeccionistas. Tratan de ser el centro de atención, generalmente son primogénitas o las hijas menores únicas, son poco independientes y piensan que lo que les ocurre es por culpa del Otro y no que es su responsabilidad, se empeñan en complacer a los demás e intentan superar las expectativas que los demás tienen de ellas. Muestran un alto sentido empático y tienden a ayudar a los demás, estableciendo relaciones dependientes con la familia sobre todo con sus padres; cuando establecen relaciones de pareja muestran tendencia a relaciones violentas y conflictivas con personas que tienen alguna adicción, conductas delictivas, de rebeldía hacia la autoridad o que constantemente tienen accidentes. Aunque estas conductas también las pueden realizar ellas.

Algunos estudios muestran que muchas personas se lastiman físicamente, quemándose brazos, piernas o manos con cigarrillos o cortándose con navajas de rasurar, trocitos de vidrio o algún objeto puntiagudo, también se rasguñan o pellizcan ellas mismas (Ducker, 1995).

Por otra parte, la bulímica prefiere no hacer cambios muy bruscos y trata de mantener “todo bajo control” aunque no se sienta satisfecha con lo que hace, tiene miedo constante a fracasar. Muchas de estas personas recibieron una crianza con base en el miedo, haciendo a éstas personas manipulables y manipuladoras. Proviene de familias donde la autoridad con alguno de los padres es exageradamente rígida, con sobreprotección, la mayoría sienten haber sido explotadas y no haber vivido una vida propia.

Un 40% de los T.A están acompañados por depresión (Turón, Op. Cit), ansiedad o bien trastornos obsesivos compulsivos, cerca de 25% de los pacientes pueden volverse obsesivos con el orden, la limpieza o el ejercicio (Carrasco, Op. Cit.). Aunque pueden reconocer que sus pensamientos obsesivos, comportamientos ritualizados, no tienen sentido y que son hasta peligrosos, no pueden detenerlos a pesar de sus esfuerzos.

2.6 La Educación: El Aprendizaje.

La *educación*² desempeña un papel fundamental para construir la realidad en que vivimos, a través de ella se forman hábitos y se establecen *valores* y formas de vida (Savater, 1997). Buena parte de nuestros conocimientos más elementales los adquirimos frotándonos *grata o dolorosamente* con las realidades del mundo que nos rodea, de tal manera que *aprehendemos* compartiendo todo lo que sabemos y vivimos. Esto dependerá de diferentes factores como: quién nos proporcionará la educación (padres, abuelos, maestros, educadores, los medios de comunicación, las instituciones, el estado, las organizaciones religiosas, la comunidad), también depende de la economía del país, las características físicas o psicológicas, la edad, la cultura, el método de aprendizaje que se utilice, etc.

² Es un proceso constante de desarrollo humano en el que el individuo se forma en la sociedad para adquirir la autonomía y libertad (Morin, 1999).

La educación que han recibido las personas con T.A es muy exigente y vive exaltando valores como: la perfección, la puntualidad, la limpieza, “la moral”, el orden, el cumplimiento, la resistencia y por supuesto la “belleza del cuerpo”.

Gran parte de ésta **educación** se transmite por medio del lenguaje, con frases como: “*si no haces...entonces ya no te voy a querer*”, “*si no eres niña buena entonces ya no te quiero*”, “*las niñas bonitas no lloran*”, etcétera; estas frases valoran a la persona siempre y cuando haga o diga lo que le mandan, buscando la aceptación de los demás, es la forma en cómo se valora a sí misma y cómo valorará a los demás; pero de forma específica es cómo ella siente que los demás la valoran: “*Niña buena o niña mala*”, “*obediente o desobediente*”, “*delgada y bella*” o “*gorda y fea*”, no es para sí misma sino para los demás. La niña crece con éste tipo de ideas que condicionan el afecto y la atención que los demás le dan, afectando su comportamiento.

La forma de **alimentarse** es un aspecto fundamental que también se aprende, la forma de comer es sin duda un hábito que se desarrolla en la familia y que determinará gran parte de su personalidad (Perls, 1975), la forma de alimentarse difícilmente cambia ya que a la persona se le “educa” en la mesa, enseñándole lo que se “debe hacer”, el tipo de alimentos que se consumen, en qué momentos y en qué cantidades siguiendo pautas **culturalmente transmitidas** por ejemplo “*no se deben subir los codos en la mesa*”, “*no se debe hablar con el bocado*”, “*no desperdicies la comida*”, “*termínate todo*”. Las personas con T.A. recibieron este tipo de educación: “*no te levantas de la mesa hasta que termines todo lo que te dieron*”, “*no me importa si te gusta o no, te lo comes*”, esto sucede en las familias mexicanas con patrones de crianza muy estrictos, donde se padece o ha padecido obesidad. La comida también se usa como “soborno”, “*si haces lo que te ordené entonces te compro un dulce*”, “*te portaste mal, hoy no hay postre*”, alrededor de éstas frases existen **costumbres y valores** que determinan el **significado** del alimento.

Un factor clave que se relaciona con lo anterior es la **utilidad** de estas frases; es decir *para qué* sirven todas estas reglas en la mesa.

La persona con bulimia, ha aprendido otro significado de la comida, aprende que la hora de la comida es forzosa y hace de ésta parte de sus valores; así la comida va adquiriendo

significado, pues cuando come no sólo recibe **alimento** su cuerpo también se alimenta en el sentido emocional porque obtiene atención del otro, recibe elogios, compañía y **afecto o rechazo**, sólo que no se DC de cómo lo recibe. Sí come todo lo que le dan, le dirán lo que ella *quiere* escuchar: “*muy bien, eres un niña educada*” o “*qué bonita, te comes todo*” o en su defecto *obtiene* cosas que la hacen sentirse bien, de manera literal; por ejemplo, cuando le dan postre o algún otro “premio”, de tal forma que la alimentación adquiere significados distintos según el caso. Con la persona bulímica el aprendizaje acerca de la alimentación es simple ingerir todo “sin asimilarlo”, cuando come todo, la premian, la atienden, **la quieren** o la elogian, aprende que esto es un premio por haberse comido todo, aun cuando ya esté satisfecha o no le gusta lo que come, obligándose a terminar lo que le dan, así la alimentación y la comida llegarán a ser el medio para obtener afecto, compañía y atención.

Por otra parte la persona con T.A deja de comer para *engullir* y se forman poco a poco *hábitos*, por ejemplo: comer de prisa, disfrazar el sabor natural de los alimentos con aderezos pues de otro modo no los comería, se lleva bocados de manera continua sin saborearlos, realiza alguna otra cosa mientras está comiendo; sin DC de lo que hace. Poco a poco la persona va aprendiendo que comer es algo agradable, pero no por satisfacer su hambre y nutrirse, sino porque siente que “*está acompañada*”, aprende que la **comida** es igual a compañía, el alimento se relaciona con **situaciones agradables o desagradables** como la compañía, el afecto o la atención, o bien con emociones como la tristeza, el enojo o la ansiedad; así la persona *no percibe* la diferencia entre sus distintas sensaciones y emociones, por esto más tarde cuando la persona crece puede comer por angustia (como sucede en la bulimia) come por enojo o tristeza o bien deja de hacerlo, la comida tiene una función: es **un símbolo**.

Sin embargo, aún existen otros factores relacionados con la educación y **aprendizaje**.

La **educación sexual** que se transmite en México “hace énfasis” en la forma de percibir nuestro cuerpo, porque se **evita** hablar del tema, no se habla desde la niñez, sino hasta la etapa adolescente, después no hay continuidad y las dudas que surgen atemorizan. Y cuando se habla se hace de manera incomoda y con mentiras, culpa o vergüenza; de tal modo que nuestra **corporalidad** se encaminan a la **negación** de nosotros mismos como seres sexuados, dificultando la aceptación y el reconocimiento de nuestro cuerpo.

En las personas con bulimia los cambios corporales se perciben como “gordo, feo o desagradable”, las cualidades “inaceptables” que contradicen los valores y normas que ha introyectado, de modo que no hay coincidencia entre lo que “debe ser” y lo que se *Es*, por tanto no se da la posibilidad de explorarse, conocerse y mucho menos aceptarse, por eso no les gusta lo que ven en el espejo.

En México la educación sexual enseña e incita a pensar, sentir y actuar de forma diferencial entre hombres y mujeres; por ejemplo, la transición para “convertirse en hombre” no siempre es tan traumática o dolorosa las mujeres, en cambio tienen una transición más dolorosa, pues el signo de que la niña ya es una mujer es la aparición de la menstruación, es un recordatorio de que en el futuro tienen una responsabilidad al existir la posibilidad de ser madres. En el hombre ésta idea de responsabilizarse y convertirse en padres no sucede así, o por lo menos no tan prematuramente como en una mujer; la cultura nos enseña que nuestro **cuerpo** es un **instrumento de control**, es un medio para manipular y reprimir *sensaciones* tanto placenteras como *dolorosas*, se enseña a ver la sexualidad y el cuerpo como algo ajeno y malo, y no como parte de la naturaleza humana.

Mucha de esta educación se basa en la *religiosidad*; por ejemplo, el *uso de frases* como: “*la comida no se desperdicia, Dios te va a castigar*”, “*comer demasiado es pecado*”, o bien respecto al sexo: “*no se debe comer carne en los días de guardar*”, “*las mujeres decentes no disfrutan del sexo*”, “*si tienes vida sexual eres una loca*” o “*la mente domina al cuerpo*”, etc. Estas frases en muchos casos influyen notoriamente en los comportamientos de las personas que padecen los T.A que son las más susceptibles a éste tipo de mensajes.

2.7 Estructura familiar.

Como se mencionó anteriormente la educación recibida en el contexto familiar tiene gran importancia para el padecimiento de algún desorden alimenticio, de forma general muestra las siguientes características: Incapacidad para la resolución inmediata de los conflictos, no asumen la responsabilidad ni enfrentan situaciones de cambio, evitan expresar lo que sienten o piensan por temor a lastimar a los demás o para evitar “problemas”, existe por parte de los padres sobre protección, rigidez y falta de

flexibilidad para encarar las situaciones nuevas o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de cada etapa del desarrollo de los hijos, existen antecedentes familiares que incluyen depresión, alcoholismo u obesidad y las expectativas de los padres son demasiado altas respecto a los hijos (Turón, Op.Cit).

El reconocimiento de los padres en todo lo que hace la persona con bulimia, es esencial para la aceptación y tratamiento del trastorno, pues la familia no deja de ser una relación tóxica en muchos sentidos. Por ejemplo, se ha observado que las madres de anoréxicas tienden estar demasiado involucradas en la vida de sus hijas estableciendo relaciones madre-hija de sobreprotección, mientras que las madres de bulímicas son críticas y desinteresadas (Carrasco, 2000). Sin embargo, aunque las madres pueden tener una influencia fuerte en sus hijas con T.A., los padres y los hermanos (primeras relaciones sociales con el sexo opuesto) también tienen gran influencia pues son excesivamente críticos, con lo que pueden influir para desarrollo de anorexia o bulimia, muchas veces esta relación resulta ser violenta (Escobar 1992).

Por otro lado, el cuidado de la apariencia física es un valor que se inculca desde la infancia, y el hecho de crecer en una familia donde el cuidado de la imagen externa es lo fundamental; por ejemplo, cuando la madre es actriz, modelo, o si su trabajo requiere una imagen impecable, donde la figura, el peso corporal o la opinión de los demás ocupan un lugar predominante en las preocupaciones de los adultos, favorece que la autoimagen corporal de la hija se distorsione severamente, induciéndola al T.A.

Así el ambiente familiar y sus características reflejan modos de vida que definen el ambiente social, en el cual se crea el “*culto a la imagen*”.

2.8 Ambiente social: La cultura de la imagen.

Las ocupaciones y actividades que realizan las personas día a día, forman parte de las influencias que determinan una condición como la bulimia, actividades como el modelaje, la actuación, el atletismo, la danza, el boxeo, el canotaje, el patinaje, el ciclismo y la gimnasia, son ya un factor de riesgo para padecer algún T.A, pues el redimiento físico en estas actividades depende de un cuerpo flexible y delgado; las estimaciones para las deportistas o bailarines de padecer T.A es de un 60% a 70%

(Herder, 2002) esto es así debido a que algunos entrenadores y maestros promueven la idea de hacer dietas especiales a sus alumnos para que éstos pierdan peso de manera rápida, buscando un mayor rendimiento en las competencias en las que son participes, aunque la idea de hacer dietas es que pierdan solamente tejido graso.

Además es un hecho que los entrenadores o maestros contemplan la participación del alumno en competencias o eventos solamente cuando llegan a determinado peso o talla³ controlando tajantemente su comportamiento y hábitos alimenticios, éste problema existe en el ámbito deportivo y artístico (danza o teatro).

México en la actualidad es un país donde se observa este fenómeno con más frecuencia, pues la *belleza del cuerpo* tiene que ver con el *estilo de vida* que algunas personas deciden llevar, esto se observaba más en las mujeres, pero también en los hombres *metro sexuales* (Chinchilla, 2003), cuyo estilo de vida fomenta el individualismo, la clasificación *del cuerpo*, la comercialización de valores, actitudes, intereses o *emociones*, ya que el **afecto** es el producto más cotizado y el capital con el que se cuenta es nuestra **corporalidad**.

De tal modo que nuestra cultura está experimentando las consecuencias de ese *sistema* del que es víctima⁴ y que describe su dependencia económica, tecnológica e ideológica con Estados Unidos, país en el que las patologías alimentarias son algo ordinario e inherente a esta **cultura de la imagen**.

Cuando la industria de la imagen corporal comienza a crecer y el mercado se empieza a interesar más en aquellos productos que prometen belleza y “cuidado del cuerpo” se comienzan a definir las características de las siguientes generaciones (AMAI, 2006)⁵. De este modo las generaciones de adolescentes de los años ochentas y noventas que resultaron presa fácil de esos cambios en la cultura donde la industria cosmética determinó un modo de vida.

³Exalumnos del Instituto Nacional de Bellas Artes y Escuela de Danza Nacional de México. (Entrevista número cinco y Anexo número 2).

⁴ *Un sistema es una organización* de diversas estructuras que es capaz de autorregularse, funciona cuando todos sus elementos se interrelacionan entre sí como una sociedad en la que todos sus elementos se interconectan y son importantes (Capra, 1996).

⁵ Asociación Mexicana de Agencias de Investigación (AMAI, 2006).

Pero, veamos ¿Qué otros aspectos culturales describen mejor el estilo de vida actual de en nuestro país? y ¿cómo es que a partir de esto se construyen los T.A?.

Sin duda, **la infraestructura y supraestructura** de México ha determinado en gran medida la **forma de vida** que hoy tenemos, haciéndonos testigos silenciosos de los diversos cambios experimentados en nuestra identidad como país, dificultando la tarea de *asimilar* el hecho de que una cultura extranjera está desplazando la que nos pertenece, a partir de la dependencia económica del estado mexicano.

Toda la profunda dinámica mundial en la que México se ha insertado ha cambiado sus riquezas *culturales*, materiales, sociales, *ideológicas*, o políticas; creando *pseudonecesidades* tan potentes que generaron una **reorganización** y con ésta, México arriesgó su identidad como nación, adoptando “atractivos” modelos económicos e ideológicos con “nuevos” valores, ideas y creencias cuyas consecuencias se reflejan en la **corporalidad** y en la estructura de pensamientos y sentimientos de cada uno de nosotros.

Este cambio se hizo definitivo y oficial cuando se firma el "Acuerdo Trilateral de Libre Comercio" entre México, Estados Unidos y Canadá, creando así el segundo mayor mercado del mundo, con más de 360 millones de consumidores (Blanco, 1996), estableciéndose una relación dependiente con la *modernidad y la tecnología occidental*.

Estos cambios económicos buscan satisfacer los nuevos **deseos y necesidades** de los mexicanos⁶, pero el desarrollo cultural e ideológico del país se limitará, pues se intercambiarán: personas por máquinas, la colectividad por el individualismo, la sensación por la razón, la necesidad por el deseo y el humanismo por la perfección. Todo un proceso, que genera nuevas pseudonecesidades que se solucionan de manera patológica, sugiriendo un estilo de vida donde se aprende y se enseña a convivir con **secretos, vergüenza y culpa**, reproduciendo *patrones* interminables de *desensibilización*.

⁶ La necesidad y el deseo son aspectos esencialmente humanos; sin embargo al experimentar necesidad se busca un restablecimiento del equilibrio (enfaticando al “Ser”) y cuando se busca realizar un deseo, los actos humanos (que tienen limitaciones) se intentan *perfeccionar*”, el deseo se opone al descanso, el cansancio es una limitación que postergaría ese deseo. Además el hombre puede seguir viviendo si no satisface un deseo pero si no satisface sus necesidades moriría.

Pero ¿cómo se relaciona esto con el concepto de *belleza* que pretende alcanzar la persona con T.A.?. Difícilmente se entendería esta relación sin un concepto clave como lo es la *estética*. Los siguientes apartados tienen un interés particular, pues a partir de éstos conceptos podremos entender como es que la persona que vive un T.A. construye su propia enfermedad.

2.9 La Estética.

Cuando nos referimos a algún T.A., conceptos como *estética* y *belleza* son cruciales para comprender la actitud de la persona con bulimia hacia sí misma a partir de su percepción corporal.

La *estética* es la disciplina que se dedica a reflexionar sobre el *significado de lo bello*, se considera *bello* a aquel elemento que pueda ser percibido por los sentidos y que evoque una *emoción* grata, el término enfatiza las características que debe poseer tal evento, tales como armonía, simetría, exactitud, proporción, orden y equilibrio.

Sin embargo, un *significado* no puede generalizarse, pues cada persona interpreta la realidad de forma distinta, éste significado es entonces un *conocer subjetivo* que satisface una de las necesidades más complejas del hombre que es la de **reflexionar acerca de la verdad** de las cosas, y de sí mismo, esto no podría suceder si no tuviera la capacidad de *apreciar*, la estética desarrolla ésta *cualidad humana* satisfaciendo una **necesidad del alma** (Markessini, 994).

Si consideramos que el interés del hombre por sí mismo está en su naturaleza, comprenderemos su interés en su cultura (su historia, su sociedad o su individualidad), dicho interés lo manifiesta el **arte**.

Al jerarquizar con base en un juicio de valor no sólo se valoriza algo, sino que también se construye un *contexto histórico* que *identifica* y reconoce de los demás aquello que se aprecia.

Estos conceptos pueden proporcionarnos al menos una idea de lo que implica “estético” y lo “bello”, considerando que es muy subjetivo el término y que todo este significado lo determinará el contexto, pues no puede haber ningún *significado* sin un contexto. Por tanto cada persona tiene un concepto de lo “bello” que permea su percepción de sí misma y del mundo circundante.

2.9.1 El concepto de belleza.

Para la persona con bulimia dicho concepto se ha establecido de manera muy tajante, pues la palabra *belleza* construida en un contexto que refleja industrias en crecimiento a nivel mundial, competencia e individualismo. Ser “bella” no sólo implica obtener reconocimiento, atención o afecto, también significa *poder*.

Dicho concepto, para la persona que padece bulimia, determina la experiencia de vivirse como un ser social, que no puede reconocerse a sí mismo sin el Otro. La palabra *belleza* definirá la visión del mundo que tiene y la manera de relacionarse con él, pues como se mencionaba anteriormente, es bajo un juicio de valor que se pueden apreciar lo que nuestros **sentidos y emociones** nos permiten percibir algo cómo feo o bello.

La belleza evocará siempre experiencias agradables a los sentidos y enfocará lo mejor de esos elementos, considerando bello aquello que conjunta la mayor cantidad de características estéticas (Narclone, 2004)

La persona con bulimia considera bello aquello que se acerca más a sus *deseos*, no vivenciar su corporalidad le dificulta identificarse, reconocerse o apreciarse a sí misma. Según la educación que ha recibido, su cuerpo (ella misma) al no parecerse a lo que es considerando bello en su contexto cultural, entonces deja de *Ser*, “no Es bello” (*no es*), entonces no se puede apreciar, identificar o vivenciar; sin embargo el término se ha convertido en algo que paradójicamente homogeniza a la sociedad y la despersonaliza, es decir deja de definir el *tu* y el *yo* para ser *eso*, resultando ser un gran negocio que “realiza” deseos otorgándole belleza, atracción, poder, reconocimiento, afecto o identidad a quien no lo *posee* para que cuando los posea entonces *Sea*. La belleza es entonces para la persona con bulimia una herramienta que le permite *Ser*.

2.9.2 La estética en la danza y la actuación.

En nuestra sociedad mexicana actual, padecer algún T.A es considerado como algo de todos los días, en el mundo de las “bellas artes”, siendo lamentablemente, en muchas ocasiones, parte del proceso de “**formación artística**”, o al menos así lo consideran algunos maestros de artistas mexicanos que son instruidos en el arte de la danza o el teatro, haciendo del padecimiento de los T.A un modelo a seguir y una forma más de vida.

En el ballet, por ejemplo, el bailarín se ejercita para rotar o girar hacia afuera las piernas haciendo posible un “arabesque”⁷, por lo que la **complexión física** jugará un papel fundamental en la realización de ésta actividad, pues la talla o el peso “no adecuado” dificultará la ejecución del baile, estropeando su estética (Markessini, Op. Cit.). En este contexto es fácil que las personas que realizan estas actividades sean candidatas a desarrollar anorexia o bulimia, pues la percepción entre lo *estético* y lo *no estético* se observa y se mide en tallas.

Por otra parte en el teatro se pueden presentar también problemas con la alimentación; pero con algunas diferencias, pues el teatro es un medio de expresión infinito que no necesariamente se relacionan con complexiones delgadas, sino que el cuerpo al ser el medio de expresión directo, junto con el *lenguaje* no requiere la modificación continua como sucede en la danza. Por tal motivo, estas dos ramas son ya un factor etiológico que se relaciona con los T.A. y con un estilo de vida neurótico que en México afecta a muchos jóvenes dedicados a la vida artística.

De tal forma, el arte se convierte en un “*deber que se tiene que lograr*” y en un negocio que “*se debe mantener*”, pues si observamos los casos de dichos T.A en este ámbito llama la atención que el padecimiento se presenta sobre todo en el área de la danza, pues algunas *escuelas de danza y arte* ahora también forman parte del *sistema del mercado del cuerpo*, pues éstas academias son muy caras, y el número de alumnos muy alto⁸; sin embargo, las personas que logran sobresalir en este contexto de forma profesional son

⁷ Movimiento firme y delicado en que la persona eleva una pierna estirada sobre la altura de su cabeza sólo con el apoyo de su equilibrio sobre su otra pierna. (Markessini, Op. Cit)

⁸ Anexo 2, Bailarín profesional del Instituto Nacional de Bellas Artes.

muy pocas. Actualmente en algunas de las instituciones que dan “formación” a los nuevos artistas en México se *considera muy normal* el padecimiento de algún T.A, estas ideas provienen sobre todo de los maestros que enfatizan en gran medida el cuidado del cuerpo (peso) para la participación “plena” en el escenario, limitan u obstaculizan el desempeño de los jóvenes artistas debido a su complexión física o su peso, incluso imponen regímenes alimenticios severos y evitan o condicionan la participación de los alumnos cuyo cuerpo no cumple con las características arbitrarias de delgadez, repitiéndoles frases como: “si no bajas dos kilos (por ejemplo) para la presentación del bailable y no te queda tu vestuario, no te lo podrás poner y por lo tanto no participarás”⁹, sin mencionar que también es muy común que las personas que no cumplen con otras características como el color de piel, la estatura o las facciones muy “finas” no tengan oportunidad de realizar un papel estelar, especialmente en la rama de Ballet Clásico, porque no se ajustan al “tipo” requerido por la “obra”.

De tal modo que a las personas que permanecen en el ámbito artístico se les violan derechos con éstos mandatos, pues según los Derechos Sexuales de los Jóvenes (artículos 8 y 9)¹⁰ que argumentan que los seres humanos somos seres sexuados desde que nacemos, por lo que las manifestaciones distintas de nuestra sexualidad son cotidianas y ésta tiene diversos componentes que deben ser respetados en todo momento, como son: el deseo, los sentimientos y las actitudes, la identidad, la autoestima, *el cuerpo* y sus funciones, conocimientos, creencias y prácticas de los afectos, valores referentes a nuestro cuerpo y a nuestra sexualidad. Estos derechos se derivan de la Comisión Nacional de Derechos Humanos que se basan en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos así como en diversos instrumentos internacionales ratificados por el Estado Mexicano.

⁹ Entrevista 5 realizada a una exalumna de la Escuela Nacional de Danza. (Al vestuario de los bailarines principales les reducen dos tallas como mínimo).

¹⁰ Artículo 8.- **Derecho a la Igualdad de Oportunidades y a la Equidad:** Las mujeres y los hombres, aunque diferentes somos iguales ante la ley, como joven *tengo derecho a un trato digno y equitativo y a gozar de las mismas oportunidades de desarrollo personal e integral.* Nadie bajo ninguna circunstancia, debe limitar, condicionar o restringir el pleno goce de todos mis derechos individuales, colectivos y sociales.

Artículo 9.- **Derecho a Vivir Libre de Toda Discriminación:** las jóvenes y los jóvenes somos diversos y por tanto, tenemos diferentes formas de expresar nuestras identidades. Tengo derecho a que no se me discrimine por mi edad, género, sexo, preferencia sexual, estado de salud, religión, origen étnico, forma de vestir, *apariencia física* o por otra condición personal. Cualquier acto discriminatorio atenta contra mi dignidad humana (Comisión Nacional de Derechos Humanos ,2005).

Por otra parte es un hecho que la danza así como el teatro en México, han ido cambiando a la par de la política, economía e ideología de nuestra sociedad, así como otros aspectos que determinan nuestra cultura y sociedad, en la cual el arte ya no es el medio de expresión que magnifica nuestro cuerpo sino que es una forma de explotación, desplazando las necesidades espirituales y emocionales que satisface el arte, por las exigencias materiales que sólo cumplen deseos.

2.10 La Economía.

Existe un factor que es el motor que impulsa los cambios en toda sociedad occidental y que define el rumbo que toma: La economía como la hemos visto ésta industria del cuerpo construye “nuevos valores” y establece en gran medida la forma de vida (comprar, consumir, explotar y deformar) todo aquello que esté al alcance de la tecnología y que permita mantener una economía “efectiva”. Este aspecto económico y su “desarrollo” han producido cambios significativos en nuestra sociedad estableciendo las actitudes y conductas que definen y describen nuestra relación con los demás y con nosotros mismos.

Por una parte, los mercados se han *globalizado* y prácticamente ningún país es ajeno a esto, México está vinculado a éste fenómeno debido a la gran cantidad de acuerdos y tratados de comercio que ha firmado con muchos países como: Estados Unidos, Canadá, España, Colombia, Venezuela, Brasil, Argentina, o Japón (Rodas, 2006) esto ha generado un **estilo de vida** en el que los *medios masivos de comunicación* son una poderosa herramienta, que ha generado una **reorganización dinámica** no sólo económica, sino política, social y *cultural*, desde de la década de los años ´80.

¿Cómo se relaciona la economía con el hecho de padecer T.A como la bulimia?, los modelos neoliberales en México cambiaron especialmente la forma de *producción* y *distribución de alimentos* (Marti, 1995), la cual era un área muy “prometedora” para el mercado extranjero, que creó una *mercadotecnia del cuerpo*, la cual determinó una nueva manera de *alimentación* en nuestro país; con la oferta de nuevos productos y servicios surgen nuevos *valores* y *actitudes* que facilitan el desarrollo de los T.A., pues México, al adoptar estos modelos económicos cambió también sus **hábitos alimenticios**.

La industria alimentaria, se interesa en las nuevas generaciones como consumidores, e intenta manejar sus necesidades y deseos, lanzando propuestas encaminadas a “mejorar la salud” y la “apariencia”, por lo que la corporalidad resulta ser un recurso que se explota al máximo. Estas “mercancías” construyen un contexto en el que la probabilidad de padecer algún T.A crece conforme la industria también lo hace, pues *el cuerpo* es un producto más que ofrece ideas y es una materia prima para trabajar. A partir del crecimiento de esta industria, se puede observar un claro mensaje sobre los alimentos que no engordan y se comienzan a preferir con la idea de que el cuerpo ideal y perfecto es *delgado* (Marti, Op, Cit), característica, valor y hasta producto que establece en la población **hábitos de consumo** que se tradujeron en gran parte en **hábitos alimenticios tóxicos**.

Ciertos productos que pertenecen a la gama de los “saludables” alcanzan hoy en día cifras de penetración y de consumo muy altas, provocando que el mercado se especialice en cierto tipo de productos light. En México el primer concepto que se incursionó en el “mundo saludable” fue el agua saborizada lighth, que tuvieron mucho éxito a fines de los ´90, brindando el beneficio del agua, un buen sabor y ninguna o muy pocas calorías; aspectos que favorecerían los cambios en la alimentación del mexicano a favor de ese **“culto al cuerpo”** (AMAI, Op, Cit).

Estos productos son ya muy numerosos y cobran importancia en la alimentación que ahora tiene la sociedad mexicana. Pero es importante conocer que tan “benéfico” es el uso de estos productos. El *producto lighth* es aquel al que se le elimina parte de las sustancias que aportan calorías, la cual es sustituida por compuestos de bajo contenido calórico (Rivera, 2005).

Generalmente los componentes que aportan calorías a los alimentos son los azúcares, carbohidratos, almidones o grasas; los productos lighth proporciona el mismo sabor pero con menos calorías.

La siguiente tabla (TABLA 1) muestra lo que aporta un producto de éste tipo en realidad¹¹:

Sin embargo existen indicaciones respecto al uso de éstos productos, antes que nada hay que recordar que no se están consumiendo las mismas sustancias, pues son compuestas químicamente (ya que naturalmente no existen), entonces son productos extraños al cuerpo por lo que se sugiere consumirlos sin excesos y saber ¿para qué sirven? y ¿a quien le sirven?, ya que permiten calcular la ingesta calórica, están dirigidos a aquellas

TABLA 1. RELACIÓN CALÓRICA DE LOS PRODUCTOS LIGTH.

“Sin calorías”	Tiene menos de 5 calorías
“Bajo en calorías”	Tiene 30-40 calorías
“Reducido en calorías”	25% menos de calorías que el producto original
“Sin grasa”	Menos de 0.5g de grasa total del producto
“Bajo en grasa”	3g o menos de la grasa total del producto
“Reducido en grasa”	3g o menos del total respecto al producto original
“Sin colesterol”	Menos de 2mg de colesterol (Grasa saturada)
“Bajo en colesterol”	Menos de 20mg de colesterol

personas que no quieren cambiar sus hábitos alimenticios, que quieren seguir consumiendo lo mismo, sin importar la cantidad y sin “sacrificar el sabor” de los alimentos; es decir evitan la *nutrición* y fomentan el *control*; es decir, están a la mano del consumidor para que sean capaces de “tener control en lo que comen” y así “cuidar su salud y no subir de peso”, esta es una muy buena oferta para la persona que padece T.A. por lo que muy probablemente consumirá dichos productos. Las ventas están garantizadas pues éstos enaltecen una vez más la delgadez del cuerpo y castigando la obesidad.

¹¹ (Rivera, Op. Cit).

El segmento *light* ha tendido un crecimiento importante pues representa un 30% de las ventas totales, una de cada cuatro personas consume regularmente algún tipo de producto *light*, especialmente entre los jóvenes, con proporción de uno de cada tres (Rivera, Op. Cit). Sin duda, esto evidencia la relación de la economía con los T.A; sin embargo existen otros aspectos de gran interés que desglosaremos a continuación.

2.10.1 Industria del modelaje.

Este sector también ha sido influenciado por los modelos económicos que se interesan en vender todo lo posible: la industria del modelaje impone la delgadez del cuerpo pues sus modelos la exhiben cómo una cualidad que *vende* tanto productos como servicios, paradójicamente son las modelos, las principales víctimas de los T.A.

Sin embargo, gran parte de la población femenina en todo el mundo es blanco de todo esto, pues la persona que padece algún trastorno de este tipo vive obsesionada por ser delgada y demostrar (con base en su talla) que lo *Es*, o bien lo que quiere *Ser*.

La industria del modelaje se suma a esto pues constantemente exige cambios en el cuerpo de sus modelos según las tendencias de la moda, si está de moda la nariz pequeña y respingada quien no la tiene así se la opera, si está de moda ser alta contratan a personas de esta característica, si requieren personas muy delgadas las buscan , también lanzan al mercado productos de toda índole para cumplir sus metas, por ejemplo en el diseño del vestido cada vez reducen más sus tallas, estos fabricantes de ropa que hacen mucho más fuerte la obsesión por la delgadez, ofreciendo tallas muy reducidas que no van de acuerdo a la complejión promedio de las personas que consumen sus diseños sino va de acuerdo a las medidas de las modelos de los países que son el mayor consumidor (E. U), tallas como la 9 o 7 como las más grandes, 5 y 3 como las medianas y 0 como la chica, inclusive se reconoce ésta como la talla extrachica (Aizpuru, 2005).

Precisamente en México se han comenzado a realizar campañas que van en contra de los T.A. como “ejemplos de belleza corporal”, la campaña no ha alcanzado aún los medios de comunicación masivos con fuerza, pero éstas propuestas han llegado al Palacio Legislativo de San Lázaro de la Ciudad de México en voz de la diputada priísta

Diva Hadamira Gastelum, Presidenta de la Comisión de Equidad y Género de la Cámara de diputados (Aizpuru, Op. Cit.), estableciendo que los T.A son manifestación de una forma de violencia contra la mujer (en cuanto a la discriminación en la venta de ropa con tallas muy reducidas y productos que enaltecen la delgadez del cuerpo) por tal motivo toda tienda departamental debe tener siempre disponibles todas las tallas (incluyendo la 11 o 13 que equivaldrían a la 36 y 38). Esta campaña esta dirigida a tres sectores claves: el Gobierno, los medios masivos de comunicación e instituciones educativas, las cuales forman parte, como ya vimos, de los aspectos económicos, políticos y culturales que describen nuestra sociedad.

Al parecer los productos de la moda, dan mensajes contradictorios y que enaltecen los valores de los introyectos que están presentes en un T.A, encaminados más al negocio, a la negación y la fragmentación del cuerpo. Debido a este negocio la persona con bulimia frecuentemente experimenta un sentimiento de frustración y rechazo a sí misma en el momento de comprar ropa, ya que al buscar su talla se percata que la tienda no la tiene disponible, se siente incomoda e insatisfecha con su apariencia física, avergonzada de ser una persona de talla grande, de no ser delgada como el maniquí del aparador, se percibe gorda y con defectos, todos los mensajes que puede atender son “deber ser delgada”, “tener que bajar de peso para poder utilizar tallas pequeñas” y “tener que cambiar”; sin embargo existen otros dos sectores muy importantes para la economía que fomentan el mercado del cuerpo y el desarrollo de los T.A.

2.10.2 Gimnasios y los spa.

No hay duda de que cada vez son más los mexicanos, de ambos sexos, que le están dando una gran importancia a mejorar su apariencia a través del acondicionamiento físico. Ejemplo de ello es el vertiginoso crecimiento de los gimnasios y centros de acondicionamiento físico en nuestro país, así como los centros llamados Spa, que buscan cambiar la apariencia de las personas, estos lugares han sido claves como sostén económico de muchas personas, en particular las dueñas de grandes empresas extranjeras que se dedican a la elaboración de aparatos para ejercitarse, debido a la enorme demanda que existe de importantes marcas como las que se ocupan en los gimnasios de México.

Por otra parte, todo éste incremento también se debe a la creciente inseguridad en la ciudad de México por los asaltos, secuestros y los altos índices de contaminación que hicieron desaparecer, casi por completo, la iniciativa de los corredores que solían salir a los parques¹².

Pero no sólo este tipo de negocios hacen que crezca el mercado del cuerpo, la industria de la vanidad es muy grande y “prometedora”, la multiplicación de escuelas de cosmetología, diseño y venta de ropa, acondicionamiento físico, o de asesoría de imagen hasta la cirugía de cuerpo y rostro. La publicidad constantemente ofrece éstos servicios, mientras que otros segmentos (como educación, arte y cultura) bajaron su porcentaje de participación publicitaria, el de la salud, higiene y cosméticos se incrementó, de 8.5% del total de la inversión en publicidad en 1994, a casi 11% en 1997 y en el 2007 aumentó hasta el 17.6% (AMAI, 2007.).

Pero ¿Cuánto cuesta la belleza?. Veamos lo que mucha gente está dispuesta a pagar por los siguientes servicios de un Spa¹³:

- 1 masaje corporal relajante.....\$500 pesos
- 1 tratamiento facial\$300 pesos
- 1 tatuaje de cejas/ojos o boca.....\$1,000 pesos c/uno
- 1 corte de pelo.....\$220 pesos
- 1 aplicación de tinte en estética.....\$180 pesos
- 1 aplicación de uñas postizas.....\$150 pesos
- 1 tratamiento de nutrición.....\$500 pesos semanales
- 1 curso de cosmetología.....\$4,000 pesos mensuales
- 1 asesoría en imagen.....\$5,000 pesos por sesión
- 1 membresía anual en Gimnasios de renombre.....\$18,200 pesos

Pero en términos más profundos la belleza puede costar un T.A. como la bulimia o la anorexia y con éstos, el compulsivo consumo de cosméticos, la obsesión por las dietas y las cirugías (sean estéticas o no). Hoy la persecución de la tiene una importante razón económica; detrás de la obsesión por el aspecto físico, existe un poderoso mercado

¹² Asociación Mexicana de Agencias de Investigación (2004)

¹³ Sport City, Fitness Club Plaza Loreto (2006)

internacional que difunde y promociona sus conceptos estéticos a través de un sofisticado sistema publicitario que alimentan más y más los deseos de juventud, delgadez y belleza como sinónimos de éxito, de tal forma que la industria cosmética, la publicidad, los medios de comunicación (sobre todo la prensa femenina), los distintos sectores que agrupa el complejo sistema de la moda (desde la alta costura a la confección de masas), los centros de mantenimiento (gimnasios y spa), las clínicas e institutos de tratamientos estéticos forman parte de una maquinaria económica que aspira a dirigir el consumo e invoca la idea de belleza asociada a la felicidad, el éxito o el placer.

2.10.3 La cirugía cosmética.

La cirugía cosmética amerita un análisis particular, pues ha tenido un aumento sin precedentes, basado en el sentimiento de insatisfacción con respecto al cuerpo; sin duda es la técnica de *modificación corporal* más usada hoy en día en occidente. Los canales abiertos por la globalización económica han permitido la expansión de la cirugía cosmética como un recurso para que las personas puedan “verse” delgadas, bellas y jóvenes. Tal recurso instala a la sociedad en la *comodidad*, como diría Roger Waters: “*las personas se vuelven cómodamente insensibles*” y con la cirugía cosmética la generalización de un modelo corporal como depositario único de la normalidad y belleza, pues todas las narices operadas son iguales, los senos implantados son iguales, la cintura lipoesculpida queda igual y sin embargo la ansiada felicidad con el cuerpo ideal no llega. La solución otra cirugía.

La cirugía cosmética, a diferencia de otras ramas de la medicina moderna, no trabaja con la enfermedad, sino con la apariencia, textura, estructura o posición de las formas corporales con el objetivo de conseguir un *cambio en el aspecto físico* de los pacientes. Se le denomina también Cirugía Plástica o Estética y es una disciplina en la que se conjugan el conocimiento científico y el talento artístico, resultando una especialidad médica, que gracias a la investigación y la creatividad, tiene avances espectaculares en la preservación de la apariencia anatómica y del cuerpo humano (Carranza, 2000).

En términos muy generales, esta especialidad se puede dividir en dos grandes áreas:

- *La Cirugía Reconstructiva:* Dedicada a preservar la integridad y funcionalidad de diversas estructuras del cuerpo, lo mismo se encarga de reconstruir un labio

leporino (hendido), una glándula mamaria extirpada por cáncer o una mano severamente traumatizada.

- *La Cirugía Estética o Cosmética:* Tienen como objetivo, mejorar y mantener en forma óptima las diversas características de la cara y el cuerpo, dentro de un contexto de imagen y armonía, individualizado para cada paciente. Siempre en función de características tales como; sexo, edad, compleción, estatura, rasgos raciales y aún de sus actividades.

En las dos áreas, siempre se busca un resultado estéticamente aceptable.

La Cirugía Plástica se nutre de la vanidad, en la mayoría de los casos, ya que llena los requisitos de una *pseudonecesidad*. Desde 1992, la cirugía estética ha aumentado en un 20%, la cirugía plástica reconstructiva en un 15%. Como intervención más específica la liposucción ha aumentado en un 33% desde el año 1998, la cirugía de aumento de senos en un 12 % en el año 2000 y la cirugía de párpados ha incrementado en un 44% desde el año 1998, esto solamente para mujeres, pues en el caso de los hombres las operaciones a las que recurren con más frecuencia están la otoplastía (operación de orejas), la que intenta reducir o reafirmar la “papada” y cuello, o la de implante de prótesis para aparentar más pectorales, la cual ha aumentado en un 30% en los últimos 4 años. No sólo sucede esto en la población adulta, sino que la cirugía estética se ha venido popularizando entre la población adolescente en los últimos años, los procedimientos más solicitados por los pacientes de estas edades son: Rinoplastia (cirugía de la nariz), liposucción, reducción o aumento de mamas, y ocasionalmente la otoplastía (Carranza, Op. Cit.).

El tratamiento quirúrgico ha sido considerado el único y “eficaz” para la obesidad a largo plazo desde el punto de vista médico; la cirugía es el recurso para los que han “fallado” en perder peso por medios habituales. Diversos procedimientos quirúrgicos están cambiando el peso y el cuerpo de las personas, los que recurren al “by pass gástrico” es la reducción del volumen gástrico para producir saciedad con una ingesta menor de alimentos, con la intervención se pretende cambiar la condición de obesidad que vive la persona y la apariencia de las personas, *mutilando el cuerpo de la persona y alterando las funciones “normales” del organismo* recortando, reduciendo, separando, engrapando y modificando la estructura del estómago, los intestinos y modificando regulación hormonal (Araiza, 2005).

Las siguientes imágenes muestran los diferentes métodos quirúrgicos a los que se someten muchas personas obesas para reducir peso¹⁴:

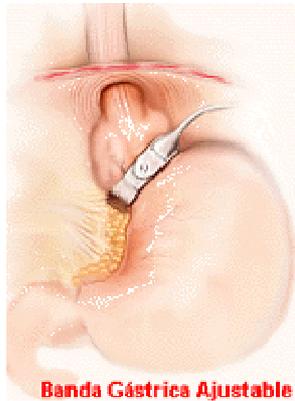


FIGURA 2.



FIGURA 3.

FIGURA 2. Esta figura muestra el método quirúrgico llamado *banda gástrica* la cual es colocada alrededor del estómago disminuyendo su tamaño normal obligando al paciente a ingerir menos cantidad de alimento.

FIGURA 3. Esta figura muestra el método quirúrgico llamado *gastroplastia* que consiste en realizar una pequeña bolsa en el estómago mediante la aplicación de grapas de titanio y la colocación de una banda de polipropileno (material hipoalérgico).

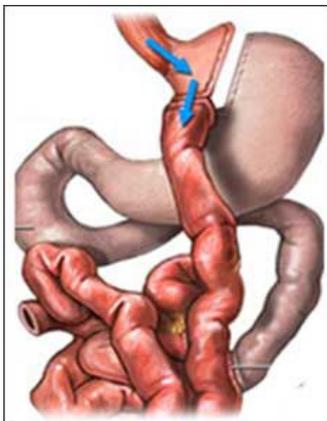


FIGURA 4.



FIGURA 5.

FIGURA 4. Esta figura muestra el procedimiento quirúrgico llamado *derivación gástrica o by pass gástrico* y la técnica consiste en realizar una pequeña bolsa en el estómago y comunicarla con el intestino delgado (yeyuno), lográndose esto con el empleo de engrapadoras especiales y efectuando la derivación en "Y" con el intestino.

FIGURA 5. Esta otra figura muestra la intervención llamada *manga gástrica*, que consiste en seccionar un 66% del estómago disminuyendo considerablemente la capacidad del mismo.

¹⁴ (Berry,2000).

La cirugía estética no sólo mutila y modifica el cuerpo, si lo vemos de una forma análoga, toda esta industria también lo hace con nuestra sociedad: la diversidad cultural está en peligro por las implicaciones de este proceso de imposición de “normalidad y la belleza”, a través del modelo corporal de una raza y una cultura en específico: la blanca anglosajona resulta preocupante que comunidades enteras intentan borrar a través de la cirugía cosmética, sus rasgos físicos que no son similares al prototipo de belleza anglosajón, deshaciéndose así las señales étnicas que su cuerpo presenta en aras no sólo de encontrar la belleza, sino sobre todo de hallar afecto, reconocimiento y aceptación, pues no solamente son víctimas las personas que desarrollan los T.A, sino la sociedad en general.

Estos procedimientos son utilizados cuando nos “desprendemos” de nosotros mismos, cuando no nos conocemos, no nos reconocemos como personas diferentes, únicas y en mayor grado cuando no nos reconocemos como cultura y sociedad.

CAPÍTULO 3. LA BULÍMIA DESDE UN ENFOQUE GESTÁLTICO.

3.1. Enfoque gestáltico y el trabajo corporal en psicoterapia.

Los organismos llevan a cabo un constante ciclo metabólico de gastar energía en el afuera, basado en una necesidad y junto con el conocimiento de que en el exterior se encuentran los nutrientes. Para que este proceso se lleve a cabo y la persona pueda desarrollarse es preciso que la persona con base en su percepción (tomando en cuenta su atención y su sensación) identifique qué es lo que necesita, también cuando puede diferenciarse del Otro y se reconoce a sí como *es* y comprende lo que *es* capaz de hacer y generar; para esto requiere *sentir* y *experimentar* los estímulos externos e internos activamente y procesarlos. (Sinay, Op. Cit).

El enfoque Gestáltico es un enfoque **vivencial** en el que el paciente se vivencia a sí mismo con todo lo que Es: gestos, respiración, emociones, pensamientos, conductas, actitudes, que plantea ante la bulimia, la siguiente interrogante: *¿Cómo es que el proceso que mantiene la Persona Bulímica es lo “mejor que puede hacer” antes de Ser una persona obesa?*, para responderla es preciso conocer las bases del enfoque para entender cómo es que la manera en que la persona con bulimia vive su corporalidad determina su comportamiento.

La terapia Gestáltica es **fenomenológico-existencial**, creada por Frederick Perls en la década de los 40. Enseña a terapeutas y pacientes el método fenomenológico del Darse Cuenta (DC), en el cual, percibir, sentir y actuar es distinto a interpretar y repetir actitudes preexistentes. Las explicaciones se consideran menos confiables que aquello que se *percibe* y *siente* directamente. En terapia gestáltica, pacientes y terapeutas dialogan, comunicando sus perspectivas fenomenológicas con el objetivo de que los pacientes se DC de lo que están haciendo, cómo lo están haciendo y cómo pueden cambiar aprendiendo a aceptarse y valorarse a sí mismos (Yontef, 1995).

Tiene influencias **humanistas** en las que se basa, porque considera que el hombre siempre está en búsqueda de su autorrealización, la psicoterapia es un medio para hacer crecer el potencial humano (Martínez, 1982), así el humanismo cobra gran importancia en el ambiente de la psicoterapia pues su concepción de ser humano crea la base para

establecer un acercamiento entre el paciente y el terapeuta como iguales y en un ambiente de confianza mutua y crecimiento de ambas partes, pero sobre todo de la persona que asiste al encuentro terapéutico.

Por su parte, el *existencialismo* en el cual también se basa, para explicar, al ser humano; naciendo esta filosofía del esfuerzo más colosal del hombre contemporáneo, recuperar los valores singulares de la persona frente al degradante proceso de despersonalización que se inició desde comienzos de siglos XIX, rechaza la ruina del hombre, contra su ---- desindividualización, su pérdida de autonomía y su responsabilidad personal (Helmunt, 1989).

En psicoterapia gestalt la **metodología** se basa en la *fenomenología* que es un método que ayuda a las personas a distanciarse de su forma usual de pensar, para que puedan apreciar lo que se está *percibiendo* y *sintiendo* en el momento, centrándose en la existencia de las personas, las relaciones entre ellas, sus alegrías, sufrimientos, angustias, etc.; es decir todas las **emociones y sentimientos vivenciados** en el momento (Sinay, 2002).

De este modo, el enfoque gestalt es un enfoque **integrado**, contempla procesos psicológicos y físicos con una visión *holística*¹ tanto en su metodología como en su visión de la persona; la terapia gestalt ofrece una visión completa del hombre, el cual experimenta a través de su **cuerpo**, éste concepto es indispensable para comprender el fenómeno de la bulimia.

El enfoque gestáltico reconoce la importancia de prestarle **atención a la experiencia corporal** por medio del *Darse Cuenta*, pues tiene relación con los problemas más profundos del sí mismo, permite el trabajo sobre la **alienación del cuerpo** del cliente (Kepner, 2000); que es precisamente lo que le ocurre a la persona con bulimia, se ha separado tanto de su experiencia corporal que no puede entender lo que siente. Describiendo la *forma* en cómo usa su cuerpo, identificando las tensiones musculares estimula su expresión, reconectando a la persona con sus sensaciones y emociones

¹ Retomada del griego *holos*: completo, total, entero; Smuts utiliza el término para construir un sistema filosófico donde la evolución se apoya en la realización de la totalidad del Ser. Aplicándose que “el todo es más que la suma de sus partes”(Salama, 1992).

permaneciendo visibles a la atención del cliente y por lo tanto haciéndose conscientes y responsabilizándose por ellos.

El contacto físico es una herramienta básica en la psicoterapia gestáltica, que tiene una intención comunicativa, pues nuestra expresión corporal es tan significativa como la verbal, la integración de ambas potencializa la experiencia expresiva:

Existen variedades de contacto físico utilizadas en psicoterapia gestalt y éstas son según Kepner (Op. Cit):

- ❖ El **toque ligero**: Que pretende señalar “concéntrate aquí”; por lo general en el camino de la relajación de músculos.
- ❖ El **toque con las manos**: Para contactar, percibir y afectar el campo.
- ❖ **Toque simple**: Indica presencia, “estoy aquí”.
- ❖ **Caricia leve**: Sirve para confortar y calmar.
- ❖ **Toque para mover**: Guía la energía corporal por una vía particular.
- ❖ **Balanceo**: Se usa para aflojar unidades del esqueleto; confortar, señalar la circulación y pulsación.
- ❖ **Roce**: Para vivificar la superficie corporal y calmar (cuando es ligero).
- ❖ **Vibración**: Se usa para vivificar; señalar la contención, excitar.
- ❖ **Golpes leves**: Igualmente vivificar, significa “siente esta estructura”.
- ❖ **Movimientos de los miembros**: Si son rápidos significa aflojar, dejar libre y si son lentos significan remodelar la *neomusculatura*; liberar la esfera de acción y desarrollar una consciencia sutil del cuerpo.
- ❖ **Estiramiento profundo**: Con el cuerpo en movimiento para abrirse paso, estirarse y con el cuerpo fijo descubrir, liberar, vivificar.

Esta herramienta, es un medio de contacto que se dirige al desarrollo del sí mismo corporal de la persona que tiene bulimia a través de la sensación, *la consciencia*, el movimiento y la postura, lo cual no sólo facilita el DC, sino los otros dos objetivos de la terapia gestalt: expandir el autoconcepto y aprender habilidades.

Así, la terapia gestáltica proporciona elementos que enfatizan la toma de *conciencia*, sugiriendo una nueva forma de actuar puntualizando el papel del paciente pues éste adquiere un rol más activo y responsable.

Hablamos entonces, de un enfoque que utiliza el trabajo corporal que emplea el contacto físico más allá del simple apoyo, pues su uso hábil puede afectar profundamente al *ser corporal* del cliente y su sentido del sí mismo, pues con el contacto físico existe una reactivación de la memoria corporal, la liberación de emociones por mucho tiempo contenidas y se propicia una reorganización de la estructura corporal y un cambio en la relación del cliente con la vida (Kepner, 2000).

Desde este enfoque psicoterapéutico, la bulimia dejará de mostrarse como una consecuencia de distintos factores que intervienen en la génesis de una enfermedad, éste enfoque da una explicación contextual acerca del papel que ocupa el cuerpo en un trastorno como éste, mostrando a su vez: Para qué y cómo está presente el Trastorno en la persona, y puntualizar cuál es la función de la bulimia.

3.2 Las fronteras de contacto de la persona con bulimia.

Ya hemos visto qué factores se relacionan con los T.A y cómo es que éstos van determinando los valores que se imponen como introyectos en nuestra sociedad y cómo se van transformando los grupos sociales en nuestra cultura, además conocimos a grandes rasgos los conceptos básicos de la psicología gestalt y su visión acerca de los fenómenos psicológicos; sin embargo nos hace falta determinar ¿cómo es que esta visión permite hablar de la funcionalidad de los T.A, este aspecto se tratará en los siguientes apartados.

Primeramente debe quedarnos claro que la persona con bulimia mantiene un Contacto muy pobre con el ambiente, pues es una persona con mucho miedo a equivocarse, a la crítica, al cambio o a interactuar con los Otros sus *fronteras de contacto² son flexibles* pues toma mucho en cuenta lo que le dice el otro, sobre todo si se trata de su aspecto físico, por lo que no puede diferenciarse claramente del otro, permitiendo que los otros le digan como “debe de verse”, como “debe de Ser”. Tiene muy débil el contacto con su *zona externa³* pues vive un proceso que la *desensibiliza*, no puede darse cuenta de lo

² Es el punto en el que el organismo se diferencia del ambiente, la frontera de contacto limita al organismo si es cerrada protegiendo o conteniéndolo, o lo conecta con el ambiente si es abierta (Sinay, 2000).

³ Se refiere a todo lo que existe de la piel hacia fuera del organismo, es muy amplia por lo que hacer contacto con la zona externa puede implicar DC (Sinay, Op. Cit).

que ocurre “afuera, pues generalmente está mucho tiempo en su *zona de fantasía*⁴, piensa más que lo que siente, así vive en el futuro o en el pasado olvidando su presente, una idea le da vueltas una y otra vez, como las ideas obsesivas de delgadez, su comportamiento se basa en ideas que no son suyas, son Introyectos, los que inevitablemente la dejan con una sensación de malestar.

Paradójicamente las fronteras de contacto que mantiene con los demás están muy cerradas al contacto con el Otro sobre todo si se trata del cuerpo, pero al mismo tiempo están abiertas a su influencia ideológica de forma impresionante como sucede con los introyectos sociales.

El hecho de que la persona bulímica presente mayor o menor flexibilidad en su frontera de contacto dependerá de que tan desarrolladas tenga sus habilidades de comunicación, pues si carece de éstas, mantendrá sus fronteras cerradas casi todo el tiempo. La convivencia con los demás es fundamental para todo ser humano, pero para la persona con bulimia es mucho más importante pues necesita el afecto y *reconocimiento* de los otros pues es incapaz de auto-proporcionárselo, pues rechaza su cuerpo, su peso, sus características, su actitudes, es decir todo lo que es; necesita el afecto de los demás pero no sabe cómo pedirlo, por lo que tiene que hacer algo para obtenerlo, esto es lo que ha aprendido en su familia “reconocimiento por lo que dice o por lo que hace o bien deja de hacer” y no por quien *Es*.

3.2.1 Los Valores.

Por otra parte, como ya mencionamos la persona con bulimia ha tenido que cambiar sus valores y actitudes ante los demás, para adaptarse a un medio ambiente muchas veces hostil y que limita su desarrollo.

Los seres humanos desarrollamos una *dimensión moral*, porque los valores tienen gran importancia, porque al vivir en un contexto social nos regimos por normas morales, vivimos de acuerdo a éstas, gran parte de nuestro comportamiento se rige por normas o costumbres sociales (Sánchez, 1999). Estas normas van adquiriendo importancia según

⁴ Nos referimos a ésta cuando el contacto implica un DC en relación a un pensamiento, un concepto, una abstracción una imagen, o sueños (Sinay, Op.Cit).

la educación que hayamos recibido de las distintas instituciones sociales, como la familia, la escuela, las instituciones religiosas o el Estado, las que les asignan un valor. Este **valor** es **significativo** para cada persona y en esa sociedad, construyendo con ellos su identidad.

Estos valores determinarán el manejo de la frontera de contacto que tiene la persona, si estos valores son compartidos por la sociedad entonces supondríamos que habrá “armonía y equilibrio” las personas que conviven en esa sociedad, sin embargo en muchas ocasiones no es así, porque la persona no sabe siquiera respetar sus propios derechos.

Dado que la frontera y sus funciones están muy limitadas, pues está extremadamente abierta o extremadamente cerrada, la persona con bulimia no puede diferenciar entre sus necesidades y los introyectos, no los puede **asimilar**⁵ y los traga como sucede con los Introyectos: “deber ser delgada para ser considerada una mujer bella”, que impone la cultura anglosajona.

Así, resulta imposible mantener una relación sana con la comida, pues en este contexto la comida es al mismo tiempo “nutricia” y potencialmente “tóxica” pues, la persona nunca deja de mantener “contacto” con la comida, y “hace como si se nutriera” en una **relación tóxica con la comida**, la persona enferma la etiqueta como “mala” dando más importancia al valor de la delgadez del cuerpo que a su salud, la bulímica evitará a toda costa llegar a ser obesa por lo que vomitar es la única opción después de un atracón; el círculo vicioso se cierra y la bulímica queda atrapada en su propia red de introyectos y confusión.

⁵ El proceso por el que atraviesa la ingestión y digestión de la comida (la asimilación) ejemplifica exactamente lo que sucede con el funcionamiento psicológico; la asimilación orgánica es esencial para el crecimiento, de igual manera lo es la asimilación intelectual, moral y social pues esto formará parte de la personalidad y permitirá el desarrollo y la autorrealización. La persona para asimilar lo nutritivo y desechar lo tóxico primero tiene que *masticar*: “Al masticar las teorías y sobrepasar cada bocado digerido descubrí que era capaz de asimilar partes valiosas y descartar (desechar) errores y construcciones artificiales; los que trituran su alimento mental tan completamente captan todo su valor, son capaces de asimilar y sacar provecho de una situación” (Perls, 1975) así forma parte del organismo (de la personalidad) no causa malestar como un Introyecto, que son los valores que se imponen por ejemplo “deber ser delgada o “deber cambiar” del cuerpo o su apariencia para ser “bellos” sino que es parte del organismo, ha sido asimilado.

3.2.2 La exposición.

En la persona con bulimia está presente un temor constante, ante la idea de exponerse a los demás, en todos los sentidos; su frontera de la exposición es cerrada, no está cómoda con su persona, ni con sus emociones, ni su cuerpo: generalmente lo oculta con mucha ropa, oculta también lo que siente, no dice si le agrada o le desagrada, si le asusta, le enoja o le entristece algo y sí lo llega a hacer le cuesta mucho trabajo y no lo hace claramente, por ende no llega a obtener lo que necesita. No sabe como pedirlo, ni como exponerse al mundo.

La persona bulímica regula este problema de la exposición ocultando sus crisis, pues sus comportamientos y actitudes le resultan vergonzosos; se avergüenza de todo lo que hace en este círculo vicioso, se avergüenza de ella misma por necesitar el alimento, por tener hambre y no poder controlarse en su alimentación, por fracasar en su intento de no comer y por fracasar de nuevo al quedarse vacía de alimento. También siente vergüenza por no cumplir las expectativas de otros, aunque lo más grave es que sí las cumple y cree que no lo está haciendo, el temor al rechazo del otro la hunde en un profundo círculo de miedo y decepción de sí misma, la postura corporal que adopta es de “ocultarse”, no camina derecha hunde el torso arqueando la columna como si fuera a encogerse de brazos o bien se mantiene mucho tiempo con brazos o piernas cruzados.

3.2.3 Lo conocido.

El contacto es una función que se desarrolla en la frontera que une a la persona y a la vez la separa del campo, en el que están los Otros, pueden ser otros organismos, objetos inanimados, o *incluso cualidades y habilidades que el sujeto ha desarrollado en él mismo*. Este último aspecto es el que se relaciona en gran parte con la *frontera de lo conocido*⁶, pues no iremos más allá de lo que consideramos nuestras propias capacidades, nuestro propio límite, el Principio de Pregnanz⁷, afirma que la persona tiende a lo constructivo de forma innata, por lo que la frontera de lo conocido no sólo

⁶ Funciona en el organismo para facilitar el contacto e interacción con el medio, ante el temor a lo desconocido o cambios se expande para favorecer el desarrollo, pero es una protección para lo tóxico.

⁷ Es el Principio que se basa en lo siguiente: “Todo ser vivo en todo momento y en cualquier circunstancia siempre da la mejor respuesta posible”, es un mecanismo de defensa que le permite a la persona actuar de la mejor manera y siempre que sus capacidades y limitantes hagan posible cada una de sus experiencias.

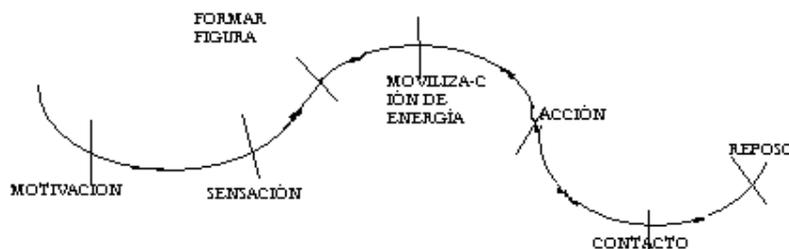
hace referencia a las capacidades o limitantes que tiene la persona, sino que se refiere también a todo aquello que le parece familiar, tiene gran relación con las cualidades, habilidades, normas, valores, costumbres que posee y con las cuales ha crecido, las personas responderán más fácilmente a aquello que le parezca familiar porque puede darse cuenta de ello.

En el caso de la persona con bulimia su frontera de lo familiar está muy limitada, debido al miedo de exponerse a los demás, no se *arriesga* pues no se siente lo suficientemente delgada o bella, es tanto el miedo que tiene de equivocarse que no realiza las cosas, no puede DC que tiene la posibilidad de *elegir* entre estos y *asimilar* todo aquello que recibe del medio. Le es familiar guiarse por sus introyectos, que por sus sensaciones, está tan desensibilizada que entra en *conflicto*⁸, para resolverlo opta por la alternativa más segura: los introyectos.

3.3 Ciclo de la experiencia.

El ciclo de la experiencia es un modelo fisiológico que fue retomado del conductismo por algunos de los terapeutas gestálticos entre los que se pueden mencionar Joseph Zinker, Erving y Miriam Polster, Joel Latner y Serge Ginger (Sinay, Op. Cit). Consiste en un ciclo que se lleva a cabo continuamente en toda la persona, está relacionado con la satisfacción de necesidades y se le puede llamar también ciclo de *autorregulación orgánica* (Zinker, 1999), éste proceso está dirigido a lograr el objetivo final de la necesidad emergente. Este se muestra en la Figura 2.

FIGURA 2. CICLO DE LA EXPERIENCIA:



⁸ Este sucede cuando *dos necesidades* (la necesidad de la persona con bulimia y en éste caso la pseudonecesidad son los que compiten) de fuerza semejante se presentan casi al mismo tiempo, sólo que una es más importante que la otra. La persona con bulimia no puede percibir cual es más importante y cuando lo hace lo más importante que considera es la pseudonecesidad "Deber ser delgada".

Alcaráz (2002) considera que este modelo es una herramienta muy útil y de mucha importancia cuando hablamos de intervención terapéutica pues este modelo muestra de forma muy clara cual es la situación que experimenta la persona, nos permite determinar de qué manera fluye la experiencia vivencial de ésta y permite ubicar los bloqueos neuróticos que ha tenido que desarrollar en su Ciclo de la Experiencia para seguir funcionando en un campo neurotizante.

Por tal motivo, si queremos comprender un T.A. como la bulimia y comprender cómo es, tenemos que determinar como es el Ciclo de la Experiencia de la persona con bulimia, y sus bloqueos, es decir su fluir experiencial. El siguiente modelo que no sólo describe dónde esta bloqueada la persona y qué es lo que le impide que su experiencia fluya, también permite describir cómo y para qué están presentes sus bloqueos.

Este modelo, desglosado en el siguiente apartado, puede explicar otro tipo de T.A, aspecto que se siguiere trabajar posteriormente pues podrían con esto surgir alternativas de trabajo en psicoterapia capaces de generar habilidades que se amplíen a otro tipo de comportamientos relacionados con los T.A; sin embargo en esta tesis describe exclusivamente cómo vive el trastorno la persona bulímica.

3.3.1 Interrupciones y bloqueos.

El ciclo de la experiencia que mantiene la persona Bulímica es complejo, pues presenta diversa interrupciones. Para comprender mejor cómo sucede éste proceso, lo dividiremos en tres fases.

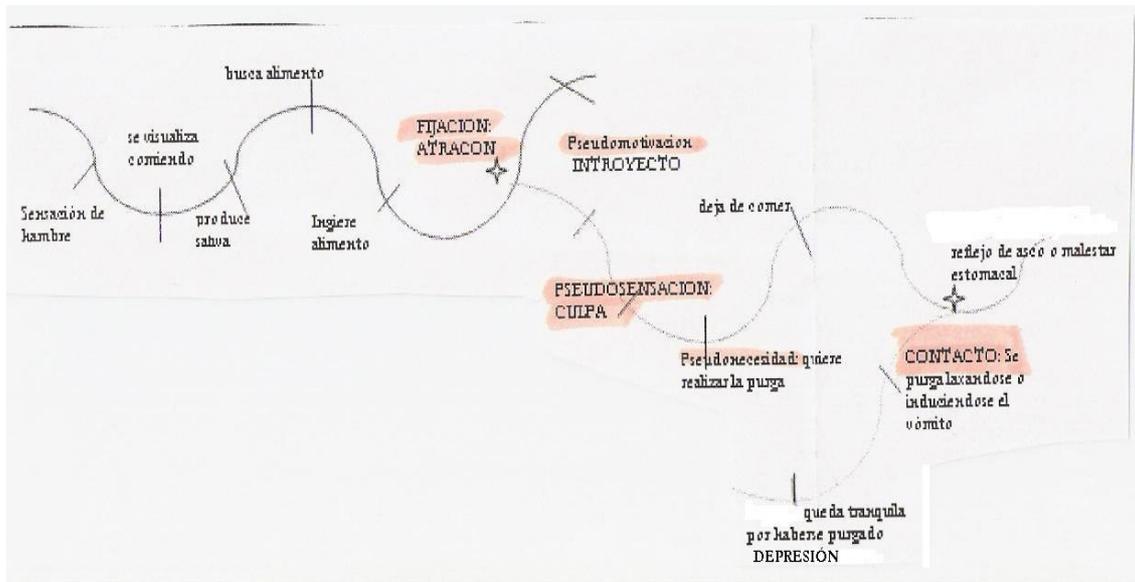
La primera fase se inicia con un *ciclo no exitoso*⁹. El trastorno entonces comienza cuando la persona tiene la *sensación* de hambre, el estómago le duele o se siente vacío,

⁹ Alcaraz (2002) menciona que los bloqueos que interrumpen el flujo natural del Ciclo de la Experiencia dan lugar a las pseudovivencias o pseudoexperiencias, en la bulimia sucede esto (ya que presenta momentos muy parecidos a los episodios psicóticos) la experiencia se distorsiona y la persona “se separa” por momentos de su aspecto sensorial, quedándose en un nivel sensorial muy débil. Así que al existir solo pseudoexperiencias durante todo el ciclo tomaremos en cuenta entonces los términos *Ciclo Exitoso* y *Ciclo No Exitoso* para referirnos a estas pseudoexperiencias durante todo éste proceso. Los Ciclos Exitosos serán los que lleguen al reposo y aquellos en donde la persona vuelva a la sensación y ésta no sea muy débil. En cuanto a los Ciclo No Exitosos nos referiremos a aquel proceso donde la persona no haya concluido su gestalt y no llega al estado de reposo. Como en el ciclo no exitoso del proceso de alimentación con el que comienza el trastorno (Figura 3.1).

forma su *figura* que es satisfacer su necesidad de hambre con alimento, así *la energía se mueve* produciendo saliva en las glándulas salivales, la persona después *actúa* buscando alimento, al encontrarlo hace *contacto* con él, come satisfaciendo la necesidad de comer. Sin embargo no existe un *retiro* con la comida, por lo que la necesidad no se percibe como satisfecha y la persona continúa comiendo, hay *compulsión* en el contacto con la comida, no hay un retiro, la persona se queda en un estado de *fijación* engullendo el alimento, casi no lo mastica se lo traga por eso consume grandes cantidades de comida. En ésta primera fase se desencadenan varios **subciclos** no exitosos (aunque en realidad continua todo el ciclo, **Figura 3**) en los que todas estas interrupciones son *pseudoexperiencias*.

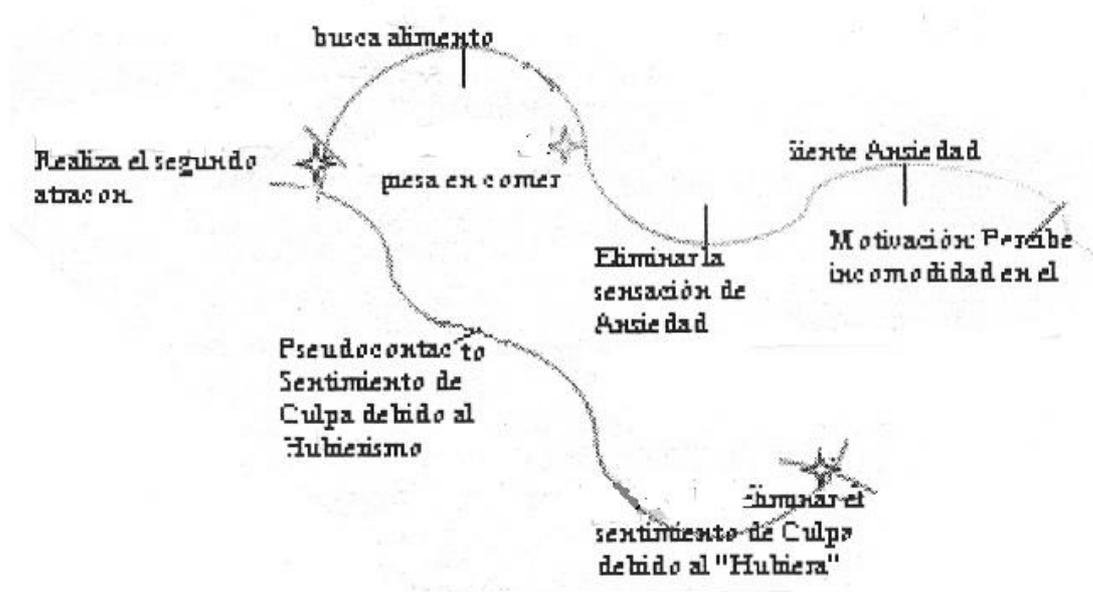
A pesar de que la persona continua comiendo surge una “motivación” que es en realidad una *pseudomotivación*, impulsada por un introyecto “*deber ser delgada*”, que produce una *pseudosensación* identificada como **culpa** “*no debí comer tanto*”, después se forma una *pseudofigura* en que la persona imagina o se visualiza provocándose el vomito o laxándose, la *energía se moviliza* produciendo el reflejo de *asco*, también puede producirse malestar estomacal, inmediatamente después, la persona actúa y deja de comer dirigiéndose hacia el baño y *escondiéndose* porque es casi seguro que se DC de que “está mal” lo que va a hacer; sin embargo, se provoca el vómito o toma laxantes pues su pseudocontacto no le ofrece otra alternativa para satisfacer el introyecto. Se “satisface” así la pseudonecesidad generada por el introyecto: “bajar de peso” y aquí hay un pequeño periodo que parece de retrainimiento o reposo, la persona se siente aliviada por devolver la comida o haberse laxado pero no se siente satisfecha, el malestar físico y emocional prosigue, lo que en realidad experimenta es *depresión*. Esta primera fase se muestra en la **Figura 3.1**.

FIGURA 3.1. PRIMER FASE DEL PROCESO DE BULIMIA.



Inmediatamente se inicia la segunda fase del ciclo, que implica muchas pseudoexperiencias pues como en el ciclo anterior no llega al reposo; así la motivación que se tiene produce la sensación de incomodidad en el cuerpo (un vacío en el estómago), *ansiedad*, sensación desagradable y muy intensa por lo que se “interrumpe” éste ciclo con una *negación* (se rechaza a sí misma porque no es delgada y tiene que hacer “algo” para SER delgada). Esta negación origina otra “interrupción”, la persona forma una pseudofigura y piensa en comer, la energía se moviliza hasta encontrar algo qué comer, la persona ingiere alimento nuevamente de forma compulsiva (atracción) *engulle y no mastica*, mientras come compulsivamente se siente culpable, en un pseudocontacto consigo misma se DC que está “haciéndose daño”, siente culpa impulsada por un hubierismo “no hubiera comido de esa manera” y se “interrumpe” dirigiendo su atracción a una idea fijada: purgarse. Esta idea disminuye un poco la culpa, pero no la elimina, y llega nuevamente a la depresión, por muy poco tiempo, pues casi de inmediato se inicia la tercera fase. La segunda fase se observa en **la Figura 3.2.**

FIGURA 3.2. SEGUNDA FASE DEL CICLO DE LA BULIMIA.

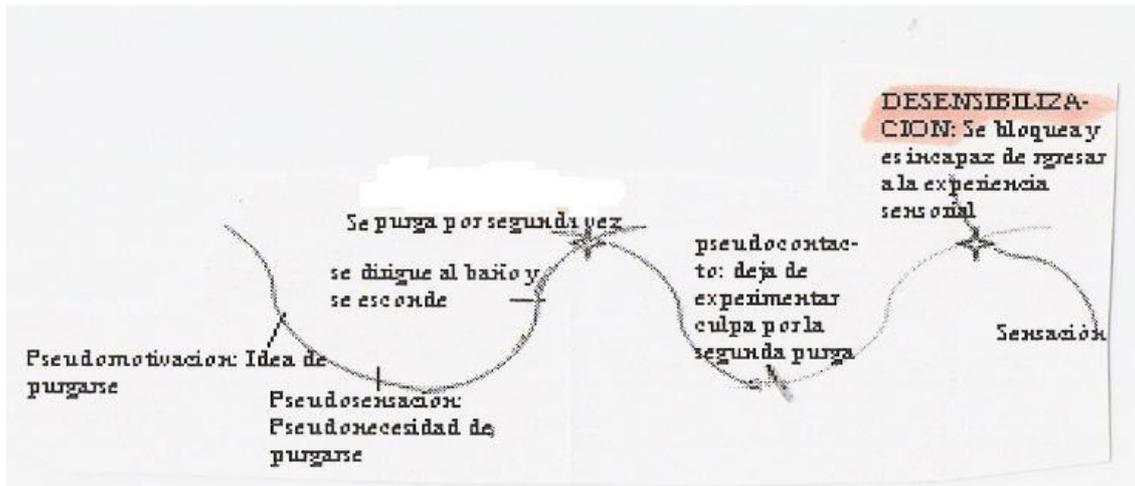


En la tercera fase surge una pseudomotivación para disminuir o eliminar la culpa, se experimenta la pseudosensación de asco acompañada de la pseudonecesidad de purgarse, se forma una pseudofigura, la persona se visualiza purgándose o provocándose el vómito movilizand así su energía, se dirige al baño y se esconde. Nuevamente, se purga en un pseudocontacto, deja de sentirse culpable por haber comido tanto; la persona llega así a una especie de retrainiemo, ha expiado sus culpas y no tiene más motivaciones, lo que le queda es su depresión.

Finalmente, la persona llega a un estado de *desensibilización* en la tercera fase de este ciclo; los malestares físicos como las lesiones en su garganta, en sus encías, en su dentadura, su sensación de hambre pasan al fondo del campo, quedando como figura el introyecto "deber ser delgada".

La bulímica se desensibiliza corporalmente a tal grado que ya no puede distinguir la sensación de hambre de la ansiedad que le produce comer en "exceso". Esta tercera fase se observa en la **Figura 3.3**.

FIGURA 3.3. TERCERA FASE DEL CICLO DE LA BULIMIA.



La diferencia entre un ciclo de alimentación sano (ciclo de la experiencia de Zinker, Fig 2) y el ciclo de bulimia está en la capacidad de **sentir**.

La persona con bulimia es incapaz de volver a la experiencia sensorial, porque no tiene *contacto su cuerpo*, no presta *atención* a sus *sensaciones* y opta por ignorarlas, para atender a sus introyectos.

Por otra parte, la ansiedad es la excitación, que implica una emoción con abastecimiento inadecuado de oxígeno, que crea un conflicto agudo entre el impulso de respirar y el autocontrol que se opone a hacerlo (Perls, 1975).

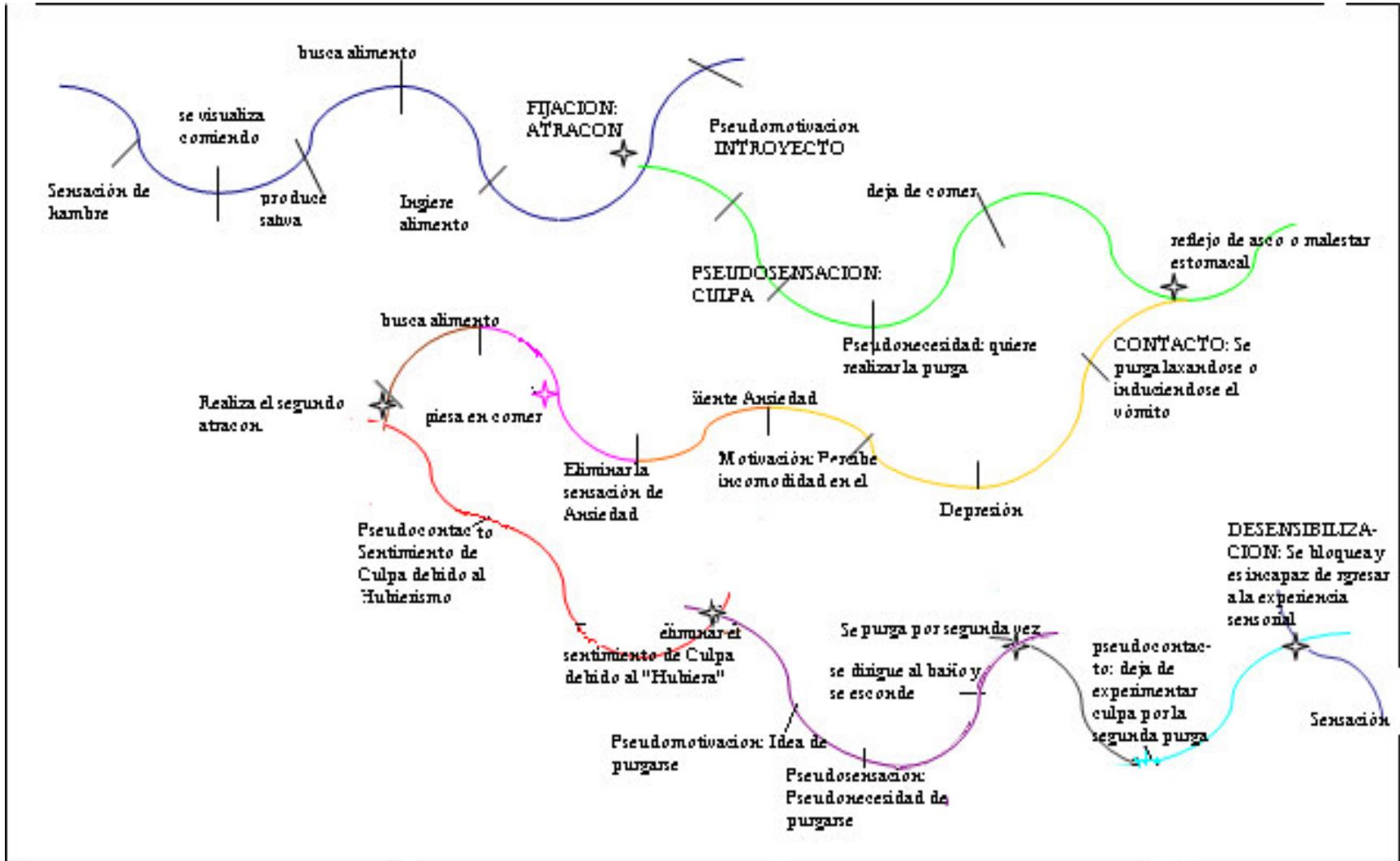
Este autocontrol se observará en la persona como una resistencia muscular, en la mandíbula, ocasionando que la persona no mastique el alimento, entonces engulle la comida, al no aplicarse la agresión dental en la masticación se observa en las retroflexiones que ejerce la bulímica al *auto-agredirse con laxantes*.

La culpa que se experimenta durante todo el ciclo por los hubierismos, es utilizada como medio para hacer los “ajustes” necesarios para descargar esa agresión en el propio cuerpo.

La bulímica, en el Fondo de su percepción distorsionada tiene miedo a las constantes críticas que los otros pueden hacerle, por no “SER delgada”; sin embargo, no se DC que esas críticas y ese miedo al rechazo que atribuye a los demás proviene de sí misma; es decir, se trata de una *proyección*, su rechazo de sí misma cree que es de los demás. Por desgracia- y aunque no siempre- no está lejos de la verdad, porque el rechazo social al cuerpo obeso es real.

Todo este proceso proyectivo genera los pseudociclos de la experiencia es lo mejor que puede hacer la persona en ese momento, le resulta más fácil lastimarse a sí misma que modificar TODO el contexto social-cultural en el que vive.

Figura 3. CICLO DE LA EXPERIENCIA DE LA BULIMIA.



3.4 Los Demonios Del Crecimiento.

Perls afirma que “Todos nosotros crecemos mediante el ejercicio de la capacidad de discriminar, la que en sí misma es función del límite entre lo propio y lo Otro, podremos crecer únicamente si en el proceso de tomar, digerimos y asimilamos plenamente, después, lo que realmente hemos asimilado, pasa a ser nuestro” (Perls, Op.cit); sin embargo, éste crecimiento puede obstruirse o detenerse; de cuatro formas diferentes: *los introyectos*, *los hubierismos*, *los asuntos inconclusos* y *las experiencias obsoletas*. Estos cuatro mecanismos dificultan nuestra vivencia (sentir, atender, identificar, conocer, reconocer, etc.) e impiden el *Darse Cuenta* de las experiencias que tienen las personas con algún T.A.

Los desglosaremos uno por uno para identificar como operan en la vivencia de la bulimia.

3.4.1 Introyectos.

Los introyectos son eventos, experiencias o mandatos que literalmente han sido impuestos y que no han sido asimilados o procesados por la persona para su desarrollo (Alcaraz, 2006). Consisten en frases, mandatos o creencias que se reconocen fácilmente en los debeismos: “*debes de*” o “*no debes de*”.

Perls (1975) consideraba que impiden la acción necesaria para la satisfacción de necesidades, pues hace incuestionables normas y valores morales que se toman como propios pero que en realidad se toman del medio.

En el proceso de desarrollo infantil, una de las primeras conductas que se observan en el niño es la forma en la que recibe el alimento. “El niño pequeño acepta cualquier cosa que no experimenta instantáneamente como nociva” (Polster y Polster, 1997) e igualmente sucede con las impresiones acerca del mundo. Los momentos acerca de la vida, los modos de actuar, los patrones de comportamiento, valores y actitudes son, al igual que el alimento materno, recibidos de forma natural. El niño experimenta simplemente, la *duda* no aparece, sino posteriormente con el aprendizaje y la experiencia personal.

Este aprendizaje llega de la gente más cercana, como son los padres y maestros, el menor prefiere incorporar entero el conocimiento dotado por los adultos.

Cohen (2000) considera que por medio del aprendizaje *son introyectadas* en nosotros las necesidades del Otro, que en ocasiones son destructivas. La persona con bulimia, no necesariamente actúa con base en las necesidades de otra persona, pues a pesar de ésta influencia es *responsable de sí misma* e intenta siempre satisfacer sus propias necesidades o deseos, las **pseudonecesidades** son **falsas necesidades** que desplazan a las *necesidades auténticas* para satisfacer un *deseo* como si éste fuera la necesidad. De tal manera que los introyectos son mensajes que la persona no ha logrado asimilar y simplemente los obedece.

En los capítulos anteriores mencionamos los diferentes tipos de introyectos que la bulímica escucha a lo largo de su educación y así como los momentos en que la persona considera estos introyectos como un medio para conseguir aquello que desea, o para evitar contacto con lo que teme. Sin embargo existe un elemento muy importante que tenemos que considerar además de esto: la forma en que la persona con bulimia actúa con base en esos *introyectos* y en cómo es que son más importantes que sus percepciones o sensaciones.

La persona bulímica actúa la mayor parte de su tiempo con base en estos introyectos, todo lo que aprende de la gente que la rodea y que quiere, quisiera llevarlo al pie de la letra, ha aprendido que hacer, decir o pensar esto “hacen mejor” a una persona tomando las *creencias*¹⁰ de los otros como si fueran suyas, actuando con bases en ellas. Por esto no las puede asimilar, las deja intactas *cómo si* esas normas, valores o creencias persona fueran la misma persona¹¹. La *asimilación* indica en cierto modo destrucción o desintegración, para que pueda ser asimilado el material del exterior, lo que la persona introyecta lo repite sin obtener algo *nutricio* para ella, se los repite a sí misma o los

¹⁰ “Una creencia se refiere a dar algo por cierto aunque no conste en nuestra experiencia directa sino por un contacto mediado por Otro” (Alcaraz, 2003).

¹¹ Estos son rasgos de carácter paranoico, mostrado en todo el proceso neurótico importante, indican, como lo dice Perls (1975) que la persona ha *tragado* todo el mandato, norma o valor; el mandato permanece intacto por que se evita atacarlo, *morderlo* y destruirlo como lo indica el metabolismo mental (para la asimilación hace falta la agresión que implica metabolizarlo, reducirlo y retomar solo lo *nutricio* para el organismo) y (Pels, Op. Cit), la persona introyecta el material externo y lo proyecta en el miedo constante a las críticas al no cumplir específicamente “los requerimientos que el prototipo de belleza impone” y en el rechazo y no aceptación de “los Otros” por esto no los asimila.

repite a otros, actúa según cada introyecto, se lo dicta. Por tal razón, los introyectos son un elemento importante para que se desarrolle la bulimia. En la bulimia las *creencias son introyectos*, desempeñan el mismo papel, tienen la misma función, nos mandan como *debemos ser*, en mayoría estos introyectos provienen de otras culturas como el de “mujer bella igual a mujer delgada”.

En el caso de la persona con bulimia o cualquier otro T.A. la *duda*¹² ante el introyecto surge de la siguiente forma: La persona contrasta una creencia contra su experiencia respecto de la belleza de una mujer, construye así su concepto de belleza, por ejemplo: “una mujer delgada es una mujer bella”, ante la frase “Yo no soy delgada, por lo tanto Yo creo que soy fea” surge una contradicción entre su propia experiencia al respecto de la belleza y lo que Otros afirman que “debe de ser” una mujer bella. Llega ser tan fuerte esta contradicción que no sólo la afectan a nivel del lenguaje verbal¹³, sino también a nivel de *su lenguaje corporal*, la bulímica duda de lo que sus sensaciones le indican, duda de sí misma a través de su cuerpo, duda de lo que su propio cuerpo le manifiesta y le expresa, pone en duda sus sensaciones y sus percepciones. Un ejemplo de esto es la ansiedad que experimenta en el ciclo ya descrito, con la compulsión de comer inmediatamente después de haber comido algo, en este caso la sensación no es hambre, sin embargo la persona come nuevamente, iniciando el atracón; la persona que tiene bulimia no puede diferenciar la ansiedad y el hambre.

Si la persona que manifiesta bulimia no es capaz de discernir entre lo que piensa y siente, entonces no puede asimilar éstas introyectos o creencias tóxicas, y las vive “como si” fueran suyas sin lograr la satisfacción de sus necesidades, porque no las identifica. Este es el precio que se paga al manejar su comportamiento con base en introyectos.

¹² Una duda es un proceso en el que una creencia contradice a otra dentro del sistema estructurado de creencias de la persona, produciendo una sensación de inseguridad como resultado de actuar conforme a una creencia que *contradice a la experiencia* o bien que no es congruente con el sistema general de creencias de la persona (Alcaraz, 2003).

¹³ Aspecto que implica una creencia, pues “la creencia es un evento fundamentalmente lingüístico, no puede creer quien no tiene lenguaje” (Alcaraz, Op. Cit.)

3.4.2 Hubierismos.

Los hubierismos son *estructuras verbales* que producen una alteración del sentido de realidad, generando sentimientos de culpa, vergüenza, impotencia, insatisfacción y frustración (Alcaraz, 2006).

La persona que usa “hubierismos” se lástima a sí misma o a otros emocionalmente, al usar sistemáticamente la frase: “*Si hubiera ...*”, “*Si No hubieras..*”. Estas estructuras juegan con un *pasado inexistente*, pues nunca pasó aquello que la persona se reprocha a sí misma o le puede reprochar al Otro (utiliza un *pseudopasado*), al hacerlo se desresponsabiliza de sus actos, ya sea por algún error “*Si no hubiera dejado de hacer ejercicio, no estaría gorda*”.

Los hubierismos que experimenta la persona con bulimia al igual que los introyectos se aceptan “como si” fueran realidad, cuando son una *fantasía* cuyo efecto más evidente es generar culpa, y ya mencionamos el papel que juega la culpa en el ciclo de la bulimia: es la que induce el vómito o la purga para “expiarla”, por supuesto inútilmente. La **utilidad de un hubierismo** en este contexto bulímico nos es desconocida, pero podemos suponer que la bulímica lo usa ante su incapacidad de acción con sus necesidades auténticas.

3.4.3 Asuntos Inconclusos.

En el enfoque Gestáltico se le llama **Asunto Inconcluso** a una necesidad que no se ha satisfecho, y que constantemente emerge del fondo, buscando ser satisfecha, consumiendo energía y produciendo malestar.

Para la persona que no padece T.A, lo corriente es pasar con la fluidez de un estado de necesidad a otro de satisfacción, cuando este fluir de la experiencia es interrumpido como sucede a las personas bulímicas, no se satisfacen las necesidades nuevas, tal insatisfacción genera un malestar que no cesará hasta que el asunto sea atendido y concluido o sea satisfecho. La propiedad más interesante y más importante de una *Gestalt* es la necesidad que tiene de encontrar su solución (Perls, Op. Cit).

En el ciclo de la bulimia hay al menos dos: 1) Satisfacer el hambre y 2) Satisfacer el deseo de ser delgada. Ninguno de los cuales es satisfecho. El primero porque al comer excesivamente en el atracón se induce el vómito la purga, quedando el estómago y los intestinos vacíos, es decir, sin alimentos, la necesidad de comer se convierte en esta parte del ciclo en un asunto inconcluso, pero esta conducta supuestamente es para satisfacer el deseo de ser delgada, no obstante no es así, pues la ingesta incontrolable que sigue en el ciclo al vómito o a la purga deja insatisfecho tal deseo que se vuelve un asunto inconcluso en las sucesivas oscilaciones de peso. Estos dos asuntos inconclusos son tan complejos en el sistema de creencias de la bulímica son antagónicos: “si como para saciar el hambre, me pondré gorda”; pero “si vomito o me laxo me quedare con hambre”. El dilema en la lógica de la bulímica es temible.

Por si fuera poco, la culpa acompaña este conflicto con los asuntos inconclusos en todo proceso Bulimia, ya que la persona “sabe” que lo que hace la daña; por tal motivo surgen sentimientos de vergüenza y arrepentimiento, intentando no volver a realizar el ciclo, que inevitablemente se repetirá cuando siente hambre o ansiedad.

3.4.4 Experiencias Obsoletas.

Las experiencias obsoletas en el enfoque Gestáltico, *el “aquí y el ahora”* es de importancia, incluso si hablamos del futuro o del pasado; el DC ocurre en el *ahora*, si hablamos del pasado se recuerda ahora y si hablamos del futuro se planea ahora. No conocer el presente, no recordar o no anticipar, son alteraciones que nos alejan de la realidad e impiden la acción (Yontef, 1995).

La bulimia comienza en la adolescencia, pero puede continuar en la vida adulta si se vuelve una experiencia obsoleta, que consiste en una relación con una persona significativa en algún momento de la vida, las más comunes son los padres, aprende a comportarse de un cierto modo con ellos, que luego generaliza a otras relaciones. Si retomamos el Capítulo 1, sobre la familia de la persona bulímica, identificaremos que su relación con padres severos, intransigentes, se convierte en una experiencia obsoleta.

Con la experiencia obsoleta la realidad se altera, la persona bulímica deja de vivir en el presente, manteniendo modo obsoleto de contacto con el campo, pues hace de adulta lo mismo que hacía en la infancia con sus padres: Tragar, sin discriminar lo que le dicen. O sea un **patrón de comportamientos obsoletos y tóxicos**.

La persona que padece bulimia responde cómo mejor puede ante sus necesidades en el medio que la rodea, sin embargo, su progresiva insensibilidad posibilita mantener patrones de comportamiento disfuncionales u obsoletos en su vida. Pero, ¿Cuáles son esos comportamientos?. El siguiente apartado tiene el objetivo de especificar esos comportamientos a partir de los *modos de relación* que se manejan en el enfoque gestáltico.

3.5 Los modos de relación.

En Gestalt se acepta la existencia de concebidos como **formas de evitar o mantener el contacto**, con elementos nutricios o tóxicos del campo. Se han identificado ocho maneras de hacerlo, que se denominan modos de relación; describiremos las características de cada uno para identificar cual o cuales son típicos en la bulimia y con base en ello, plantear posibilidades de investigación e intervención terapéutica.

3.5.1 Introyección.

El primer modo de relación se denomina “*introyección*” y su característica central es que la persona rige su comportamiento por normas que fueron **Introyectadas** por sus padres, familia, amigos, medios de comunicación, la escuela, la iglesia y las tradiciones en general. Estos introyectos asumen forma de “debes de” o prohibiciones “no debes de...”.

Los introyectos tienen una función positiva; aprender de la experiencia de los otros. El problema se crea cuando se llega a considerar como la única forma de conocer o hacer algo.

3.5.2 Proyección.

La proyección es un modo inverso a la Introyección, la proyección es la tendencia de hacer considerar como parte del ambiente lo que se origina en el sí mismo (Perls, Op. Cit).

Las personas que usan la proyección tienen la predisposición a **desposeer** sus propios impulsos y aquellas partes de sí mismas donde se originan aquellos impulsos, que no los aceptan cómo propios, confiriéndoles, por así decir, una existencia objetiva fuera ellos de modo que pueden **culpar al Otro, por algo que han hecho ellos mismos**. En lugar de Ser un participante activo de su propia vida, el proyector se convierte en un *observador pasivo* que se siente *víctima* de las circunstancias.

Para la persona bulímica la delgadez es muy importante y puede reconocerla en las demás personas, pero que no ve en ella misma. La persona bulímica *proyecta* cuando considera que los demás la *critican, la señalan, la rechazan*, por su aspecto físico cuando en realidad ella misma es la que se rechaza, se critica y se señala por no ser delgada, por tal motivo desarrolla el T.A, *viviéndose* como víctima de los demás o de las “circunstancias”.

3.5.3 Aislamiento.

Este modo de relación se puede explicar con base en el concepto *contacto*, que abarca el DC sensorial y una conducta motora que le permiten a la persona satisfacer sus necesidades; contactar es el proceso de reconocerse a sí mismo y al otro moviéndose hacia una conexión, que incluye la separación (Sinay, 2002). Cuando esta separación es casi hermética cierra las fronteras y limita el contacto por lo que lo contiene o protege del ambiente que se percibe como hostil, a ésta manera de *relacionarse* se le llama aislamiento.

Este modo de relación marca límites eficaces y flexibles y la persona elige hasta dónde son permeables para permitir transacciones con su ambiente.

Este aspecto o modo de *relacionarse* es muy particular en la persona con bulimia, pues no se aísla de todo su ambiente sino que sucede con ciertos estímulos que *cree* que le pueden resultar tóxicos, aunque no lo sean, como cuando se niega a comer cierto tipo de alimento porque lo considera “malo”, “grasoso” o “poco saludable”.

Este modo se observa al principio del trastorno en relación al alimento que la bulímica se resiste a dejar pasar, pero también aparece al finalizar, pues cuando son muy frecuentes los ciclos de bulimia la persona se aísla de los demás, se vuelve irritable y no comenta nada de su conducta y se aleja para **evitar** discutir con ellos o **ser descubierta**. En los casos más graves, la persona está tan hermética que no percibe, ni atiende sus necesidades más elementales, no hace un contacto adecuado con su ambiente y su cuerpo sufre las consecuencias.

3.5.4 Confluencia.

Perls (Op. Cit) menciona que cuando un individuo no siente ningún *límite* entre él mismo y el ambiente que lo rodea, está en *confluencia*; los límites desaparecen y el individuo es incapaz de ver la diferencia entre él mismo y el resto del mundo, no puede vivenciarse a sí mismo pues ha borrado el límite con lo otro.

La persona en confluencia no puede decir qué es ella, ni qué son los demás, por lo que no puede hacer un buen contacto con ellos.

En el modo de confluencia se puede sentir la pertenencia a algo o alguien, como la pareja, un grupo pero por lo mismo, se puede permanecer en relaciones violentas y dolorosas por demasiado tiempo.

La confluencia también tiene serias consecuencias a nivel social, pues se convive con el otro pero se exige similitud (“todo debe ser igual”) y se **niega la tolerancia a las diferencias**, por tal razón la persona que tiene un T.A rechaza sus propias diferencias con los demás y con los estereotipos de belleza.

3.5.5 Deflexión.

Esta es la forma que predominantemente usa la bulímica para relacionarse con el medio ambiente y con el otro, la **deflexión¹⁴ con ella** no satisface nunca sus necesidades; este modo consiste en desviar la acción del organismo de contacto con un satisfactor, hacia un pseudosatisfactor para evitar algo que se teme. Cuando lo que se teme es tóxico, resulta muy útil, pero cuando es lo nutricional genera insatisfacción.

La persona con bulimia *evita* o defleciona situaciones que la “compromete” en el contacto con los demás y consigo misma; por ejemplo, en una situación que implica un **contacto “intenso”**, en la que tengan que enfrentar una sensación desconocida o que implica cambio, dolor o miedo; prefieren evitarla; sin embargo al evitar el contacto, huyen de la responsabilidad de **elegir**, no experimentan nuevas cosas y se queda insatisfecha la necesidad de novedad.

Las conductas de riesgo, *accidentes*, uso de drogas y *autolesiones*, tienen como función **deflectar**, debido a que un *dolor físico agudo* desplazarán la atención de una sensación como la tristeza, la persona bulímica preferirá experimentar el dolor físico que el emocional o su angustia de saberse responsable de todo el proceso que está viviendo.

3.5.6 Retroflexión.

Como se mencionó antes, la retroflexión consiste en hacerse a sí mismo lo que se desearía hacer a Otros o al ambiente. Cuando se retrofleciona, la energía que se dirige hacia el entorno se reorienta hacia sí mismo. (Perls, Op, Cit).

El retrofleccionador se convierte en su peor enemigo (Araiza, 2005) pues en ese proceso descarga su energía agresiva¹⁵ en sí mismo en lugar de descargarla en la asimilación de lo nutricional del ambiente.

¹⁴ Es un modo de “interactuar” con el medio que evita el contacto, desvía la energía hacia otro punto que no es el que se necesita.

¹⁵ Entendiendo que la agresión desintegra el alimento para su asimilación. De tal modo que la asimilación sea orgánica, intelectual, moral y social (perls, 1975).

Este modo de relación, en la persona bulímica no se presenta claramente, sin embargo como todo el proceso del T.A produce autolesiones con los vómitos y purgas, podríamos decir que la agresión que implica el acto de comer como señalan Perls (op. cit) y Araiza (Op. cit) se trastorna y vuelve contra la persona bulímica, lo que en términos amplios es una especie de retroflexión de la agresión.

3.5.7 Proflexión.

La *proflexión* es una forma de relación que consiste en que hace a los Otros lo que desear que le hagan a ella, pero que es incapaz de comunicar y cuando existe la posibilidad de que se lo hagan no puede pedirlo. Es un modo de relación que utiliza mucho la persona con bulimia, por ejemplo es común que cocinen alimentos “prohibidos” para que los Otros se los coman, y que ellas no son capaces de comer sin experimentar culpa, aunque desearían comerlos.

Otra conducta de este tipo es que complacen a sus amigos, familia, pareja como a ellas les gustaría que las complazcan, lo que le ocasiona muchos problemas pues hace al Otro lo que desea para sí misma, pero no lo comunica, hace acuerdos internos como si se los comunicará a los demás, pero no es capaz de pedir lo que quiere, *esperan demasiado del Otro*, pero no pueden recibir lo que quieren, causándoles frustración quedando sus necesidades o deseos insatisfechos.

De algún modo la Proflexión le es útil a la persona con bulimia, que de este modo espera de los demás lo que ella necesita darse, parece más fácil conseguir amor de los demás que dárselo a sí misma. Así, la bulímica no se esfuerza en atender eso que pudiera necesitar, no es fácil cambiar, el trastorno, en sí cada interrupción tiene una función que le proporciona ciertas ganancias secundarias y se queda “*cómodamente insensible*”.

3.5. 8 Fijación.

Zinker (1999) menciona que entre el *contacto* y *la retirada* hay un ritmo, uno aprende cómo debe prestar atención a las propias necesidades, cómo actuar para satisfacerlas y luego retirarse y descansar, esto es lo normal y lo más sano. Pero cuando las personas

no son capaces de comprender éste estado de tranquilidad o reposo como algo normal y parte de sus vidas cotidianas caen en la compulsividad, quieren estar activas en todo momento, sin descanso alguno y carecen de paz, se enferman y pierden la noción de lo que necesitan para poder funcionar en el ambiente de forma plena.

En el ciclo de la experiencia que la persona bulímica experimenta en gran medida éste tipo de interrupciones.

El primer punto a considerar es que durante el atracón le es muy difícil retirarse. La persona con bulimia come sin detenerse, no se DC del proceso, se “fija” en la idea de comer pero no llega a la satisfacción.

La bulimia es en sí es una fijación con la comida que se repite una y otra vez que “No Debe de comer” y que “Debe de Ser delgada”.

Del mismo modo que las relaciones de pareja violentas, o las relaciones tóxicas con la familia y los amigos, el consumo de alguna droga, las conductas riesgosas, la vida sexual promiscua, todas estas conductas son *comportamientos fijados* que no le permiten llegar al retiro y cerrar su gestalt, por lo que continua indefinidamente desgastándose y sufriendo.

3.6 Partes Y Polaridades.

La descripción de los modos de relación de la persona bulímica muestra gran parte de su comportamiento, sin embargo cuando hablamos de *polaridades*¹⁶, hablamos de conflicto y división, mucho más cuando se tiene bulimia.

¹⁶ Dos fuerzas intrapsíquicas opuestas que originan un conflicto que se desplaza constantemente en lo que “debería ser” y lo que se supone que “se es”, no hay identificación con ninguna de las dos y se produce un “conflicto” (Fagan y Shepherd, 1989).

La terapia gestalt busca la *integración* armónica de estas dos partes, cuando la integración ocurre la persona se entrega plenamente a sus dos roles y puede identificarse con ellos aceptándolos como propios y se actualiza como ella *es*, dejando las exigencias que limitan su desarrollo.

Para la persona que tiene bulimia, el conflicto entre estas dos fuerzas principalmente y al menos, es el siguiente: *lo que “deber de hacer... para ser delgada”* y *“lo que hace porque tiene hambre”* y las polaridades que luchan constantemente son:

1. **Polaridad que se exige ser delgada:** Esta polaridad es la que quiere el reconocimiento de los demás y vive con el introyecto *“deber ser delgada para ser reconocida”*.
2. **Polaridad que come compulsivamente:** Esta otra polaridad es la que no acepta la persona, pues no es capaz de parar de comer cada vez que lo hace y experimenta frustración. Se maneja así: *“estoy muy gorda pero no puedo dejar de comer”*.

Sin embargo, hay que recordar que existen diversas polaridades, algunas las reconocemos y otras las desconocemos, la persona con bulimia tiene muchas más sin embargo difícilmente las reconocerá y los conflictos que surgan la paralizan y bloquean, ponerlas en diálogo solucionará el conflicto pues se integra la funcionalidad de ambas, pero en la bulímica esto no puede ocurrir porque, como ya observamos, su ciclo de la experiencia se interrumpe de forma dramática.

Por otra parte los modos de relación ya mencionados pueden presentarse o no en los casos de bulimia, pues aunque comparten características todos los casos son distintos pues son vividos por personas distintas. En el siguiente capítulo examinaremos el que al parecer es el más característico de este T.A.

CAPITULO 4. BULIMIA: REFLEJO DE INTROYECTOS DE LA SOCIEDAD MEXICANA.

4.1 El Fondo y la Figura.

La *figura* en la bulimia, es el deseo de llegar a *Ser: bella, delgada, reconocida, admirada y querida* y el *fondo* sin duda son todas las conductas obsesivas que mantiene, los sentimientos de conflicto, incertidumbre, miedo e inseguridad, las constantes dudas de *la realidad* que percibe, la culpa y la vergüenza, la frustración de vivirse imperfecta, incapaz, vulnerable y el sufrimiento de no aceptarse como es, de no amarse y de ser su peor juez y verdugo.

4.1.1 Contextualizando: ¿A qué cultura pertenece la persona bulímica?

Definitivamente la *cosmovisión* se construye a partir de las relaciones sociales, en sus distintos niveles, que incluyen el psicológico y corporal; pues las costumbres, tradiciones, normas, cultura e historia construyen las características de una sociedad. Los introyectos sociales con los que nos cruzaremos durante nuestro desarrollo pueden nutrirnos o bien provocarnos malestar, todo dependerá de cómo aprendemos a manejar los *Nutrientes* que están en el ambiente. La habilidad o limitante que tengamos para hacerlo se reflejará en nuestra corporalidad; en este contexto nuestra identidad individual es reflejo de nuestro contexto social, sólo que no siempre nos DC de ello.

La sociedad mexicana tiene una *historia* muy particular que se **reajusta** constantemente, lo corporal es una de sus dimensiones más importantes, pero no puede entenderse si no la articulamos con nuestra sociedad y sus cambios.

Desde la década de los 80`s hasta hoy la reestructuración económica y social de nuestro país a partir de las ideas de modernización **significó** no sólo cambio en la infraestructura, sino un gran **dolor** en los ciudadanos ya que los acontecimientos que caracterizaron esta época han sido muy impactantes: Por ejemplo, conocer las

consecuencias del SIDA¹ modificando las relaciones sexuales, cambian los hábitos alimenticios debido a la reforma económica, la inolvidable huella del terremoto del año 1985 siembra miedo e inseguridad, todo esto modifican en gran medida la forma de vivir la **corporalidad** en México.

La cultura mexicana **construye** su “corporalidad”, la cual no se experimenta auténticamente pues niega casi todo lo que siente; por ejemplo ¿cómo vive la sexualidad el mexicano?, siendo ésta inherente del ser humano, en nuestra cultura difícilmente se acepta, pues se vincula con la vergüenza, culpa o miedo, la cultura mexicana se oculta para vivir su sexualidad, disfraza las funciones del organismo que son normales: el ciclo menstrual, el embarazo, la menopausia, lo mismo que las *emociones o sentimientos* como el enojo o la tristeza; el no aceptarlos o experimentarlos nos fragmentan como seres humanos.

Somos una sociedad que vive su corporalidad a medias, y considerando que la mercadotecnia pretende cambiar la identidad de cualquiera al precio que sea, mutila *el cuerpo*, estableciendo un ambiente confuso y enajenante. La sociedad mexicana por una parte, tiene que ajustarse a los dramáticos cambios económicos globales y por otro lado tiene que reajustar su identidad para que embone con esa cultura desconcertante.

Nuestra sociedad vive en constante conflicto, con una profunda contradicción cultural: México se compone de una milenaria población *pluriétnica* y *pluricultural* que lucha por reafirmarse y expresarse, pero el "México moderno" vive en la fantasía y desensibilización, sustituyendo sus expresiones, su música, sus bailes, su vestimenta, sus tradiciones, sus afectos, sus *valores*, sus *leyes*, sus múltiples formas de comunicarse, *su forma de alimentarse*, de entretenerse o de vivir, por diversas y atractivas ilusiones de “ un país moderno” lastimando la identidad de nuestra sociedad.

Ante esta dinámica, México trata de definirse y “venderse”, con la música nortea, grupera, duranguense, latina, con una mayor exportación de tequila, o playas mexicanas conservando así algo de su identidad frente al extranjero, sin embargo es sólo

¹ Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, enfermedad mortal que se caracteriza por una deficiencia en las respuestas inmunológicas; es decir el organismo pierde la capacidad para defenderse contra determinadas infecciones se transmite por vía sexual y sanguínea (Higashida, 1995).

mercadotecnia y por consecuencia México “*tiene que Ser*” competitivo, desarrollado, moderno.

Ahora se venden o compran emociones, valores y cuerpos, ocultando lo que se es, la sexualidad, la autenticidad, la libertad, la espiritualidad, etcétera; alterando escenarios tan cotidianos como dormir, comer, comunicarse, educar, amar o creer se experimentan cada vez con más violencia y negación, parece que la sociedad está en un *profundo proceso de transformación* que le permite volver a *sentirse* y *reconocerse* como comunidad.

En éste país, la persona que padece T.A pertenece a una cultura que ha aprendido a vivir y funcionar en condiciones de subsistencia, atendiéndose sólo ante la presencia constante de culpa, ansiedad, desconfianza, rechazo, ira, celos, resentimiento, vergüenza o miedo.

Así nos percatamos que los T.A son fenómenos históricos y en este sentido, cabe preguntarnos como sociedad: ¿cómo es que nos “matamos” por ser alguien que no somos, desconociendo lo que sí somos?, en el siguiente apartado se describen los valores que la persona bulímica introyecta de su entorno.

4.1.2 ¿Qué valores impulsa?

Los valores que la persona con bulimia adopta y vive socialmente a través de su comportamiento, actitudes y de su cuerpo son: La *obediencia*, la abnegación, la *paciencia*, pensar en los demás, *la perfección*, *la bondad* “ser buen hijo, buen estudiante, buen cristiano, buen marido, buen ejemplo”. Otro valor de gran importancia es *la belleza*, que en nuestra sociedad se traduce en *delgadez*, *juventud* y *homogeneidad*, lo que es distinto no es bello, el envejecimiento y la diversidad son señalados cómo desventajas y no cómo un elemento de todo ser humano, *el poder* es otro valor que facilita *Ser y poseer* lo que esté a su alcance: el tiempo, los sentimientos, otras personas, las cosas e incluso acontecimientos.

Estos son al menos algunos de los valores más significativos que pondera la cultura de la modernidad en México, cultura a la que pertenece la persona con bulimia y que los reproduce y los *sufre* a través de su cuerpo. Siendo el *sufrimiento o el sacrificio* otro valor muy reconocido en nuestra sociedad, pues generalmente promete una “recompensa”; la persona con bulimia aprende que cuando ha sufrido “se merece” lo que le corresponde, difícilmente creará y aceptará que se merece algo positivo sin haber sufrido antes, cuando comete un error tiene la creencia de que se merece sufrir un “*castigo*” que generalmente ella misma se impone, haciendo de su vida un complejo e *inacabable ciclo de ajustes* en los que la *culpa* y el *sufrimiento* ocupan un lugar dominante.

4.1.3 ¿Qué desprecia y que vanagloria?

Nuestra cultura mexicana vanagloria el sacrificio, el aceptar el sufrimiento demostrando “fortaleza”. En el sacrificio intentamos Ser para el otro, sin DC que si atendemos a todos los demás dejamos de atendernos a nosotros mismos.

Un ejemplo, en el que la *negación del cuerpo* es vanagloriada en nuestra cultura es el controlar las emociones, en este caso *sentir* es una desventaja frente al otro: “no llorar, no enojarse, no excitarse, no enamorarse”, son introyectos que no nos permiten mostrarnos vulnerables; esto desensibiliza a las personas y adormecen su empatía. Esta es deshumanización pues los sentimientos de enojo, tristeza, amor o compasión nos describen cómo seres humanos, es una desventaja en este contexto neurotizante que limita al *Ser*, ponderando “*lo que no es*”.

Por otra parte en México se rechaza la realidad y fomenta la fantasía, desarrollando mecanismos patológicos que no nos dejan vivir en el presente, negando cuanto somos hacemos, sentimos y queremos.

También rechaza el compromiso y la *responsabilidad*, sobre todo en su capacidad de acción, deflectando el contacto siendo infieles con los otros en las múltiples relaciones sociales; por ejemplo las relaciones de pareja cuando la relación es tóxica, en el trabajo cuando hay contrataciones por tratar de ser quien no se es y en los despidos de quien es como es, pero la infidelidad mayor ocurre con nosotros mismos, cuando *no elegimos*

por miedo a *sentir*, la sociedad actual tiene miedo de “comprometerse” y “desprenderse”, hace “como si se comprometiera, como si hiciera contacto” pero no se DC que con esto se limita en aprendizaje, madurez y desarrollo.

Otro aspecto que rechaza es la *autonomía* muchas veces las fronteras son tan permeables que difícilmente se diferencia del otro, la soledad es mostrada como sinónimo de fracaso, siendo confluentes no permitimos la responsabilidad, ni la madurez.

Estos son algunos de los aspectos que vanagloria y rechaza nuestra sociedad actual, sin embargo es preciso recordar que el contexto del “México moderno” y la historia que ha tenido, construye valores y *actitudes* que obstaculizan el desarrollo, buscando un “cambio” hacia lo que *no somos*.

4.2 Bulimia: Reflejo de Introyectos de la Sociedad Mexicana.

En terapia gestalt uno de los aspectos más importantes que se pretende lograr en el cliente cuando hay una clara fragmentación, como ocurre en la vivencia de la bulímica, es la *integración*, la cual no ocurrirá mientras haya conflicto, mientras no se acepten estas partes alienadas y mientras se mantenga la lucha entre “lo que se es” contra “lo que se pretende ser”. La *Teoría paradójica del cambio* enuncia lo siguiente:

El cambio se produce cuando uno se convierte en lo que es, no cuando tratamos de convertirnos en lo que no somos (Fagan y Shepherd, Op. Cit).

Este conflicto es constante para la persona con bulimia, pues sufre en el intento de ser otra persona, cada vez que tiene un ciclo atracón-purga permanece en una continua lucha que se manifiesta a través de su cuerpo. Así, construye un interminable ciclo que se hace cada vez más insoportable, en el cual el **dolor es el reajuste**. El dolor la hace sentir; sin embargo antes de llegar a sentir ese dolor, la persona *sufre mucho*², el **sufrimiento surge de la culpa**, la cual se alimenta de creencias (de **Introyectos**). El

² Dolor y sufrimiento en este caso no significan lo mismo, el sufrimiento proviene de una creencia acerca de algún introyecto, en cambio el dolor es el reajuste que le permite a la persona movilizar su atención a sí misma. El dolor en la visión gestáltica no tiene una connotación negativa.

conflicto que tiene la persona con bulimia es entre lo que es (alguien que experimenta dolor) y lo que “trata” ser (lo que le dice el introyecto que sea). De este modo no puede *asimilar* pues la asimilación ocurrirá cuando este conflicto se disuelva, cuando ambas partes tengan la misma *fuerza*, lo cual sólo ocurrirá hasta que acepte el dolor y la integración sea próxima.

Todo esto no ocurre sin un contexto determinante, la cultura en la que vive la persona bulímica *reproduce* de la misma manera estos *introyectos*, pues los *usa* del mismo modo que la persona bulímica lo hace. Funcionando igual que la bulímica, en un *sistema* que crea dolor. Este contexto, en el que la bulímica se fragmenta también resulta estar fragmentado y ser fragmentador.

La sociedad mexicana también permanece en un conflicto importante entre sus **introyectos (creencias)** que alimentan ese contexto globalizado que le hace entrar en la *competitividad* y “*modernidad*” (lo que “*trata*” *de ser*), y el **dolor** que surge de *ser* una sociedad que describe una **corporalidad fragmentada** (la que sí es). La sociedad mexicana vive descorporificada y se lastima, pero sufre con esos valores que mantienen los constantes introyectos, que se empeñan en negar emociones, negar el cuerpo, negar lo que somos, una sociedad marcada en su historia por el *dolor* (que se niega a reconocer y con el que aun no se ha identificado).

De tal modo que la sociedad mexicana, así como el proceso de conflicto que experimenta y vive, así observa el mundo, fragmentado, divide tajantemente, sin DC que todo tiene relación pues nada ocurre sin un contexto, esta fragmentación limita y obstaculiza su crecimiento. Nuestra sociedad marca abruptamente las diferencias, ha educado y educa actualmente con las creencias de dividir todo lo que puede pero se limita en conocerse, descubrirse y reconocerse. Esta sociedad funciona como sabe funcionar, no nos atrevemos a elegir otra forma de funcionar pues requiere antes que habilidad atención y fragmentados es difícil DC cómo sentimos, actuamos, experimentamos, es decir cómo somos. Por ejemplo; las brechas generacionales que se han marcado, no nos permiten DC el momento del proceso que estamos viviendo como sociedad y hasta como humanidad.

Así, la sociedad del mismo modo que la persona bulímica, sólo si se enfrenta al dolor que experimenta llegará realmente a DC de la realidad en la que vive, llegará a DC cómo mantienen y usan estos introyectos, buscará la *integración* viviendo en el aquí y ahora, y asimilará sus experiencias en la medida que lo necesite. Dando lugar al desarrollo, a su propia transformación.

Por otra parte las entrevistas que se desglosan en el siguiente capítulo pretenden describir cómo es que los introyectos *producto* de la sociedad mexicana en la que vivimos reflejan en gran parte la vivencia de los trastornos alimenticios, describiendo el proceso que experimentaron en algún momento de su vida las participantes. Especialmente con el trastorno Bulimia. La transcripción de las entrevistas profundas de la vivencia de cada trastorno, será una herramienta en la que el proceso se describa tal cómo es, pues pretende que las participantes detallen su experiencia con percepciones, sensaciones y creencias, integrando todo en *su testimonio*, mostrándose como son, aceptando al responder cada pregunta lo que sí son.

4.3 ¿Para qué nos interesa conocer estos trastornos?

Hasta ahora hemos señalado que en la sociedad mexicana, la persona con bulimia prefiere sacrificar sus sensaciones antes que atender a su necesidad más urgente, evitando enfrentarse con aquello que le duele. El proceso que vive la persona que padece bulimia es una muestra de la *necesidad de equilibrio* de nuestra sociedad, que es preciso comprender si queremos afrontar trastornos de ésta índole.

Conocer en profundidad la vivencia de la bulimia nos ayudará a comprender los T.A, sobre todo aquellos en los cuales la investigación ha sido escasa. Considerando el contexto en el que se vive, *construyendo nuevo conocimiento*, acerca de los factores relacionados con estos padecimientos, como las adicciones, la violencia, las problemáticas familiares o educativas, etcétera. Relacionando el conocimiento que se genera al respecto con otros campos del saber, *ampliando la visión* que se tienen de los fenómenos, apoyándonos de otras ciencias, de otras experiencias y de otras visiones que nos acerquen un poco más a la realidad que estamos enfrentando.

Abordar éstos trastornos compromete muchísimo más nuestra labor como psicólogos en la intervención psicoterapéutica, a nivel individual y social pues éste tipo de T.A nos permite vislumbrar de alguna forma cómo *estamos viviendo*, comprendiendo el “para qué” del comportamiento individual y social que resulta amenazante para el desarrollo humano.

Reconocer cómo *somos* nos acerca a nuestras limitantes como seres no perfectos pero también nos permite conocer nuestras capacidades y potencialidades; antes que psicólogos somos seres humanos y no siempre nos reconocemos como tales, al hacerlo *atendemos* mejor las necesidades del cliente, pues estamos sensibles a la experiencia del DC y más sensibles en la relación terapeuta-paciente pero también a la relación terapeuta-sociedad, pues una de las premisas básicas y elementales en el enfoque gestáltico es aceptar y reconocer a la persona como es, sin juicios de valor, abiertos a todos los aspectos de la persona, especialmente estamos abiertos a la aceptación incondicional de la persona, les acompañamos en su propio descubrimiento; sin embargo, cuando *enseñamos* nuevas habilidades, alternativas de conocimiento y aceptación de todo su ser, no siempre nos DC que de alguna manera interferimos en las creencias, en el lenguaje, en la conducta y la manera de asimilar de los individuos que acompañamos, y que esto tiene efectos sociales; si recordamos cómo es este contexto y considerando la participación activa que tenemos, nos DC que parte de todos esos **demonios del crecimiento** los creamos nosotros, nuestros propios ajustes, reorganizan la sociedad, nuestros procesos son en cierta forma los procesos que experimentan nuestros clientes, cada uno en su propia experiencia, pero de igual forma nuestro **crecimiento y desarrollo** también lo será de ellos.

En el siguiente capítulo se revisarán las entrevistas profundas, las cuales describen la vivencia del proceso que experimentaron cada una de las participantes, el análisis de entrevistas y conclusiones también forman parte de la metodología. Finalmente las entrevistas brindan la oportunidad a las participantes de DC del proceso que vivieron describiendo con estas el proceso personal y social vivimos como sociedad.

5. METODOLOGÍA

5.1 Procedimiento.

El procedimiento para la recabación de datos que se utilizó en la investigación fue la *entrevista profunda*. En total se realizaron nueve entrevistas en las que las participantes dan su testimonio acerca de la vivencia de su T.A, la entrevista profunda consideran diversos aspectos como: 1) Datos Generales, 2) Estructura Familiar, 3) Otras Relaciones Sociales (considerando el área de amigos, pareja y trabajo), 4) Aspectos de Salud, 5) Desarrollo del Trastorno Alimenticio y 6) Percepción Actual.

Las preguntas fueron las mismas para cada caso, aunque el orden para realizarlas fue flexible. Hubieron algunas preguntas (sobre el componente desarrollo del trastorno alimenticio y de percepción actual) que no se tenían contempladas al principio de la entrevista (primer encuentro) por lo que se realizó un segundo encuentro para completar la información, contactando nuevamente a las entrevistadas. El formato de la entrevista se muestra en la parte final de ésta tesis (Anexo 3).

La duración aproximada de las entrevistas se requirió que hayan padecido algún T.A. en algún momento de su vida pasada o actual y que quisieran participar en la entrevista. Las participantes se contactaron por invitación abierta en la FES Iztacala.

Los materiales que se emplearon para la realización de la entrevista fueron:

- Una grabadora de microcassette modelo (SONY M-450).
- Tres microcassette de 60 minutos Marca SONY (por cada participante).
- Lápices del número dos y hojas blancas.
- Formato de entrevista.

Por otra parte los aspectos más relevantes de las entrevistas como reacciones de las participantes (tristeza, enojo o llantos) y expresiones o descripciones importantes de su comportamiento durante la entrevista, así como las observaciones de cada caso, se registraron específicamente en el apartado 5.1.2 Análisis de Entrevistas en la parte de Integración de Datos.

Las entrevistas fueron transcritas y divididas en los siete componentes del guión de entrevista, las respuestas de las participantes se muestran con letra cursiva. En las partes más significativas se hace en una columna derecha del formato una descripción gestáltica del contenido. Al final de cada transcripción se hace una “integración del caso” en la que se integra descriptivamente la vivencia de cada entrevistada.

Tras las entrevistas se discuten los datos obtenidos desde una perspectiva gestáltica para contrastarlos con el modelo del ciclo de la experiencia bulímica y reflexionar sobre su pertinencia para describir este trastorno, así como su posible utilidad como recurso terapéutico.

5.1.1 Análisis de entrevista profunda.

Entrevista N° 1

TRANSCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN
<p>I) DATOS GENERALES:</p> <p>1) ¿Cuál es tu nombre?: <i>Aideé S.</i></p> <p>2) ¿Qué edad tienes?: <i>23 Años</i></p> <p>3) ¿Cuál es tu ocupación?: <i>Psicóloga en una primaria y además me dedicó a dar terapia.</i></p> <p>4) ¿Qué tipo de Trastorno Alimenticio has manifestado? <i>No estoy muy segura pero creo que tuve lo que se llama TANOD (Trastorno Alimenticio No Definido o no Especificado) que es combinación de dos diferentes trastornos, “Yo diría que tuve primero anorexia y luego bulimia, tenía ambas”.</i></p> <p>5) ¿Qué tipo de complejidad tienes?: <i>Media</i></p> <p>6) ¿Qué escolaridad tienes?: <i>Estudie la Licenciatura en psicología.</i></p> <p>7) ¿Cuál es tu nivel socioeconómico?: <i>Medio (aproximadamente \$6,000 mensuales).</i></p> <p>8) Edad de inicio del T.A: <i>14 años.</i></p> <p>9) ¿Cuál era tu peso cuando iniciaste tu T.A?: <i>50 kilogramos y lo menos que llegue a pesar fue 41 kilogramos.</i></p> <p>10) ¿Cuál es tu peso actual? <i>57 kilogramos.</i></p> <p>11) ¿Cuánto tiempo viviste con esta experiencia? <i>Aproximadamente un año y medio.</i></p> <p>II) ESTRUCTURA FAMILIAR</p> <p>12) ¿Cuál es el papel que juegas en tu familia? <i>Yo soy la hermana mayor siempre me exigieron más que a las demás de mis hermanas, Yo no tuve los mismos privilegios que ellas tienen (Yo obedecía porque esa era mi obligación, no tenía ni porqué preguntar. Mis hermanas, creo que eran más rebeldes que Yo (pues muchas cosas que hacen a su edad Yo no las podía hacer, como llegar tarde o no llegar a la casa), soy ¡la hija más obediente, la responsable, la cumplida!, la que “se porta bien”, he jugado el papel de la hija ejemplar.</i></p> <p>13) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación con tu familia? <i>Me hubiera gustado que mi papá no fuera tan exigente con nosotras porque nunca hubo confianza como con mi mamá, ¡me hizo falta mi papá en una etapa importante de mi vida!, me hubiera gustado que no nos exigiera tanto y nos haya dando permiso de equivocarnos y de expresarnos más incluyendo a mi mamá, hubiera sido menos duro pues los castigos muchas veces fueron físicos y emocionales (nos gritaba y cuando éramos más chicas y si contestábamos “mal” nos cacheteaba) parece que no</i></p>	<p>4.- Presentó el TANOD anorexia y bulimia.</p> <p>12.- El mandato ¡obedecer y no preguntar! se introyecta bajo el rol de hermana mayor.</p> <p>13.- El hubierismo es utilizado en este caso para alterar el sentido de realidad acerca de la experiencia de exigencia que vivió la participante con su padre.</p>

confiaba en nosotras, en especial conmigo; pero me gusta la idea de que somos “unidas”, me refiero a que si alguna tiene alguna dificultad todas intervienen para ver cómo la podemos ayudar.

14) Descripción de la relación que tienes con cada miembro de tu familia:

*Con mi familia no había mucha confianza de hecho todavía no sabemos mucho de nosotros como cada quien esta en sus cosas casi no platicamos; sin embargo a raíz del trastorno ya nos comunicamos más, ya sabemos que piensa o sienten los demás. Yo **no me he llevado del todo bien con mi papá**, aun tenemos muchas diferencias por la manera de pensar de cada uno, es muy distinta y a mi me parece que sigue siendo duro. **El ha jugado el rol del papá estricto al que se le obedece y al que hay que tenerle miedo, todavía le tengo miedo y no le tengo confianza.***

Con mi mamá es muy distinto con el tiempo y después del trastorno nos acercamos más y ahora a ella si le tengo confianza, hablamos casi de todo. Nos hemos unido más, cuando se enteró de lo que me estaba pasando se asustó mucho y a partir de entonces trata de saber de nosotras, de platicar con nosotras y de estar junto a nosotras acompañándonos y estando al pendiente de nosotras.

***Con mi hermana de 19 años la relación ha sido buena a pesar de que ella es muy diferente a mi, ¿ella si ha podido hacer lo que ha querido!**, si quiere ir a fiestas se va, llegaba tarde, no llegaba a la casa, le contestaba a mi papá, ha reprobado **¡yo jamás hubiera hecho algo así!** entre ella y yo la relación ha sido buena, tal vez porque ella tiene sobrepeso y en muchos aspectos nos parecemos, aunque al mismo tiempo seamos diferentes, con mi hermana de 15 años me llevo bien, casi no hablábamos pero nos conocemos, con ella empecé a ver que me “proyectaba” (es muy vanidosa, se miraba mucho al espejo y decía lo mismo que Yo: ¡estoy muy gorda! pero ella no manifestó ningún T.A.) notaba que se preocupa por su aspecto mucho y le decía (platicándole de lo que me pasó) que no tiene porque cambiar, que así esta bien, desde esas platicas nos llevamos mejor pero cada una en sus cosas y con la de seis años la relación es muy distinta todas la cuidamos, la ayudamos y estamos al pendiente de ella, de hecho así me llevo con todas mis hermanas soy su cómplice, las ayudo o escucho a veces y ellas ahí están para preguntarme algo o pedirme lo que necesiten.*

III) OTRAS RELACIONES SOCIALES

Amigos

15) ¿Cuál es el papel que juegas con tus amigos?

El de la conciliadora, la responsable, la que los apoyaba y los escuchaba cuando tenían algún problema.

14. Una creencia que es introyectada y se acompaña de la sensación de miedo y desconfianza que la experiencia genera, pues la relación con el padre es confluyente. El hubierismo que usa la participante la irresponsabiliza de su elección de llegar temprano y aprobar.

16) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación que mantienes con tus amigos?

Siempre ha sido muy buena, no tengo ningún problema con eso, tengo muy buenos amigos, nos divertimos y apoyamos,

Pareja

17) ¿Cuál es el papel que juegas con tu pareja?:

*Ahora no tengo novio pero **desempeñaba el papel de la pasiva, hacía lo que el (o ellos) me decían que hiciera, era la que ¡tenía que hacer todo!** (escucharlo, perdonarlo, esperarlo y considerarlo), era una relación muy disfuncional pero era muy importante para mi.*

18) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación con tu pareja?

Le hubiera cambiado la violencia psicológica y la presión que sentía con esta relación, de tener que bajar de peso para que el me viera bonita.

19) Descripción de la relación que tienes con tu pareja, o que hayas tenido. Y ¿qué tienen en común?:

*Nos conocíamos desde hace tiempo y llevábamos ya seis años juntos, fue la relación más difícil y no quiero hablar mucho (estoy muy confundida pues me sigue buscando). Me sentía en ocasiones muy bien y lo consideraba muy importante, pero **me sentía también con mucha frustración por tener que ser lo que él me pedía, era muy egoísta, era una relación condicionada (tenía que estar haciendo algo para que el me dijera que tan importante era para el), duré mucho tiempo con ésta persona a pesar de la violencia porque yo era muy dependiente a él, dejamos la relación antes y luego la retomamos pero fue peor. Esa relación (y otras) eran muy disparejas pues ellos esperaban mucho de mi (en especial la última) y ¡Yo no tenía que esperar nada!, me sentía muy presionada de ¡tener que ser perfecta para él!, el siempre me comparó y soportar esto era muy doloroso. Lo consideraba importante pero me sentía frustrada, siempre estaba esperando que me comprendiera y fuera más atento conmigo, me limitaba mucho y me hacía sentir sin valor, me he sentido desvalorizada y con muchas faltas de respeto y lo que tienen en común todas estas es que han sido infieles conmigo ¡y a veces perdonaba esto! siempre he tenido que terminar las relaciones amorosas por esta razón.***

20) Descripción de la relación con el sexo opuesto:

Muchas veces toleré infidelidad, me sentí desvalorizada, sentía que no me respetaban como su novia, y en cuanto a amigos, profesores y mi padre siempre he sentido que tengo que agradecerles en todo y ser perfecta para los otros.

17.- El modo de relación utilizado es el de confluencia.

18.- Y el hubierismo utilizado en este caso altera el sentido de realidad ante la violencia.

19.- El modo de relación utilizado es el de confluencia, la frontera de contacto permanece abierta ante un contacto violento. Además la introyección también se presenta en la relación de pareja ¡ser perfecta para él!.

Trabajo/ Escuela

21) ¿Cuál es el papel que juegas en tu trabajo, con tus jefes y compañeros del trabajo (o maestros y compañeros de escuela)?

Juego el papel de la organizada, la responsable y la que es capaz, en muchas ocasiones me dejan trabajo que es muy pesado o es mucho, sin embargo lo realizo bien y a tiempo, en ocasiones todavía siento que es demasiado para mí pero cuando lo realizo se que puedo hacerlo a la perfección y eso es lo que intento.

22) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación (es) que mantienes en tu trabajo (o escuela)?

Le cambiaría solamente el sueldo pues ha sido mucha carga de trabajo par el sueldo que recibo ja veces se me hace un poco injusto! y en cuanto a la escuela solamente cambiaría el hecho de que me presioné mucho y era un poco obsesiva.

23) ¿Qué expectativas hay respecto a ti en cuanto este tipo de relación?

Esperan lo mejor de mí en el trabajo así como en su momento lo esperaron de la escuela, los demás esperan de mí en especial mis papás y mi jefa. Siempre estaba muy nerviosa porque pensaba que no podía realizar lo que me pedían a pesar de siempre cumplir estas expectativas, siempre me ponía a pensar que ¡no era capaz de hacerlo! o que ¡lo iba a hacer mal!, no disfrutaba en ocasiones la actividad o tarea pensaba que era un gran reto que otros podían hacer mejor que yo, siempre tenía miedo de que no quedara perfecto.

IV) ASPECTOS DE SALUD:

24) ¿Qué conductas de riesgo consideras que has realizado (drogas, vida sexual, conductas delictivas) y cómo son?

Ninguna de las anteriores pero he tenido novios que si han estado involucrados en “este rollo” de que toman o manejan tomados, etc. Y en la etapa del bachillerato tenia algunas amistades que tenían broncas en su casa por esto.

V) DESARROLLO DEL TRASTORNO ALIMENTICIO.

25) ¿Cómo Ha sido la relación que has tenido respecto a la comida en toda tu vida?

La comida era el medio para conseguir muchas otras cosas, es un medio para controlar, cuando estoy muy deprimida como mucho o bien dejo de comer es un medio para satisfacer un vacío pues sustituía algo por la comida, eso que me facilitaba comer o no, es un medio para mantenerse vivo y sano, aunque todavía la veo con un poco de miedo (pues temo volver a subir de peso), aunque ya no tengo el trastorno no he podido dejar de ver a la comida como un arreglo para disminuir los nervios o la tristeza.

23.- La creencia de incapacidad y equivocaciones genera miedo en la experiencia de la participante.

25.- El modo de relación es el de deflexión pues la experiencia de comer está evitando sensaciones que la participante reconoce como tristeza y nervios.

26) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto a la comida?
Simplemente la ven como necesaria para vivir y para mantenerse saludable.

27) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto al aspecto físico?

Como mi mamá y mi hermana son “algo gorditas”, tal vez no sea tan importante la apariencia, considero que cada quien lo ve diferente, por ejemplo mi hermana de 15 años y yo pensábamos que si es importante como te ves, el aspecto físico es el reflejo de cómo eres, como comes y que tan saludable estas, pero para mi papá, mamá y mi otra hermana la apariencia física no dice como eres pues consideran que es más importante el interior de una persona y lo único que interesa.

28) ¿Cómo era tu manera de comer cuando vivías tu T.A y cómo iniciaste?

*Se me hizo una manera fácil y rápida para bajar de peso, **empecé a quitar y a quitar porciones de comida sin que yo me DC**, quitaba tortillas, pan, dulces, refrescos, si me comía un plato antes ahora me comía la mitad, luego la cuarta parte y después sólo una pequeña porción; a veces no comía nada, tomaba mucho agua, comía lechuga o comía muy poquito, **sólo cuando tenía mucha hambre, hacia mucho ejercicio (dos o tres horas diario) pero cuando sentía mucha hambre y no me podía aguantar entonces jagarraba lo que fuera para comer y me lo acababa!, me llenaba la boca y lo escupía o lo vomitaba si había comido mucho.***

29) ¿Qué parte de tu cuerpo no te gustaba y cómo deseabas que fuera?

El estomago, las “llantitas” que se forman en la espalda y los muslos, yo los veía muy grandes y gordos, sin forma.

30) ¿Cómo es que elegiste esa manera de comer y esa forma de relacionarte con la comida?

*No me preocupaba tanto por mi apariencia física, **empecé por un comentario que me hicieron acerca de que yo era “bonita” pero que estaba “algo gordita” y creía que tenían razón, que yo estaba gorda y tenía que bajar de peso para verme bien.***

31) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu familia cuando padecías tu T.A?

*Tenía “broncas” con mi papá en específico, por los permisos para salir, llegadas tarde a casa, etcétera; ¡siempre estaba atrás de mi! (mi papá), además nunca me he llevado bien con mi papá, porque es una persona demasiado cerrada y muy estricta, es tradicionalista y autoritario conmigo, decía que como **¡yo era la mayor ¿qué clase ejemplo les iba a dar a mis hermanas?!. Trababa de darles gusto a mi papá y a otras personas, como a mi novio o maestros. En ese momento ¡me sentía***

28.- Aislamiento y confluencia están presentes en la vivencia del T.A en relación a la comida, la frontera de lo familiar permanece cerrada incluso ante la sensación de hambre, sin embargo se abre abruptamente permeando ¡lo que sea!.

29.- Descorporificación, estas partes del cuerpo son percibidas como grandes y gordas.

30.- La creencia de estar gorda y de tener que bajar de peso se relaciona con la alimentación.

31.- Describe un asunto inconcluso con el padre, es la figura, el tema comienza con la expresión de necesidad de su padre ante la experiencia de soledad.

extremadamente sola y sentía que necesitaba mucho a mi padre!.

32) ¿Qué problemas experimentabas en relación a la escuela cuando padecías tu T.A?

Siempre me sentía estresada por la escuela, pues mi padre también exigía mucho en este aspecto, el siempre ¡me pedía que fuera la mejor!, que sacara buenas calificaciones y que como no tenía ninguna otra responsabilidad entonces ¡tenía que ser la mejor!, pues no tenía porque distraerme de la escuela, esto fue muy estresante para mi, esto pudo facilitar que no tuviera hambre y dejara de comer.

33) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tus amigos cuando padecías tu T.A?

Buscaba la aprobación de todos incluso mis amigos, me sentí sola por mucho tiempo y quería agradecerles pues ellos también me decían que parecía que estaba subiendo de peso, me sentía gorda, ¡pareciera ser que estaban todos de acuerdo! (en que tenía que hacer algo para agradecerles).

34) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu pareja cuando padecías tu T.A?

Pensaba que “tenía que ser para el la mas bonita y darle gusto”, cuando me dijo que era “bonita” pero estaba “llenita”, me propuse bajar de peso para los demás y en especial para él ¡¡en la vida me vuelves a decir gorda!!, además era para no tener problemas con él. Aunque los “problemitas” no eran tan graves si discutía mucho con él y me sentía mal, era muy celoso y posesivo conmigo, me manipulaba a tal grado para que hiciera cosas que en el fondo no quería hacer; los problemas aumentaban cuando quería manipularme, me celaba y lo veía como algo normal pero se salió de control, había violencia física y emocional, se convirtió en un circulo vicioso, de hecho en su carácter y su forma de ser se parecía a mi papá nos enojábamos cuando no hacía lo que el quería... ¡No valoraba lo que hacia por él!, me fue infiel y esto me hacía sentirme culpable, me dejó por que conoció a alguien más “bonita” (ya no me fijaba en el peso, pero si en el concepto de bella, lo que no era yo), dudaba de mi para hacerle caso a él.

35) ¿Consideras que existía algún otro problema en relación a tu vida cuando padecías tu T.A?

El problema central fue que quería agradecerles a todos y tenía que “hacer cosas” para esto, una opción fue bajar de peso y hacer lo que los demás me decían que tenía que hacer para ser mejor para ellos, el primero fue mi papá tenía siempre que “hacer algo” para agradecerle y así paso después con los demás.

32.- Se atiende el introyecto ¡tener que ser la mejor!.

33. La participante busca satisfacer una pseudonecesidad (aprobación) por medio de un introyecto ¡tener que hacer algo para gradarles! que se proyecta en los demás (parece que estaban de acuerdo).

34.- La frontera de contacto permanece abierta ante introyectos ¡tener que ser para el!, creencias (dudaba de mi para hacerle caso a el) y acciones (manipulaciones).

35.- Se nota dispersión de una figura a otra y el regreso a la gestalt inconclusa del tema del padre.

36) ¿Tenías amistades o relaciones cercanas con alguien que padeciera algún T.A o algún problema respecto a su percepción corporal?

Si, tenía una amiga muy cercana que tenía bulimia (estudiaba ballet), siempre me decía que tenía que bajar de peso, que estaba muy gorda (nunca la veía gorda, tenía una complexión más delgada que yo). Mi hermana tiene sobrepeso y otra de ellas empezaba a obsesionarse con ideas de que estaba gorda, no desarrolló ningún T.A pero hubo un momento en el que se preocupaba mucho por su aspecto físico.

37) ¿Quines son, qué edad tienen y qué T.A. presentaron?

Mi hermana (19 años) siempre ha sido “gordita”, mi otra hermana de 15 años se preocupaba por su aspecto físico, solamente fueron comentarios respecto a su apariencia pero no sucedió nada y mi amiga que tuvo bulimia (tenía 15).

38) ¿Qué consideras que influyo más para que se presentaran estos T.A en tu familia?.

*La forma en que se veía la comida, **las exigencias constantes de tener que hacer todo para estar bien** y las presiones respecto al reconocimiento de los demás.*

39) ¿Cómo era la percepción que tenías de tu cuerpo?

*Yo creía que todos tenían razón que ¡yo estaba gorda! porque todos me decían que estaba llenita y que tenía que bajar de peso, era muy insegura, tomaba más en cuenta lo que decían de los demás de cómo me veía, y cómo tenía que verme, ¡Parecía que veía a dos personas diferentes!: **la que yo veía y la que los otros veían**”.*

40) ¿Cómo era tu carácter con los demás en ese mismo momento (T.A)?

Muy cambiante porque me sentía muy sola, tenía un vacío afectivo muy grande, viví cosas para mi, viví lo que no estaba permitido y a veces me sentía alegre por la vida pero también me sentía con ganas de cariño de los demás.

41) ¿Cuál era tu estado de animo más frecuente; es decir qué sentías más a menudo?

Me sentía a veces satisfecha por lo que tenía y muy melancólica por lo que me faltaba (afecto de los otros y de mi misma) sentía soledad.

42) ¿En que momento te diste cuenta de lo que te estaba pasando, en relación a tu T.A?

Cuando los demás me decían ¡estas muy flaca! y cuando me empezaron a pasar cosas que me asustaron: cuando se me caía el pelo, sólo así me Di Cuenta por mi misma.

38.- El introyecto “tener que” hacer todo bien para estar bien respecto a la exigencias y presiones constantes.

39.- Se describen dos partes del sí mismo ante la experiencia de la duda de estar gorda. Esto es una consecuencia de la despersonalización ¡parecía que veía a dos personas diferentes!.

<p>43) ¿Cómo te D.C. que necesitabas ayuda? <i>Cuando me DC que para hacer algo tenía que escuchar siempre a los demás y no hacía algo porque yo lo necesitara o lo quisiera, siempre tenía que estar alguien para actuar y eso no me gustaba, además que mi amiga que si llego a estar muy mal (peor que yo) me decía ¡ya le párale! te ves mal después las cosas son peores, cuando escuche esto de ella en las condiciones en las que la ví (hospital) me asusté, pensé, si ella me dijo que estoy mal es porque estoy ¡muy mal”.</i></p> <p>44) ¿Qué problemas físicos y consecuencias en tu cuerpo resultaron de tu T.A? <i>Caída del cabello, anemia, caries, debilidad, irregularidad en la regla, infecciones vaginales, mareos, asco, siempre me sentía cansada con sueño en todos lados y a todas horas.</i></p> <p>45) ¿Qué problemas sociales y consecuencias con los otros resultaron de tu T.A? <i>Me volví muy insegura, tenía miedo de que otro fuera mejor que yo, tenía problemas con mi novio por ser celosa y posesiva, además siempre subestime lo que podría ser capaz de hacer, dudaba mucho de mi y por lo tanto de los demás, me volví muy perfeccionista y esto me ponía los nervios de punta siempre (tenía mucho estrés) cuidaba que cada cosa que hacía no la fuera hacer mal, a pesar de que he tenido buen promedio y saber que hago las cosas bien, comprobaba a cada rato que había hecho las cosas bien (varías veces) y me obsesionaba con el orden y la limpieza.</i></p> <p>46) ¿Qué problemas emocionales y consecuencias en tu estado de animo resultaron de tu T.A? <i>Estrés, lo tenía a tope siempre estaba nerviosa, insegura, ansiosa (me sentía muy cansada) y no me daba cuenta que esto me afectaba con los otros pues estaba muy irritable. En la escuela este estado de competitividad era frecuente pero a mi ¡¡me mataban!! las exposiciones, los exámenes o las materias que requerían muchísimo esfuerzo y concentración como las prácticas, no quería equivocarme.</i></p> <p>47) ¿Qué factor consideras que influyó más para que padecieras este T.A? <i>La presión que sentía de todos lados, familia, amigos, pareja, escuela, por tener que ser la mejor para los demás y no para mi misma, que tome demasiado en cuenta a los demás y no me hice caso a mi misma hasta que en serio estaba mal de salud.</i></p> <p>VI) PERCEPCIÓN ACTUAL</p> <p>48) ¿Cómo es tu percepción corporal ahora? <i>Ya no controla mi vida el hecho de cómo se vea mi cuerpo, si es importante cuidarme, mantenerme sana y en</i></p>	<p>43.-Desensibilización pues la creencia es tomada más en cuenta que a la sensación.</p> <p>45.- La sensación de enojo ante la idea “alguien es mejor que yo” se proyecta en la experiencia de miedo.</p> <p>46.- Las consecuencias del T.A reflejadas en el cuerpo así como la sensación de nervios que ¡mataban!..., son conductas fijadas de compulsión no llega al retiro en su ciclo de la experiencia.</p> <p>47.- El padecimiento del T.A no es tomado como una experiencia de sí mismo y lo percibe como “externo” no se DC que la presión que experimenta la genera ella misma.</p>
--	--

un peso estable sin que afecte mi salud pero ahora sí me gusta mi cuerpo porque me siento bien como estoy no tengo presiones de cómo tengo que verme.

49) *¿Cómo es tu percepción respecto a comida ahora?*

La alimentación es algo muy, muy importante, el hecho de que te alimentes no sólo es no comer o comer sino cuidar lo que comes y cuando comes, la alimentación ahora es un aspecto indispensable para sentirme bien, éste aspecto es el que más cambio a partir del Trastorno Alimenticio.

50) *¿Cómo describes a la mujer mexicana?*

No puedo generalizar pero aun considero que la gran mayoría de las mujeres son inseguras, mantienen el rol de sumisas y vulnerables, se sienten atacadas por su imagen corporal y esto las hace mantenerse con miedo. Ella ha aprendido que la imagen corporal la describe totalmente y esto la hace ser una persona desvalorada pues el concepto de belleza cambia constantemente y la mujer debe de cambiar con éste porque la belleza se ha convertido en un valor para describir a una mujer.

51) *¿Cómo describes a una mujer bella?*

Una mujer bella un ser humano con muchas potencialidades y que va evolucionando, se supera en sus limitantes pero sigue atrasada en otros aspectos como no permitirse vivir plenamente por lograr a toda costa sus objetivos, es también una mujer que es segura de si misma, de lo que hace y de lo que siente.

INTEGRACIÓN DE DATOS.

Entrevista N° 1:

Esta entrevista tuvo una duración aproximada de dos horas y 25 minutos, la participante se mostró muy abierta, contestaba ampliamente y de forma muy específica. La participante fue muy expresiva por lo que en algunos apartados de la entrevista cómo estructura familiar o relación de pareja la participante se mostraba triste y melancólica pues suspiraba mucho, intentó aguantar el llanto en una sola ocasión pero finalmente lloró en la descripción de estructura familiar.

En particular la participante muestra un modo de relación confluyente, su frontera de contacto permanece abierta al campo tanto a aspectos nutricios como a aspectos tóxicos, éstos últimos son difíciles de asimilar por lo que los introyecta generándose malestar, sucede en su relación familiar como en su relación de pareja, así retroflexiona pues reconoce violencia. Por otra parte en la realización de la entrevista se observó *la constante de regresar al tema* de la relación que mantiene la participante con su padre (asunto inconcluso), durante la entrevista continuamente expresó la necesidad de afecto que tuvo de él en la etapa de la vivencia del trastorno *¡me hizo falta mi papá en una etapa importante de mi vida!*, cuando comentó esto en la primera ocasión retroflexionó el llanto (no quería llorar, sus ojos estaban llorosos, rojos y su mandíbula apretada) pero conforme fue platicando de la relación con su padre y de lo que sentía se permitió llorar.

Cuando llegamos al tema de relación de pareja la participante expresó sensación de coraje (lo expresaba en su cuerpo, con sus manos, su rostro y su tono de voz) fue muy preciso este punto pues la experiencia era muy reciente, hubo muchos detalles pero también deflexiones pues la dispersión de figura era constante, pues regresaba al tema de su papá, cuando terminó esta parte de la entrevista, hubo un DC en la participante *¡mis relaciones de pareja se parecen a la relación que tenía con mi papá...hubo mucha agresión!*, esto lo comentó la participante al finalizar este aspecto.

Por otra parte cuando llegamos al apartado de T.A también se observó en su lenguaje el uso continuo del introyecto “tener que ser”, la descripción de su comportamiento con ella misma y con los demás definen la confluencia respecto a la relación con el alimento y todo su entorno, la desensibilización y descorporificación respecto a las consecuencias físicas del T.A no fueron atendidas hasta que alguien las señaló, además

se DC de su condición física cuando se proyecta en su amiga con bulimia y cuando la sensación de malestar es muy intensa; en cuanto a las consecuencias emocionales se mencionan las conductas fijadas (obsesiones), el miedo y por ende la deflexión que genera inseguridad y crea experiencias obsoletas que duran años (un año y medio el caso del T.A y noviazgos violentos y con infidelidades).

Entrevista N° 2

TRANSCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN
<p>I) DATOS GENERALES:</p> <p>1) Nombre: <i>Sofía R.</i></p> <p>2) Edad: <i>24 años.</i></p> <p>3) Ocupación: <i>Psicóloga y educadora comunitaria de padres de familia.</i></p> <p>4) Trastorno Alimenticio: <i>Bulimia.</i></p> <p>5) Escolaridad: <i>Licenciatura en Psicología (pasante).</i></p> <p>6) Nivel socioeconómico: <i>Medio</i></p> <p>7) Compleción: <i>Media</i></p> <p>8) ¿Qué edad tenías cuando empezaste?: <i>Como doce años o trece años.</i></p> <p>9) ¿Cuál era tu peso cuando iniciaste tu T.A? <i>48 kilogramos y llegue a pesar 45 kilos.</i></p> <p>10) ¿Cuál es tu peso actual? <i>creo que 70 kilogramos.</i></p> <p>11) ¿Cuánto tiempo viviste con esta experiencia? <i>Como diez años (no fue un tiempo continuo pues pasaron años en los que comía normal).</i></p> <p>II) ESTRUCTURA FAMILIAR</p> <p>12) ¿Cuál es el papel que juegas en tu familia?</p> <p><i>Pues yo soy la primogénita de tres hermanos y con ellos hago el papel de la líder dicen que soy la hija “rara”, con mis papás hago el rol de “la hija responsable e independiente”, soy la que nunca puedo estar de acuerdo con ellos, la considerada y con la que cuentan para poder platicar de lo que ellos quieran, a la hora que quieran y cuando quieran, yo estoy para ellos, pero ellos para mí no siempre.</i></p> <p>13) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación con tu familia?</p> <p><i>Me gusta el hecho de que podamos compartir cierto tiempo juntos, de sentirnos acompañados y “unidos” pero sí pudiera cambiar cosas de la relación familiar cambiaría el hecho de que hayan sido tan sobreprotectores y que no respeten mis desiciones, de mis hermanos que se sean cómodos (tampoco les gusta como están las cosas pero no hacen o dicen nada) me dificulto en entenderlos.</i></p> <p>14) Descripción de la relación que tienes con cada miembro de tu familia</p> <p><i>En general llevo una relación de compañía y de cariño, con cada persona de mi familia es distinto:</i></p> <p><i>Con mi papá la relación es de desacuerdos, a veces siento que no me conoce, es sobreprotector, exigente y dependiente ¡siento que prefiere más a su familia (hermanas y sobrina) que a nosotros! (hijos y esposa), es muy conservador no le gusta lo diferente a lo establecido, es muy intolerante, aunque también es cariñoso con todos</i></p>	<p>4.- Presentó bulimia.</p> <p>12.-El modo de relación utilizado en este ámbito es el de proflexión.</p> <p>14.- La expresión “nosotros” denota proyección de su percepción y experiencia en sus familiares. De igual forma proyecta aspectos que niega de sí misma (juzgarse, sentirse incapaz, no confiar en ella y subestimarse, ser crítica</p>

nosotros e intenta acercarse.

*La relación con mi mamá es distinto, ella si me conoce un poco más que mi papá, ha estado ahí acompañándome a mi y mis hermanos, intenta escucharnos, en particular, es la que me escucha más si necesito hablar con alguien aunque me desespero cuando platicamos porque **siento que me juzga**; ella es mucho más sobreprotectora que mi papá, **esto me ha hecho sentir muy incapaz, pienso no confía en mi y que me subestima igual que mi papá.***

*Con mi hermano la relación es buena me llevo muy bien con él, con él he convivido más, lo ayudo y comprendo me tiene más confianza que a mis papás pero siento que el no me entiende, es muy criticón conmigo (critica mucho mis gustos). Con mi hermana de 18 años (A.) la relación es muy rara nos llevamos bien pero es con la que más discuto, somos muy diferentes **a veces pienso que le caigo mal, ¡me critica mucho, me exige mucho!**, cuando me equivoco me señala el más mínimo error todo lo que hago, digo o pienso está mal, dice no se quiere parecer a mi ni ser cómo yo, es la más dura conmigo aunque yo la ayudo mucho, todos la regañan porque es muy rebelde, **¡no me gusta que la juzguen a veces son más duros con ella!**. Con mi otra hermana de 18 años (J.), me llevó bien pues tenemos muchas cosas afines, la quiero mucho (al igual que mis otros hermanos) pero es con la que más platico, me tiene confianza y hablamos de todo, ella es muy vanidosa y siempre está preocupada por verse “muy bonita”, también mi otra hermana pero ella más.*

III) OTRAS RELACIONES SOCIALES

Amigos

15) ¿Cuál es el papel que juegas con tus amigos?

Juego el papel de la “incondicional” siempre estoy ahí cuando necesitan hablar, soy como la “guía” del grupo de mis amigas muchas veces la hago de maestra con muchos de mis amigos. En momentos de diversión soy la más seria pero he aprendido mucho de ellos (a disfrutar mi vida), me adapto fácil a su carácter.

16) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación que mantienes con tus amigos?

*La única cosa que le cambiaría a la relación de amigos sería que **me hubiera gustado divertirme más con ellos cuando tenía la oportunidad** (en el tiempo de escuela).*

Pareja

17) ¿Cuál es el papel que juegas con tu pareja (s)?:

No tengo pareja en la actualidad.

18) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación que mantienes con tu pareja?

Que fueran honestos conmigo en lugar de que jugaran conmigo, cuando se aburrían de “jugar”, me dejaban en mi casa o en la escuela, porque casi no salía con mis

con ella misma, caerse mal, exigirse mucho y ser dura con ella misma).

16.- El hubierismo en este caso genera culpa, por algo que no se hizo.

amigas, entonces era cuando yo dejaba de hacer mis cosas y “tenía que entenderlos”.

19) Descripción de la relación que tienes con tu pareja, que has tenido. Y ¿Qué tienen en común?:

Muchas veces jugaba el papel de la novia que los apoyaba en todo momento, la que se adaptaba y la que podían presumir, “la muñequita”, así me sentía muchas veces (sobretudo en la última relación) era la ¡muñeca! a la que podían presumir hacer lo que quisieran, ¡me vestían y me arreglaban (me decían que la ropa se me veía o muy mal o demasiado bien, qué ¿con quien iba?, pero para salir con ellos sí tenía que vestirme y verme muy bien)!, muchas veces se daban cuenta de mis oscilaciones de peso o de mi T.A y usaban esto para manipularme; me sentía explotada ¡yo debía siempre estar a su lado cuando ellos quisieran! (aunque ellos no fueran así conmigo), también presumían que era buena estudiante, muchas veces los ayudaba con sus obligaciones en la escuela (con tal de que no reprobaran los ayudaba) pero ellos se llevaban todo el crédito. ¡Fue injusto que en la mayoría de mis relaciones de pareja me trataran tan mal!, exceptuando los golpes físicos, había agresión psicológica, sexual (sin tocarme el cuerpo) y en la última relación hasta violencia económica; ¡fui exageradamente tolerante!, nunca ponía límites me aguantaba todo, a pesar de que para mi una relación amorosa nunca ha sido lo más importante. Creía que el hecho de no ser lo suficientemente delgada, bonita, obediente, inteligente, comprensiva o perfecta para ellos era lo que ocasionaba que me tratarán mal, la mayoría eran muy inteligentes pero también egocéntricos, agresivos, y muy exigentes y creía que ¡nunca fui lo suficientemente perfecta para ninguno, siempre querían más y lo mejor de mí, me explotaban!. Lo peor es que era cierto porque me sentía vacía, ¡sin valor!, finalmente yo me trataba igual o peor de lo que ellos me trataban a mí con mi trastorno y aguantando estas cosas.

20) Descripción de la relación con el sexo opuesto:

Al entablar relación con el sexo opuesto la relación es más directa, entablo conversación con ellos muy rápido, hay confianza me ven como un amigo más que como una “chava”. La relación que he tenido con el sexo opuesto es mejor en cuestión de compañía y de “cuates” o colegas (es decir cuando es menos impersonal) y cuando es muy personal resulta siendo violenta o injusta. Muchas veces yo era el puente para que ellos se acercaran a mis amigas o bien solo me veían como una persona que les atrajera físicamente pero que no querían conocer, parece que cuando me conocían había algo que los asustaba o les desagradaba, muchas veces me pasaba

19.-La frontera permanece abierta al contacto tóxico, se introyecta el mandato “debes estar a su lado cuando quieran”, introyecta el mandato “ser perfecta para que no me traten mal”.

20.- La frontera de contacto permanece abierta pero no es flexible pues no se establece un límite ante un contacto hostil, la relación es confluyente.

(y a veces todavía me pasa) que se acercan a hablar conmigo y cuando me empiezan a conocer cortan el contacto.

Trabajo/ escuela

21) ¿Cuál es el papel que juegas en tu trabajo y con tus jefes y compañeros del trabajo (o maestros y compañeros de escuela)?

En la escuela era de las alumnas que siempre cumplían con todo, era de las personas que todos conocían tanto compañeros como maestros, en cuanto al trabajo ha sido muy parecido la relación de mis jefes a la que tenía con los maestros, de mucha confianza y altas expectativas, a veces también esto provocaba injusticias en la relación, me explotaban (hacía su trabajo y el crédito lo llevaban ellos) sobretodo con jefas o maestras mujeres.

22) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación (es) que mantienes en tu trabajo (o escuela)?

Me hubiera gustado mucho no presionarme tanto y disfrutar más de mi aprendizaje, muchas veces me estresaba porque quería que las cosas me quedaran perfectas y que reconocieran mi trabajo o esfuerzo, se me olvidaba divertirme con mis amigas o lo dejaba para después pero a veces nunca llegaba ese después. Pero le dejo igual la importancia que ha tenido mi escuela en mi vida porque mi vida sin la escuela no sería mi vida.

23) ¿Qué expectativas hay respecto a ti en cuanto este tipo de relación?

Muy altas a veces sentía que me dejaban los trabajos más pesados o más difíciles a mi en comparación con mis compañeros, sentía que no me trataban igual que a mis demás compañeros, generalmente me involucraban en muchas de sus actividades o me ponían actividades diferentes, creía que estaba haciendo las cosas muy mal y pensaba ¡estoy haciendo todo mal!, la presión que sentía me daba dolores de espalda y de cabeza.

IV) ASPECTOS DE SALUD:

24) ¿Qué conductas de riesgo consideras que has realizado (drogas, vida sexual o conductas delictivas) y cómo son?

Hubo un tiempo que llegué a tomar bebidas alcohólicas de forma exagerada y comencé a fumar, me ocurrían algunos accidentes: ¡me cortaba y no sabía en que momento! o cuando lo notaba ya estaba cicatrizando la herida, se me caían las cosas, me resbalaba en escaleras, perdía las cosas y en varias ocasiones también fueron pequeños accidentes; me quitaba los pellejitos de los labios y me sangraba, tenía dolores musculares (contracturas) cuando me estresaba; además tenía amistades que tuvieron o tenían relación directa con las drogas, eran personas violentas o delinquían además

22.- En este caso el hubierismo es utilizado para alterar el sentido de realidad de lo que ocurrió. También se describe la fijación al trabajo como modo de relación.

24.- Hay señales de desensibilización corporal y somatismos.

estuve también en riesgo de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual.

V) DESARROLLO DEL TRASTORNO ALIMENTICIO

25) ¿Cómo ha sido la relación que has tenido respecto a la comida en toda tu vida?

No ha sido sana, casi toda mi vida le di importancia a la cantidad y no tanto a la calidad de lo que comía, ¡veía a la comida como responsable de mi gordura o fealdad!, representaba ese vínculo tóxico con la familia o con los demás pero al mismo tiempo era el medio para permanecer junto a ellos, era una manera de controlar lo que no me gustaba, como mi cuerpo.

26) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto a la comida?

Siempre ha sido muy importante la hora de la comida en la familia, lo más importante de la hora de la comida es la compañía, además importa la cantidad no la calidad, “son payasadas” esto de las dietas y cuidar lo que comemos es extremadamente innecesario pues “no hay que dejar de comer pero tampoco se vale engordar”, además pensaban que las cosas son así y no hay porque cambiarlas.

27) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto al aspecto físico?

Si le daba mucha importancia, mi familia tiene la opinión que ¡tu eres lo que los demás reconocen!, si no te reconocen entonces no eres ¡nadie! o la gente con buen aspecto físico es la gente reconocida; a veces daba por cierto todo esto, como yo no me sentía bonita porque no era delegada, entonces sentía que no era nadie que podían reconocer. Una persona “fea”, “gorda” o “diferente” no es agradable y por lo tanto no da una buena imagen pues no aparenta éxito sino rebeldía o descuido.

28) ¿Qué parte de tu cuerpo no te gustaba y cómo deseabas que fuera?

Mi estómago y mi cintura no me gustaban se me hacían “gordos” quería que mi estómago fuera plano como el de las modelos y mi cintura fuera muy pequeña.

29) ¿Cómo era tu manera de comer cuando vivías tu T.A y cómo iniciaste?

Primero deje de comer algunas cosas como el pan, la tortilla, los dulces o las grasas tomaba mucha agua fría y masticaba hielo, hacía ejercicio ¡hasta empapar la blusa! y me media la ropa constantemente, me media el cuerpo, me pesaba cada vez que podía (a veces cada semana). Disminuí cantidades o comía una o dos veces al día (nunca deje de comer) luego cuando me daba hambre comía a escondidas todos los alimentos que me prohibía a mi misma y comía mucho y muy rápido para que no

25.- Proyecta en la comida aspectos que niega de sí misma (gorda y fea).

27.- Se introyecta la creencia ¡tu eres lo que los demás reconocen!, modo de relación, confluencia.

29.- Se describe una fijación en la que no se deja de comer (ni antes, ni después de las purgas, siempre experimenta la sensación de hambre), la desensibilización ocurre cuando hay duda de su experiencia de hambre.

*me vieran comer, si me sentía culpable me laxaba tomaba muchos diuréticos (jamaica, café, té o más agua) y después empecé con laxantes en pastillas o en jarabes, con el tiempo notaba que comía mucho y más rápido pues me acababa las cosas en poco tiempo y quería más, cuando esto pasaba entonces corría al baño a escupirlo o después me provocaba el vómito, esto lo hice una costumbre y ¡ya no me prohibía nada pues comía de todo lo que yo quisiera! pero aun me sentía culpable, mi extremo fue usar laxantes y provocarme el vomito cuando yo sentía que había comido demás, de hecho **todo el tiempo tenía hambre y ya no notaba cuando tenía ganas de comer o cuando tenía hambre no podía detectar si en verdad era hambre.***

30) ¿Cómo es que elegiste esa manera de comer y esa forma de relacionarte con la comida?

*Descubrí que bajaba de peso si hacía esto o más bien bajaba de talla (pues perdía mucho liquido, por esto se me antojaba el hielo) comía mucho y todo el tiempo, **como que no sabía que hacer cuando comía mucho me desesperaba y me sentía culpable o con ansiedad, era una sensación muy desagradable pero me funcionaba y a mi lo que me interesaba era estar flaca a como diera lugar.***

31) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu familia cuando padecías tu T.A?

*En ese momento me empezaba a DC que la relación familiar era muy rígida y no aceptaban diferentes puntos de vista yo **no me sentía del todo a gusto con las reglas y costumbres y protestaba de todo, no quería comer con ellos porque se me antojaba lo que ellos comían, ¡me daba coraje no poder comer como los demás!, pero para mi era “comida prohibida”, me aislaba mucho de ellos para no discutir.***

32) ¿Qué problemas experimentabas en relación a la escuela cuando padecías tu T.A?

*Ninguno al contrario iba excelente, siempre fue mi refugio pues las mejores cosas las vivía en la escuela, lo único malo fue **la presión y el estrés por querer ser “perfecta”, la mayor parte de mis ocupaciones se relacionaban con la escuela, era mi medio de expresión.***

33) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tus amigos cuando padecías tu T.A.?

Ninguno de hecho casi no salía con amigos mas bien con amigas y eran muy tranquilas de hecho yo me aislaba un poquito en esa etapa pues como la mayoría de mis amigas eran delgadas no me sentía muy cómoda, más bien platicábamos mucho y eran mi apoyo y yo el de ellas, muchas veces hacíamos la tarea en su casa para no llegar a la mía tan rápido, muchas también se

30.- Deflexión pues se evita la sensación de ansiedad con la acción de comer. Dentro de la frontera de contacto la ansiedad no es reconocida, para eso se evita la experiencia.

31.- Aislamiento, la frontera permanecía cerrada al contacto tanto con la familia como con el alimento que ellos consumían.

32.- Deflexión y autoexigencia.

<p><i>preocupaban por el peso y por la escuela por lo que casi siempre nos veíamos en el ambiente escolar.</i></p> <p>34) <i>¿Qué problemas experimentabas en relación a tu pareja y/o sexo opuesto cuando padecías tu T.A?</i> <i>En ese momento (cuando era más crónica la bulimia) convivía mucho con ellos pero cuando lo hacía en varias ocasiones, era muy insegura, sentía que tenía que ser más bonita o más delgada para que ya no se enojaran conmigo y para que me pusieran atención, me sentía “bicho raro” porque sentía que no me hablaban porque no era agradable ¡yo no llamaba la atención, no era delgada ni bonita!, se acercaban por mis amigas o por la escuela. Cuando llegue tener pareja me sentía como “accesorio”, acompañante y nada más estaba inconforme con muchas cosas pero la mayoría eran buenos amigos o compañeros de trabajos para la escuela, nos entendíamos bien sin tanto contacto.</i></p> <p>35) <i>¿Consideras que existía algún otro problema en relación a tu vida cuando padecías tu T.A.?</i> <i>Me obsesionaba mucho con el tiempo (incluso veía el reloj como tres veces), no estaba segura de lo que hacía tenía que comprobar varias veces que había cerrado, guardado o limpiado bien todo, todo tenía que estar perfecto, no me gustaba sentir que las cosas no están bien hechas, lo que fuera.</i></p> <p>36) <i>¿Tenías amistades o relaciones cercanas con alguien que padeciera algún t.a o algún problema respecto a su percepción corporal?</i> <i>Si, mi amiga de la secundaria era muy, muy delgada y ella era la que me decía a cada momento que teníamos que bajar de peso, nos pesábamos juntas y muy seguido y me pasaba dietas o me decía que era lo que podía hacer para bajar de peso rápido, ella sí casi no comía, de hecho nos parecíamos mucho salíamos bien en la escuela y yo me identificaba muy bien con ella, yo la admiraba.</i></p> <p>37) <i>¿En tu familia alguien ha padecido algún T.A.?</i> <i>Si, mi hermana, mi mamá, una tía y primas.</i></p> <p>38) <i>¿Quines son, qué edad tienen y qué T.A. presentaron?</i> <i>Mi hermana de 17 años empezó a dejar de comer tuvo principios de anorexia; mi mamá tiene obesidad tipo III (53 años), mi tía de 54 años tiene obesidad tipo II, mis primas maternas, también tuvieron bulimia y un TANOD (anorexia con bulimia) y otras dos primas (paternas) tiene obesidad una de 30 años con obesidad tipo III y la otra obesidad tipo I y tiene 20 años.</i></p> <p>39) <i>¿Qué consideras que influyo más para que se presentaran estos T.A en tu familia?</i> <i>Sin duda la educación y patrones de crianza que se han repetido idénticamente y que se han pasado entre</i></p>	<p>34.- Aislamiento en el contacto con el sexo opuesto, refleja un grado importante de despersonalización.</p> <p>35.- Se evidencian fijación e introyectos.</p>
--	--

generaciones, los valores que son importantes para la familia como la importancia de la apariencia física de las personas, la importancia de ser reconocido por los demás, la manera de comer y ver el alimento que es ese instrumento para dar y recibir afecto, atención de los demás así como una forma de control (sentir que tengo poder).

40) ¿Cómo era la percepción que tenías de tu cuerpo?

Me sentía muy gorda, pesada, creía que me tenía que ver como una modelo, siempre fui la llenita del grupo de mis amigas en la etapa de la secundaria y como ellas eran muy delgadas pensaba que teníamos que vernos igual y ser la misma talla, me sentía diferente a ellas y no me sentía cómoda mostrando mi cuerpo.

41) ¿Cómo era tu carácter con los demás en ese mismo momento (T.A.)?

Siempre estaba estresada y me enojaba muy fácil, me sentía distinta y triste por no poder ser flaca como mis amigas y como la gente que admiraba por ser bonita, me comparaba mucho ¡me sentía rechazada y juzgada!

42) ¿Cuál era tu estado de ánimo más frecuente; es decir qué sentías más a menudo?

Enojada y decepcionada, a veces era más enojo que decepción y otras más decepción que enojo, me sentía diferente a los demás, de hecho mis gustos y mi identidad se empezó a caracterizar por esto, siempre me han gustado las cosas fuera de lo común, lo más diverso y que no sea igual a lo de siempre es lo que me gusta y el hecho de que los demás criticaran o no les gustara o no respetara esto me enojaba o me decepcionaba, así también me sentía cuando no podía bajar de peso por comer de la forma que lo hacía sentía que era un objetivo muy difícil de alcanzar.

43) ¿En que momento te diste cuenta de lo que te estaba pasando (en relación a tu T.A.)?

Desde el principio me DC que no era normal lo que estaba haciendo y que me podía hacer daño pero era mayor mi "necesidad" de bajar de peso rápidamente y ser delgada que las consecuencias de lo que hacía, puse más atención en esto cuando ya me sentía muy mal y me sangraban las encías al masticar si me asuste y hasta entonces me di cuenta de como estaba físicamente además de que me enfermaba a cada rato, otra cosa que me ayudo a DC que me sentía muy mal conmigo misma fue la relación que tenía con el que era mi novio pues ¡otra persona me tuvo que dañar para que me diera cuenta que yo hacía lo mismo conmigo misma!.

40.- Distintas creencias sustituyen la sensación de mirar, el grado de despersonalización altera la percepción de sí misma, o sea represión ideológica en su ciclo de la experiencia.

41.-Diferentes aspectos negados de sí misma los proyecta en los demás como el rechazo.

43.- Confluencia al ser la frontera muy permeable, logra un DC de su retroflexión cuando se lastimaba a sí misma.

<p>44) ¿Cómo te D.C. que necesitabas ayuda? <i>Cuando me DC que mis dientes estaban muy sensibles, cuando me sangraban las encías y cuando ¡me dolía morder el alimento!, además ya empezaba a sentir asco cuando sabía que iba a comer o empezaba a volver el estómago sin provocarme las nauseas, otra cosa que me asusto más de todo era que me empezaba a enfermar muy seguido.</i></p> <p>45) ¿Qué problemas físicos y consecuencias en tu cuerpo resultaron de tu T.A.? <i>Caries en casi todas las piezas dentales y en zonas muy difíciles de atender (detrás de los dientes y entre ellos), pérdida del esmalte de mi dentadura y por lo tanto amarillamiento de los dientes, sensibilidad en el estómago con alimentos irritantes, estreñimiento, anemia y descalcificación muy leve, variación de las menstruaciones por el desajuste hormonal, pequeña lesión en mi matriz, estrías, celulitis, variación del peso constante, lesión en mi garganta, uñas quebradizas y baja en mis defensas.</i></p> <p>46) ¿Qué problemas sociales y consecuencias con los otros resultaron de tu T.A.? <i>Me aislé un poco de mis amigos y familia cuando era más crónico el trastorno. Las discusiones constantes en mis relaciones interpersonales.</i></p> <p>47) ¿Qué problemas emocionales y consecuencias en tu estado de ánimo resultaron de tu T.A.? <i>Me volví muy agresiva, insegura, estaba muy irritable y esto me provocaba problemas con los demás. Hubo un lapso en el que me deprimí y dejé por completo todo lo que me interesaba coincidía con el término de la carrera por lo que la falta de empleo y la situación del trastorno me mantuvieron poco activa un tiempo considerable.</i></p> <p>48) ¿Qué factor consideras que influyó más para que padecieras este T.A? <i>Hubieron muchos aspectos que pudieron influir pero el principal es desear el reconocimiento de los demás, ignorando mis necesidades y lo que sentía finalmente la necesidad de amor de mi misma.</i></p> <p>VI) PERCEPCIÓN ACTUAL</p> <p>49) ¿Cómo es tu percepción respecto a comida ahora? <i>Ya no es mi enemiga, le doy la importancia que tiene así como otras necesidades apenas estoy aprendiendo a diferenciar entre comer, alimentarme y nutrirme.</i></p> <p>50) ¿Cómo describes a la mujer mexicana? <i>La mujer mexicana es una mujer sobresaliente y muy capaz que no se DC que lo es y que se desconoce pues duda de sí misma intentando ser lo que no es, es bella e inteligente, está a veces muy limitada en su DC y no le permite ponerse atención; la mujer mexicana también es</i></p>	<p>46.- Aislamiento.</p> <p>47.- Sentimientos de agresión e inseguridad.</p> <p>48.- Necesidad de ser aceptada, baja autoestima y desatención a las necesidades propias.</p>
--	--

muy creativa, constante, ambiciosa, activa, multifacética y muy observadora de lo que la rodea esto podría ser también una limitante pues deja de ponerse atención a ella misma y se olvida de ella.

51) ¿Cómo describes a una mujer bella?

Una mujer bella es una persona que se conoce y que es capaz de reconocer aquello que va más allá de la estética, es inteligente, que se cuida, que se nutre en todos los sentidos, alguien que refleja equilibrio.

Integración del caso.

Entrevista N° 2:

Esta entrevista tuvo una duración aproximada de 3 horas, la entrevistada número cuatro es familiar de la participante de La Facultad de Psicología.

De manera general la estructura familiar se establece una relación de confluencia donde la frontera de contacto permanece abierta al afecto, reconocimiento de los demás y al alimento pero de igual manera no se establecen límites y el contacto tóxico como la violencia de la sobreprotección no es asimilable. Gran parte de los introyectos que se reciben en la estructura familiar y en la relación de pareja se relacionaron con el alimento, la manera de alimentarse, la apariencia física o el reconocimiento, pues crean lazos de unión familiar (valores). También la participante dentro de sus relaciones interpersonales tiene comportamientos de deflexión que evitan ese contacto doloroso con el rechazo, éstos comportamientos son formas de aislamiento *¡me aísló para no discutir!*, y de confluencia *¡así era siempre tenía que estar a su lado aunque no fuera igual conmigo!*, es decir no establecer límites y no apropiarse de la responsabilidad de no permitir un contacto; sin embargo la manera de hacerlo es también tóxica y retrofecta muchas veces con su trastorno o con comportamientos obsesivos (fijación), se fija con el trastorno, se fija en el no establecimiento de límites y con las conductas de riesgo.

El demonio del crecimiento presente en este caso sin duda es la experiencia obsoleta y el modo de relación que predomina es la fijación, pues a partir de esta experiencia es que se mantienen los introyectos.

Por otra parte la participante también establece con distintas personas como sus amigos, hermanos y hasta pareja relaciones prolectivas, pues hace a los demás todo lo que le gustaría que le hicieran a ella, pero se irresponsabiliza de pedirlo a los demás y espera mucho de ellos, e introyecta todo, no lo que le sirve o necesita sino hasta lo que no necesita porque no sabe asimilar.

La proyección es utilizada bajo el contexto de que está desensibilizada y tiene un grado de despersonalización importante, solo así es capaz de poner atención DC y experimentar sensaciones.

permisos o límites, él ha considerado que ¡las mujeres solamente deben estar en la escuela y en su casa si no es de ésta manera entonces son unas prostitutas!, y lo único que hay que pensar es lo que él dice. En cuanto a mi mamá la relación ha sido también conflictiva pero no como con mi papá, con ella es más bien distante, nos hablamos lo necesario y ninguna sabe nada de la otra, ella ha sido conformista y a mí no me gustaba ser su cómplice, ver y solapar todo lo que ha tolerado de mi papá (gritos, humillaciones, golpes, etc.), la relación con mi mamá es de ¡flojera y aburrimiento!. Con mi hermana de 26 años la relación ha sido mala, de hecho es con la que menos me identifico, y con la que menos convivo casi no hablamos, no sabemos mucho de nosotras, salvo lo que vemos una de la otra y hasta ahí, su hija ha estado mucho tiempo conmigo yo la cuidaba la mayor parte del tiempo, porque también quería ayudarla pero ahora a ella ya no le gusta que mi sobrina quiera estar más tiempo conmigo y tenemos problemas por esto, ella sí se lleva bien con mis papás, la relación que ella tiene con ellos no es de conflicto porque ella sí ha llevado su vida como a mis papás les gusta, las diferencias que ella tiene conmigo nos ha distanciado mucho, ella es la más apegada a mi mamá y piensa muy parecido a ella, yo creo que por esto no nos llevamos muy bien. Y con mi hermana de 19 años no hay tanto problema, nos hablamos bien, de vez en cuando salimos juntas y la escucho para platicar (aunque son muy superficiales las conversaciones que tengo con ella), sin embargo es la que mejor se lleva con los demás, ella es la conciliadora a todos les habla, sabe de todos y se lleva mejor con nosotros, ella no discute sólo ignora.

III) OTRAS RELACIONES SOCIALES

Amigos

15) ¿Cuál es el papel que juegas con tus amigos?

De mis amigos yo soy la persona que los acompaña, los apoya cuando lo necesitan, soy aquella con la que pueden platicar de lo que sea, soy la confidente, salimos juntos, compartimos (ellos comparten conmigo más que yo con ellos), platicamos y estamos en el “relajo”, aunque al principio no era tan cercana la relación se ha convertido en algo más íntimo o cercano.

16) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación que mantienes con tus amigos?

Casi no le cambiaría nada, de hecho me siento muy cómoda con la relación que mantengo con cada uno de ellos, es diferente con cada uno me siento contenta con la relación de amigos que mantengo pero aquello que probablemente le cambiaría sería mi falta de cuidado para con ellos, a todas las relaciones no les pongo

16.- Deflexión al utilizar la palabra casi, evitando tocar el tema de la amistad, acerca de su responsabilidad de mantener la amistad, confluencia, ella no es la que inicia el contacto pero

mucho cuidado pues mis amigos siempre son los que me buscan a m y yo a ellos casi no, si le cambiara algo sería la capacidad para cultivar una amistad.

Pareja

17) ¿Cuál es el papel que juegas con tu pareja (s)?

*En este momento no tengo pareja pero con aquellos que han sido mis novios **he tenido un papel ;muy pasivo!***

18) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación de pareja?

Si les pudiera cambiar algo les cambiaría a todas los gritos e insultos que llegaron a existir y la violencia, mis relaciones eran violentas, en particular una relación que viví donde si llegaron a haber empujones y mucho daño.

19) Descripción de la relación que tienes con tu pareja, que has tenido. Y ¿qué tienen en común?:

*Al principio de las relaciones son un poco mas equilibradas y luego con el tiempo ;todo mi mundo es el novio! pues dejo de lado mis actividades o mis prioridades para acompañarlos en sus cosas (hasta ahora así han sido muchas de mis relaciones), paso la mayor parte del tiempo con ellos y no tanto ellos conmigo. Depende mucho también del tiempo que tenga disponible pues siempre he buscado un rato libre para atender a mi pareja y esto no siempre es igual de parejo o equilibrado. Trato de que sea igual de justo y equilibrado el interés, ha llegado a ser más importante que mi familia y a veces más importante que mis amigos, **me intereso mucho en ellos; ahora no es la mayor importancia pero antes sí lo era, después estaba la escuela o el trabajo, haciendo lo mejor para mis novios, aunque fueran injustos conmigo. ;Siempre esperaban que yo estuviera ahí aguantando ese daño y tolerando sus actitudes sin que yo dijera nada!, esperaban que no me defendiera y que me quedara callada, a veces no decía nada sólo me enojaba con ellos y luego me reconciliaba, ;haciéndose un cuento de no acabar!. Todas tienen en común un aspecto: viví violencia en todas (en menor o mayor grado) ya sea física o psicológica, la relación se hacia rutinaria con cada uno (después de cierto tiempo) y enfermiza en cuanto a ser independientes y que ellos eran personas problemáticas, celosas, aisladas, agresivas pero eran relaciones estables. Al principio no me DC de cómo eran pues siempre fueron así, porque la relación también tenía regalitos, palabras bonitas y cariñitos, solamente veía la parte bonita, con el tiempo era una persona más insegura pues algunos hacían varios comentarios de mi físico o de mi cuerpo (por esto me volví mas insegura de mi misma con el T.A queriendo bajar de peso), me tomaban de la cintura y me señalaba que había subido de peso ;esto no estaba aquí antes!, ;estas subiendo de peso!, también me***

lo permite.

18.- Confluencia la frontera de contacto es permeable a un ambiente tóxico.

19.- La relación de pareja se vuelve una experiencia obsoleta con la violencia presente. Existe un conflicto de polaridades: una que busca el bienestar propio y quiere evitar el daño y otra que perdona la violencia y busca el bienestar del otro.

hacían comentarios acerca de la ropa, o de algunas partes del cuerpo como la cintura, la espalda o el estomago, de hecho también tuve amigas que vivenciaron relaciones violentas, afortunadamente ¡se acabó!. Había cosas de las que no me acordaba hasta que me preguntaste pero ¡mis relaciones de pareja no han sido las mejores!.

20) Descripción de la relación con el sexo opuesto:

Casi no tenía relación con ellos, tenía pocos amigos, me costaba trabajo relacionarme con ellos porque me daba pena hablarles o los que llegaba a conocer eran porque otras amigas me los presentaban pero de iniciativa propia no decidía hablarles , preferí siempre que ellos se acercaran o hablarle le hablaba más a las mujeres. Y en cuanto a novios que llegue a tener siempre era porque ellos me hablaban más y se acercaban a mi, de hecho siempre me gustaban los “chavos” muy, muy diferentes a mi ¡me fijaba en la oveja más negra! pues eran “chavos” que fumaban, tomaban, tenían problemas, no entraban a clase, se iban de fiesta cada ocho días o no se llevaban bien con mi familia y mis amigos, ellos eran muy conflictivos y se parecen todos en que eran personas problemáticas, poco sociables, parece que no tenían muchos amigos y son personas muy aisladas de la gente.

Trabajo/ escuela

21) ¿Cuál es el papel que juegas en tu trabajo y con tus jefes y compañeros del trabajo (o maestros y compañeros de escuela)?

Desempeño el papel de la responsable y la que trabaja bien, no soy de la más brillantes pero siempre realizo mis cosas lo mejor que puedo, me enseñan mucho pues a veces me daba miedo hacer las cosas yo sola, he aprendido pero me gusta cómo es que ven mi trabajo o cómo aprendo de éste (esto en ambos lugares).

22) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación (es) que mantienes en tu trabajo (o escuela)?

En este momento mi trabajo no me gusta, me agradaría algo distinto pero por ahora es cierto apoyo además sé que es temporal, más adelante haré otra cosa y tal vez la paga sea mejor, no necesariamente mantendría igual este trabajo pero sí dejo igual la importancia que han tenido los empleos en los que he estado porque siempre han sido parte importante de mi vida y continua siendo una posibilidad de hacer mi vida mejor y en cuanto a la escuela pasa lo mismo casi no le cambiaría nada, tal vez le hubiera cambiado la posibilidad de explotar más lo que aprendí (académicamente hablando) pues en lo personal aprendí muchas cosas que me sirvieron mucho, conocí a muchas personas importantes para mi como amigos y maestros pero pude obtener más.

20.- Deflexión, evita el contacto y el rechazo pero la frontera es flexible y permite el contacto del otro, no hay responsabilidad para iniciar el contacto.

22.- El hubierismo que utiliza altera el sentido de la realidad refiriéndose en este caso a algo que no hizo.

23) ¿Qué expectativas hay respecto a ti en cuanto este tipo de relación?

Esperan mi desarrollo profesional, cuando estaba en la escuela además buscaban un crecimiento personal y un nivel mejor de vida

IV) ASPECTOS DE SALUD:

24) ¿Qué conductas de riesgo consideras que has realizado (drogas, vida sexual o conductas delictivas) y cómo son?

Yo de ningún tipo, ero tenía relación con algunos amigos que llegaron a tener problemas con la droga. Y no dudo que las personas con las que me relacione antes que fueron mis novios hayan mantenido una relación con algo de esto.

V) DESARROLLO DEL TRASTORNO ALIMENTICIO.

25) ¿Cómo ha sido la relación que has tenido respecto a la comida en toda tu vida?

No me preocupaba antes tanto por subir de peso por comer después de esta temporada de no comer o comer cada vez menos si me llegue a preocupar por cuidar lo que como, no como tanta grasa, azúcar o harina, trato de cuidar lo que como y esto se me ha quedado desde entonces pues mi mamá me llegaba a decir que estaba comiendo mucho y le puse atención y trataba de no excederme, pero fue hasta ese momento nunca antes.

26) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto a la comida?

Consideran que es importante comer y comer de todo, lo ven como algo normal, ni muy importante pero tampoco tan indiferente.

27) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto al aspecto físico?

A mi mamá no le agradaba la idea de que subiéramos de peso, no es “delgaditita” pero ¡mi mamá trataba de cuidar que comíamos!, no para vernos bien pero si para estar sanos, esto si me presionaba a veces por estar y mantenerme delgada.

28) ¿Qué parte de tu cuerpo no te gustaba y cómo deseabas que fuera?

Mi estomago quería que estuviera plano, sin “lonjitas” y sin grasa o flacidez.

29) ¿Cómo era tu manera de comer cuando vivías tu T.A.y cómo iniciaste?

Empecé comiendo muy poco (cada vez me servía menos), todo porque pensaba que estaba gorda y que tenía que estar flaquita para poderme poner la ropa que me gustaba, no veía planito mi estómago y deje de comer ciertos alimentos: los que tenían grasa, azúcar o harina, empecé a comer más verduras y tomando cada vez más agua, hasta que dejé de comer primero una vez al día y

27.- Introyecta la creencia “no me agrada subir de peso” y se proyecta en la idea de estar delgada.

29.- Un pensamiento (la creencia de “estar gorda”) desplaza los sentidos “no veía mi estómago planito”. La participante hace contacto utilizando la zona de sí mismo de fantasía.

luego dos veces al día y luego nada en un solo día, hasta que deje de comer durante cuatro días seguidos, solamente tomaba agua simple.

30) ¿Cómo es que elegiste esa manera de comer y esa forma de relacionarte con la comida?

Se me hizo muy fácil dejar de comer algunas cosas y luego comer cada vez menos, no creí necesario una dieta y mucho menos hacer ejercicio (no me gustaba), yo quería bajar rápidamente.

31) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu familia cuando padecías tu T.A.?

No tenía problemáticas fuertes, sin embargo ¡mi mamá siempre fue sobre protectora!, la relación con ella fue de muchas mentiras, casi no estaba en la casa por el trabajo, no se daba cuenta de cómo y qué comía así que fue fácil empezar a quitar y a quitar comida hasta el punto en que llegué, con mi mamá en la casa ¡tenía que comer lo que hacía ella o lo que ella traía! y eran cosas grasosas y con mucha azúcar por lo que si era fácil bajar de peso que cuando no estaba mi mamá.

32) ¿Qué problemas experimentabas en relación a la escuela cuando padecías tu T.A.?

Mis amistades cambiaron mucho pues deje de ver a mi grupo de amigos de igual forma, bajaron mis calificaciones por el cambio de amigos, ya no entraba a clases y faltaba de vez en cuando, el horario en la escuela propició que comiera menos aunque si me empezaba a sentir débil y sí me daba hambre. Considero que si influyo un poco este cambio para que dejara de comer.

33) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tus amigos cuando padecías tu T.A.?

Ningún problema en particular con ellos pero si cambie mis actividades porque ya no veía a mi grupo de amigos igual, resentí este cambio pero también comencé amistades nuevas y no dejaba de ver a mis amigos sólo que los veía diferente y ellos eran los que notaban que yo no comiera y me decían que comiera más, que era muy poco lo que comía y me preguntaban ¿que me estaba pasando? y estos comentarios me ayudaron a darme cuenta más que perjudicarme.

34) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu pareja cuando padecías tu T.A.?

Mi pareja en ese momento no se llevaba con mi grupo de amigos, esto no era un problema para mi o mis amigos porque lo entendían, pero a veces ¡no sabía a quien darle preferencia, si al novio o a mis amigos!, de hecho (como el tomaba, fumaba y estaba siempre en problemas), ¡la relación se hizo desgastante, era muy agresivo!. Tuve problemas después cuando era celoso y posesivo pero para entonces ya no tenía el trastorno y ya podía comer.

30.- Aislamiento, la frontera de contacto es muy cerrada respecto a su alimentación.

31.- Se evita la sobreprotección, con una deflexión que evita un contacto tóxico, pero de igual forma el contacto con el alimento tiene el introyecto “tenía que comer lo que ella hacía o traía de la calle”.

34.- Se señala un conflicto entre dos necesidades preferir al novio o a los amigos.

35) ¿Consideras que existía algún otro problema en relación a tu vida cuando padecías tu T.A.?

Considero que la única presión que importaba más era la mía pues ¡yo quería verme bien de forma rápida y efectiva! y el no poderlo conseguir me llegó a desesperar fue cuando me hacía daño dejando de comer.

36) ¿Tenías amistades o relaciones cercanas con alguien que padeciera algún t.a o algún problema respecto a su percepción corporal?

No precisamente amistades pero si eran personas que conocía y que eran cercanas a mí, por lo que podía pensar que tenían “broncas” con la alimentación pues ¡siempre decían que estaban gordas!, que ¡tenían que bajar de peso! pero yo las veía bien, de hecho mis demás amistades eran de complexión muy delgada y distinta a la mía, comían mucho y eran muy flacas por esto también yo me sentía gorda.

37) ¿En tu familia alguien ha padecido algún T.A.?

No en éste momento, pero si hay algunas personas de mi familia (tíos, mi papá y mi mamá) que han sido muy, muy obesos, no se que tipo de obesidad sería pero si era considerable en éste momento no hay nadie obeso como antes pero si ha influido mucho en la manera de comer de la familia (tratan de cuidarse para no subir de peso, pero realmente cada quien determina su propia alimentación pues casi no comemos juntos), también porque mi tía, mi papá y mamá como estaban muy gordos desarrollaron diabetes por lo que tuvieron que bajar de peso, pero aun tiene algo de sobrepeso.

38) ¿Quines son, qué edad tienen y qué T.A. presentaron?

Mi tía y tío tienen como 45 y 40 años, mi papá tiene 55 años y mi mamá tiene 56; mis tíos (paternos) estuvieron muy obesos hace como 10 años, mi papá también hace como 10 años y mi mamá hace como 7 años, ninguno de ellos es obeso en este momento pero si tienen como cuatro o cinco kilos demás.

39) ¿Qué consideras que influyo más para que se presentaran estos T.A. en tu familia?

Nadie cuida ni la cantidad, ni la calidad de lo que comemos, en el caso de mis tíos, papá y mamá que subieron extremadamente de peso y luego bajaron por el susto de la diabetes, es la falta de cuidado de la alimentación, ninguno se cuida yo creo que es la falta de responsabilidad en este aspecto.

40) ¿Cómo era la percepción que tenías de tu cuerpo?

Me sentía muy gorda, me veía mis “llantitas” alrededor de mi cintura y ¡no me gustaba como se veían!, sentía que la ropa no me quedaba, ¡yo me quería ver plana de mi estómago, lo veía gigante!.

35.- El deseo de “verse bien” rápidamente deja de comer, pero acepta que se hace daño.

36.- El ambiente en el que se desenvuelve maneja la idea de “estar gorda”, al compararse con personas flacas, su autopercepción se agudiza.

<p>41) ¿Cómo era tu carácter con los demás en ese mismo momento (T.A.)? <i>En mi casa la relación era conflictiva, se deterioró mucho la relación con mi mamá, yo peleaba mucho con ella porque ¡no me dejaba hacer mis cosas a mi manera, como ella siempre ha sido sobre protectora no me dejaba decidir!, los problemas por esto eran muchos y mi papá aunque no lo veía tan seguido por su trabajo fue igual de sobre protector. Con los demás no había cambio solamente en mi casa, ¡me aislé mucho de ellos!.</i></p> <p>42) ¿Cuál era tu estado de animo más frecuente; es decir qué sentías más a menudo? <i>En mi casa me sentía enojada (sólo en mi casa), yo era bastante intolerante con mis papás en especial con mi mamá porque sentía que no me escuchaba, a mi me gustaba estar con mis amigos la mayor parte del tiempo pero no tenía a quien decirle mis cosas a pesar de esto, el cambio de amistades me hizo muy tímida y reservada, ¡no le platicaba mis problemas a quien fuera!, a veces me sentía incomoda de no poder adaptarme a ellos pues ellos se veían disponibles para escucharme pero no me abría tan fácil, a veces ¡me sentía inhábil! para comunicarme con los demás y me preguntaba “¿lo estoy haciendo bien?”</i></p> <p>43) ¿En que momento te diste cuenta de lo que te estaba pasando (en relación a tu T.A.)? <i>Cuando me daba hambre y me empecé a sentir débil, pues me quedaba con hambre, además cuando me ponía mi ropa notaba que no se me veía igual, (bajé de peso poco a poco sin darme cuenta), comiendo poquito, bajé de talla, ¡sin darme cuenta habían pasado meses antes de dejar de comer por completo!, cuando deje de comer por esos días y me volví a poner la blusa me percate que no me daba cuenta de lo que llegue a bajar de peso.</i></p> <p>44) ¿Cómo te DC que necesitabas ayuda? <i>Afortunadamente no necesite la ayuda profesional como un psicólogo o un médico, pero si me di cuenta que no podía seguir igual porque ¡me iba a morir!, si en esos cuatro días me sentí muy mal ¿cómo iba a estar en un mes?, con todos los malestares físicos, los mareos, el asco, el dolor en mi estómago no quería sentirme peor tuve que sentirme muy mal para DC.</i></p> <p>45) ¿Qué problemas físicos y consecuencias en tu cuerpo resultaron de tu T.A.? <i>Gastritis leve, cuando no como después de mucho tiempo me siento inmediatamente mal: me duele la cabeza, tengo asco y me duele el estomago (me arde), no puedo saltarme una comida ninguna vez más, no puedo aguantar mucho tiempo sin comer algo, cuando pasaba algún rato sin comer esta sensación regresaba. Aunque coma después de</i></p>	<p>41.- Aislamiento, cerrando la frontera de contacto con la familia que se percibe tóxica.</p> <p>42.-Se cierra la frontera de contacto hacia el ambiente pero no se cierra completamente, además la zona de sí mismo con la que se contacta es la interna, en la que hay sentimientos de enojo.</p> <p>43.- La desensibilización en este caso es un bloqueo pues no permite la atención a las sensaciones ni al DC.</p> <p>44.- La sensación de dolor está dentro de la frontera de lo familiar y la función del pregnanz le indica detenerse.</p>
---	--

sentirme mal si esta sensación comienza me dura todo el día.

46) ¿Qué problemas sociales y consecuencias con los otros resultaron de tu T.A.?

Era muy irritable con los demás, yo esperaba que los demás vieran que había bajado de peso, y ellos veían que me estaba enfermado por lo que ¡no logré que los demás tuvieran la misma percepción corporal que yo me desesperaba mucho!. Y a partir de ahí no me gusta comer sola.

47) ¿Qué problemas emocionales y consecuencias en tu estado de animo resultaron de tu T.A.?

Me volví muy insegura de mi misma, pocas veces estoy segura de cómo me veo y de que hago, pero intento aceptarme ¡todavía me cuesta trabajo! pero intento conocerme más, nunca he estado conforme con mi cuerpo, trataba de cuidar que comía: no comer mucha harina, grasas, azucars o en exceso, siento todavía que estoy subida de peso, como si no estuviera segura de la percepción que tengo de mi cuerpo, ¡antes era talla 7 y ahora soy talla 9!, pero ya no llego al extremo pues me siento conforme con mi cuerpo.

48) ¿Qué factor consideras que influyó más para que padecieras este T.A.?

Fueron muchas cosas, no se que fue más importante pero de las cosas importantes que influyeron fueron: que mi mamá cuidaba mucho que no comiéramos tanto, si me veía comer algo como un dulce después de haber comido algo antes, ¡no me gustaba! que me dijera “estas comiendo mucho, bájale porque vas a subir de peso”, pretendía sentirme cómoda cuando hacía calor y tenía que usar menos ropa, cuando tenía que ir a la playa y ponerme un traje de baño y poderle agradar a los chicos: “el querer gustarle a la gente”. Pero lo más importante y lo que sucede es que yo quería “ser delgada” para gustarme a mi misma, por vanidad.

VI) PERCEPCIÓN ACTUAL

49) ¿Cómo es tu percepción respecto a comida ahora?

Ya no como con culpa, ahora disfruto la comida y valoro lo que puede aportar la alimentación, ahora veo lo importante que es trato de nutrirme.

50) ¿Cómo describes a la mujer mexicana?

Considero que es perseverante aunque no se conoce ni reconoce mucho, no tiene la costumbre de ampliar el concepto de sí misma (se limita a sí misma) la mujer mexicana apenas se conoce y se está descubriendo, se empieza a DC de lo que es capaz de hacer y está dejando atrás el estereotipo que la encasillo: bajita morenita, sencilla, dependiente del hombre e insegura. se está descubriendo como ser humano y esta dejando de lado su

46.- Proflexión, al no llegar lo que espera se frustra, pero no pide la opinión del otro.

47.- La desensibilización dificulta la formación de la gestalt y no queda la figura clara.

48.- La frontera de lo familiar permanece abierta y permeable a distintos introyectos y creencias que sustituyen la sensación, en éste caso la de incomodidad, rechazo a sí misma por estar “gorda”.

lado femenino y el rol que le correspondería pues en ese descubrimiento no se DC que no es como un hombre sino que es una mujer que se quiere parecer al hombre que conocemos, cree que para poder crecer tiene que ser masculina y olvidar su identidad y rol femenino imitando su desarrollo, la mujer podría asumir un rol donde sí podemos ser protegidas pero no por esto limitarnos en relacionarnos con los otros y crecer primero como seres humanos siendo mujeres, conociendo y aceptando cómo es el rol que tenemos, se nos olvida que estos roles cambian y que no necesariamente será el mismo para todas.

51) ¿Cómo describes a una mujer bella?

Considero que una mujer bella sí implica que sea delgada y que tenga un cuerpo (estéticamente delgado), debe tener actitud de sentirse a gusto consigo misma, lo refleja en su estado de ánimo, se ve alegre y refleja bienestar, se acepta como es por fuera y por dentro y conoce que es capaz de hacer, observa lo que ha hecho para verse como se ve.

Integración del caso.

Entrevista N° 3:

Esta entrevista duró en total dos horas, la participante se mostró muy abierta para hablar de su t.a, aunque todavía tenía algunas dudas al respecto, no estaba segura de haber padecido uno, las dudas se resolvieron antes de comenzar la entrevista diferenciando un trastorno de otro y especificando la sintomatología. la actitud de la participante en general fue muy tranquila, se veía un poco tímida al principio pero cuando avanzó la entrevista se expresó de forma más libre y espontánea (su postura cambió, era más expresiva en su rostro, detallaba más), manifestaba asombro de muchas cosas pues no consideró tan importante haber padecido un t.a, le tranquilizó saber que no llegó a consecuencias físicas más severas, pero le impresionó DC que estaba viviendo un T.A.

En general el modo de relación que mantenía tanto con la comida, sus familiares y amigos es el de confluencia, la frontera de contacto era permeable a introyectos, al contacto tóxico o violento. El demonio del crecimiento que predominaba eran los introyectos, tales como “tener que comerse todo”, “estar sólo en la escuela o en su casa”, o “tener que verse bonita para él” así como el que originó el trastorno “deber ser delgada”.

Ante la experiencia de dolor físico a partir del trastorno: asco, dolor de estómago y mareos), la relación de pareja y familiar (en la que se presentó violencia), la frontera de contacto se hace flexible y ya no permanece totalmente abierta pues el aislamiento ocurre para limitar el contacto, pero tampoco queda cerrada totalmente pues se aísla solamente cuando el contacto resulta tóxico. Este modo de relación también lo utiliza con el contacto con el alimento, ya que padeció anorexia.

En su relación de pareja muestra fijación, pues regresaba con el novio a pesar de la violencia, se alejaba y regresaba al contacto con él (una y otra vez), por lo que al no haber retiro, se fija una relación violenta dificultando el DC y desensibilizándose. por su parte la relación con el sexo opuesto es defensiva, ella no inicia el contacto para evitar el rechazo.

En cuanto a la vivencia del T.A, se desensibiliza y descorporifica fue notoria, pues percibía su cuerpo como gordo y enorme, las sensaciones no eran claras y la zona del sí

mismo que tiene bloqueada es la zona interna *¡pocas veces estoy segura de cómo me veo y de lo que hago! y ¡bajé de talla y peso sin DC!*. Por otra parte también con el trastorno se establece una obsesión del deseo “verme bien” que la induce a dejar de comer.

Finalmente la asimilación de introyectos sitúa a la persona en el aquí y ahora y en el DC, *¡me lastimé mucho aquí pero afortunadamente ya pasó!*.

Entrevista nº 4

TRASCRIPTIÓN	DESCRIPCIÓN
<p>I) DATOS GENERALES:</p> <p>1) ¿Cuál es tu nombre? <i>Gloria E.</i></p> <p>2) ¿Qué edad tienes? <i>53 años.</i></p> <p>3) ¿Cuál es tu ocupación? <i>Ama de casa.</i></p> <p>4) ¿Qué tipo de trastorno alimenticio manifestaste?: <i>obesidad. la participante presenta obesidad de tipo III ó grave (con un IMC superior a 40)</i></p> <p>5) ¿Qué escolaridad tienes? <i>carrera técnica comercial (secretariado)</i></p> <p>6) ¿Qué nivel socioeconómico tienes?: <i>Medio</i></p> <p>7) ¿Qué tipo de complexión consideras que tienes?: <i>Gruesa</i></p> <p>8) ¿Qué edad tenías cuando empezaste? <i>Empecé a comer de manera más exagerada cuando tenía 34 años que fue en un tiempo después de la muerte de un hijo que tuve.</i></p> <p>9) ¿Cuál era tu peso cuando iniciaste tu T.A.? <i>Cuando era joven pesaba como 60 o 65 kilogramos (fue lo menos que llegue a pesar), pues nunca fui delgada pero empecé a subir y subir de peso con el paso de los años, nunca me intereso saber cuanto pesaba pero era talla 36.</i></p> <p>10) ¿Cuál es tu peso actual? <i>Creo que 120 kilos aunque no estoy tan segura pues siento que baje un poco y luego volví a subir, ahora soy talla 42.</i></p> <p>11) ¿Cuánto tiempo viviste con esta experiencia? <i>No se porque nunca fui delgada y todavía tengo mucho sobrepeso, desde que empecé a notar que subía de peso más, llevaré como 16 años, de hecho me volví a embarazar y no estaba tan gorda, creo que empecé a subir cuando mis hijas estaban chiquitas que acababan de nacer.</i></p>	<p>4.- Presenta Obesidad tipo III.</p>
<p>II) ESTRUCTURA FAMILIAR</p> <p>12) ¿Cuál es el papel que juegas en tu familia? <i>Yo diría que juego el papel de la ¡mujer que ordena la casa! (siempre me han dado este papel incluso cuando era más chica me tocó desempeñar mucho de este rol) pues mis actividades se han limitado a los labores del hogar podría decir que soy la que me encargo de todo para que la casa tenga orden y este limpia, soy la que tiene que les ordena todo a todos pero generalmente tengo que ¡estar ahí para los demás sin importar si estoy de malas o necesito otra cosa!, soy la que se ¡tiene que aguantar el carácter de todos! y la que siempre debe de ser amable con los demás.</i></p> <p>13) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación con tu familia? <i>Me gusta la relación que llevo con ellos, me siento bien estando junto a ellos mis hijos son lo mejor que tengo</i></p>	<p>12.- Los introyectos son el demonio del crecimiento en éste caso, no han sido asimilados y aun causan malestar.</p> <p>13.- El modo de relación es el de proflexión, la participante da pero no</p>

pero ¡le cambiaría un poco el que ellos estén también conmigo!, a veces me gustaría más que cooperaran conmigo y me entendieran más, a veces siento que no les importa lo que les digo y que ¡hacen lo que ellos quieren!.

14) Descripción de la relación que tienes con cada miembro de tu familia

En general trato de darles el lugar que se merece cada uno, a todos lo quiero por igual pero si tengo ciertas características con cada uno, podría decir que con unos me llevo muy bien y con otros me llevo muy mal, bueno no nos entendemos:

Con mi marido me llevo bien soy feliz con el, llevamos 23 años de casados y estoy bien con el, tomamos decisiones juntos, hablamos de lo que nos pasa o de lo que hacemos, nos conocemos muy bien a veces no necesariamente nos sentamos a hablar pero nos entendemos y comprendemos, observamos nuestras actitudes y tratamos de entender cómo apoyarnos, pero en algunas cosas** (acuerdos económicos, gastos, prioridades y normas con los hijos), no nos ponemos de acuerdo y a veces discutimos porque yo creo que es mejor lo que le digo y él cree que es mejor lo que me dice, **no llegamos a un acuerdo y por este tipo de cosas no nos entendemos..

Con mis hijos se divide la forma de relacionarme con ellos con dos de ellos discuto mucho y con dos de ellos discuto menos o no discuto nada; con una de mis hijas de 18 años (la menor) casi no discuto, me obedece en lo que le digo, ¡no me contesta feo!, hace lo que le toca, no llega tarde nunca, no la regaña casi y es muy tranquila, hace lo que le pedimos y no protesta de nada, no es tan arrebatada como los otros; con mi otra hija de 18 años (la mayor) si discuto más de hecho con la primera es con la que mejor me entiendo y con la otra es con la que peor me entiendo o no me entiendo nada, ella es más rebelde, más contestona, parece que hace lo que ella quiere, no me obedece y mucho menos me entiende, nos disgustamos mucho porque tiene un carácter muy difícil de entender y terminamos de pleito; con mi otra hija de 24 años es variable a veces me llevo muy bien con ella porque trata de entenderme y es la que más me escucha, también me regaña, esto mismo hace que discuta con ella porque critica cómo actúo me desesperan y me hace pensar que no me entiende y que los defiende, no puede ser que ¡yo tenga la culpa de cómo son conmigo!, no acepto que dice, tiene ideas muy “desordenadas”, ideas con las que no estoy de, nos enfrentamos mucho y no me agrada esto porque siento que no me entiende. Y en cuanto mi hijo de 21 años, es el único hombre y trato de entenderlo más a él pero también es algo desobediente y

puede recibir.

14.- Proyección ¡ellos no me entienden y discuten conmigo!, además hay aspectos de negación ¡no puede ser que yo tenga la culpa de cómo son conmigo!, no acepto lo que dice.

rebeldes porque discutimos también porque no me entiende lo que le digo acerca de cómo se relaciona con los demás, (sus amigos y su novia), discutimos y no nos entendemos y también pelea conmigo.

III) OTRAS RELACIONES SOCIALES

Amigos

15) ¿Cuál es el papel que juegas con tus amigos?

Cuando tenía amigas (cuando fui soltera) ellas tenían más confianza conmigo que yo con ellas, las escuchaba y las aconsejaba, eran más mi compañía que un apoyo, mas bien yo era su apoyo pues siempre estaba ahí para ellas.

16) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación que mantienes con tus amigos?

*Me gustaba pasar el tiempo con ellas y hacer algo diferente conociendo personas pero **le hubiera cambiado esa reciprocidad, me hubiera gustado tenerles más confianza ;no le iba a decir mis cosas a cualquiera!** y así continuar viéndolas.*

Pareja¹

17) ¿Cuál es el papel que juegas (o has jugado) con tu (s) pareja (s)?

Yo fui la que siempre puso las reglas del juego, yo decidía hasta donde, cuando y con quien podía confiar y siempre decidí lo que quería hacer, ¡yo controlé las situaciones siempre con todos los que fueron mis novios!, ¡yo decidía quien se merecía mi confianza! porque no confié en todos ellos y nunca completamente. Todos los novios que tuve incluyendo a mi esposo “llegaba hasta donde yo quería”, ¡respetaban lo que les decía de la relación o se terminaba!, después me arriesgue cuando me casé. Actualmente estoy donde he querido, se han hecho muchas cosas como lo he querido pero ahora también me ha tocado a mi ceder (al menos eso creo) pero también la relación ha cambiado mucho y el papel que hoy tengo con mi marido es más tranquilo que al principio, en este momento tengo una relación más de “amiga cuidadora” que de mujer, a veces la monotonía hace que me sienta como “su mamá” y siento que soy la que lo debe de cuidar y apapachar, me casé enamorada de mi marido y me ha gustado la vida que hemos hecho juntos pero actualmente la relación es mas fraternal.

18) ¿Qué lugar ocupa tú pareja en tu vida?

Sigue siendo importante la relación como han cambiado las cosas descubro más de mi esposo (ya no cómo antes) pues veo a mi esposo ahora como amigo, la convivencia es más apacible y con más cariño, aunque ¡sigo siendo la comprensiva y a veces más madura que mi esposo!.

16.- Hubierismo, utilizado para irresponsabilizarse ante la elección de “platicar sus cosas”. Con esto también se observa que la frontera de contacto no es del todo flexible, no hay exposición.

17.- Aislamiento, la frontera de contacto está cerrada con los hombres, pero es permeable sólo si hay confianza ¡yo controlé o trataba de controlar las situaciones siempre!, ¡llegaban hasta donde yo quería!.

¹ Esta Entrevista, así como en la entrevista número diez contienen dos preguntas extra elaboradas en el área de pareja pues solamente éstas dos participantes expresaron tener pareja actualmente y en específico es la única participante que está casada.

19) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación que mantienes con tu pareja?

Este aspecto de mi vida me gustó tal como fue, no le cambiaría casi nada pues fue como yo quise nunca hice algo que no quisiera.

20) Descripción de la relación que tienes con tu pareja

La relación que llevo con él es a veces de intercambio, el me mantiene, me provee lo que necesito y lo que necesitan nuestros hijos, pasa tiempo con nosotros y me acompaña y yo lo acompaño, le tengo la casa limpia y ordenada, le tengo cuidado en todo lo que necesita (en muchos sentidos) ¡lo escucho y comprendo, aunque él a mi no siempre!, pero ha cambiado mucho. Además me he llevado muy bien con él, ha sido un compañero y un amigo para mí, en ocasiones si es diferente a mí y me es difícil entenderlo, pero con él llevo una relación estable y profunda.

21) ¿Qué expectativas de tu pareja hay respecto a ti?

*Espera que esté con él siempre, que lo entienda y que lo complazca en todas las cosas, que **continué la relación como es y como debe de ser, hay comprensión, tolerancia y respeto ¡eso es lo que intento.***

22) Descripción de la relación con el sexo opuesto:

*Siempre me he llevado bien con los hombres el trato se me hace diferente, siempre he convivido con hombres pues no tuve hermanas, los entiendo mejor que a una mujer, pero al mismo tiempo **no les tengo mucha confianza ¡siempre desconfié de ellos! pues creo que ¡los hombres para obtener lo que quieren hacen muchas trampas! y no siempre son sinceros y buenas personas, son “mentirosos” y “abusivos”, ¡ellos no tienen nada que perder!. Me eduque con la idea de que ¡los hombres son malos! y hasta donde he visto ¡esto es cierto!, pues tuve dos experiencias desagradables con hombres así, ¡los hombres pueden lastimar mucho a las mujeres! (en dos ocasiones intentaron abusar de mí, una vez en mi trabajo me acosaron sexualmente y tuve que renunciar y otra ocasión intentaron abusar de mí cuando iba en dirección a mi trabajo, estaba sola y en un lugar que no conocía, estaba en el transporte ¡yo sola!, desvió la ruta y se estacionó, intentaba abusar de mí pero cuando lo insulté me dejó ir). Por otra parte tenía buenos amigos y eran más hombres que mujeres, era más interesante conocerlos pues aprendí otras cosas que con mis amigas no aprendí (cosas relacionadas con el trabajo, contabilidad, manejo de maquinas de oficina y viajaban mucho).***

20.- El modo de relación es proflexión pues la frontera de contacto limita recibir pero es permeable para dirigirse al ambiente, ¡lo escucho y comprendo aunque él a mi no siempre!,

21.- Introyectos “deber comprender, tolerar y complacer”.

22.- Proflexión, la frontera de contacto permanece abierta pero no totalmente, asunto inconcluso, la figura (los hombres) sigue retornando pues la emoción sigue presente.

<p>23) Descripción de las relaciones de pareja que has tenido. Y ¿qué tienen en común?: <i>Con cada uno de ellos fue distinto pues eran personas diferentes entre si, conocí a personas totalmente diferentes aunque en algunas cosas si se parecían, todos eran personas muy amables, tranquilos, buenas personas ;generalmente todos católicos! que tenían buena relación con su familia, busqué que tuvieran un nivel socioeconómico parecido al mío, ni más ni menos ;no iba a andar con alguien que no tuviera trabajo o no haya estudiado al menos lo mismo que yo! y ;tampoco iba a andar con alguien que estudió más que yo o tuviera ingresos distintos a los míos pues no nos íbamos a entender nunca!, eran personas sensibles y consideradas. Todos los novios que tuve incluyendo a mi esposo fueron personas mayores (cinco o tres años), eran personas tranquilas (no violentos o enojones, Cuando finalmente conocí a la persona con la que me casé que “cumplía todas las características que buscaba para entenderme con alguien para hacer una vida con el” y el me conoció a mi consideré la opción de casarme, el era divorciado y había tenido problemas con su anterior esposa pero lo quise mucho para realizar una vida con el ;me arriesgue! aun cuando el ya tenía un hijo y tuvo que continuar manteniéndolo, aunque sólo nos casamos por la iglesia hemos tenido un matrimonio estable y duradero ;tenemos 25 años juntos!.</i> Trabajo/ escuela 24) ¿Cuál es el papel que juegas en tu trabajo y con tus jefes y compañeros del trabajo (o maestros y compañeros de escuela)? <i>Era una empleada muy responsable y eficiente en lo que hacia ;yo era la que siempre cumplía!, no llegaba, tarde nunca faltaba, era “ejemplar”, siempre cumplía con mis obligaciones, era la subordinada “buena”, mis jefes jamás tuvieron queja de mi, siempre trataba de hacer mi trabajo mejor y lo mejor posible, era “la obediente y la amable”, el trabajo requería que yo estuviera al servicio de otros y me sentía muy bien con lo que hacía. Me gustaba mi trabajo y que me lo reconocieran.</i> 25) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación (es) que mantienes en tu trabajo (o escuela)? <i>Todo como estuvo en mi trabajo era bueno y me agradaba todo lo que hacía me hacia sentir muy eficiente, creo que no le cambiaría nada.</i> 26) ¿Qué expectativas hay respecto a ti en cuanto este tipo de relación? <i>Siempre esperaron mucho de mi mis jefes e incluso mis compañeros de trabajo pues era de las que todos trataron pero que no conocían tanto de mi, yo creo que esperaban</i></p>	<p>23.- La frontera de contacto permanece permeable si el ambiente no se considera tóxico.</p> <p>24.- Los introyectos han sido asimilados, no causan malestar son funcionales, la frontera de contacto es flexible.</p>
--	--

conocerme más como persona y no tanto como empleada y solo algunos me llegaron a conocer así (quienes eran mis amigas) pero lo que esperaban de mí era mi eficiencia en el trabajo.

IV) ASPECTOS DE SALUD:

27) ¿Qué conductas de riesgo consideras que has realizado (drogas, vida sexual o conductas delictivas) y cómo son?

Ninguna pero en esa época era muy fácil conocer a alguien que tuviera este tipo de conductas (en los 70s), mis amistades eran más tranquilas de hecho se parecían a mí y ¡nunca me involucraba con esas personas que conocí que sabía que consumían drogas, no tenía ningún trato con ellos o evitaba el trato!, considero que es algo desagradable y ¡lo peor del mundo, les tenía miedo!.

V) DESARROLLO TRASTORNO ALIMENTICIO

28) ¿Cómo ha sido la relación que has tenido respecto a la comida en toda tu vida?

La comida significa compañía y cariño, desde que era muy chica no siempre podía comer lo que yo quería y mis papás trabajaban para darnos lo necesario pero no tenían la posibilidad de darnos de comer ¡como gente rica!, trabajamos desde chicos 14 o 15 años con empleos temporales o de ratitos para poder darnos nuestros gustos no solo con la comida sino con otras cosas, pero cuando estábamos juntos era en la hora de la comida por eso le doy un significado de cariño y compañía. Es necesaria pero no todos pueden tener acceso a ésta como se desea.

29) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto a la comida?

Mi familia no tomaba mucha importancia de la forma de alimentarse, ni la cantidad ni la calidad fue importante, solamente teníamos que comer porque era malo no comer y ¡desperdiciar la comida no era un gusto que podíamos darnos siempre! y porque si no comíamos podíamos sentirnos mal y enfermarnos. No siempre estuvimos bien económicamente y no teníamos la posibilidad de variar la alimentación, cuando lo hacíamos (cuando había dinero) comíamos lo que había, a veces ¡la comida era un lujo y no precisamente una necesidad!.

30) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto al aspecto físico?

Nunca ha sido de importancia la belleza o la apariencia física para la familia, consideramos que esto es pura vanidad y soberbia. Actualmente con lo que he visto de mis hijos y mi esposo si es importante el físico, es necesario cuidar el cuerpo.

27.- Aislamiento, la frontera de contacto se cierra ante todo aquello que se reconoce como desagradable.

28.- La frontera de lo familiar establece como valor la compañía y unión, confluyente con la comida.

<p>31) ¿Qué parte de tu cuerpo no te gustaba y cómo deseabas que fuera? <i>El estómago siempre se me hacía desagradable, lo veía muy grande, mi “panza” era lo que menos me gustaba quería que fuera menos abultada pues es donde me doy cuenta que subo más de peso.</i></p> <p>32) ¿Cómo era tu manera de comer cuando vivías tu T.A. y cómo iniciaste? <i>Al principio comía sólo lo que había en casa, ¡siempre me gustó mucho la hora de la comida porque en ese momento estábamos juntos!, sobretudo en la hora de la merienda (noche), ya que mi papá llegaba tarde del trabajo, así que lo que más me gustaba comer era pan de dulce, después cuando tenía oportunidad de comer lo que no comíamos siempre (dulces, carne, postres, o refresco), trataba de comer todo lo que yo pudiera porque sabía que no era así siempre, me acostumbre siempre a comer mucho, ¡siempre tenía hambre y así continué comiendo siempre de la misma manera!, en la noche me daba más hambre y a veces no me sentaba a comer sino que comía a escondidas y “picaba” la comida, me llenaba la boca de comida como pan, pastel o jamón y me escabullía para que nadie me viera comer. Muchas veces esta costumbre se me quedo y si se me antoja algo de comer me lo comía a solas y a escondidas, comiendo así varias veces al día y hasta que no tuviera más ganas de comer.</i></p> <p>33)¿Cómo es que elegiste esa manera de comer y esa forma de relacionarte con la comida? <i>Cuando mis hijas pequeñas nacieron (hace como 18 años empecé a subir más de peso, era cuando comía más), ¡en ese momento me sentía enojada!, pues mis hijos mayores estaban en la escuela, mi esposo tenía más trabajo y además deje de frecuentar a mi familia nuclear (mis papás y mi hermano) ya no comíamos todos juntos como antes y mi nueva familia requería más de mi atención. Además ¡comía enojada y a propósito! porque otras personas me decían que “tenía que bajar de peso”, no me gustaba que me dijeran que tenía que hacer ni con la comida, ni con mi cuerpo, ¡todos me decían cómo tenía que ser”.</i></p> <p>34) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu familia cuando padecías tu T.A? <i>No tenía ningún problema con mi familia, en particular pues mis hijos estaban chiquitos, solamente me dedicaba a las tareas escolares y a las niñas pequeñas que requería más atención, pero sí me sentía muy sola.</i></p> <p>35) ¿Qué problemas experimentabas en relación a la escuela o trabajo cuando padecías tu T.A.? <i>Creo que desde niña empezaba a comer de más, cuando comencé a trabajar la mayor parte de mi salario lo</i></p>	<p>32.- Deflexión, comiendo evade la soledad y la presión.</p> <p>33.- Retroflexión.</p> <p>35.- Sensación de soledad.</p>
---	--

gastaba en golosinas y comida para compartir en mi casa, del tipo que no podíamos comprar antes, no eran problemas pero lo primero que compraba cuando me pagaban eran dulces o golosinas que me comía yo sola y después compartí con mi familia.

36) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tus amigos cuando padecías tu T.A.?

*Fui poco sociable, casi no tenía amigos o amigas la mayor parte del tiempo la pasaba en mi casa, en la escuela, o en el trabajo; **no tenía problemas con ellos pues era poca la convivencia, ¡me costaba trabajo confiar en la gente!***

37) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu pareja cuando padecías tu T.A.?

En ese momento tenía varias discusiones con mi esposo pues ya no pasábamos tanto tiempo juntos y no me entendía que estaba muy presionada. ¡Me sentía mal y me daba hambre!, hubo un tiempo (dos años) que estuvimos separados y el no vivía con nosotros, después regresó y sigue aquí, tal vez en ese lapso bajé un poco de peso pero después subí.

38) ¿Consideras que existía algún otro problema en relación a tu vida cuando padecías tu T.A.?

*No precisamente pero **en esta etapa de mi vida me sentía muy sola desde entonces empecé a subir de peso** pues, ¡tenía que hacerme cargo de todo! y no me sentí apoyada por mi esposo, ya que mis hijos empezaban la escuela requerían mas atención además el cuidado de dos niñas pequeñas requería toda mi atención a veces las tareas del hogar se me hacían extenuantes.*

39) ¿Tenías amistades o relaciones cercanas con alguien que padeciera algún T.A. o algún problema respecto a su percepción corporal?

No al contrario las personas que eran mis conocidas y con las que convivían más (mamás de los amigos de mis hijos) eran personas de complexión delgada.

40) ¿En tu familia alguna persona ha padecido T.A.?

Si mis hijas una de 18 y la otra de 24, una prima mía (que es como mi hermana) y dos de sus hijas de 23 y 25 años. Y mi hermano que tiene obesidad.

41) ¿Quines son, qué edad tienen y qué T.A. presentaron?

Mis hijas tuvieron bulimia (24) e inicios de anorexia (18), mi prima también tiene obesidad (tipo II) y sus dos hijas tuvieron anorexia (24) y bulimia (25).

42) ¿Qué consideras que influyo más para que se presentaran estos T.A. en tu familia?

Pues la manera en como era vista la comida, no cuidábamos lo que comíamos y nada mas veíamos las cantidades o lo que sí se podía comer y lo que no, también

36.- Aislamiento, la frontera de contacto no es del todo flexible.

38.-Deflexión.

42.- Introyectos, ¡no debes desperdiciar, ni escoger la comida!

fue el descuido en la alimentación desde la niñez todo eso de que ¡la comida no se desperdicia o se escoge!, en el caso de mis hijas sus amigas influían mucho pues les decían que podían hacer y que no para verse bien y el hecho de que ellas se compararon tuvo que ver y en mi caso fue el descuido de mi mamá por la alimentación, nunca le dio importancia la comida era comida y no se debía desperdiciar ni escoger la comida eso había y eso comíamos, no tenía ese cuidado, ni la vanidad para cuidarme y verme delgada..

43) ¿Cómo era la percepción que tenías de tu cuerpo?

Me veía mal, sin forma y me sentía inconforme en como se veía.

44) ¿Cómo era tu carácter con los demás en ese mismo momento (T.A.)?

Muy retraído, casi no hablaba con nadie y menos de lo que sentía. Me sentía decepcionada de los demás y sola todo el tiempo.

45) ¿Cuál era tu estado de ánimo más frecuente; es decir qué sentías más a menudo?

Enojada, me sentía agresiva cuando estaba ya muy mal, les gritaba y regañaba mucho a mis hijos cuando no me obedecían y cuando me desesperaba, me enojaba a veces de todo y por cualquier cosa.

46) ¿En que momento te diste cuenta de lo que te estaba pasando (en relación a tu T.A.)?

Cuando los demás me decían que estaba engordando mucho y que mi carácter era muy voluble y que me podía hacer daño a la salud.

47) ¿Cómo te DC que necesitabas ayuda?

Porque a parte de que ya no me sentía a gusto con mi aspecto y ¡la ropa me apretaba mucho!, los demás me decían a cada rato que debía bajar de peso y el hecho de escucharlo de mucha gente me asustaba y finalmente porque ya me empezaba a sentir mal físicamente, no podía respirar en las noches, sudaba mucho, me cansaba mucho

48) ¿Qué problemas físicos y consecuencias en tu cuerpo resultaron de tu T.A.?

Cambio la apariencia corporal muy drásticamente, ya no respiraba bien y la hipertensión me estaba causando problemas sin percatarme, ¡me hice insensible!, ¡me empezó a subir la presión sin que yo me DC porque no tenía síntomas!, además estaba en el límite existente de glucosa en la sangre para desarrollar diabetes, aun puedo controlar los niveles de glucosa para no desarrollar diabetes.

44.- Proflexión espera mucho pero no pide lo que necesita (hablar con alguien de lo que sentía).

45.- Hace contacto dentro de la zona interna de sí mismo (enojo).

47.-Hace contacto en las zonas del sí mismo interna y externa, en la externa cuando se DC lo que le decían los demás y en la interna cuando se DC que no respira bien.

48.- No enfoca bien la atención en sus sensaciones está muy reducida la sensibilidad.

49) ¿Qué problemas sociales y consecuencias con los otros resultaron de tu T.A.?

Me aislé mucho de las personas, deje de salir a la calle como lo hacía antes, dejé de tener vida social y mi vida se volvió muy, muy sedentaria.

50) ¿Qué problemas emocionales y consecuencias en tu estado de ánimo resultaron de tu T.A.?

Me siento deprimida y triste muchas veces y es por mi manera de comer y en que mi cuerpo ha cambiado (no me gusta verme al espejo).

51) ¿Qué factor consideras que influyó más para que padecieras este t.a?

*La manera de ver la comida, el descuido desde la infancia por no poner atención o cuidado en lo que comía y que no me diera cuenta cuando comía más. Tal vez, el **no poder resolver mis problemas y ¡tenía que encontrar un modo para desquitarme con los demás! (esposo), pues el me dijo mucho tiempo que debía bajar de peso y yo subí a propósito, de esto último no se acordaba la participante hasta el momento de la pregunta, y al mismo tiempo ¡me desquitaba conmigo por tener obesidad!***, la comida y la obesidad me protegen de lo que me daña o me dañaba, si comía me sentía feliz o acompañada.

VI) PERCEPCIÓN ACTUAL

52) ¿Cómo es tu percepción respecto a comida ahora?

Ahora veo que es algo importante que hay que cuidar también refiriéndome a la manera de comer, ahora si estoy triste trato de no comer tanto y también cuando estoy nerviosa o preocupada, y también sé que es algo que necesitan las personas para vivir sanos.

53) ¿Cómo describes a la mujer mexicana?

Es una persona elemental en ésta sociedad, es la base de una familia, un ser que se define por ser madre, veo que la mujer mexicana ya no tiene tanto miedo para hacer cosas como los hombres y a veces las hace mejor que ellos porque con la educación que han recibido están preparadas para soportarlo todo. Están orilladas a demostrarles a los demás que son valiosas y que están listas para desempeñar cualquier papel incluso tienen que desempeñar varios roles a la vez tienen mayor presión porque los demás les dicen cómo debe de ser.

54) ¿Cómo describes a una mujer bella?

Una mujer bellas es una mujer que es pulcra, amable, que se arregla de acuerdo a sus posibilidades y características físicas, es sencilla, porque existen personas que son físicamente atractivas o llaman la atención pero que solamente valoran y saben que las valoran por su apariencia, la belleza es interna y a veces externa porque es sinónimo de armonía.

51.- Retroflexión pues ante la falta de habilidad para pedir y solicitar lo que necesitaba o actuar hacia el ambiente la energía regresaba a sí misma ¡tenía que encontrar un modo de desquitarme con los demás, pero también conmigo!.

Integración del caso.

Entrevista n° 4:

Esta entrevista duró aproximadamente tres horas, la entrevistada se mantuvo participativa y dispuesta a responder todas las preguntas, también hubo momentos en los que la participante lloró y comenzó a recordar cosas que a su consideración ya había olvidado, sobre todo en el apartado “relación con el sexo opuesto”, en el desarrollo del t.a y estructura familiar. De manera particular durante la descripción de este aspecto la participante no me miraba a los ojos, veía sus manos y suspiraba, describía su respuesta con una actitud de retraimiento bajo su tono de voz y su energía estaba muy baja. Esta parte de la entrevista fue la más difícil de responder para la participante, lo expresó verbalmente al terminar este apartado “ya se me habían olvidado muchas cosas, ¿para qué me hiciste recordarlas?”, además lloró en el resto de la entrevista por algunas pausas como en el apartado de relación familiar y en la pregunta sobre el comienzo del trastorno.

El modo de relación principal que establece la entrevistada con las personas que la rodean (amigos, familiares y pareja) es la proflexión, su frontera de contacto es permeable no está totalmente cerrada pues interacciona con el ambiente, hace contacto pero no permite el contacto del ambiente hacia ella, hace a los demás lo que le gustaría que le hicieran a ella (familia) y no puede recibir.

Por otra parte la relación que establece a través de su t.a es de introyección principalmente pero conforme avanza la condición de obesidad éste va adquiriendo otra función, al comienzo del trastorno la persona come para evitar sentir soledad o tristeza (esto es una deflexión); sin embargo como su modo de relación es el prolectivo, éste va generando frustración e insatisfacción, con los años el sentimiento de tristeza y soledad se transforma en enojo y la persona lo **retroreflecta** comiendo (en esta parte de la entrevista lloró unos momentos).

Cuando llegamos a la descripción de la relación con el sexo opuesto la participante se mostró muy inhibida, bajo el tono de voz, se miraba y agarraba las manos y comenzó a narrar su experiencia acerca de los intentos de abuso sexual por los que había pasado, así el demonio del crecimiento que establece en su relación con el sexo opuesto es un asunto inconcluso, pues regresaba a la figura y la emoción sigue ahí, por otra parte éste

determina el modo de relación proflexivo que mantiene con sus relaciones de pareja y familia, pues la frontera es permeable pero no es totalmente abierta especialmente con los hombres.

En cuanto al contacto que hace consigo misma en cualquiera de las zonas del sí mismo está más cercana a la zona intermedia y la zona externa, pues la participante no se DC que es hipertensa.

Entrevista n° 5

TRASCRIPTIÓN	DESCRIPCIÓN
<p>I) DATOS GENERALES:</p> <p>1) ¿Cuál es tu nombre? <i>Jessica T.</i></p> <p>2) ¿Qué edad tienes? <i>25 años.</i></p> <p>3) ¿Cuál es tu ocupación?: <i>Psicóloga, empleada en recursos humanos y atendiendo pacientes en un consultorio.</i></p> <p>4) ¿Qué tipo de trastorno alimenticio has manifestado? <i>anorexia-bulimia (TANOD)</i></p> <p>5) ¿Qué escolaridad tienes? <i>Licenciatura en psicología.</i></p> <p>6) ¿Qué nivel socioeconómico tienes?: <i>Medio</i></p> <p>7) ¿Qué tipo de complexión tienes? <i>Media</i></p> <p>8) ¿Qué edad tenías cuando empezaste? <i>Empecé a los doce años con las dietas y la anorexia la comencé a los 21 y la bulimia medio año después.</i></p> <p>9) ¿Cuál era tu peso cuando iniciaste tu t.a?: <i>70 kilogramos y llegué a pesar como 54 kilogramos más o menos.</i></p> <p>10) ¿Cuál es tu peso actual?: <i>63 kilogramos.</i></p> <p>11) ¿Cuánto tiempo viviste con esta experiencia? <i>Medio año con la bulimia, como dos años con anorexia y con las dietas como diez años.</i></p> <p>II) ESTRUCTURA FAMILIAR</p> <p>12) ¿Cuál es el papel que juegas en tu familia? <i>El papel que tengo dentro de mi familia tiene muchas connotaciones: ¡soy el ejemplo para mis hermanas!, juego el rol de la inteligente, la responsable, la “buena hija”. Siempre ha sido así y yo siento que sí tengo éste papel soy como la “perfecta”, ¡aunque no sea cierto!.</i></p> <p>13) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación con tu familia? <i>Cómo es ahora yo creo que no le cambiaría nada, estamos bien pero hace dos años sí le hubiera cambiado la actitud de mi papá ¡era muy machista, muy enojón y explosivo!, teníamos problemas con el mis hermanas y yo, incluso lo dejamos viviendo solo un tiempo, fue cuando empecé a vivir sola, mi mamá también se fue, luego regresamos a vivir todos juntos otra vez, con esto mi papá cambió mucho, ya no se enoja como antes, es mucho más tranquilo y paciente.</i></p> <p>14) Descripción de la relación que tienes con cada miembro de tu familia: <i>Siempre me he llevado bien con mi mamá, con ella platico más, sabe mis cosas no tenemos problemas pues intenta entenderme y yo a ella nos tenemos más paciencia.</i> <i>Con la hermana que sigue de mí, no me llevaba tan bien pues discutíamos mucho, desde chiquita siempre nos comparaban (las tías y mi abuela), mi hermana es muy</i></p>	<p>4.- Presentó el TANOD anorexia-bulimia</p> <p>13.- Hubierismo acerca de la relación que tiene con su papá.</p> <p>14.- Introyectos como demonios de crecimiento, confluencia pues todo contacto con éstos no es asimilado, la expresión ¡nos pusieron a competir! Es una proyección de una parte negada de sí misma</p>

delgada y yo siempre he sido más llenita; somos opuestas, muy, muy diferentes; ella era “la bonita” mi abuelita decía que ella era la “barbie” y yo siempre fui “la inteligente”, “la del diez en la escuela”, ¡yo no era la bonita de la casa!, en la escuela yo no tenía ningún reporte y ninguna queja y ella siempre andaba con reportes, con quejas y reprobaba, ¡ella era la “delgadita y burra” y yo “la inteligente y gorda”!, ¡nos pusieron a competir! y eso muy probablemente nos hacía discutir y que peleáramos tanto entre nosotras.

Con mi otra hermana si tengo mucha comunicación aunque no compartimos tanto gustos o ideas, la entiendo pero ella no tanto a mi, por la edad no tenemos los mismos intereses aunque nos llevamos muy bien. Y con la menor soy mas sobreprotectora (pero trato de no preocuparme mucho con ella o que no se de cuenta pues esto es también un problema en lugar de un beneficio para ella), pero por lo mismo tengo más contacto con ella, le gusta mucho la danza (¡igual que a mí!) y la “jalaba” a realizar cosas conmigo, si tenía ensayos la llevaba aunque por la edad también es difícil entenderla pero hacemos un intento y convivimos muy seguido.

Con mi papá la relación ha sido ¡muy difícil!, ¡el representaba reglas y normas que se tenían que seguir!, ha sido más una relación de exigencias y condiciones, no precisamente es “el malo del cuento” pero ¡fue demasiado estricto conmigo!, (trabajaba mucho y siempre estaba de malas), no se podía hablar con el, ¡yo no podía hablar con el! y no le tenía confianza, ¡siempre me pedía mucho!, (por lo mismo de que soy la mayor), quería que fuera perfecta y ¡me ha exigido mucho!, cuando quería que me diera un consejo terminaba regañándome.

III) OTRAS RELACIONES SOCIALES

Amigos

15) ¿Cuál es el papel que juegas con tus amigos?

Juego el papel de “la independiente”, la comprensiva y la que los ayudaba, con ellos la relación empezaba y muchas veces se mantenía como compañía y no tanto como apoyo, ellos se acercaban a mi para ese apoyo o la compañía pero yo podía pasar más tiempo sin ellos y estar algún tiempo a solas, siento que ese tiempo a solas lo necesitaba más que ellos. Se acercaban a mi por el apoyo académico, la compañía o por afinidad pero siempre fui menos dependiente que ellos y a veces me decían que era muy “sangrona” o “cortada”, ¡yo necesitaba tiempo a solas! y esto se les hacía muy raro.

16) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación que mantienes con tus amigos?

Tal vez le cambiaria el hecho de que me cuesta trabajo

que se compara con su hermana, introyecto ¡ser la mejor y perfecta!.

Por otra parte cuando se refiere a su padre minimiza la emoción o la expresión reflectando, ¡fue demasiado estricto conmigo! (trabajaba mucho y siempre estaba de malas) y ¡siempre me pedía mucho! (por lo mismo de ser la mayor, quería que fuera perfecta).

16.- Aislamiento, evitar la responsabilidad de pedir.

también pedirles apoyo como ellos lo han hecho conmigo, **el no saberles pedir o bien no saber recibir a veces me frustraba, por eso prefería aislarme**, el papel de la responsable y la independiente incluso con mis amigos no me permitió acercarme en algunas ocasiones, lo demás lo dejo tal cual como ha estado no le cambio nada pues me ha gustado la relación que llevado con todos ellos.

Pareja

17) ¿Cuál es el papel que juegas con tu pareja (s)?

*En éste momento no tengo novio, pero generalmente **jugaba el papel más tranquilo, era la dócil, la que los escuchaba y la que estaba ahí para ellos (aunque no siempre era así conmigo)**, pero no me daba cuenta en ese momento que no era igual la relación, me sentía como la “cuidada” a la que “debían atender, cuidar y proteger.*

18) ¿Qué le cambiarías y que sería igual respecto a tu relación de pareja?

¡La única cosa que le cambiaría serían la violencia y humillaciones!, por las que pasé en mis relaciones de pareja, hubo mucho daño innecesario aunque aprendí muchas cosas acerca de mi misma.

19) Descripción de la relación que tienes con tu pareja, que has tenido. Y ¿qué tienen en común?:

*Era la “novia perfecta” y quería bajar de peso por esto, pues me creí muchas veces el hecho de que ¡a mi, la niña “gordita”, le hicieron caso muchachos guapos! y me sentía “privilegiada”, en ocasiones por ser la novia y en otras hasta por se ¡la “amiga” con la que tenían todos los derechos!, jugando el papel que me asignaran las personas con las que anduve. **Mis novios han sido un apoyo emocional para mi (incluso algunos amigos ese papel juegan)**, les tengo mucha confianza y de vez en cuando me apoyaban si yo tenía un problema, eran importantes para mi pues no me sentía tan sola, tal vez eran la figura que me protegía y que me cuidaba, ¡muchas veces a sí me sentí con mis parejas como figuras paternas!. Tienen varias cosas en común, la mayoría fueron muy egoístas, machistas y todos fueron personas que me lastimaron y a las que tal vez yo también dañe, relaciones dependientes donde me “enganchaba fácilmente”, **en ocasiones así las buscaba pues ¡sí quería seguir mal!**, en un principio fueron personas a las que admiré, eran relaciones muy extremistas de mucha confianza o de mucha desconfianza donde a pesar de las diferencias yo buscaba protección o cuidado hacían cosas distintas a las mías por lo que siempre había interés, ¡han sido con personas que me gustan mucho!, (personas que me atraen sexualmente), no he tenido novios que no me gustaran de esta manera, aunque la relación no necesariamente pasará a este terreno, eran personas que*

17.- Proflexión podía proporcionar apoyo a los demás pero no puede pedirlo.

19.- La relación de noviazgo juega un papel para deflectar ¡eran mi apoyo emocional!, cuando la relación es violenta y se repite, se convierte en una experiencia obsoleta (en ocasiones buscaba éstas relaciones), pues todas las relaciones de pareja fueron así, la deflexión evita el contacto con el sentimiento de soledad.

me llamaban mucho la atención o “hacían llamar la atención de los demás”, pues eran muy irritables y agresivos, he entablado relación con personas mayores que yo (dos o más años, dure una ocasión con una persona nueve años mayor que yo), a ellos si les platicaba mis planes, mis cosas sin miedo y eran parte importante de mi vida en ese momento

20) Descripción de la relación con el sexo opuesto:

Es mucho más fácil que establezca relación social con los hombres que con las mujeres, con los hombres me he llevado mejor pues los entiendo más, de hecho tengo más amigos hombres que mujeres, considerando relaciones estables y de confianza en cuanto a **comunicación siento que los hombres no juzgan tanto como una mujer pues las expectativas son diferentes.**

Trabajo/ escuela

21) ¿Cuál es el papel que juegas en tu trabajo y con tus jefes y compañeros del trabajo (o maestros y compañeros de escuela)?

También juego el rol de la independiente y la responsable, de hecho en muchas de mis relaciones sociales éste es el papel que me toca desempeñar, pero todo depende también del tipo de personas con las que me relacione a diario, soy muy sociable y me adapto con facilidad esto me ayuda a aprender otros roles en cuanto al trabajo o a la escuela.

22) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación (es) que mantienes en tu trabajo (o escuela)?

En la escuela no cambiaría nada pues obtuve muchas cosas muy buenas de la escuela, amigos, la propia carrera, una profesión, trabajo y satisfacción personal y en cuanto al trabajo cambiaría o pondría la balanza el tipo de trabajo y tiempo requerido con el sueldo, me pagan muy poco y es un trabajo sumamente esclavizante, aunque tiene sus beneficios, lo demás no lo cambio pues he aprendido mucho.

23) ¿Qué expectativas hay respecto a ti en cuanto este tipo de relación?

Me dejan tareas muy pesadas y que requiere esfuerzo y tiempo, llevo poco tiempo trabajando y considero que el trato que me tienen los jefes y compañeros en el trabajo es muy cercano, como si ya me conocieran de más tiempo y esperan que yo me acerque igual o más, el tipo de actividades requiere que conozca a todos y el trato sea muy cordial pero esperan mucho de mí en mi trabajo, me siento bien en el empleo pero esperan todavía que me adapte mucho más. Y cuando iba en la escuela los maestros también esperaban mucho más de mí, algunos si me lo dijeron directamente y otros lo insinuaban en mis trabajos o mis exámenes, siempre han esperado que me

mantenga igual y que no baje el ritmo.

IV) ASPECTOS DE SALUD:

24) ¿Qué conductas de riesgo consideras que has realizado (drogas, vida sexual y conductas delictivas) y cómo son?

Consumía mucho alcohol y cigarro sin conciencia y muchas veces con la intención de que me sucediera algo, sí mantuve noviazgos donde la infidelidad se presentó ¡me engañaban! y me pude contagiar de alguna enfermedad venérea, (nunca sucedió pero sí me puse muchas veces en riesgo), con las drogas no necesariamente tuve relación directa pero tenía amistades y algún novio que las consumía, además tuve intentos de suicidio (dos intentos), me sentía pésimo y ¡me ponía en riesgo con la intención de que me sucediera algo!, en ocasiones sólo lo hacía para ver que pasaba conmigo, me deprimí mucho tiempo y junto con el T.A. la situación pudo ser peor. Además hubo un incidente donde abusaron de mi sexualmente, por lo que esto fue la peor cosa que me puso en riesgo de estar en todas estas conductas anteriores, (fue un familiar muy cercano y esto ocurrió mucho antes de padecer el T.A. pero enfatizó todas estas conductas de riesgo y los intentos de suicidio).

V) DESARROLLO DEL TRASTORNO ALIMENTICIO.

25) ¿Cómo ha sido la relación que has tenido respecto a la comida en toda tu vida?

Es una relación como de lucha, la comida es necesaria pero también ¡me hacía daño!, al menos eso creía, ¡no podía dejar de comerla!, era como un placer pero al mismo tiempo era la causante de que yo no fuera delgada. Esto hizo difícil dejar el Trastorno.

26) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto a la comida?

Hubo un tiempo en el que mi papá trabajaba en un rastro y la carne siempre era un elemento esencial en la comida, casi siempre comíamos carne y a mí casi no me gustaba pero ¡me la tenía que comer!, de vez en cuando sí nos decía que nos la teníamos que acabar y eso de ¡te comes todo! no era frecuente pero sí nos lo llegó a decir. Le dieron demasiada importancia pues como la obesidad era peligrosa (por esto de la diabetes) la comida y las dietas eran tema de interés en mi familia, ¡a los 12 años me pusieron a dieta! y me molestaba “tener que hacer dieta por estar gorda”, los comentarios no se hacían

24.- Experiencia obsoleta pues las conductas de riesgo (que son retroflexivas) son funcionales para disipar la tensión del abuso y la depresión.

25.- En este sentido el contacto con el alimento crea un conflicto entre dos polaridades: 1) la comida es necesaria y 2) la comida me hace daño, este conflicto hace del T.A una experiencia obsoleta. Hay confluencia pues lo tóxico y lo nutricional (creencias acerca del alimento) traspasa la frontera de contacto por igual.

26.- Introyectos ¡me la tenía que comer! Y ¡tenía que estar a dieta por estar gorda!, proyección en su familia, esto en la frase: ¡le dieron demasiada importancia a la comida y a la obesidad!, cuando ella es la que se la dio.

esperar me decían ¡ya no comas tanto! o ¡estas comiendo mucho!, cuando nos veían comer a mi hermana y a mi “chicharrones o papás fritas” a mi hermana no le decían nada porque parecía barbie y a mí si me decían que ¡yo “no debería” comer eso!, incluso a veces cuando íbamos a ver a mi abuelita cuando estaba enferma mi abuela le decía a mi mamá que no me diera de cenar porque estaba muy gorda y si cenaba me iba a costar más trabajo bajar de peso.

27) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto al aspecto físico?

Considero que si es importante para ellos la apariencia física, desde mis doce años me tuvieron a dieta (porque no fue precisamente desición mía, en realidad no estaba gorda, sólo si me comparaban sí lo era) y por el hecho de las comparaciones no sólo del aspecto físico sino de la personalidad de cada quien entre mi hermana y yo sí me sentía gorda también me regalaban videos de ejercicios, me decían que fuera a hacer ejercicio para que bajara de peso o me hacían comentarios como ¡mira estos cachetes!.

28) ¿Qué parte de tu cuerpo no te gustaba y cómo deseabas que fuera?

No me gustaba nada de mi cuerpo pues todo mi cuerpo era gordo, siempre me decían ¡gorda!, cuando se referían a mi como un apodo dentro de la familia, mi hermana era la “flaca”, yo era ¡la gorda!, me daba coraje que los demás decidieran si estaba gorda o no aunque en particular no me gustaba como se veían mi estómago o vientre y los “gorditos de la cintura” estas zonas las veía muy gordas y sin forma me veía toda redonda.

29) ¿Cómo era tu manera de comer cuando vivías tu T.A y cómo iniciaste?

Primero inicie restringiéndome cosas como pan, tortilla, dulces, golosinas, refrescos, carne, etc.; empecé con muchas dietas, luego dejaba de comer por unos días dos veces y luego ya no comía nada, o comía solamente lechuga o jitomate y comía raciones pequeñitas (dividía una hoja de lechuga en tres partes para comerla durante todo el día y el jitomate igual, me llevaba tres rebanadas y me comía una cuando me daba hambre, luego esa ración la dividí a la mitad y así sucesivamente hasta sólo comer un pedacito de lechuga y unas dos o tres mordidas a la rebanada de jitomate durante todo un día), cuando sentía que comía demasiado (que en realidad no era mucho) me laxaba y en ocasiones empezaba a fumar (pues con el cigarro no me daba hambre) ya en el caso extremo cuando sentía que comía mucho me provocaba vómito para no tener alimento en el estómago lo que si hacía era tomar mucho agua como tres litros al día.

27.- Introyecto ¡ponte a dieta!.

29.- La frontera de contacto es permeable, el contacto con el alimento es limitado, la deflexión es utilizada para evitar ese contacto con la comida ¡fumaba para que no me diera hambre!, la culpa es utilizada como represión (ideológica) para no llegar a la formación de la figura “haber comido” y sentir miedo, se sustituyen las sensaciones por las ideas.

Primero empecé con anorexia y luego fue bulimia casi no comía nada y lo poco que llegaba a comer lo regresaba, ¡sentía culpa por comer, pues me daba hambre!, siempre estaba con asco comer, luego ya no me daba nada de hambre y no comía, pensaba que “tenía que seguir bajando de peso”.

30) ¿Cómo es que elegiste esa manera de comer y esa forma de relacionarte con la comida?

Fue la manera más rápida para bajar de talla y peso en unos cuantos días (que fue lo que me interesó en un principio) en la escuela de danza me pedían bajar de talla y no tanto de peso, después si intentaba perder peso bruscamente. Y ¡cuando comía me sentía horrible!, empezaba a sentirme culpable y me parecía que con eso que comí engordaba, me tocaba las mejillas y me las sentía gordas, me veía las piernas y me las sentía enormes y ¡creía que estaba engordando sólo por ese pedacito de comida!, ya no podía comer sin sentirme enorme y gorda.

31) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu familia cuando padecías tu T.A.?

Intentaba castigar a la persona que abusó de mí, me veía y me sentía muy enojada con él y con mi demás familia siempre estaba muy irritada, en esos momentos fue cuando intente suicidarme dos veces, ¡yo quería morirme!.

32) ¿Qué problemas experimentabas en relación a la escuela cuando padecías tu T.A.?

La escuela siempre me motivó para hacer muchas cosas para mí, sin embargo hubo un tiempo en que se me olvidaban las cosas y empezó a bajar un poco mi nivel en la escuela pues aunque ponía atención ya no rendía lo mismo, estaba cansada y con sueño empezaba a descuidar algunas cosas por lo mismo de que mi memoria estaba fallando, estar delgada para la danza fue una gran prioridad.

33) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tus amigos cuando padecías tu T.A.?

Mis amigas me preguntaban algo acerca de cómo me alimentaba o de porque me veía enferma y me molestaba con ellas, no peleábamos pero sí discutí dos o tres veces con ellas por esto. Primero si me decían que me veía bien y después que estaba enferma ¡yo pensaba que nunca iba a ser perfecta para nadie!.

34) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu pareja cuando padecías tu T.A.?

Era muy celosa y me sentía muy insegura por lo mismo tenía problemas con él que era mi novio; ¡me comparaba con sus exnovias y llegaba a investigarlo!: leía sus correos electrónicos, le preguntaba siempre con quien

30.- En éste caso los aspectos negados de sí mismo (gordura) son proyectados en la comida que ingiere, “creía que estaba engordando sólo por ese pedacito de comida”, su autopercepción es de ¡enorme y gorda!.

31.- La retroflexión, se regresa a sí misma la energía de enojo (intento de suicidio). Demonio del crecimiento un asunto inconcluso con su agresor y sus propios familiares.

32.- En éste caso se atiende la pseudonecesidad “bajar de peso para la danza” antes que la sensación de cansancio, proceso de desensibilización.

33.- Proyección deposita en el otro “la exigencia de ser perfecta”.

34.- La parte negada de sí misma, la proyecta en la figura del novio que la compara.

estaba, ¡no le tenía nada de confianza! , pero no me DC, pensaba que para él el atractivo físico era lo más importante porque quería estar con sus exnovias y no conmigo.

35) ¿Consideras que existía algún otro problema en relación a tu vida cuando padecías tu T.A.?

Una depresión que pasé por la muerte de un amigo mío muy, muy cercano y no poder superar su pérdida, tal vez por las secuelas de lo que sucedió con el abuso del que fui víctima (era mi modo de castigar a esa persona que era también muy cercana a mi) y mis ganas de “quererme morir”.

36) ¿Tenías amistades o relaciones cercanas con alguien que padeciera algún T.A o algún problema respecto a su percepción corporal?

No ninguna, más bien mis amistades eran delgaditas, pero si eran muchas las amigas que hacían comentarios de las dietas para bajar de peso y aunque no era un trastorno, sí me dificultaba dejar de hacer lo que hacía para verme flaca.

37) ¿En tu familia alguna persona ha padecido algún T.A.?

Si consideramos la obesidad como trastorno alimenticio, sí, tengo algunos familiares como tíos o tías que tienen sobrepeso, no se si sea obesidad pero no creo que les falte mucho, pero una tía en específico si fue muy obesa ya no tiene obesidad como la tenía pero si sigue siendo ¡gordita! en este momento aun tiene sobrepeso; de hecho ella fue una influencia para mi cuando deseaba bajar de peso, ella se veía en mí cuando quería bajar de peso y desde que tenía doce años ella me decía en muchas ocasiones que “debería bajar de peso”, o que ¡no me iba a ver bien de mas grande! y que por mi tipo de complexión ¡este era un buen momento para empezar a cuidarme! y me daba algunas dietas que mis papás me ponían.

38) ¿Quines son, qué edad tienen y qué T.A. presentaron?

Los tíos que tienen sobrepeso son maternos, tienen también diabetes son casi de la misma edad (va desde los 36 años hasta los 42) y mí tía es también del lado materno tiene 42 años con la que tenía mucho contacto antes. Ella siempre ha sido de complexión grande porque es una mujer muy alta, ha sido “llenita” pero empezó a subir de peso por sus embarazos y de sobrepeso pasó a la obesidad y ahora sigue teniendo sobrepeso pero ya no como antes, siempre estaba subiendo y bajando de peso.

35.- Deflexión, evita contactar con el sentimiento de dolor que implica la pérdida de su amigo (el tema del abuso nuevamente hace figura, la gestalt busca cerrarse), “el deseo de morirse” es una retroflexión del enojo que experimenta en el duelo “me dejaste sola y te castigo”.

<p>39) ¿Qué consideras que influyo más para que se presentaran estos T.A en tu familia? <i>La influencia del modo de ver la comida y la manera en utilizar el alimento para solucionar los problemas y llenando vacíos, como no aceptarse a sí misma, no se le dio la importancia a la alimentación.</i></p> <p>40) ¿Cómo era la percepción que tenías de tu cuerpo? <i>Me sentía y veía muy, muy gorda, en ocasiones si me fijaba que se me salían los huesos del cuello y hombros me veía los huesitos y la piel muy pegada a la altura del plexo solar, pero ¡seguía viendo enorme! mi estómago y mi vientre, me sentía gorda de las piernas y las cadera en la zona de las “chaparreras” (porque se me quitaron al bajar de peso) pero ¡yo las seguía viendo enormes!, no me gustaba.</i></p> <p>41) ¿Cómo era tu carácter con los demás en ese mismo momento (T.A.)? <i>Era muy irritable y voluble a veces ¡no sabía ni que me pasaba, ni que sentía!, no sabía qué hacer para dejar de sentirme mal.</i></p> <p>42) ¿Cuál era tu estado de animo más frecuente; es decir qué sentías más a menudo? <i>Siempre estaba muy irritable y triste, si no estaba muy bien estaba muy mal, el hecho de no poder ser delgada (por un momento aunque sea) me ponía agresiva con los demás, fui más sociable desde que baje de peso pero los demás ¡me notaron sólo cuando baje de peso!, por lo que me daba coraje, porque me preguntaba “¿cómo no me hablaban o se acercaban a mi cuando era gorda?”. Esto era para todos.</i></p> <p>43) ¿En que momento te diste cuenta de lo que te estaba pasando (en relación a tu T.A.)? <i>Cuando empezaba a sentir coraje conmigo misma por el malestar general que tenía y por el hecho de pensar que ¡yo era muy débil dejándome ganar por el trastorno! y porque otros estaban tristes y desesperados por mi estado. Aquí si puse atención y me empezaba a DC de cómo estaban las cosas en la realidad.</i></p> <p>44) ¿Cómo te DC que necesitabas ayuda? <i>Cuando además de sentirme mal emocionalmente veía a mis papás sufrir viéndome tan mal, cuando los ví sufrir a ellos entonces reaccioné y me di cuenta cómo estaban las cosas en realidad, me DC que estaba pésimo. Esto fue después de entrar al grupo, el grupo me facilitó el darme cuenta de los demás (papás).</i></p> <p>45) ¿Qué problemas físicos y consecuencias en tu cuerpo resultaron de tu T.A.? <i>Se me cayó una muela entera y pedazos de otros dientes, tenía mucho sarro y caries en muchas piezas dentales, mi</i></p>	<p>39.- El contacto ante la incapacidad de solucionar problemas y atender la zona del sí mismo.</p> <p>40.- Descorporificación, las partes negadas de sí misma, éstas partes del cuerpo son percibidas fragmentadas, gordas ¡notaba la piel pegada y me fijaba que se me salían los huesos del cuello pero seguía viendo enorme mi estómago!, los sentidos pasan a segundo plano alterando la percepción.</p> <p>41.- Desensibilización, la figura no queda clara ¡no sabía ni que me pasaba, ni que sentía!.</p> <p>42.- El introyecto “ser delgada para ser aceptada”, ¡me notaron sólo hasta que bajé de peso.</p> <p>43.- DC de la zona interna de sí mismo ¡cuando empezaba a sentir coraje conmigo misma! Y zona del sí mismo externa ¡veía a mis papás sufrir!, sucede a partir de la tención a la sensación.</p> <p>45.- Efectos corporales del trastorno.</p>
--	--

regla se modificó de una forma muy brusca (incluso me dijeron que si continuaba igual ya no iba poder tener hijos más adelante pues la regla se me suspendió por medio año), tengo miomas y tuve muchas hemorragias a consecuencia del trastorno, mi estómago se hizo muy sensible al igual que mi garganta, ¡ya no puedo comer ningún tipo de irritante!, se me caía el cabello, se me maltrató igual que las uñas y la piel, tenía principios de anemia y la memoria se disminuyó mucho.

46) ¿Qué problemas sociales y consecuencias con los otros resultaron de tu T.A?

Relaciones destructivas y dependientes, tenía problemas con los demás debido a que **estaba muy enojada**, me enojaba de todo y los cambios bruscos de la tristeza a la desesperación, **¡tenía conflictos con todos!**.

47) ¿Qué problemas emocionales y consecuencias en tu estado de ánimo resultaron de tu T.A?

Me sentía triste y sola o enojada y esto me hacía desesperarme y entrar en mis crisis, me decepcionaba de mi misma y me frustraba todo el tiempo, no podía hacer cosas nuevas o que requirieran mucha concentración, me sentía insegura e incapaz.

48) ¿Qué factor consideras que influyó más para que padecieras este T.A?

Primero fue **el deseo constante por bajar de peso al haber fallado de otras maneras esa fue la única alternativa que observe y después si fue la intención de continuar con el trastorno para que me pasara algo, porque ¡sí busque morirme!**, podría decir que era mi depresión, ¡me sentía fatal!

VI) PERCEPCIÓN ACTUAL

49) ¿Cómo es tu percepción respecto a comida ahora?

Después de haber ido al grupo la comida ya no es un enemigo, me cambio la forma de ver todo en especial a la comida, ahora sí me gusta, el escuchar que esto les pasa a otras personas como yo me hace sentirme acompañada y me hace darme cuenta de la condición en la que ya no quiero estar o en la que sí quiero estar la comida es un medio para estar sana.

50) ¿Cómo describes a la mujer mexicana?

Considero que es fuerte, con ganas de hacer muchas cosas trabajar o estudiar, la mujer mexicana para mi es símbolo de fortaleza y voluntad, en ocasiones también es muy sumisa y por lo tanto le da al hombre un papel superior, aunque a veces la mujer demuestra lo contrario.

51) ¿Cómo describes a una mujer bella?

Es un ser capaz de reflejar vida, de hecho también la da, es una persona generosa y capaz de darse a los demás sin abandonarse a ella misma por lo que es fuerte, segura de sí misma y capaz de empoderarse, conoce sus emociones y sentimientos, su género y se siente cómoda con éste.

46.- La energía de enojo regresa a sí misma como retroflexión.

47.- Conflicto entre polaridades desencadena una experiencia obsoleta, (recaídas del trastorno) implican sentimientos distintos: 1) tristeza, 2) soledad y 3) enojo.

48.- Evasión de la realidad ante el contacto con el dolor (deflexión).

Integración de datos.

Entrevista N° 5:

Esta entrevista tuvo una duración de tres horas aproximadamente, la participante respondió a todas las preguntas de forma abierta y fluida. La mayor parte de la entrevista tuvo una actitud muy bromista que fue aumentando conforme avanzaba ésta, durante las preguntas que hacían referencia a su estructura familiar quiso hablar casi al final pues prefirió contestar el componente de desarrollo del T.A. primero, las preguntas que le resultaron más difíciles de responder (pues se ponía nerviosa, se equivocaba, jugaba con las manos y el tono de voz aumentó y se le caían las cosas) las tomaba a broma y muchos de sus chistes fueron sarcásticos (específicamente en el componente de aspecto de salud con temas delicados como suicidio y abuso sexual), tartamudeaba y sus risas eran constantes, al finalizar la participante comentó que se reía de esa manera porque todavía le resultaba muy difícil hablar del tema y no sabía cómo manejarlo pues muchas preguntas le resultaron muy específicas y no sabía que palabras utilizar (se DC de la deflexión y lo expresa), se mantuvo inquieta durante toda la entrevista pero contesto de una forma detallada. Me comentó que algunos aspectos no los recordaba tan bien hasta que se los pregunté (sobre todo cuando hablamos del trastorno y de las relaciones de pareja).

El modo principal de relación es la deflexión, medio para evadir el contacto precisamente con la zona interna de sí mismo, la frontera de contacto es permeable a todo tipo de introyectos y contactos tóxicos por lo que la desensibilización es el ajuste que hace la persona ante la falta de asimilación.

También recurre a la proyección como modo de relación, en este sentido las partes negadas del sí mismo se proyectan en su cuerpo y en la comida: *¡creía que estaba engordando sólo por comer ese pedacito de comida!, ¡me sentía y veía muy, muy gorda, pero sí me fijaba que se me salían los huesos del cuello y hombros, notaba la piel muy pegada a la altura del plexo solar, pero seguía viendo enorme mi estómago y mi vientre* ¡, sin duda la desensibilización es la consecuencia más grave de éste caso, pues la persona desplaza los sentidos mediante creencias y no atiende ninguna sensación confundiendo todo.

El dolor es lo único que le queda claro, no se confunde (ni el dolor físico, ni el emocional) pues están dentro de la frontera de lo familiar de la persona y éste es el medio para hacer el ajuste, cuando el trastorno ya está muy avanzado por lo que las retroflexiones terminan siendo el medio para regresar a los sentidos, no sólo a través del trastorno, sino en las diferentes conductas de riesgo que toma, como los intentos de suicidio.

En la relación que establece con ella misma, en la relación de pareja y con la relación familiar en la que los contactos violentos se presentan como el abuso sexual, se forma *la figura* del discurso de la participante, quien hizo mención de éste aspecto en varias ocasiones por lo que se evidencia como un asunto inconcluso que le afecta profundamente.

Entrevista N° 6

TRANSCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN
<p>I) DATOS GENERALES:</p> <p>1) ¿Cuál es tu nombre? : <i>Blanca M.</i></p> <p>2) ¿Qué edad tienes?: <i>24 años</i></p> <p>3) ¿Cuál es tu ocupación?: <i>Psicóloga.</i></p> <p>4) ¿Qué tipo de trastorno alimenticio has manifestado?: <i>Obesidad y bulimia (TANOD)</i></p> <p>5) ¿Qué escolaridad tienes?: <i>Licenciatura en psicología.</i></p> <p>6) ¿Qué nivel socioeconómico tienes?: <i>Bajo</i></p> <p>7) ¿Qué tipo de complexión tienes?: <i>Gruesa</i></p> <p>8) ¿Qué edad tenías cuando empezaste?: <i>Tenía como ocho años de edad (obesidad) y como veinte con la bulimia.</i></p> <p>9) ¿Cuál era tu peso cuando iniciaste tu T.A? <i>El peso más estable que alcancé de adulto fue de 113kilogramos y subí hasta hace poco (16 de agosto del 2006) a 120 kilogramos. Lo más que llegué a bajar cuando estaba con las dietas y antes de comenzar con la bulimia fueron como ocho kilogramos.</i></p> <p>10) ¿Cuál es tu peso actual? : <i>Creo que 118 kilos aproximadamente, últimamente no me he pesado.</i></p> <p>11) ¿Cuánto tiempo viviste con esta experiencia? <i>el sobrepeso en mi infancia y parte de mi adolescencia, ese sobrepeso se convirtió en obesidad y hasta ahora continua, pero la bulimia como medio año, de hecho cuando pesaba 113 kilogramos empezaba con la bulimia, después ya no me provocaba el vomito ni me laxaba pero continuaba comiendo igual.</i></p> <p>II) ESTRUCTURA FAMILIAR</p> <p>12) ¿Cuál es el papel que juegas en tu familia? <i>Soy la hermana menor, la más chica y por lo tanto soy la berrinchuda, la rezongona, la más neutral, soy la única soltera que convive y depende de ellos, la rebelde, la psicóloga (pues me lo reconocen en mi casa), considero que soy un apoyo para los demás ya sea ayudando a mis hermanos con mis sobrinos o a mis papás, el hecho de que aun soy desempleada y que soy soltera me permite apoyarlos en este momento.</i></p> <p>13) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación con tu familia? <i>Si pudiera cambiar algo le cambiaría la comunicación, que hubiera más comunicación para podernos conocer más y mejor, hablamos de, lo positivo, lo que nos gusta pero de algo que no nos guste o que nos moleste o incomode no lo hablamos nunca, me gustaría que pudiéramos hablar de lo positivo y lo negativo y darnos cuenta de cómo hablamos entre nosotros, nos rodeamos pero no nos conocemos estamos juntos pero cada uno se aísla en sí mismo y no nos conocemos y en cuanto a la</i></p>	<p>4.- Presentó el TANOD Obesidad-bulimia.</p> <p>13.- Hubierismo para alterar el sentido de realidad cambiando la experiencia respecto a un deseo, y para evitar el contacto que implica DC de la relación cómo sucedió.</p>

relación con mis tíos me hubiera gustado que no sólo tomaran en cuenta lo negativo y malo de mi (mi gordura); sino que también pudieran haber visto lo bueno de mi y que hayan utilizado la sutileza conmigo. Mi familia es muy extremista o sólo ve y dice lo malo o sólo lo bueno nunca intentan equilibrar las dos cosas.

14) Descripción de la relación que tienes con cada miembro de tu familia:

Me llevo muy bien con mi hermana ella me ha dicho que yo fui el único apoyo que tuvo, desde que se embarazó siempre nos hemos llevado bien, nos comunicamos mucho si nos sentimos con la confianza de platicar nuestros problemas o logros lo hacemos entre las dos.

Con mi hermano la relación es mas distante; sin embargo me llevo bien con el, desde que se casó se apartó mucho de nosotros pero seguimos conviviendo hasta la fecha, mi sobrino me quiere mucho y el nos ha unido un poco más.

*Con mi mamá la relación es buena, me conoce si algo no anda bien o yo me doy cuenta si las cosas no están bien con ella, desde que se enfermó me convertí en su enfermera y su compañera, **me convertí en su ayudante para los demás esa soy yo su compañera y apoyo.***

*Con mi papá la relación **ha sido de mucha fricción** siempre me he llevado mal con el (con el tiempo me doy cuenta que estoy resentida con el) y siempre andamos discutiendo, de hecho he discutido muy fuerte con el casi a los golpes, antes si permitía que me golpeará después ya no y el hecho de discutir o defenderme (incluso detenerle las manos), me hace pensar que nunca me lleve bien con el, no le tenía confianza y le hablaba incluso de “usted”, casi no hablamos y convivimos muy poco ¡me cuesta mucho convivir con el después de tantos pleitos!.*

*Y con mis tíos (maternos pues nos llevamos mejor con la familia de mi mamá), **¡la relación es de convivencia pero también de mucha violencia!, ¡nos comparaban!** (a una prima mía ya mi), no me sentía a gusto con mis tíos o primos y **tuvimos que soportar la compañía a pesar de las comparaciones y la falta de respeto.***

III) OTRAS RELACIONES SOCIALES

Amigos

15) ¿Cuál es el papel que juegas con tus amigos?

*Soy la amiga confidente, la “buena amiga” que esta ahí para los demás, **me he DC que soy la “abusiva” no todos se dan cuenta de esto solamente quien en realidad son mis amigos, esa parte no la aceptaba y me enojaba con los demás.***

16) ¿Qué le cambiarías y que sería igual respecto a la relación que mantienes con tus amigos?

14.- La frontera de contacto está abierta a introyectos y aspectos nutricios por igual, es flexible pues se cierra ante contactos tóxicos. También hay contacto en la zona interna de sí mismo *¡con el tiempo me DC que estoy resentida con mi papá!*.

La figura resalta en el discurso pues regresa al tema dos veces: las preguntas están redactadas en tiempo presente; sin embargo conforme se está dando el discurso la persona empieza hablar de un suceso pasado (regresa a la figura pues busca cerrar la gestalt), *¡la relación con mis tíos es de convivencia pero también de mucha violencia!* (figura), *¡nos comparaban de niños!*.

El demonio del crecimiento en este caso es el de asuntos inconclusos.

15.- Se describen dos polaridades principales dentro de la relación de amistad: 1) la “buena amiga” que está para los demás y 2) la amiga “abusiva”.

16.- Proflexión, la frontera de contacto no

Cambiaría el hecho de ser tan cerrada, no contarles a veces lo que me pasa porque creía que no me iban a entender ahora veo que me equivocaba.

Parejag

17) ¿Cuál es el papel que juegas (o has jugado) con tu pareja?

En este momento no tengo pareja pero en la única relación de pareja que he tenido o lo más cercano a una pareja, siempre jugaba el papel de la pasiva nunca protestaba aquellas cosas en las que no estuviera de acuerdo, ¡me daba miedo expresarme!, ¡me aguantaba todo!, , a veces me agradaba ¡el mal trato!, el era agresivo conmigo (me humillaba, me insultaba, decía comentarios que me hacían sentir tonta, se burlaba de mi, comparaba con las demás o me ignoraba), de hecho el anduvo conmigo para desquitarse de alguien más, ¡eso fue violencia pues me trataba como un objeto y no como una persona!. Pero también era novedoso tener pareja o hacer como si tuviera una, pues ¡sentía que no le iba a gustar a nadie!, creía que era normal sentirse así, después de todo ¡nadie era así conmigo!, me sentía rara compartiendo algunas cosas con él como algunas actividades, salir al cine, a platicar y tomar un café, era buena la compañía y en algún momento el “nivel de compromiso” no era problema. Cuando pasó el tiempo ya no me gustaba pues el acercamiento físico era menos y yo no quería ejercer mi sexualidad con esa sensación de inseguridad tanto de mi misma como para él ¡no confiaba en el!.

18) ¿Qué le cambiarías y que sería igual respecto a la relación que mantienes con tu pareja?

El daño innecesario, ¡me enojaba mucho!, estaba enojada con él pero más conmigo por haber permitido esto, ¡no podía DC que era violento conmigo o agresivo!, siempre he sido insegura pero esta experiencia me hizo dudar mucho de mi.

19) Descripción de la relación que tienes con tu pareja:

No era exactamente algo formal, ¡yo no era la novia formal que presentaban con sus amigos!, por ser la niña “gordita” de la que todos se burlan, más bien fui la “amiga secreta” que en público era una amiga más y a solas era la “novia”, éste papel me hacía sentir bien al principio: ¡Es bonito que te toquen, te acaricien la mano o te besen!, me agradaba el trato (pues así empezó todo) nunca me pidieron ser la novia pero por el acercamiento físico que teníamos parecíamos novios, yo lo había entendido así, salimos a solas pero en cuanto estábamos rodeados de gente se alejaba de mi, ¡como si le diera pena que lo vieran conmigo!, pensaba: ¡algo debí haber hecho mal!, para mi, él era perfecto pero ¡si algo no

permite recibir o pedir contacto.

17.- Confluencia, la frontera está abierta a todo tipo de contacto (afectivo y tóxico) no se establece ningún límite. El demonio del crecimiento es la introyección ¡no protestar!.

18.- Retroflexión, ¡estaba enojada con el pero más conmigo!.

19.- Sostiene la creencia que se proyecta en la pareja ¡cuando había gente se alejaba, como si le diera pena que lo vieran conmigo!, ¡yo era la que hacía las cosas mal!.

andaba bien era por mí!, ¡yo era la que hacía las cosas mal o la que hizo algo para que el dejara de hacer las cosas o bien las hiciera!, no era precisamente lo más importante pero era importante para mí darle un lugar en mi vida.

20) Descripción de la relación con el sexo opuesto:
*Soy tímida con los hombres relacionarme con ellos me cuesta trabajo en el plan que sea, primero no he conocido a los muchachos en este plano, excepto la relación de la que se hablo, y también porque **el contacto que tengo con ellos no es del todo completo, me ilusiono, ¡me gustan hombres que tienen ya una relación o personas que están fuera del alcance!** (alguien que no me puede lastimar) y cuando ellos se me acercan para conocerme como amiga o novia (sobretudo ésta última) soy muy insegura, los alejo de mí cuando veo una posibilidad para que se acerquen más a mí, acercarse en todos los sentidos ¡pero más en el aspecto emocional!, ¡ todavía hay ocasiones en los que hasta una sonrisa me da miedo!, me sonríen o me halagan y no contesto a esto, **corto el contacto (me volteo o me hago la “sorda”)**, necesito sanarme para no tener miedo de conocer y que me conozcan; ahora ya acepto un halago o me permito contactar con los demás poco a poco pero me cuesta mucho trabajo todavía no creo que lo digan en serio, quiero aceptarme para que acepte lo que otros dicen de mí.*

Trabajo/ escuela

21) ¿Cuál es el papel que juegas en tu trabajo y con tus jefes y compañeros del trabajo (o maestros y compañeros de escuela)?

*Antes el papel de la “cumplida” y la responsable, la inteligente o la líder generalmente hacía un papel de maestra y de la que hacía todo el trabajo, **¡me obsesionaba con tal de que estuviera perfecto!**; ahora me separo un poco del papel de la líder y hago otros papeles que no son siempre los mismos de modo que los demás también participen, soy más pasiva y escucho en lugar de proponer tanto, me di cuenta que este papel me tenía cansada pues antes hacía todo para que los demás me lo reconocieran pero yo no podía reconocerlo y **además ¡me enojaba porque nadie hacía nada y todo lo hacía yo! pero nunca comunicaba mi inconformidad.***

22) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación (es) que mantienes en tu trabajo (o escuela)?

*Cambiaría solo el hecho de que antes la escuela significaba todo para mí, en este momento no le quito importancia porque me gusta mi carrera, he aprendido mucho de ella y en ella he aprendido mucho de mí (me conozco más por la carrera) pero si **me gustaría haber***

20.- Deflexión, se evita el contacto.

21.- Proflexión en la frontera de contacto de ella hacia el ambiente pero del ambiente hacia ella no, lo rechaza o no lo pide ¡me enojaba porque nadie hacía nada y todo lo hacía yo!.

22.- Hubierismo evitando el contacto que implica “sufrir la escuela”.

disfrutado más la escuela y no sufrirla sobretodo porque el trabajo que proporcionaba la escuela era un recordatorio de ese reconocimiento que me faltaba de mi misma, saber que no soy indispensable.

23) ¿Qué expectativas hay respecto a ti en cuanto este tipo de relación?

*Me acostumbre a trabajar para los demás más que para mi pero soy muy buena en lo que hago yo creo que por eso me dejan las tareas que requiere más esfuerzo o bien las más difíciles para realizar, a veces yo misma las tomo pero los demás siempre han tenido expectativas muy altas de mi y no sólo en la escuela también en otras cosas, **esperan mucho de mi, otros me decían que podía hacer las cosas que me dejaban y lo raro era que pensaba que no podía realizar las cosas que me dejaban, pensaba que era mucho para mi y que me iba a quedar grande la tarea, dudaba de lo que era capaz de hacer.***

IV) ASPECTOS DE SALUD:

24) ¿Qué conductas de riesgo consideras que has realizado (drogas, vida sexual o conductas delictivas) y cómo son?

Ninguna de las anteriores pero tengo como antecedente el intento de suicidio con unas pastillas, agredirme física y verbalmente debido a la obesidad, sucedió por una depresión.

V) DESARROLLO DEL TRASTORNO ALIMENTICIO.

25) ¿Cómo ha sido la relación que has tenido respecto a la comida en toda tu vida?

*Era un refugio para no sentirme sola momentos de **ansiedad**, la relación con las demás personas la asocio mucho con la comida, pues en ese momento podía convivir con mi familia; empecé a comer mucho a mis ocho años y continué así por más tiempo sobretodo por la poca convivencia que tenía con mis papás, regresábamos de la escuela y comíamos mis hermanos y yo luego hacíamos tarea o jugábamos cenábamos y cuando regresábamos a casa con mis papás volvía a cenar, comía muchísimo e inmediatamente a dormir, casi toda mi vida fue así **resultó ser un buen consuelo.***

26) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto a la comida?

*Mi familia siempre ha visto la comida como un lazo de **unión siempre que estábamos juntos era a la hora de la comida. Pero también la comida en sí resultaba limitantes, no obligaban a comer más bien limitaban la comida, consideraban prohibido comer entre comidas o ciertas cosas en abundancia como dulces, de hecho criticaban la manera de comer de los demás, en especial conmigo cuando me veían comer demasiado. ¡Cuando sentía que no me veían comía a escondidas!***

23.- Proflexión la persona no puede aceptar nada ¡otros me decían que podía hacer las cosas que yo no creía!.

24.- Está evitando sentirse deprimida, esto es una deflexión.

25.- Deflexión, comer desplazaba la atención de la sensación de soledad y ansiedad.

26.- Introyectos ¡no comer entre comidas cosas dulces! Y ¡no comer en abundancia!, la frontera de contacto está abierta a éstos.

27) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto al aspecto físico?

*Si le ha tomado importancia a pesar de que en la familia habemos personas con sobrepeso y obesidad la apariencia ha sido de mucha importancia pues no han aceptado a las personas tal como son, a mi y mi prima o hermana nos comentaron en varias ocasiones ¡y de forma sarcástica! que era muy “necesario” bajar de peso y comer menos, podría decir que **¡a mi familia le da fobia ser gordos! y lo manifiestan en comentarios sarcásticos, burlas o reproches a aquellos que tenemos obesidad.***

28) ¿Qué parte de tu cuerpo no te gustaba y cómo deseabas que fuera?

Mi estómago y de hecho yo quería que se me notara en el cuerpo que había bajado de peso (reducir talla) más que el peso, deseaba que fuera menos grueso pero sin llegar a ser una persona flaca.

29) ¿Cómo era tu manera de comer cuando vivías tu T.A. y cómo iniciaste?

*Desde muy pequeña nos educaron en la forma “adecuada” para comer, a mi se me quedaron muchas cosas y no me sentía cómoda cuando nos limitaban y restringían tanto en la educación en la mesa como en toda la educación “tienes que” o “debes de”; nuestra manera de comer estaba controlada como todo lo demás, sentía que no nos dejaban comer (a mi y a mis hermanos) lo que queríamos cuando queríamos pues mis abuelos (con los que me críe) eran muy autoritarios y nos decían que sí podíamos comer y que no, además siempre he sido de complexión gruesa y desde pequeña tenía sobrepeso (como de 7 u 8 años) me molestaban en la escuela, en mi casa y me comparaban con mi prima que no era gorda; yo era una niña muy sola y me sentía triste, **la comida fue un refugio para que no me molestara como eran los demás conmigo**, yo asociaba el pan de dulce en particular con ese cariño o amor o compañía de la familia, fue el lazo de unión de la familia desayunábamos y cenábamos pan de dulce o bien el pan de dulce nunca faltaba en las reuniones familiares, ahí tienes al pastel, y era lo que se me antojaba comer siempre, en ocasiones escondía piezas de pan en mi mochila para cuando mis abuelos se distrajeran podérmelos comer como yo quisiera y así fue con la demás comida comía mucho lo que yo quisiera cuando veía esa libertad que no era en todo momento, después en mi adolescencia continuaban las comparaciones ahora no sólo con mi familia sino con mis amigas y esto me dolía mucho, mis papás ya pasaban mas tiempo con nosotros pero eran muy sutiles en cuanto a las comparaciones o decirme cosas respecto a mi peso y forma de comer: ¡estas comiendo mucho!, ¡ya no comas*

27.- El aspecto negado de sí mismo frente a la condición obesidad de la entrevistada se proyecta en la frase *¡a mi familia le da fobia ser gordo y lo manifiesta en comentarios sarcásticos, burlas o reproches a aquellos que tenemos obesidad!*.

29.- La alimentación excesiva desplaza la atención ala zona interna de sí mismo para que no contacte con el sentimiento de enojo por cómo son los demás, éste se retrofecta ¡me enojaba mucho por los comentarios de mi obesidad y a rebeldía comía más!, además este aspecto negado de sí mismo se proyecta ¡crecí con repudio por no haber bajado de peso!, la retroflexión del sentimiento de enojo dirigido a sí misma ¡me enojaba conmigo misma, me insultaba o me golpeaba, me sentía culpable, ahí empecé con bulimia!. Se concibe a sí misma como fea y tonta.

tanto!, ¿deberías bajar de peso!, crecí con repudio y desesperación por no poder bajar de peso, no sólo mis papás me lo decían también mis tíos y primos que tenían sobrepeso igual que yo, con el tiempo ¿eso me enojaba mucho y cuando me decían cosas por el estilo a forma de rebeldía comía más y más! y muchas veces, la mayoría de éstas estando enojada, triste o desesperada era cuando comía mucho, comía hasta saciarme pero cuando me daba cuenta de lo que había hecho me arrepentía y me ponía a llorar o me enojaba conmigo misma, había ocasiones en las que yo misma me insultaba o me golpeaba contra la pared y me repetía ¿eres una gorda!, otras veces me sentía así cuando me veía al espejo y no me gustaba lo que veía, me insultaba y me repetía lo tonta o fea que era, no me quedaba la ropa y no me gustaba nada de lo que veía con el tiempo me desesperaba y empezaba a hacer dietas para bajar de peso y verme bien pero no resistía las ganas de comer y cuando comía más y más me sentía culpable, ¡ahí empecé con la bulimia! primero me laxaba y después si me provoqué el vómito, sin dejar de ser obesa me empecé a deprimir por subir cada vez más de peso y no hacer nada para bajarlos y hasta intenté suicidarme una vez con pastillas de tan mal que me sentía siendo como era, ¡me arrepentí y las fui a vomitar al baño! pero el hecho de intentarlo me hacía sentir cada vez peor, no tenía ganas de vivir así, después ya no me purgaba e intentaba con otros métodos bajar de peso, hice muchas más dietas, fui al endocrinólogo y hasta tomé hormonales para bajar de peso, estuve con algunos homeópatas pero no terminaba los tratamientos pues eran bastante caros o me desesperaba y no veía ningún resultado, después lo comencé a hablar con algunas amigas y hasta con mis maestros de hecho hice mi tesis de obesidad y podría decir que el proceso lo acompañe con psicoterapia, pues estuve en proceso terapéutico mientras acababa mi tesis, ahora intento comer más sano pero se que requiere muchas otras cosas como darme cuenta cuando y porque como y también cuidar no solo el cuerpo sino la mente y el alma pues este proceso ha sido algo doloroso, el darme cuenta de la condición total en la que estaba me ayuda a querer estar mucho mejor y no seguir cometiendo los mismos errores sino aprender de éstos quiero alcanzar un peso saludable pero va a tomar un tiempo.

30) ¿Cómo es que elegiste esa manera de comer y esa forma de relacionarte con la comida?

Comer demasiado fue al principio por rebeldía y porque no sabía que más hacer hacía algo más para bajar de peso, (dietas, ejercicio, consultas médicas incluso tome medicamentos) y no veía resultado, me desesperaba

30.- Retroflexiones ante el sentimiento de culpa.

mucho por querer bajar de peso y cuando me DC que estaba comiendo exageradamente iba al baño a laxarme o a provocarme la purga, ¡la culpa era muy fuerte y ví una salida rápida para dejar la obesidad!.

31) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu familia cuando padecías tu T.A?

La relación que tenía con mi familia y en especial con mi papá era muy violenta y yo no quería defenderme, me daba miedo decirle lo que sentía a mi papá cuando me insultaba o me agredía, en estos momentos estaba deprimida por no haber podido entrar a la universidad inmediatamente después de salir del bachillerato como mis primos, sentía que no cumplí las expectativas de los demás, me sentía muy mal físicamente, débil, enojada, triste y muy dolida.

32) ¿Qué problemas experimentabas en relación a la escuela cuando padecías tu T.A?

En ese momento no asistía a la escuela estaba trabajando de medio tiempo pero la mayor parte de mi tiempo la pasaba en casa, me sentía fracasada y frustrada por no continuar con mis expectativas y las de los demás, comía muchísimo y me sentía deprimida.

33) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tus amigos cuando padecías tu T.A?

La relación de mis amigos era menos frecuente que hoy en día, en ese entonces no tenía muchos amigos y cuando me preguntaban que tenía no quería compartirlo con ellos, me sentía triste y con poca confianza tanto para ellos como de mi misma por eso no les dejaba muchas responsabilidades en la escuela y yo hacía el trabajo de los demás, era muy intolerante con las personas que no trabajaban o no opinaban igual que yo.

34) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu pareja cuando padecías tu T.A?

En esos momentos no tenía pareja, pero me seguía sintiendo mal (decepcionada y enojada) por la experiencia que tuve con la persona que conocí, no creía que le iba a gustar a nadie por ser gordita, me repetí muchas veces que a nadie le iba a gustar estar conmigo ¡a nadie le vas a gustar así de gorda!, pensaba que ¡tenía que bajar de peso si quería novio!, todo esto coincidía con el hecho de empezar a hacer dietas y cuidar más que comía en cualidad o cantidad, bajaba temporalmente pero tenía el famoso rebote.

35) ¿Consideras que existía algún otro problema en relación a tu vida cuando padecías tu T.A?

Creo que lo más importante y lo que me afecto mucho más fue el hecho de haber sido rechazada por la universidad antes de entrar a la carrera.

36) ¿Tenías amistades o relaciones cercanas con alguien

31.- La frontera de contacto permanece abierta al contacto tóxico (violencia con el padre), además hace contacto en la zona de sí mismo ¡me sentía muy mal físicamente, débil, enojada, triste y muy dolida!

32.- Aislamiento, hay contacto con la zona interna de sí mismo ¡me sentía fracasada, frustrada y deprimida, con poca confianza y muy triste!.

34.- Sentimientos: ¡me sentía decepcionada y enojada! Y creencia ¡a nadie le vas a gustar así de gorda!, e introyecto ¡tienes que bajar de peso!.

que padeciera algún T.A o algún problema respecto a su percepción corporal?

Solamente mi mamá y mi hermana que también tienen obesidad era la única relación cercana que tenía y cuando entre a la carrera dos amigas más que tuvieron tanto obesidad y bulimia.

37) ¿En tu familia algún miembro ha padecido algún T.A?

Sí mi hermana de 30 años tiene obesidad además en la familia de mi mamá también hay obesidad y sobrepeso con algunos tíos y primos, una de mis primas empezó a dejar de comer, no sé si era precisamente anorexia pero se preocupaba por su peso demasiado.

38) ¿Quiénes son, qué edad tienen y qué T.A presentaron?

Mi hermana de 30 años, tíos y primos como edades de 24 hasta los 45 años mas o menos y mi prima de 14 años, presentan obesidad y sobrepeso y mi prima tuvo principios de anorexia nunca estuvo tan flaca pero si dejaba de comer y se preocupaba por estar delgada y hacía muchas dietas.

39) ¿Qué consideras que influyo más para que se presentaran estos T.A en tu familia?

La educación que tenemos respecto a la familia en cómo se han observado las reglas y las costumbres y la manera de asimilar estas, también en la educación en relación a la comida en cómo la vemos y lo que ha significado para nosotros, todas las veces que estábamos juntos es a la hora de la comida y la comida significa unión y cariño yo creo que ha influido porque somos personas muy aisladas y que no nos conocemos estamos juntos pero no sabemos de los demás (como familia nos desconocemos), además considero que influyó en la manera de ver cómo se nos dio amor, todos los que padecemos obesidad, sobrepeso o tuvimos bulimia o anorexia nos parecemos en que somos personas violentadas y comparadas por la propia familia y que siempre tuvimos la presión de ser perfectos para los demás, de sentirnos abandonados y desanteditos, en esto se perezca y creo que es lo que influyo más.

40) ¿Cómo era la percepción que tenías de tu cuerpo?

Yo percibía que hiciera lo que hiciera no iba a bajar de peso nunca, al principio si empezaba a bajar pero luego eso mismo lo subía probé de todo tanto dietas pastilla y fui con varios especialistas, así que el realizar todo esto me hacía sentir más deprimida por no bajar nada de peso y verlo reflejado en el espejo o en la ropa que me ponía. Me sentía cada vez más grande y voluminosa yo quería verme con menos peso y de otra talla no precisamente flaca.

<p>41) ¿Cómo era tu carácter con los demás en ese mismo momento (T.A)? <i>Mi carácter era voluble, con todos me enojaba por sentirme así.</i></p> <p>42) ¿Cuál era tu estado de animo más frecuente; es decir qué sentías más a menudo? <i>Me sentía ansiosa triste, me sentía deprimida.</i></p> <p>43) ¿En que momento te diste cuenta de lo que te estaba pasando (en relación a tu T.A)? <i>Desde que le puse atención a mi cuerpo, ¡me di cuenta cómo estaba de enferma!, me empecé a dar cuenta y a recordar muchos aspectos de mi infancia y adolescencia que me hicieron mucho daño, esto fue hace como dos años y no entendía del todo lo que me pasaba cuando entre a un curso y realicé un ejercicio de sensibilización entonces pude DC cómo estaba de enferma, enojada y triste.</i></p> <p>44) ¿Cómo te DC que necesitabas ayuda? <i>Cuando me di cuenta que todos los malestares físicos (enfermedades) todo esto era reflejo de cómo estaba emocionalmente. Al hacer la tesis y asistir a cursos, antes de esto tomaba mucho en cuenta todo lo que tenía que hacer para sentirme mejor, finalmente el aceptar que a mí no me interesaba ir al doctor por la hipertensión sino que a mí lo que me interesaba era bajar de peso a toda costa ya me empezaba a obsesionar.</i></p> <p>45) ¿Qué problemas físicos y consecuencias en tu cuerpo resultaron de tu T.A? <i>A grandes rasgos mi obesidad es resultado de todo aquello que me guardé y necesitaba expresar o manifestar con los demás (inconformidades, miedos, reclamos o enojos), de hecho el efecto de lo que llamamos “rebote” me causó que la presión arterial me subiera y todos los dolores de cabeza también, mis menstruaciones variaban mucho y toda mi movilidad se hizo más torpe, me caía o me lastimaba los tobillos cada vez que corría o tenía mucha actividad en el día.</i></p> <p>46) ¿Qué problemas sociales y consecuencias con los otros resultaron de tu T.A.? <i>Me volví muy retraída y no me defendía de los demás pero al mismo tiempo ¡estaba muy enojada con todos!, de hecho en ocasiones si expresaba el enojo pero no lo reclamaba, ¡me enojaba conmigo misma por no saber defenderme y quererlo hacer!.</i></p> <p>47) ¿Qué problemas emocionales y consecuencias en tu estado de animo resultaron de tu T.A? <i>La depresión que tuve por mucho tiempo fue muy fuerte y esta ocasionaba el hecho que yo comiera mucho y de todo sin discriminar, era muy ansiosa, cambiaba todo lo que yo sentía por un pan.</i></p>	<p>41.- Las partes negadas de sí mismo se proyectaban en los demás ¡con todos me enojaba!.</p> <p>42.- El contacto con el dolor físico está dentro de la frontera de lo familiar y queda clara la figura ¡muchas cosas de la infancia y adolescencia me hicieron mucho daño!.</p> <p>44.- Hay un DC en la zona interna de sí mismo ¡me DC que todos los malestares físicos era reflejo de cómo estaba emocionalmente!.</p> <p>46.- Retroflexivo, la frontera esta abierta pero la energía no sale sino que regresa a sí misma ¡me enojaba conmigo misma por no saber defenderme y quererlo hacer!</p> <p>47.- Deflexión, evitaba hacer contacto con lo que estaba sintiendo comiendo excesivamente.</p>
---	---

48) ¿Qué factor consideras que influyó más para que padecieras este T.A?

*Mi estado emocional (enojo tristeza, amor, injusticia, etcétera) repercutió en mi manera de comer y en la forma de ver la comida, todos los malestares y las enfermedades que desarrolle con mi obesidad eran porque **todo lo que no me gustaba y todo lo que quise de los demás me lo “tragaba”** pero fueron varios factores.*

VI) PERCEPCIÓN ACTUAL

49) ¿Cómo es tu percepción respecto a comida ahora?

Ahora le veo como solamente alimento es necesaria para vivir, crecer, desarrollarte, el cuerpo lo necesita para funcionar bien y así si tu cuerpo funciona bien puedes sentirte bien a otros niveles como el emocional y el social, antes veía la comida como algo más que alimento que era un escape y mi protección, pero hoy le doy la importancia que tiene, por eso me cuesta más trabajo alimentarme ahora pues detectar que me sirve para estar sana no ha sido fácil y el cambio de hábitos alimenticios no se da de un día a otro .

50) ¿Cómo describes a la mujer mexicana?

Es una persona muy “luchona” siempre esta buscando estar mejor, muchas veces lo hace sin darse cuenta por eso a veces se siente en problemas, tratando de ser algo que tal vez no es y le falta aceptar de que es capaz, no conoce quien es ni como es, le hace falta aprender a pedir y no sólo dar.

51) ¿Cómo describes a una mujer bella?

Una mujer bella es alguien que lucha por lo que siente, sí te sientes bien interiormente lo vas a reflejar en tu apariencia, aquella que se siente bien consigo misma se ve bien, sabiendo aquello que es justo con ella misma; es una persona que siente más, un ser maternal que sabe quien es para ella y para los demás, es un ser que proporciona y da ternura pero que la sabe pedir puede cumplirse esto también a un hombre o un ser bello sin importar el sexo, aunque existen tal vez otras cualidades que conforme un ser bello.

Integración del caso.

Entrevista N° 6:

Esta entrevista duró aproximadamente dos horas y media, la participante fue muy fluida en sus respuestas y describió su experiencia con mucho detalle, comentando y expresando emociones al respecto de las preguntas, mencionó que había cosas que recordó a partir de la entrevista y trató de ser muy detallada en cada respuesta.

De forma particular, en el aspecto de desarrollo del t.a la participante se mostró inquieta (se movía muy rápido de atrás para adelante, estaba sentada y movía mucho las manos, se empezaba poner roja de la cara y le temblaba la voz) conforme avanzaban las últimas preguntas de este apartado, su postura corporal indicaba que estaba apunto de llorar, pero casi al finalizar la entrevistada lloró expresando *¡poder entender cómo es que mi cuerpo me gritaba y me pide atención me cambia mucho la perspectiva de todo y me ha ayudado mucho escuchar a otras personas pues me he reflejado en ellas pero he aprendido mucho!*, este aspecto de la entrevista fue el más emotivo.

En este caso las fronteras de contacto están abiertas completamente, no hay límites, por lo que el contacto se establece con elementos tóxicos y nutricios del ambiente, al no establecer límites, se introyecta todo, muy particularmente las críticas y burlas (esto genera enojo) pero toda la energía que debiera salir al ambiente se regresa así misma, particularmente en la relación familiar y de pareja, éste enojo que experimenta por su obesidad lo regresaba así misma con la alimentación excesiva *¡muchas veces comía a forma de rebeldía!*; con esta manera de comer aspectos negados del sí mismo mantienen esta retroflexión *¡me enojaba conmigo misma por no saber defenderme y quererlo hacer!* esta es la forma de relacionarse consigo misma a través del T.A.

Sin embargo, en toda esta condición surgen aspectos de la zona interna de sí mismo como tristeza y soledad que se evitan contactar esto es una deflexión. Utiliza hubierismos y al principio del trastorno.

Otro aspecto es la relación de escuela o trabajo y amigos que es proflexiva, no puede recibir nada, ni pedirlo *¡me enojaba o decepcionaba de todos, pero no tenía la confianza de decirlo!*. La retroflexión desensibiliza a la persona y que desplaza las sensaciones por pensamientos que dificultan aun más la identificación conmigo misma, el dolor queda

claro, el enojo también, pues están dentro de la frontera de lo familiar es la forma de relacionarse en el contexto hostil.

Entrevista N° 7

TRANSCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN
<p>I) DATOS GENERALES:</p> <p>1) ¿Cuál es tú nombre?: <i>Amelia M.</i></p> <p>2) ¿Qué edad tienes?: <i>23 años.</i></p> <p>3) ¿Cuál es tú ocupación?: <i>Estudiante de psicología.</i></p> <p>4) ¿Qué tipo de trastorno alimenticio has manifestado?: <i>Obesidad tipo II.</i></p> <p>5) ¿Qué escolaridad tienes?: <i>Licenciatura en psicología (noveno semestre).</i></p> <p>6) ¿Qué nivel socioeconómico tienes?: <i>Bajo</i></p> <p>7) ¿Qué tipo de complexión consideras que tienes?: <i>Gruesa</i></p> <p>8) ¿Qué edad tenias cuando empezaste?</p> <p><i>A los trece o catorce años empecé con las dietas pero también era cuando detecte que me daba muchísima hambre y comía a cada rato, noté que mi talla cambio muy bruscamente.</i></p> <p>9) ¿Cuál era tu peso cuando iniciaste tu T.A?</p> <p><i>Creo que 75 kilos fue lo menos que llegué a pesar, esto fue en la secundaria.</i></p> <p>10) ¿Cuál es tu peso actual?</p> <p><i>Actualmente peso 100 kilogramos pero llegué a pesar hasta 120 kilogramos esto fue cuando empecé a tener problemas en la escuela y me empecé a sentir presionada, no solo comía por tristeza también por nervios.</i></p> <p>11) ¿Cuánto tiempo viviste con esta experiencia?</p> <p><i>Llevo muchos años tratando mi sobrepeso, pero hace diez años que se me ha hecho más difícil.</i></p> <p>II) ESTRUCTURA FAMILIAR</p> <p>12) ¿Cuál es el papel que juegas en tu familia?</p> <p><i>Soy la primer hija, la mayor que da el ejemplo a mis hermanos y la que tiene más responsabilidades, a veces también soy la ama de casa que apoya a mi mamá cuando ella no está, a veces tengo el papel de “la autoridad” si mis papás no están, ¡“Amelia” es el apoyo y la comprensión para los demás!.</i></p> <p>13) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación con tu familia?</p> <p><i>Creo que la comunicación la dejaría exactamente igual (que pueda decirles lo que pienso y que con esto intenten entenderme, que pueda hablar con ellos cuando lo necesito) y le cambiaría la sobreprotección son muy asfixiantes, a veces no me dejan decidir a veces ¡si por ellos fuera decidirían por mi!, ellos no quieren que me equivoque y ¡siento que a veces me juzgan o critican, me hacen sentir que estoy haciendo las cosas mal y que</i></p>	<p>4.- Presentó Obesidad tipo II.</p> <p>12.- El grado de despersonalización es importante, proyecta todos los aspectos negados de sí misma en “Amelia”, en éste caso la parte que apoya y comprende a los demás no es aceptada.</p> <p>13.- La frontera de contacto es abierta y permeable a los introyectos por lo que el modo de relación es confluencia.</p>

tengo que cambiar! pero sinceramente creo que ***nosotros tenemos el derecho a equivocarnos y crecer de una manera diferente.***

14) Descripción de la relación que tienes con cada miembro de tu familia:

*Mi familia es una familia unida y funcional ¡cada quien toma el rol que le corresponde!, todos tienen una función establecida en la familia y ¡un papel que les corresponde desempeñar!, nos “guardamos respeto” (obedecer las reglas) pero no es igual para todos, ¡es la ventaja y desventaja de las jerarquías!, el mayor es el que pone las reglas y las cambia, si mi papá no está, mi mamá decide y hace seguir las reglas, sino están ellos ahora sí “Amelia” decide y si no estoy mi hermano decide, la única que no decide sola es mi hermana menor ella es la que “debe de guardarle respeto a todos” y ese respeto es la manera de seguir esas reglas, pocas veces decidimos juntos. En mi familia el tipo de educación (de todo tipo: escuela, religión o familia), ¡se nos ha inculcado de forma muy rígida e intocable!, las normas se establecen de forma muy tradicional, ¡los papás deciden!; por ejemplo: tenemos que saludar a todos y hablarles bien (sin enojarnos o de “mala gana”), no ser groseros (no “debemos” expresarnos con palabras altisonantes), hay que seguir las reglas sociales y familiares siempre que se pueda, “debemos ser” educados, limpios, ordenados, listos, obedientes, buenos cristianos, ser estudiosos ¡porque estamos para estudiar y no para desperdiciar el tiempo!, tenemos que ser casi perfectos, comportándonos de la manera “adecuada”, la manera “justa” aquella que indica también la sociedad: el “deber ser”. Ahora que me acuerdo, la manera de corregirnos era así de dura: nos daban cachetadas, nalgadas, nos regañaban o castigaban cuando ¡no nos portábamos bien!! (como “debía de ser”), nos prohibían salir o nos castigaban no llevándonos a donde queríamos o no nos daban lo que queríamos, nos gritaban o regañaban y sólo nos premiaban, si hacíamos lo que nos corresponde, nos decían “te compro lo que quieras” (generalmente comida, dulces, golosinas o antojos, nos llevaban al cine o a cenar), ¡si me obedeces te llevo a donde tu me pidas, te doy o te trato bien!; también nos daban permiso de ver la televisión por más tiempo, de salir con los amigos y sólo si no reprobábamos o estábamos con problemas en la escuela, por eso la escuela **ha sido también como una obligación que se “debe” de responder de la mejor manera** (nunca reprobamos o darles alguna queja) y en general la relación que tenemos con mis papás nos limitan mucho, siempre nos han dicho que ellos ¡nos lo dicen porque tiene más experiencia y ellos saben lo que*

14.- Despersonalización
!Amelia decide!, Introyectos la mayoría basados en el “deber ser”.

La expresión ¡no sé porque rechazo a mi hermana! , es una negación que evita un DC niega las sensaciones y las cambia por pensamientos (saber).

nos dicen!.

Con mi familia me llevo muy bien todos nos hablamos sin faltas de respeto y sabemos qué es de la otra persona, sabemos de sus amistades y actividades.

*Con mi papá la relación es más de obediencia y de hablar solamente de la escuela y lo que necesitamos pocas veces es para hablar de nosotros, no le tengo la misma confianza que a mi mamá pero le platico de mis cosas (de lo que pienso y a veces de lo que siento, le platico de mis amistades y como estoy con ellas), **por respeto a él hay ciertos temas de los que no hablamos ¡nunca! (de sexo, de mis novios o amigos hombres, porque no le gusta escuchar del tema, tampoco le expreso las opiniones que tengo distintas a las suyas) pero en general nos llevamos bien.***

Con mi mamá la relación es de más confianza hablamos de varias cosas personales, de proyectos o dudas, es una relación como de amigas ella nos apoya y aconseja.

Con mi hermano la relación es muy buena casi no discuto con el, me cuida y lo cuido, hablamos poco de nuestras amistades pero en cuanto a nuestras actividades nos apoyamos y acompañamos, el me comprende más.

Con mi hermana no me llevo muy bien, discuto más con ella por la diferencia de edades y porque no respeta mis cosas (las toma prestadas y no me avisa o peleamos por nuestro carácter ella es muy “contestona” conmigo, no me respeta), ¡está muy consentida!, me busca para estar conmigo y platicar o más bien para que le platique a ella de mi, a veces la rechazo (no sé porque) y trato mejor de estar sola.

III) OTRAS RELACIONES SOCIALES

Amigos

15) ¿Cuál es el papel que juegas con tus amigos?

Soy la amiga que da apoyo siempre y que esta ahí al pendiente para resolver las cosas, así les demuestro que estoy con ellos, les doy mucho afecto pues soy muy cariñosa con ellos, aunque a veces no me entiendan. En un momento fui muy dependiente de ellos, no me gustaba estar sola pues tenía pocos amigos (por ser la “niña gordita” y recibir burlas me aislaba de los demás o tenía cerca algunos amigos pero por ser la “gordita simpática”), con el tiempo tuve más amigos y aprendí a estar sola, a ser más independiente de ellos y compartir con mis amigos más que la compañía.

16) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación que mantienes con tus amigos?

Que el afecto seguiría igual entre nosotros y cambio la convivencia y la comunicación, deseo que sea mejor, a veces sentía que mis amigos no me entendían y que malinterpretaran las cosas que les decía, la comunicación

16.- Hubierismo para evitar atender lo que no le gusta (dejar de ver a sus amigos)

*a veces no es muy buena (entienden otra cosa de lo que les quiero decir o entiendo otra cosa de lo que me quieren decir) pero nos aceptamos y respetamos, no nos vemos mucho tiempo y **¡no me gusta dejar de verlos!, me hubiera gustado que nos viéramos.***

Pareja

17) ¿Cuál es el papel que juegas con tu pareja (s)?

En este momento no tengo novio pero ahora juego el papel de la ex novia, ¡papel que no quería que me dieran!.

18) ¿Qué le cambiarías y que sería igual respecto a la relación de pareja?

*De hecho, le cambiaría la comunicación que yo tenía con él (no fue la mejor, **“Amelia” la niña celosa siempre peleaba**), el hecho de que fui más celosa cambió la relación: si hubiera sido más comprensiva y segura de mi misma (no haber sentido celos) tal vez sería diferente y no me hubiera sido infiel.*

19) Descripción de la relación que tienes con tu pareja, que has tenido. Y ¿qué tienen en común?:

*Era a veces la comprensiva, la cariñosa, la tierna, la “decente”, la “diferente a las demás” ¡por qué me lo decían!, era la que no deja que cualquiera toque su cuerpo, ¡la que no se acuesta con cualquiera! y a la que “se respeta” una relación de noviazgo; es decir soy la novia que no debe de tener sexo con su novio, pero también soy la posesiva y la celosa, **“Amelia, la niña decente y buena”** que tienen que cuidar y también **“Amelia necia e intolerante”**, ¡quería la atención sólo para mí, sin que me engañaran!. Para mí tener pareja ha sido y es importante, es un papel en el que se cumplen las expectativas del otro (pero también las mías) solamente he tenido una pareja formal en mi vida fue una experiencia nueva y sinceramente muy desagradable, pero que me permitió conocer muchas cosas, con la experiencia que tuve pude ver que ¡debo de ser distinta!); lo que tienen en común es que **todos me han comparado con otras personas (muchas veces creo que mi peso es el responsable), ahora pienso que ¡¡Amelia ya no se debe comprometer porque siempre le fallan!!.***

20) Descripción de la relación con el sexo opuesto:

*Me he llevado casi igual con el sexo masculino, los apoyo, los entiendo y **“tengo que ser tolerante con ellos para no tener problemas” (pelarme con ellos, discutir o ser agresiva con ellos), es así incluso con mi papá o amigos, he de “ser buena” para ellos y ser lo que me piden. De hecho me ven y me tratan parecido a un amigo, a veces soy “la gordita simpática” que no les gusta a los hombres y es más su amiga o su confidente (la que los comprende o los ayuda), soy aquella que no les resulta atractiva por ser “gordita”. De hecho con el sexo opuesto mi***

18.- Los hubierismos que utiliza alteran el sentido de realidad evitando el contacto respecto a su relación de pareja.

19.- En este caso la despersonalización refleja las diferentes partes negadas que surgen en la experiencia de tener pareja por primera vez: ¡Amelia la niña decente y buena! Y ¡Amelia la celosa e intolerante!, además utiliza un Introyecto ¡Amelia ya no debe comprometerse porque siempre le fallan!

20.- La frontera de contacto está abierta a los introyectos “tengo que ser tolerante con ellos para no tener problemas” y he de “ser buena” para ellos y ser lo que me piden. De igual forma la despersonalización se refleja en la siguiente frase: ¡se lastima mi autoestima!

autoestima se lastima y no me siento segura en ninguna forma y me han hecho sentir incomoda.

TRABAJO/ ESCUELA

21) ¿Cuál es el papel que juegas en tu trabajo y con tus jefes y compañeros del trabajo (o maestros y compañeros de escuela)?

En este momento de mi vida no trabajo y no he trabajado nunca, pero en la escuela siempre he sido la “niña responsable”, la que lleva el control en todo, la “estudiosa” y la casi perfecta, no esperaba desempeñar ese papel, me creí ese papel, papel que los demás me han asignado y que finalmente me gustó me servía para que no se DC de mi gordura, muchas veces, ¿desempeñarlo era estresante y me angustiaba no cumplir con lo que me correspondía!.

22) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación (es) que mantienes en tu trabajo (o escuela)?

Cambiaría el hecho de que dejé de ser yo en mucho tiempo, me hubiera gustado elegir a mi de vez en cuando mis actividades, quería disfrutar más el ambiente de la escuela no estresándome más por tener que ser responsable y tener que solucionar todo, ¡no solo tenía que controlar lo que hacía para mi sino para los demás!, muchas veces ¡“Amelia” tenía que solucionar muchas cosas y trabajar por los demás para no tener problemas!, en los trabajos escolares sobretodo si eran en equipos, no me gustaba tenerlo que hacer mejor, pues quería que quedara perfecto pero tenía que hacerlo yo (a veces si lo lograba, otras no pero igual lo hacía) le cambiaría todo esa presión del “deber ser” pero la escuela también era una herramienta para olvidarme de cómo me sentía pues utilizaba ese rol de voz del grupo para que no se notara mi sobrepeso y así no sentirme (gorda o fea), me ayudaba a controlar y manejar las cosas sobre los demás (burlas o criticas) así la gente se acercaba a mi para preguntarme algo de la escuela o para de algún modo conocer mis lados buenos antes de que se fijaran en mi sobrepeso, quería que vieran que era responsable o inteligente antes de que se fijaran en que era ¡gordita!. Dejo igual el hecho de que aprendí mucho más esto en aspectos académicos, conocí una parte de mí gracias a los demás, conocí eso que no sabía que era y que no creí llegarlo a ser: una “niña inteligente y responsable”.

23) ¿Qué expectativas hay respecto a ti en cuanto este tipo de relación?

Aun esperan tanto maestros y padres incluso algunos compañeros que sea exitosa y tener lo que otros quieren ser o tener ¡ser reconocida!, ser perfecta para alcanzar el éxito que no todos tienen.

22.- Despersonalización:
¡Amelia tenía que solucionar muchas cosas para no tener problemas!. Específicamente éste introyecto es usado como herramienta para deflectar, para evitar el rechazo de los demás y para desviar su propia atención de sus sensaciones respecto a su sobrepeso, sustituyendo una sensación por un introyecto.

IV) ASPECTOS DE SALUD:

24) ¿Qué conductas de riesgo consideras que has realizado (drogas, vida sexual o conductas delictivas) y cómo son?

En cuanto a drogas como alcohol y cigarro si los consumí en exceso por un tiempo (dos años al principio de la carrera), ahora solamente consumo alcohol dos o tres veces al año (navidad, año nuevo y mi cumpleaños), en cuanto a mi vida sexual en mi noviazgo no utilice preservativo por lo que me contagiaron de un hongo y me puse en riesgo de contraer otra enfermedad de transmisión sexual y en cuanto a conductas de riesgo debido al consumo de alcohol estuve en un accidente automovilístico, en otra ocasión pasó por mi mente suicidarme (me iba a aventar las vías del transporte metro y en otra ocasión fue con unas pastillas que me iba a tomar pero mi hermano me las quitó, por pues me sorprendió con el bote en la mano), me iban a atropellar (esto en dos ocasiones), me he insultado y gritado a mi misma cuando me equivoco o cuando me siento arrepentida por algo que no hice y cuando me siento muy triste me castigo, no comiendo como me gusta (no ceno, o no desayuno o no me permito comer de todo).

V) DESARROLLO DEL TRASTORNO ALIMENTICIO.

25) ¿Cómo ha sido la relación que has tenido respecto a la comida en toda tu vida?

*Realmente mala, desde que me acuerdo siempre he comido muy bien, no sé si mucho (en cantidad) pero casi nunca me saltaba comidas o me quedaba sin comer, **muchas veces me sentía culpable por comer**, me acuerdo de una ocasión en que mi papá me dijo (antes de mis quince años) ¡si tu sigues comiendo mucho voy a comprar un costal de papas y lo voy arreglar para que te lo pongas, cuídate!, **esto me ha hecho pensar mucho en mi manera de comer, me gusta comer pero cuando se que puedo engordar más, sí sigo comiendo igual, me siento sumamente mal, ¡no he podido olvidar lo que me dijo mi papá, eso me dolió mucho!**, me siento ofendida y ya no quiero comer (aunque nunca he dejado de hacerlo) sólo hago dietas o ejercicio. Podría decir que ¡la comida ha sido como un consuelo y un sustituto de algo que me falta y necesito de otras personas, de algo que quiero que me den y no me pueden dar!, también ha sido algo que sí puedo manipular, es ese premio que me merezco y cuando me siento triste como de más (en mayor cantidad y de todo sobretodo cosas dulces o con picante).*

26) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto a la comida?
Han visto la comida como un medio para la felicidad pues cuando comes te sientes mejor y acompañado, casi

24.- Conductas de riesgo retroflexiones para evitar un comportamiento o un sentimiento desagradable como la tristeza o la equivocación, sustituyendo un dolor físico por uno emocional. Ideas suicidas, retroflexión de la agresión a si misma.

25.- Deflexión en éste caso se evita contactar con una emoción que no reconoce, no le queda del todo clara la figura ¡es un sustituto de algo!, ¡la comida era un consuelo, me hace sentir bien!, también, hay un asunto inconcluso: ¡mi papá me agredió, no he podido olvidar eso, me dolió mucho!.

26.- Proyección en la familia ¡cuando comes te sientes mejor y

no comemos solos siempre nos esperamos hasta que llegan los demás y estamos si no todos la mayoría, **significa compañía y nos une como familia, ¡quien prepara los alimentos quiere más a los demás! pues se esforzó para darles algo importante a los demás, ¡por eso me enseñaron a cocinar, cuando mi mamá no esté yo me tengo que hacer cargo!** así en la comida todos platicamos y por lo tanto nos une como familia.

27) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto al aspecto físico?

Si ha sido bastante importante me he sentido criticada, desde que mi papá se expresó de mi de la forma que lo hizo cuando vio que estaba comiendo mucho antes de mis quince años hasta la fecha me he sentido criticada, de hecho mi ropa de forma general no es del estilo que me agrada sino de la que me queda ¡no tengo opciones!, ha sido muy frustrante estar limitada para todo y que mi familia sea la primera que me limite. Me llegué a comparar con mis primas debido a que ellas tenían más opciones en todo (eran más delgadas y bonitas) y **al ver que “Amelia” no tenía tantas opciones por su aspecto físico me he desilusionado,** siempre he sido de complexión grande, soy muy alta y no soy delgada (mido 1.83cm y peso 100 kilogramos) y me incomodaba el hecho de no tener opciones ni en la forma de vestirme así ¡no me queda más remedio que verme y sentirme gorda!, así como mi familia me lo ha hecho ver. Además si les importa el aspecto físico pues a veces me comparan con algunas de mis amigas “que si son bonitas y flaquitas” tal vez no lo han expresado abiertamente pero veo que les agrada compartir el tiempo y platicar con ellas de forma distinta que lo hacen conmigo, **a mi en realidad no me dejan más opciones que acatar lo que me corresponde y no lo que me gusta cuando de comportamiento o ropa se trata,** la ropa es lo que me critican mis papás con más frecuencia ¡esa blusa de tu amiga es muy bonita tu te verías muy bien con algo así!.

28) ¿Qué parte de tu cuerpo no te gustaba y cómo deseabas que fuera?

Nada de mi cuerpo me gustaba, en general me veía sin estética, no me gustaban mis piernas, ni “panza”, siempre me veía el abdomen abultado y muy grande, me hubiera gustado ser de complexión delgada y esbelta, la altura a veces tampoco me gustaba pues me veía más gorda de lo que era, me sentía grande de todos lados.

29) ¿Cómo era tu manera de comer cuando vivías tu T.A y cómo iniciaste?

Primero me prohibía ciertas cosas de comer (dulces, grasosas o el pan o la tortilla) y comía poco o bien sólo verdura, nunca dejé de comer a menos que yo sola me

acompañado!, pues ¡quien prepara los alimentos quiere más a los demás!.

27.- La proyección de la parte negada de sí mismo vuelve a reflejarse: ¡Amelia no tenía tantas opciones por su aspecto físico, me he desilusionado!, ¡no me dejan+más opciones que acatar lo que me corresponde y lo que no me gusta cuando de comportamiento y ropa se trata.!

28.- Hubierismo asociado al desagrado de su cuerpo.

29.- Deflexión, no ha llegado a la satisfacción de la necesidad real.

castigara (no cenaba o no desayunaba) o por haber cometido algún error o por sentirme triste, después de ver que mis papás me regañaban por comer así y ver que no lograba bajar de peso con nada (ni con ejercicio) comía de todo y cuando yo quisiera hasta saciarme y hasta ahora sigo comiendo mucho y a veces no se me quita el hambre por lo que como a cada rato y aquello que se me antoja ya no me prohíbo nada pero tampoco me quedo sin comer.

30) ¿Cómo es que elegiste esa manera de comer y esa forma de relacionarte con la comida?

No tenía muchas opciones, no podía dejar de comer pero tampoco podía seguir comiendo mucho, ya no sabía que hacer a veces solo comía por comer y en otras tengo muchísima hambre y como lo necesario (lo que creo que necesito), el hecho de saber que no me podía poder poner una minifalda me frustraba y comía más y como solo me podía vestir como me quedaba la ropa y no como yo quería, pensaba ¿para qué iba a bajar de peso si de todas maneras me iba a ver mal?, por ejemplo: una minifalda en “Amelia” se ve mal, y en una amiga mía no se veía mal, no solo por el aspecto físico sino por la connotación que le da mi familia a la ropa, las minifaldas solo las usan las mujeres que son “fáciles” y que no tienen moral o bien aquellas que tienen un muy buen cuerpo para lucirlas orgullosas, con esto ya no me sentía tan mal.

31) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu familia cuando padecías tu T.A?

En ese momento me sentía más sola e incomprendida, mi papá salía mucho de viaje, mi mamá era muy estricta con nosotros me regañaba de todo y con mis hermanos discutía mucho, no tenía suficiente libertad pues tenía a veces que apoyar a mi mamá por la ausencia de mi papá.

32) ¿Qué problemas experimentabas en relación a la escuela cuando padecías tu T.A?

En esos momentos ¡“Amelia era una niña muy sola”! casi no tenía amigas y no me daban permiso de salir como a mis amigas, tenía que poner el ejemplo y salir bien en la escuela y ayudar en mi casa a lo que me dijeran.

33) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tus amigos cuando padecías tu T.A?

Casi no tenía amigos hombres ellos eran sólo compañeros, tenía más amigas mujeres y era con las que convivía muy poco, todas ellas eran extremadamente delgadas en comparación conmigo y eran más extrovertidas y sociales que yo, ¡era una niña muy callada y retraída para que no me hicieran burla de mi físico!

30.- La frontera permanece abierta a los distintos introyectos y éstos son atendidos antes que la sensación, ¡a veces usar ropa era lo que me hacía dejar de comer, pero me frustraba!, el pensamiento sustituye la sensación de hambre. La proyección de la parte negada ¡Amelia se ve mal con minifalda! Tiene una función la negación.

31.- El sentimiento de soledad, introyecto “tener que apoyar”.

32.- proyección de la parte negada ¡Amelia era una niña muy sola!, introyectos “no debes salir”, “tenía que poner el ejemplo, salir bien en la escuela y ayudar en mi casa”.

aunque los hombres me comparaban con ellas excluyéndome de la conversación o dejándome sola por un momento.

34) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu pareja cuando padecías tu T.A?

En esos momento tenía poca relación con el sexo opuesto eran solo mis amigos o bien no llegaban a nada formal conmigo, solamente dos hombres de ellos si me conocían como “Amelia la amiga” y a veces me daba miedo que se acercaran porque me imaginaba que se iban a burlar de mi o me iban a criticar por mi aspecto físico, se iban a dar cuenta que era gorda y ¡sabía que me iban a rechazar! porque antes de acercarse a mi se acercaban a mis amigas, después de todo ¿quién las iba a rechazar a ellas siendo delgadas?.

35) ¿Consideras que existía algún otro problema en relación a tu vida cuando padecías tu TA.?

En general me sentía rechazada por las demás personas ya sea amigos, de mi familia o del sexo opuesto, me sentía poco comprendida y sola.

36) ¿Tenías amistades o relaciones cercanas con alguien que padeciera algún T.A o algún problema respecto a su percepción corporal?

Una de mis amigas si era extremadamente delgada y casi no comía nada, también decía que estaba gorda y que era necesario bajar de peso hasta ahora que lo pienso tal vez tenía anorexia ella era una de mis amigas de la secundaria, cuando entré al bachillerato conocí a las que siguen siendo mis amigas hasta ahora y sí una de ellas era bulímica y otra anoréxica (pero también hasta ahora lo sé pues no me había dado cuenta), mis papás siempre han sido de complexión gruesa y han tenido sobrepeso.

37) ¿En tu familia algún miembro ha padecido algún T.A?

Si mi mamá, mi papá, mi hermana y algunas tías tanto de la familia de mi papá como de mi mamá.

38) ¿Quines son, qué edad tienen y qué T.A presentaron?

Mi mamá tiene 47 años, mi papá tiene 49 años, mi hermana tiene 11 y mis tías tienen alrededor de 40 y 42 años. Todos tienen obesidad o sobrepeso.

39) ¿Qué consideras que influyó más para que se presentaran estos TA. en tu familia?

Definitivamente el factor de la genética o la complexión pues en la familia tanto de mi papá como de mi mamá tenemos tendencias a subir de peso a cierta edad (en la adolescencia) y más en las mujeres de la familia, mi hermano es el único que no tiene sobrepeso y que tiene aparentemente buena salud, el por ejemplo, tiene problemas con su hígado, es de complexión muy delgada y el jamás ha subido de peso de hecho tiene menos peso que debe tener para su estatura.

34.- Deflexión, evita el contacto tóxico (rechazo o burla), éste se proyecta en los demás ¡me imaginaba que se iban a burlar!, además la parte negada se proyecta: ¡Amelia la amiga!.

<p>40) ¿Cómo era la percepción que tenías de tu cuerpo? <i>Había veces en las que me veía en el espejo y me veía gorda ¡a pesar de que sabía que estaba bajando de peso! se distorsionaba mi percepción pues no era la misma percepción siempre la que tenía de mi misma, siempre bajaba y subía de peso (por el famoso “rebote”) ya no sabía hasta donde subía de peso pues más bien tendía a subir que a bajar.</i></p> <p>41) ¿Cómo era tu carácter con los demás en ese mismo momento (T.A)? <i>Era muy retraída y tímida generalmente me sentía triste pero había veces que era agresiva pero sólo con algunos hombres creo que hacía esto para que ¡no se me acercaran!.</i></p> <p>42) ¿Cuál era tu estado de animo más frecuente; es decir qué sentías más a menudo? <i>Casi siempre estaba llorando (a solas pues no quería que se dieran cuenta) me sentía sola aun con gente a mi alrededor.</i></p> <p>43) ¿En que momento te diste cuenta de lo que te estaba pasando (en relación a tu T.A)? <i>Hace un año me empecé a dar cuenta que no estaba bien para mi salud comer como lo hacía y mucho menos sentirme así, enferma.</i></p> <p>44) ¿Cómo te DC que necesitabas ayuda? <i>Desde que empecé con problemas en la rodillas y me lastimé una de éstas pensé que no quería estar así o peor ¡me quedé como dos meses en recuperación por mi rodilla y realizar mis actividades con muletas era desesperante!.</i></p> <p>45) ¿Qué problemas físicos y consecuencias en tu cuerpo resultaron de tu TA.? <i>Mi lesión en la rodilla, celulitis, estrías, flacidez en la piel, gastritis y colitis, acné, estreñimiento y problemas en mis menstruaciones (irregularidad).</i></p> <p>46) ¿Qué problemas sociales y consecuencias con los otros resultaron de tu T.A? <i>Tenía problemas con todos porque estaba irritable o muy sensible y casi siempre me aislaba pues me daba tristeza y no quería que me vieran llorar.</i></p> <p>47) ¿Qué problemas emocionales y consecuencias en tu estado de animo resultaron de tu T.A? <i>Me sentía muy insegura de todo y me sentía muy triste o enojada así como deprimirme como nunca (cuando pensé en suicidarme).</i></p>	<p>40.- Los sentidos son desplazados por los pensamientos ¡ya no sabía hasta donde había bajado o subido de peso!, desensibilización.</p> <p>41.- Deflexión, evita el contacto de algunos hombres, la frontera no está completamente cerrada pues hay contacto (agresión) El demonio del crecimiento es una experiencia obsoleta pues la agresividad ya no es funcional.</p> <p>42.- La experiencia de soledad está presente.</p> <p>44.-Existe un DC ¡no quería estar así! A partir de la experiencia de rehabilitación con muletas.</p> <p>46.- Aislamiento.</p> <p>47.- No queda clara la figura (tristeza y enojo) hay desensibilización, la retroflexión se evidencia en el intento de suicidio.</p>
---	---

48) ¿Qué factor consideras que influyó más para que padecieras este T.A?

*La presión por parte de mi familia de querer verme siempre perfecta y que me reconocieran por esto y no por ser quien soy, la educación y la connotación que tiene y ha tenido la comida, el hecho de que no presentaran opciones para decidir cómo quiero ser me afectó no me habría **estresado si no hubiera sido importante para ellos verse bien,; aun me sigo sintiendo igual (gorda y fea) a pesar de que bajé un poco de peso pero con mi familia no puedo expresar lo que siento, la sobreprotección fue clave para que me sintiera sí de criticada, ¡mi escape tuvo que haber sido con algo que si pudiera controlar como lo fue la comida!**.*

VI) PERCEPCIÓN ACTUAL

49) ¿Cómo es tu percepción respecto a la comida ahora?

Se que es necesaria para vivir sana, es un placer también, si sabemos comer (comer sin culpas o sin tristeza o enojo y buscando salud no estética), no tendríamos que sufrir el hecho de comer. Puede ayudar a compartir o acercarnos pero no es la principal función del alimento.

50) ¿Cómo describes a la mujer mexicana?

La mujer mexicana hoy es emprendedora, decidida y ha aprendido a decidir por ella misma, es responsable de todo lo que hace, es a veces muy firme de lo quiere vivir, otras todavía le cuesta trabajo decidir sin ser juzgada.

51) ¿Cómo describes a una mujer bella?

Tendría que ser una mujer estéticamente bella (con facciones finas y con medidas corporales perfectas es decir sería delgada) llamaría la atención de hombres y mujeres por cómo luce y sobretodo por como se comporta, sería una mujer ejemplar, responsable e inteligente, sería sincera, valiente y leal.

48.- El demonio del crecimiento es en este caso el hubierismo que es utilizado para proyectar los introyectos “deber verse bien” y “hacer todo bien”.

Integración del caso.

Entrevista N° 7:

Esta entrevista duró dos horas y media exactas, en general la participante se mostró muy dispuesta a colaborar en la entrevista pero hubo momentos en los que comenzó a llorar y a tener una actitud un poco a la defensiva. Expresó que no se había sentido así en mucho tiempo pues ¡fueron tantas preguntas y respuestas confusas!, le sugerí suspender la entrevista en el momento que ella lo necesitara pero quiso continuar y conforme respondía fue recordando algunas cosas que le estaban resultando confusas y comprendiendo muchas otras (esto último lo mencionó al final, *¡esta entrevista me sirvió para comprenderme más!*), mantuvo un tono de voz un tanto melancólico (suspiraba mucho y muy seguido), además su voz era muy pausada y tenía un volumen bajo en la mayor parte de la entrevista.

Se comportó más inquieta (se movía mucho y respiraba muy rápido) en los componentes de estructura familiar y de escuela. un aspecto que me llamó mucho la atención fue que ésta participante muchas veces hizo referencia a su nombre (*Amelia*) en lugar de referirse a ella misma con la palabra “yo”, lo cual indica un grado importante de despersonalización, proyecta todas las partes negadas de sí misma en “Amelia”, (“*Amelia la estudiosa*”, “*Amelia la obediente*” “*Amelia la niña buena*” “*Amelia la niña sola*”); de igual manera la despersonalización, hace referencia de aquellas partes proyectadas en la palabra “*niña*”, precisamente esta proyección se usa en el componente de desarrollo del T.A. (“*niña muy callada y retraída*”, “*niña muy sola y gordita*”, “*niña buena*”).

También considero importante mencionar (en ésta entrevista en particular) que los tonos de sus respuestas en muchas ocasiones fueron de sarcasmo y se expresaba con inconformidad, manoteaba y señalaba mucho cuando se refería a su familia o algún miembro de ésta en especial en el componente de estructura familiar pero su voz no subió nunca de tono. Por otra parte la participante en particular solicitó leer la información después de haber acabado la entrevista pues consideró que le sería útil leerla, además también manifestó su interés por leer en su momento las conclusiones de esta tesis.

De manera notoria maneja introyectos, aun cuando el modo de relación principal es la proyección, en las personas con las que convive en el alimento y todos los aspectos que no puede asimilar.

También exhibe confluencia con la permeabilidad de la frontera de contacto, a todo contacto incluyendo el tóxico.

Otro aspecto importante en el contexto tóxico de la participante, me refiero a la es la deflexión, el dolor físico desplaza al dolor emocional y el sí mismo se fragmenta, la participante se encuentra no solo en éste grado de descorporificación pues la percepción que tiene de su cuerpo y de sí misma, de sus sensaciones la tiene confundida. No identifica con claridad una figura de la otra y no puede describir qué siente y por consecuencia qué necesita. Finalmente los hubierismos también tiene una función al alterar la realidad, no le permiten DC del aquí y ahora manteniéndola en la negación y la desensibilización.

Entrevista N° 8

TRASCRIPTIÓN	DESCRIPCIÓN
<p>I) DATOS GENERALES:</p> <p>1) ¿Cuál es tú nombre?: <i>Silvia V.</i></p> <p>2) ¿Qué edad tienes?: <i>20 años.</i></p> <p>3) ¿Cuál es tú ocupación?: <i>Estudiante de la carrera de relaciones comerciales.</i></p> <p>4) ¿Qué tipo de trastorno alimenticio has manifestado?: <i>Bulimia y anorexia (TANOD) en ese orden.</i></p> <p>5) ¿Qué escolaridad tienes?: <i>Licenciatura en relaciones comerciales (cuarto semestre).</i></p> <p>6) ¿Qué nivel socioeconómico tienes?: <i>Medio</i></p> <p>7) ¿Qué complexión consideras que tienes?: <i>Delgada</i></p> <p>8) ¿Qué edad tenías cuando empezaste?: <i>Como 16 años no estoy segura.</i></p> <p>9) ¿Cuál era tu peso cuando iniciaste tu T.A?: <i>52 kilogramos, pero llegue a pesar 45 kilogramos.</i></p> <p>10) ¿Cuál es tu peso actual?: <i>47 kilogramos.</i></p> <p>11) ¿Cuánto tiempo viviste con esta experiencia? <i>Con bulimia unos meses y con la anorexia como un año y medio</i></p> <p>II) ESTRUCTURA FAMILIAR</p> <p>12) ¿Cuál es el papel que juegas en tu familia? <i>Soy la hija menor y la más rebelde, soy muy “resongona” digo lo que no me gusta o lo que no parece justo, soy la persona a la que todos cuidan eso es lo que ellos dicen que soy y es lo que veo. Además considero que soy distinta a ellos pues me he salido mucho de las normas que han establecido.</i></p> <p>13) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación con tu familia? <i>En mi familia se respira un ambiente muy tranquilo y de apoyo nos llevamos bien en la mayor parte del tiempo y convivimos lo suficiente como para conocernos, no creo cambiarle nada, tal vez me gustaría llevarme mejor con mi abuela, ¡somos muy parecidas por eso me desespera y yo la “fastidio”!, me regaña cuando algo no anda bien con los demás porque cree que si pasa algo malo es por mi culpa, nos gritamos mucho porque no me entiende y ella quiere que le haga caso en todo. ¡Me enoja que no sea tan exagerada!.</i></p> <p>14) Descripción de la relación que tienes con cada miembro de tu familia <i>Con mi abuela no me llevo muy bien, discutimos mucho siempre nos andamos gritando y regañando, somos parecidas pues las dos queremos ser escuchadas y nos desesperamos, a veces siento que ella tiene preferencia por mi hermana y la defiende mucho, ¡a mi casi no me escucha o me aprueba, todo lo que digo está mal o no</i></p>	<p>4.- Presentó el TANOD bulimia-anorexia.</p> <p>13.- La frontera de contacto es permeable. Todo tipo de aspectos nutricios y tóxico se introyectan ¡me regaña cuando algo no anda bien con los demás porque cree que si pasa algo malo es por mi culpa!, el modo de relación que se establece en este caso es el de proyección.</p> <p>14.- Confluencia, la frontera es abierta a todo tipo de contactos, Introyectos “hay que respetarlo” aunque no me gusten las cosas.</p>

está de acuerdo!.

Con mi hermana me llevo muy bien, nos tratamos como amigas pero nos queremos como hermanas, nos contamos todo y nos acompañamos en todo de hecho también compartimos amigos por lo que muchas veces estamos juntas fuera y dentro de la casa, a veces también peleamos porque tenemos gustos parecidos y toma mis cosas o yo le tomo prestadas sus cosas (ropa o maquillaje), ¡la regaño porque es muy floja y miedosa!.

*Con mi abuelo es con el que menos platico porque casi no nos vemos y también porque se enferma mucho, “**hay que respetarlo**”, aunque sus ideas no me gusten del todo, el nos aconseja mucho.*

Con mi tío la relación es buena le platicamos algunas cosas y otras el se da cuenta nos aconseja y acompaña en eventos importantes y en cosas importantes de la casa como cumpleaños o nuestra graduación, es un gran apoyo para mi mamá y mis abuelos cuando están enfermos, nos ayuda.

NOTA: No mencionó a su mamá.

III) OTRAS RELACIONES SOCIALES

Amigos

15) ¿Cuál es el papel que juegas con tus amigos?

De mi grupo de amigos soy la “risueña”, la “escandalosa” y “la loquita” soy la que llamo la atención pues me río mucho o me enojo mucho, me cuidan también mis amigos y soy la que siempre se anda divirtiendo.

16) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación que mantienes con tus amigos?

Cambiaría la convivencia me gustaría vernos más tiempo y convivir mas con ellos, antes no se llevaban bien entre ellos porque no se conocían pero ahora que se tratan más la relación ha mejorado entre todos por tal cosa lo dejo todo como es, a pesar de que somos diferentes hemos aprendido a apoyarnos y comprendernos.

Pareja

17) ¿Cuál es el papel que juegas con tu pareja (s)?

No tengo pareja actualmente. Pero he jugado el papel de la que decide todo, siempre soy la que se aburre de ellos ¡yo doy por terminada la relación!. Ellos juegan el papel que les deje pero han querido ser los que controlan mis acciones, casi siempre he conocido hombres muy celosos y posesivos (todos mis novios eran inseguros, quieren manipularme y cambiarme) y ¡yo no interpreto el papel que me quieren dar! que era el de novia “dejada” o la que permite todo sin protestar, esto les enojaba pues querían verme llorar pero casi no lo hice.

Hay una deflexión cuando en este aspecto no menciona a su mamá.

16.- Deseo de más contacto con sus amigos.

17.- Con la pareja, los aspectos negados de sí mismo se proyectan ¡mis novios querían manipularme, ¡querían verme llorar!.

19) ¿Qué le cambiarías y que seguiría igual respecto a la relación de pareja?

Si pudiera cambiar algo de las relaciones que he tenido sería la libertad que tenía (me sentí muy limitada con ellos), eran muy celosos y posesivos.

19) Descripción de la relación que tienes con tu pareja, que has tenido. Y ¿qué tienen en común?:

*Muchas relaciones han sido violentas con empujones, gritos, insultos o golpes físicos, a veces, los sigo viendo y los trato como “accesorios”, así ha pasado otras veces, ¡me tratan mal y luego yo los trato peor!. Todos han sido personas diferentes pero muy celosos, muy en particular una relación que duró dos años y medio pero que fue también muy importante, **¡si no me hubiera hecho ese daño pues fue el más violento de todos, la relación hoy estaría perfecta!**, todavía me frecuenta y me busca. **Ahora ha demostrado ser buena compañía pero nada más, no quisiera quedar tan mal con él**, solamente ésta relación es un poco distinta, ahora somos amigos pero no confié mucho en él, pero a pesar de todo no quiero estar mal, hoy lo veo de vez en cuando y si algo necesito, a veces me acompaña a donde voy, más en fiestas, le cuento algunas cosas pero no todo, ahora es una relación más divertida, conoce a mis amigas y amigos y lo respeta claro ¡sí quiere seguirme viendo!, mis demás relaciones se definen por esta relación, pues **¡nunca más me vuelven a tratar mal a mi!**. A partir de esto los trato así, sin tanto acercamiento, no me importaban “es uno más”, **a veces ¡todavía sigo enojada con ellos (con los hombres) y antes de que me traten mal yo los trato mal a ellos!**. En particular con el último, que era celoso y fue violento como los demás pero me molesto mucho su cambio pues conoció parte la historia de la persona con la que duré dos años y medio, me ayudó a superar esto y me acompañó hasta que nos hicimos novios, él sabía que me estaba haciendo y no puedo perdonar que me haya lastimado peor que los anteriores.*

20) Descripción de la relación con el sexo opuesto:

Me llevo mejor con el sexo opuesto, he encontrado muy buenos amigos y he aprendido mucho de ellos, tienen confianza conmigo y esto me hace sentir bien pues nos apoyamos mutuamente sin exigencias, es una relación muy libre que me agrada y no cambio por nada.

Trabajo/ escuela

21) ¿Cuál es el papel que juegas en tu trabajo y con tus jefes y compañeros del trabajo (o maestros y compañeros de escuela)?

No trabajo pero en la escuela acepto cualquier rol que

19.- La frontera de contacto permanece permeable a la violencia y el modo de relación que era confluencia cambia aislamiento cerrando el contacto ¡nunca más me vuelven a lastimar!, esto hace una experiencia obsoleta.

El hubierismo es utilizado para alterar el sentido de realidad acerca de la experiencia de violencia que tuvo ¡si no me hubiera hecho ese daño pues fue el más violento de todos, la relación hoy estaría perfecta!, (todavía me frecuenta no quiero quedar tan mal con él). Conflicto entre dos polaridades: 1) la parte fijada ¡nunca más me vuelven a lastimar! Y 2) la parte ¡no quiero quedar tan mal con él!. Un comportamiento funcional en el momento se vuelve anacrónico ¡antes de que me traten mal, yo los trato mal a ellos!. Y ¡a veces todavía sigo enojada con los hombres!.

20.- El demonio del crecimiento en este caso es la experiencia obsoleta.

crea desempeñar mejor, pues me gusta organizar pero también me relajo más y no trabajo en exceso o por los demás, me adapto a todo pero también por lo mismo soy la más difícil pues casi siempre propongo y cuando no es tomada en cuenta mi opinión trabajo con muchas dificultades esto en equipo (les hago el trabajo pesado) pero individualmente me esfuerzo sólo lo necesario, no me estreso como los demás pero tampoco le soy indiferente a la escuela.

22) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación (es) que mantienes en tu trabajo (o escuela)?

Soy una estudiante promedio no le cambio nada ni le quito nada es perfecta la vida que he desempeñado en la escuela, si hay que trabajar y desempeñarse mejor lo hago pero si necesito relajarme y tomar las cosas con calma lo hago.

23) ¿Qué expectativas hay respecto a ti en cuanto a este tipo de relación?

Esperan que aprenda y desempeñe bien mi papel cuando termine la carrera, me piden que continúe esforzándome y sea más constante en lo que hago, no tienen quejas de mí pero esperan que no baje mi rendimiento.

IV) ASPECTOS DE SALUD:

24) ¿Qué conductas de riesgo consideras que has realizado (drogas, vida sexual y conductas delictivas) y cómo son?

Si consumo alcohol y cigarro de vez en cuando, ¡el cigarro lo consumo más, dos cigarros cada tercer día y cuando estoy muy nerviosa! y el alcohol sólo cada vez que asisto a fiestas una vez por mes más o menos, no consumo otro tipo de drogas, en cuanto a mi vida sexual he tenido hasta ahora tres parejas pero no he estado en ninguna conducta de riesgo de contagiarme de alguna enfermedad (siempre exijo preservativo) y en cuanto a conductas delictivas de mi parte no he realizado, sin embargo hubo un tiempo en el que conviví con amigos que eran agresivos y que consumían marihuana, no eran muy cercanos pero si nos frecuentábamos un tiempo (cuando entré a la vocacional hace cuatro años).

V) DESARROLLO DEL TRASTORNO ALIMENTICIO

25) ¿Cómo ha sido la relación que has tenido respecto a la comida en toda tu vida?

Desde que era pequeña tuvimos anemia hasta el segundo grado de primaria tanto mi hermana como yo pero fue más fuerte mi anemia, casi no comía y con frecuencia no me daba hambre, después del trastorno fue cuando empecé a comer más y mejor (calidad y cantidad).

24.- Deflexión, con el cigarro evade la experiencia de sentir nervios.

25.- Insensibilidad, ¡casi no comía y con frecuencia no me daba hambre!.

<p>26) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto a la comida? <i>Todos dicen menos mi hermana que la comida es importante para estar sano y no enfermarnos, nos acostumbramos a comer en casa y preferimos comer en casa para saber y darnos cuenta cómo comemos, esto fue ya después de lo que vivimos mi hermana y yo, no le dimos la importancia que tenía, pero también mis abuelitos creen que si comemos mucho vamos a estar mejor y no creo que sea así.</i></p> <p>27) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto al aspecto físico? <i>Consideran que no es importante pero yo creo que sí ¡como te ven te tratan!, si no fuera así no les molestaría que sea vanidosa, siempre que estoy mirándome al espejo se enojan o me dicen que no sea tan vanidosa.</i></p> <p>28) ¿Qué parte de tu cuerpo no te gustaba y cómo deseabas que fuera? <i>No me gustaban los “rollitos” de la espalda, el estómago ¡quería que estuviera totalmente plano y no se me hicieran “lonjitas”!.</i></p> <p>29) ¿Cómo era tu manera de comer cuando vivías tu T.A y cómo iniciaste? <i>Primero empecé a comer mucho de todo y en grandes cantidades, cuando estaba ansiosa o tenía ganas de comer comía hasta que ya no podía comer nada pero ¡me sentía culpable por haber comido tantos dulces o tanta grasa!, empecé a subir de peso y cada vez que comía mucho corría al baño a regresarlo todo (así empecé con la bulimia,) cuando me daba cuenta que estaba subiendo de peso y la ropa no me quedaba y no me gustaba como me veía (tenía que hacer dieta y así empecé) ya no tenía que correr al baño, con el tiempo ya podía dejar de comer ciertas cosas y luego me prohibía más hasta que casi no comía nada y así empecé con la anorexia.</i></p> <p>30) ¿Cómo es que elegiste esa manera de comer y esa forma de relacionarte con la comida? <i>Se me hizo un método fácil para bajar rápido de peso y sin que tuviera que comer mucho, se me hizo fácil alcanzar mi talla de esta manera pues eso era lo que me interesaba al principio, después me di cuenta que me veía bien quise verme mejor y no supe hasta donde seguirle.</i></p> <p>31) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu familia cuando padecías tu T.A? <i>Todos me regañaban ¡estas muy flaca te vas a enfermar!, ¡te ves muy demacrada! y se enojaban conmigo de hecho estaban preocupados y no había problemas en casa, mi mamá se preocupó mucho por mi.</i></p>	<p>26.- Rechaza ideas de sus abuelos, ¡mis abuelitos creen que si comemos mucho vamos a estar mejor, yo no creo eso!.</p> <p>27.- Creencia, yo creo que sí importa como te ven, porque así te tratan.</p> <p>29.- Deflexión cuando la experiencia de comer sustituía el contacto con la sensación de ansiedad; ¡comía hasta que ya no podía comer nada!, sin embargo, causa sentimiento de culpa y es “regresado”, no permaneces en el organismo.</p> <p>30.- Deseo de bajar de peso de forma rápida, para verse mejor.</p> <p>31.- Toma consciencia hasta que los otros le dicen ¡estas muy demacrada, te ves muy flaca!.</p>
--	--

<p>32) ¿Qué problemas experimentabas en relación a la escuela cuando padecías tu T.A? <i>En la escuela solamente tenía sueño y a veces no tenía ganas de ir, me sentía cansada, no reprobé pero si baje de calificaciones un poco.</i></p> <p>33) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu amigos cuando padecías tu T.A? <i>Con mis amigos en particular tampoco tenía problemas de hecho ellos se dieron cuenta antes que estaba muy flaca y que no quería comer me llevaban a comer con ellos y me cuidaron, me regañaban pero me comprendían más, fue muy visible el cambio de peso y talla, baje muchísimo de peso.</i></p> <p>34) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu pareja cuando padecías tu T.A? <i>En esos momentos estaba muy mal con la persona que era mi novio, no me regañaba, se daba cuenta pero no me decía nada a veces sus comentarios eran muy crueles y duros me comparaba con otras personas y se burlaba de mi por verme tan flaca, me decía cosas como ¡te veías mejor cuando estabas llenita!, ¡así no me gustas!, en estos momentos bajé mucho más de peso y no quería comer nada.</i></p> <p>35) ¿Consideras que existía algún otro problema en relación a tu vida cuando padecías tu T.A? <i>Mi ropa me quedaba muy floja pero yo no me sentía flaca sentía que tenía que bajar más de peso, todos me decían que estaba muy mal y que me veía enferma, yo no me sentía mal sólo tenía sueño, pero cuando me dijeron que ya no me veía bonita los escuche.</i></p> <p>36) ¿Tenías amistades o relaciones cercanas con alguien que padeciera algún T.A o algún problema respecto a su percepción corporal? <i>Una de mis amigas también dejo de comer y su comportamiento era casi como el mío.</i></p> <p>37) ¿En tu familia algún miembro ha padecido algún T.A? <i>Si mi hermana de 23 años que tuvo anorexia o bulimia aunque no estoy segura cual fue, mi prima que tiene sobrepeso (algunos kilos solamente unos seis kilos) y mi mamá que también es algo “llenita” no tiene obesidad pero tampoco es delgadita.</i></p> <p>38) ¿Quines son, qué edad tienen y qué T.A presentaron? <i>Hermana de 23 años, prima hermana de 20 años, mi mamá de 49 años, mi mamá y mi prima hermana sobrepeso y mi hermana anorexia o bulimia.</i></p>	<p>32.- Al desatender necesidades básicas las demás necesidades no pueden atenderse, sólo se atiende la más urgente que es una pseudonecesidad (bajar de peso).</p> <p>33.- La zona de sí mismo externa que está en contacto con el ambiente se mantuvo abierta a los aspectos nutricios de cuidado pero de igual forma perneaban los regaños.</p> <p>34.- La frontera de contacto está abierta a todo tipo de aspectos como la violencia (burlas de la apariencia) ¡te veías mejor cuando estabas llenita!, ¡así no me gustas!</p> <p>35.- La desensibilización altera la percepción del sí mismo, los sentidos se desplazan por pensamientos y creencias ¡mi ropa me quedaba muy floja pero yo no me sentía flaca sentía que tenía que bajar más de peso!.</p>
--	--

<p>39) ¿Qué consideras que influyo más para que se presentaran estos T.A en tu familia? <i>Fue un escape a las presiones que teníamos, las dos somos muy vanidosas yo mas que mi hermana pero la relación de pareja tuvo que ver mucho siempre quisimos ser más bonitas para los hombres.</i></p> <p>40) ¿Cómo era la percepción que tenías de tu cuerpo? <i>Me veía al espejo y me seguía viendo gordita, pero la ropa se me caía y todos me decían que estaba muy flaca, pero yo no les creía no me daba cuenta que flaca estaba, con el tiempo ya cuando comía bien y subí un poco de peso y veía las fotos y hasta entonces vi como estaba.</i></p> <p>41) ¿Cómo era tu carácter con los demás en ese mismo momento (T.A)? <i>Con todos discutía y me desesperaba muy pronto, no me entendía con nadie.</i></p> <p>42) ¿Cuál era tu estado de animo más frecuente; es decir qué sentías más a menudo? <i>Me enojaba muy seguido y por todo sobretodo cuando me decían que estaba muy flaca.</i></p> <p>43) ¿En que momento te diste cuenta de lo que te estaba pasando (en relación a tu T.A)? <i>Cuando me desmayé y cuando vomité sangre me asuste en serio, primero vomite sangre pero no le dije a nadie, ya empezaba con serios problemas de gastritis, y días después me desmaye me tuvieron que llevar al hospital y verme acostada y sintiéndome muy débil me hizo reaccionar! sin mencionar que mi familia estaba muy preocupada sobretodo mi hermana.</i></p> <p>44) ¿Cómo te DC que necesitabas ayuda? <i>Me di cuenta ya cuando estaba en el hospital, aunque ya lo había pensado antes cuando la ropa me quedaba floja, pero ¡me seguía viendo gorda!</i></p> <p>45) ¿Qué problemas físicos y consecuencias en tu cuerpo resultaron de tu T.A? <i>La hipoglucemia es lo más grave pues necesito comer tres veces al día ni so me llego a sentir muy mal, después la gastritis que solo me controlo si llego a tomar café o chile me tienen que llevar al médico y la colitis .</i></p> <p>46) ¿Qué problemas sociales y consecuencias con los otros resultaron de tu T.A? <i>Las diferentes discusiones con familiares y amigos se hicieron más frecuentes cuando estaba en peores condiciones, con el que era mi novio me llevaba muy mal y le permitía que me tratara mal además empezaba a bajar mis calificaciones en la escuela.</i></p>	<p>40.- No hay una figura clara de todos los elementos del ambiente, el estado de desensibilización dificulta la atención y se atienden más los pensamientos (creencias), <i>¡me veía al espejo y me seguía viendo gordita, pero la ropa se me caía y todos me decían que estaba muy flaca, pero yo no les creía!</i></p> <p>43.- Proyección, deposita en el otro aspectos que son suyos pero que no puede asimilar ¡me tuve que ver acostada, sintiéndome muy mal, esto me hizo reaccionar!.</p> <p>44.- Se establece un contacto en la zona interna de sí mismo, evidenciando su “sordera y ceguera” a las sensaciones corporales.</p> <p>45.- Efectos corporales del trastorno.</p> <p>46.- Confluencia, el contacto violento es permeable a la frontera de contacto y no se establecen límites.</p>
--	---

47) ¿Qué problemas emocionales y consecuencias en tu estado de ánimo resultaron de tu T.A?
Siempre estaba de malas, me enojaba muy fácil y una consecuencia es el miedo a caer otra vez en lo mismo, de hecho me insultaba cuando sentía que estaba comiendo de nuevo otra vez pero tenía que volver a comer otra vez de forma normal, pero me costó mucho trabajo dejar de insultarme por esto, esto yo no lo hacía, ya no lo hago pero fue la consecuencia más triste.

48) ¿Qué factor consideras que influyó más para que padecieras este T.A?
Mi vanidad, primero quise bajar de peso para él y que él me viera más bonita y que lo reconociera sin comparaciones con otras pero después lo quise a hacer por mí para verme mejor y sentirme atractiva empecé a subir de peso y no quise ser otra vez “gordita”, quería ser perfecta por eso empecé todo.

VI) PERCEPCIÓN ACTUAL

49) ¿Cómo es tu percepción respecto a comida ahora?
se que es importante primero para sentirme bien y luego para lucir bien y no al revés, me gusta alimentarme sano y cuidarme pero sin volver a exponer mi salud, que no es muy buena que digamos pues me hizo mucho daño padecer estos trastornos.

50) ¿Cómo describes a la mujer mexicana?
Es divertida, coqueta, femenina, inteligente pero también se deja influenciar por los demás. Sobre todo con la televisión (que ejerce un poder muy fuerte en quien la ve sin importar si es hombre o mujer) pero muchas veces es tan sumisa que no se da cuenta de que sí es fuerte, ella es la que se hace responsable de una familia y lo hace bien (las madres solteras; por ejemplo mi madre es muy fuerte).

51) ¿Cómo describes a una mujer bella?
Es una persona que sabe arreglarse (lucir los puntos bellos de su aspecto físico), tiene un físico que refleja salud (piel y cabello bonitos), tiene un cuerpo delgado pero que no es enfermo sin perder la forma natural del cuerpo femenino tiene cuerpo de mujer no de niño, es una mujer fuerte, segura en lo que quiere y sabe lo que tiene y lo que es (conoce las cosas buenas que tiene), es tierna, sabe ayudar a los demás y sabe disfrutar su vida.

47.- Sentimiento de enojo y retroflexión ¡estaba de malas y muy enojada y cuando sentía que estaba comiendo de nuevo otra vez me insultaba!. Se describe también un conflicto de polaridades: 1) La parte que se insulta por comer de nuevo y 2) la parte que tenía que volver a comer otra vez de forma normal.

48.- Introyecto “ser perfecta”.

Integración del caso.
Entrevista N° 8:

Esta entrevista duró aproximadamente tres horas, la participante mantuvo desde el comienzo hasta el final de la entrevista una actitud amable y muy bromista (esto último sucedió con mayor intensidad al comienzo de la entrevista); sin embargo en cuanto empezamos la entrevista intentó describir su experiencia de la manera en que la recordaba, todas las preguntas se contestaron.

Por otra parte, hubo un área específica donde se expresó con mucho enojo (área de pareja en el componente de otras relaciones sociales) expresó además que casi no comentaba nada al respecto porque no le gustaba enojarse hablando respecto al tema *¡me enoja tener que hablar de las cosas feas, en lugar que te diga lo bueno, tengo que hablarte de lo malo!*, sin embargo consideró oportuno hablarlo durante la entrevista. Se estableció en especial un ambiente de mucha empatía misma que me resultó útil para elaborar la entrevista, ésta se puede relacionar con la número nueve ya que las participantes son familiares.

De manera general el modo de relación identificado es el proyectivo en las relaciones familiares, de pareja, con el alimento.

Específicamente en el aspecto de relación de pareja surge la figura, en la cual se invirtió tiempo considerable para hablar (la necesidad de la participante) pues expresó que muchos detalles no los había comentado con nadie. En este aspecto se describe una experiencia obsoleta, diciendo “estar enojada con los hombres”, *¡antes de que me traten mal yo los trato mal a ellos!*. Mencionó que la relación violenta marcó las demás relaciones; sin embargo aún frecuenta a la persona que la violentó, la relación ha cambiado pero utiliza un hubierismo para alterar el sentido de la realidad respecto a la experiencia *¡si no me hubiera hecho tanto daño, hoy la relación estaría perfecta!*, tiene un conflicto entre dos polaridades: 1) La parte fijada *¡nunca más me vuelven a lastimar!* y 2) La parte *¡no quiero quedar mal con el!*. Generaliza y se comporta así con todas las personas del sexo opuesto *¡a todos mis novios los trato como accesorios!*. Finalmente la entrevistada también manifestó interés en leer las conclusiones de éste trabajo.

Entrevista N° 9

TRANSCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN
<p>I) DATOS GENERALES:</p> <p>1) ¿Cuál es tú nombre?: <i>Viridiana V.</i></p> <p>2) ¿Qué edad tienes?: <i>23 años.</i></p> <p>3) ¿Cuál es tú ocupación?: <i>desempleada.</i></p> <p>4) ¿Qué tipo de trastorno alimenticio has manifestado?: <i>Anorexia y bulimia (TANOD).</i></p> <p>5) ¿Qué escolaridad tienes?: <i>Licenciatura en relaciones comerciales (pasante).</i></p> <p>6) ¿Qué nivel socioeconómico tienes?: <i>Medio</i></p> <p>7) ¿Cuál consideras que es tu complexión?: <i>Delgada</i></p> <p>8) ¿Qué edad tenías cuando empezaste?: <i>Como 18 años (estaba en la voca).</i></p> <p>9) ¿Cuál era tu peso cuando iniciaste tu T.A?: <i>64 kilogramos y llegué a pesar hasta 50 kilogramos.</i></p> <p>10) ¿Cuál es tu peso actual?: <i>60 kilogramos.</i></p> <p>11) ¿Cuánto tiempo viviste con esta experiencia?: <i>Cuatro años.</i></p> <p>II) ESTRUCTURA FAMILIAR</p> <p>12) ¿Cuál es el papel que juegas en tu familia? <i>Soy la que los acompaño siempre en todo momento y a toda hora, soy la que los apoya en todo, a veces me siento como su ayudante o la enfermera, me piden algo y ¡ahí estoy aunque no me guste estar ahí siempre!.</i></p> <p>13) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación con tu familia? <i>Me gustaría que estuvieran menos enfermos, me refiero a que tengan mejor salud, porque tengo que cuidarlos mucho y apoyarlos cuando lo necesiten, tengo muchas veces que dejar mis cosa y no me gusta dejar lo mío al final y le dejo el cariño y amor que recibo de ellos, somos unidos y nos acompañamos y apoyamos en momentos más amenos.</i></p> <p>14) Descripción de la relación que tienes con cada miembro de tu familia <i>Con mi hermana me llevo muy bien, es como una amiga y así nos tratamos, nos tenemos mucha confianza, ahora más que nunca, nos conocemos como somos y nos aceptamos, a veces discuto con ella porque ¡me gustaría que me entendiera más!, es muy egoísta, enojona o caprichosa pero aun así la quiero mucho.</i> <i>Con mi mamá la relación es muy buena hablamos de todo y con confianza, me entiende mucho y ¡siempre se acerca a mi para que la ayude, es dependiente a mi porque estoy ahí!.</i> <i>Con mi “papá”, porque eso es para mi la relación es buena lo entiendo y me entiende, me acompañado en muchas de mis cosas, lo tomo mucho en cuenta aunque</i></p>	<p>4.- Presentó TANOD anorexia-bulimia.</p> <p>12.- El modo de relación es la confluencia, es permeable a todo y no establece límites.</p> <p>13.- Confluencia pues la frontera es permeable a aspectos nutricios pero también tóxicos.</p> <p>14.- Sentimientos de amor por su familia, introyectos: ¡tengo que cuidarlos mucho y apoyarlos cuando lo necesiten pero me gustaría que me entendiera más!</p>

sea enojón y berrinchudo, mi abuelita lo molesta mucho y yo a veces lo defiende porque el también me defiende de mi hermana. Y con mi abuela la relación es más de respeto, me consiente mucho más que mi mamá, me cuida mucho y es a la que quiero más y siento que es igual me quiere mucho también.

III) OTRAS RELACIONES SOCIALES

Amigos

15) ¿Cuál es el papel que juegas con tus amigos?

Soy la amiga que escucha y la paciente, doy consejos y organizo nuestras salidas, los ayudo mucho pero me gustaría que no fueran tan quejumbrosos, me gustaría que me oyeran más, me gustaría ser más escuchada que escuchar.

16) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación que mantienes con tus amigos?

No le cambiaría casi nada me gusta como es la relación con todos ellos tal vez me gustaría ser más escuchada más que escuchar.

Pareja

17) ¿Cuál es el papel que juegas con tu pareja (s)?:

No tengo pareja, estoy "soltera", pero cuando he tenido siento que soy la "mala" o la "enojona". Tener pareja no es lo más importante pero están después de mis amigos, me pueden apoyar y conocer pero si no es así no me preocupa mucho pues termino la relación y comienzo otra.

18) ¿Qué le cambiarías y que sería igual respecto a la relación de pareja?

Me hubiera gustado que en mi última relación, me buscaran más, era casi una relación de amigos y no de novios, nos conocíamos desde hace tiempo y ya lo conocía, me entendía pero yo no lo entendía igual y no supe como hacerle.

19) Descripción de la relación que tienes con tu pareja, que has tenido. Y ¿qué tienen en común

Soy más independiente que ellos, tal vez porque no soy muy cariñosa, esto me ha pasado en todas mis relaciones, pues cuando siento que no soy importante para ellos termino la relación sin pedir, ni dar explicaciones; además ¡me gustan las personas que están ocupadas!; es decir, a las que no puedo ver muy seguido, la comunicación es buena pero no es la mejor, de hecho mis relaciones amorosas terminan pronto. Mi pareja anterior (mi ex novio) era una persona muy ocupada, inteligente y sociable, ¡era más cariñoso que yo pero tampoco le gustaba el compromiso!. De hecho todos mis ex novios han sido personas que trabajan y estudian y hacen muchas cosas al mismo tiempo, se estresan y nunca han tenido tiempo de nada por eso yo no me porto tan

15.- Proflexión: soy la amiga que escucha y la paciente, pero me gustaría ser más escuchada que escuchar.

18.- Hubierismo respecto a la experiencia de compromiso.

19.-Proflexión, da pero no puede recibir y no pide, ¡soy tímida y poco cariñosa y en mis noviazgos, siento que no me quieren y que no me entienden y me voy o bien los trato mal!. Expresa que espera mucho del otro.

cariñosa como ellos han querido, ¡todos me han dicho que soy muy tímida o muy fría!, no hay mucho compromiso de mi parte. Y todas mis relaciones se parecen en que no se establece un “compromiso” serio o estable, terminan muy pronto, excepto en la última relación, el casi no me buscaba, era cómodo y “flojito” pues esperaba que yo hiciera más cosas para vernos pero considero que le tocaba más a él porque él era el que no tenía tiempo para verme porque tenía cosas más importantes. Soy tímida y poco cariñosa y en mis noviazgos, siento que no me quieren y que no me entienden y me voy o bien los trato mal (los dejo plantados, no les llamo, soy indiferente) cuando no recibo lo que espero, me enoja muy rápido con ellos, si no me atienden como quiero, no quiero continuar conociéndolos, en todas las relaciones me desespero de no encontrar lo que busco y me voy.

20) Descripción de la relación con el sexo opuesto:

Me llevo mejor con los hombres que con las mujeres, tengo más amigos del sexo opuesto me conocen y aceptan como soy, les tengo más confianza y creo que los conozco mejor.

Trabajo/ escuela

21) ¿Cuál es el papel que juegas en tu trabajo y con tus jefes y compañeros del trabajo (o maestros y compañeros de escuela)?

Me catalogaron como muy responsable e inteligente, (a veces yo no pensaba igual) pero me sentía contenta con el título, me la creí y lo demostraba, ¡todos confiaban en mí!, para realizar lo más pesado o difícil y sacaba bien el trabajo, me presionaba un poco no defraudarlos (compañeros y maestros).

22) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación (es) que mantienes en tu trabajo (o escuela)?

Mi vida se desarrolla a partir de la escuela, ahí conocí a mis mejores amigos y a mis parejas, me conocí como estudiante y a veces era una buena ocupación, me distraía y absorbía mi tiempo, me sentía ocupada en algo importante. No le cambiaría nada, de hecho la extraño le cambiaría el hecho de que en este momento ya no estoy estudiando pero me gustaría volverlo hacer estudiando un postgrado y quiero más de la escuela.

23) ¿Qué expectativas hay respecto a ti en cuanto este tipo de relación?

Son altas pues han esperado lo mejor de mí mis amigos, maestros y mi familia.

20.- Su relación como amigos s buena pero como novios no.

21.-Introyecto *¡me presionaba para no defraudarlos!, ¡me lo creía y lo demostraba!.*

22.- Deflexión *¡a veces era una buena ocupación, me distraía y absorbía mi tiempo, me sentía ocupada en algo importante!.*

IV) ASPECTOS DE SALUD:

24) ¿Qué conductas de riesgo consideras que has realizado (drogas, vida sexual o conductas delictivas) y cómo son?

¡Fumo muchísimo!, a veces dos cigarros diarios y si estoy nerviosa fumo más, de vez en cuando tomaba, no muy frecuente pero si mucha cantidad y aunque no era conflictiva si convivía con personas conflictivas de hecho en una ocasión llegué a los golpes con un grupo de personas muy agresivas y conflictivas, terminé en el hospital, ¡me arriesgue mucho y sin medir las consecuencias!.

V) DESARROLLO DEL TRASTORNO ALIMENTICIO.

25) ¿Cómo ha sido la relación que has tenido respecto a la comida en toda tu vida?

La comida es indispensable, a mi me hace feliz, ¡la comida es lo más bonito del mundo y fácil de conseguir!, me hace sentir bien, me gustan las cosas saladas y picosas, disfruto comiendo estas cosas más que otra cosa, sin la comida nos moriríamos, ¡es una necesidad pero también un antojo!.

26) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto a la comida?

La ven sin tanta importancia solamente saben que si no comemos bien nos enfermamos, la comida solamente hace fuerte tu organismo y lo dicen así.

27) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto al aspecto físico?

Dicen que no es importante porque hay cosas más importantes en una persona, pero yo digo que si es importante el aspecto físico ¡como ves a las personas así las tratas de primera impresión y esta siempre cuenta mucho!, yo soy así, cómo se ve una persona de primera impresión generalmente es así y conociéndolas mejor tal vez cambies de opinión pero no borras esa impresión de primera vez, a veces no necesitas conocer muy bien a la persona habla más su apariencia y esto no lo puede ignorar la gente.

28) ¿Qué parte de tu cuerpo no te gustaba y cómo deseabas que fuera?

El estómago, nunca me gustó que estuviera flácida y que no fuera plana tampoco me gustaban los “rollitos” de la espalda y mi pecho tampoco me gustaba era muy pequeño.

29) ¿Cómo era tu manera de comer cuando vivías tu T.A y cómo iniciaste?

Me preocupaba mucho por no comer tanto y empezaba a hacer varias cosas para que se me quitara el hambre, fumaba, tomaba café, estaba ocupada y tomaba mucha agua, a veces comía solamente una vez al día y ligero

24.- Deflexión, fumar desplaza la atención de los nervios, en cuanto a las otras conductas de riesgo se usa el modo de confluencia pues no se establecen límites.

25.- Confluencia, hay contacto con aspectos nutricios y tóxicos del ambiente por igual.

27.- Una creencia sustituida por otra, mi familia ve la apariencia sin tanta importancia, pero yo opino distinto, ¡la apariencia física son muy importantes!

29.- El modo de relación que utiliza la participante al inicio del T.A es la deflexión pues evita el contacto con el alimento ¡empezaba a hacer varias

(sólo verduras y fruta), me sentía “gordita” pues me comparaba con mi hermana que era muy delgada o con mis amigas, **quise bajar más de peso porque me di cuenta que los hombres se fijaban más en las mujeres delgadas, cuando empecé a bajar de peso los demás se fijaron más en mi. Al principio fue fácil no comer mucho pero cuando pude ver que con los laxantes si podía seguir comiendo cosas y bajando peso, lo continué haciendo hasta que ya veía que ya estaba flaca pero ¡todavía necesitaba bajar más de peso!**

30) ¿Cómo es que elegiste esa manera de comer y esa forma de relacionarte con la comida?

Al principio no me daba mucha hambre pero luego ¡se me antojaba comer pero me aguantaba para seguir flaca”, después me permitía comer algunas cosas pero me sentía culpable y me tenía que tomar laxantes o provocarme el vómito, nunca fueron los dos al mismo tiempo primero empecé con el vómito y luego con los laxantes, así cada vez que comía “comida mala” me tomaba algunos laxantes primero cómo lo indicaban las cajas o las botellas del laxante y luego los tomaba en exceso, si tenía que tomar dos capsulas o una cucharada, yo tomaba lo doble o hasta el triple, esto me resultó más efectivo y como ¡no lo hacía siempre sino cada vez que “caía en la tentación” de comerme dulces o grasas!, se me hizo algo fácil pues nadie se daba cuenta.

31) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu familia cuando padecías tu T.A?

No sé si eran problemas, pero mi hermana me hacía burla de mi aspecto físico, me decía que ¡ya estaba muy “gordita”!, yo sentía que había subido de peso mucho, me decía también que ¡no se me veía bien su ropa!, me reprimía en comer algunas cosas y me regañaba por haber subido de peso.

32) ¿Qué problemas experimentabas en relación a la escuela cuando padecías tu T.A?

Tuve problemas con una “amiga” y con el que era mi novio en ese momento casi todos me decían que cambiaré y que fuera más como ellos, en esos momento mis calificaciones bajaron pues no quería entrar a clases, ya no tenía ánimos, me preguntaba muchas veces “¿qué es lo que tengo que hacer para los demás?” y si tenía que ser lo que otros quieren cuando los demás me lo dicen para evitar que se molesten. Discutía con ellos y quedamos muy mal, con una de ellas las cosas legaron a los golpes.

cosas para que se me quitara el hambre! (anorexia). Creencia ¡los hombres se fijan más en las mujeres delgadas!

30.- Proflexión, no recibe nada, ni lo pide, ¡se me antojaba comer pero me aguantaba para seguir flaca!, la necesidad primordial de hambre no se atiende y se deja de poner atención en las sensaciones para atender pensamientos: ¡cada vez que comía “comida mala” (creencia) me tomaba algunos laxantes, me sentía culpable!. El demonio del crecimiento son los introyectos “no debo comer comida mala” y “no debo caer en la tentación (comer dulces o grasas)”.

31.- Burlas del aspecto físico y represión ideológica, una necesidad no se lleva a su satisfacción debido a ideas “no debo comer ciertas cosas”.

32.- Confluencia, ¿qué es lo que tengo que hacer para los demás?, ¡hacer lo que otros quieren cuando los demás me lo dicen para evitar que me molesten!.

<p>33) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tus amigos cuando padecías tu T.A? <i>Me estresaba mucho con ellos, se desesperaban verme tan nerviosa y con tal de estar sola hacía lo que me pedían aun sí a mi no me gustaba, estaba dispuesta a complacerlos con tal de que me comprendieran un poco, me entristecía que se comportaran así conmigo de hecho algunos me llegaron a insultar, criticar y a burlarse de mí. Me sentía comprometida a realizar lo que me pidieran para no tener problemas con ellos pero me seguía sintiendo decepcionada.</i></p> <p>34) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu pareja cuando padecías tu T.A? <i>Me sentía “traicionada” y triste porque muchos de los que eran mis “amigos” o novios se enojaban conmigo por ningún motivo razonable, sentía que no me querían y que no sabía que hacía con ellos, a veces si me consentían y me traban muy bien pero eran pocas las ocasiones donde me tomaban en cuenta.</i></p> <p>35) ¿Consideras que existía algún otro problema en relación a tu vida cuando padecías tu T.A? <i>A veces hasta me mareaba mucho y sentía ganas de ir al baño a cada instante, empezaba a tomar ya muchos laxantes, tenía que tomar mucha agua y físicamente me sentía muy mal, apenas empezaba con la bulimia.</i></p> <p>36) ¿Tenías amistades o relaciones cercanas con alguien que padeciera algún T.A o algún problema respecto a su percepción corporal? : <i>Si, mi mejor amiga tenía bulimia y mi hermana anorexia.</i></p> <p>37) ¿En tu familia algún miembro ha padecido algún T.A?: <i>Si, mi hermana.</i></p> <p>38) ¿Quines son, qué edad tienen y qué T.A. presentaron? <i>Mi hermana tiene 20 años y tuvo anorexia aunque no estoy muy segura, pero por lo que me dijo y pude ver eso fue lo que tuvo.</i></p> <p>39) ¿Qué consideras que influyo más para que se presentaran estos t.a en tu familia? <i>Querer ser atractivas para los muchachos, desde que entramos a la vocacional nos dimos cuenta (mi hermana y yo) que queríamos llamar la atención de nuestros amigos pero en particular, no quería que se burlaran de mi por ser “gordita” como lo hacían con algunas compañeras, quería ser flaca para que me reconocieran como una “niña bonita que quisieran conocer”.</i></p> <p>40) ¿Cómo era la percepción que tenías de tu cuerpo? <i>No me daba cuenta que estaba adelgazando tanto, yo sentía que tenía que seguir bajando de peso, quería seguir bajando de peso y de talla pero después cuando</i></p>	<p>33.- El modo de relación es proflexión, se busca satisfacer una necesidad (estar sola), pero no se pide y por lo tanto no hay satisfacción de ésta, “hacía lo que me pedían, aunque no me gustara, estaba dispuesta a complacerlos con tal de estar sola, pero me seguía sintiendo decepcionada”.</p> <p>34.- Sentimientos de tristeza y desamor ¡sentía que no me querían y que no sabía que hacer con ellos!.</p> <p>35.- Efectos del T.A. en el organismo.</p> <p>40.-Desensibilización, atiende los pensamientos y desplaza los sentidos, la figura no queda clara</p>
--	---

me ponía la ropa ya no me quedaba, me quedaba muy grande, tuve que ponerme la misma ropa varias veces y aun así tenía mis dudas.

41) ¿Cómo era tu carácter con los demás en ese mismo momento (T.A)?

Cambiaba mucho cuando estaba con los demás me sentía alegre, me sentía acompañada, había muchachos y amigos a mi alrededor pero en cuanto estaba sola así me sentía sola y era una sensación que no me gustaba, ¡me daba miedo estar sola!

42) ¿Cuál era tu estado de ánimo más frecuente; es decir qué sentías más a menudo?

Estar acompañada me ayudaba a no sentirme culpable por todo lo que hacía para no estar sola, creo que era miedo.

43) ¿En que momento te diste cuenta de lo que te estaba pasando (en relación a tu T.A)?

Cuando todos me decían que estaba muy flaca y cuando se enteró mi amiga y mi hermana me regañaban y no querían verme mal, no me había dado cuenta por mi misma sólo hasta que todos me decían que no me veía muy bien y que debía de comer de todo.

44) ¿Cómo te DC que necesitabas ayuda?

No me di cuenta porque yo quería bajar de peso todavía y porque hasta que todos los demás me regañaban por estar tan flaca me puse atención, ¡tuve que ponerme la misma ropa que me quedaba grande varias veces y aun así todavía tenía mis dudas!

45) ¿Qué problemas físicos y consecuencias en tu cuerpo resultaron de tu T.A?

Tengo estreñimiento, a veces se me baja la presión, se me irregularizaron mis menstruaciones, se me altero el sueño (dormía muchas horas o no dormía) además mis dientes estaban muy amarillos y con caries.

46) ¿Qué problemas sociales y consecuencias con los otros resultaron de tu T.A?

Solamente me costaba mucho trabajo ponerle límites a los demás de lo que no me gustaba hacer o no quería hacer, ¡ya no quise otra vez hacer las cosas para los demás!, me sentía en esos momentos muy mal y me arriesgue varias veces.

47) ¿Qué problemas emocionales y consecuencias en tu estado de ánimo resultaron de tu T.A?

Me volví una persona muy miedosa, era insegura pero ahora más, tenía que pedir muchas opiniones a los demás

“tuve que ponerme la misma ropa que me quedaba grande varias veces y aun así todavía tenía mis dudas”.

42.- Deflexión, la compañía desplazaba la atención de la experiencia de sentirse culpable.

46.- Confluencia, no establece límites con el otro y la frontera de contacto es totalmente permeable, la zona interna de sí mismo contacta con el sentimiento de malestar y hay un DC ¡me arriesgue llegando hasta la violencia!

47.- Hay un DC en la zona interna de sí mismo respecto al cambio que hubo en ella misma, hay

antes de decidir algo, era más feliz antes cuando era flaca aunque tampoco quería parar en el hospital como mi hermana.

48) ¿Qué factor consideras que influyó más para que padecieras este T.A?

El hecho de quererme ver mejor para los demás y sentirme más segura y bonita, sin que me criticaran y sin que me dijeran que era lo que tenía que hacer.

VI) PERCEPCIÓN ACTUAL

49) ¿Cómo es tu percepción respecto a comida ahora?

Comer resulta placentero, me agrada la comida pero también es “tentadora” y puede llevarte a problemas muy serios.

50) ¿Cómo describes a la mujer mexicana?

Es una mujer egoísta y sumisa al mismo tiempo, piensan más en otros que en ellas mismas, fomentan el machismo y lo consienten, deberían pensar más en ellas y ser más ambiciosas, buscar para ellas también bienestar.

51) ¿Cómo describes a una mujer bella?

Es una mujer llena de reconocimientos y los demás pueden verlos, es inteligente, independiente, exitosa y se ve estéticamente bien.

contacto con sentimientos de miedo e inseguridad y estos se reconocen.

Integración del caso.

Entrevista n° 9:

Esta entrevista se puede relacionar con la entrevista número ocho, la participante se mostró muy abierta a responder todo tipo de preguntas, pero antes de comenzar quería saber la diferencia entre los distintos trastornos y acerca de la investigación, pidió leer las conclusiones de la tesis y solicitó los cassettes de grabación cuando terminara ésta. La participante de forma general estaba inquieta se movía mucho y quería fumar, tuvo una actitud relajada cuando comenzamos la entrevista pero fue incrementándose más su inquietud y sus movimientos corporales. Finalizando dijo que se puso muy nerviosa, pero que le había servido mucho realizar la entrevista, hubo mucha empatía y confianza pues también yo me sentí de esta manera realizando la entrevista.

La participante muestra un modo de relación prolectivo la frontera de contacto no es del todo cerrada pero se cierra al momento de pedir o recibir algo del exterior; los sentimientos con los que hace contacto los reconoce como insatisfacción, frustración y tristeza, esto debido a que los demás no la entendían, este tipo de relación se da en diversos ámbitos en la relación familiar, de pareja, de amigos y hasta con el mismo trastorno y conmigo misma, siempre está esperando pero nunca recibe.

La manera de ver al alimento y la forma de relacionarse con él, la define el demonio del crecimiento introyectos, solamente al inicio del trastorno permanece sin comer nada, evitando contactar con la comida. Cuando experimenta bulimia, las fronteras de contacto se abren (a introyectos y alimento) pero no totalmente abiertas y los aspectos tóxicos y nutricios no se asimilan, son introyectados por igual, tiene partes negadas de sí misma que percibe como “gordas”. Presentes en el ámbito de pareja, familiares y amigos. En otro momento la frontera de contacto se abre por completo y el modo de relación se torna confluyente, ya no se establecen límites y entran todo tipo experiencias, da y recibe pero ahora con sentimientos de miedo e inseguridad que puede reconocer.

Entrevista N° 10

TRASCIPCIÓN	DESCRIPCIÓN
<p>I) DATOS GENERALES</p> <p>1) ¿Cuál es tú nombre?: <i>Laura D.</i></p> <p>2) ¿Qué edad tienes?: <i>22 años.</i></p> <p>3) ¿Cuál es tú ocupación?: <i>Empleada de un negocio.</i></p> <p>4) ¿Qué tipo de trastorno alimenticio has manifestado?: <i>anorexia y bulimia (TANOD).</i></p> <p>5) ¿Qué escolaridad tienes?: <i>Nivel medio superior trunco (cuarto grado de bachillerato).</i></p> <p>6) ¿Qué nivel socioeconómico tienes?: <i>Medio</i></p> <p>7) ¿Cuál es la complexión que tienes?: <i>Media</i></p> <p>8) ¿Qué edad tenias cuando empezaste?: <i>Desde los quince años aproximadamente.</i></p> <p>9) ¿Cuál era tu peso cuando iniciaste tu T.A?: <i>120 kilogramos.</i></p> <p>10) ¿Cuál es tu peso actual? : <i>64 kilogramos (es lo menos que he llegado a pesar) a partir de que comencé con las drogas baje muchísimo de peso (no sé cuanto llegue a pesar en ese momento) pero no tuve que recuperar mucho peso después, me he mantenido casi en el peso actual.</i></p> <p>11) ¿Cuánto tiempo viviste con esta experiencia? <i>Como tres años con la bulimia y tal vez más con anorexia, no me acuerdo del todo.</i></p> <p>II) ESTRUCTURA FAMILIAR</p> <p>12) ¿Cuál es el papel que juegas en tu familia? <i>La autoridad son mis dos tías, mi hermana y yo solamente convivimos con ellas y su familia (mi primo y mi tío), casi no estamos en la casa pues mi hermana está en la escuela y yo en el trabajo. Trato de llevarme bien con todos ellos pero no jugamos un papel específico en la familia, tal vez mi hermana por ser la más chica es la más privilegiada.</i></p> <p>13) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación con tu familia? <i>Le cambiaría la comunicación a veces la forma que nos educaron y siguen educando es muy rígida y como son ya algo grandes mis tíos no nos entendemos bien, me gustaría que nos comprendieran más pero la convivencia es muy buena me siento muy bien cuando estamos reunidos, si tenemos algún problema cuando estamos todos juntos se arreglan.</i></p> <p>14) Descripción de la relación que tienes con cada miembro de tu familia: <i>Con una de mis tías, la que es soltera, no me llevo muy bien es con la que discuto más, es menos flexible a escuchar, siento que no me entiendo, porque no pudo hacer su vida.</i> <i>Mi otra tía es más comprensiva ha jugado el papel de madre. Me dice que soy la “ilusión” de las mujeres de la</i></p>	<p>4.- Presentó el TANOD anorexia-bulimia.</p> <p>12.- Tiene la creencia de que ella no juega ningún papel específico en la familia pero su hermana menor es la más privilegiada.</p> <p>14.- Sentimiento de incompreensión, confluencia que usa para irresponsabilizarse de sus actos: <i>¡las cosas se hacen como ella decide!, ¡tengo que ceder a sus caprichos!;</i> y proyección</p>

<p><i>casa. Con mi tío me llevo muy bien es como un amigo para mi, de hecho así nos tratamos.</i></p> <p><i>Con mi primo la relación es más de convivencia, es muy tranquilo y centrado hablo mucho con el de mis cosas (amigos, novios o de mi hermana).</i></p> <p><i>Con mi hermana la relación es muy buena pero las cosas se hacen como ella lo decide la mayoría de las veces ¡manipula a los demás! y tengo que ceder muchas veces a sus caprichos, esperaría que yo cambiara y que mi carácter fuera otro ¡quiere que sea más agresiva y menos tímida!, no le gusta que llore.</i></p> <p>III) OTRAS RELACIONES SOCIALES</p> <p>Amigos</p> <p>15) ¿Cuál es el papel que juegas con tus amigos?</p> <p><i>Ya casi no tengo amigos, mis actividades me han limitado mucho (tenía más cuando iba a la escuela) pero era más la amiga de la diversión y el “relajo” que la amiga para los aspectos personales, solamente una de mis amigas sí era también una persona con la que contaba para platicar de mis asuntos personales con más confianza, casi no me atrevía a hablar con ellos de mis problemas.</i></p> <p>16) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación que mantienes con tus amigos?</p> <p><i>La relación que tengo con mi amiga es perfecta no le cambio nada, me gusta como he llevado esto en mi vida hasta ahora.</i></p> <p>Pareja</p> <p>17) ¿Cuál es el papel que juegas con tu pareja (s)?</p> <p><i>A veces no se que papel juego en este momento, mantengo un noviazgo difícil pues no sé que papel me den (novia o amiga), esta es una relación complicada, es una persona casada y mucho mayor que yo, por lo que siento que solamente estoy “jugando” sin desempeñar un papel que me guste.</i></p> <p>18) ¿Qué lugar ocupa tu pareja en tu vida?</p> <p><i>Importante pero no el más importante, podría decir que el segundo lugar, trato de darle tiempo para él pero no siempre podemos convivir como me gustaría.</i></p> <p>19) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación que mantienes con tu pareja?</p> <p><i>Le cambiaría la infidelidad pero le dejo igual que es una persona tranquila (no es agresiva o violenta como otros) puedo hablar de muchas cosas con él, me cuida y protege.</i></p> <p>20) Descripción de la relación que tienes con tu pareja:</p> <p><i>Es una relación de mucho afecto, podemos hablar de lo que sea, me acepta y lo acepto tal cual como es, él me acepta, me cuida y protege, nos entendemos mucho pero ¡después de este engaño me decepcionó y no sé cómo estoy con él, como que estoy confundida!, por el hecho de que no sé que papel tengo en la relación actualmente.</i></p>	<p><i>¡quiere que sea más agresiva y menos tímida, no le gusta que llore!, son aspectos que están negados y los proyecta en su hermana.</i></p> <p>15.- Deflexión, evitaba el contacto con los demás comportándose divertida y “relajienta”.</p> <p>17.- Confluencia, ¡no sé que papel me dan! Y sentimiento de insatisfacción.</p> <p>20.- Conflicto entre los sentimientos de decepción y amor.</p>
--	---

<p>21) ¿Qué expectativas de tu pareja hay respecto a ti? <i>Espera que le demuestre más mis sentimientos y no sea tan reservada, le gustaría que fuera más cariñosa y hable más de cómo me siento.</i></p> <p>22) Descripción de la relación con el sexo opuesto: <i>Soy muy tímida con ellos, me alejo mucho pues no quiero llevarme mal con ellos, casi no les tengo confianza me cuesta mucho trabajo ser abierta y sociable con ellos, cuando tengo confianza si puedo ser más abierta ya no me da tanta pena.</i></p> <p>23) Descripción de las relaciones de pareja que has tenido (¿cómo han sido y qué tienen en común?): <i>La infidelidad, la violencia, física sexual y psicológica ha estado presente en todas las relaciones que he tenido, ¡los engaños han sido lo peor!, he estado en relaciones destructivas con persona agresivas, han sido con persona mayores que yo y algunas han sido con hombres casados (muchas veces no lo sabía), todos me decía que era muy “fría o seca” que querían que fuera más cariñosa y he desempeñado muchas veces el papel de madre o hermana, me cuesta trabajo llegar a decirles que los quiero por lo que aprendí ha ser más detallista.</i> Trabajo/ escuela</p> <p>24) ¿Cuál es el papel que juegas en tu trabajo y con tus jefes y compañeros del trabajo (o maestros y compañeros de escuela)? <i>En la escuela y en el trabajo siempre me dijeron que era una persona muy responsable, procuraba desempeñarme bien en la escuela, ¡era mi obligación!, en el trabajo me desempeño bien y cumplo con mis deberes.</i></p> <p>25) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación (es) que mantienes en tu trabajo (o escuela)? <i>La escuela ya no la veía como obligación me costaba trabajo presentarme con todos los problemas que tenía, ¡necesitaba más apoyo!, le cambiaría el hecho de haber necesitado más para sacar adelante la escuela, fue difícil para mí.</i></p> <p>26) ¿Qué expectativas hay respecto a ti en cuanto este tipo de relación? <i>De parte de la escuela, los maestros se sentían orgullosos de tenerme cono alumna y me lo dijeron muchas veces, trataba de estar bien clases y en exámenes.</i></p> <p>IV) ASPECTOS DE SALUD:</p> <p>27) ¿Qué conductas de riesgo consideras que has realizado (drogas, vida sexual o conductas delictivas) y cómo son? <i>De todas, fumaba y tomaba mucho después empecé con la droga (cocaína, crack, éxtasis) y llegue a tomar antidepresivos, había ocasiones en que combinaba todo y</i></p>	<p>21.- La frontera de exposición, no está totalmente abierta a la expresión de los sentimientos de cariño.</p> <p>22.- Deflexión evita los problemas y la sociabilidad, la frontera es permeable siempre y cuando exista la confianza.</p> <p>23.- Aislamiento, la frontera de contacto se cierra para evitar la violencia y la infidelidad pero también para expresar sentimientos de cariño.</p> <p>24.- Introyecto <i>¡cumplir mis deberes!</i>, se usa bajo el rol de empleada y estudiante responsable.</p> <p>27.- Todas estas conductas de riesgo son retroflexiones <i>¡buscaba morirme!</i>, hay señales de somatismos <i>¡me cortaba o me marcaba la piel!</i>.</p>
---	--

hasta las llegue a vender; intenté en algunas ocasiones suicidarme, yo misma me lastimaba (me cortaba o me marcaba la piel), me involucraba con personas conflictivas, que consumían droga y que eran violentas o estaba involucrados en conductas de riesgo (pandillas o gente violenta), me involucraba a veces en peleas (con hombres y mujeres) o buscaba pleito. Además el inicio de mi vida sexual fue a mis 17 años y no tenía ninguna precaución (no usaba preservativo). Me hice ocho perforaciones (sólo conservo una) y no tenía muchos cuidados de éstas, además tengo un tatuaje, todos estos me los hacía casi sin pensarlo. Dejé de consumir drogas hace de hecho ¡casi me muero de una sobredosis!, ya no tomo, me deje de hacer perforaciones, actualmente fumo solamente tabaco. Por todo lo anterior bajé de peso muchísimo y no comía o me provocaba el vómito cada vez que comía algo, ¡buscaba morirme!, era consciente de lo que estaba haciendo, quería bajar de peso rápido y permanentemente o buscaba que me hicieran caso.

V) DESARROLLO DEL TRASTORNO ALIMENTICIO

28) ¿Cómo ha sido la relación que has tenido respecto a la comida en toda tu vida?

La comida es parte de nuestra nutrición, se necesita para vivir, pero la veo todavía como algo que me engorda, se que es necesaria pero ya no me importa la comida que me hace bien o me hace mal, me alimento porque quiero vivir.

29) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto a la comida?

Mi familia tiene la misma opinión de esto, no creo que piensen otra cosa.

30) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto al aspecto físico?

*Ellos si consideran el aspecto físico como algo importante, es parte de la personalidad, habla de la persona más que otra cosa, **tienen la opinión que alguien que se arregla y se ve bien vale, pues quien no se arregla demuestra que es una persona irresponsable (vago) o bien es una mala influencia, ¡yo no me arreglaba como a ellos les gustaba! o como ellos decían por lo que ¡yo era una mala influencia y una vaga!, me sentía criticada por sus opiniones en relación al aspecto físico** y con mi hermano y mi papá era una presión ser delgada, cuando empecé a subir de peso me hacían comentarios hirientes de mi complexión y me criticaban por ser gorda.*

31) ¿Qué parte de tu cuerpo no te gustaba y cómo deseabas que fuera?

Deseaba bajar de peso y talla de forma completa. Quería verme muy flaca de talla tres, como las novias de mi hermano, quería parecerme a una modelo, ese era mi prototipo, no me gustaba nada de mí.

28.- Tiene la creencia de que el alimento engorda pero satisface su necesidad de nutrición.

30.- La creencia de que el aspecto físico si es importante se proyecta ¡Ellos consideran el aspecto físico como algo importante!.

31.-Deseo de bajar de peso y talla, desagrado por sí misma.

<p>32) ¿Cómo era tu manera de comer cuando vivías tu T.A y cómo iniciaste? <i>Primero fue dejar de comer algunas cosas (dulces o grasas), no intentaba hacer dietas más bien no quería comer o cuando comía muy poco, como consumía drogas no me daba hambre además de que realizaba todo tipo de “remedios caseros”, no quería hacer ejercicio y tampoco quería dejar de comer ¡la bulimia era mi solución! a veces comía en la noche a escondidas para que no se dieran cuenta cuanto comía.</i></p> <p>33) ¿Cómo es que elegiste esa manera de comer y esa forma de relacionarte con la comida? <i>Quería bajar de peso pronto y sin dejar de comer, desde que falleció mi mamá empecé a subir de peso y no me gustaba no gustarle a los chicos, de hecho de niña era delgada, pero en mi adolescencia sí me presionaban para bajar de peso (no quise fiesta de quince años por esto), me presionaban para que me cuidara y no subiera más de peso pues empezaba a subir y ya no era tan delgada, a veces ¡yo misma me burlaba de mi peso!, me decían tanto que me pusiera a dieta que sentía que nadie me iba a querer si no lograba bajar de peso, ¡me quedé con la idea de que la mujer debe de ser delgada!, me desesperaba de no poder bajar de peso hiciera lo que hiciera.</i></p> <p>34) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu familia cuando padecías tu T.A.? <i>Quería demostrarles que no me importaba lo que me dijeran (de cómo me juzgaban o criticaban) y ¡me hacía la fuerte!, quería demostrarles que no me afectaba lo que me decían, esperaban que fuera distinta a como era.</i></p> <p>35) ¿Qué problemas experimentabas en relación a la escuela cuando padecías tu T.A? <i>No entraba a clases porque no me sentía bien, no tenía caso que asistiera a la escuela en esas condiciones, en ese entonces me encontraban los maestros afuera de la escuela en pijama porque me corrían de la casa y no me dejaban entrar en toda la noche tenía que irme algún lugar y ese lugar era la escuela, algunos de mis maestros me veían afuera de las clases pero no me decían nada, me ayudaban y me dejaban presentar sólo mis exámenes, dejé la escuela por esto, estaba ya muy mal por el trastorno y por mi adicción.</i></p> <p>36) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tus amigos cuando padecías tu T.A? <i>Ninguno en particular de hecho ellos eran los que me cuidaban y yo sentía que los metía en problemas a ellos,</i></p>	<p>32.- Deflexión, el uso de las drogas y de la bulimia evitaba la sensación de hambre y el contacto con la comida con el ejercicio.</p> <p>33.- Deseo de bajar de peso rápido, gustarle a los chicos y ser delgada, retroflexión ¡a veces yo misma me burlaba de mi peso! Y se DC de la relación entre la muerte de su madre y su incremento de peso.</p> <p>34.- Represión, no demuestra lo que siente pues atiende primero la idea de <i>¡hacerse la fuerte!</i>, la frontera de exposición está cerrada <i>¡quería demostrarles que no me afectaba lo que me decían!</i>.</p> <p>35.- Identificación de la necesidad principal, atender la condición de su adicción y de su T.A.</p>
--	--

me apoyaron desde que estaba en las drogas y me acompañaron hasta que tuve la oportunidad de verlos.

37) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu pareja cuando padecías tu T.A?

Sufría con relaciones violentas y agresivas, los muchachos se burlaban de mí, me comparaban, me criticaban, llegaron a realizar diversos comentarios de mi aspecto físico y me eran infieles, había violencia de todo tipo.

38) ¿Consideras que existía algún otro problema en relación a tu vida cuando padecías tu T.A?

Casi todo lo anterior se dio en mi etapa adolescente como de los 15 a los 18 o 19 años.

39) ¿Tenías amistades o relaciones cercanas con alguien que padeciera algún T.A o algún problema respecto a su percepción corporal?

Tenía algunas amigas que tenían obesidad y otra que tenía anorexia, además mi tía también tenía obesidad.

40) ¿En tu familia algún miembro ha padecido algún T.A?

Sí una de mis primas y su hija, son parte de la familia de mi papá.

41) ¿Quines son, qué edad tienen y qué T.A presentaron?

Mi prima tenía 35 años aproximadamente y su hija tenía trece años. La primera tuvo anorexia y su hija bulimia.

42) ¿Qué consideras que influyó más para que se presentaran estos T.A en tu familia?

La desinformación que teníamos y que recibimos de la televisión fue un factor importante, es un medio poderoso donde las influencias de las modas y la industria le tomamos mucho en cuenta.

43) ¿Cómo era la percepción que tenías de tu cuerpo?

El espejo era mi enemigo casi no me gustaba mirarme en el, lloraba enfrente de éste y me preguntaba ¿por qué no bajaba de peso?, me reprochaba a mi misma esto, no me gustaba nada de mí me percibía fea y gorda.

44) ¿Cómo era tu carácter con los demás en ese mismo momento (T.A)?

Me sentía sola o triste.

45) ¿Cuál era tu estado de ánimo más frecuente; es decir qué sentías más a menudo?

Estaba insensible tantos cambios repentinos no me hacían sentir nada, ¡ya no sentía nada!, no quería que nada me doliera.

37.- Confluencia la frontera de contacto permanece abierta al contacto tóxico sin ningún límite.

43.- Su autopercepción es de “gorda” y “fea”, retroflexiona cuando se reprocha al mirarse al espejo.

44.- No le queda claro lo que experimenta (figura), lo confunde con tristeza o soledad.

45.- Desensibilización, no reconoce las sensaciones que experimenta, evitaba el contacto con el dolor ¡no quería que nada me doliera!.

<p>46) ¿En que momento te diste cuenta de lo que te estaba pasando (en relación a tu T.A.)? <i>Me di cuenta que tan mal seguía, cuando mi hermana se dio cuenta y me dijo que no quería verme mal y me enseñó la fotografía de una mujer con anorexia, cuando mi hermana expreso así sin tantas palabras a sus 17 años, “me cayó el veinte” que no estaba tan recuperada de todo lo anterior como yo creía.</i></p> <p>47) ¿Cómo te D.C. que necesitabas ayuda? <i>Ya había tocado fondo con todo lo anterior pero esto era algo de lo que no me di cuenta igual, ya me habían dolido muchas cosas no puse atención en lo que me quedaba (la vida).</i></p> <p>48) ¿Qué problemas físicos y consecuencias en tu cuerpo resultaron de tu T.A? <i>Anemia, descalcificación, cansancio por falta de vitaminas, lesión en la traquea, perdí la regularidad de mi regla por ocho meses, caída del pelo, perdí uní una pieza dental (premolar), sangrado de encías, reflujo con sangrado, caries, manchas en la piel, celulitis, estrías y varices.</i></p> <p>49) ¿Qué problemas sociales y consecuencias con los otros resultaron de tu T.A? <i>Celos, inseguridad y desconfianza en los demás (parejas).</i></p> <p>50) ¿Qué problemas emocionales y consecuencias en tu estado de animo resultaron de tu T.A.? : <i>La consecuencia más grave fue una depresión.</i></p> <p>51) ¿Qué factor consideras que influyó más para que padecieras este T.A.? <i>La presión familiar de tener que bajar de peso y mi propia presión, ya no sabía que estaba comiendo, todo lo anterior me desensibilizó mucho.</i></p> <p>VI) PERCEPCIÓN ACTUAL</p> <p>52) ¿Cómo es tu percepción respecto a comida ahora? <i>Se que es algo necesario para vivir, ya no la veo como a un enemigo, estoy aprendiendo a comer y a satisfacer mis necesidades (salud) por medio de esta.</i></p> <p>53) ¿Cómo describes a la mujer mexicana? <i>Es una persona que necesita quedar bien con los demás, que necesita satisfacer lo que otros necesitan y hace lo que los demás quieren por miedo, es machista así como muchos hombres pues viven como la sociedad les pide sin ser iguales.</i></p> <p>54) ¿Cómo describes a una mujer bella? <i>Es una mujer inteligente, que expresa sus sentimientos para ella y para los otros, es una mujer que se valora y sabe cuales son sus virtudes, busca su desarrollo y se acepta como es.</i></p>	<p>46.- creencia de estar recuperada, logra un DC respecto a su condición con la vivencia de su T.A, se proyecta en la fotografía que le muestra su hermana.</p> <p>48.- Efectos corporales del T.A.</p> <p>49.- Sentimientos de inseguridad y desconfianza.</p> <p>50.- Efecto emocional del T.A.</p> <p>51.- La creencia de tener que bajar de peso la proyecta en la presión familiar, llega al DC de su estado de desensibilización.</p>
---	--

Integración del caso.

Entrevista nº 10:

Esta entrevista duró aproximadamente tres horas, la participante es conocida de la entrevistada quien la invitó a participar al verla interesada en la investigación, al finalizar expresó que nunca habló del asunto con alguien y que participar fue muy útil, de hecho pidió leer las conclusiones del escrito cuando haya finalizado la investigación.

Particularmente el apartado de desarrollo del trastorno fue el más difícil de contestar para la participante, lo expresó conforme respondía la entrevista, aunque también fueron evidentes las distintas reacciones, tono de voz, enrojecimiento de la cara y hablaba tímidamente pero le dedicó más tiempo a éste apartado, de hecho fue con el que quiso iniciar la entrevista.

El modo de relación al inicio del trastorno era el de confluencia la frontera se abría a todo tipo de contacto especialmente en la relación de pareja y en la relación familiar, después el uso de las retroflexiones (intentos de suicidio y las conductas de riesgo) pretendían llamar la atención. Además el grado de desensibilización que presentaba era importante *¡estaba insensible tantos cambios repentinos no me hacían sentir nada, ya no sentía nada!*; finalmente después del trastorno el modo de relación es deflexión pues evita el contacto con el sexo opuesto (infidelidades) pero tampoco muestra afecto o cariño hacia los demás, solamente cuando tiene mucha confianza es cuando se abre al contacto.

5.2 Discusión de los datos de las entrevistas.

Gran parte de la vida de la persona que padece T.A, ha sido un importante conflicto que surge cuando intenta resolver sus múltiples necesidades de *Nutrición*, para esto tiene que atenderse, DC y llegar a la acción pero en su experiencia, esta tarea resulta muy difícil, su verdadera necesidad no la resuelve, por eso se siente infeliz, insatisfecha e insegura, solamente que no se DC de su situación; sin embargo, cada caso es muy particular y hemos observado que así como existen ciertas particularidades en cada una de nuestras entrevistadas, también hay algunas tendencias que nos llaman la atención. Las diferentes entrevistas realizadas muestran los siguientes aspectos:

Se realizaron diez entrevistas que describen cómo se desarrolló el trastorno en cada participante, los T.A que se revisaron fueron: *Anorexia* (1 caso) que comenzó a los 13 años, *TANOD Anorexia- Bulimia* (4 casos) que comenzaron el trastorno a los 18, 21, 15 y 14 años, *TANOD Bulimia-Anorexia* (1 caso) inició a los 18 años, *Obesidad* (2 casos) iniciaron a los 8 años y 34 años, *TANOD Obesidad-Bulimia* (1 caso) inició a los 8 años y *Bulimia* (1 caso) inició a los 12 años.

Cuando se realizó la entrevista, las diez participantes se ubicaban en un rango de edad entre los 20 y 52 años, solamente la participante que tenía 52 años, era madre de dos hijas que presentaron T.A (hijas con edades de 18 y 24 años), una de ellas participó en la investigación, debido a esto es que se tomó en cuenta a esta participante y por la cual el rango de edades abarca hasta los 52 años, con esto nos podemos dar cuenta que:

Todas las participantes describieron que existen antecedentes de sobrepeso dentro de su estructura familiar y al menos un caso de T.A (contemplado la obesidad como uno de ellos). Por lo que esto se relaciona con el origen del padecimiento. Carrasco (2000) argumenta que la anorexia es ocho veces más común en las personas que tienen parientes con el trastorno que en personas que no tienen antecedentes familiares.

Con excepción de la participante de 52 años, todas las entrevistadas nacieron alrededor de los años ochentas (81-89); momento en el que México pasaba por sus peores crisis económicas, en las que los modelos económicos cambian y se daba apertura a la tecnología y mercado internacional, cambió la alimentación de los mexicanos, cambió

la producción y distribución de alimentos (Marti, 1995). El trastorno aparece alrededor de los años noventas, época en la que el mercado del cuidado del cuerpo y la industria *light* tienen un “boom”. En México el primer producto que incursionó en el mercado del “mundo saludable” fue el agua saborizada “*light*” (AMAI, 2004). Los cambios en la alimentación se determinaron por los cambios económicos, esto fue un factor que disparó los T.A.

En los tres casos en el que el T.A es la obesidad, el nivel socioeconómico de las participantes fue bajo, en los demás T.A el nivel socioeconómico fue medio, de igual forma sucede con la complexión, las personas que padecieron obesidad tienen complexión gruesa y las demás participantes consideran que tienen una complexión media, exceptuando un caso (bulimia-anorexia) que considera tener una complexión delgada.

En todas las entrevistas las participantes describen patrones de crianza muy rígidos (Introyectos), en los que la figura de autoridad es quien los establece (el padre, alguna tía o abuela).

De las participantes, siete expresaron ser *hijas primogénitas* en las que los introyectos “*ser responsable*” y “*ser ejemplar*” fueron los principales, éstas expresaron haber padecido obesidad, bulimia o TANOD en los que la bulimia estuvo presente (en dos casos las participantes fueron hijas menores), el rechazo a estos introyectos fue notorio pues describieron comportamientos que ellas consideraron como rebeldes y de total desacuerdo con éstos introyectos, una de ellas tuvo anorexia y la otra presentó el TANOD obesidad-bulimia, finalmente hubo una sola persona que padeció anorexia pero no era ni hija menor ni primogénita sino hija intermedia.

Todas las personas entrevistadas consideraron como *valores* la perfección, el reconocimiento de los demás y la delgadez del cuerpo; destacando en la manera de alimentarse y comportarse los introyectos recibidos a lo largo de su educación, los que provienen de la estructura familiar principalmente (aunque muchos se recibieron también en la relación de pareja) entre ellos encontramos: “*debes ser responsable*”, “*debes ser la mejor en tus actividades*”, “*debes ser reconocida*”, “*debes de ser obediente*”, “*debes de comportarte*”, “*debes de ser ejemplar*”, “*debes ser fuerte*”,

“*debes de limitarte*”, y “*debes ser delgada*”. En los tres casos de obesidad también se mencionaron “*debes dejar de comer tanto*”, “*debes de comerte todo*” y “*debes bajar de peso*”. Estos introyectos desarrollaron *conductas de autoexigencia*[♦] que se presentaron en todos los casos de T.A.

Las conductas de autoexigencia son formas de autodevaluación por lo que podemos considerar que son una manera de violencia emocional contra el sí mismo (retroflexiones) ésta se presentó en todos los casos.

Por otra parte, *todos los casos* manifestaron haber vivenciado *violencia en las relaciones de pareja*, de tipo físico, sexual y emocional (manipulación) que estuvo presente no sólo en las relaciones de pareja sino que en la relación familiar se describió la violencia emocional (sobreprotección), la violencia física y violencia sexual (burlas al aspecto físico, al cuerpo de la participante), además hubo un solo caso en que la violencia emocional se extendió a la estructura de amigos y al aspecto laboral.

En ocho casos también se presentan conductas violentas contra sí mismas (autoagresión), en forma de conductas de riesgos que se usan para evitar el contacto con el dolor que implica la vivencia del trastorno, de manera muy particular hubo cuatro casos en los que la retroflexión agresiva derivó en intento de suicidio.

En ocho casos, la escuela fue el medio para deflectar el contacto con la tristeza, soledad o dolor, pues era el espacio en el que se buscaba sobresalir y obtener reconocimiento. En los diez casos bajar de peso y talla (verse delgada) era el principal motivo para obtener reconocimiento y afecto de los demás.

En cuanto al inicio del trastorno, todas las participantes expresaron que comenzaron eliminando algunos alimentos como azúcares, grasas o carbohidratos y disminuyendo raciones, con la intención de bajar de peso o talla de manera rápida.

La parte del cuerpo que pretendían modificar todas las entrevistadas era el estómago, la cintura y los llamados “rollitos” o “lonjitas” que les resultaban desagradables, todas tenían el ideal de bajar de talla, pero en tres casos el uso de la ropa ajustada fue el

♦ Capítulo 1, Efectos que produce la bulimia en la conducta.

principal motivo para reducir talla, aunque siete personas deseaban también cambiar su peso y su imagen corporal.

En todos los casos *el ideal de belleza del cuerpo femenino* que dominaba el pensamiento durante la vivencia del T.A (excepto en los casos de obesidad) era el de la complexión delgada, con un abdomen sin tejido adiposo, pues el concepto de *gordo* se relaciona con tener “panza”, de esta manera se refirieron todas las participantes a su abdomen cuando padecían el trastorno. De aquí podemos intuir la concepción de belleza de las participantes, todas manifestaron que éste concepto lo conforman cualidades, actitudes y experiencias que la persona tiene hacia sí misma, la belleza de alguien se refleja en la forma de su cuerpo. Ocho de las entrevistadas consideraron que la delgadez no implica belleza; sin embargo, dos casos en los que la despersonalización y la desensibilización aun están muy marcadas, sí consideraron que la belleza implica tener un cuerpo delgado.

En cuanto a los factores que consideraron que influyeron más para que padecieran el trastorno, todas las participantes consideraron que los hábitos alimenticios que aprendieron dentro de la estructura familiar se relacionan estrechamente con su padecimiento. Pero dos casos consideraron que la carrera de *danza* también fue un factor importante que influyó en su padecimiento (anorexia).^ψ

En cuanto a las consecuencias que el T.A produjo en el cuerpo de las participantes mencionan: La fluctuación abrupta del peso corporal en los diez casos (que va entre los 20 y 5 kilogramos), estrías y celulitis (diez casos), caída del cabello (dos casos), gastritis (ocho casos), estreñimiento (diez casos), lesiones en la garganta (dos casos), caídas de piezas dentales (un caso), caries (10 casos), variaciones menstruales (diez casos) y desensibilización con la experiencia de hambre que se confundía con ansiedad, tristeza o enojo (diez casos).

^ψ Una entrevista extra realizada a un varón que se interesó en participar en la investigación (Anexo 1) también considera que la carrera de danza puede influir en el padecimiento de T.A pues la construcción de cuerpos delgados es una de las metas de muchos maestros. Esta entrevista muestra la perspectiva de los varones acerca de la vivencia de los T.A.

También se puede decir que *la culpa* mantenía el trastorno en las participantes y modificaba el significado de la comida, con los casos de T.A (excepto obesidad) se rechazaba todo el contacto con la comida que se considera causante del sobrepeso “comida grasosa”, “comida mala”, o “comida prohibida” la comida significaba *normas, mandatos y violencia*. Cuando no era posible evitar este rechazo se experimentaba culpa, incluso la sensación de hambre era percibida como la principal causante de culpa.

En cambio, en los tres casos de obesidad la comida significaba *afecto y amor*, pero a la vez reglas, normas, mandatos y violencia que no se aceptan, contactan con la comida pero también experimentan culpa, en este caso comer genera culpa.

Respecto a los modos de relación que se experimentan con las mujeres que reentrevistaron tenemos:

- Las participantes que padecieron T.A que implica bulimia manifiestan conductas de riesgo relacionadas con las adicciones, su modo de relación determinante fue *fijación*.
- En cuanto a las participantes que padecieron T.A que implica anorexia, presentan como modo de relación más frecuente la **deflexión**.
- Y las personas que padecen obesidad la **retroflexión** es el modo de relación principal.
- En todos los casos los Introyectos funcionan como demonios de crecimiento.

5.3 Propuesta de Tratamiento.

La importancia del DC a partir de la experiencia corporal es fundamental para el trabajo en psicoterapia gestalt, trabajar con técnicas corporales desarrollará sin duda la atención en la zona interna de la persona, si se estimulan sus sensaciones por medio de estas técnicas, la persona será capaz de llegar al DC y con ello podrá hacerse consciente de sus experiencias sensoriales, emocionales y por ende de sus necesidades, que es lo que no puede hacer la persona que padece un T.A (como la bulímica).

De tal modo que atender y tratar un t.a. como la bulimia utilizando el contacto físico, potencializará mucho más el trabajo psicoterapéutico. Específicamente la **técnica corporal** será la herramienta principal para **movilizar la energía** que está “atorada” en el cuerpo *moviéndola y guiándola a la sensación y de ahí a la acción.*

Tomando en cuenta nuestro modelo del ciclo de experiencia de la persona bulímica (Figura 3, en el Cap. 3) nos percatamos que la persona permanece en estado de desensibilización dificultando que atienda a sus experiencias sensoriales (a menos que sean lo suficientemente dolorosas como para DC de ellas), por lo que sus deflexiones e introyecciones tienen una funcionalidad, que de algún modo la ayudan a sobrevivir.

La persona con T.A es capaz de “contactar” con el medio y abrirse a la sensación; si le proporcionamos una manera para que la persona vuelva a la experiencia sensorial y pueda atender su condición física de una forma no tóxica. Esta manera tendría que ser con apoyo de una técnica corporal que le *permita atender y percibir* lo que experimenta *en este momento.*

Por lo tanto, el uso de la técnica que proponemos se encamina a:

- ❖ **Movilizar la energía contenida** en el cuerpo creando una experiencia sensorial que pueda reconocer la persona con bulimia y que le permita DC de su condición física-anímica guiando la energía de la sensación a la acción congruente.

Considerando que en la persona con bulimia la energía está atorada buscaremos *movilizar la energía* creando experiencias en la paciente que le permitan percibir y DC de una manera potente pero no amenazante. Guiando la energía para que fluya y forme figuras que sea capaz de atender la persona y con las que se pueda trabajar el DC.

Esta técnica es congruente en términos metodológicos con el enfoque gestáltico, pues considera los procesos físicos y psicológicos como partes de la unidad que es el organismo, en el que el uso del contacto físico tiene una intención terapéutica. Por tal razón consideramos su uso en el tratamiento de la bulimia, específicamente porque *sensibilizará* a la persona, a su experiencia corporal que le resulta inaccesible o confusa (considerando el modelo del ciclo de experiencia de la persona bulímica Figura 3, en el Cap. 3) además porque al movilizar la energía estancada en la persona se desarrollará poco a poco una consciencia corporal que le facilitará el DC de cómo construye su trastorno y sea capaz de cambiarlo.

Tal propuesta plantea el uso de la técnica corporal de movilización de energía como una herramienta que el terapeuta gestáltico puede utilizar para comenzar el trabajo con la paciente que tiene bulimia, ya que al permanecer insensibilizada por la vivencia del trastorno, el experimento gestáltico no está al alcance de quien padece T.A pues confundirá fácilmente sus sensaciones con pensamientos y no logrará los objetivos de la T.G.

Las siguientes fotografías muestran el uso de la técnica corporal de **movilización de energía**²:



A



B



C



D



E



F

² Las fotografías A y B muestran la *técnica de movilización de energía* en la que se usa un *toque firme* de mesoterapia que pretende afectar el flujo de la energía en la persona para que ésta haga contacto con sus sensaciones, la fotografía C pretende movilizar la energía con varias vibraciones leves en la planta de los pies con la intención de intensificar el contacto excitando la energía, las fotografías D ilustra la técnica cuando se pretende movilizar la energía con movimientos lentos en las manos, la fotografía E pretende movilizar la energía con movimientos ligeros con la intención de señalar una tensión muscular para que ésta se atienda y la fotografía F muestra movimientos firmes que pretenden dirigir la atención a ese foco y movilizar el flujo de energía hacia el.

CONCLUSIONES

La vivencia de la bulimia es una experiencia muy impactante para la persona que la padece, para su familia y su círculo de relaciones sociales pues todo los ámbitos de su vida se ven afectados, la salud física y mental se ven reflejados en sus relaciones sociales que a medida que avanza el trastorno produce mayores consecuencias y lesiones, que no sólo dejan marcas en el cuerpo sino también en la autoestima y en todo el sentido de sí misma; la persona deja de atender sus sensaciones y sus pensamientos o creencias las sustituyen, viviendo en una pseudorealidad, ¿cómo construye esta manera de actuar en el medio sin resolver ninguna de sus necesidades?. Los análisis de las entrevistas indican aspectos de vital interés para comprender cómo se construye el T.A y para determinar para qué se mantiene un comportamiento en el que la persona se daña a sí misma.

Considerando la información obtenida con las entrevistas se pueden formular las siguientes conclusiones generales:

1. La función del T.A bulimia puede entenderse con base en un modelo específico: El ciclo de experiencia de la persona bulímica.

Este modelo ilustra la complejidad del trastorno y al mismo tiempo explica cómo el proceso de bulimia es la mejor respuesta que puede dar la persona afectada ante la incapacidad de hacer lo que no está a su alcance (*asimilar*) y en cambio realiza lo que sí está a su alcance que es construir “alternativas de acción” que la colocan en un una zona segura y que no es tan arriesgada como la realidad que rechaza y en la cual no es capaz de actuar; es decir explica la funcionalidad del trastorno con base en el contexto de la *pseudorealidad* en la que vive la persona que lo padece.

Estas “alternativas de acción” son las constantes introyecciones, deflexiones y fijaciones que realiza a lo largo del ciclo y que la encaminan a la *pseudosensación* para ser exactos: *la culpa*, que es lo *único que puede reconocer* y que soporta para “actuar” y experimentar sensaciones útiles en la autorregulación orgánica, como el dolor y la ansiedad con los que sí puede funcionar.

La persona bulímica permanece desensibilizada a causa de la repetición constante del ciclo satisfaciendo *pseudonecesidades* que la hacen vivir en su *pseudorealidad*, pues en la realidad no podría. Para vivir en ésta última, primero tendrá que DC del *proceso* en el que se encuentra, *la sensación* es el principio de todo el ciclo; sin embargo la *sensación* que es capaz de reconocer por medio de éste ciclo es *el dolor*, el cual puede atender, pero bajo el contexto de insensibilidad en que vive, el dolor que experimente necesitará ser lo suficientemente intenso para DC de él y enfrentarlo, de este modo rehabilitará su sensibilidad. La bulimia entonces es el ajuste creativo ante la incapacidad de sentir y sirve para producir la sensación de dolor; que en el contexto gestáltico no se considera nocivo en sí mismo, sino de gran utilidad, en el sentido de que indica en qué parte del cuerpo existe un estímulo tóxico o un proceso dañino.

La re-sensibilización al dolor le impedirá a la bulímica seguir en su fijación ante el *deseo* de ser o verse delgada y *bella* a cualquier costo, y le permitirá volver a nutrirse en sus *múltiples dimensiones: alimentación* (necesidades básicas), *afecto* de sí misma y de otros (necesidades complejas) y ¿porqué no? la satisfacción de *necesidades superiores* como el conocimiento propio, y el cuidado corporal como parte del cuidado de la naturaleza.

2. Podemos redefinir la bulimia a partir del concepto de nutrición.

Si aceptamos que la persona con bulimia vive en un ciclo de la experiencia que se repite una y otra vez, transformándose en una gran experiencia obsoleta de la que difícilmente podrá DC sin experimentar dolor, podemos entender que la persona bulímica responde de esta manera a su amplia necesidad de ***nutrición*** (*de alimento y afecto*) tratando en el fondo de cumplir un deseo: ser bella y reconocida por los Otros.

- La bulimia es un proceso de autorregulación en el que las distintas dimensiones de la nutrición no pueden ser satisfechas pues se reduce la capacidad de asimilación para la satisfacción de necesidades, aceptando más las *creencias* que las *experiencias*.

Podemos entonces decir que el proceso de la bulimia es también *creado* por la necesidad urgente de experimentar satisfacción. Sin embargo, en la vivencia de la bulimia, se sustituyen las experiencias sensoriales por las *creencias*, que se viven como algo real como nos muestran todos los testimonios de las entrevistadas, la persona construye casi psicóticamente una pseudorrealidad en la que sus creencias desplazan a sus sensaciones. La autorreferencia: “*estoy gorda*” no se puede asimilar porque es una fantasía que se proyecta en el espejo, esta condiciona comportamientos basados en Introyectos: “*deberías bajar de peso*”, “*deberías de dejar de comer tanto*”, “*deberías de cambiar*”, etcétera; la palabra “*deberías*” implica hacer “algo” para, cambiar la realidad rechazada, alejando aun más a la persona de la realidad, del aquí y el ahora, ya que la autorreferencia de la gordura es una creencia, pues no ha comprobado en su experiencia sensorial que esto sea cierto, porque no experimenta sensaciones, cabe señalar que el contacto tóxico con expresiones de los Otros tales como: “*se burlan de mi cuerpo*”, “*me piden que cambie mi apariencia, mi peso, mi cuerpo, etc.*”, “*me rechazan*”, la confunden así como todos los introyectos que escucha, esto hace imposible la asimilación pues no sabe lo que siente y lo que cree; no asimila, pues asimilar implica el DC, que es algo que la persona no logra, precisamente porque vive en una pseudorrealidad que no le permite atender la experiencia sensorial y experimentar claramente sus sentimientos.

3. La función de la Culpa en el padecimiento de la bulimia.

Sabemos ahora que, el ciclo de la bulimia funciona con la culpa al introyectar: reglas, mandatos, creencias e ideas que no se asimilan, la incapacidad de DC de la persona afectada, la lleva a un *conflicto*, entre atender su necesidad de nutrirse (alimento) y su deseo ser reconocida (ser delgada), esto hace de la bulimia una experiencia obsoleta.

Sin embargo, el dolor que produce esta experiencia obsoleta no es la única sensación que se experimenta, también está la *ansiedad*, considerando la teoría de la *inhibición dental de Perls (Op. Cit)* en este caso, la persona bulímica *crea* un sentimiento: *culpa*, ésta es el medio para descargar la agresión dental (que se inhibe en el trastorno, engullendo la comida o bien privándose de ella) originada de la ansiedad y al no ser atendida, esta energía se manifiesta en forma de purgaciones y consecutivos atracones.

La bulimia implica un conflicto entre la satisfacción de dos “necesidades” en apariencia antagónica: comer (necesidad) y ser delgada (pseudonecesidad). Ante la incapacidad para conciliarlas la persona *crea* su propio ajuste: la experiencia obsoleta, en la que la *culpa* juega el papel principal.

La culpa genera malestar y si la persona puede atenderlo, enfrentarlo y DC de él, entonces será capaz de asimilarla, las experiencias obsoletas en las que se convierte la relación familiar, la relación de pareja (sobre todo), la relación con el ambiente y con ella misma, involucran la culpa; si la persona logra DC de ella y lo que la produce, entonces es su mejor espejo y el dolor que genera posibilita el cambio.

4. Los valores estéticos que impulsa la Sociedad Mexicana son confluentes con el concepto de belleza creado por el hombre blanco anglosajón, que es imperante en Europa y Estados Unidos.

Aunque los testimonios de las entrevistas, en ocho de diez casos no coinciden con la idea de que la sociedad mexicana concibe la *belleza* como un valor, la belleza es un concepto de estética que en la actualidad se vincula con la *delgadez*, los cuerpos de las personas delgadas son considerados, bellos, si además son “altos”, “blancos”, “de ojos claros” y “jóvenes”, éste ideal de belleza introyectado se busca con tal afán que se mutila el cuerpo, todo tipo de cirugías desde el by pass gástrico hasta las cirugías cosméticas. Se transforma totalmente el cuerpo, tratando de eliminar todas las diferencias, complejiones, razas, sexos y edades, la diferencia y diversidad respecto a este ideal estético occidental cada vez se tolera menos entre las jóvenes mexicanas.

La sociedad occidental ha transformado un concepto estético en deseo y luego en una “necesidad”, (nosotros diríamos pseudonecesidad) que rige nuestro comportamiento, determina actitudes, establece leyes, creencias y destruye la salud; alcanzar éste ideal implica negar al cuerpo que es, transformándolo en lo que “debe ser”, alterando su salud, su identidad y a veces su historia, por un poco de reconocimiento, que aún así no está garantizado.

Específicamente México es un país muy lastimado por éste ideal de belleza occidental, lastimado desde la destrucción de su civilización indígena, cuando la colonización

española saqueó su riqueza, sus recursos, su *diversidad*, este saqueo se ha repetido muchas veces en la historia Nacional, que ha definido la *dependencia* de nuestro país en muchos sentidos, pero sobre todo en su economía: los constantes cambios y crueles modelos económicos que se han implementado, los cambios sociales y culturales que han acarreado; ha transformado a la sociedad mexicana no sólo en el sentido social y económico más obvio, sino que ha transformado hondamente su cultura. El dolor presente en su historia lo ha consolidado como país solidario, la terrible pérdida acontecida en el sismo del ochenta y cinco agravó más la situación económica del país, y cambió la educación de sucesivas generaciones, en el sentido mas amplio cambió la cultura, las tradiciones, las costumbres y los valores, la apertura al mercado extranjero transformó la visión y manera de experimentar los cambios, se les tiene miedo.

La cultura que tenemos hoy día, no permite que nuestra sociedad se reconozca cómo país endocolonizado, lastimado y mucho menos que reconozca esta incapacidad para percibirse como país que se lastima; se lastima con sus leyes, con su estructura, con sus introyectos y sus formas de mutilar el cuerpo, su sexualidad y su humanidad; destroza su realidad, la fragmenta y la aleja de la experiencia de percibirse como humanidad, la sociedad mexicana encuentra en los valores importados una forma de mantenerse unida, de reconocerse como parte de algo, como parte del mundo moderno, su *biculturalidad* la pone en un gran conflicto ¿ser indígena o ser española?, el mestizaje ha sido incompleto y entre sus múltiples efectos están los T.A., de los que han sido víctimas no sólo la mujeres que entrevistamos, sino sus padres que padecen junto con ellas la transformación dramática de su cuerpo, sus emociones y sus pensamientos, tragaron junto con el alimento las normas, reglas, creencias y modos de vida inasimilables de Occidente, pues crecieron con la limitación de sus experiencias, rechazando su cuerpo tal como es y sufriendo la culpa por ello; el significado de la obesidad y de la comida traspasó el cuerpo y dejó en él una profunda cicatriz que les pregunta ¿quién eres?, ¿cuál es tu historia? y ¿cómo llegaste hasta aquí?. Pero ¿qué podemos hacer al respecto sí este es el contexto en el que vive la persona con bulimia, en el que no puede atender su sensaciones y mucho menos puede asimilar estos introyectos?.

5. La técnica corporal de movilización de energía es una propuesta de tratamiento psicoterapéutico de la bulimia.

La psicoterapia gestalt con las *técnicas corporales* ofrecen una alternativa integral para comenzar con el proceso de psicoterapia para atender a la persona que tiene bulimia, ante la desensibilización en la que se encuentra, *la técnica de movilización de energía* es una herramienta para que la persona llegue a la sensación, al DC, y a la acción, descubriéndose tal como es, enfrentándose a sus necesidades y deseos de una manera consciente y aprendiendo nuevas habilidades que la acerquen al desarrollo del sí misma, esto cada vez acerca a la persona al verdadero proceso de nutrición, en el que asimilará lo que necesita, aprenderá a relacionarse con el ambiente que la rodea, de una manera distinta, en la que sea capaz de poner límites ante lo tóxico (violencia, rechazo, sufrimiento), y que sea capaz de contactar con lo nutritivo (el amor, el cuidado y la comida) que ella misma puede darse y recibir, dar y darse, este nivel de nutrición es de los más elementales para todo ser humano, es una experiencia que desconoce la persona con bulimia o con cualquier T.A pero que puede conocer sí se atreve y es capaz de perdonarse por ser como *Es*, sólo así descubrirá su verdadera belleza. Y al terapeuta también lo ayuda, a descubrirse como una persona que forma parte de ese complejo fondo en el que puede hacerse partícipe con su cuerpo, con sus sensaciones y su DC para guiar en el desarrollo a la persona con bulimia que dentro de su culpa y su dolor está dispuesta a descubrirse como es, creando una nueva forma de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, S. (1994). *Anorexia y Bulimia: Desórdenes Alimentarios*. Madrid. Editorial Alianza
- Aizpuru, A. (2005) “Vigorexia : Prisión del Gimnasio”. Fundación Ellen West Juvat. En Línea
- Aizpuru, A. (2005) “Ortorexia: Obsesión por lo saludable”. Fundación Ellen West Juvat. En Línea
- Alcaráz, J. René. “Ciclo de la Experiencia y el papel de la atención”. **Figura Fondo**. 2002 (11) 81-92
- Alcaráz, J. René. “Darse cuenta y atención. Una reflexión conceptual”. **Figura Fondo**. 2001 (5) 35-56
- Alcaráz, J. René. “El hubierismo como cuarto demonio del crecimiento”. **Figura Fondo**. 2006 (20) 67-77
- Alcaráz, J. René. (2002) “Creencias y procesos psicosomáticos”. En: López, R. Sergio (Ed). **Lo corporal y lo psicosomático: Reflexiones y aproximaciones III**. México, Ediciones CEAPAC
- Alfaro, E. (1999). *Mujeres en busca de una nueva identidad*. México. Editorial Herder.
- Araiza, E. (2005). **Obesidad: producto de un proceso llamado retroflexión**. Tesis de Licenciatura en Psicología. México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Asociación Mexicana de Agencias de Investigación (AMAI). “Mercadotecnia y Trastornos Alimenticios”. Encuestas (2004), (2006) Y (2007).
- Bejla, R. (1990). *Anorexia y Bulimia un nuevo padecer*. México. Editorial Paidós.
- Berry, K. (2000). *Técnicas de quirófano*. México. Editorial Harcourt-Brace Mosby.
- Bilger, S. (1998). “Vigorexia la Epidemia moderna” En: Ferrer, V. Victor (Ed) **Trastornos Alimenticios**. México. Editorial Alianza.
- Blanco, J. (1996). “Educación política y economía”. México Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México. Difusión Cultural.
- Castro, A. “Una batalla contra la báscula”. **Fondo Figura**. 1997 (1) 77-93
- Capra, F. (1996). **La trama de la Vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos**. Barcelona. Editorial Anagrama.
- Crispo, R., Figueroa E. y Guelar, D. (1996). *Anorexia y bulimia. Mapa para recorrer un territorio trastornado*. México. Editorial Gedisa.
- Cohen, J. “la autoexigencia como generadora de estrés, angustia y vacío existencial”. **Figura Fondo**. 2002 (12) 100-109
- Chibchilla, A. (2003). “La anorexia en los últimos 30 años”. Fundación Ellen West Juvat. En línea.
- Dubós, A. (1991). *Factores psicológicos de la bulimia y anorexia*. Barcelona. Editorial Paidós.
- Ducker, A. (1995). *Anorexia Nerviosa y bulimia*. México. Editorial Harla.
- Encuesta Nacional de Salud Mental. “La obesidad en México” (2003). En Línea Núm. 1
- Escobar, V. (1992). *Fundamentos de Filosofía y psicología*. México. Editorial Polígono.

- Fagan, J. y Shepherd, I. (1989). *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Gestáltica*. Ed. Amorrortu.
- Fundación México Unido. (2005) “Derechos de los Jóvenes”. En: Comisión Nacional de Derechos Humanos. En Línea (Artículo 8 y 9 CNDH).
- González, S. (2005). “*Sintomatología de la Anorexia y bulimia nerviosa en universidades privadas y públicas*”. (3) 220-226
- Guedes, L. (2004). *Educación y Globalización: Algunas reflexiones*. México. Editorial Santillana.
- Herder, G. (2002). *Las prisiones de la comida*. Barcelona. Editorial. Harla.
- Hemken, K. (2005). *Sobre violencia*. Madrid. Ediciones Taurus.
- Hernández, M. (2003). “La industria de la Vanidad”. En : Santoni, P. (Ed). *Más bella en el cementerio: Confesiones de una joven adicta a las dietas*. México Ediciones BelaCQVA.
- Herscovicci, E.(1997). *Bulimia y Anorexia*. Argentina. Editoriales Morata.
- Higashida, B. (1995). *Educación para la Salud. México*. Interamericana Mc GrawHill
- Kepner, J. (2000). *El proceso corporal. Un enfoque Gestalt para el trabajo en psicoterapia*. México. Editorial Manual Moderno.
- Leavel, L. (1965). *Conductas Alimentarias. Guía para familiares y amigos*. Barcelona. Ediciones Noriega.
- Luna, V. (1998). “*Las ganancias detrás de la belleza*”. Vol.1. Revista de Mercadotecnia. En línea.
- Mancilla, A. (1999). *Anorexia y bulimia trastornos del comer*. Barcelona Editorial Planeta.
- Mangweth, A. (2001). *Trastornos Alimenticios*. Barcelona. Editorial Planeta.
- Martí, A. (1995) “*Como vender belleza*”. Análisis de tendencias del mercado mexicano. Centro Universitario de México. División de Estudios Superiores Administración de empresas.
- Markessini, A. (1994). *La estética, el arte y la cultura*. México. Gedisa.
- Medina, B. y Nava, A. (2007). *La obesidad como un problema emocional*. Tesis de Licenciatura en psicología. México Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Mendoza, E. (2001). *Bulimia*. México. Editorial Trillas.
- Meza, D. “La bulimia como ajuste creativo en la Adolescencia y su abordaje Gestáltico”. **Figura Fondo**. 1998 (4) 107-136
- Morandé, G. (2002). “*La nueva anorexia*”. En: Martínez, L. Marco (Ed) **Sociología para la salud**. (1) 142-149
- Morin, E. (1999). *La cabeza bien puesta*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Narclone, G. (2004). “*Más allá de la anorexia y la bulimia*. México. Editorial Paidós.
- Perls, F. (1975). *Yo, hambre y agresión. Los comienzos de la terapia gestáltica*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Perls, F. (1974). *Sueños y existencia. Terapia gestáltica*. Chile. Editorial cuatro Vientos.
- Polster y Polster. (1991). *Terapia gestáltica*. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.
- Rausch, C. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia: Amenazas a la Adolescencia*. Madrid. Ediciones Paidós.
- Ríos, L. (2000). “*Trastornos de la Alimentación: Pesadilla para las mujeres*”. Universidad del Valle de México. Área Salud (1).Enero-Marzo

- Rivera, Y. (2005) “¿Qué son los productos ligh?”. En: *Mercadotecnia Actual* México. Editorial Harla.
- Rhodes, E. (1983). *Avances en el estudio de los Trastornos Alimenticios*. Barcelona. Ediciones Herder.
- Rodas, R. (2006). *Economía básica*. México. Editorial Limusa.
- Ruíz, L. (2005). *Conductas crónicas en la Anorexia y Bulimia*. México. Editorial Trillas.
- Salama, H. (1999). *El enfoque gestalt. Una terapia Humanista*. México. Editorial Manual Moderno.
- Sánchez, B. “El obeso y las enfermedades desde un enfoque gestáltico”. *Figura Fondo*. 2000 (3) 45-64.
- Savater, F. (1997). “El valor de educar.” *Instituto de Estudios Educativos y sindicales de América*. Editorial Ariel.
- Sinay, S. (2002). *Géstalt para principiantes*. Buenos Aires. Editoriales Era Naciente.
- Tinahones, F. (2003). *La bulimia nerviosa: Una experiencia Clínica*. México. Editorial Mc Graw Hill
- Turón, N. (1997). *Desórdenes en la Alimentación*. Buenos Aires. Ediciones Barcelona.
- Villamil, I. “La alimentación: Un modo de relación conmigo misma”. **Figura Fondo**. 2000 (4) 123-134
- Walsh, S. (1997). “Lidiar con los problemas de la vida: bulimia y depresión”. Universidad del Valle de México. *Revista de investigación clínica*. Vol. 52 (3) Marzo-Mayo.
- Yontef, G. (1995). *Proceso y diálogos en psicoterapia gestáltica*. Chile, Editorial Cuatro Vientos.
- Zinker, J. (1979). *El proceso creativo en la psicoterapia gestáltica*. Argentina. Editorial Paidos.
- Zuriban, A. (2000). *Sociología de la educación*. Madrid. Editorial Nancea.

ANEXO 1

Esta entrevista no se tenía contemplada, surgió a lo largo de la investigación pero aporta datos que complementan la información al respecto al padecimiento T.A., se llevó a cabo poco después de realizar la entrevista número cinco, en la cual se menciona la influencia que tiene la preparación de los alumnos en la carrera de danza o actuación acerca de la relevancia de perder peso para permanecer y continuar en ésta carrera con éxito. El entrevistado es un varón que al enterarse del proyecto, se interesa en participar voluntariamente aunque sale del contexto femenino, resultó interesante escuchar su vivencia.

I) Datos Generales:

- Nombre: Jonathan V.
- Edad: 26 años
- Ocupación: Bailarín profesional contemporáneo.
- Escolaridad: Licenciatura en Sociología y carrera en Danza Contemporánea.
- Nivel socioeconómico: Medio
- Peso: 65 kilogramos
- Altura: 1.77
- Complexión: Delgada.

II) Área profesional

1. ¿Cuáles son las áreas culturales a las que te dedicas?

Danza contemporánea.

2. ¿Cuánto tiempo llevas en esto de la danza, actuación?

Inicie a los 19 años en la danza aproximadamente llevo 7 años aproximadamente, tal vez un poco más pues empecé en teatro.

3. ¿Cómo iniciaste?

Siempre me llamaron la atención las artes empecé en actuación pero conocí el trabajo en danza y me gustó más, hice una audición para entrar a la escuela, un examen y me quedé pero fue muy difícil mantenerme, el trabajo es muy estricto, tenía que montar una coreografía y contestar el examen.

4) ¿Qué expectativas profesionales tenías antes de entrar a esta profesión?

Esperaba desarrollarme lo mejor posible porque es muy difícil entrar pero también lo es mantenerse, todo depende de la institución según la institución es la exigencia, yo estude en el INBA¹, pero desde que entré a la carrera cambie muchas cosas de mi vida, siempre quise y esperé lo mejor. Pero no era lo que esperaba pues la carrera requiere todo tu tiempo y dedicación, no era lo único que hacía (sociología) y como toda carrera tiene puntos flacos por lo que tenía que sacrificar actividades, es todo un proceso de preparación desde el momento que entras.

5) ¿Con que obstáculos te has encontrado en tu trayectoria profesional?

La carrera es muy cara tienes que estar viajando y tomar distintos cursos para complementarte, además el tiempo es un obstáculo considerable pues las rutinas, ensayos o tareas llevaban incluso semanas de planeación sobretodo por los viajes y tuve que cambiar de empleo varias veces. En cuanto al trabajo dentro de la carrera los profesores y la visión que tienen puede hacer la diferencia en presionarte o no (exigencia) pues son muy tradicionalistas y es una carrera que va más allá de la preparación Física, es un cambio corporal, mental y global de ti mismo.

6) ¿Existen medidas de disciplina?, ¿cuáles son, respecto al cuidado del físico para el trabajo en escenarios?

El trabajo de los cuerpos es muy especial pues los maestros construyen cuerpos, tienes que estar preparado para transformar la estructura de tu cuerpo lo más parecido al estándar que se maneja la danza (delgada y media) y para saber manejar las críticas pues la perfección es algo muy valorado, las comparaciones son directas y muy severas, la competitividad está a tope pues solo hay un solo papel estelar o bien el personaje requiere cierto soporte emocional y te preparan los maestros para sensibilizarte o bien fortalecerte. La danza pretende la expresión integral de ti, tu cuerpo es la forma de expresarte y con tu trabajo en escena cambia, se enfatizan los puntos buenos que tu cuerpo tiene, la estructura ósea trata de moldearse a la de los bailarines internacionales (alemanes o rusos), los mexicanos no somos así y el trabajo comienza desde muy temprana edad, no todos soportan el trabajo que se realiza pues es muy estricto cambian tu cuerpo pretenden alargarlo, estilizar tus piernas, la cadera

¹ Instituto Nacional de Bellas Artes.

tiene que ser muy estrecha, debes tener músculo marcado y trabajado pero no puede estar voluminoso, sino delgado, largo, estético. Por ejemplo en los hombres la estructura ósea se define a los veinte años (muchos de los hombres que entramos a la carrera iniciamos tarde y el trabajo aumenta al triple si necesitas trabajar el cuerpo), en niñas se define hasta los veintitrés años o veintiuno y la estructura ósea que se requiere es tal vez más pesada pues mucho del cuerpo femenino es grasa, en danza lo menos que se quiere en el cuerpo es tejido adiposo, se destaca mas bien el músculo o la estructura ósea, pómulos, espalda, etcétera.

La disciplina la establece cada maestro y también depende del área por ejemplo para el área de danza clásica (ballet) muchas veces hasta el color de piel u ojos definen un personaje, requieren cierta altura, talla, peso, o hasta el tono de voz y no tanto el talento éste se trabaja aparte, por ejemplo un personaje como un cisne, un hada, un elfo o un príncipe, una diosa o un dios, tiene que contar con ciertas características físicas, no hay mucha gente de color o muy morenitos como papeles principales, en el teatro es más versátil o el Jazz o la Danza regional pero en ciertas área es muy tajante la forma de trabajo. También el método de enseñanza y el objetivo de la materia y el maestro muchos maestros no están listos para darse cuenta que están en México, son maestros extranjeros o bien maestros mexicanos que no ven las diferencias.

7) ¿Podrías describir cómo son los horarios, las rutinas, ensayos, alimentación; es decir cómo es el estilo de vida?

No hay horarios específicos pero el trabajo es bastante pesado las clases son de ocho horas y si requieres trabajar más en algo tienes tres horas más pero todo depende de la teoría que tengas pues estas clases a veces son todo un día, no hay algo establecido conforme avanza el curso los horarios aumentan o se reducen, lo más elemental es que la carrera se convierte en un estilo de vida que tu mismo moldeas. Se requiere tener excelente salud para poder construir un cuerpo bello, flexible y fuerte; la profesión requiere constancia y cuidado de todo lo que es tú cuerpo y mente desde adentro hacia fuera; es como un requisito para hacer algún examen como el de aceptación, una constancia de revisión médica muy detallada, pero si tu salud es la ideal tu trabajo también lo será. Desde ahí se trabaja, somos seres integrales, no sólo cuerpo. Pero si se necesita como parte del proceso de cuidado evitar excesos, no puedes siempre darte ciertos lujos: desnutrirte, desvelarte, consumir alguna droga o estimulante ni siquiera

cigarro o café, tampoco ningún medicamento por largo tiempo, hacer ejercicio absolutamente todos los días, no puedes descuidar la teoría ni tu desarrollo cultural tienes que conocer tu país o algún otro y necesitas tiempo para hacerlo cuando te lo pidan.

III) Relación de la carrera de Danza con los T.A.

- 1) ¿Has cambiado alguna característica física o corporal después de haber iniciado esta carrera (cambio importante en alguna característica físico) para entrar a este mundo o condicionaron algo para continuar en esto, bajar de peso, cirugías, ejercicio, dietas, etc. o alguna otra?

El cambio que tienes en tu cuerpotes total y muy brusco, te asustas de ver que tu cuerpo es otro cuando inicias la carrera, te mantienes en ella y cuando sales; la transformación es total probablemente porque el cambio es desde adentro pero aun así el ejercicio moldea otro cuerpo; se alargan tus piernas, brazos, torso, se estrecha la cadera, eres más sano, no te enfermas, tu columna vertebral es más flexible y tu eres ágil. Pero nunca me sometería a ninguna cirugía, no se hacen dietas se crean hábitos alimenticios saludables y hacemos mucho ejercicio, las rutinas forman parte de tu vida.

- 2) ¿Consideras necesario cambiar alguna característica física o corporal por medio de dietas, cirugía, bajar de peso, ejercicio, etc.; para permanecer en este medio?
Es preciso construir el cuerpo pero sin que dejes de ser tú, en esta carrera es una contradicción pues si te piden literalmente que cambies, pero la disminución de tejido adiposo (porque no precisamente es el peso) y el cambio de la estructura ósea hasta donde sea posible, pues el peso se le quita a la columna vertebral, no puedes cambiar tus rasgos, lo que tu eres, pero si conozco personas que se han operado para tener un estelar o bien para mejorar su estética para el trabajo en escena pero es muy raro pues casi no tenemos tiempo.

- 3) ¿En algún momento de tu carrera has tenido problemas respecto a tu físico, características físicas o aspecto corporal, por el hecho de permanecer en este medio?
Yo no he tenido ningún problema en éste aspecto, soy moreno y de hecho es una ventaja en la danza contemporánea pues la versatilidad de los personajes y a veces toda la composición escénica cómo luces o sonidos hacen resaltar lo mejor de tu expresión corporal, pero en otras áreas hay personas que si dejan que las afecten los comentarios

respecto a su estructura ósea o a sus características físicas, la crítica es dura y las comparaciones son directas, no te dejan muchas opciones pero tu trabajo es muchas veces reconocido antes que tu estética, pues tu cuerpo es reflejo de tu salud, también hay compañeros que tienen ventajas sobre otros por su altura o su complexión o su estructura ósea pero no tiene habilidad o desarrollo escénico y no siempre sirve o bien son delgados con rasgos favorecedores pero no tiene buena salud, ¿cómo vas a dar un salto sin lastimarte o cómo cargar a una compañera si no tienes fuerza para ti mismo?.

4) ¿Si es así, de que manera te ha afectado y cómo has resuelto esta problemática?

5) ¿Cómo es la relación que tienes con el ejercicio, alimentación, dietas o cuidados en tu físico al antes de entrar en esta carrera y actualmente?

Cuido todo lo que soy, antes lo hice, nunca tuve problemas con el peso o el ejercicio pero ahora es consciente, lo hago por amor a mi carrera y a mi mismo me cuido la mente, el cuerpo y el espíritu, no todo es la danza, pero si es lo más importante que tengo.

6) ¿Conoces a alguien que se haya sometido algún tipo de dieta, ejercicio, cirugía, bajar de peso con el fin de cambiar su físico para entrar o permanecer en este ambiente?, ¿De qué tipo, y para qué? Y ¿qué opinión tienes de esto?

*Si, todas hacen dieta pero pocas van al nutriólogo, de hecho muchas comienzan con **dietas orgánicas**² que hacen las personas que se obsesionan con la comida, después se transforma en un T.A. he llegado a ver que comen pura lechuga, se ven enfermas, de hecho hay personas que tienen T.A y dejan la carrera pues no rinden pero la dinámica es la misma para todos las comparaciones siguen y construir el cuerpo requiere tiempo pocos llevamos una vida saludable toma años, en el proceso de la carrera sólo perfeccionas esto, muchos apenas empiezan y no toleran la hostilidad de muchos maestros.*

² Ejemplos de dietas orgánicas, que realizan las personas que comienzan el trastorno de ortorexia y que puede desencadenar otro T.A como la anorexia (Anexo 2).

7) ¿Qué importancia tiene la apariencia de una persona para trascender en esta carrera?

Depende del área, maestros, carrera y del mismo alumno es importante mantener un cuerpo fuerte, saludable y por lo tanto estético pero muchas veces se les olvida que no tenemos la complexión de un Ruso y a las mujeres se les olvida que se buscan rasgos andróginos y no siempre estarán perfectas en todo pues su complexión es otra, la apariencia es reflejo de un profundo trabajo interno y externo, el cuerpo bello no siempre es el más delgado y si es delgado no es frágil al contrario es flexible pero resiste un trabajo escénico dinámico y de horas.

8) ¿Consideras que existe relación entre la profesión que tienes y algún trastorno alimenticio?

Si porque el artista trabaja con su cuerpo y hace de su expresión un arte, la actitud que tenga de sí mismo es lo más importante, no puedes trabajar y expresar amor si no te quieres a ti, eso se refleja en tu postura y todo tu cuerpo. Si se relaciona la carrera con T.A pues siempre hay comparaciones directas y críticas que hacen referencia al cuerpo y a la forma de verlo, tratarlo y trabajarlo, muchos no aguantan la presión de las críticas y si tiene una mala alimentación son juzgados cuando suben de peso o cuando de plano no logran bajar o mejorar la talla con la que ingresan, tu cuerpo es reflejo del proceso e interés en la carrera pero muchos maestros nos exigen igual a todos no perciben que todos somos distintos pero esos son sus parámetros para calificar, Por ejemplo: cada que va a ser un evento nos prueban el vestuario, nos lo miden todos debemos de bajar al menos unas dos tallas para ese día pues es la preparación que se requiere, quieren agilidad y menos peso en la columna, estética; la competencia es un factor que tiene que ver pues si alguien es más ágil, mas flexible o mas delgado que tú si trabaja mejor el papel será suyo aunque el rendimiento sea el mismo, el físico cuenta mucho.

9) ¿Conoces algún caso de T.A en este medio y qué sabes tú al respecto?

Se escuchan muchas cosas y te das cuenta y se nota quien tiene buena salud de inmediato, no fue tan cercano el caso pero si me enteré que por eso una compañera de generación dejó la carrera. Fue una pena pues era excelente.

10) ¿Qué opinas de los T.A. que se relacionan, de alguna forma con esta carrera?

Es una pena que la carrera sea un factor para desarrollar estas enfermedades pues realmente importa la esencia del artista y no su apariencia pero no todos los maestros ven las cosas más allá así es el método y así se hace, es difícil que también personas sobresalientes talentosas y en serio bellas (por dentro y fuera) pierdan la vida, la salud o la oportunidad de desarrollarse como artistas pues lo podrían hacer muy bien. Solo que no se dan cuenta de eso.

En la realización de la entrevista extra, realizada a un bailarín profesional (Anexo 1) con el que se pudo contactar por medio de una de las entrevistadas (entrevista cinco) se menciona

ANEXO 2

Estos son ejemplos de dietas orgánicas que realizan algunas personas que ingresan a la carrera de danza para reducir talla y que puede propiciar el comienzo de un T.A como la ortorexia o la anorexia.

Ensalada de coliflor

- Una coliflor chica (cortada en ramos pequeños)
- Tres jitomates bien picados
- Dos tallos de apio finamente picados
- Un aguacate partido en rebanadas
- Medio pepino en rodajas (con todo y cáscara)
- Seis hojas de acelga limpias y finamente picadas
- Cuatro hojas de lechuga
- Tres cucharadas de ajonjolí (opcional)

Procedimiento: Desinfecte muy bien las verduras, deposítelas en una ensaladera de vidrio para conservar mejor el sabor y agregue unas gotas de limón al gusto.

Sopa antioxidante

- Tres tazas de zanahorias picadas en cubos
- Cinco ramitas de apios enteros (sin cortar)
- Media taza de perejil finamente picado
- Una taza de espinaca partida en trozos grandes
- Media cucharada de sal de mar

Procedimiento: todo va junto con dos litros de agua en un recipiente de vidrio, calentado a fuego lento durante un tiempo de media hora (no debe hervir), la cuchara con la que se mezclara la sopa debe de ser de madera. Puede tomarse fría o caliente siempre y cuando no llegue a ebullición la mezcla, pueden agregarse dos dientes de ajo finamente picados junto con media cebolla (sólo al servirse, no cuando se calienta).

ANEXO 3

Formato De Entrevistas

Esta entrevista es parte de una investigación sobre los diferentes aspectos psicológicos que se manifiestan en el padecimiento de los T.A., de antemano agradecemos tu colaboración, todos los datos recabados de ésta entrevista son absolutamente confidenciales y el uso de ésta estrictamente es con finalidades de investigación. Es muy importante que seas lo más honesta posible. Gracias.

I) DATOS GENERALES:

1. ¿Cuál es tu nombre? _____
2. ¿Qué edad tienes? _____
3. ¿Cuál es tú ocupación? _____
4. ¿Qué tipo de T. A. has manifestado? _____
5. ¿Qué tipo de complexión tienes? _____
6. ¿Qué escolaridad tienes? _____
7. ¿Cuál es tu nivel socioeconómico? _____
8. ¿Cuál era tu Edad cuando iniciaste el T.A.? _____
9. ¿Cuál era tu peso cuando iniciaste tu T.A.? _____
10. ¿Cuál es tu peso actual? _____
11. ¿Cuánto tiempo viviste con esta experiencia? _____

II) ESTRUCTURA FAMILIAR

1) ¿Cuál es el papel que juegas en tu familia?

2) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación con tu familia?

3) Descripción de la relación que tienes con cada miembro de tu familia:

III) OTRAS RELACIONES SOCIALES

Amigos

1) ¿Cuál es el papel que juegas con tus amigos?

2) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación que mantienes con tus amigos?

Pareja³

1) ¿Cuál es el papel que juegas con tu pareja (s)?

2) ¿Qué lugar ocupa tu pareja en tu vida?

³ Las preguntas número dos, cuatro y cinco se resumen en la cuatro para todas las participantes excepto la entrevista número cuatro y diez, ya que todas las participantes manifestaron no tener pareja actualmente.

3) ¿Qué le cambiarías y que sería igual respecto a la relación de pareja que tienes con tu pareja?

4) Descripción de la relación que tienes con tu pareja, que has tenido. Y ¿qué tienen en común?:

5) ¿Qué expectativas de pareja hay respecto a ti?

6) Descripción de la relación con el sexo opuesto:

Trabajo/ escuela

1) ¿Cuál es el papel que juegas en tu trabajo y con tus jefes y compañeros del trabajo (o maestros y compañeros de escuela)?

2) ¿Qué le cambiarías y qué sería igual respecto a la relación (es) que mantienes en tu trabajo (o escuela)?

3) ¿Qué expectativas hay respecto a ti en cuanto este tipo de relación?

IV) ASPECTOS DE SALUD:

1) ¿Qué conductas de riesgo consideras que has realizado (drogas, vida sexual, conductas delictivas) y cómo son?

V) DESARROLLO DEL TRASTORNO ALIMENTICIO.

1) ¿Cómo ha sido la relación que has tenido respecto a la comida en toda tu vida?

2) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto a la comida?

3) ¿Qué opinión tiene tu familia respecto al aspecto físico?

4) ¿Cómo era tu manera de comer cuando vivías tu T.A y cómo iniciaste?

5) ¿Qué parte de tu cuerpo no te gustaba y cómo deseabas que fuera?

6) ¿Cómo es que elegiste esa manera de comer y esa forma de relacionarte con la comida?

7) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu familia cuando padecías tu T.A?

8) ¿Qué problemas experimentabas en relación a la escuela cuando padecías tu T.A.?

9) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tus amigos cuando padecías tu T.A?

10) ¿Qué problemas experimentabas en relación a tu pareja cuando padecías tu T.A?

11) ¿Consideras que existía algún otro problema en relación a tu vida cuando padecías tu T.A.?

12) ¿Tenías amistades o relaciones cercanas que padeciera algún T.A. o algún problema respecto a su percepción corporal?, ¿Quines son, qué edad tienen y qué T.A. presentaron?

14) ¿Qué consideras que influyo más para que se presentaran estos T.A. en tu fai

15) ¿Cómo era la percepción que tenías de tu cuerpo?

16) ¿Cómo era tu carácter con los demás en ese mismo momento (T.A.)?

17) ¿Cuál era tu estado de ánimo más frecuente; es decir qué sentías más a menudo?

18) ¿En que momento te diste cuenta de lo que te estaba pasando (en relación a tu T.A.)?

19) ¿Cómo te DC que necesitabas ayuda?

20) ¿Qué problemas físicos y consecuencias en tu cuerpo resultaron de tu T.A?

21) ¿Qué problemas sociales y consecuencias con los otros resultaron de tu T.A?

22) ¿Qué problemas emocionales y consecuencias en tu estado de ánimo resultaron de tu T.A?

23) ¿Qué factor consideras que influyó más para que padecieras este T.A.?

VI) PERCEPCIÓN ACTUAL

1) ¿Cómo es tu percepción corporal ahora?

2) ¿Cómo es tu percepción respecto a comida ahora?

3) ¿Cómo describes a la mujer mexicana?

4) ¿Cómo describes a una mujer bella?

Agradezco tu importante y valiosa participación.