



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**ANOREXIA Y BULIMIA EN ADOLESCENTES:
Una propuesta de trabajo desde la PNL.**

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

Directora: Dra. **María Antonieta Dorantes Gómez**

Dictaminadores: Mtra. **Margarita Martínez Rivera**

Mtro. **Ángel Corchado Vargas**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

2009



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 DIOS

Gracias por darme la oportunidad de vivir, por darme un lugar en este mundo, por dejarme aprender de mis errores y por enseñarme que la vida está llena de cosas maravillosas, que solo hay que aprender a aprovechar.

GRACIAS

Gracias a ti por tu esfuerzo, porque después de muchas caídas, desilusiones y desesperanzas lograste levantarte hasta lograr tu meta.

A MIS PADRES

Quiero agradecerles los momentos de alegría, de enseñanza, de crítica y de aliento, los cuales han hecho de mí la persona que soy y gracias a todos esos momentos que compartimos he logrado terminar este proyecto que ha estado lleno de sueños y esfuerzos... Los quiero mucho.

A JESÚS

Mi amor te doy las gracias por esas palabras de aliento en los momentos en que más las necesitaba, el tiempo que me brindaste para el término de este proyecto, el amor que me das día a día. Gracias por traer a mi vida a esos dos angelitos Ingrid y Mayte que han iluminado mi existencia y gracias por luchar juntos por una mejor vida. TE AMO.

A MIS AMIGAS

A Celeste, Yolanda, Alejandra, Olivia y Nallely, les agradezco su amistad, sus consejos, su cariño, esos momentos en los que compartimos ideas, alegrías, tristezas y sobre todo gracias por enseñarme lo que significa una verdadera amistad. Siempre pueden contar conmigo.

A MIS HERMANOS

Aunque estén alejados de casa se que sus corazones se quedan con su familia, el cariño que no demuestran se que eternamente va a estar ahí, gracias por que se que siempre que los necesite van a estar apoyándome, yo también los quiero.

MTRA. TOÑITA

Gracias por su apoyo, su comprensión, por el tiempo que dedico a mi trabajo y sobre todo por su amistad.

MTRA. MARGARITA

Agradezco el tiempo que le brindó a mí y a mi trabajo, así como las aportaciones para mejorarlo.

MTRO. ANGEL

Gracias por su tiempo, por su ayuda para terminar este proyecto y por sus aportaciones.

Gracias a todos aquellos familiares y amigos que con sus palabras, su apoyo, su cariño me ayudaron a cumplir mi gran sueño, el cual significa el esfuerzo de muchos años.

ÍNDICE

-Introducción.	1
-Capítulo 1. Adolescencia.	6
1.1. Cambios en la adolescencia.	7
1.2. Adolescencia y familia.	13
1.3. Alimentación de los adolescentes.	19
1.4. Trastornos alimenticios.	27
-Capítulo 2. Anorexia Nerviosa.	33
2.1. Antecedentes históricos.	33
2.2. Definición y características.	34
2.3. Etiología de la Anorexia Nerviosa.	36
2.4. Diagnóstico.	44
2.5. Tratamiento.	51
-Capítulo 3. Bulimia Nerviosa.	61
3.1. Antecedentes históricos.	61
3.2. Definición y características.	63
3.3. Etiología de la Bulimia Nerviosa.	66
3.4. Diagnóstico.	73
3.5. Tratamiento.	81
-Capítulo 4. Programación Neurolingüística ¿Qué es PNL?	86
4.1. Antecedentes.	87
4.2. Principios Básicos de la PNL.	89
4.3. Modelos y Técnicas de la PNL.	91
4.4. Áreas de incidencia.	96
-Capítulo 5. Propuesta de Taller.	99
-Conclusiones.	124
-Bibliografía.	129
-Anexos.	133

RESUMEN

En la actualidad podríamos decir que los trastornos alimenticios como son la Anorexia y la Bulimia nerviosa están de moda, ya que no faltan los comentarios en las escuelas secundarias de las adolescentes y hasta en las primarias acerca del peso, actitud que se ha tomado respecto al interés constante a la delgadez en la sociedad. Esto está ocasionando que las adolescentes recurran a métodos drásticos por conseguir una apariencia casi esquelética como son la inanición o los vómitos autoinducidos, los cuales pueden llevar a nuestras jóvenes hasta la muerte.

El presente trabajo, tiene como objetivo realizar una propuesta de taller, a partir de la Programación Neurolingüística que permita cambiar las creencias de las adolescentes respecto a la apariencia física y mejorar su autoestima, así como proporcionarles las herramientas necesarias para enfrentarse a las exigencias socioculturales.

En el primer capítulo se aborda la definición de la adolescencia así como sus principales cambios y el tipo de alimentación que se requiere en esta etapa de desarrollo físico e intelectual. El segundo capítulo es una revisión teórica de uno de los trastornos alimenticios más comunes en la actualidad, la Anorexia Nerviosa. En el tercer capítulo trata la Bulimia Nerviosa, uno de los trastornos con repercusiones en la salud, en el que al igual que la Anorexia Nerviosa existen alteraciones sobre la percepción emocional y cognitiva del aspecto físico. En el cuarto capítulo se aborda la Programación Neurolingüística su definición, sus antecedentes, los principios básicos, sus técnicas y modelos. En el quinto capítulo, se presenta la propuesta de taller de prevención de la Anorexia y Bulimia Nerviosa en adolescentes, utilizando algunas técnicas y modelos de la PNL, que permitan mejorar la autoestima y modificar las creencias de las adolescentes.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, en nuestra sociedad se ha observado un gran incremento de adolescentes y mujeres en general que presentan trastornos alimenticios. Su deseo es perder peso, actitud que en algunos casos ha impuesto la sociedad al establecer un estereotipo de cuerpo delgado en la mujer, dejando claro que una mujer delgada puede tener grandes logros y que por consiguiente va a ser aceptada por la sociedad, donde a las mujeres se les ha enseñado a sentir vergüenza de su cuerpo desde muy temprana edad.

De esta manera podemos observar, que la sociedad a través de los medios de comunicación y demás propaganda publicitaria fomenta la delgadez como una forma de tener éxito. Esto unido a otros factores influyen para que se desencadene según Cripso y cols. (1996) un trastorno alimenticio. Por ejemplo los productos que se promocionan en estos medios, la televisión, revistas, el radio, etc.. como cremas reductoras, jugos, fajas, pastillas y otros, son productos que prometen ayudarte a obtener un cuerpo delgado, esto ayuda a que muchas mujeres se sientan insatisfechas con su imagen corporal y comiencen a hacer dietas y finalmente desarrollen algún desorden alimenticio, ya que en la actualidad se ha establecido una relación entre el éxito y el peso corporal, manifestándose en muchas adolescentes una obsesión por bajar de peso.

Por esto, se considero importante realizar un análisis acerca de la información que existe, y de la que se les ha proporcionado a los jóvenes en relación a la anorexia y bulimia en México, ya que la falta de esta información ha conducido a las mujeres, en su mayoría adolescentes, a evitar llevar una alimentación balanceada convirtiéndose así en mujeres anoréxicas o bulímicas, ya que se ha observado en la mayor parte de los casos de esta enfermedad la influencia social, como amigos, familia, medios de comunicación, etc; así como la aceptación a un grupo social o del chavo que les atrae y hasta del propio novio; pueden ser los factores que influyen a perder peso o más bien a mantener un bajo peso corporal, lo cual en ocasiones es complicado y esto puede conducir a

conductas agresivas hacia el mismo cuerpo y a depresiones en el *paciente* anoréxico o bulímico que los pueden conducir al suicidio.

Es por esto, que la forma con la que trabaja los trastornos alimenticios debe de ser de una manera novedosa, en la que se encuentren soluciones y respuestas a su padecimiento. De este modo, se trabajará desde la PNL, la cual es una técnica creada en los años 70 en la Universidad de Santa Cruz, California, por un profesor de lingüística, John Grinder y un estudiante de Psicología, Richard Bandler, los cuales estudiaron a tres psiquiatras americanos innovadores en sus respectivos campos : Virginia Satir, Milton Erickson y Frank Perls, Bandler y Grinder elaboraron modelos de terapias que funcionaban en la práctica y podían enseñarse; es así como crearon un modelo que puede usarse para una comunicación efectiva , cambio personal, aprendizaje acelerado y una mejor forma de vida.

La PNL, se clasifica como el arte y la ciencia de la excelencia personal; arte porque cada uno da su toque personal a lo que esté haciendo, y una ciencia porque hay una técnica, un método y un proceso para descubrir los modelos para obtener los resultados deseados. De esta manera, podemos decir que la PNL es un método que ofrece un conjunto de herramientas, modelo y técnicas para actuar de forma efectiva en la realidad de cada uno (Forner, 2002).

Según Forner (2002), la PNL tiene distintas aplicaciones, y ésta se divide en dos grandes áreas, una de ellas es el área Personal y la de la Salud. En el campo de la salud la PNL ayuda a las personas enfermas a pasar de un estado de “incongruencia” a uno de “congruencia” o salud; se le ayuda a entender la causa de la enfermedad, a cambiar los efectos y a entender la presencia de la enfermedad. Se ha trabajado con el estrés, alergias, fobias, neuralgias, úlceras, anorexia, bulimia, depresión, ansiedad, cambio personal y otros.

Por lo anterior, el objetivo del presente trabajo es realizar un taller que permita modificar las creencias de las adolescentes mejorando su autoestima, además de proporcionarles herramientas que les ayude a enfrentarse a las exigencias socioculturales; así mismo, se brindará información para la prevención de trastornos alimenticios, detallando las consecuencias que trae consigo la

inanición, se evadirá describir las formas en que las mujeres evitan subir de peso, ya que algunos autores han dado a conocer que algunas pacientes se informaron acerca de los recursos que emplearon para bajar de peso, en libros en los que se señala como controlan su peso las mujeres con anorexia o bulimia, por ejemplo: la forma de inducir el vomito, el uso de diuréticos, etc.

De esta manera, en el primer capítulo, hablamos de la adolescencia, ya que esta representa una etapa de la vida de muchos cambios importantes, en donde según Guelar y cols. (2000), el adolescente tendrá que equilibrar, entender, aceptar, sufrir y resolver asuntos nuevos y para esto tiene que hacer uso de sus propios recursos y confiar en sus posibilidades; asimismo, debe recibir apoyo y sustento de sus padres y de las personas que lo rodean, por estos pueden favorecer y fortalecer su confianza en si mismo.

También, se habla acerca de la alimentación en esta etapa, por que ésta es fundamental para el desarrollo físico e intelectual que se presenta, sin embargo es en esta etapa cuando se pueden desarrollar trastornos alimenticios, ya que estos suelen estar vinculados con la dificultad para resolver conflictos ligados al proceso de crecimiento y emancipación o puede estar sintiéndose obligado a encajar en los roles y expectativas que la sociedad le asigna, sin darse cuenta de sus propias necesidades. Con lo cual recurre a entrar en conflicto con la comida, sin proponérselo, como una forma de afirmar su personalidad, de mostrarse fuerte (Guelar y cols, (2000).

En el segundo capítulo, se habla de uno de los trastornos en la alimentación más comunes como es la Anorexia Nerviosa el cual puede presentar una adolescente que busca tener un cuerpo delgado o no puede sobrellevar los conflictos que se le presentan; este trastorno se caracteriza por la persecución de la delgadez extrema, reduciendo la ingesta de alimentos poniendo en riesgo su salud y hasta su vida. Asimismo, mencionaremos la presión que ejerce la sociedad al sugerir mantener un bajo peso corporal y el tipo de factores que influyen para que una persona desarrolle este trastorno alimenticio.

En el tercer capítulo, se abordara el tema de la Bulimia Nerviosa otro de los trastornos que se presenta con frecuencia en la adolescencia, el cual trae consigo alteraciones en la percepción emocional y cognitiva del aspecto físico. Este trastorno se caracteriza por el abuso desmedido de vómitos autoinducidos y purgantes, así como ejercicio intenso después de una ingesta exagerada de comida.

Para entender los trastornos alimenticios, según Abraham y cols (1994), se ha realizado una clasificación de estos de acuerdo a las características de cada uno. La anorexia nerviosa (AN) se presenta en personas que suprimen su hambre y se niegan a comer a causa de su deseo de estar delgados, en el caso de la bulimia nerviosa (BN), son personas que sienten una compulsión para comer enormes cantidades de comida en corto tiempo, y que siguen métodos peligrosos para evitar que la comida que consumen sea absorbida en su cuerpo. Crispo y cols. (1996), menciona una categoría para los trastornos del comer que no concuerdan con los desórdenes del comer específicos antes mencionados (AN) y (BN), pero puede ser igualmente grave el trastorno alimentario no específico (TANE).

Goldman, (2000), desde la perspectiva del psicoanálisis, nos refiere que la anoréxica en su propio deterioro alcanza un nuevo equilibrio, de la misma manera, crítica que la anorexia no solo se le debe pensar como una falta de apetito, sino como una falta de deseo. Asimismo, relaciona el vómito y el asco a los alimentos con una serie de fenómenos histéricos frecuentes los cuales pueden desencadenar la anorexia y la bulimia.

Las teorías de los efectos psicológicos de la inanición, se basan en los cambios provocados por la inanición. La teoría de la inanición como escape de la sexualidad esta centrada en la perdida del interés sexual, y la teoría de la inanición como espiral se enfoca en los cambios intelectuales y emocionales que se presentan a medida que avanza la inanición (Duker y Slade 1995).

Según Abraham y Llewellyn-Jones (1994), en la cultura occidental, la sociedad ofrece mensajes contradictorios relacionados con la comida y la alimentación, especialmente los medios de comunicación, el primer mensaje habla

de la delgadez como una forma de obtener éxito y el segundo mensaje contradictorio a al primero es que el comer es una actividad placentera que satisface muchas necesidades y que las mujeres tienen derecho a tener dichas necesidades satisfechas.

En el cuarto capítulo, abordaremos la definición de la PNL como un conjunto de modelos, habilidades y técnicas para actuar y pensar efectivamente en el mundo, su historia, es decir como se originó, quienes fueron sus creadores y el contexto en el que surgió; así como sus características y las áreas de trabajo en las que ha destacado por su funcionalidad.

Por último, en el quinto capítulo, se realiza la propuesta de un taller de prevención dirigido a las adolescentes, detallando las consecuencias que acarran los desórdenes alimenticios desde la alternativa de la Programación Neurolingüística, la cual nos permite proporcionarles las herramientas necesarias para desarrollar una autoestima alta, así como cambiar su actitud hacia la apariencia física que se ha visto distorsionada por la sociedad. También es importante crear el interés en las adolescentes, por llevar una alimentación balanceada que les permita un cuerpo sano.

Capítulo 1

Adolescencia.

La adolescencia se define como el período de transición psicosomática que se extiende desde la infancia hasta el ser adulto, y pubertad es el término aplicado a los procesos biológicos que tiene como fin llegar a la capacidad reproductiva; estos procesos se producen paralelamente a la adolescencia (Ballabriga y Carrascosa, 1998).

Así mismo, en el orden fisiológico la adolescencia es un cambio violento e intenso el cual afecta al organismo en su conjunto, específicamente los órganos genitales y las funciones sexuales, lo cual repercute en el plano psicológico, estos cambios inquietan a los adolescentes, ya que a la larga estos los llevarán a asumir un papel social diferente en el cual tendrán que aprender a equilibrar, entender y resolver asuntos nuevos, para esto les resultará fundamental hacer uso de sus propios recursos y confiar en sus posibilidades, sin dejar de lado que deben recibir apoyo y sustento de las personas que los rodean (sus progenitores en particular) para favorecer su expansión y el fortalecimiento de la confianza en si mismo Crispo y Guelar (2002).

Sin embargo, debemos ver a la adolescencia como un período de oportunidades y riesgos, donde el adolescente experimenta inseguridades, inestabilidad, malestares, miedos, incertidumbre, así como entusiasmo, fuerza para vencer desafíos o aventurarse en caminos nuevos, y así prepararse para su vida de adulto. También en esta etapa, el adolescente reafirma sus valores, elige su forma de tomar responsabilidades, alcanza su autonomía y establece su identidad.

La idea de calificar al adolescente como sujetos inmaduros que atraviesan una fase de rebelión es un producto social. El adolescente interioriza esa imagen en su proceso de socialización y con su conducta ratifica aquella comportándose como la sociedad lo predice.

Aunque, según Berger (2004), los adolescentes se comportan malhumorados y emotivos, les molestan los comentarios de sus padres y las nuevas responsabilidades que se le asignan, debido a que aumentan con rapidez

los niveles de hormonas, lo cual produce una activación emocional rápida, causando cambios extremos emocionales como sentirse grandiosos en un momento y enseguida sentirse horribles o molestos.

1.1. Cambios en la adolescencia.

Para Perinat (2002), la adolescencia es una etapa importante del ciclo vital, las transformaciones biológicas que la inauguran provocan en cascada otras a nivel psicológico y social. Los cambios corporales inducen una imagen de sí mismo en el adolescente de alguien que ya es (casi) un hombre/mujer: los fenómenos puberales también inciden en el campo cognitivo, impulsando las capacidades de razonamiento y reflexión.

También sugiere que el desarrollo de esta fase, posee características propias que la distinguen de otras, como son:

- a) Aceleración del ritmo de los cambios: cambios físicos, el estirón y la sexualización de las formas corporales.
- b) Los cambios que se producen afectan, el conjunto del organismo y de la persona; la pubertad es como un fenómeno biológico y produce transformaciones psicológicas. El adolescente deberá integrar en las imágenes de sí mismo este cuerpo que se transforma, asumir su identidad de género y avanzar por el camino hacia una sexualidad genital adulta.
- c) Repercusión de los cambios madurativos en su estatus social, los cambios corporales, y la manera de asumirlos, modifican el contexto de sus relaciones con los adultos. La conducta de sus padres habrá de modificarse tanto en la expresión de sus afectos como en sus funciones educativas. Los compañeros/amigos configuran un ambiente psico-social distinto de la familia, un contexto que facilita el desarrollo de relaciones de amistad y la experiencia de intimidad. Así mismo, se despierta un interés por buscar el sentido o la significación de cada uno de los aspectos de su experiencia concreta del mundo enriquecida por los contactos con nuevos grupos e instituciones.

d) Las diferencias Inter-e intra-individuales y su amplitud. Los adolescentes difieren unos de otros en el momento en el que aparecen los cambios, y el ritmo según el cual éstos suceden. En cada individuo, los cambios no se producen simultáneamente en todos los sectores: madurez pubertaria, intelectual, socio-cognitiva, emocional, no se alcanzan ni al mismo tiempo ni al mismo ritmo.

Desde esta perspectiva las transformaciones de la adolescencia constituyen el pórtico inmediato de la adultez.

Los cambios visibles en la adolescencia son desencadenados por una secuencia invisible de producción de hormonas, que comienza normalmente un año o más antes de que aparezca el bello púbico; el incremento natural de los niveles de determinadas hormonas provocan el aumento del interés sexual y los cambios bruscos de humor. Los estrógenos son las hormonas sexuales que se desarrollan más en las niñas, también se observa un desarrollo de la pelvis y el aumento de los depósitos grasos en sus caderas (Berger, 2004).

Berger (2004), sugiere que los cambios en la adolescencia pueden predecirse al observar una combinación de cuatro factores: el sexo, los genes, el tamaño corporal y el estrés:

- 1) *Las diferencias sexuales en el tiempo.* Las niñas tienden a comenzar la pubertad antes que los niños; alrededor de los 10 años, en las niñas ya es visible el desarrollo de las mamas y comienza a crecer hasta la altura típica de la mujer. El varón alrededor de los 17 es cuando le aparece vello facial y alcanza la altura típica de un hombre. La niña promedio parece estar unos dos años más adelantada que el varón promedio.
- 2) *Los genes y el origen étnico.* Las influencias genéticas son más evidentes en las niñas que en los varones sobre todo por que la menarquía, el primer período menstrual, es más fácil de precisar que la semenarquía, que es la primera eyaculación de semen del varón. Por lo general, la menarquía ocurre entre los 9 y los 15 años de edad, con un promedio de 12 años (Biro y col, 2001 en Berger, 2004). Los genes son la razón más poderosa de esta variación. La edad de la pubertad de un

padre biológico de un niño es un predictor más exacto de lo que es la edad puberal promedio de los niños del mismo origen étnico.. por ejemplo; la edad de la hija en cuanto a la menarquía esta relacionada con la edad de la madre, donde la menarquía ocurrió en circunstancias históricas y familiares diferentes.

- 3) *La grasa corporal.* Esta influye en la edad de la pubertad. En general, los individuos fornidos experimentan la pubertad antes que aquellos que son más altos y más delgados. El comienzo de la pubertad se correlaciona con la acumulación de la grasa corporal en ambos sexos, aunque es más evidente en las niñas (Vizmanos y Marti-Henneberg, 2000 en Berger, 2004). La menarquía no ocurre por lo general hasta que las niñas pesan unos 45-48 Kg. Las niñas que tienen poca grasa corporal (sea por que están muy mal alimentadas o por que son deportistas) menstrúan después y con menos regularidad. En ambos sexos las deficiencias crónicas en la alimentación reducen la grasa corporal y en consecuencia retrasan la pubertad varios años.
- 4) *El estrés en las familias.* Se ha reconocido que el estrés es un factor que influye sobre la edad de la pubertad, los bioquímicos han advertido que los niveles de estrés afectan la producción de hormonas durante toda la vida (Sánchez y cols. 2001; en Berger, 2004). Hay evidencia de que el estrés puede provocar la producción de las hormonas que causan la pubertad (Belsky y cols. 1991; en Berger, 2004). Por ejemplo; algunos estudios han arrojado que se presenta más temprano la pubertad en adolescentes (en este caso mujeres), que viven relaciones conflictivas o la convivencia en casa de un hombre que no es familia biológica (padrastro o novio de la madre).

La pubertad se presenta a diferentes edades durante la adolescencia, como ya lo mencionamos, los cambios visibles en las niñas incluyen, en secuencia el crecimiento de las mamas, el vello púbico inicial, el máximo estirón del crecimiento, el ensanchamiento de las caderas, el primer período menstrual (la

menarquía), el fin del crecimiento del vello púbico y el desarrollo final de las mamas.

Sin embargo, una vez que aparece el vello púbico, el niño o la niña se transformará en un hombre o en una mujer –en el sentido biológico, pero no emocional- en tres o cuatro años, los cambios que se producen en la pubertad no sólo son rápidos si no también fundamentales.

El estirón del crecimiento, ocurre en la niñez tardía y en la adolescencia temprana, por eso el término sugiere un salto repentino, desigual y en cierto modo impredecible en el tamaño de casi todas las partes del cuerpo.

En la adolescencia las mujeres tienden a ganar más grasa global, de modo que alrededor de un cuarto de su peso corporal es grasa, casi el doble de la ganancia promedio en los varones. Las diferencias sexuales en la grasa corporal son especialmente notables, en las piernas y en las caderas, por que la evolución favoreció a las mujeres adultas jóvenes que tenían grasa corporal extra para sostener el embarazo y la lactancia, y favoreció a los varones adultos jóvenes que se movían más rápidamente para cazar. Después de iniciarse este aumento de peso se hace evidente un aumento en la altura, lo que consume parte de la grasa acumulada y ayuda a que otra parte se redistribuya.

Casi por lo general, una niña normal aumenta unos 17 Kg., de peso y crece alrededor de 24 cm., entre los 10 y los 14 años de edad, mientras que un niño aumenta unos 19 Kg., y crece alrededor de 25 cm. entre los 12 y 16 años. Las niñas registran el mayor aumento de peso a los 13 años y los varones a los 14 años.

A medida que va creciendo el torso, los órganos internos también crecen. Durante el curso de la adolescencia, los pulmones aumentan en tamaño y capacidad, en consecuencia el adolescente puede respirar de manera más profunda y lenta que un niño de 10 años, que respira alrededor de 22 veces por minuto, mientras que una persona de 18 años respira unas 18 veces. El corazón duplica el tamaño y la frecuencia cardiaca disminuye, descendiendo de un promedio de 92 latidos por minuto a los 10 años de edad a 82 latidos por minuto a los 18 años: también aumenta el volumen total de sangre.

Las hormonas en la pubertad causan muchos cambios físicos relativamente menores, los cuales parecen insignificantes pero tienen un impacto psíquico importante; por ejemplo, las glándulas sudoríparas, sebáceas y secretoras de olor de la piel se hacen mucho más activas. Un resultado es el acné, que aparece en mayor grado en casi el 90 por ciento de los niños y en el 80 por ciento de las niñas. El cabello se vuelve más grueso y se desprende un olor corporal mayor y más intenso, los ojos también cambian, se alarga el globo ocular, por lo cual muchos adolescentes se vuelven cortos de vista y necesitan lentes para corregir el problema visual. Al final de la adolescencia ninguna parte del cuerpo funciona o parece igual a como fue antes.

Algo más revolucionario que el estirón del crecimiento, es un conjunto de cambios que transforma a los niños en hombres y a las niñas en mujeres: las características sexuales.

Las características sexuales primarias, son aquellas partes del cuerpo que están implicadas directamente en la reproducción. Durante la adolescencia todos los órganos sexuales primarios se agrandan. En las niñas los ovarios y el útero comienzan a crecer y el revestimiento de la vagina se hace más grueso.

Por lo general, la menarquía es un indicador de la madurez sexual y de la fertilidad, aunque la primera ovulación suele no ocurrir hasta varios meses después.

Junto con la maduración de los órganos reproductores (características sexuales primarias), se producen los cambios en las características sexuales secundarias, que son las características corporales que indican el desarrollo sexual, aunque no afecta directamente la capacidad reproductiva. Un claro ejemplo es la forma corporal, que es muy similar en la infancia tanto en niños como en niñas, pero se diferencia en la pubertad.

En la adolescencia, el concepto que tiene una persona de su apariencia física y su actitud hacia ella se relaciona con sus emociones. El desarrollo de una imagen corporal sana es una parte integral del proceso de convertirse en un adulto. Pocos adolescentes están satisfechos con su apariencia física; la mayoría imagina que sus cuerpos son mucho menos atractivos de los que indica la

realidad; teniendo en cuenta que la imagen corporal se relaciona con la actitud y la percepción, y no necesariamente con la realidad. De aquí, que los adolescentes pueden pensar que son gordos y feos cuando sus padres insisten en que son hermosos o elegantes. Para la imagen corporal, las opiniones que tienen de ellos mismos y las de sus compañeros son más significativas que las de los padres. Una crítica desconsiderada a uno de nuestros rasgos físicos supera una docena de cumplidos (Rosenblum y Lewis 1999; en Berger, 2004).

De esta manera, la autoevaluación negativa tiene un gran impacto sobre la autoestima. Aunque el concepto de sí mismo está obviamente influido, casi siempre, por los éxitos en la práctica deportiva los logros académicos, las amistades y otras áreas, la valoración de la apariencia personal de un adolescente es el determinante más importante de la autoestima. Es por eso que los adolescentes viven preocupados por cómo los ven los demás. Por eso pasan horas frente al espejo, sufriendo por sus formas, mirando como les queda la ropa, si parecen atractivos o no, si parecen gordos o flacos.

De igual manera, Perinat (2002), menciona que los cambios que trae consigo la adolescencia tiene un fuerte impacto sobre la imagen que cada chico/chica tiene de sí. No solo la que tiene en este momento, sino la que tiene que construir: varón/mujer, presentación corporal, trato, éxito social, capacidades socialmente valoradas, etc. Además, uno de los campos en que el adolescente lucha por su identidad es el de la figura corporal, la cual a esta edad, se considera una pieza básica de la autoestima.

Según Harter (1998; en Berger, 2004) la preocupación por la imagen corporal puede llegar a ser extrema en el caso de las chicas, porque las normas del atractivo físico son "particularmente punitivas y muy limitadas para las mujeres". Lo que más les puede inquietar a las adolescentes, durante la pubertad, es el peso, la menarquía o la aparición del vello corporal.

Aunque, se debe de tener en cuenta, que las figuras femeninas que presentan los medios de comunicación están estableciendo un modelo ideal de cuerpo de mujer que tiene un gran impacto. Esta puede ser la razón por la que crece el número de chicas con anorexia nerviosa (miedo a engordar, pérdida de

peso, delgadez extrema). De igual manera, las niñas con menarquía precoz pueden sentir conflicto entre su cuerpo en crecimiento y las exigencias erótico-estéticas de nuestra cultura (la moda).

1.2. Adolescencia y familia.

Para Perinat (2002), la manera como el adolescente afronta los cambios de su transición hacia la adultez depende de sus relaciones personales y su historia en el seno de su familia. La importante consecuencia de ello es que toda acción para remediar crisis adolescentes debe contar con el entorno familiar, o quizás, debe comenzar por aquí. Ya que la vida de los adolescentes transcurre entre la familia, el instituto o el colegio y las salidas con el grupo de amigos. Cada chico/chica se debate en una encrucijada de fidelidades y de exigencias: las que provienen del mundo de los adultos, padres y profesores, y del de los compañeros. También considera a la familia como un sistema en el que las relaciones afectivas y económicas dan lugar a diferentes formas de organización, pero que, a pesar de su diversidad (familia extensa, nuclear, monoparental...), mantienen elementos comunes en su funcionamiento que provienen del hecho de ser todas ellas sistemas abiertos. Las conductas de las personas de una familia nunca son un fenómeno de ámbito individual: afectan a los demás miembros, a vez que son afectadas por ellos. El paso de la infancia a la adolescencia de uno de los miembros de la familia es una de las “perturbaciones” con más consecuencia para el conjunto del sistema familiar. Ya que la entrada a la adolescencia supone la transición de la subordinación a la autonomía. Autonomía externa, en tanto el sujeto se va haciendo capaz de resolver por sí mismo situaciones que antes estaban en manos de sus padres; la meta es que este se baste así mismo para garantizar su propia subsistencia sin la ayuda de aquellos. Autonomía interna, en tanto que llegue a ser capaz de construir criterios propios y emitir evaluaciones de la realidad por sí mismo. En otras palabras, la consecución de la autonomía supone un proceso de asunción de responsabilidades. Las diferentes actitudes que adoptan los padres y el propio adolescente favorecen o dificultan este proceso.

Desde el punto de vista de Guelar y cols (2000), lo poco definida que es la etapa de la adolescencia y lo difícil que resulta manejarla cuando los contextos son tan variables, es entendible que tanto para la sociedad como para los padres del adolescente sea muchas veces un problema. El chico presenta simultáneamente aspectos de niño y de adulto, situación que es difícil para él mismo y para quienes lo rodean, que no saben como tratarlo. Además, ese mundo de fluctuaciones imprevistas que él representa, supone una amenaza para las rígidas estructuras sociales, que se sienten cuestionadas por el adolescente que, es su crisis y con sus rebeliones, pone habitualmente en evidencia el impacto de una realidad frustrante.

Esta dualidad y fluctuación –niño/adulto- propias de esta etapa, llevan a veces a los adultos a transmitirles ideas contradictorias a los adolescentes, al no poder ubicarlos en un lugar más fijo y estructurado como puede ser la niñez. Así, un sinnúmero de consignas dobles agregan más inestabilidad al ya inestable mundo del adolescente “Eres un niño, no puedes salir ahora. Ya eres grande, ordena tu cuarto”, son dos frases prototípicas que sirven para describir la dualidad de los mensajes que se les dan directamente a los jóvenes. En esta doble cabalgadura tendrá que transitar el chico su camino, enfrentando los obstáculos que se anteponen a su crecimiento y sobreviviendo a los dos mensajes que pretenden volverlo responsable del proceso que está atravesando.

Así mismo, Guelar y Cols (2000), consideran que los cambios psicológicos que se producen en la adolescencia y que son el correlato de los cambios corporales, llevan al adolescente a establecer una nueva relación con sus padres y con el mundo. Cuando en una familia uno de sus miembros entra en la adolescencia, la adolescencia llega a la familia en su totalidad y transforma a todo el grupo. Es por esto, que sería deseable que los padres llegaran a la adolescencia de los hijos lo más “parados sobre sus propios pies” que sea posible: tranquilos, seguros de sí, con proyectos personales y pudiendo sobre llevar su propia crisis respecto de la edad. Cuando el adulto no tiene la madurez suficiente para encarar su propia vida, no puede desprenderse del hijo-niño y evolucionar hacia una relación más madura que favorezca el surgimiento del hijo-adulto.

Entonces sí que la adolescencia del hijo puede trastocar todo, haciendo que la familia completa se altere. Sin embargo, en todos los casos el hijo que crece implica para los padres enfrentarse con la aceptación del propio envejecimiento y la muerte. Obliga también a abandonar la imagen idealizada de sí mismos que el hijo ha creado y en la que hasta ahora ellos se habían podido instalar. Al mismo tiempo, la capacidad y los logros crecientes del hijo obligan a los padres a enfrentarse con sus propias capacidades y a evaluar sus logros y sus frustraciones. En este balance, el hijo es testigo implacable de lo realizado.

Se debe tener en cuenta que el modo en que se le otorgue libertad a un adolescente es definitivo para que alcance su independencia y madurez. Para que el adolescente se anime a crecer y cambiar, debe contar con el apoyo de quienes lo rodean: su familia. En este sentido, es habitual ver dos tendencias. En un extremo ver al adolescente que está tratando de crecer y que tienen que lidiar con padres que no toleran el distanciamiento ni perder su rol protagónico, lo que cotidianamente se traduce en un sabotaje al crecimiento de su hijo. Estos padres suelen sentir temor de que los hijos se independicen y además les resulta más sencillo manejar a un niño pequeño. Se acostumbraron a decidir por los hijos, a sobreprotegerlos y no saben como moverse de ese lugar.

En el otro extremo está el caso contrario: padres que propician el distanciamiento pero sin que medie un proceso natural, con lo cual desprotegen a los hijos. Las transformaciones de todo tipo que sufre el adolescente, desde físicas hasta emocionales, muchas veces generan en estos adultos sentimiento de rechazo, que intentan paliar otorgándoles a los chicos una excesiva libertad. Los adolescentes que además sienten la amenaza inminente de perder la protección y seguridad de la infancia en momentos que todavía necesitan de esa dependencia aunque lo nieguen, viven este proceso de "permiso" como abandono.

Pareciera que con respecto a la libertad, factor conflictivo entre padres e hijos, se plantearán sólo dos alternativas opuestas: padres que controlan o que se desentienden. Sin embargo hay más de dos opciones, por eso es importante que los padres encuentren alternativas que combinen lo bueno de cada posición. Ya que la instrumentación de las pautas con que se da o se restringe la libertad

requiere de una constante búsqueda de estrategias por parte de los padres. Para entender su importancia, es fundamental tener en cuenta que el adolescente vive en esta etapa en constante ambivalencia entre el impulso de desprenderse de los padres y la tendencia a permanecer ligado. Exige y necesita vigilancia y dependencia, pero sin transición surge en él un rechazo al contacto con los padres y la necesidad de autonomía y de huir de ellos. Lo conveniente es que la adolescencia sea un período de autonomía vigilada, durante el cual los jóvenes se sientan respaldados en el ensayo de nuevos pasos autónomos, pero con la certeza de que están siendo cuidados por padres que si bien no van a coartarlos, tampoco los dejarán ir más allá del límite en cada situación, pero controlar a un adolescente, vigilarlo y cuidarlo sin estar constantemente detrás de él, requiere de una actitud que combina la paciencia, la inteligencia, la confianza en sí mismo, la tolerancia y también la no tolerancia cuando llega el momento de marcar el límite requerido.

Por otra parte, Crispo y Guelar (2002), consideran que en todos los casos, los padres ejercen sobre sus hijos adolescentes una enorme influencia en la aceptación del proceso en general y de sus cuerpos en particular. Sin embargo, a veces los adultos arrastran sus propias obsesiones desde su adolescencia; y así transmiten a sus hijos las mismas prevenciones y preocupaciones. Sería bueno discriminar y valorar en su justa medida la importancia de estas obsesiones para no trasladarlas a los hijos. Por ejemplo, si la preocupación de la madre por el peso fue un problema, es conveniente que no se presente este tema al adolescente el cual puede cargar de su propia angustia. Lo importante es buscar un equilibrio entre marcar lo que está mal, lo que no funciona o es sencillamente frustrante, y el refuerzo de lo que está bien. Compartir con los adolescentes lo que fueron las propias preocupaciones u obsesiones de los padres durante su adolescencia, cómo las vivieron y como las superaron, permitirán estrechar el vínculo entre padres e hijos y ayudará al adolescente a encontrar formas de resolver los temas que lo inquietan.

De acuerdo con Santrock (2004), desde un enfoque continuista el cual subraya la importancia que desempeñan las relaciones paterno-filiales tempranas

en la construcción de las relaciones interpersonales a lo largo de la vida, las relaciones con los padres son importantes en el desarrollo del adolescente porque actúan como modelos que permanecen a lo largo de la vida, influyendo sobre la construcción de nuevas relaciones.

Entre los cambios que se producen en los adolescentes que pueden influir sobre las relaciones que mantienen con sus padres se incluyen la pubertad, la expansión del razonamiento lógico, el incremento del pensamiento idealista y egocéntrico, el incumplimiento de las expectativas, los cambios acontecidos en el mundo académico y en el de los compañeros y amistades, el hecho de empezar a salir con otros chicos o chicas, y las ansias de independencia. En lo que se refiere a cambios cognitivos el adolescente es capaz de razonar de una forma más lógica con sus padres que cuando era niño. Como parte de su egocentrismo, la preocupación de los adolescentes sobre cómo los ven los demás es probable que provoque reacciones desproporcionadas ante los comentarios paternos. Así que, los padres deben adaptarse al mundo cambiante de los adolescentes en lo que se refiere al ámbito académico y al de las amistades, así como al creciente deseo de autonomía.

Santrock (2004), también destaca que lo importante de la educación de los hijos es ayudar a los adolescentes a afrontar adecuadamente sus emociones, las habilidades sociales de los hijos suelen estar relacionadas con las expresiones emocionales de sus padres. Por ejemplo, en un estudio se comprobó que los padres que manifestaban una expresividad emocional positiva tenían hijos con muchas habilidades sociales (Boyum y Parke 1995; en Santrock, 2004), a través de la interacción con sus padres, los niños aprenden a expresar sus emociones de forma socialmente apropiada. Hay que subrayar, que en las familias, desde la primera infancia hasta el final de la adolescencia, las madres tienden a desempeñar un papel más activo en la educación de sus hijos, que los padres, esto podría justificarse por el hecho de que el padre por su papel de proveedor está ausente de casa.

Los padres desean que sus hijos adolescentes se conviertan en individuos socialmente maduros y con frecuencia se sienten frustrados en su rol de padres.

Muchos psicólogos llevan tiempo intentando identificar cuáles son los ingredientes del estilo educativo que promueve el desarrollo social competente en los adolescentes. Diana Baumrid (1971,1991; en Santrock, 2004), considera que los padres no deberían ser punitivos ni tampoco desentenderse de sus hijos adolescentes, sino que deberían de establecer normas y ser afectuosos con ellos. Así mismo identificó cuatro estilos educativos que se asocian a distintos aspectos del comportamiento social de los adolescentes: autoritario, democrático, negligente e indulgente.

El **estilo autoritario** es un estilo restrictivo y punitivo en el que los padres obligan al adolescente a seguir las normas que le imponen y le inculcan el valor del trabajo y el esfuerzo. Los padres autoritarios establecen controles y fijan límites claramente definidos, admitiendo muy poco diálogo. Este estilo se asocia a la falta de habilidades sociales en los adolescentes. Los adolescentes hijos de padres autoritarios suelen temer las comparaciones sociales, tienen poca iniciativa y poseen escasas habilidades comunicativas.

El **estilo democrático** anima al adolescente a ser independiente pero sigue estableciendo controles y fijando límites a su comportamiento. Se acepta e incentiva el diálogo, y los padres son cálidos y afectuosos con el adolescente. Este estilo se asocia al desarrollo de habilidades sociales en los adolescentes. Los adolescentes hijos de padres democráticos tienen confianza en sí mismos y son socialmente responsables.

El estilo permisivo tiene dos variantes posibles: negligente e indulgente. El **estilo negligente** es un estilo en el que los padres se implican muy poco en la vida del adolescente. Se asocia a la falta de habilidades sociales en los adolescentes, sobre todo a la falta de autocontrol. Este estilo está íntimamente relacionado con la falta de control paterno.

El **estilo indulgente** es un estilo en el cual los padres se implican mucho en la vida del adolescente, pero establecen pocos controles y le exigen muy poco. Se asocia a la falta de habilidades sociales en los adolescentes, sobre todo a la falta de autocontrol. Los padres indulgentes dejan que sus hijos hagan lo que les

plazca y el resultado es que los adolescentes nunca aprenden a controlar su comportamiento y siempre quieren salirse con la suya.

Similarmente a Guelar y cols (2000), Diana Baumrind (1991;en Santrock , 2004), concluye que los padres deben utilizar una combinación de técnicas en vez de una sola, aunque puede dominar una de ellas. Aunque generalmente se recomienda ser consistente con el estilo educativo, un padre sensato puede creer conveniente ser más permisivo en ciertas situaciones, más autoritario en otras y más democrático en otras.

1.3 Alimentación de los adolescentes.

Según Crispo y Guelar (2002), aproximadamente entre los 10 y los 20 años de edad, en lo que sería la pubertad, la adolescencia y la postadolescencia, se produce un importante aumento de la masa corporal. Este crecimiento depende de un potencial genético heredado, pero también de la nutrición y de factores hormonales. Es por esto que en la adolescencia, los requerimientos energéticos son mayores que en otras etapas de la vida, es necesario aumentar el consumo total de calorías, por que si existen restricción de calorías o hay una mal nutrición, pueden producirse retrasos, detenciones o alteraciones en el crecimiento y desarrollo.

Berger (2004), considera que los cambios rápidos de la pubertad requieren combustible en la forma de calorías adicionales y también vitaminas y minerales. Ya que en realidad, la ingesta diaria recomendada de calorías es más alta para un adolescente activo que para ningún otro; los requerimiento de calorías más grandes se producen a los 14 años para las niñas y a los 17 para los varones (Malina y Bouchard, 1991). Durante el estirón del crecimiento, la necesidad de calcio, hierro y cinc (para el desarrollo de los huesos y la masa muscular) es alrededor de 50 por ciento más grande que los que fue solo dos años antes.

Para evaluar si una personal es demasiado delgada o demasiado gorda, los médicos calculan el índice de masa corporal (IMC), al dividir el peso de la persona en kilogramos entre la altura en metros elevada al cuadrado. El IMC saludable

para la gente que ha dejado de crecer (incluye a casi todos los de 18 años) está entre 19 y 24.

En la alimentación del adolescente, el consumo inadecuado de leche es un problema porque la leche es una fuente de calcio, que contribuye al crecimiento óseo. Alrededor de la mitad de la masa ósea de los adultos se adquiere durante la adolescencia. La masa ósea insuficiente aumenta el riesgo de osteoporosis, una causa importante de discapacidad, invalidez e incluso muerte entre las mujeres mayores. Las adolescentes de hoy prefieren las bebidas con gas a la leche, por lo que hacen peligrar sus dientes, sus huesos y el resto de sus cuerpos.

Parte de la responsabilidad de los hábitos alimentarios deficientes se encuentra en los mismos adolescentes. Las escuelas, la televisión y la cultura en general también tienen algo que ver. Las familias también colaboran en esto: es raro que la gente joven se sienta a comer con sus padres y hermanos alimentos frescos que han sido lavados, cortados, combinados, sazonados y cocinados por la madre o el padre.

La mayoría de los adolescentes comen algo rápido solos o con sus compañeros y muy pocas veces en casa. Como consecuencia, ingieren más cantidad de sal, azúcar, grasas y conservantes en su dieta, y no ingieren la cantidad suficiente de calcio o hierro. De hecho, menos de la mitad consume la dosis diaria recomendada de 15 miligramos de hierro, un nutriente que está presente principalmente en las verduras, los huevos y la carne. A causa de los períodos menstruales el organismo pierde algo de hierro, y por lo tanto las mujeres de entre los 15 y 17 años tienden más a sufrir anemia por deficiencia de hierro (bajo nivel de hemoglobina) que cualquier otro subgrupo de la población (Baynes y Bothwell, 1990 en Berger, 2004)

Para Ballabriga y Carrascosa (1998), el brote de crecimiento y su mantenimiento requieren una adecuada nutrición y por tanto el aporte de cantidades de energía y de todos los nutrientes esenciales. Es importante precisar el estadio de maduración en que se encuentra el adolescente dado que sus requerimientos nutritivos pueden variar en un estadio u otro. La acreción diaria de calcio, hierro y nitrógeno llega a su máximo al ser dos o tres veces mayor en el

momento del pico máximo del brote de crecimiento durante la adolescencia y es mayor asimismo en los varones. Se puede decir que los varones depositan más músculo y calcio y las hembras más grasa.

La rapidez del crecimiento en altura puede variar dentro de un grupo étnico, pero ello es debido fundamentalmente a factores ambientales entre los que debemos incluir preferentemente el aporte nutricional y así, adolescentes de diferentes grupos étnicos viviendo en las mismas condiciones ambientales y de nutrición, suelen tener tallas notablemente similares. El crecimiento en altura es más rápido en primavera y el crecimiento en peso es más rápido en otoño. La nutrición juega un papel muy importante, y así se ha comprobado en circunstancias de guerra con deficiencias en la nutrición observándose que más que un retraso en el crecimiento se producía un retraso en la propia instauración de la adolescencia. El mantenimiento de situaciones de malnutrición en el curso del período de la adolescencia puede conducir al establecimiento de un retraso permanente en la talla para la edad. La nutrición es pues, un importante determinante del crecimiento y una nutrición subóptima retrasa el crecimiento y la pubertad, bajando el índice de masa magra y masa grasa, mientras que una hipernutrición aumenta ambos.

La administración de nutrientes debe tener como objetivo lograr que el aporte energético que se efectúe sea suficiente para promocionar el crecimiento, mantener este crecimiento y un desarrollo normal. Debe cubrir asimismo las necesidades determinadas por la actividad física que realice y debe integrarse en un ambiente saludable en el que las condiciones de salud no dependan únicamente del consumo de alimentos, sino que también cuiden otros factores generales como pueden ser mantener un buen grado de ejercicio y la prevención de fumar.

Todo ello condiciona la cuestión de la influencia que el estilo de vida puede tener en el período de la adolescencia. Podemos definir como estilo de vida las actitudes, respuestas y la posición del ser humano ante la vida cotidiana como consecuencia de una serie de estímulos que gravitan en su entorno de un modo continuado. Estos estímulos van variando a lo largo del tiempo, cambiando unas veces o desapareciendo, apareciendo otros a lo largo del ciclo cronológico de la vida y siendo ellos mismos frutos de diversas circunstancias cambiantes desde el

punto de vista del individuo y condicionamientos sociológicos, geopolíticos, de momento histórico, económicos, educacionales y generacionales que van a coincidir en gran parte en uno o diversos estilos de interpretar y vivir su propia existencia.

Los condicionamientos y actitudes de la familia, sus características y su entorno van a ejercer una marcada influencia, positiva o negativa, sobre las respuestas en cualquier edad de la infancia y muy especialmente durante la pubertad y la adolescencia, y definirán su estilo de vida.

También la televisión ha sido un factor generador de impactos positivos y negativos que han condicionado enormes variaciones en los hábitos de vida y repercusiones, unas veces positivas y otras negativas, sobre las respuestas emocionales a lo largo de la infancia e influenciando en parte algunos aspectos del estilo de vida y de los hábitos alimentarios.

Las necesidades energéticas en el adolescente son muy individualizadas pues van a depender del patrón de actividad del propio adolescente y habrá, por tanto, que tener en cuenta un factor de “actividad” que es variable. La gran variabilidad en las necesidades energéticas del adolescente depende de cuál es el momento en que tiene lugar el máximo brote de crecimiento y la amplitud del mismo en lo que se refiere al crecimiento somático que condiciona el aumento de los requerimientos, así como de los patrones de actividad que el adolescente tiene de acuerdo con su propio estilo de vida, si trabaja o no trabaja, o si hace deporte intenso o no lo hace.

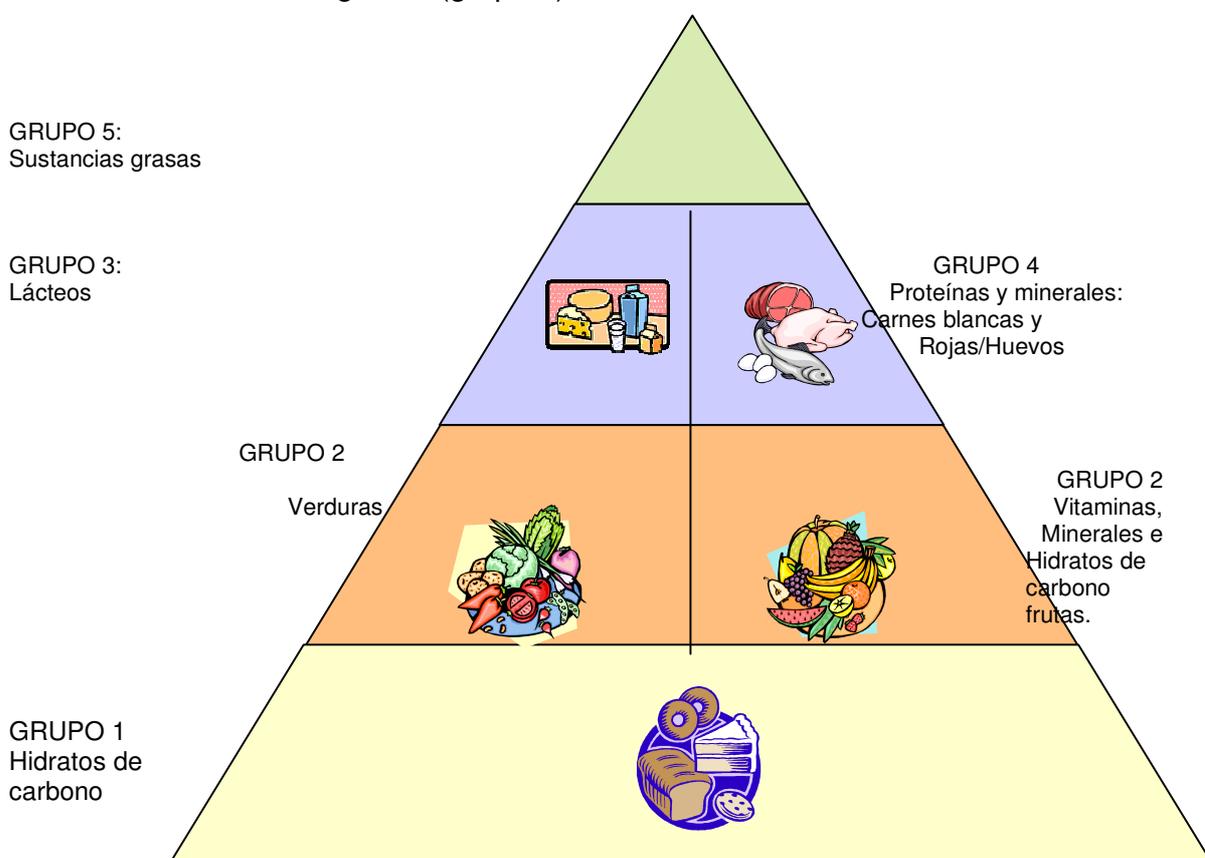
Durante el brote máximo de crecimiento las demandas de nutrientes son máximas, fundamentalmente en virtud de un mayor aumento de su masa magra, por una parte, y de una mayor velocidad de crecimiento. El adolescente necesita energía para apoyar el crecimiento y el desarrollo, así como para sus funciones metabólicas, para la actividad muscular de intensidad variable que pueda tener y para repara el deterioro del organismo. El brote de crecimiento del adolescente es muy sensible a la falta de energía y a la privación de nutrientes. La necesidad primaria del adolescente es un aporte adecuado de energía. Los factores que pueden influir sobre los requerimientos esta en relación con los distintos grados de

actividad física, el embarazo en las adolescentes, el empleo de contraceptivos orales y enfermedades del adolescentes que pueden llevar consigo un déficit secundario en nutrientes.

De acuerdo con Guelar y cols (2000), los requerimientos energéticos que el organismo del adolescente requiere para su desarrollo se encuentran en los nutrientes, es decir las sustancias contenidas en los alimentos, las cuales permiten al organismo obtener energía, construir y reparar los tejidos y regular los procesos metabólicos. Los nutrientes incorporados en la alimentación del adolescente aportarán la energía y las sustancias necesarias para el buen funcionamiento de los sistemas y órganos del cuerpo.

Los requerimientos del cuerpo, conforme la pirámide alimentaría normal graficada, se cubren al ingerir aproximadamente.

- Un 55 a 60% de hidratos de carbono (grupos 1 y 2).
- Un 15 a 20% de proteínas, y (grupos 3 y 4).
- Un 25 a 30% de grasas (grupo 5).



Grupo 1: Hidratos de carbono.

La función principal de los hidratos de carbono es proporcionar energía al cuerpo para que pueda realizar todas sus funciones biológicas –por ejemplo, el funcionamiento cardíaco, respiratorio, digestivo, metabólico, etc.-. estos nutrientes son la fuente de energía necesaria para llevar a cabo la actividad física y mental de todos los días. A este grupo de alimentos pertenecen los cereales, las pastas, panes, legumbres y vegetales con fécula.

Grupo: 2 Frutas y verduras.

Son los nutrientes que poseen mayor cantidad de vitaminas, minerales y fibra, y además contienen hidratos de carbono. A este grupo de alimentos pertenecen las verduras de hoja, el tomate, zanahoria, frutillas, naranja, etc.

- a) *Vitaminas*: son elementos imprescindibles para la nutrición y no deben faltar en una alimentación equilibrada. El organismo no puede elaborarlas, por lo que es necesario tomarlas del exterior. No tienen calorías.
- b) *Minerales*: son indispensables y desempeñan funciones específicas. Podemos decir que el ser humano necesita para su desarrollo 14 elementos minerales distintos. Siete de ellos se encuentran en el organismo en cantidades importantes y se denominan macrominerales. Se trata del calcio, fósforo, sodio, potasio, cloro, magnesio y azufre. Los siete restantes se denominan oligoelementos y sólo existen en el organismo en cantidades muy pequeñas. Se trata del hierro, yodo, cobre, cinc, manganeso, flúor y cobalto.
- c) *Fibras*: tienen una gran importancia en la alimentación ya que ayudan al intestino grueso a eliminar los desechos del cuerpo. Una ingesta insuficiente de fibra ocasiona trastornos intestinales como el estreñimiento, o predispone a algunas enfermedades.

Grupo 3: Lácteos.

Contienen calcio, proteínas de excelente valor nutricional, fósforo y vitaminas A, D y B12. Los alimentos que los proveen son la leche, el yogur, leche cultivada, quesos de todo tipo, crema, etc.

Grupo 4: Carnes blancas y rojas/huevos.

Son proteínas de alto valor nutricional. Contienen además hierro, zinc y vitaminas. Los alimentos que forman parte de este grupo son las carnes magras rojas, de ave sin piel, los pescados y los mariscos.

Las proteínas son las que hacen el aporte mayor para la constitución estructural para el organismo. Son imprescindibles para formar y conservar los tejidos. Las fuentes de suministro de proteínas son principalmente los animales, de donde se obtienen las proteínas de mayor calidad, aunque los vegetales también son capaces de aportar elementos proteicos.

Decimos que estos nutrientes intervienen en la formación de la estructura del organismo porque todos los tejidos como la piel, los músculos, huesos, etc., se forman a partir de ellos y las hormonas también.

La carencia de proteínas produce distintos tipos de trastornos, por ejemplo, en la niñez y en la adolescencia, afecta el crecimiento y el desarrollo físico e intelectual del niño o joven. También debilita la resistencia a las infecciones. Algunas personas eligen no comer carnes rojas y se preocupan por los efectos que esto puede producir, pero es importante que sepan que las carnes blancas de aves o pescados también contienen proteínas de alto valor biológico.

Grupo 5: Sustancias grasas.

Así como sucede con las proteínas, hay ciertos ácidos grasos que también son esenciales. El organismo no puede producirlos, pero los necesita para elaborar determinadas cadenas químicas, por lo cual es imprescindible su ingestión a través de los alimentos. El sistema nervioso, por ejemplo, tiene infinidad de cadenas que están compuestas por lípidos (grasa) y proteínas. También son necesarias para la conformación básica de diferentes hormonas. Por lo tanto, si no se ingieren aquellos nutrientes esenciales que el organismo no puede fabricar, se producirán déficits en cualquier de estas funciones. A este grupo pertenecen los aceites vegetales (palta, mayonesa, manteca, nueces, etc.), y los azúcares refinados (golosinas, azúcar y dulces en general).

Es preciso tener en cuenta que no hay un nutriente más importante que otro sino que todos lo son y que por lo tanto, un plan de alimentación debe ser individual, dinámico y variado de acuerdo con:

- La relación altura/peso.
- La conformación corporal.
- La actividad física que se realiza (deportes u otras).
- La estación del año (no se necesita ingerir lo mismo en invierno que en verano, otoño o primavera).

Así, para una alimentación correcta, sea cual fuere el número de calorías requerido, debe cumplir con los requisitos fundamentales para asegurar las necesidades del cuerpo y preservar un buen estado de salud (Guelar y cols, 2000).

Estos requisitos son:

- Que aporte las calorías suficientes de acuerdo con la actividad desarrollada.
- Que incluya suficiente cantidad de hidratos de carbono, proteínas y grasa de buena calidad.
- Que aporte los elementos minerales necesarios, sobre todo calcio, fósforo, sodio, potasio, magnesio, hierro y yodo.
- Que las vitaminas sean suficientes, es decir que no falten frutas frescas, verduras, huevos, carne y leche.
- Que los alimentos estén bien condimentados, a fin de que resulten agradables al paladar y la digestión se vea favorecida.

Sin embargo, los hábitos alimentarios del adolescente están influenciados, por el tipo de alimentación familiar en su casa y por las conductas de los otros adolescentes con los que se relaciona y por la influencia de los estilos de vida del momento (Ballabriga y Carrascosa, 1998).

Además de que en las últimas décadas, la mayor independencia de los adolescentes, su mayor disponibilidad de dinero posibilitando gasto propio independiente, la introducción de los hábitos de consumo de “snacks”, considerando como tales alimentos sólidos o líquidos tomados entre las comidas y

la oferta de restaurantes de comidas rápidas y disponibilidad de alimentos precocinados para consumir en casa, han contribuido de un modo muy importante a variaciones en sus hábitos alimentarios, aunque se mantienen notables diferencias en los diversos países y en relación con sus status socio-económicos.

El hábito de estar ante la televisión durante muchas horas también facilita un cambio en los hábitos alimentarios, con mayor frecuencia del picoteo y bebidas durante este tiempo, además de ir acompañado por una menor actividad física.

Por esto es fundamental hacer todas las comidas. Estas son: desayuno, almuerzo, merienda y cena. El organismo de esta forma está provisto de la energía y nutrientes que necesita para un buen funcionamiento. Ya que si los períodos sin comer se prolongan en más de tres horas y media a cuatro, el cuerpo comienza a entrar en ayuno, alterando funciones químicas y metabólicas. El metabolismo y el gasto energético tienden a disminuir, lo que favorece la aparición de trastornos del comer.

1.4 Trastornos en la alimentación.

Durante gran parte de la historia se había considerado deseable a una mujer cuando su cuerpo estaba relleno, debido a la grasa acumulada en sus senos, caderas, muslos y abdomen. La moda era estar gorda. Un cuerpo femenino lleno de curvas indicaba que el marido o el padre eran prudentes, eficaces y acaudalados. También indicaba que la mujer tenía suficiente energía.

Hace dos décadas que la gente piensa que una mujer es atractiva, deseable y tiene éxito cuando está delgada. A lo largo del mismo período, han aparecido artículos sobre regímenes <<nuevos y apasionantes>> a menudo inadecuados desde un punto de vista nutritivo, (y en ocasiones peligrosos) de manera regular en las revistas femeninas, y su número es cada vez mayor. También está aumentando la publicación de libros de regímenes nuevos y revolucionarios. La mayoría de las personas reciben un constante bombardeo de imágenes de televisión en las que aparecen mujeres jóvenes, atractivas y ágiles para anunciar productos tan diversos como bebidas refrescantes, inversiones financieras, coches, comidas preparadas, etc.

Los mensajes de los medios de comunicación subrayan lo deseable que es para la mujer ser joven y estar o convertirse en una persona delgada. Estos mensajes influyen especialmente en las adolescentes que se encuentran en un período en el que están sometidas aun estrés emocional (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

De esta manera, los trastornos del comer se desarrollan generalmente en la etapa de la adolescencia y suelen estar estrechamente relacionados con la dificultad para resolver conflictos ligados al proceso de crecimiento y emancipación. Por ejemplo la adolescente puede sentirse inseguro respecto de cómo afrontar el “salto al precipicio” que implica reconocer que la infancia ha llegado a su fin, qué decisiones tomar para su futuro o cómo encarar situaciones hasta ahora desconocidas. También puede estar sintiéndose obligado a encajar en los roles y expectativas que la sociedad le asigna no pudiendo darse cuenta aún de cuáles son sus propias necesidades, o reconocer qué es lo que quiere realmente hacer de su vida. Con lo cual puede recurrir a la situación de generar un conflicto con la comida, sin proponérselo, como una forma de afirmar su personalidad, de mostrarse fuerte. O, pueden surgir malestares en las relaciones con el medio familiar, ya que padres demasiado sobre protectores no le permiten experimentar para crecer, o porque la depresión de alguno de sus padres, la violencia física, o psicológica, el maltrato o el abuso sexual lo hacen sentirse desvalorizado e inseguro, y la comida termina siendo utilizada como un “arma” para oponerse o discriminarse.

Según Guelar, Crispo y cols (2000), cualquiera que sea la razón, el miedo a no ser capaz de afrontar situaciones o de ser sobrepasado por ellas, es experimentado por muchas de las personas que desarrollan un trastorno de la conducta alimentaría. Y cuando este trastorno se presenta en la adolescencia, al chico no le queda energía posible para resolver los desafíos que supone la transición hacia un mundo adulto. En cierto modo, el adolescente sigue funcionando como un niño que requiere que los adultos estén aún a cargo de su vida. Puede darse que se vuelque a la comida para consolarse o para distraerse de lo que le pasa, o fantasee con la idea de que hacer una dieta es una forma de

controlar algo, ya que tiene la sensación de que casi todo <<se le va de las manos>>. El consuelo de comer o la satisfacción de lograr no comer, parecen sus únicas opciones. Sin embargo, no se trata de una verdadera solución, ya que la mala alimentación –restrictiva o compulsiva- es la que lo deja atrapado en un circuito repetitivo.

Santrock (2004), ha mostrado los resultados de algunas investigaciones sobre los trastornos de alimentación, por que considera que estos trastornos están adquiriendo cada vez más importancia durante la adolescencia; algunos de ellos son:

- ❖ Se encontró que las chicas que tenían una autoimagen corporal negativa durante la adolescencia temprana tenían más probabilidades de desarrollar trastornos de la alimentación dos años después, a comparación de las que no tenían una imagen corporal negativa (Attie y Brooks-Gunn, 1989).
- ❖ Las chicas que tenían una relación positiva con sus padres tenían hábitos alimentarios más sanos que las que mantenían una mala relación con alguno de sus progenitores (Swarr y Richards, 1996). Las relaciones negativas entre padres y adolescentes se asociaron a una mayor tendencia a hacer régimen a lo largo de un período de un año (Achibald, Graber y Brooks-Gunn, 1999).
- ❖ Las chicas que mantenían relaciones sexuales con sus novios y se encontraban en la transición puberal tenían más probabilidad de estar haciendo régimen o de presentar comportamientos anormales con respecto a la comida (Caufman, 1994).
- ❖ Las chicas que estaban haciendo un gran esfuerzo por tener el mismo aspecto que la imagen femenina difundida por los medios de comunicación tenían más probabilidades de estar obsesionadas con el peso (Field, 2001).
- ❖ Muchas adolescentes tienen un fuerte deseo de perder peso (Graber y Brooks-Gunn, 2001).

Además, para las mujeres –las cuales constituyen el 90 por ciento de las personas afectadas por trastornos de la alimentación- la situación personal de inestabilidad y cambios se ve agravada por estar inmersas en una sociedad que

comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente. Si a esto se suma que el modelo de mujer que se propone desde los medios es el de una adolescente, casi púber, cuyas formas están apenas pronunciadas, podría entenderse la perturbación que puede sufrir una chica que está en un momento en que justamente un aumento de peso es lo más natural para que su cuerpo adquiriera finalmente una forma de mujer.

Así mismo, se debe tener en cuenta que la adolescente está viviendo la sensación de no tener su vida bajo control, con lo cual son varios los beneficios secundarios que logra, aunque sin proponérselo, mediante el trastorno de la alimentación: no tiene que dejar de ser niña por que sus padres todavía pueden cuidarla como tal, y no tiene que hacerse cargo de un cuerpo de mujer, por que el que tiene se mantendrá como el de una púber (Crispo y Guelar, 2002).

Cuando los cambios corporales no son aceptados, o no se tolera estar en un tiempo de transición con la inestabilidad propia del proceso adolescente, la persona se vuelve muy vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación. En el fondo lo que el adolescente quiere resolver es la dificultad para adaptarse al nuevo estatus social y disconformidad con la propia identidad. Y lo que parece ser una salida en realidad es una trampa que le dificultará más hallar la verdadera salida.

Por otro lado, la mayoría de los adolescentes comen muy poco o demasiado, o en horarios no adecuados. Por ejemplo, ser vegetarianos se ha convertido en algo muy popular, sobre todo entre las chicas. Este patrón de alimentación puede ser muy saludable, pero no la forma como muchas adolescentes lo llevan a cabo. Ellas evitan no sólo la carne y los huevos, sino también todos los productos lácteos, exactamente cuando sus cuerpos necesitan más hierro y calcio.

Como la imagen corporal está muy ligada a la autoestima, las chicas son las que más se preocupan si están demasiado gordas, aún cuando estén aumentando el peso necesario para sus cuerpos. Es normal el aumento de peso entre 14 y 27 Kg. –según la altura, la masa muscular y el tipo corporal genético– desde el fin de la niñez hasta la adultez.

Cuando las proporciones corporales cambian de manera notable en la pubertad, muchos jóvenes quieren detener el proceso. Casi todas las adolescentes (independientemente de su peso) y muchos adolescentes hacen dieta por unos días o unas semanas y se ponen de mal humor, se sienten cansados, pierden uno o dos kilos y luego los aumentan, piden comidas que nunca antes habían querido comer y rechazan las que les gustaron, por lo general sin consecuencias graves.

Dado que el hecho de comer es un instinto básico, desde el punto de vista psicológico, aquellas personas que sufren un trastorno de alimentación tienen una personalidad identificable, siendo más obsesivas o neuróticas que los que comen normalmente.

Una extensión de la teoría de personalidad defectuosa sugiere que algunas mujeres obesas utilizan el comer como sustituto del amor. El vacío de su vida se alivia si toma alimentos para llenar su estómago vacío. La comida, y particularmente bebidas como leche o cerveza, se convierten en los fundamentos de su vida, suprimiendo su falta de autoestima y proporcionándole satisfacción.

Según Santrock (2004), dos trastornos de la alimentación que pueden aparecer en la adolescencia son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, trastornos que definiremos en los siguientes capítulos para identificar sus diferencias y su relación.

Capítulo 2.

Anorexia Nerviosa.

La aceptación de la nueva imagen corporal resultante de los cambios de la pubertad, los modelos impuestos por el ambiente social, la asociación de los mismos a los conceptos de éxito y felicidad, condicionan en muchas adolescentes trastornos del área psicoafectiva que las llevan a realizar conductas alimentarias anómalas que pueden ser el origen y/o el desencadenante de los trastornos de la conducta nutricional del adolescente (Ballabriga y Carrascosa, 1998).

La anorexia nerviosa es uno de los trastornos de la conducta alimentaria que se ha presentado cada vez con mayor frecuencia en mujeres adolescentes, este trastorno implica la persecución de la delgadez extrema reduciendo la ingesta, lo cual pone en riesgo la salud del adolescente pudiendo llegar a la muerte por inanición. En este capítulo nos referiremos a este trastorno el cual esta altamente condicionado por factores de orden psicológico, social y cultural.

2.1. Antecedentes Históricos.

Se afirma que los primeros reportes históricos de mujeres que ayunaban y morían tras su estado de inanición son considerados por algunos teóricos como las primeras muestras de anorexia. Por ejemplo, en el año de 895, se hace referencia a Friderada; quién fue una mujer que habitó en la ciudad de Babiera y sólo consumía productos lácteos, vomitando tras cada ingesta alimentaria, y permanecía meses sin comer (Poch, 1995 en Cabrera 2001).

Hercovici y Bay (1997) mencionan que en la Edad Media se relató acerca de una enfermedad misteriosa, que transformaba a la persona que la padecía y que se caracterizaba por una gran pérdida de peso a partir de una dieta de hambre autoimpuesta. Además, se dice que Ludina de Shiedama, una Santa del Siglo XIV, vivió durante años alimentándose “sólo con trocitos de manzana del tamaño de una hostia”. Lacey cuenta la leyenda medieval de Santa Wilgefortis, diciendo que era de alto rango social (hija del Rey de Portugal) y siendo una doncella, ayunó y le rezo a Dios, rogándole le arrebatara su belleza para así

ahuyentar la atención de los hambres. Al cabo de un tiempo de adoptar un régimen de plegarías, ascetismo y dieta de inanición, su rostro y cuerpo comenzaron a cubrirse de vello. Se dice que algunos países de Europa la adoptaron como Santa Patrona por aquellas mujeres que querían librarse de la atención masculina.

Pero, R. Mortn realizó la primera descripción clínica de la anorexia nerviosa en el año de 1694, al detallar los síntomas de una mujer de 18 años quien calló víctima de la supresión total de sus Menstruaciones, según él, a causa de una multiplicidad de <<inquietudes y pasiones de su mente...>> A partir de lo cual su apetito comenzó a mitigar y su digestión paso a ser mala; también sus carnes comenzaron a ponerse flácidas y su rostro comenzó a palidecer. La paciente de Morton se negó a seguir el tratamiento indicado y murió tres meses más tarde.

Sir William Gull en 1874 fue quien acuñó el nombre de anorexia nerviosa. Gull destaca entre otras cosas, su típica aparición en la adolescencia, los efectos del agotamiento calórico sobre los signos vitales, su preponderancia en las mujeres y la importancia de intervenir oportunamente con atención profesional especializada.

Para Abraham y Llewellyn-Jones (1994) Sir William se equivocó: los pacientes con anorexia nerviosa no tienen falta de apetito. A menudo tienen hambre, pero suprimen su hambre y se niegan a comer normalmente a causa de su deseo de estar delgados, incluso hasta el punto de estar demacrados y a causa de su miedo a perder el control de su comportamiento alimentario.

Según Chinchilla (2003), el punto de referencia histórico de la anorexia nerviosa son las aportaciones de Gull (1874) y Lasegue (1873) quienes dejaron sus descripciones clínicas sin prejuizar sus causas, pero aproximándose a un estado mental mórbido, perverso o histérico.

La aportación de mayor influencia, desde el punto de vista de la psicopatología individual, surgió de los escritos de Hide Bruch (1973 en Hercovici y Bay (1997), las cuales abarcaron más de tres décadas. Ella destaca el trastorno de la imagen corporal y un defecto en la interpretación de los estímulos corporales, tales como los signos de necesidad nutricional. También describió en

las pacientes una “ sensación paralizante de ineficacia” que la atribuye al fracaso de los padres en favorecer la expresión de sí mismo. La falta de autonomía de estas pacientes y la sensación de que nunca van a colmar las altas expectativas de sus padres llevaron a Bruch a describirlas como un <<gorrión en una jaula de oro... que quiere sobrevolar y despegar por su cuenta>>. Por esto se considera que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar conduce al desarrollo y mantenimiento de este trastorno.

Por otro lado, se propuso una teoría que vincula los aspectos psicológicos y biológicos, según ésta, la evitación de alimentos con hidratos de carbono y la consiguiente pérdida de peso llegan a interferir en la regulación que hace el sistema nervioso central de la menstruación, y así a una forma de regresión que alude los conflictos del crecimiento, la independencia personal y la sexualidad. Se concluyó que esta teoría es generalizada y apresurada ya que esta explicación no es aplicable a las pacientes premenárquicas. Después de estas conclusiones ha resultado de gran relevancia definir a la anorexia nerviosa así como identificar sus características para poder realizar un diagnóstico y un tratamiento adecuado, a continuación se presentan una serie de definiciones que han ayudado a reconocer este trastorno.

2.2. Definición y características.

Según Ballabriga y Carrascosa (1998), la anorexia nerviosa es una enfermedad en la que existe una distorsión de la percepción por parte del paciente de su propia imagen corporal y un trastorno de la conducta nutricional. Los pacientes perciben su imagen corporal como si esta fuese muy obesa a pesar de tener objetivamente un peso bajo o incluso muy disminuido. Esta percepción y el miedo exagerado a la obesidad condicionan una restricción voluntaria y difícil de corregir del aporte nutricional, reduciendo al máximo la ingesta de nutrientes. Las consecuencias son la instauración progresiva de un cuadro de malnutrición que puede llevar a la emaciación total e incluso a la muerte. Esta situación clínica se da en ambos sexos, pero preferentemente en el sexo femenino. Se presenta generalmente una vez que ha finalizado el desarrollo puberal, aunque últimamente

aparecen cada vez más casos en edades más jóvenes, durante el desarrollo puberal e incluso al inicio del mismo.

Para Tinahones (2003) la anorexia nerviosa se trata de una alteración de conducta alimentaria que revela un problema psíquico, en donde la paciente anoréxica ya no desea llenar con comida el vacío de la falta de amor que puede estar experimentando debido al proceso de cambios que se producen en la adolescencia.

Hercovici y Bay (1997), definen a la anorexia nerviosa como un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes, pero también prepúberes, mujeres mayores y, en menor medida, a hombres, caracterizado por una pérdida de peso autoinducida por medio de la restricción alimentaria y/o el uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómitos o exceso de ejercitación física, miedo a la gordura, y amenorrea en la mujer o pérdida de interés sexual en el varón.

Además, la anorexia nerviosa se caracteriza por la autorrestricción de la ingesta alimentaria; esto ocurre cuando las personas por voluntad propia comen muy poco y hacen mucho ejercicio físico poniendo en riesgo su vida, ya que entre el 5 y el 20 por ciento de las víctimas de anorexia mueren (Berger, 2004).

Iturrioz (en Goldman 2000), desde el punto de vista del psicoanálisis de Freud, propone primeramente que la anorexia nerviosa es un síntoma de la Histeria el cual se sustenta en la etiología traumática como acontecimiento, como suceso acaecido -muerte del padre, resultado de la perversión de un seductor, recuerdos relacionados con la alimentación de su infancia-; posteriormente la relaciona con la melancolía, en esta relación se observan matices depresivos.

Abraham y Llewellyn-Jones (1994), exponen las características de la anorexia nerviosa:

- La mujer es anormalmente sensible al hecho de estar gorda, o tiene un temor morboso a llegar a estar gorda, y a perder el control de la cantidad de comida que consume. Dicho temor le induce a adoptar un comportamiento dirigido a perder peso. La mayoría de las víctimas reducen drásticamente la cantidad de alimentos que comen, limitando especialmente los que contienen carbohidratos (pan, pasteles, dulces, azúcar) y los que contienen

grasa. Sin embargo, el régimen que escogen usualmente reduce el consumo total de comida, algunas utilizan otros métodos como los vómitos autoinducidos, el uso inadecuado de laxantes o diuréticos, y el ejercicio enérgico, son los más comunes.

- Una mujer a quien se le diagnostica anorexia nerviosa ha perdido una cantidad considerable de peso, de manera que éste es menor de 45 Kg., hay que descartar que la mujer tenga otra enfermedad física o psicológica, que pudiera explicar su pérdida de peso.
- La tercera característica común de las descripciones de anorexia nerviosa es que la mujer deja de menstruar, se vuelve amenorreica.

Como puede observarse, la anorexia nerviosa se caracteriza por un miedo obsesivo a engordar el cual parte de pensamientos irracionales que pueden estar condicionados por factores culturales, familiares , etc, es por esto que a continuación se realizara una revisión de las causas de la anorexia.

2.3. Etiología de la anorexia nerviosa.

La incidencia de trastornos en la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa (AN), va en aumento así como su aparición en edades más tempranas, esto se debe a la mayor penetración de fenómenos culturales relacionados con el cuerpo y la alimentación, que llevan a los adolescentes a la creación de un culto a la esbeltez y a las dietas a través de métodos inadecuados. Podemos ver, que en la actualidad nuestra sociedad se le ha concedido gran importancia al aspecto físico como modelo social, como medio de competitividad, de afirmación y reconocimiento; implicándose en el origen de algunos trastornos de la conducta alimentaria.

Debido a que en México las mujeres cuentan con una estatura promedio de 1.60m. y su morfología es una estructura ósea de dimensiones superiores al estereotipo que se maneja en la mercadotecnia internacional, es complicado que las mujeres mexicanas, puedan presentar una imagen similar a la establecida como perfecta. Esta situación favorece a la prevalencia de los trastornos de la alimentación como la AN. Esto es provocado por una mala abstracción de la

información que se recibe de los medios publicitarios; evidenciando la influencia social (Cabrera, 2001).

Algunos autores como Hercovici y Bay (1997) y Crispo, Figueroa y Guelar (1996), mencionan que la anorexia nerviosa es resultante de la destilación de múltiples factores predisponentes y gatillantes que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarla.

Sin embargo, García (en Chinchilla 2003) sugiere que el modelo más aceptado que permite explicar el origen y el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria y presenta ventajas desde el punto de vista terapéutico es el modelo biopsicosocial. Este modelo considera que la anorexia nerviosa es consecuencia de la interacción de factores individuales (biológicos y psicológicos), junto con otros de tipo social, familiar y cultural. Esta integración multifactorial nos permite distinguir en el origen y mantenimiento de la (AN), la acción conjunta de los distintos factores en forma de predisponentes y factores de perpetuación del trastorno.

Factores predisponentes

Vulnerabilidad biológica.

Entre los considerados como factores individuales, se define la posibilidad de que exista una *vulnerabilidad biológica*, tanto heredada como adquirida. Esta vulnerabilidad se traduciría en una dismaduración hipotalámica y de ciertas vías de transmisión neuronal, así como en alteraciones en la actividad cerebral de algunos neurotransmisores.

Factores familiares.

Se ha visto que generalmente, los trastornos como la (AN) anidan en modelos familiares patológicos, con organizaciones disfuncionales y en las que pueden observarse con elevada frecuencia trastornos en la esfera afectiva, antecedentes de trastornos de la alimentación y una elevada preocupación alimentaria en los padres. Además, las familias del paciente con anorexia son sobreprotectoras y estrictas, donde se dificulta la autonomía del paciente e incluso se le desanima. Se crean así relaciones dependientes y enfermizas, que en

ocasiones perpetúan el trastorno. Con frecuencia se encuentran conflictos conyugales o de frustraciones ante aspiraciones personales no alcanzadas, involucrando al paciente en estas situaciones. Madres que proyectan sus desilusiones y frustraciones en las hijas, con altas exigencias sociales, de normas y de apariencias. Estas familias, aparentemente perfectas, suelen tener una baja tolerancia a la frustración y presentan relaciones poco cálidas y superficiales.

Factores psicológicos.

Se consideran junto con los factores biológicos, como los principales determinantes individuales de predisposición a padecer un trastorno de la conducta alimentaria, ya que se han identificado ciertas características típicas en la personalidad en pacientes con anorexia; según Jonson y Connors (1987 en Chinchilla 2003) las más importantes son: la baja autoestima, las alteraciones de la imagen corporal, los temores de separación e individualización, el humor depresivo, las distorsiones cognitivas y una clara tendencia al perfeccionismo, obediencia, sumisión y desconfianza.

En líneas generales, los pacientes con AN de tipo restrictivo son reservados, inhibidos, retraídos, pensativos, serios y con tendencia a la obesidad. A diferencia de éstos, los de tipo bulímico son más extrovertidos, simpáticos, emocionalmente lábiles e impulsivos y con conductas más desorganizadas.

Factores socioculturales.

Es evidente que existe una relación entre la AN y determinados factores culturales. Desde un punto de vista transcultural, la AN se presenta como una enfermedad asociada a valores sociales y culturales y, así cuando se realiza un análisis del perfil de este enfermo, se descubre de manera casi constante la existencia de coincidencias en su distribución sociocultural.

Distribución social de la AN

Existen evidencias de que los trastorno de la alimentación como la AN son típicos de las sociedades industrializadas del mundo occidental, y aunque están comenzando en el mundo oriental (Japón, por ejemplo), se puede asegurar que no afectan por igual a mujeres de otras latitudes. Así como tampoco afectan por igual a las diferentes clases sociales. Es propio de la clase media y alta. Las personas

de clase baja, afectadas por este problema, son aquellas jóvenes que por su trabajo se encuentran inmersas en un ambiente de clase media o alta donde se juegan esos valores como fundamentales y se vuelve inevitable cierta mimetización (Crispo, Figueroa y Guelar 1996).

La cultura como factor predisponente

Según Hercovici y Bay (1997), existen contradicciones respecto a la alimentación a nivel cultural, ya que hay una permanente invitación a saborear deliciosos platos, con calorías concentradas y, simultáneamente, fuertes demandas acerca del control del peso, la presión puede ser tal, que las adolescentes pierdan la noción de su propio cuerpo. También, hay acciones de la sociedad que propician que las mujeres deseen perder peso, por ejemplo, es frecuente que las casas de moda que surten a los estratos sociales más altos fabriquen sus modelos sin incluir talles para la población con sobre peso, y algunas hasta llegan a marcar las prendas con un número de talle menor al que les corresponde, creando la fantasía de una imagen corporal más esbelta.

Para Crispo, Figueroa y Guelar (1996), en la actualidad el peso tiene un significado importante en la autoestima y la felicidad de las mujeres y, esto es porque los medios “prometen” a las mujeres de figura esbelta y bajo peso una vida sofisticada, de gran aceptación social y éxito. El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura, esto no es reciente, pero va en aumento en los últimos treinta años. Es importante recordar que cuando hablamos de un cuerpo ideal o espectacular estamos refiriéndonos no a un ideal de salud o bienestar, sino de moda imperante en ese determinado momento.

Según García (en Chinchilla 2003) a lo largo de la historia, todas las culturas han presentado unos patrones de belleza propios. Su definición estaba dada por las características sociales y los valores morales de cada época. El aspecto físico como signo de identidad siempre ha tenido y tiene un valor en las relaciones interpersonales. Actúa como escaparate de la persona, mediante el cual cada individuo refleja su ser y su valía.

En la actualidad, debemos entender que todo arquetipo, modelo o ideal de belleza, supone entre aquellas personas que lo comparten una enorme presión.

Basándose en este ideal, se produce una diferenciación de los individuos. Aquellos cuyas características encarnan este modelo gozan de la admiración ajena, de aceptación y tienen razones para autovalorarse positivamente, mientras que aquellos que se alejan del mismo padecen generalmente un rechazo y con él, una baja autoestima.

Mujeres adolescentes: población diana

Nos encontramos inmersos en una cultura que diariamente bombardea con infinidad de mensajes publicitarios destinados a crear y mostrar un arquetipo ideal de belleza que debemos compartir, buscar y alcanzar. Además, se ha creado un ambiente social en el que de forma constante somos evaluados por nuestro aspecto físico. Importantes industrias de la comunicación, tales como la televisión, el cine o la prensa, se erigen en portavoces y creadores de los estereotipos corporales, y son vehículos de transmisión del mensaje de la delgadez. Se invita, en ocasiones, y de forma irónica bajo el falso pretexto de la salud, al adelgazamiento o al no incremento de peso, todos estamos sometidos a esta presión mediática; sin embargo, esta presión se hace más evidente en determinados grupos, principalmente en aquellos en los que se señala el valor del cuerpo delgado: estudiantes de danza, modelos, gimnastas, etc., y de una manera más generalizada, en mujeres adolescentes y jóvenes.

Es por esto, que se considera que los trastornos de la alimentación como la AN y otros son el resultado de una sociedad en la que se utiliza el cuerpo como medio de distingo social y la delgadez de este como sinónimo de éxito, poder y valía (García en Chinchilla 2003).

Nunca antes se había visto una presión social y personal tan elevada sobre las mujeres como en la actualidad; donde constantemente se emiten mensajes, a veces de forma secreta, estableciendo la delgadez como valor altamente positivo, como meta que alcanzar, como modelo corporal que seguir, convirtiéndolo en el criterio central de la evaluación de la persona: *ser delgada es sinónimo de triunfo, éxito personal, profesional y social, demuestra que se tiene control sobre una misma y sobre todo lo demás*. Ser delgada es ser una mujer de hoy. Por el

contrario, no estar delgada, engordar, perder el control del peso, es fracasar, perder la capacidad de agradar, de alcanzar sus metas y de triunfar.

Otro factor relacionado con el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria como la AN es la edad de inicio, la adolescencia se ha mostrado como un período de la vida íntimamente relacionado con la aparición de estos trastornos. Es en este período en el que cobran especial importancia las relaciones sociales, y la aprobación o desaprobación de aquellos que lo rodean.

Bielsa y cols (en Joseph 2001), los problemas alimentarios son consecuencia de una forma de acomodación a la pubertad. Aquellas chicas que presentan sentimientos más negativos hacia su cuerpo son las que tienen un mayor riesgo de presentar dificultades importantes con la alimentación.

Además, la imagen que el adolescente tiene de sí mismo se crea a través de las relaciones en las que sus compañeros, coetáneos e ídolos adquieran el estatus de ideal personal y jueces. La adecuada aceptación del propio cuerpo va estar condicionada por los patrones estéticos que predominen entre sus compañeros, así como las figuras de culto social (modelos, cantantes, actrices, deportistas, etc.) que encarnan el éxito personal y profesional. Puede entenderse así que el adolescente, susceptible de pertenecer a ese grupo de riesgo, que anteriormente definíamos, vivencie el aumento de peso, el alejamiento de los patrones estéticos como un fracaso personal, de su proyecto de vida, de riesgo de desaprobación, como pérdida de auto-control y de la posibilidad de éxito personal.

No debemos de olvidar que por si solos los factores socioculturales no podrían desarrollar en el adolescente un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), se necesita una predisposición personal y otros factores desencadenantes o patógenos para que aparezca este trastorno.

Factores precipitantes

Los hechos cronológicamente previos a la aparición de la AN actúan como desencadenantes de está. Éstos factores se denominan *precipitantes*, ya que ponen en marcha la clínica de la enfermedad en sujetos con una predisposición previa. Así, tenemos que *los cambios corporales propios de la adolescencia, separaciones y conflictividad familiar, pérdidas de seres queridos, primeros*

contactos sexuales, fracasos en las relaciones sociales, cambios en la aceptación por parte de los compañeros, son situaciones que se encuentran de forma casi constante en el origen de este trastorno.

Es muy frecuente encontrar que la paciente date el inicio de su enfermedad en relación con dietas comenzadas a consecuencia de comentarios peyorativos sobre su cuerpo, marginación en competiciones a causa del físico o comentarios obscenos en relación a éste. En otras ocasiones, las dietas son consecuencia de conductas de mimetismo, secundarias a enfermedades somáticas, o por necesidades deportivas y/o profesionales.

De alguna manera el paciente fracasa en el proceso de adaptación que requiere estas vivencias, se torna depresivo y busca soluciones en su estatus corporal que no sea motivo de vergüenza. Lo que en ocasiones comienza como una dieta con perspectivas normales, acaba progresando hacia un cuadro autónomo en el que el paciente pierde el control y perturbaciones cognitivas y perceptivas van a hacer que el cuadro se desarrolle y perpetúe (Chinchilla, 1994 en Chinchilla 2003).

Factores de mantenimiento

Al igual que con cualquier otra enfermedad, la AN evoluciona de distinto modo dependiendo de factores individuales del paciente. Sin embargo, se han definido una serie de factores que parecen influir de una forma constante en todos los pacientes, perpetuando y agravando la enfermedad, como son:

- Alteraciones hipotalámicas por disminución de la regulación de temperatura, hormonas pituitarias y centros de hambre-saciedad
- Tendencia a ser trabajadores duros, ansiosos por el logro profesional
- Responsables y vigilantes de las obligaciones
- Aleximia
- Actitudes hacia la comida mediadas más por influencias externas que internas
- Reducción de carbohidratos y grasas hiperactividad
- Preocupación por pensamientos centrados en la comida
- Amplios cambios de humor

Además, la continua evaluación estética a que se somete el enfermo, su temor exagerado e irracional a aumentar de peso, acompañado muy frecuente de una presión sociocultural ya definida, provoca un progresivo empeoramiento de las conductas alimentarias. Parece existir como base, casi de forma constante, una tendencia a percibir de manera distorsionada la propia corporalidad, la dificultad en la identificación de los sentimientos y los estados de necesidad internos junto con vivencias de falta de control sobre el propio destino y de ineficacia personal. De esta manera, se evidencia que existe una exagerada sensibilidad del paciente anoréxico ante toda la información relacionada con el aspecto físico y que el ambiente social no nos facilita el abordaje a estas alteraciones cognitivas.

Consecuentemente, se ha observado que las *relaciones familiares* se ven gravemente alteradas en este tipo de pacientes, tornándose conflictivas, lábiles, en ocasiones incoherentes y con un aumento de la sintomatología afectiva y ansiosa, tanto en la paciente como en la familia, lo que conlleva una mala evolución de la enfermedad. En otras ocasiones, la enfermedad se convierte en el centro de atención familiar, desarrollándose una unión de características patológicas en torno de ésta que, en algunas ocasiones, supone un refuerzo para el mantenimiento de las conductas anoréxicas.

Conforme avanza la enfermedad, se presenta un deterioro de la esfera social de la paciente. De forma generalizada, se produce un distanciamiento de la paciente, con conductas de evitación, pérdida de intereses sociales y retraimiento que conllevan una pérdida de la capacidad de distracción en el paciente y facilitan que centre su atención en la alimentación.

Es necesario hacer hincapié en el hecho de que el progresivo *estado de desnutrición* de los pacientes con trastornos de la alimentación provoca modificaciones orgánicas y entraña *cambios psicológicos* de gran importancia en la perpetuación de la enfermedad; a medida que progresa ésta, el comportamiento se hace más obsesivo-compulsivo, se exageran los rasgos de personalidad previa y se observa una disminución de los intereses con tendencia al retraimiento y a la irritabilidad, desarrollándose un estado de ánimo depresivo. Una vez producidos estos cambios psicológicos van a actuar como factores de mantenimiento de la

AN. Así, por ejemplo, el retraimiento social y la pérdida de intereses van a dar lugar a una mayor fijación de su interés por la alimentación (pasando la mayor parte del día calculando el contenido calórico de los alimentos, preparando dietas hipocalóricas, etc.). su pensamiento obsesivo les lleva a rumiar permanentemente ideas relacionadas con la alimentación, con la estética, a la evaluación continua de su peso, etc.

2.4. Diagnóstico.

Según Fernández y Turón (2004), hasta principios de la década de los 70, no existían criterios diagnósticos concretos sobre la anorexia nerviosa en la literatura especializada. Hasta entonces, como informó Bruch (1965) la anorexia había sido diagnosticada con frecuencia cuando aparecía desnutrición autoinducida sin causas orgánicas aparentes.

De esta manera, para reflejar el grado de desinformación y desconocimiento entre los especialistas respecto a los trastornos de la alimentación, Bhanji (1979) presentó una comparación entre las distintas opiniones que internistas y psiquiatras tenían sobre el diagnóstico y tratamiento de la anorexia. La tríada diagnóstica de la anorexia nerviosa (pérdida de peso, anorexia o pérdida del apetito y amenorrea) fue reconocida y contemplada por todos; sin embargo, en este estudio sorprendió el hecho de que un 40 % de los internistas y un 25 % de los psiquiatras pensaban que la anorexia solo afectaba a las mujeres.

Halmi (1979 en Fernández y Turón 2004) mencionó cuatro razones por las que era necesario poseer unos criterios diagnósticos claros en anorexia nerviosa:

- *Factor comunicativo.* Los clínicos han de saber de qué están hablando cuando emplean este término.
- *Investigación.* Permitir que los hallazgos científicos puedan ser replicados.
- *Determinación del objeto* o entidad que se está estudiando o examinando en un momento determinado. Con el paso del tiempo y el avance científico, el objeto de estudio podrá ser modificado.

- *Tratamiento.* Para determinar la eficacia de un tratamiento es imprescindible saber concretamente qué entidad patológica estamos estudiando.

En 1972, Feighner y cols. Realizaron un listado de criterios diagnósticos para 12 trastornos psiquiátricos; uno de ellos, la anorexia nerviosa, fue definida a través de 6 criterios. Estos fueron aceptados en un principio, recibieron numerosas críticas en los años siguientes. Los razonamientos acerca de los problemas que suponían los criterios diagnósticos de Feighner provocaron la revisión y la modificación de estos criterios en el DMS. Sin embargo, como indicó Halmi (1975 en Fernández y Turón 2004), nuevamente no hubo un acuerdo entre los investigadores y clínicos respecto a varios factores, como por ejemplo la pérdida de peso necesaria para que un paciente pueda ser diagnosticado de anorexia nerviosa. Estos criterios también fueron objeto de críticas, sobre todo las sugerencias de Askevold (1983 en Fernández y Turón 2004) al respecto: a) el <<intenso miedo a engordar>> no es del todo correcto, pues éste no se desarrolla al mismo tiempo que la anorexia nerviosa en su fase inicial, y b) no está adecuadamente definido el trastorno de la imagen corporal. En un intento por subsanar los puntos criticados, los criterios anteriores fueron modificados en el manual DMS-III-R; sin embargo, seguían sin quedar claros algunos puntos: en primer lugar, si los pacientes anoréxicos con episodios bulímicos o sin ellos debían ser diferenciados unos de otros y contemplados como tipos diagnósticos distintos; en segundo lugar, en qué grado el trastorno de la imagen corporal es un trastorno perceptivo, y en que medida ello es un aspecto diferencial respecto a la población general.

Finalmente, en 1994, en los nuevos criterios diagnósticos DMS-IV, se contemplaron ambos aspectos, y se llevaron a cabo dos importantes modificaciones: primero, la distinción entre dos subtipos de pacientes con anorexia nerviosa: los pacientes con episodios bulímicos y/o conducta purgativa (pacientes anoréxicos de tipo compulsivo/purgativo) y los pacientes sin episodios bulímicos y/o conducta de purga (pacientes anoréxicos de tipo restrictivo).; segundo, el trastorno de la imagen corporal adquiere aspectos más cognitivos, dando una

mayor importancia al sentimiento y a las actitudes negativas respecto al propio cuerpo.

Los siguientes criterios son los propuestos en el manual DMS-IV que permiten hacer el diagnóstico de la AN:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar aun peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo:

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

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

Gracias a estos criterios nos es posible realizar un diagnóstico diferencial que evite el retraso de un tratamiento adecuado, ya que existen otros trastornos en los que se pueden presentar anomalías en la alimentación y confundirse con estos.

Hercovici y Bay (1997), sugieren que existen ciertos rasgos en la personalidad de los pacientes anoréxicos: poseen un carácter rígido-obsesivo, con rasgos de excesiva conformidad, conducta regimentada e inhibición de la emotividad.

A continuación se presentan algunos cambios psicológicos que generan la restricción de alimentos y la pérdida de peso, según Duker y Slade (1995):

- *Cambios intelectuales*: el hambre deteriora la capacidad de razonar. Este daño es progresivo, pero es reversible. Desaparece cuando el peso vuelve a la normalidad. Mientras más malnutrida está una persona más se altera su pensamiento. La inanición deteriora el funcionamiento intelectual reduciendo poco a poco la capacidad de pensamiento complejo, las ideas tienden a volverse más simples. Se pierde la capacidad de ser imaginativo, creativo o de abordar situaciones complejas o que requieren gran dedicación. Pierde la capacidad para concentrarse y responder en forma espontánea a algún acontecimiento imprevisto. Presenta dificultades al socializarse.
- *Sexualidad*: el interés sexual disminuye cuando se deja de comer adecuadamente por un período prolongado. Se presenta un cambio hormonal, se inhibe la secreción de hormonas reproductoras, y desde el punto de vista endocrinológico, la persona malnutrida entra en un estadio semejante al de la preadolescencia.
- *Estados de ánimo y sentimientos*: la persona malnutrida experimenta cierto deterioro de sus sentimientos y emociones. Cualquier cosa que se sienta, sea ira, amor, odio, placer, tristeza o celos, se experimentan con menos fuerza.

Crispo, Figueroa y Guelar (1996), mencionan que también pasan cosas en el cuerpo y que estas consecuencias físicas hacen que se vuelva difícil lograr un mejoría anímica de la persona con anorexia, por esto es importante el aspecto alimentario en el tratamiento, del cual se hablará de manera específica más adelante; una vez repuesto minimamente el organismo, es más factible encontrar los vericuetos psicológicos que llevaron a ese camino.

Las consecuencias físicas de la AN son:

Gasto energético:

Se encuentra disminuido como adaptación a la baja ingesta de calorías. Esto quiere decir que el cuerpo “sabe” que no está entrando suficiente combustible para el consumo de energías y es como si pusiera el motor a bajas revoluciones. Quema lo mínimo para que le queden reservas.

Temperatura:

Se encuentra disminuida como resultado de la disminución del gasto energético. El cuerpo, en el intento de economizar las pocas energías que le quedan, disminuye también la *temperatura corporal* porque ésta disipa la energía en forma de calor. Por este mecanismo de adaptación del organismo es que muchas jóvenes con anorexia se quejan de sentir frío.

Aparato cardiovascular:

Como consecuencia de la disminución de gasto energético, es muy frecuente la disminución de:

- a) las pulsaciones cardíacas: se denomina bradicardia;
- b) las presión arteria: se conoce como hipotensión (o baja presión);

Las paredes del corazón disminuyen su grosor, en especial el ventrículo izquierdo (se debe a la disminución del músculo cardíaco) y es posible que aparezcan arritmias cardíacas provocadas por el déficit de determinados nutrientes, como calcio, potasio y magnesio.

Piel:

Se encuentra *seca, áspera y quebradiza*, también como consecuencia de los déficit nutricionales, y fría como efecto de la disminución del gasto energético.

Las extremidades –manos y pies- suelen estar bastante *frías* y con frecuencia de un *color violáceo*, debido a las alteraciones circulatorias. También puede presentarse un color amarillento en las palmas de las manos y las plantas de los pies –se denomina *hipercarotinemia*-, debido a la ingesta excesiva de calabaza y/o zanahoria, propia de la dieta que llevan este tipo de pacientes. También es posible observar en zonas que normalmente no tienen vello –espalda, brazos, mejillas- la aparición de un vello fino y largo, tipo pelusa, llamado lanugo.

Aparato digestivo:

Estomago:

Es frecuente el retardo en la evacuación gástrica por dificultades en la contracción normal del tubo digestivo, ocasionado por el déficit de nutrientes (magnesio, calcio y potasio). La consecuencia lógica es que aparece una sensación de saciedad precoz: “me lleno enseguida, no me entra nada”, que favorece aun más la perpetuación del cuadro anoréxico. Esta situación se revierte mediante la realimentación progresiva y pautada.

Intestino:

La motilidad intestinal también está disminuida como consecuencia del déficit de calcio, potasio y magnesio. Esto, junto con la baja ingestión de alimento, favorece la aparición de constipación pertinaz, que en ocasiones puede requerir la utilización de enemas evacuantes.

Aparato genital:

Uno de los síntomas distintivos de la anorexia nerviosa es la ausencia de menstruación o amenorrea, por un período de tres meses o más, con niveles bajos de estrógenos. La amenorrea se debe no sólo a la pérdida de peso, sino también al estrés psicológico permanente que ocasiona el control alimentario riguroso, típico de esta clase de pacientes.

Fertilidad:

Algunos investigadores han comunicado que puede ocurrir una disminución en la fertilidad, como consecuencia de una alimentación restrictiva prolongada.

Sistema óseo:

Es posible que se produzca una disminución del calcio en los huesos: generalmente en las caderas y la columna lumbar, con la posibilidad de *fracturas espontáneas*. Esto se llama *osteoporosis*, por que los huesos se visualizan como agujerados. Se debe a una ingesta de calcio disminuida por la mala alimentación y agravada por la *dificultad de fijación del calcio* en los huesos, como consecuencia de la baja producción de estrógenos.

Tejido celular subcutáneo:

Es factible encontrar edemas en determinadas partes del cuerpo, generalmente en piernas y pies, sobre todo cuando la paciente comienza a realimentarse. El edema es una retención de líquido en el tejido celular subcutáneo. Se produce por un aumento en la retención de sodio, debido al aumento de la sensibilidad renal a la aldosterona y a la acción de la insulina en los túbulos renales durante la realimentación.

Sangre:

Es frecuente la aparición de anemias por déficit de hierro, lo cual aumenta la sensación de cansancio y un estado de tipo depresivo por la falta de fuerzas. También es frecuente el aumento de colesterol: hipercolesterolemia.

Por otra parte, para Bruch (en Fernández y Turón 2004) la identificación y el registro de los síntomas poseen una relevancia decisiva en el diagnóstico de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Sin embargo, en trastornos de etiología y patogenia complejas, como los de la alimentación, se considera importante una adecuada exploración psicopatológica y conductual, un análisis y un registro estandarizado de las distintas áreas conflictivas, tanto durante la fase inicial de diagnóstico como durante la fase de tratamiento.

Merman (1981, en Fernández y Turón 2004) expuso dos razones principales que justifican el empleo de dichas mediciones:

1. Servir de ayuda en la recogida de información en la práctica clínica diaria (p. ej., autoinformes como complemento de la exploración psiquiátrica).
2. Favorecer la investigación: a) en el registro estandarizado de síntomas y áreas problema, de forma viable y válida; b) en el estudio de las variaciones de la sintomatología, a lo largo del tiempo, bajo la influencia de la terapia; c) en el registro o exploración de poblaciones de alto riesgo en el ámbito de estudios epidemiológicos, y d) en el estudio de entidades nosológicas y/o de la sintomatología coadyuvante.

Es por esto que en los últimos años se han descrito numerosas pruebas psicométricas y autoinformes para la exploración de los distintos factores presentes en estos pacientes. Las pruebas más utilizadas para la evaluación de

los hábitos alimentarios y la psicopatología coadyuvante son: el inventario de trastornos alimentarios (Eating Disorders Inventory) y el test de la conducta alimentaria (Eating Attitudes Test) junto con otros tests de la personalidad.

2.5 Tratamiento.

Los tratamientos de los trastornos de la alimentación como la anorexia nerviosa requieren de modelos interdisciplinarios en equipo (en ocasiones denominados organización dividida), donde se realiza un trabajo conjunto de un Endocrinólogo-Nutricionista, un Pediatra, un Psicólogo y en ocasiones de un Trabajador Social; los cuales son dirigidos por un Psiquiatra (Chinchilla 2003).

Según Toro (2001), los recursos asistenciales disponibles para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentarios pueden abarcar desde la hospitalización completa hasta los distintos niveles de asistencia ambulatoria (donde el paciente recibe tratamiento médico, asesoramiento nutricional y/o psicoterapia individual, de grupo o familiar), pasando por programas residenciales y de hospitalización parcial. Para determinar en ámbito de tratamiento adecuado, es esencial la evaluación del paciente previa al tratamiento. El peso y las funciones cardíaca y metabólica son los parámetros físicos más importantes para determinar dicho ámbito. Generalmente, los pacientes que pesan menos del 85% de su peso ideal estimado individualmente tienen muchas dificultades para aumentar de peso en ausencia de un programa estructurado; los que pesan menos del 75% de su peso ideal es probable que requieran una hospitalización completa. La decisión de hospitalizar debe basarse en razones psiquiátricas y conductuales, como un deceso rápido o persistente de la ingestión oral; reducción del peso a pesar de haberse llevado a cabo intervenciones intensivas en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial; presencia de factores estresantes adicionales que pueden interferir en la capacidad de los pacientes para comer; conocimiento previo del peso en que es probable que se produzca desequilibrio y problemas psiquiátricos comórbidos que requieren hospitalización.

Por otra parte, Szmukler (1989 en Fernández y Turón 2004) menciona que el tratamiento ambulatorio es la opción más utilizada en la actualidad, ya que se ha observado que su aplicación es eficaz en pacientes jóvenes que presenten una evolución corta del trastorno.

Fernández y Turón (2004) sugieren algunos criterios para determinar en qué situaciones puede encontrarse contraindicado un tratamiento ambulatorio:

- Baja motivación y/o predisposición hacia el tratamiento que hacen improbable el cumplimiento de las pautas terapéuticas
- Existencia de muy marcado peso
- Tratamientos ambulatorios que hayan fracasado repetidamente
- Existencia de conflictos familiares complejos que favorezcan el mantenimiento del trastorno alimentario
- Inexistencia de algún tipo de apoyo familiar
- Causas orgánicas y/o psiquiátricas (p. ej., intencionalidad suicida) que recomienden el riesgo

En los distintos tipos de tratamientos existentes, independientemente del enfoque o marco teórico empleado (psicoanálisis, terapia del comportamiento, tratamiento sistémico o familiar, etc.), la mayoría de los autores ponen énfasis en la necesidad de llevar a cabo dos pasos terapéuticos diferenciados en pacientes con anorexia nerviosa: en primer lugar, un tratamiento para la recuperación del peso hasta los valores normales; en segundo lugar, un tratamiento dirigido al mantenimiento del peso, es decir, tratamiento de factores psicológicos y prevención de recaídas (Fernández y Turón, 2004).

Toro (2001), considera que la anorexia nerviosa es un trastorno complejo, grave y a menudo crónico que requiere distintas modalidades terapéuticas en las diferentes etapas de la enfermedad y la recuperación. Los tratamientos específicos incluyen rehabilitación nutricional, intervenciones psicosociales y fármacos; todos pueden utilizarse para corregir la malnutrición, las distorsiones culturales y los déficit psicológicos, conductuales y sociales.

Fase de recuperación de peso o rehabilitación nutricional.

La rehabilitación nutricional o fase de recuperación de peso, tiene como objetivo la recuperación de peso, la normalización de los patrones alimentarios, conseguir percepciones normales de hambre y saciedad, así como corregir las secuelas biológicas y psicológicas de la malnutrición; en las mujeres se considera un peso saludable aquel en que se recuperan la menstruación y la ovulación. El peso mínimo que debe alcanzarse suele estimarse como el 90% del peso ideal, según la altura de acuerdo con las tablas normalizadas. En niñas prepuberes, su peso saludable es aquel que permite reanudar un desarrollo físico y sexual normal.

Según Fernández y Turón (2004), durante la fase inicial (recuperación del peso), parecen mostrar discreta e incluso nula utilidad los tratamientos psicológicos y/o psicoterapéuticos; se tiene que tener en cuenta que muchos síntomas físicos y psíquicos aparecen como consecuencia o resultado del estado de malnutrición en el que se encuentran estos pacientes.

Así mismo, numerosas evidencias muestran que la rehabilitación nutricional disminuye otros síntomas del trastorno del comportamiento alimentario a medida que se recupera el peso (esto no quiere decir, que desaparezcan); ciertas experiencias clínicas sugieren que con la recuperación del peso aumenta la elección de alimentos, disminuye la acumulación de comida y las obsesiones referentes a la comida. Sin embargo, no es cierto que los hábitos alimentarios anormales mejoren simplemente en función del aumento de peso. Las dietas estructuradas también pueden lograr mejoras en algunos pacientes con anorexia nerviosa que recurren a los atracones y las purgas. Pero en algunos pacientes el abandono de las restricciones alimentarias parece incrementar los atracones, que con frecuencia se compensan con purgas.

Durante esta primera fase, se aconseja la realización de 3 a 5 ingestas calóricas diarias, equivalentes a un mínimo de 2,500 Kcal al día, con reducción del ejercicio físico y abandono de la ingesta de productos *light*, de laxantes y/o diuréticos. La recuperación de peso se verá así incrementada progresivamente. En el tratamiento ambulatorio, el apoyo de los padres y/o familiares adquieren

importancia; también son necesarias pautas conductuales concretas, dirigidas a ellos, para desempeñar tareas no tanto de control y/o adquisición de responsabilidades, las cuales deben de recaer más en los pacientes, sino encaminadas a romper ciclos viciosos mantenedores de los problemas alimentarios, tan comunes en estos pacientes (Vandereycken y cols, 1989 en Fernández y Turón 2004).

Fase de estabilización del peso, restablecimiento psicológico y prevención de recaídas

Según Szmukler (1989 en Fernández y Turón 2004), el tratamiento psicológico y/o psicoterapéutico individual, la terapia familiar o ambos son los procedimientos principales que deben utilizarse durante esta fase. Ésta básicamente, se lleva a cabo en un marco ambulatorio, como mínimo durante uno o dos años. Los objetivos de esta fase son de índole sintomática (mantenimiento del peso recuperado) y no sintomática (reestructuración psicológica del paciente y tratamiento de déficit conductuales y/o demás problemas existentes).

A esta fase Toro (2003), la define como tratamiento psicosocial, en donde el objetivo es ayudar a los pacientes a 1) entender y cooperar en su rehabilitación nutricional y física; 2) entender y modificar las conductas y actitudes disfuncionales relativas a su trastorno del comportamiento alimentario; 3) mejorar su funcionamiento interpersonal y social, y 4) corregir la psicopatología comórbida y los conflictos psicológicos que refuerzan o mantienen los comportamientos propios del trastorno alimentario. Alcanzar estos objetivos regularmente requiere una intensificación inicial de la motivación para que los pacientes cambien, así como intervenciones permanentes para mantener tal motivación.

1. De igual manera, Fernández (1997 en Fernández y Turón 2004) sugiere que independientemente del modelo teórico empleado, se deben de caracterizar tres aspectos en esta fase de tratamiento:
2. Valoración y fortalecimiento de motivación propia del paciente y establecimiento de una relación terapéutica adecuada.

3. Esclarecimiento y objetivación del problema alimentario del paciente y análisis funcional explicativo de posibles factores mantenedores del trastorno, que nos permitan llegar a posibles hipótesis terapéuticas.
4. Resolución de los problemas intrapersonales (del paciente) y/o interpersonales (en relación con su integración con el medio).

Asimismo, a lo largo de todo el tratamiento en fase de estabilización de peso y recuperación psicológica, deberían abordarse los problemas psicológicos del paciente, la evolución del peso y el mantenimiento de una alimentación adecuada.

Modelo de intervención terapéutica: Tratamiento Ambulatorio Cognitivo-Conductual

En la actualidad este tipo de tratamiento se muestra como uno de los más efectivos en pacientes con trastornos de la alimentación. Ya que incide en aspectos sintomáticos de los problemas alimentarios (peso, alimentación, nutrición, cogniciones, hábitos alimentarios y familiares, conductas compensatorias de vómito y/o purga, etc.) y en aspectos no sintomáticos (déficit conductuales del paciente, problemáticas interpersonales, resolución de problemas) . Es por esto que describiremos con más detalle este modelo.

Este tipo de enfoque se compone de aspectos conductuales y cognitivos (Fernández y Turón 2004):

Aspectos conductuales.

Los aspectos conductuales comprenden un conjunto de técnicas terapéuticas con el objetivo de cambiar directamente conductas anómalas, más que preocuparse por la resolución de conflictos internos y/o traumas que indirectamente condujesen a la resolución del trastorno alimentario; es decir, están dirigidos al aquí y ahora.

Bajo este marco teórico se ven como conductas problemáticas y anómalas los aspectos sintomáticos, por ejemplo hábitos alimentarios inapropiados, bajo peso y miedos ante determinados alimentos, y los aspectos no sintomáticos o indirectos, por ejemplo déficit o carencias conductuales que aparecen con frecuencia en estos pacientes (p. ej., baja autoestima, escasas relaciones sociales

y tendencia al aislamiento, ambivalencia, conflictos interpersonales) que determinan y/o mantienen un trastorno alimentario.

En las primeras sesiones se lleva a cabo una objetivización de la conducta alimentaria, a través de autoregistros alimentarios pormenorizados y un análisis conductual y funcional, entendiendo como tal el análisis detallado de factores precipitantes, desencadenantes, mantenedores y consecuentes (a corto y medio plazo) que ayuden a entender la aparición y/o mantenimiento del trastorno alimentario. Ésta información permitirá postular determinadas hipótesis explicativas de la sintomatología y/o trastorno del paciente. Sólo así se podrá localizar aspectos desencadenantes y elicitadores de una conducta anómala, y por lo tanto susceptibles de intervención terapéutica.

Aspectos Cognitivos.

El uso de la terapia cognitiva en el tratamiento de los pacientes con anorexia nerviosa se inspira en el trabajo realizado por Beck (1976 en Fernández y Turón 2004) con pacientes depresivos y fóbicos. Los pacientes con trastornos de la alimentación como la AN presentan cogniciones y creencias irracionales hacia la comida, el aumento de peso y la imagen corporal. La terapia cognitiva parte de la premisa de que, si estas cogniciones y creencias son autoinducidas y rechazadas por el paciente, entonces el miedo desmesurado a engordar y en sí la preocupación excesiva por la comida y el peso se superarán.

Algunos autores han categorizado y sistematizado ciertas cogniciones anormales en anorexia nerviosa (Garner y Bernis, 1985; Vitousek, 1995; en Fernández y Turón 2004); algunas de estas cogniciones son las siguientes:

Sobregeneralización “Cuando comía dulces estaba gordo, por lo tanto he de rechazarlos completamente ahora o me convertiré en un obeso”

Abstracción selectiva o filtraje “No tengo autocontrol; la semana pasada comí flan con el desayuno a pesar de que me había propuesto no hacerlo”

Catastrofismos “Si gano 1 Kg. de peso, me moriré”

Pensamiento polarizado	“No sirvo para nada” “Si pruebo los dulces no pararé de comerlos; prefiero no probarlos en absoluto”
Personalización	“Todo mundo el mundo se da cuenta de que he aumentado 200 g” “Todos se fijan en mi cuerpo cuando voy en bañador”
Pensamientos mágicos	“La comida que como se va directamente a los muslos” “Cada vez que como dulces noto cómo mi estómago se hincha”

Como se puede ver, los pacientes además de referir con frecuencia pensamientos y creencias en torno a la comida y ganancia de peso, presentan pensamientos ligados a la baja autoestima.

Tratamiento individual: cognitivo-conductual.

Ante una paciente con anorexia Nerviosa, bajo un enfoque cognitivo-conductual, en las primeras sesiones (2 o 3 sesiones) denominadas probatorias, deben ser esclarecidos los siguientes puntos:

1. Motivación de cambio del paciente y grado de cooperación del mismo y de sus familiares.
2. Microanálisis de la conducta problemática (tipo de conducta alimentaria, peso, conducta compensatoria, etc.) y esclarecimiento de problemas asociados.
3. Objetivación de la conducta alimentaria del paciente a través de la realización de autoregistros alimentarios.
4. Macroanálisis y análisis funcional de la conducta problemática (p. ej., consecuencias positivas y negativas del trastorno).
5. Posibles hipótesis terapéuticas.
6. Objetivos del paciente y grado de realismo de éstos (p. ej., peso ideal).
7. Conflictos interpersonales y discusiones familiares creados a raíz del trastorno alimentario.

8. Orientación terapéutica y plan de trabajo. Cumplimiento o no de criterios de ingreso.

Una vez tomada la decisión mutua de comienzo del tratamiento, el paciente deberá traer el registro alimentario y una medición del peso a cada una de las sesiones. En un principio, estas sesiones se realizarán con frecuencia semanal.

Como ya se había mencionado, la recuperación alimentaria y de peso, las normas nutricionales y los aspectos psicoeducativos, especialmente en pacientes con marcado bajo peso, deben priorizarse a cualquier otro tipo de intervención psicoterapéutica. Los déficit psicológicos y otro tipo de problemas pasarán a ser tratados una vez que se haya producido una recuperación mínima nutricional. Confrontar al paciente constantemente con sus propios objetivos y deseos de cambio, así como con las consecuencias negativas que conlleva su estado actual, suele ayudar a movilizar una motivación adecuada.

En estas fases iniciales, en las que es fundamental la recuperación de patrones alimentarios mínimos, son necesarias en muchos casos la concienciación de padres y la explicación de pautas alimentarias básicas; asimismo, el paciente debe ver a los patrones alimentarios como una ayuda para salir del trastorno y no como una medida de control.

En todo tratamiento individual, aparecen las siguientes etapas:

1. Sesiones probatorias.
2. Sesiones terapéuticas:
 - a) Objetivación del peso y de la alimentación (autoregistros).
 - b) Pautas nutricionales y psicoeducativas sobre alimentación y peso.
 - c) Pautas básicas a familiares para conseguir una reducción de factores mantenedores del trastorno (p. ej., no realización de menús especiales, no reforzamiento de conductas anorexígenas, etc.)
 - d) Introducción del modelo cognitivo.
 - e) Objetivación y reestructuración de pensamientos concernientes al peso, a la alimentación y a la autoestima.
 - f) Resolución de problemas.
 - g) Prevención de recaídas y análisis de factores de riesgo.

h) Sesiones de control.

Una vez finalizado el tratamiento, es recomendable la realización de sesiones de control posteriores, en las que se valoren los aspectos alimentarios y nutricionales (peso, hábitos alimentarios, presencia de atracones, menstruación regular, etc.) y la generalización de conductas aprendidas, la capacidad de toma de decisiones y la resolución de nuevos problemas.

Por otra parte, Toro (2001), menciona que hay estudios que sugieren que es de gran utilidad la psicoterapia en pacientes con anorexia nerviosa (después de la rehabilitación nutricional), ya que ayuda a los apacientes a entender: 1) lo que les ha sucedido; 2) los antecedentes evolutivos, familiares y culturales de su enfermedad; 3) que su enfermedad quizás haya sido un intento desadaptivo de enfrentarse a determinadas circunstancias y autorregularse emocionalmente; 4) cómo evitar o minimizar los riesgos de recaída, y 5) cómo abordar en el futuro los problemas evolutivos relevantes y otras cuestiones vitales importantes. Muchos clínicos fomentan la psicoterapia cognitivo-conductual para mantener las conductas alimentarias saludables y la psicoterapia cognitiva o interpersonal para inducir la reestructuración cognitiva y promover procesos de enfrentamiento más eficaces.

Asimismo, se recomienda la terapia grupal en los programas terapéuticos de los trastornos de la alimentación; ya que ésta representa una oportunidad ideal para tratar áreas problemáticas centrales de esta patología (Fernández y Turón, 2004), tales como:

- Imagen corporal (grupos de terapia psicomotora y video-confrontación).
- Competencia social (grupos de habilidades sociales).
- Peso, hábitos alimentarios y psicopatología coadyuvante (grupos específicos de resolución de problemas).
- Dinámica familiar (grupos de aconsejamiento de padres y grupos de familiares).

Sin embargo, aspectos como motivación y frecuencia de intervención en el grupo, son dos factores que correlacionan negativamente con el número de abandonos. Por eso, se aconseja favorecer, e incluso inducir la intervención de

todos los participantes en cada sesión. Para fomentar cohesión en el grupo, homogeneidad y número de participantes deben tenerse en cuenta. Por esto, el número idóneo de participantes es de 8 a 9.

Como podemos ver, después de recuperado el peso es importante trabajar en las creencias y pensamientos del paciente con anorexia nerviosa para mantener un peso saludable, considero también importante trabajar estos pensamientos en las adolescentes como prevención.

Capítulo 3.

Bulimia Nerviosa

La bulimia nerviosa es uno de los trastornos alimentarios con repercusiones en la salud más frecuentes en las adolescentes, en este trastorno al igual que en la AN existen alteraciones sobre la percepción emocional y cognitiva del aspecto físico; en donde la adolescente utiliza diversos métodos como vomitar, purgarse, etc., para perder peso después de haber realizado una ingesta exagerada de comida; además de que presentan trastornos depresivos debido a la incapacidad que experimentan al no poder controlar su deseo de comer.

En este capítulo hablaremos de los orígenes y características de este comportamiento alimentario que va en aumento afectando a un gran número de adolescentes.

3.1. Antecedentes Históricos.

La conducta de atracones alimentarios exagerados, seguida de sensaciones variables, generalmente de placer y vómitos autoinducidos para seguir comiendo luego, recuerda la historia de la antigua Roma y sus festines, los cuales han sido evocados por la literatura, el cine y otras artes. Esto sucedía en las clases sociales altas y era señal de poder. Más tarde, estas conductas fueron condenadas por la sociedad, cuando la obesidad dejó de ser considerada un signo de prosperidad (Hercovici y Bay, 1997).

Según Chinchilla (2003) Hipócrates reconoció la bulimia como un hambre enfermiza. Jenofe, en Abanais, en el 970 A. C. describió la bulimia en soldados griegos de retirada en campaña militar en Asia Menor contra Artaserses, que habían subsistido con cortas raciones, y a los que les entraba hambre, debilidad y desmayos. En la antigua Grecia, las autopurgas eran frecuentes por motivos religiosos o sociales. El culto a los dioses solía incluir conductas anoréxicas, bulímicas, etc.

Las clases medias y bajas romanas instauraron e institucionalizaron la bulimia como ritual social y doméstico. Extendieron las costumbres de sus

<<banquetes>> a otros por medio de cursos formativos en lugares para comer donde a su vez había de todo, fuentes, flores, aguas perfumada, vomitorios, etc. descrito en el Satiricón, de Petronio (citado en Giannini, 1993 en Chinchilla 2003).

En la Edad Media aparecen los vómitos y purgas, usados por penitentes religiosas como rituales para lavar sus pecados o también para afilar su ingenio y reducir los deseos sexuales, sobre todo en jóvenes monjes (Giannini, 1993 en Chinchilla 2003).

La palabra bulimia fue usada por primera vez en 1938 por Trevisa (citado en Giannini 1993, Chinchilla 2003), refiriéndose a apetito inmoderado, sin usar otros términos específicos, como <<emesis>> u otros medios de purga.

Los antiguos autores se referían a la palabra boulimos como episodios de atracones que eran desencadenados por inusuales formas de hambre. En definitiva, tanto en griegos como en romanos, en la antigüedad la palabra boulimos significaba el sentimiento de hambre, debilidad y desmayo y, por ello, la necesidad de atracarse. Aunque los atracones y vómitos estaban citados en siglos anteriores, los atracones de bulimia para controlar el peso no fueron comunicados hasta la década de 1930, con los atracones y ayunos y el desagrado del cuerpo.

En la década de los años 70, aparecieron descripciones frecuentes de trastornos caracterizados por episodios incontrolados de atracones o hiperfagia. Estos pacientes presentaban características similares a aquellos con anorexia nerviosa, excepto en que el peso era normal. Este trastorno obtuvo entonces varios nombres: <<bulimarexia>> (Boskd-Lodahl, 1976), <<dietary chaos syndrom>> (Palmer, 1979), <<bulimia nerviosa>> (Rusell, 1979) y <<bulimia>> en el DMS-III. Los dos últimos han sido los más aceptados (Fernández y Turón 2004). Estos pacientes poseían tres aspectos comunes a) pérdida de control subjetivo respecto a la comida y episodios bulímicos; b) conducta compensatoria para controlar el peso corporal, y c) preocupación extrema por la imagen y el peso.

A pesar de estos antecedentes y de referencias a la aparición de conductas bulímicas en pacientes que habían padecido anorexia nerviosa, es sólo en 1979 cuándo Rusell pública la primera descripción clínica exacta de la enfermedad. A partir de entonces se intensificó la investigación, para definir criterios adecuados de

diagnóstico, para evaluar su incidencia, profundizar sobre la etiología y ensayar acerca de la mejor terapéutica . (Hercovici y Bay, 1997).

Según Chinchilla (2003), la bulimia nerviosa (BN) es un complejo cuadro psiquiátrico de origen multifactorial integrativo, en el que los factores individuales psicofisiopatológicos y socioculturales, aislados o en combinación, pueden tener diferentes efectos patogénicos para desarrollar este cuadro. Este trastorno llamó la atención al final de los años sesenta, aunque está descrita desde las edades Antigua y Media; en la actualidad se considera novedosa más su interpretación que su descripción clínica.

Hasta hace poco se consideraba la bulimia como parte de la anorexia nerviosa (AN), ya que se observó que alrededor del 40 por ciento de las pacientes con anorexia nerviosa periódicamente perdían el control de su comportamiento alimentario y presentaban atracones o comilonas. Ahora se acepta que la BN es una enfermedad separada, aunque muchas de sus características son similares en ambas y algunas pacientes bulímicas han desarrollado o llegan a desarrollar AN (Abraham y Llewelyn-Jones, 1994). La mayoría de las bulímicas sólo recibían ayuda a causa de una ganancia (o pérdida) excesiva de peso o a causa de una tentativa de suicidio, pero ahora gracias a los frecuentes artículos que aparecen en las revistas femeninas acerca del tema, muchas pacientes bulímicas buscan ayuda antes.

3.2. Definición y características.

La palabra bulimia se deriva del griego limos que significa <<hambre>>, que junto a bou que significa <<gran cantidad de>> o de boul que significa buey, entonces al final sería <<hambre feroz>> o <<hambre de buey>>, y también del latín que significa <<hambre canina>> (Chinchilla, 2003).

En la actualidad Santrok (2004), define a la BN como un trastorno de la alimentación en el que se sigue consistentemente un patrón alimentario de atracarse y purgarse. El bulímico ingiere cantidades excesivas de alimento y después se purga autoinduciéndose el vómito o utilizando laxantes. Al igual que los anoréxicos , la mayoría de bulímicos están obsesionados con los alimentos, les

aterra llegar a tener sobrepeso y están deprimidos o ansiosos (Davison y Neale 2001 en Santrock, 2004). A diferencia de la AN, la pauta de atracones seguidos de purgas propia de la bulimia ocurre dentro de los límites de peso considerados como normales, lo que dificulta la detección de este trastorno (Mizes y Miller 2000 en Santrock, 2004). La BN aparece en la adolescencia tardía o en los inicios de la edad adulta. Aproximadamente el 90 por ciento de las personas afectadas son de sexo femenino; muchas mujeres que desarrollan este trastorno tenían un poco de sobrepeso antes de su aparición y la tendencia a los atracones suele aparecer durante un período de dieta.

Según Ballabriga y Carrascosa (1998), la BN es un trastorno de la conducta nutricional caracterizado por la existencia de episodios compulsivos de ingesta incontrolada y exagerada de alimentos en períodos muy cortos de tiempo, junto con una conducta tendente a eliminar los efectos de esta ingesta calórica a través de la autoprovocación del vómito, del uso desmesurado de laxantes y diuréticos, del ayuno voluntario y del incremento de la actividad física. Estos períodos compulsivos de ingesta no pueden ser prevenidos ni parados una vez iniciados; la paciente tiene la sensación de una pérdida total de control sobre los mismos. La adolescente está extremadamente preocupada por su imagen corporal, la cual desea mantener dentro de un peso más o menos adecuado. Es consciente de que su trastorno podría desencadenar el desarrollo de una obesidad que desea evitar a toda costa y, en consecuencia, pone en marcha todos los mecanismos anteriormente enumerados con objeto de limitar al máximo el sobrepeso que se deriva de su conducta nutricional anómala. Durante los períodos compulsivos de ingesta de nutrientes, el aporte calórico puede llegar hasta valores comprendidos entre 3,000 kcal. Y 7,000 kcal.

Los bulímicos representan el segundo grupo de personas que tienen trastornos de la alimentación. Se puede describir a un bulímico como una persona que siente una compulsión para comer enormes cantidades de comida durante un corto período de tiempo, normalmente dos horas o menos; la mayoría de los bulímicos tienen un peso normal o pesan demasiado, y por lo menos el 10 por ciento de los individuos obesos hacen comilonas. Los pacientes con bulimia saben

que tienen un trastorno de alimentación, están fascinados por la comida y compran libros de cocina y leen artículos sobre la comida; disfrutan hablando de comida y regímenes, y a menudo utilizan el comer como una manera de escapar a los estreses desagradables de la vida, hasta el punto que tienen un deseo de comer que se sobre pone a todo lo demás. Entre comilonas puede que sigan un régimen riguroso, y puede que traten de resistir el deseo de hacer una comilona de la misma manera que un dipsónamo trata de resistir el deseo de beber. Durante una comilona (que normalmente dura unas pocas horas pero que puede continuar durante días) falla la resistencia de la mujer a la comida, y tienen un deseo irresistible de comer. Esto le conduce a ingerir cantidades excesivas de comida; muchas de estas mujeres buscan un lugar seguro donde pueden hacer sus comilonas en privado, y donde, si se provocan el vómito, pueden vomitar sin ser descubiertas (Abraham y Llewelyn-Jones, 1994).

Para Chinchilla (2003), la BN se caracteriza fundamentalmente por episodios de atracones incontrolados de cantidades variables de comida, generalmente seguidos de vómitos espontáneos o provocados, que se dan varias veces a la semana y durante varios meses, y a veces en vez de vómitos usan laxantes, diuréticos, ayunos posteriores, ejercicio o purgas variadas como compensación para evitar el aumento de peso, o para paliar la vergüenza o malestar posprandial, es un cuadro que se puede dar con normo peso, peso bajo o sobrepeso. Más que la cantidad del atracón, lo importante es la pérdida de control sobre la ingesta de comida, si bien las cantidades, al menos en los inicios del cuadro, son superiores a lo que la gente normal come en un período de tiempo similar.

Es así como, las mujeres que presentan atracones o comilonas siguen métodos peligrosos para evitar que la comida que consumen sea absorbida por su cuerpo; gracias a las exigencias de la sociedad moderna en el culto al cuerpo, de trasfondo estético, erótico, de distingo, funcional, etc., y la preocupación por el peso y sus medios de control, esto se da en personas normales casi en el límite con lo patológico, e incluso en lo patológico pasajero. Más en clases medias y altas, en las que el cuerpo como distingo en épocas de vanidades es necesario

para destacar en lo que sea. Hoy es muy frecuente que, en colegios de clase alta, las escolares adolescentes con peso normal controlen la ingesta y vomiten. Sobre todo en las culturas occidentales. Pero esto no sólo pasa en épocas actuales, sino también en otras en que, con peso normal, las personas podían vomitar como hábito preventivo de posible ganancia de peso. Así Boskind-Lodahl y White, en 1973, describieron la <<bulimarexia>> para referirse a personas de peso normal con atracones y vómitos; Rusell, en 1979, en su célebre trabajo sobre BN estableció el diagnóstico en personas con peso normal, con miedo a engordar, que tenían atracones y purgas, alguna de las cuales tuvo antes AN.

La BN trae consigo una preocupación por una imagen corporal extremadamente delgada esta es una situación frecuente en las adolescentes la cual encontramos inducida por el ambiente sociocultural en el que existe un culto exagerado a la delgadez; este culto viene condicionado por las modas y esta mantenido por el bombardeo continuo de mensajes publicitarios que lo asocian con los conceptos de éxito, felicidad y relevancia social en el mundo adolescente.

3.3. Etiología de la Bulimia Nerviosa.

Según Fernández y Turón (2004), la bulimia nerviosa es un trastorno mental multicausado en el que se detectan tanto factores predisponentes (individuales, familiares y socioculturales) como desencadenantes, que podrán generar un deseo extremo por adelgazar y hacer dieta, con la consecuente pérdida de control sobre la ingesta, ante la presencia de determinados estresores, y la aparición de conducta compensatoria de purga.

Los factores que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la BN nerviosa son múltiples e interaccionan entre sí. Los modelos socioculturales relativos al peso y forma cultural inducen constantemente a los adolescentes a asociar una figura corporal extremadamente delgada con los conceptos de éxito y felicidad. Muchas adolescentes tienen conceptos equivocados relativos a como alimentarse y a la influencia de hábitos nutricionales en su imagen corporal (Ballabriga y Carrascosa, 1998).

Largo Gómez (en Chinchilla 2003) define a la BN como un trastorno de la conducta alimentaria de carácter multifactorial, sugiere que el modelo biopsicosocial permite explicar la génesis y el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria considerando la existencia de una interacción de elementos socioculturales, biológicos y psicológicos.

Algunos de estos factores van a actuar como predisponentes o desencadenantes o bien como elementos perpetuadores en las diferentes etapas del trastorno. En la primera etapa, previa al desarrollo del cuadro inciden factores predisponentes familiares, socioculturales e individuales, que facilitan la aparición del trastorno alimentario, pero no necesariamente el desarrollo inevitable de éste. En la segunda etapa, aparecen conductas precursoras, con un papel destacado de la realización de dieta, que al interactuar con factores desencadenantes aumentarían el riesgo de desarrollo del trastorno. Finalmente, la tercera etapa tras el inicio del trastorno alimentario, en la cual interactúan factores que favorecen la perpetuación del cuadro junto con diversos mecanismos de defensa, determinando así el curso clínico del trastorno.

Factores predisponentes.

Los diferentes factores predisponentes que van a interactuar en el desarrollo de la primera etapa de la BN pueden dividirse en factores familiares, individuales y socioculturales.

Factores familiares.

Los factores familiares pueden ser de tipo genético-hereditarios o bien educacionales (Bousoño García, 1994 en Chinchilla 2003).

En relación con los factores hereditarios, en la BN hay una mayor proporción de patología psiquiátrica en sus familiares de primer grado respecto a la población general, fundamentalmente en cuanto a consumo de alcohol y otras adicciones, trastornos alimentarios y depresiones.

Diferentes estudios en gemelos apoyan la influencia genética en la BN encontrándose proporciones de concordancia claramente superiores en monocigotos que en dicigotos. No obstante, la influencia genética en la AN es muy superior a la encontrada en la BN, un 65-70% en monocigotos en la AN frente a un

35% en monocigotos en BN, lo que apoya una mayor carga sociocultural en esta última.

La supuesta vulnerabilidad genética en la BN podría actuar directamente aumentando la predisposición a la obesidad o a una estructura de personalidad, que a su vez actuaría como factor predisponente para el desarrollo del trastorno de la conducta alimentaria (Chinchilla 1994, Sánchez Planell, 1997 en Chinchilla 2003).

Referente a los factores familiares educacionales, se han considerado factores predisponentes de la BN las características psicológicas del núcleo familiar de las pacientes bulímicas. Suele tratarse de familias con relaciones conflictivas, desorganizadas y con escasa confianza entre sus miembros (Pike y Rodin, 1991 en Chinchilla 2003), con interacciones de control y dependencia emocional mutua. Además, existe una falta de afecto y empatía de los padres hacia las pacientes bulímicas, las cuales, a su vez, no guardan grandes esperanzas en cuanto a la ayuda y comprensión que puedan recibir por parte de la familia.

Factores individuales.

Entre los factores individuales que influyen en la etiología de la BN debemos considerar las alteraciones neurobiológicas, factores psicológicos y otras alteraciones psicopatológicas.

Alteraciones neurobiológicas:

Es importante considerar si las alteraciones en la regulación de la conducta alimentaria son consecuencia de la alimentación desorganizada de las pacientes bulímicas o si, por el contrario, existe una alteración previa en los mecanismos reguladores del apetito y el peso que actúan como factores predisponentes para el desarrollo del cuadro.

Los estudios de neurotransmisores apuntan a que tanto en las pacientes bulímicas con normopeso como en las anoréxicas bulímicas existe una disminución de la actividad serotoninérgica y noradrenérgica, así como una alteración del turnover de dichos neurotransmisores (Chinchilla, 1993 en Chinchilla 2003).

La serotonina es el neurotransmisor más conocido de los implicados en la regulación de la conducta alimentaria. A nivel experimental se ha demostrado que regula alimentación actuando sobre la zona ventromedial del hipotálamo, produciendo un inicio precoz de la sensación de saciedad, una disminución de la cantidad de comida ingerida y de la velocidad de la ingesta y una reducción, en particular, de la apetencia por hidratos de carbono. No modifica la frecuencia de las comidas y tiene una acción preferente en el desayuno (Bousoño García, 1994 en Chinchilla 2003). En la BN existiría una hipofunción serotoninérgica que explicaría la ausencia de saciedad con los atracones de comida, la termogénesis y metabolismo basal disminuidos y también las alteraciones en cuanto a la impulsividad y los trastornos afectivos que se verían incrementados (Chinchilla, 1994 en Chinchilla 2003).

El segundo neurotransmisor relacionado con la etiología de la BN es la noradrenalina, que interviene en la regulación del control alimentario de una forma compleja. De modo experimental, al estimularse los receptores noradrenérgicos en el núcleo paraventricular se produce un aumento de la cantidad de comida ingerida, con retraso de la sensación de saciedad y una mayor preferencia por los hidratos de carbono, con disminución de la apetencia por proteínas. No modifica la frecuencia de comidas y tiene acción preferente en el desayuno (Bousoño García, 1994 en Chinchilla 2004).

Otro neurotransmisor implicado en la conducta alimentaria es la dopamina, que actúa en la alimentación como indicador de la saciedad y de la respuesta hedónica a la comida. Se ha observado que tienen efecto dosis-dependiente, de modo que dosis bajas de dopamina estimulan la alimentación y dosis altas la inhiben. De este modo, en las pacientes bulímicas se encontraría una hipofunción dopaminérgica.

La colecistocinina (CCK) es un péptido secretado en la mucosa intestinal tras la ingesta y que ejerce su acción a través de vías aferentes vagales disminuyendo el vaciamiento del estómago y aumentando la sensación de saciedad. En las BN se encuentran niveles inferiores de colecistocinina

posprandial que justificarían la disminución de la saciedad y el favorecimiento de los atracones.

El péptido YY es otro neurotransmisor implicado en la etiología de la BN que tiene una importante acción orexígena y que es selectiva sobre los hidratos de carbono e induce el vómito por su acción sobre el área postrema. En diferentes estudios se ha observado la existencia de valores normales de este péptido en controles y pacientes bulímicos con sintomatología activa, encontrándose un incremento de dichos niveles tras un período de remisión de las conductas de aproximadamente un mes (Chinchilla, 1994 en Chinchilla 2003).

Por último, cabe mencionar las alteraciones de la insulina que se producen en estas pacientes. Dada la frecuencia de atracones de dulces, el organismo ha de adaptarse de modo que el azúcar se absorbe rápidamente antes de vomitar, con un aumento en los niveles de insulina y de la sensación de hambre. El incremento de la insulina y la disminución en la ingesta de alimentos produce más hambre e hipoglucemia perpetuando el problema de los atracones.

De esta manera, podemos ver que existe una alteración del sistema regulador de los neurotransmisores y los neuropéptidos en las pacientes bulímicas, afectándose la cantidad por comida, la duración y la composición de ésta con mayor proporción de grasas, hidratos de carbono y proteínas.

Factores psicológicos.

Desde el punto de vista psicológico cognitivo, las pacientes bulímicas se muestran insatisfechas con su imagen corporal puesto que su percepción alterada las lleva a verse más gordas de los están, se hallan obsesionadas con evolucionar hacia la obesidad, muestran una tendencia al perfeccionismo compensador y sentimientos de insuficiencia y disfórico-distímicos (Chinchilla, 1994 en Chinchilla 2003).

Strober (1991 en Chinchilla 2003) señala algunos rasgos de personalidad predisponentes, como la búsqueda de emociones, excitabilidad, falta de persistencia, tendencia a la disforia ante situaciones de rechazo o de falta de gratificación y preocupación por el peso y la figura.

Bajo la misma conducta bulímica algunos autores distinguen dos tipos de pacientes. Uno se caracteriza por la presencia de desinhibición, inestabilidad afectiva, impulsividad y dificultades temperamentales manifestadas desde la infancia. Por el contrario otras pacientes tienden a tener un patrón de personalidad más ajustado y desarrollan el cuadro más en función de la restricción dietética (Kasset, 1989 en Chinchilla 2003).

Otras alteraciones psicopatológicas:

Existen diversas alteraciones psicopatológicas que pueden considerarse en la comorbilidad psiquiátrica de la BN, deben tomarse en cuenta en la etiología de ésta, por la frecuencia con que se encuentran de forma previa al inicio de la bulimia como son:

- Trastornos afectivos
- Trastornos de ansiedad
- Abuso de alcohol y otras sustancias
- Trastornos de personalidad

Factores socioculturales.

Estos factores se han relacionado sucesivamente con el aumento de la prevalencia de la BN; ya que en nuestra sociedad se ha experimentado a través de los años un cambio progresivo hasta llegar aun modelo idealizado de mujer en el que predomina la delgadez como un valor intrínseco asociado al éxito social y profesional, casi obligando a las mujeres a rechazar la gordura. Esto no sólo incide en la edad adulta, en la cual existen mecanismos de defensa más desarrollados, sino también, en edades cada vez más tempranas. En la actualidad, existe un rechazo al sobrepeso independientemente de la clase social.

En la sociedad occidental es continuo el bombardeo de mensajes que rechazan el sobrepeso y premian la delgadez, fundamentalmente en el ámbito publicitario, en el que la figura de la mujer esbelta y delgada es la más utilizada en anuncios publicitarios, desfiles de moda, etc. Este tipo de anuncios idealizan el modelo de delgadez en la mujer como meta para lograr el éxito profesional y la felicidad.

El rechazo del sobrepeso determina que se desarrolle con facilidad una insatisfacción respecto de la imagen corporal que puede adquirir posteriormente características de ideación sobrevalorizada. Así, las pacientes bulímicas presentan con frecuencia insatisfacción con su imagen corporal previa al desarrollo del trastorno alimentario, y dicha insatisfacción con la imagen es un claro factor predictor de conductas de dieta, que presenta a su vez el precursor conductual más frecuente en la BN (Chinchilla, 2003).

Factores desencadenantes.

Con frecuencia el factor desencadenante principal en las pacientes bulímicas es la restricción dietética, pero a esta restricción se puede llegar por diferentes vías. Autores como Sánchez Planell (1997 en Chinchilla 2003), describen que aproximadamente, la mitad de los pacientes bulímicas han desarrollado con anterioridad un cuadro de AN en el cual la restricción alimentaria puede considerarse como desencadenante. Sin embargo, en otros casos, es el sobrepeso, por diversas etiologías y que es vivido de forma insatisfactoria, el que conduce a las adolescentes directamente a la dieta. Esto no quiere decir que todas las personas que inician una dieta están desarrollando un trastorno alimentario, lo que resalta la importancia de la interacción de los factores predisponentes para desarrollar dicha alteración.

Según Chinchilla (2003) la continuación de las conductas restrictivas tras el inicio de la dieta originaría transgresiones dietéticas vividas por las pacientes de forma descontrolada y con crecientes sentimientos de culpa. Durante dichas transgresiones las cantidades de comida ingeridas pueden ser muy importantes llevando de forma equívoca a una mayor restricción. De modo que es en estas fases de alternancia de episodios bulímicos y de episodios bulímicos y de restricción intensa en las que se altera la regulación del sistema de control del apetito. Dicha alteración se agrava al aparecer el vómito como conducta compensatoria. Es entonces cuando se desarrolla la enfermedad y el que se mantenga o remita el trastorno dependerá de la actuación de los factores perpetuantes.

Factores perpetuantes.

La evolución de la BN hacia la perpetuación con frecuente comorbilidad psiquiátrica o bien hacia la remisión del cuadro se ve determinada por lo que se conoce como factores perpetuantes. El más importante es la persistencia y la gravedad de los factores predisponentes.

Como ya se ha mencionado, el principal precursor conductual es la restricción dietética, y esta conducta no se modificará mientras se mantenga la insatisfacción con la imagen corporal y la preocupación excesiva por el peso. No obstante, debe considerarse también como factor perpetuante la continuidad en la alteración conductual de los mecanismos reguladores de la conducta alimentaria por la alternancia de restricción, atracones y vómitos. Es importante señalar que la evolución del cuadro variará según el tipo de BN, bien en incipiente, transitoria, parcial o tenga o no comorbilidad psiquiátrica (Chinchilla, 2003).

Son estos los factores que se observa que contribuyen al origen, establecimiento y mantenimiento de la BN.

3.4. Diagnóstico.

El concepto diagnóstico <<Bulimia Nerviosa>> se utilizó hasta finales del siglo XIX, para describir una categoría de pacientes que presentaban tendencia a comer demasiado y a reducir, a través de vómitos autoinducidos, laxantes o diuréticos, las consecuencias negativas de esta sobreingesta, es decir, el sobrepeso (Rusell, 1979 en Fernández y turón 2004).

Para Hercovici y Bay (1997), los sistemas clasificatorios para la BN han evolucionado. Ya que a través del tiempo y de diversas revisiones se han modificado los criterios diagnósticos que mejor describan las características de las pacientes. En 1980, la Asociación Norteamericana de Psiquiatría en el DSM-III formuló como uno de los criterios diagnósticos para la bulimia, que *los episodios bulímicos no se deben a anorexia nerviosa o a ningún trastorno físico conocido*. En la siguiente revisión se adopta el término de “**Bulimia Nerviosa**” que introduce Rusell; incluye la necesidad de especificar las actitudes anormales

respecto del temor morboso a la gordura, y destierra la separación previa entre bulimia y anorexia nerviosa.

Los criterios diagnósticos DSM-III-R, representaron claras mejoras y ventajas respecto a los anteriores DSM-III, pero seguían mostrando deficiencias y puntos críticos: *a*) continuaba el malentendido entre bulimia como síntoma o como síndrome, y *b*) no era clara la relación entre los diagnósticos de anorexia (anorexia de tipo bulímico) y bulimia nerviosa (Fernández y Turón 2004).

Finalmente, en 1994, en el DSM-IV, la BN, como en el caso de la AN, sufrió diversas modificaciones con respecto a los criterios diagnósticos anteriores. Sobresalen tres modificaciones: *a*) mayor descripción de los episodios de voracidad, o atracones, y el sentimiento de pérdida de control; *b*) distinción entre pacientes bulímicos de tipo purgativo, y *c*) como en el caso de la anorexia nerviosa, el trastorno de la imagen corporal adquiere aspectos más cognitivos (Walsh, 1991 en Fernández y Turón 2004).

Los criterios diagnósticos del DSM-IV para la bulimia nerviosa son los siguientes:

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

- (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
- (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

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

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

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

Especificar el tipo:

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

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras

conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

También el CIE-10 enlista pautas para el diagnóstico de la bulimia nerviosa, las cuales sugieren que para que se pueda hacer el diagnóstico de la BN, deben de estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen modelos diagnósticos estrictos. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica (Chinchilla, 2003):

- Preocupación continuada por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producto mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos, como supresores de apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia con un intervalo entre

ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Según Chinchilla (2003) la clínica expuesta del paciente es la que dará el diagnóstico. En esencia, la conducta y el comportamiento de estas pacientes se traducen en atracones voraces, falta de control sobre la ingesta, posible ánimo depresivo y pensamientos de autodesprecio después de cada atracón, preocupación morbosa por el cuerpo, el peso y la comida, intentos de solucionar o paliar los efectos de la sobreingesta por medio de vómitos provocados, abuso de laxantes, diuréticos, anorexígenos, estimulantes, etc., o bien por hiperactividad motora como mecanismo de desgaste. En los casos de amenorrea y gran pérdida de peso habría que diferenciar la BN de AN. También debemos hacer el diagnóstico diferencial con otros cuadros psíquicos (esquizofrenia, obesidad exógena, etc.).

Crispo, Figueroa y Guelar (1996), describen las consecuencias a nivel orgánico de padecer una bulimia, con el objetivo de prevenir para que las adolescentes piensen qué problema puede llegar a tener si no se regula la obsesión por el control del peso por medio de las dietas. Obviamente los daños que se producen son mayores cuanto mayor es la gravedad de la alteración del comportamiento alimentario. Es decir: no es lo mismo vomitar una vez cada tanto o dos veces por semana, que siete veces por día. Como tampoco es igual el caso de quien hace poco que comenzó con esta conducta, y quien hace años que vive viajando por la vida trastornado.

Estar inmerso en el circuito bulímico (ayuno, atracones, purgas diversas – vómitos, laxantes, diuréticos, exceso de ejercicio, etc.—y nuevamente ayuno) afecta enormemente a nivel psicológico. Sin embargo, es imprescindible considerar que el circuito descriptivo consiste en acciones concretas, que involucran al organismo y, por lo mismo, el “físico” también sufre de variadas formas.

Por esto, es importante conocer las consecuencias a nivel físico y subsanarlas lo antes posible, para empezar a sentirse mejor. A continuación se describirán parte por parte de qué modo se encuentra afectado el cuerpo de una joven que está con un trastorno de la conducta alimentaria *de tipo bulímico*:

Boca:

Cuando uno vomita, vuelve a la boca toda la comida que sale del estómago y junto con eso también viene *ácido clorhídrico*. Ese ácido se encuentra en el estómago para ayudar a digerir los que uno ingiere. El estómago está preparado para que un elemento tan corrosivo esté en contacto con sus paredes. Sin embargo, en la boca, este ácido puede:

- a) producir *la pérdida del esmalte dentario* en la cara interna de los dientes. Facilitando el aumento en la producción de caries. El daño es irreversible, el esmalte no vuelve a salirles a los dientes.
- b) *Dañar las encías, el paladar y la garganta*, produciendo inflamación de los mismos.

El odontólogo entrenado puede reconocer que una joven vomita frecuentemente por esas señales.

Glándulas salivales:

Suelen aumentar de tamaño, en especial las parótidas, como consecuencia de la acción de vomitar. El resultado es un rostro de aspecto regordete. Esto se revierte cuando cesan los vómitos. Muchas jóvenes comienzan a vomitar porque se ven gordas. Sobre todo porque suelen mirarse el rostro, que tal vez es del tipo redondeado aunque el cuerpo esté en buen peso. Lo paradójico es que terminan reforzando esta característica facial por la inflamación que se produce en las glándulas salivales a raíz de los vómitos.

Alteraciones hidroelectrolíticas:

Potasio:

Una de las complicaciones más graves de la bulimia nerviosa es la reducción del potasio en sangre. La pérdida del mismo produce:

- a) a través de los vómitos, porque el jugo gástrico que se pierde al vomitar es muy rico en potasio;
- b) al tomar diuréticos, que también producen una disminución de potasio en sangre por exceso de eliminación de líquidos;
- c) por la combinación de ambos métodos. Esta última situación es de *altísimo riesgo*.

La disminución del potasio en la sangre afecta el funcionamiento del corazón, ocasionando arritmias cardíacas que pueden llevar a la muerte por paro cardíaco.

Sodio:

A consecuencia de los vómitos y/o uso de laxantes suele disminuir el sodio en la sangre. Como la alimentación suele ser desordenada, en general la ingesta de sodio es reducida. *La reducción de sodio en sangre produce disminución de la presión arterial y mareos.*

Magnesio:

Puede disminuir en sangre y en los tejidos en general, como consecuencia de la utilización de laxantes y diuréticos, solos o combinados. También se pierde magnesio al vomitar. *La pérdida de magnesio en sangre ocasiona debilidad muscular, hormigueos y calambres.*

Agua:

Suele haber pérdida de agua y electrolitos a través de los vómitos y como consecuencia del uso de laxantes y diuréticos, solos o combinados. Se hace evidente especialmente cuando la ingesta de líquidos es reducida. La pérdida de agua y electrolitos genera deshidratación.

Aparato digestivo:

Esófago:

Puede irritarse como consecuencia del pasaje del ácido clorhídrico en forma reiterada, lo que produce **esofagitis**. En ocasiones –sobre todo si hay una frecuencia alta de vómitos diarios-, el gran esfuerzo realizado para vomitar puede provocar **la ruptura esofágica**, cuadro de suma gravedad que requiere

tratamiento quirúrgico de urgencia. A veces este cuadro se anuncia con una fisura esofágica, lo que es un preaviso de la gravedad que está adquiriendo la situación.

También como consecuencia de los vómitos reiterados, es frecuente la aparición de *reflujo gastro-esofágico*, lo que significa el pasaje espontáneo del contenido gástrico hacia el esófago. Es decir, cuando el cuerpo se acostumbra a vomitar, puede ocurrir que lo que está en el estómago vuelva espontáneamente a la boca, aun sin tener que hacer ningún esfuerzo, lo cual trae las consecuencias descriptas.

Estómago:

Es común la aparición de *gastritis* en una persona vomitadora, debido a la pérdida a través del vómito del moco que protege la mucosa gástrica del ácido clorhídrico, y esto puede producir vómitos de sangre.

Intestino:

Como efecto inmediato del uso de laxantes, pueden aparecer *diarreas* y *dolores abdominales*, llamados *cólicos*. Lo más frecuente es la aparición de *constipación grave*, como consecuencia del uso prolongado de laxantes, ya que éstos acostumbran al intestino a funcionar bajo su estímulo y luego el intestino no responde a los estímulos normales.

Aparato respiratorio:

En ocasiones, se produce el pasaje hacia las vías aéreas de pequeños contenidos gástricos que suben del estómago al autoinducir el vómito. Esto produce cuadros de *bronquitis* (por microaspiración) o de *neumonías aspirativas*, especialmente si el vómito se provoca en un estado de alteración de la conciencia (por ejemplo, por alcohol).

Aparato urinario:

Se puede llegar a producir daños –de leves a moderados– en el funcionamiento de los *riñones* como consecuencia de la deshidratación y del abuso de diuréticos. Cuando se abusa de los diuréticos por tiempo muy prolongado, se produce una necrosis renal, con la consecuente pérdida del riñón. También son frecuentes las *infecciones urinarias* y la producción de litiasis urinaria (cálculos o arenilla).

Aparato genital:

Es frecuente la aparición de *irregularidades menstruales*, debido a la mala alimentación. La ausencia de menstruación o amenorrea secundaria no es privativa de las anoréxicas o las personas muy delgadas. La menstruación puede retirarse, aun en pacientes con bulimia nerviosa y peso normal.

Manos:

Suelen aparecer callosidades y erosiones, o lastimaduras en los nudillos de los dedos, o el sitio del roce contra los dientes, cuando se utiliza la mano para provocar el vómito.

Algunos estudios han demostrado que también se presentan repercusiones a nivel psicológico tanto en la AN como en la BN, por ejemplo(Fernández y Turón,2004):

Cognitivas: Problemas de concentración, sin variar sus capacidades intelectuales.

Actitudes y conductas hacia a la alimentación: hablan y piensan continuamente en comida, incluso algunos presentan conductas de sobreingesta o mezclan de forma anormal alimentos.

Tipo de alimentos: toman con mayor frecuencia condimentos en las comidas y beben en mayor cantidad café y té.

Estado de ánimo: la mayoría de los sujetos están deprimidos, discuten con frecuencia y son más irascibles y ansiosos.

Relaciones sexuales y sociales: muestran desinterés por la sexualidad y presentan tendencia al aislamiento social.

De esta manera, se observa que además de los cambios cognitivos que la paciente tiene respecto a su cuerpo, existen consecuencias físicas que pueden producirle enfermedades o hasta la muerte. Es por esto, que para realizar un diagnóstico adecuado, el clínico tendrá que tomar en cuenta los aspectos físicos y cognitivos.

Como ya se había mencionado en el capítulo anterior la identificación y el registro de los síntomas juegan un papel decisivo en el diagnóstico para los trastornos de la conducta alimentaria. Ya que con los registros y algunos

instrumentos de evaluación psicométrica ayudan en la recogida de información tanto como para el diagnóstico como para el tratamiento.

3.5. Tratamiento.

Según Fernández y Turón (2004), los abordajes terapéuticos más comúnmente utilizados en BN suelen ser de índole psicológico y/o farmacológico, básicamente en régimen ambulatorio. Los abordajes psicológicos, más aplicados, van desde tratamiento individual hasta tratamiento grupal; siendo en su mayoría abordajes cognitivo conductuales y/o tratamientos de exposición con prevención de respuesta..

Así como en la AN, en la BN los pacientes suelen poseer toda una serie de ideas erróneas acerca de la alimentación, peso, conductas de purga, metabolismo y conducta alimentaria, que mantienen el trastorno alimentario. Incidir sobre estos aspectos es crucial, en fases iniciales, para la reducción de la patología alimentaria. En este sentido, los grupos informativos (denominados psicoeducativos) inciden específicamente en la reducción de la sintomatología alimentaria más llamativa (frecuencia semanal de atracones y/o vómitos), estos están mostrando ser eficaces (Fernández y cols, 1998 en Fernández y Turón 2004).

La reeducación alimentaria juega un papel importante en el tratamiento en pacientes con BN con tres objetivos bien planteados: establecer un hábito de alimentación estable y adecuado; eliminar el círculo vicioso atracón-purga-restricción; y eliminar las recaídas. Para conseguirlos se informará a las pacientes sobre los principios de una alimentación equilibrada; se explicará la relación entre restricción e ingesta compulsiva de alimentos; se informará sobre las consecuencias perniciosas del vómito autoinducido y las purgas; se les ayudará a planificar un plan adecuado de comidas que les permita estabilizarse en un peso correcto (Ballabriga y Carrascosa, 1998).

Asimismo, Fernández y Turón (2004), proponen que al inicio del tratamiento de la BN los pacientes deben ser informados sobre:

1. Ideales de belleza e influencia sociocultural.

2. Consecuencias negativas del uso de conductas de purga.
3. Importancia de la normalización de ingesta como primer mecanismo para detener el círculo vicioso de atracones-vómitos.
4. Multicausalidad de la bulimia nerviosa
5. Repercusiones físicas y psicológicas de la desnutrición.
6. Teoría del *set-point*, regulación fisiológica del peso corporal y determinación de un peso adecuado.

Para Tinahones (2003), los trastornos del comportamiento alimentario como la BN son una patología donde se mezcla el malestar físico y el malestar psíquico. Partiendo de esta premisa el contexto de atención de estos trastornos debe realizarse en un espacio multidisciplinar. La atención del malestar físico requiere una aproximación médica tanto de los problemas nutricionales como de las complicaciones físicas del síntoma. La especialidad de Endocrinología y Nutrición es la más capacitada para dar respuesta a este malestar físico y el malestar psíquico debe abordarse desde la psicología y la psiquiatría.

Al igual que en la AN nerviosa se deben tomar en consideración la gravedad de los síntomas del paciente bulímico para determinar que tipo de intervención requiere, si ambulatoria o hospitalización.

Según Toro (2001), las estrategias para el tratamiento de la BN incluyen asesoramiento y rehabilitación nutricionales; intervenciones psicológicas (incluyendo procedimientos de orientación cognitiva conductual, interpersonal, conductual, psicodinámica o psicoanalítica) en formato individual o de grupo; intervenciones familiares, y fármacos.

Rehabilitación Nutricional.

Los objetivos fundamentales del tratamiento de la BN son reducir los atracones y las purgas; en los pacientes con bulimia no suele ser un objetivo terapéutico la recuperación del peso, ya que casi siempre se encuentran en un peso normal, sólo cuando llegan a presentar bajo peso se considera necesario el aumento para lograr una estabilidad psicológica y emocional. Estos pacientes requieren el establecimiento de un patrón de comidas regular, sin atracones; procurando que incrementen su ingesta calórica y diversifiquen la selección de

macronutrientes. Incluso en pacientes con peso normal, el asesoramiento nutricional se utiliza para lograr distintos objetivos, tales como reducir conductas relativas al trastorno del comportamiento alimentario, minimizar la restricción de alimentos, corregir las deficiencias nutricionales, aumentar la variedad de alimentos ingeridos y fomentar patrones de ejercicio saludable, pero no excesivos.

Tratamientos psicosociales.

Los objetivos de las intervenciones psicosociales pueden incluir los siguientes: reducir o eliminar los atracones y conductas purgativas; mejorar las actitudes relativas al trastorno del comportamiento alimentario; minimizar la restricción alimentaria; incrementar la variedad de alimentos ingeridos; fomentar pautas de ejercicio físico pero no excesivo; tratar los trastornos comórbidos y las características clínicas asociadas a los trastornos del comportamiento alimentario, y tratar ciertos temas que pueden cimentar las conductas del trastorno del comportamiento alimentario, tales como cuestiones relacionadas con el desarrollo, formación de la identidad, preocupaciones por la imagen corporal, autoestima en áreas ajenas a las relacionadas con el peso y la silueta, problemas sexuales y de agresividad, regulación del estado de ánimo, expectativas del papel genérico, disfunción familiar, estilos de enfrentamiento y resolución de problemas.

Tratamiento cognitivo –conductual.

Las bases teóricas de este procedimiento terapéutico se basan en el modelo teórico cognitivo-conductual desarrollado y aplicado con pacientes depresivos por Beck (1976), en los que demostró gran efectividad. Este procedimiento fue descrito por primera vez en BN, en 1985, por el grupo de Oxford (Farburn, 1985 en Fernández y Turón 2004).

La psicoterapia cognitiva-conductual, específicamente dirigida a los síntomas de trastorno del comportamiento alimentario y a las cogniciones propias de los pacientes con BN, es la intervención psicosocial que más se ha estudiado y que cuenta con más pruebas de eficacia, ya que se han documentado reducciones significativas de los atracones, los vómitos y el abuso de laxantes en algunos pacientes, pero sólo algunos logran una abstinencia total de las conductas de atracón-purgas (Toro, 2001).

Este modelo comprende que la presión social por obtener un ideal de belleza y delgadez, y los correspondientes pensamientos y cogniciones irracionales respecto a la propia imagen y alimentación, conducen a unos hábitos alimentarios restrictivos que desembocan en episodios bulímicos y, en la mayoría de los casos, en vómitos. Por eso, tanto la conducta alimentaria como los consiguientes episodios bulímicos y su conducta compensatoria (vómitos, dieta, uso de laxantes y/o diuréticos) se ven como consecuencias negativas de las cogniciones irracionales respecto a la propia imagen y el peso (Fernández, 1996 en Fernández y Turón 2004).

En el tratamiento cognitivo-conductual de la BN se utiliza una combinación de técnicas cognitivas y conductuales para cambiar la conducta de las pacientes, sus actitudes hacia la imagen y el peso e incluso su baja autoestima.

Las cogniciones y los pensamientos que serán objeto de tratamiento, se centran en tres áreas principales: a) cogniciones negativas respecto a la alimentación y al peso, b) cogniciones y valoraciones negativas respecto a la propia imagen y figura corporal, y c) baja autoestima respecto a sí mismas.

Este tipo de tratamiento suele estar compuesto de tres fases:

- *Fase I.* Autoobservación y control de estímulos, así como un detallado registro de la alimentación diaria (fase psicoeducativa-conductual).
- *Fase II.* Confrontación y modificación de las cogniciones irracionales a través de reestructuración cognitiva (fase cognitivo –conductual).
- *Fase III.* Prevención de recaídas y profilaxis (fase de prevención).

Este tipo de tratamiento también se puede combinar con terapias de grupo, el cual ayuda a la paciente a afrontar con mayor eficacia la vergüenza que rodea su enfermedad, además de proporcionarles retroalimentación y apoyo adicionales a través de los compañeros de grupo.

Con relación a la duración del tratamiento se ha observado que las intervenciones de periodos relativamente cortos como 20 sesiones en psicoterapia individual han sido eficaces, aunque varía considerablemente según los casos (Toro, 2001).

Asimismo, en el caso de las adolescentes es de gran utilidad la terapia familiar para intervenir en las interacciones conflictivas que mantienen con sus padres en algunos casos o para que el paciente reciba apoyo por parte de ellos.

Es importante mencionar, que los fármacos, principalmente los antidepresivos se utilizan para reducir la frecuencia de las conductas alimentarias alteradas, tales como atracones y vómitos. La farmacoterapia también se utiliza para aliviar los síntomas que pueden acompañar a las conductas alimentarias alteradas, tales como depresión, ansiedad, obsesiones o ciertos síntomas de trastorno de los impulsos.

Capítulo 4

Programación Neurolingüística

¿Qué es PNL?

La Programación Neuro-Lingüística abreviado con las letras PNL, es una técnica relativamente nueva creada en la década de los 70', y es gracias a su eficacia para conseguir cambios personales y duraderos en un lapso de tiempo breve como se ha dado a conocer.

Para Forner (2002), la PNL es un conjunto de modelos, habilidades y técnicas para actuar, pensar y sentir de forma efectiva en el mundo. además de ser útil, su propósito es incrementar las opciones y alternativas de una persona, mejorar su calidad de vida y optimizar su rendimiento profesional y vital.

Según Schwarz y Schweppe (2000), se le considera una técnica ya que no recurre a concepciones filosóficas, religiosas o espirituales, sino que obtiene resultados de forma práctica y concreta, siguiendo unos pasos muy sencillos. La PNL es eficaz en ámbitos muy diferentes:

- La PNL es una terapia a corto plazo muy efectiva mediante la cual se pueden superar en muy poco tiempo problemas que de otra manera exigen meses o años de terapias.
- La PNL es cada vez más imprescindible en la especialización profesional de cuadros directivos para elevar las capacidades de dirección y la orientación hacia el éxito.
- La PNL sirve para la superación de dificultades personales y para el crecimiento individual.
- La PNL le muestra cómo manejar problemas prácticos como, por ejemplo, los medios ante un examen, el hábito de fumar, el sobrepeso o las dificultades para relacionarse.

Las técnicas y los modelos propuestos por la PNL poseen una orientación práctica y además son sumamente eficaces. Es por esto, que puede utilizarse como un valioso instrumento para modificar el comportamiento para acomodarlo a nuestros deseos (Krusche, 2000).

Por otro lado, se considera a la PNL como el arte y la ciencia de la excelencia personal. Un arte por que cada uno da su toque único y personal. Es una ciencia porque hay una técnica, un método y un proceso para descubrir los modelos empleados por los individuos excelentes en un campo para obtener resultados sobresalientes (O'Connor y Seymour, 2001).

Además la PNL enseña a comprender y organizar los propios éxitos, ya que es una habilidad práctica que crea los resultados que se desean.

4.1 Antecedentes.

Como ya se había mencionado la PNL empezó a principios de los años setenta, esto gracias al encuentro entre el estudiante de psicología Ricard Bandler y John Grinder quien era profesor ayudante de lingüística en la Universidad de California en Santa Cruz, ellos estudiaron a tres psiquiatras punteros americanos: Fritz Perls, el innovador psicoterapeuta y creador de la terapia Gestalt; Virginia Satir psiquiatra familiar y Milton Erickson un famoso hipnoterapeuta.

Ellos descubrieron que el éxito de estos tres terapeutas no dependía de las teorías psicológicas que defendían. Se trataba más bien de unos determinados modelos de comunicación y de comportamiento que utilizaban con sus clientes y producían cambios rápidos y duraderos. Sin embargo, los terapeutas no eran conscientes de ello ya que actuaban de forma intuitiva (Schwartz y Schweppe, 2000).

Bandler y Grinder querían identificar los patrones empleados por los mejores psiquiatras y divulgarlos; así que elaboraron modelos de terapias que funcionaban en la práctica y podían enseñarse. Los tres psiquiatras que estudiaron eran de personalidades muy diferentes, sin embargo los tres empleaban patrones similares en lo fundamental. Bandler y Grinder tomaron estos patrones, los depuraron y construyeron un elegante modelo que puede emplearse para una comunicación efectiva, cambio personal, aprendizaje acelerado, y por supuesto, mayor disfrute de la vida (Forner, 2002).

Bandler y Grinder plasmaron sus descubrimientos iniciales en cuatro libros publicados entre 1975 y 1977: La estructura de los mágico 1 y 2 y Patrones 1 y 2 (O'Connor y Seymour, 2001).

La literatura sobre PNL ha ido en constante aumento desde entonces. En el desarrollo de la PNL también intervinieron personas claves como Gregory Bateson (antropólogo británico que desarrollo la teoría sobre la doble ligazón en la esquizofrenia). Robert Dilts, quien fundó junto con Judith DeLozier (antropóloga y discípula de Gregory Bateson) quien a su vez cofundó un instituto de PNL y co-escribió varios libros con el que fue su marido –John Grinder-. Así como Robert Dilts a quien se le debe la creación de un modelo basado en la estrategia creativo, el modelo creado para pensar el cambio personal, aprendizaje y comunicación, entre otros (Forner, 2002).

La Programación Neuro-Lingüística es un método que ha abierto la puerta a una nueva dimensión de la comunicación. Sin embargo, para casi todos los que escuchan por primera vez este término les es difícil comprenderlo, y es que los cofundadores decidieron llamarla así porque cubre tres ideas:

Programación: se refiere a las maneras que podemos escoger para organizar nuestras ideas y acciones a fin de producir resultados.

Neuro: esta parte recoge la idea fundamental de que todo comportamiento proviene de nuestros procesos neurobiológicos de visión, audición, olfato, gusto, tacto y sentimiento con los cuales damos sentido a la información y actuamos según ello. La neurología cubre los procesos del pensamiento y las reacciones fisiológicas visibles frente a las ideas y acontecimientos.

Lingüística: indica que usamos el lenguaje para ordenar nuestros pensamientos y conducta y para la comunicación con los demás.

De aquí, que la Programación Neuro-Lingüística, se ocupa de cómo se puede influir (en el sentido más amplio) en los procesos mentales mediante el lenguaje; es decir, cómo <<programamos>> nuestro cerebro. Podemos instalar programas nuevos aumentando así nuestras posibilidades, pero también podemos mejorar, ampliar programas antiguos e incluir nuevos subprogramas. Además,

podemos aprender a utilizar de forma óptima los programas que ya existen (Schwarz y Schweppe, 2000).

4.2 Principios básicos de la PNL.

Según Forner (2002), las presuposiciones fundamentales de la PNL conforman la epistemología básica a partir de la cual se construyen tanto la metodología como las técnicas. Ellas conforman la filosofía existente detrás de todos los modelos, técnicas y distinciones de la PNL, como lo son las opiniones, actitudes, valores y técnicas.

Así mismo, la PNL no se apoya en ninguna teoría y sus defensores no están interesados en elaborarla, ya que está se trata sencillamente de si funciona o no. es por esto, que los principios de la PNL no tienen la pretensión de proclamar la verdad sobre el mundo en general y sobre el ser humano. No funcionan como teorías sino como modelos. Son sólo supuestos que se han mostrado útiles en el trabajo de los que la practican.

Los siguientes principios son el producto de un cúmulo de experiencias vividas y observaciones:

El fracaso no existe, solo hay resultados. Fracaso es sólo un forma de describir algo que no quería. Todos funcionamos a la perfección produciendo resultados, y nadie queda destrozado (Forner, 2002).

Para Schwarz y Schweppe (2000), no existen los fracasos, sino solamente mensajes de respuesta. Uno de los mensajes más importantes de la PNL es que nunca hay fracasos. Los resultados se consiguen en el momento en el que se empieza a actuar. El camino hacia el resultado se puede encontrar mientras siga habiendo mensajes de respuesta que indiquen que la dirección hacia la meta es la correcta. Así mediante estos mensajes de respuesta es posible realizar correcciones.

El mapa no es el territorio que se describe. La realidad es percibida de forma distinta por cada persona, es por esto, que todas las percepciones son válidas y la gente puede llegar a entenderse si se flexibiliza y acepta otras <<realidades>> como válidas.

Según Krusche (2000), cada persona elabora su modelo del mundo en función de sus vivencias. Percibimos las cosas de forma subjetiva, y ello determina nuestra particular forma de ver el mundo. esta visión es como un mapa del mundo, orienta nuestro comportamiento y determina nuestras reacciones y elecciones.

Las cosas que sabemos no las aprendemos del mundo exterior, son la representación interna de esas cosas. De esta manera, nos orientamos por medio de un <<mapa>> interior del mundo y lo mejor es que se puede mejorar el mapa del mundo, refinándolo y actualizándolo.

Dentro de usted están todos los recursos. Todos tenemos y podemos crear los recursos internos que necesitamos para alcanzar nuestras metas. Para alcanzar el éxito se debe actuar –como si- creer que se puede hacer lo que se desea.

Se debe tomar en cuenta, que todo cambio supone un esfuerzo y la energía requerida tenemos que aportarla nosotros mismos. Para lograr algo, para cambiar algo en nuestro interior, se debe activar la energía, y si no se dispone de ella habrá de procurarse de alguna forma, ya se buscando nuevas fuentes de recursos o intentar aumentar los propios evocando emociones positivas (Krusche, 2000).

Si alguien puede, usted también. Tan sólo tiene que “hacer” lo que la otra persona hace, inspirarse en otro y luego adaptarlo a su personalidad y a su realidad.

Si hace siempre lo mismo que ha hecho siempre, siempre obtendrá los mismos resultados. Si lo que hace no funciona, haga otra cosa. En la variedad está el gusto, cuantas más opciones, más oportunidades de éxito. Esto significa poder utilizar al menos tres enfoques. La flexibilidad es fundamental.

Este principio de la PNL parece innecesario ya que resulta obvio que se ha de probar otra cosa si una no funciona. Pero hay muchas personas que son extremadamente insistentes en lo que hacen aunque no funcione en absoluto como si fueran respuestas automatizadas. Y aquí es donde la PNL ayuda a reconocer y modificar comportamientos antiguos y obsoletos.

Detrás de todo comportamiento se encuentra una intención positiva.

En la situación en la que se desarrolla una conducta, ésta tiene un efecto positivo. Si no, no se hubiese incluido en el mapa como un camino que tenía ventajas.

Es fundamental entender que cualquier conducta posee una función positiva, la cual puede reportar algún beneficio secundario en determinados contextos. Hay que entender esto para poder transformar una conducta indeseable cuando hayamos distinguido claramente entre el comportamiento mismo y la intención original. Sustituir una conducta por otra resulta aceptable si la nueva posee como mínimo una utilidad idéntica que la anterior.

Por lo tanto, una vez que se haya definido lo que se desea alcanzar, es cuestión de definir la estrategia para lograrlo y para ello la PNL dispone de las técnicas que ayudarán a alcanzar las metas que se hayan propuesto, ayudándole a descubrir los recursos propios y cuáles de ellos utilizar. Además la PNL ayuda a hacerse las preguntas correctas, para conocerse a sí mismo y entenderse mejor.

Estas son sólo algunas de las presuposiciones que utilizan los practicantes de la PNL, las cuales usted debe probar si son efectivas, si no le funcionan, aplique a estas el principio "Si algo no funciona, pruebe otra cosa".

4.3 Modelos y Técnicas de la PNL.

➤ **Modelos**

La imitación de modelos es parte fundamental de la Programación Neuro-Lingüística, ya que la PNL es el estudio de la excelencia, y crearse modelos es el proceso que hace explícitos los patrones de comportamientos, los modelos se definen como el proceso de reproducir la excelencia humana. Además, son fáciles de aprender porque todos aprendemos mediante la imitación de modelos. Los modelos de la PNL están diseñados para que sean sencillos y comprobables (O'Connor y Seymour, 2001).

Modelo Milton.

Este modelo es una forma de usar el lenguaje para inducir y mantener el trance, con el fin de descubrir los recursos internos de una persona y superar algún problema.

Este modelo usa el lenguaje para:

1. Marcar y dirigir la realidad de la persona.
2. Distraer y emplear la parte consciente.
3. Acceder a los recursos del inconsciente.

Modelo ROLE.

Este modelo creado por Roberts Dilts ayuda a identificar cómo piensan las personas y cómo se comportan, al considerar cada uno de los siguientes elementos, es posible configurar la experiencia del pensamiento de una persona para mejorar su creatividad y efectividad:

- R : Sistemas de representación. Cuál de los sentidos –vista, oído, tacto, gusto, olfato- utiliza más la persona.
- : Orientación. Hacia donde se orienta la persona hacia el exterior –hacia el mundo exterior-, o hacia el interior -recursos o imaginación-.
- L : Conexión. Forma en la que se conecta un paso de la estrategia con los otros pasos en una secuencia.
- E : Efecto. Cuál es el efecto, resultado o propósito del paso en la estrategia, ya sea para acceder, organizar, evaluar o juzgar la información.

Modelo ESCORE.

Este modelo se ocupa de resolver creativamente los problemas. Este proceso consta de cinco elementos, los cuales se relacionan entre sí y se pueden evaluar y gestionar de diferentes modos para alcanzar soluciones:

- S : Síntomas. Se consideran los aspectos conscientes y más evidentes del estado de un problema que permanecen más o menos constantes con el paso del tiempo.
- C : Causas. Los elementos subyacentes responsables de la creación y el mantenimiento de los síntomas; tienden a ser menos obvios que los síntomas.
- : Resultados. Estados u objetivos deseados que ocupan el lugar de los síntomas.
- R : Recursos. Elementos responsables de transformar las causas y los síntomas, además de crear y mantener los resultados o efectos.

- E : Efectos. Reacciones o resultados derivados de conseguir un objetivo; pueden ser positivos o negativos según la forma en que se afecte la motivación.

Metamodelo.

Este modelo es una herramienta para tener un mejor conocimiento de lo que la gente dice, consiste en una serie de preguntas que intentan trastocar y aclarar las eliminaciones, distorsiones y generalizaciones del lenguaje. Para llenar la información pérdida, remodelar la estructura y sonsacar la información específica para dar sentido a la comunicación.

Ya que el metamodelo reconecta el lenguaje, puede usarse para:

- Recoger información
- Aclarar significados
- Identificar limitaciones
- Abrir nuevas opciones

Modelo de creatividad de Walt Disney.

Este modelo creado por Robert Dilts, consiste en explorar algo desde diferentes posiciones preceptuales, teniendo la habilidad de tenerlo en la imaginación y forjarlo, trayéndolo a una realidad física que inflencie positivamente la experiencia de otros.

1ra. Posición: El soñador. Se ocupa de generar alternativas y posibilidades.

2da. Posición: el realizador. Se aplica en definir acciones.

3ra. Posición. El crítico. Colabora en evaluar los costes y en poner sentido común al proyecto.

➤ **Técnicas**

Las técnicas de la PNL se caracterizan por su eficacia y rapidez para obtener resultados. Estas permiten la oportunidad de convertirse es personas saludables tanto mental como físicamente. Las siguientes son sólo algunas de las técnicas que se aplican en la psicoterapia:

Calibración.

Esta técnica se emplea para reconocer cuándo la gente está en estados de ánimo diferentes. Esta es una habilidad que todos tenemos y empleamos en nuestra vida diaria, y que es muy útil, desarrollar y pulir.

Observar a las personas, escuchando su discurso, fijándose su discurso, fijándose en sus gestos, posturas, señales, etc. puede ayudarnos a calibrar su estado interno al descubrir los indicadores comportamentales asociados a dicho estado (Sambrano, 2000).

Sintonía.

La sintonía o empatía es esencial para establecer una atmósfera de credibilidad, confianza y participación donde se de la oportunidad de responder a la gente libremente.

Se puede decir que hay sintonía entre dos personas cuando parece fluir la comunicación, y tanto sus cuerpos como sus palabras están en armonía. El lenguaje corporal y la tonalidad son aspectos muy importantes, ya que las personas que se sintonizan tienden a reflejarse y complementarse en las posturas, gestos y contacto visual.

Se puede crear sintonía con las personas mediante la depuración consciente de las habilidades naturales que se emplean cada día. Igualando el lenguaje corporal de forma sensible y respetuosa, así como el tono de voz es como se puede ganar muy rápidamente sintonía con casi cualquiera (O'Connor y Seymour, 2001).

Anclas.

Una de las técnicas básicas de la PNL es el anclaje. En la PNL es importante a veces poder activar de forma rápida determinados estados emotivos y complejos (Schwarz y Schweppe, 2001).

Anclaje es un proceso mediante el cual, un estímulo externo, sensorial, se asocia con una conducta que se desea adquirir. Las anclas pueden ser colocadas deliberadamente o producirse de manera espontánea, originando nuevos estados mentales que disparan automáticamente procesos cerebrales. Un ancla puede ser una palabra, un gesto, un olor, un color, un gusto que nos lleva a un estado mental

determinado por que se estableció así alguna vez en el pasado, al ejercitarlo en forma consciente se convierte en un gran recurso potenciador de estados mentales y de éxito (Sambrano, 2000).

Posiciones Preceptúales.

Esta técnica consiste en ver nuestras experiencias desde puntos de vista diferentes asumiendo el lugar de otro e incluso variar nuestra perspectiva tanto en distancia como en orientación y en ubicación. En si se definen como las tres posiciones básicas en las que uno puede colocarse y observar una experiencia en particular:

Primera posición: uno mira el mundo desde su propio punto de vista, su propia realidad en su interior, de forma asociada y sin tener en cuenta el punto de vista de nadie.

Segunda posición: implica en considerar como sería esta situación desde el punto de vista de otra persona. Ya que la misma situación o conducta puede significar cosas diferentes para otras personas.

Tercera posición: consiste en tener la experiencia de ver el mundo desde un punto de vista externo, como si se tratase de un observador. Esta posición proporciona un punto de vista objetivo, además le permitirá hacer una evaluación y generar algunas opciones útiles en cualquier situación difícil.

Reencuadre

Consiste en modificar el marco de referencia en el cual una persona percibe los hechos para cambiar su significado. Cuando el significado varia, también cambia el estado emocional, las respuestas y las conductas de las personas (Sambrano, 2000).

Cambio de creencias.

En esta técnica se trata de identificar la creencia limitadora, con el propósito de pasar de su estado actual a su estado deseado. El primer paso, y el más importante, consiste en identificar su estado deseado, además de una representación clara del objetivo. Posteriormente se compara y constata el estado presente con el estado deseado, para determinar qué capacidades y recursos se necesitan para alcanzar el objetivo.

Submodalidades.

Esta técnica se basa en cambiar o crear a voluntad mediante la imaginación y la fantasía las distinciones o matices que ofrece cada sistema representativo para modificar experiencias pasadas que nos pueden estar perturbando.

Conocer las submodalidades es importante ya que nos permite modificar el estado anímico y la emotividad de los sujetos.

Las siguientes son algunas de las submodalidades de los sistemas representativos que pueden estar presentes en las personas de acuerdo a su SR preferido:

<p style="text-align: center;">Submodalidades Visuales.</p> <p style="text-align: center;">Color, distancia, profundidad, claridad, contraste, duración de la imagen, movimiento, alcance, velocidad, tonalidades, proporciones, luminosidad, figura, fondo, transparencias, orientación.</p>
<p style="text-align: center;">Submodalidades Auditivas.</p> <p style="text-align: center;">Volumen, tono, tiempo, ritmo, velocidad del sonido emitido, timbre, inflexiones, matices, pausas, localización del sonido.</p>
<p style="text-align: center;">Submodalidades Kinestésicas.</p> <p style="text-align: center;">Temperatura, vibración, textura, presión, movimiento, intensidad, sensibilidad, peso, tamaño, forma, contextura, constitución, fortaleza, energía, ubicación, duración.</p>

4.4 Áreas de incidencia.

Según Forner (2002), el campo de la aplicación de la programación neurolingüística se divide en dos grandes áreas:

- Personal y Salud.
- Negocios o área profesional.

La Programación Neuro-Lingüística puede ir dirigida a cualquier persona que necesite una comunicación efectiva y desee aprender a usar las técnicas de la PNL en sí misma y en los demás, para lograr cambios deseados tanto en su vida personal como profesional.

Ámbitos de aplicación más usuales:

- **Salud:** en patologías relacionadas con el estrés, en las somatizaciones, alergías, como coadyuvante de terapia tradicional, disfunciones en las que se requiere de un especial autocontrol.
- **Psicoterapia:** se utilizan sus técnicas para la cura de fobias, estrés postraumático, conflictos internos, desórdenes de personalidad, esquizofrenia, depresión, compulsiones, control emocional, desórdenes sexuales y de alimentación, y manejo de adicciones a sustancias.
- **Deportes:** permite al deportista mejorar el rendimiento deportivo espectacularmente. También en escuela deportiva para el aprendizaje de diversos deportes como tenis, golf, tiro, ciclismo, atletismo, etc.
- **Empresas:** uno de los más recientes y llamativos ámbitos de aplicación. Tiene grandes aportaciones en el trabajo en equipo, solución de conflictos, administración de personal, liderazgo, motivación, comunicación, creatividad, planificación estratégica, toma de decisiones, adaptación al cambio, selección de personal, evaluación de desempeño y ventas. etc.
- **Desarrollo y mejora personal:** se puede utilizar en los ámbitos específicos como autoestima, asertividad, relaciones de pareja, relaciones interpersonales, conflictos, manejo de crisis personales y orientación hacia el éxito.
- **Educación:** se aplica en varias áreas de la educación: en la relación enseñanza-aprendizaje en el contexto práctico y dirigido a resultados y a solucionar problemas de aprendizaje, aumento de la creatividad, aprendizaje de las matemáticas, aprendizaje de la física y la química, etc. También se aplica en la mejora de las relaciones en el aula: solución de conflictos en el aula y mejora de la eficacia docente; entre otros.

Existen otros campos que se han beneficiado de las aplicaciones de estas técnicas como la política, las relaciones públicas, las ventas, etc.

Como podemos ver, la PNL con sus modelos y técnicas son una herramienta fácil de usar para la persona que se interese en un cambio a nivel

personal o profesional, la clave está en que se encuentre decidido y motivado para vivir diferente y sólo si la persona quiere ser feliz.

Estas herramientas que proporciona la PNL no sólo se caracterizan por ser eficaces sino también que los resultados se encuentran de una forma rápida y esto permite que las personas que la utilizan no claudiquen en el camino hacia el cambio.

PROPUESTA DE TALLER PARA LA PREVENCIÓN DE LA ANOREXIA NERVIOSA Y LA BULIMIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES

En el trabajo para la prevención de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa en las adolescentes es necesario considerar el desarrollo y la modificación de la autoestima, ya que la aceptación del propio cuerpo en las adolescentes implica tener una autoestima alta.

Según Branden, la autoestima es la predisposición a experimentarse como competentes para enfrentarse a los desafíos de la vida y como merecedor de la felicidad. Sin embargo, en la actualidad muchas adolescentes están lejos de tener este sentimiento hacia ellas mismas, ya sea por influencia del círculo social, familiar y sobre todo por el bombardeo publicitario en donde se asocia el éxito y la felicidad con un cuerpo estético y bonito. Todo esto ha ido contribuyendo a que las adolescentes experimenten rechazo hacia su aspecto al mismo tiempo que luchan por conseguir una apariencia delgada atentando en contra de su propio bienestar, psicológico y biológico.

Como se mencionó en el capítulo anterior, la PNL, siendo un conjunto de modelos, técnicas y habilidades para actuar y pensar de forma efectiva en el mundo, ha hecho grandes contribuciones en distintos ámbitos, como en el Desarrollo Personal (autoestima) y Salud, por esto se considera a la PNL una herramienta para incrementar las opciones y alternativas de una persona y mejorar su calidad de vida. Algunas de las técnicas de la PNL serán nuestra base de trabajo en la prevención de la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.

Taller de Prevención de Anorexia y Bulimia Nerviosa para Adolescentes.

Metodología:

Población:

Se sugiere un grupo conformado por 18 participantes para una óptima participación y aprendizaje, compuesto por mujeres adolescentes con edades promedio de 12 a 18 años, a las cuales se les invitará e informará acerca del taller

destacando la importancia del tema, para que asistan con interés y gusto a las reuniones. Así mismo, se recomienda ser aplicado en instituciones de Educación Básica Superior considerando que el ámbito social es uno de los factores predisponentes más frecuente.

Escenario

Podrá ser aplicado en un salón de clases, el cuál deberá contar con luz artificial, ventilación adecuada, con sillas distribuidas en todo el salón.

Programa:

El taller consta de 10 sesiones diseñadas con una duración de 2 horas cada una.

El trabajo de los facilitadores en este taller, además de guiar al grupo debe proporcionarles confianza para ayudarles a reflexionar acerca de los temas con orden y provecho.

Los facilitadores (as) que coordinarán el grupo procuraran:

- Exponer cada uno de los temas de una forma clara.
- Que todos lo integrantes participen.
- Mantener a los integrantes interesados en las actividades y cumplir con el objetivo en cada sesión.
- Que todos traten de entender y apreciar lo que sus compañeros opinen.
- Se mostrará sensible a las necesidades y sentimientos de las adolescentes.

Objetivo General

Al finalizar el taller, las adolescentes valorarán y resignificarán la importancia de la aceptación de su propio cuerpo, así como de llevar una adecuada alimentación para un óptimo desarrollo físico y psicológico.

El programa diseñado se detalla en las siguientes cartas descriptivas:

SESIÓN 1. Bienvenida.

Objetivo: Crear en las participantes un ambiente de interacción grupal y confianza, para romper el hielo; además de integrar a las participantes a las actividades de trabajo.

Actividad 1. Bienvenida y presentación del taller.

Duración: 15 min.

Desarrollo: Se colocará un letrero de bienvenida. Los facilitadores (as) se presentarán ante las asistentes, compartiendo el propósito del taller y agradeciendo su asistencia. se les invitará a comentar a cerca del tema de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa.

Material:

- Letrero
- Tarjetas blancas o de colores
- Seguros
- Marcadores

Actividad 2. Canasta Revuelta.

Duración: 20 min.

Desarrollo: todos los participantes colocarán su silla en forma de círculo, la coordinadora quedará en el centro de pie.

En el momento en que la coordinadora señale a cualquiera de los integrantes diciendo la palabra “piña” este deberá responder el nombre de la compañera que este de lado derecho y si la coordinadora dice la palabra “naranja” deberá responder el nombre de la compañera del lado izquierdo.

Si alguien se equivoca o tarda más de 3 segundos en responder, pasará al frente y la coordinadora ocupará su lugar.

Y cada vez que se diga “canasta revuelta”, todos deberán pararse de su lugar y cambiar de silla. La dinámica se repetirá diciendo varias veces la palabra “piña o naranja”, hasta que la mayoría haya aprendido el nombre de sus compañeras.

También la coordinadora puede ir quitando una silla cuando se diga “canasta revuelta” y quedan al final dos ganadores.

Material:

- Sillas

Actividad 3. “Mar adentro/Mar afuera”.

Duración: 20 min.

Desarrollo: todos los participantes se ponen de pie formando un círculo o una fila según el espacio que se tenga y el número de participantes.

Se marcará con una línea en el piso que representará la orilla del mar, los participantes se pondrán detrás de la línea. Cuando la coordinadora de la voz de “Mar adentro”, todos deberán dar un salto hacia atrás de la línea. Esto deberá hacerse en forma rápida y los que vayan equivocándose deberán ir saliéndose del juego.

Material:

- Gis o cinta masquitape

Actividad 4. Verse de frente.

Duración: 30 min.

Desarrollo: Se pedirá a las adolescentes que formen parejas. Una vez formadas las parejas se sentarán para que ambas platicuen de cuál es su nombre completo, de lo que les gusta o disgusta, cuántos integrantes hay en su familia y que lugar ocupa dentro de ella.

Se les pedirá que en su pareja observen a su compañera y que se imaginen como es su personalidad.

Se proseguirá a la presentación, cada pareja deberá presentar a su compañera. Cada que se vaya hablar de alguien deberá pararse de su lugar, al terminar cada presentación la coordinadora dará las gracias pidiendo que se siente.

Finalmente se harán los comentarios sobre la técnica.

Material:

- Sillas.

Actividad 5. Relajación.

Duración: 15 min.

Desarrollo: se les pedirá a las participantes que se sienten de una forma cómoda para que posteriormente escuchen una grabación la cuál les ayudará a liberarse de alguna tensión. Ver anexo 1.

Material:

Grabadora

Grabación

Actividad 6. Cierre de la sesión.

Duración: 20 min.

Desarrollo: se invitará a los integrantes a opinar acerca de su desempeño en las actividades. Al término contestarán un breve cuestionario, Anexo 2.

Material:

Cuestionario

Lápices

SESIÓN 2. Autoestima.

Objetivo: Las integrantes conocerán el concepto de autoestima, sus componentes y su importancia en la adolescencia.

Actividad 1. Lluvia de ideas.

Duración: 15 min.

Desarrollo: las participantes hablarán acerca del tema dando a conocer lo que entienden o han escuchado acerca de la autoestima.

Material: No necesario.

Actividad 2. Exposición del tema autoestima en la adolescencia.

Duración: 20 min.

Desarrollo: la coordinadora explicará brevemente qué es la autoestima, cuáles son sus componentes principales.

Material:

Diapositivas

Actividad 3. Cambios característicos en la pubertad.

Duración: 30 min.

Desarrollo: se les entregará a las adolescentes una hoja para completar ideas acerca de los cambios que han presentado a partir de los 11 años (Anexo 3).

Al terminar el cuestionario se comentará acerca de los cambios, tanto físicos como emocionales, que han percibido en su paso por la pubertad.

Material:

Cuestionario

Lápices

Actividad 4. Exposición. “Desarrollo biológico, psicológico y social de las adolescentes”.

Duración: 30 minutos.

Desarrollo: la coordinadora explicará cómo es el desarrollo biológico, psicológico y social de las adolescentes, detallando los cambios más significativos, a través de diapositivas. Al término de la exposición se aclararán dudas.

Material:

Diapositivas del cuerpo humano.

Proyector,

Actividad 5. Visualizando mi cuerpo.

Duración: 25 min.

Desarrollo: las participantes observarán su cuerpo a través de un espejo, para aprender a conocerse.

Examinaremos nuestra cara: ojos, pestañas, cejas, nariz, boca, alguna marca que nos diferencie de las demás, lunares, orejas, etc.

Examinaremos el resto del cuerpo: desde el cuello hasta la planta de los pies y todo lo que podamos de la parte posterior haciéndolo con detenimiento y minuciosidad.

Cuando nos hayamos aprendido de memoria cómo somos, podemos empezar a relajarnos, en un lugar cómodo y tranquilo.

Imaginaremos que nos levantamos por las mañanas ¿el suelo está frío?, ¿qué sensación experimenta nuestro cuerpo?, ¿qué día es?, ¿nos cambiamos de ropa?, ¿nos bañamos?, ¿nos lavamos los dientes?, ¿qué sabor tiene la pasta de dientes?, etc.

Debemos sentir cada cosa que hacemos tratando de visualizar en cámara lenta aquello que realizamos todas las mañanas, de manera que volvamos a experimentar las mismas sensaciones que tenemos cuando nos levantamos.

Con este ejercicio concluimos la sesión.

Material:

Espejo

Grabadora con CD de música suave

SESIÓN 3. Autoconocimiento

Objetivo: que las adolescentes analicen y discutan acerca de la importancia de cuidar nuestro cuerpo, así como identificar sus emociones, sentimientos y pensamientos para poder desarrollar actitudes positivas.

Actividad 1. Plática. Importancia de mi cuerpo.

Duración: 25 minutos.

Desarrollo: en la plática se preguntará a través de una lluvia de ideas, porqué es importante cuidar nuestro cuerpo. Las participantes deberán anotar en una tarjeta, cuáles son los cuidados que debemos darle a nuestro cuerpo. Al terminar cada una leerá lo que escribió. En la plática se mencionará la importancia de la higiene personal, una buena alimentación y el ejercicio.

Material:

Tarjetas bibliográficas

Lápices

Actividad 2. “Si no tuviera...”

Duración: 25 min.

Desarrollo: Se disponen las sillas en círculo y se pide a cada participante que se coloque una venda en alguna parte de su cuerpo (boca, ojos, manos o pies), como si no las pudiera utilizar. Se les pide que realicen una actividad (escribir, recitar una frase, tomar un objeto, caminar, o brincar, etc.) esto lo realizarán durante 10 minutos aproximadamente, luego se les invitará a compartir cómo se sintieron sin poder usar alguna parte de su cuerpo, se concluirá con la reflexión de los valioso de cuidar su cuerpo.

Material:

Vendas

Actividad 3. Conociéndome.

Duración: 25 min.

Desarrollo: con la finalidad de identificar cualidades y defectos de sí mismas, se introduce el tema de la dinámica comentando que cada persona tiene tanto cualidades como defectos, que es importante conocerlos, para poder manejarlos y así sentirse satisfecho consigo mismas y con los demás.

Se continua con la siguiente dinámica para identificar cualidades y defectos como parte de la autoestima. Las participantes dibujarán en una hoja su mano su mano derecha, en donde escribirán sus cualidades en cada dedo y su mano izquierda para sus defectos. Al terminar, se trabajará en mesa redonda para comentar estas cualidades y defectos.

Retroalimentación: en plenaria comentarán como se sintieron, que costo más trabajo o menos trabajo identificar, en que pensaron inmediatamente, que tan importante es identificar las cualidades y defectos de una misma y como influye en nuestra autoestima.

Material:

Hojas

Lápices

Actividad 4. “Quiero tus cualidades”.

Duración: 25 minutos.

Desarrollo: se inflan globos para el doble de los miembros del grupo y se reparten dos globos a cada participante y se les dice que escriban en ellos dos cosas que para ellas son valiosas (en cualquier aspecto, una cualidad, una pertenencia, etc.). todas colocarán sus globos de tal manera que lo que escribieron pueda ser visto por todo el grupo. Explicar que cada participante podrá elegir y quitar dos globos que tengan escrito algo que a ellas les gustaría tener.

Cuando a alguien le quiten uno o dos de sus globos, no puede recuperarlos. Un globo sólo puede ser quitado una vez.

Una persona puede llegar a tener hasta cuatro globos (si nadie le quita los suyos), y al final algunos pueden quedarse sin ninguno (si les quitaron los suyos y no quisieron ningún otro). Al terminar la dinámica, preguntar:

- a. ¿Cómo les hace sentir que otros anhelan algo que ustedes tienen?

- b. ¿Qué sentimientos o emociones motivan a una persona a tratar de quitarle algo a otra persona?
- c. ¿Qué acciones podría llevar a cabo alguien que experimenta estas emociones?

Material:

Globos

Marcadores

Cinta adhesiva

Papel

Actividad 5. “No te quemes”.

Duración: 20 min.

Desarrollo: se finaliza esta sesión con la dinámica “No te quemes” que tiene la finalidad de retroalimentar lo vivenciado a fin de que ayudará a acentuar las cualidades de las adolescentes. Pasando una caja de cerillos, una persona al vez, dirá tantas características de sí misma como pueda antes de que se apague el cerillo o se queme los dedos. Cada atributo vale un punto, un observador registrará llevando la cuenta. La ganadora será la que tenga más puntos.

SESIÓN 4. “Lo que siento”

Objetivo: poner a las participantes en contacto con ellas mismas para que logren identificar tanto sus debilidades como sus fortalezas para un buen desarrollo de su autoestima.

Actividad 1. Desarrollando mí autoestima.

Duración : 40 min.

Desarrollo: se les indicara a las participantes que al realizar esta actividad es importante que sean honestas, que tengan el compromiso y la voluntad para realizarlo sin olvidar que todo el esfuerzo que hagan tiene mucho valor porque es para ellas.

Durante esta actividad se les pedirá que busquen un lugar donde se sientan cómodas, que estén tranquilas, que no pienses en nada. Que inhalen y exhalen, una y otra vez hasta sentirse tranquilas y relajadas.

Posteriormente, se les solicitará que tomen un espejo, que se observen fijamente, sin dejar de mirarse, mientras tanto se harán ellas mismas las siguientes preguntas:

¿Quién soy?

¿Cómo soy?

¿Qué es lo que quiero?

¿Hacia dónde voy?

En esta actividad es importante que se participe hablando y expresando lo que piensan y sienten.

Material:

Espejo

Actividad 2. Descubriéndonos a nosotras mismas.

Duración: 40 min.

Desarrollo: En esta actividad se les pedirá que se describan a sí mismas en las distintas áreas de su vida, con la finalidad de tener una valoración lo más apegada a su realidad.

Las áreas que se tomarán en cuenta son las siguientes:

- Apariencia física.
- Cómo me ven los demás.
- Cómo me relaciono con los demás.
- Mi desempeño en las actividades que realizo.

Se les indicará que sólo utilicen 4 palabras o frases para cada una de las áreas, después que pongan un signo de (+) a aquellas áreas que representan cosas positivas para ellas, y un signo de (-) en los que consideren debilidades o lo que les gustaría cambiar. Al terminar este ejercicio se les explicará que el ejercicio sirvió para que se dieran cuenta que son capaces de reconocer sus debilidades y fortalezas.

Material:

Hojas blancas.

Lápices.

Actividad 3. Diario de la autoestima.

Duración: 40 min.

Desarrollo: Esta actividad consiste en empezar a escribir un diario de la autoestima. El propósito de elaborar un diario de la autoestima es ayudarse a planear tiempo para sí misma diariamente y aceptar el crédito por el tiempo que dedique a sí misma cada día.

Se les indicará a las participantes que en una pequeña libreta, escriba al frente de su diario que le pertenece y que desea que nadie más lo lea. Después que escriban la fecha del día siguiente en la primera pagina y anoten lo que harán por sí mismas al día siguiente. Si no se puede empezar con cosas grandes, podemos empezar con cosas pequeñas; dedicando cinco minutos de tiempo para sí mismas, cinco minutos son mejor que nada. Al día siguiente, después de dedicarse tiempo a sí mismas, felicítense en su diario de la autoestima, por lo que se hizo para sí el día anterior.

Para finalizar se hablará con las participantes de la importancia de poner atención a nuestras necesidades tanto emocionales como físicas, invitándolas a comentar que harían por ellas mismas.

Material:

Libretas pequeñas

Lápices

SESIÓN 5. Alimentación en la adolescencia.

Objetivo: las adolescentes analizarán el valor nutrimental de su dieta, revalorando algunas de sus costumbres y hacer los ajustes necesarios.

Actividad 1. Técnica de introducción: Nudos.

Duración: 10 minutos.

Desarrollo: Se les solicitará a las participantes que se pongan de pie, y den un paso al frente (sin que queden muy cerca en uno del otro para que puedan realizar cómodamente el ejercicio). Los pasos a seguir son:

1. Cruzar tus pies, en equilibrio.
2. Estira tus brazos hacia el frente, separados uno del otro.

3. Coloca las palmas de tus manos hacia fuera y los pulgares apuntando hacia abajo.
4. Entrelaza tus manos llevándolas hacia tu pecho y pon tus hombros hacia abajo.
5. Mientras mantienes esta posición apoya tu lengua en el techo del paladar, detrás de los dientes.

Material:

No necesario.

Actividad 2. “Dime lo que comes”.

Duración: 30 minutos.

Desarrollo: se describirán brevemente las características de la alimentación de las adolescentes en la actualidad. Posteriormente contestarán un cuestionario acerca de su alimentación: ¿Es adecuada tu alimentación? (Anexo 4).

Material:

Cuestionario

Lápices

Actividad 3. ¿Nutritivo o chatarra, cuál es mi favorito?

Duración: 30 minutos.

Desarrollo: se les indicará a las participantes que elijan tarjetas de dos colores diferentes, en un color escribirán los alimentos que consideren que son nutritivos y en la del otro color escriban los nombres de los alimentos chatarra. Al término se comentará en grupo que alimentos consumen con mayor frecuencia y cuáles son los beneficios de consumirlos.

Material:

Tarjetas de colores

Lápices.

Actividad 4. ¿Qué necesita mi cuerpo?

Duración: 20 minutos.

Desarrollo: después de una breve explicación de la salud y nutrición en la adolescencia se les invitará a reflexionar acerca del tipo de alimentación que llevan, a si como proponer en su diario de la autoestima, horarios y alimentos

nutritivos que necesitan consumir los cuales les aportan los nutrientes requeridos para su óptimo desarrollo.

Material: diario de la autoestima

Lápices

Actividad 5. Lluvia de ideas.

Duración 15 minutos

Desarrollo: las participantes deberán comentar acerca de los hábitos alimenticios tanto en el hogar como en la escuela y la calle: y cómo podría afectar esto a su desarrollo físico e intelectual.

Material: no necesario.

Actividad 6. Ejercicio de relajación.

Duración 15 minutos.

Desarrollo: se les pedirá a las participantes que adopten una postura cómoda en su lugar, que se relajen, que no piensen en nada, que se sientan tranquilos, y piensen como se sienten de su participación en el taller.

Después escribirán en una hoja acerca de lo que pensaron, las cuales serán leídas solo por los facilitadores

Material: hojas blancas

Lápices.

SESIÓN 6. ¿Qué es AN y BN?

Objetivo: las participantes adquirirán conocimiento acerca del tema de anorexia y la bulimia nerviosa, sus características y las consecuencias de su padecimiento.

Actividad 1. Exposición de tema anorexia nerviosa.

Duración. 40 minutos

Desarrollo: se realizará una exposición con láminas y diapositivas explicando cómo afecta el desarrollo físico y psicológico en la adolescencia la anorexia nerviosa.

Material.

Láminas

Diapositivas.

Proyector.

Actividad 2. Lluvia de ideas.

Duración: 10 minutos.

Desarrollo: se invitará a las participantes a expresar sus dudas acerca de la AN, así como comentarios propios acerca de padecer este trastorno.

Material:

No necesario.

Actividad 3. Exposición del tema Bulimia Nerviosa. Características y consecuencias.

Duración: 40 minutos.

Desarrollo: se realizará una exposición del tema de la Bulimia Nerviosa, en el cual se enfatizará en sus consecuencia sin profundizar en la forma en que las pacientes de BN, pierden peso, esto para no brindar ideas a las adolescentes.

Material.

Láminas

Diapositivas

Proyector

Actividad 4. Lluvia de ideas.

Duración: 15 minutos.

Desarrollo: se invitará a las participantes a compartir comentarios u opiniones acerca de este padecimiento Bulimia Nerviosa, y en que forma afecta la vida de las adolescentes.

Material:

No necesario.

Actividad 5. Ejercicio de relajación.

Duración: 15 minutos.

Desarrollo: se indicará a las adolescentes que adopten una posición cómoda y enseguida se darán las indicaciones para guiar al grupo para llegar al trance.

Material:

Música ambiental.

SESIÓN 7. “Cómo me siento conmigo misma”.

Objetivo: La adolescente aprenderá a explorar sus sentimientos y emociones, lo cual le permitirá conocerse y valorarse así misma.

Actividad 1. Técnica de introducción –Tarántulas.

Duración: 10 minutos.

Desarrollo: se les solicitará a las alumnas que se pongan de pie y que imaginen que tienen varias tarántulas pegadas en su cuerpo. Se les preguntará: “¿qué harías?”. ¡SACÚDETELAS!

-Utiliza tus manos para golpear ligero, pero rápidamente, todo tu cuerpo: brazos, piernas, espalda, cabeza, etc.- El ejercicio se hará a gran velocidad durante varios minutos.

Material:

No necesario.

Actividad 2. Habla las cosas contigo misma.

Duración: 20 minutos.

Desarrollo: se iniciará comentando a las adolescentes que algunas veces no podrán cambiar un sentimiento, pero si hablan de ello consigo mismas, esto siempre es mejor que hacerlo a un lado o guardarlo en tu interior.

Se sugerirá: lo puedes hablar en voz alta contigo misma, si tienes un lugar privado o donde ir. Si no lo tienes puedes escribir tus preguntas y/o respuestas. O simplemente pensar en ellas. Posteriormente se realizará el ejercicio: se les pedirá que en una hoja blanca anoten las respuestas a lo siguiente:

1. Pregúntate: “¿Cómo me siento hoy?, Nombra un sentimiento que estés experimentando y anótalo.
2. Habla de ello contigo misma, por ejemplo:

Di

“Me siento triste hoy”

“Me siento triste por que no me agrada mi aspecto físico”

Pregunta

¿Por qué me siento triste?”

¿Qué sucedió que me hizo sentir triste?

“¿Qué puedo hacer con respecto a mi sentimiento de tristeza”

“Puedo hablar con alguien (amiga, mama) respecto a mi sentimiento”.

3. “¿Hay algo que necesite en este momento?”

De ser así, intenta nombrar tu necesidad. Después habla de ella contigo misma, algunas no podrás obtener lo que necesitas.

Material:

- Hojas blancas
- Plumas.

Actividad 3. “Viéndome a mi misma con AMOR”.

Duración: 25 minutos.

Desarrollo: se le pedirá a las alumnas que se pongan de pie (atrás de su silla) viendo hacia la pared, para seguir estas indicaciones:

4. Cierra tus ojos, toma una respiración profunda y al exhalar experimenta una agradable relajación.
5. Extiende tus brazos al frente y con tus manos traza el contorno de una figura imaginaria de ti misma.
6. Crea una persona igual a ti misma y ve todos sus detalles.
7. Mantén tu atención en esos detalles... ¿Qué colores y expresiones ves?
8. Ahora muévete del lugar donde te encuentras al lugar donde está la figura imaginaria que has creado, metete en ella, obsérvate a ti misma donde te hallabas.
9. Experimentate dentro de esa figura imaginaria, como si fuera totalmente real y dirígete una mirada de AMOR...
10. Describe desde ahí todo lo positivo que ves en ti misma.
11. Regresa al lugar donde te encontrabas inicialmente, experimenta ese amor que te has brindado a ti misma y disfrútalo.
12. Proyecta a tu futuro esta experiencia de haberte visto con AMOR.

Material:

- Música ambiental.

Actividad 4. “El día de hoy”.

Duración: 15 minutos.

Desarrollo: se les indicará a las alumnas que anoten en una hoja blanca su nombre, la fecha y respondan a las siguientes preguntas;

1. ¿Qué oportunidades te brinda el día de hoy?
2. ¿Qué planes tienes para el día de hoy?
3. ¿Qué te gustaría que pasara hoy?

Material:

Hojas blancas

Plumas

Actividad 5. “El color del cristal”.

Duración: 40 minutos.

Desarrollo: el facilitador explicará que tiene unas gafas para sus ojos. Las mostrará al grupo, permitiendo que cada participante toque las gafas y se las pruebe. Entonces el facilitador les preguntará si han percibido cómo estas gafas mágicas son capaces de presentarlo todo como si se viera a través de unos ojos felices. Todo parece bonito, divertido –“el mundo es un lugar feliz”-. Se insiste durante unos minutos en esta sensación.

Cuando el facilitador estime que la clase esta preparada para ello, se produce un cambio y las gafas son del “enfado”. El mundo ahora es un lugar desagradable, todo causa desagrado.

A su debido tiempo, se pueden cambiar las gafas por: “miedo”, “curiosidad”, “sospecha”, “todo va bien”, “nadie me quiere”, “me gusta mi cuerpo”, etc. Después de practicar varias veces el facilitador hará las siguientes preguntas:

- ¿Ha habido algún día en que se hayan sentido como si tuvieran un tipo particular de gafas?.
- ¿Conocen a alguna persona que parezca llevar siempre el mismo tipo de gafas?.
- ¿Cómo te sientes cuando piensas en tu aspecto físico?
- ¿Qué es más importante, cómo te sientes o qué piensan los demás?
- Sugiere que tipo de gafas usarías para ti.

Material:

- Hojas blancas
- Plumas

Actividad 6. Reflexión.

Duración: 10 minutos.

Desarrollo: se hará un espacio breve de reflexión. Al término de la reflexión, se le agradece su participación al taller. Antes de que se retiren se les pide un aplauso para todos.

Material:

No necesario.

SESIÓN 8. Encontrándome conmigo misma.

Objetivo: Poner a las participantes en contacto con ellas mismas, identificando sus debilidades y fortalezas.

Actividad 1. Técnica de introducción.

Duración: 10 minutos.

Desarrollo: se le indicará a las participantes que se pongan de pie y se coloquen en la parte de atrás de su silla, dejando un espacio entre la silla y ellos de aproximadamente 50 centímetros. Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Que coloquen las piernas moderadamente abiertas.
2. Abre totalmente los dedos de las manos y de los pies hasta sentir un poquito de dolor.
3. Sobre la punta de los pies estira los brazos hacia arriba lo más alto que puedas.
4. Al estar muy estirado, toma aire y guárdalo durante diez segundos, estirándote más y echando tu cabeza hacia atrás.
5. A los diez segundos expulsa el aire con un pequeño grito y afloja hasta abajo tus brazos y tu cuerpo.
6. Repetir el ejercicio.

Material:

No necesario.

Actividad 2. Cambiando mis emociones.

Duración: 25 minutos.

Desarrollo: se les indicará a las participantes que se sienten en círculo, incluyendo los facilitadores, después se les dará las siguientes instrucciones:

Piensa en tu aspecto físico.

En que situaciones te has sentido incomoda respecto a tu aspecto físico

¿Qué sentimientos has experimentado?

En que situaciones te has sentido bien con tu aspecto físico.

¿Qué sentimientos percibes?

Imagínate una situación en la que te hayas sentido incomoda con tu cuerpo.

Ahora piensa en los sentimientos que experimentas cuando te sientes bien contigo misma, ¿cómo te hace sentir?.

Escríbelo en una hoja

Material:

Hojas blancas.

Plumas

Actividad 3. Mi interior.

Duración: 25 minutos.

Desarrollo: se encenderá la grabadora indicándoles que adopten una posición cómoda, y que se dispongan a disfrutar la experiencia; cierra tus ojos por un momento y ponte en contacto con tu respiración; siente el placer de estar vivo. Concéntrate en cada inhalación y cada exhalación, disfrutando y permitiendo que cada inhalación te lleve dentro de ti, hasta encontrarte en un hermoso paisaje, el que sea tu favorito. Mira todo lo que puedes ver en ese lugar que elegiste, los colores, las formas, la cantidad de luz, disfrútalo. Escucha todos los sonidos presentes en ese hermoso lugar, los que están cerca y los que están lejos, escucha su volumen y date cuenta de todo lo que te dices a ti misma cuando estás disfrutando de este paisaje.

Ahora concentra tu atención en la temperatura del lugar, qué aroma tiene, qué sabor tienes en la boca cuando estás ahí; percibe intensamente todas las sensaciones con que tu cuerpo responde cuando disfrutas de un paisaje como

éste... y mientras disfrutas del lugar; quisiera que tu mente inconsciente sintiera el latido de tu corazón, el pulso que quizá puedas descubrir hasta en las puntas de los dedos... al sentir todo esto podrías ir más y más profundamente hacia dentro de ti, disfrutando todavía más este viaje y de toda la maravilla que tú eres...

Ahora quisiera pedirle a tu mente inconsciente, mientras tu mente consciente... que traiga para ti tres de tus mejores recuerdos.. esos tres momentos que fueron tan especiales... y podrías disfrutarlos al mismo tiempo que disfrutas el paisaje que elegiste, por que tu mente es capaz de hacer esto y más por ti... Inclusive, ahora podrías darte cuenta de algunos detalles que estuvieron presentes en esos momentos que no percibiste cuando los viviste pero que tu mente inconsciente los revela ahora... como un regalo para ti...

Ahora quisiera que estés consciente del entorno en el que vives de manera cotidiana... y mientras lo observas puedes darte cuenta de todas esas cosas que son importantes para ti en tu entorno... y mientras lo haces eres consciente de que todo eso no eres tú... porque ahora mismo podrían desaparecer y tú con tu enorme potencial seguirás ahí... viva... Ahora quisiera que notes las conductas que tienes en tu entorno... de todas las cosas que hacer ahí, en tu espacio vital... y al hacerlo... podrías darte cuenta de que tú no eres tus conductas; éstas pueden variar de una circunstancia a otra... pero tú sigues estando ahí... independientemente de lo que hagas... Incluso podrías reconocer todos tus talentos, tus capacidades, las destrezas que has desarrollado a lo largo de tu vida... y la manera en que éstas han variado; sin embargo, tú continuas estando...

Ahora quisiera que pongas toda tu atención en tus creencias, en todo o en lo que crees acerca de tu vida... de los que te rodean... de ti mismo... y quizá te des cuenta de cosas en las que creías en el pasado y en las que ahora no crees... y mientras lo haces, descubres que aquello en lo que crees puede variar de un momento a otro en tu vida... que tú no eres tus creencias...

Quisiera que revises tus valores... todo eso que es importante para ti... y quizá, puesto que hayan variado también a lo largo de tu vida, las cosas que fueron importantes en un tiempo tal vez ahora no lo sean... sin embargo, estas ahí viva... evolucionando... aprendiendo de cada experiencia... ¿Quién eres?, ¿quién

eres realmente?, ¿quién eres... quién eres?... Permite que tu interior responda esta pregunta... En este momento maravilloso, de encuentro contigo misma y con tu santuario personal, ponte en contacto con el ser supremo en que crees, siente su presencia en tu vida, escucha su voz... ¿qué te dice?; mira sus ojos y permite que te envuelva en ese amor divino, incondicional, en ese amor que jamás se equivoca... Después de disfrutar esta experiencia... puedes mover tu cuerpo poco a poco, haciendo los ajustes que necesites, armoniosa, saludable y amorosamente, integrándote con facilidad y regresando a tu ritmo y a tu tiempo en perfecto estado de salud.

Material:

Grabadora.

Música suave.

Actividad 4. Identificación de recursos.

Duración: 30 minutos.

Desarrollo: se dará un breve explicación por medio de láminas acerca de los recursos internos que podemos utilizar para alcanzar nuestros objetivos.

Después, se le pedirá a las participantes que identifiquen una situación en la que se sientan inconformes con su apariencia física; enseguida se les preguntará: ¿Cuáles serían algunos de los recursos que podrían utilizar a fin de cambiar por una de comprensión y amor a sí mismas? Se les pedirá que se sitúen en sus pensamientos positivos, ahora ¿cuáles son los pensamientos que te gustaría tener?. Describe cómo sería el desenlace ideal de esta situación?, ¿cómo sería la situación ideal? ¿qué verías, que escucharías y que sentirías?.

Material:

Láminas.

Hojas blancas.

Lápices.

Actividad 5. Recrea la escena.

Duración: 30 minutos.

Desarrollo: ahora se les pedirá a las alumnas que escriban un guión distinto de la situación, utilizando los recursos que identificaron.

Para finalizar la sesión, se les pedirá a las participantes que cierren los ojos, que respiren lentamente, que imaginen esa situación experimentando confianza y tranquilidad. Una vez que hayan identificado los recursos, ahora vivadlos, siéntalos, ¿qué verías, oirías o sentirías utilizando esos recursos?. Al termino, se sugerirá un aplauso para todas.

Material:

Hojas blancas.

Lápices.

SESIÓN 9. Me quiero, porque me acepto como soy.

Objetivo: crear en las adolescentes recursos como aceptación y el respeto hacia sus cuerpos dejando de lado los estereotipos corporales que ha impuesto la sociedad.

Actividad 1. Técnica de introducción. El bostezo energético.

Duración: 10 minutos.

Desarrollo: dar la indicación de que las adolescentes se levanten y realicen los siguientes pasos:

1. Ambas manos tocan las juntas de la mandíbula.
2. Bosteza profundamente.
3. Mientras, con tus dedos masajea suavemente, hacia delante y hacia atrás, las juntas de la mandíbula.

Material:

No necesario.

Actividad 2. Reencuadre.

Duración: 20 minutos.

Desarrollo: se les proporcionará a las participantes el cuestionario de reencuadre (Anexo) para que experimenten dar un nuevo significado a una situación desagradable.

Material:

No necesario.

Actividad 3. Aceptación.

Duración: 40 minutos.

Desarrollo: se dará un breve explicación acerca de la aceptación: "No pueden cambiar su tipo de cuerpo, por que el tipo de cuerpo se hereda de nuestros antepasados y es el único que tendremos, pero pueden aprender a aceptar su realidad. Pueden establecer objetivos razonables para incrementar su fortaleza, aguante y flexibilidad, para que puedan empezar a experimentar una nueva sensación respecto a su cuerpo.

Pueden elegir como sentirse respecto al cuerpo que tienen ahora, esta a cargo de su cuidado, pueden aceptarlo y alimentarlo.

Enseguida se les pedirá a las participantes que completen cada una de las siguientes frases, para que se acepten de mejor forma:

- Si puedo aceptar que soy...
- Que siento...
- Que he hecho...
- Acepto mis defectos como...
- Acepto mis cualidades que son...

Después de haber completado las frases, se les explicará a las participantes con apoyo de láminas que la aceptación no significa resignación, significa, en el momento presente reconocer nuestras circunstancias incluyendo nuestros defectos y cualidades. Solo desde ese estado poseemos la paz y la capacidad para evaluar esas circunstancias, hacer los cambios adecuados y resolver nuestros problemas.

Al terminar la explicación se les pedirá a las participantes que todas en voz alta repitan después de la facilitadora lo siguiente:

"CUANDO PUEDO ACEPTAR TODO LO QUE SOY, ME HABRÉ PUESTO DEL LADO DE LA REALIDAD EN LUGAR DE INTENTAR LUCHAR CONTRA ELLA. Y ASI DESPEJO EL CAMINO PARA DAR LOS PRIMEROS PASOS HACIA EL FORTALECIMIENTO DE MI PERSONA. Y EN TANTO PUEDA ACEPTAR LA REALIDAD DE LO QUE SOY EN UN MOMENTO DADO DE MI EXISTENCIA, EN CUANTO PUEDA PERMITIRME

TOTALMENTE A MI MISMA ESTAR CONSCIENTE DE MIS ELECCIONES Y ACCIONES, PODRE ADMITIR LA VERDAD DENTRO DE MI CONCIENCIA, PODRE CAMBIAR”.

Material:

Hojas de colores.

Lápices.

Láminas.

Actividad 4. Cómo evitar los malos pensamientos y sentimientos.

Duración: 40 minutos.

Desarrollo: se les proporcionará a las adolescentes las siguientes indicaciones:

1. Anota en una hoja los pensamientos y sentimientos feos que más te han preocupado en estos días. Escribe sobre la ira, la tristeza, la confusión, el temor, la ansiedad, la impotencia y la depresión que te causan. Desecha de tu mente estos pensamientos y sentimientos molestos y no te preocupes por la ortografía.
2. Cuando termines de escribir, no leas lo escrito, pues sólo te infectaras de nuevo.
3. Rompe lo que escribiste.
4. Durante el resto del día, si regresan los malos pensamientos y sentimientos, di: “No tengo tiempo para pensar en esto ahora”.
5. Puedes repetir el ejercicio, fijándote un día a la semana y una hora específica.

Material:

Hojas blancas.

Lápices.

Actividad 5. Reflexión.

Duración: 10 minutos.

Desarrollo: para evaluar el aprendizaje de la sesión se hará un espacio breve de reflexión. Al termino de está se les agradecerá su participación. Antes de que se retiren se les pide un aplauso para todas.

Material:

No necesario.

SESIÓN 10. Clausura del taller.

Objetivo: las participantes adquirirán una nueva percepción de sí mismas a partir de nuevas creencias y hablarán de sus sentimientos desde su experiencia en el taller.

Actividad 1. Técnica de introducción. Relájate.

Duración: 10 minutos.

Desarrollo: se les dará las siguientes indicaciones:

1. Ponte de pie, con los brazos sobre la cabeza, levántalos lo más alto posible. Luego inclínate y deja caer el torso libremente.
2. Inclina la cabeza hasta tocarte el pecho con la barbilla, haz rotar la cabeza lentamente, dos veces a la derecha y dos veces a la izquierda.
3. Coloca los dedos en la base del cráneo, en la parte de atrás del cuello. Oprime suavemente y luego suelta lentamente, vuelve a hacerlo hacia abajo. O a lo largo de la columna vertebral.
4. Mueve los hombros en círculos, cinco veces adelante y cinco hacia atrás.

Material:

No necesario.

Actividad 2. Cambio de creencias.

Duración: 50 minutos.

Desarrollo: se les dará a las participantes una breve explicación de: "qué son las creencias, cómo a partir de éstas creamos nuestra realidad, sus variantes (limitantes y potencializadoras) y cómo pueden posibilitar nuestro desarrollo personal o bloquearlo.

Después de les indicará que sigan los siguientes pasos para cambiar creencias:

1. Se les pedirá que identifiquen una creencia respecto a su aspecto físico.
2. Se les ayudará a analizar la estructura de la creencia (componentes visuales, auditivos, kinéstesicos, etc).
3. Deberán cuestionar la creencia (identificar las consecuencias en mi vida, identificar si es potencializadora o limitante).
4. A partir de esto, formula una nueva creencia potencializadora y repítela todo el tiempo.

Material:

Hojas blancas.

Lápices.

Actividad 3. Carta de Amor.

Duración: 40 minutos.

Desarrollo: se les pedirá a las participantes que redacten una carta par sí mismas, en la que expresen su amor y su aprecio hacia sus cuerpos, y sus sentimientos. Posteriormente, se les invitará a compartirla leyéndola al grupo y a conservarla para que recuerden cuanto se quieren.

Material:

Hojas de colores.

Plumas.

Actividad 4. Cierre del taller.

Duración: 15 minutos.

Desarrollo: las facilitadoras expresarán su agradecimiento a las asistentes del taller y comentarán acerca de su experiencia y que les dejó su participación. Al final se pedirá un aplauso para todas y un abrazo grupal.

Material:

No necesario.

CONCLUSIONES

Hoy en día las jóvenes adolescentes viven bajo una fuerte presión respecto a su aspecto físico, esto las ha llevado a considerar su apariencia física como una pieza fundamental para ser aceptadas en un círculo social, incluyendo en algunos casos la propia familia. Esta presión ejercida hacia los adolescentes, en mayor porcentaje hacia las mujeres, las ha conducido a recurrir a métodos inadecuados para conseguir un cuerpo delgado y estético, el cual los medios de comunicación se han encargado de promover sugiriendo que esté les ayudará a conseguir el éxito y la felicidad.

El bombardeo constante de mensajes publicitarios por televisión, revistas y más, en donde las adolescentes son las principales espectadoras, ha provocado que muchas adolescentes desarrollen trastornos alimenticios; esto aunado a la etapa complicada por la que atraviesan, en donde se presentan experiencias de rechazo social o de fracaso que se atribuye al peso, los consejos de las amigas, problemas de baja autoestima, insatisfacción con la apariencia del cuerpo, cambios de la pubertad y en ocasiones miedo a crecer.

Otro de los factores sociales por lo que la alimentación de las adolescentes se ha visto modificada es la incorporación de la mujer al mundo laboral; la ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de la comida (un papel atribuido a la madre) ha facilitado que muchas adolescentes que empezaran con una dieta escaparan del control familiar y acabaran transformando una alimentación irregular en una enfermedad grave; ya que las tradiciones como sentarse en la mesa para comer o cenar en familia están desapareciendo en las casas. Otra de las conductas rotas en los hábitos alimenticios es que ahora los integrantes de la familia compran en la tiendita o toman de su alacena lo que se les antoja para "alimentarse"; es por esto que las niñas aprenden a comer mal adquiriendo costumbres dietéticas equivocadas.

Como podemos ver, son variados los factores en nuestro medio social que conducen a las adolescentes a desarrollar trastornos alimenticios como son la

Anorexia y la Bulimia Nerviosa, enfermedades devastadoras que se presentan en todas las clases sociales y que afectan con mayor fuerza a las mujeres.

Estos trastornos alimenticios que desarrollan las adolescentes poseen diferentes características. La anorexia nerviosa es un desorden alimenticio y psicológico a la vez. Esta condición va más allá del control del peso: la enferma inicia un régimen alimentario para perder peso hasta que esto se convierte en un símbolo de poder y control. De esta manera, la adolescente llega al borde de la inanición con el propósito de sentir dominio sobre su propio cuerpo. Las características esenciales de este trastorno son la distorsión de la imagen corporal, sin reconocer el progreso de la delgadez y el sentimiento general de ineficacia personal.

Otro de los trastornos es la bulimia nerviosa, el cual se caracteriza por episodios secretos de excesiva ingestión de alimentos, seguidos por métodos inapropiados para controlar el peso como el vómito autoinducido, el abuso de laxantes o diuréticos y la realización de ejercicios demasiado exigentes para el cuerpo. El acceso de bulimia o atracón se inicia con una sensación de hambre voraz e incontenible con preferencia por lo dulces y otros alimentos de alto valor calórico.

Esto nos lleva a pensar, en la necesidad de encontrar una manera de frenar el desarrollo de estos trastornos alimenticios en las adolescentes, ya que estos pueden conducirlos a la muerte, ya sea como resultado de la desnutrición o al suicidio por la depresión ocasionada al sentir que pierden el control sobre sus conductas alimentarias y por su baja autoestima.

Dichos trastornos alimenticios se han divulgado de una manera errónea en todo nuestro medio social, la información que manejan las adolescentes respecto al tema no ayuda a prevenirlo sino por el contrario se les ha transmitido conocimiento acerca de cómo logran perder peso las personas que padecen anorexia y bulimia nerviosa; esta información la emplean en ellas mismas o la transmiten a sus amistades.

Es por esto, que considero que debemos informar a las adolescentes acerca de estos trastornos de una manera preventiva haciéndolas conscientes de

las repercusiones biológicas y psicológicas que acarrearán estos padecimientos; así mismo ayudarles en esta etapa de crisis por la que atraviesan a aceptar sus características físicas, su herencia genética, además de enseñarles a llevar una adecuada alimentación y a quererse a sí mismas.

Es en estos momentos, en donde la sociedad le da demasiada importancia a la apariencia física estética y esbelta, cuando tenemos que trabajar con la autoestima de las adolescentes y cambiar las actitudes negativas que tienen hacia ellas mismas y a su aspecto físico. Ya que la autoestima es un aspecto en el que la anorexia y la bulimia afecta de manera directa, así mismo una baja autoestima contribuye al mantenimiento de estos trastornos.

Una chica puede sentirse insegura acerca de sus posibilidades con los parámetros estéticos establecidos por la sociedad, y por lo mismo, de ser exitosa en sus relaciones que concentra en el peso el área de triunfo y aceptación; esta sensación de baja autoestima que surge de juzgarse a sí misma desde la apariencia, desde lo que otros consideran valioso, hará que el peso y la figura cobren notable importancia como forma de lograr elevarla.

En la actualidad, la autoestima de las adolescentes está más conectada con factores como la imagen externa o apariencia, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás.

La percepción de las adolescentes respecto a la apariencia física se ha ido modificando, debido a las creencias equivocadas que se les ha transmitido, estas creencias están favoreciendo al desarrollo de trastornos alimenticios desde edades más tempranas.

Así mismo, estas creencias afectan de manera directa la autoestima de las adolescentes, ya que sobrevaloran su aspecto físico más que a su persona, por consiguiente las adolescentes constantemente sufren de baja-autoestima, lo cual contribuye al desarrollo y mantenimiento de trastornos alimenticios como la Anorexia y la Bulimia Nerviosa, por esto es importante brindar a las adolescentes las herramientas necesarias para enfrentarse a las exigencias socioculturales de la actualidad, ayudarles a adquirir una nueva actitud que permita mayor autoaceptación cambiando las creencias que tienen respecto a su cuerpo y

mejorar su autoestima, para que se reconozcan como seres humanos únicos y valiosos.

La Programación Neurolingüística es una disciplina que proporciona un conjunto de modelos y técnicas que al emplearlas ofrecen posibilidades de cambio en nuestra conducta para alcanzar el éxito personal y social.

Las técnicas de la PNL pueden ser utilizadas por cualquier persona que desee un cambio, si se quiere nos puede ayudar a reconstruir la autoestima poco a poco, cambiando nuestra forma de pensar y actuar.

Considero la Programación Neurolingüística una herramienta adecuada porque además de que puede proporcionar a las adolescentes formas prácticas para mejorar el rendimiento y permitir un cambio, tiene como propósito incrementar las opciones y alternativas para mejorar su calidad de vida; obteniendo resultados de forma práctica y concreta siguiendo pasos sencillos.

De esta manera, el taller propuesto en el presente trabajo está diseñado para ayudar a cambiar las creencias de las adolescentes transmitidas por la sociedad, con apoyo de las técnicas de la PNL, así como mejorar su autoestima, resignificando el valor equivocado hacia aspecto físico.

El cambio de creencias esta dirigido a modificar las opiniones de las adolescentes que tienen respecto al peso y al valor equivocado que se ha impuesto a la delgadez extrema, así como cambiar las ideas negativas que tienen de sí mismas y de su aspecto físico. Esto nos permitirá mejorar su autoestima, es importante enseñarles a aceptarse como son, a amarse y a respetar su cuerpo; recordándoles también llevar una alimentación adecuada para su óptimo desarrollo. Consecuentemente, esto propiciará que las adolescentes resignifiquen su actitud hacia el peso.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham y Lewellyn-Jones (1994). ***Anorexia y bulimia, desórdenes alimentarios***. Madrid. Alianza.
- Ballabriga A. Y Carrascosa A. (1998). ***Nutrición en la infancia y la adolescencia***. Madrid. Ergon.
- Berger k. S. (2004). ***Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia***. Buenos Aires. Medica Panamericana.
- Bandler R. (2001). ***Use su cabeza para variar. Submodalidades en Programación Neuro-Lingüística***. México. Cosmovisión.
- Branden N. (2003). ***El poder de la autoestima. Como potenciar este importante recurso psicológico***. México. Paidós.
- Cabrera J. (2001). ***Calidad de vida en mujeres obesas y anorexicas***. Tesis. FES. Iztacala.
- Castaño M. (2001). ***Una terapia holística como estrategia en el tratamiento a mujeres adictas a la comida***. Tesina. FES. Iztacala.
- Castillo S. S. (2005). ***Propuesta de un taller de autoestima para mujeres adolescentes a partir de los conceptos de la PNL***. FES. Tesis Teórica.
- Chinchilla M. A. (2003). ***Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones***. Barcelona. Masson.
- Crispo R., Figueroa E. y Guelar D. (1996). ***Anorexia y bulimia. Lo que hay que saber***. España. Gedisa.

- Crispo R. Y Guelar D. (2002). ***La adolescencia: manual de supervivencia. Guía para padres e hijos.*** Barcelona. Gedisa.
- Dillon S. y Benson C. (2004). ***La guía de autoestima total para la mujer. Los ocho secretos que necesita conocer.*** México. Panorama.
- Dilts R., Hallbom T y Smith S. (1996). ***Identificación y cambio de creencias.*** México. Ed. Urano.
- Duker M. y Slade R. (1995). ***Anorexia nerviosa y bulimia. Un tratamiento integrado.*** México. Limusa.
- Fernández A. F. y Turón G. V. (2004). ***Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia.*** Barcelona. Masson.
- Forner R. (2002). ***PNL para todos.*** México. Lecturum.
- Garia-Camba de la Muela E. (2002). ***Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad.*** Barcelona. Masson.
- Goldman B. R. (2000). ***Anorexia y bulimia: Un Nuevo padecer. Estudio psicoanalítico.*** Buenos aires.
- Gómez A. A. (1999). ***Una propuesta de intervención para mejorar las relaciones de noviazgo en parejas adolescentes.*** Tesis. FES. Iztacala.
- Guelar D., Crispo R. Y cols. (2000). ***Adolescencia y trastornos del comer. Guía para un tiempo de cambio.*** España. Gedisa.

- Guevara C. E. (2001). **Taller para adolescentes: Una propuesta teórica metodológica para trabajo con padres y adolescentes.** Reporte de trabajo profesional. FES. Iztacala.
- Harris C. (1999). **Los elementos de PNL. ¿Qué es y cómo utilizar la Programación Neurolingüística.** México. Adaf y Morales.
- Herscovici C. y Bay L. (1997). **Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía.** México. Paídos.
- Joseph T. (2001). **Psicosomática, bulimia, obesidad y otros trastornos de la conducta en la infancia y la adolescencia.** Laertes.
- Krusche, H. (2000). **La rana sobre la mantequilla. PNL. Fundamentos de la Programación Neuro-Lingüística.** Málaga. Sirio.
- O'Connor J. y Seymour (2001). **Introducción a la Programación Neuro-Lingüística.** México. Ed. Urano.
- Perinat, M. A. (2002). **Psicología del desarrollo. Del nacimiento al final de la adolescencia.** Barcelona. VOC.
- Rendón L. M. (2005). **El trabajo con la autoestima de adolescentes desde la Programación Neurolingüística.** Tesis Teórica. FES. Iztacala
- Sambrano J. (2000). **PNL para todos. El modelo de la excelencia.** México. Alfa omega.
- Santrock J. W. (2004). **Psicología del desarrollo en la adolescencia.** Madrid. Mc. Graw Hill.

Schwarz A. A. y Shewppe R. P. (2001). Guía fácil de PNL. Barcelona. Robinbook.

Senillosa M. G. (2003). ***PNL. Para pocos... Programación Neuro-Lingüística. Curso Practitioner, y algo más...***México. Panorama Editorial

Tinahones F. (2003). ***Anorexia y Bulimia. Una experiencia clínica.*** Madrid. Díaz de Santos.

Toro T. J. (2001). ***Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario.*** Barcelona. Ars Medica.

Vazquez B. Z., Praxedis M. N., Silva S., Praga y L. M. (1997). ***Libro para el maestro. Orientación Educativa. Educación Secundaria.*** México. SEP.

Weerth R. (1992). ***La PNL y la imaginación.*** Málaga. Sirios.

ANEXOS

Anexo 1. Ejercicio de relajación consciente.

Toma conciencia de la respiración... no la modifiques...
simplemente siéntete vivo porque estás respirando...
Cada vez se hace más suave, más lenta, más profunda...
siente tu cuerpo... la cabeza... el tronco... los brazos...
las manos... las piernas... los pies
Escucha tu corazón...

Toma conciencia de la corriente de tus pensamientos...
percibe como si estuvieras viendo una película, déjalos
ir como quieran...

Tu mente fluye rauda y pareja como un hermoso
Manantial...
Dibuja mentalmente tus rasgos
Visualiza tus rasgos... ¿De qué color son tus ojos?...
La boca; ¿Es grande, mediana o pequeña?
Las mejillas, la barbilla, el cuello, las orejas...
Forma una imagen nítida de lo que piensas de ti misma.
Ama a tu imagen, descubre si hay tensión en alguna parte
de la cara y del cuello, aflójala, relájala...
siente la tranquilidad sencilla de estar relajada y
contenta
con la imagen que tienes de ti misma
deja que se disipen las tensiones que provienen de la
cara y del cuello, dirige la atención hacia los hombros,
brazos, manos y dedos.
Fíjate como cada parte se suelta paulatinamente con
sólo una orden mental que emana de ti misma.
¿Y cómo es tu voz? ¿Qué sonidos estás escuchando en
este momento?

Escucha de nuevo a tu corazón latir al ritmo palpitante de la vida...
siente plenitud en todo el cuerpo,
percibe como una suave brisa acaricia tu rostro...
siente la relajación profunda y percibe la verdadera
esencia de la relajación: estar consciente aquí y ahora.

Anexo 2. Cuestionario

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____

1.- ¿Qué has escuchado acerca de la anorexia?

2.- ¿Qué opinas acerca de la anorexia?

3.- ¿Qué diferencia tiene la anorexia con la bulimia?

4.- ¿Qué piensas acerca de la bulimia?

5.- Si tuvieras una amiga que padeciera anorexia o bulimia ¿Qué le aconsejarías?

Anexo 3. Cambios en la adolescencia.

Completa las siguientes ideas.

1.- Cuando tenía 11 años mi cuerpo era

2.- Mi cuerpo ha cambiado por que

3.- Cuando tuve mi primer período menstrual pense que

4.- Cundo crecí de tamaño me sentía

5.- Pienso que mi aspecto físico es agradable porque

6.- Lo que no me gusta de mi apariencia física es

7.- Cuando estoy con mis amigas siento

Anexo 4. ¿Es adecuada tu alimentación?

Contesta seleccionando entre a, b o c, las siguientes preguntas:

1. ¿Cuántas veces al día acostumbras comer?
 - a. Tres o más
 - b. Dos
 - c. Una
2. ¿Desayunas habitualmente?
 - a. Siempre
 - b. Una o dos veces por semana
 - c. Rara vez
3. Si lo haces ¿qué desayunas?
 - a. Cereal, pan tostado y algún líquido
 - b. Alimentos fritos, como huevos con tocino
 - c. Sólo algún líquido
4. ¿Cuántas veces al día ingieres alimentos entre comidas?
 - a. Nunca, o muy rara vez
 - b. Una o dos veces
 - c. Tres o más veces
5. ¿Con qué frecuencia comes carne de res?
 - a. Menos de tres veces por semana
 - b. De tres a seis veces por semana
 - c. Más de seis veces por semana
6. ¿Con qué frecuencia comes fruta natural, verdura y ensalada?
 - a. Tres veces al día
 - b. Una o dos veces al día
 - c. Tres o cuatro veces por semana
7. ¿Con qué frecuencia comes alimentos fritos?
 - a. Una vez por semana o menos
 - b. Tres o cuatro veces por semana
 - c. Casi todos los días
8. ¿Le pones sal a tus alimentos?
 - a. Muy poca o ninguna
 - b. Con moderación
 - c. Mucha
9. ¿Con qué frecuencia comes postres con crema o chocolates?
 - a. Una vez por semana o menos
 - b. De una a cuatro veces por semana
 - c. Casi todos los días
10. ¿Qué acostumbras untarle al pan?
 - a. Margarina (es decir grasa vegetal poliosaturada)

- b. Una mezcla de margarina o mantequilla
 - c. Solo mantequilla
11. ¿Cuántas veces por semana comes pescado?
 - a. Más de dos
 - b. Una o dos
 - c. Una o menos
12. ¿Con qué frecuencia comes cereales?
 - a. Por lo menos una vez al día
 - b. De tres a seis veces por semana
 - c. Menos de tres veces por semana
13. ¿Cuánta grasa le quitas a la carne antes de cocinarla o comerla?
 - a. Toda la posible
 - b. Una parte
 - c. Nada
14. ¿Cuántas tazas (1/4 de litro) de café o de té bebes al día?
 - a. Dos o menos
 - b. De tres a cinco
 - c. Seis o más
15. ¿Cuántas bebidas alcohólicas ingieres al día?
 - a. Una o menos
 - b. Dos o tres
 - c. Más de tres

Resultados

Para poder obtener la calificación suma 2 puntos por cada a, 1 punto por cada b y 0 por cada c.

25-30 puntos

Tu alimentación es excelente, casi no necesitas mejorarla.

20-25 puntos

Tu alimentación es buena pero podrías mejorarla un poco.

15-20 puntos

Tu alimentación es regular y debes mejorarla en varios aspectos.

0-15 puntos

Tu alimentación es mala, debes esforzarte por mejorarla mucho.

Anexo 5. Reencuadre.

Piensa en alguna situación en la que te cueste trabajo aceptar tu aspecto físico y contesta las siguientes preguntas.

1. ¿Cómo me siento respecto de esta situación?

2. ¿Qué significado le atribuyo a esta situación?

3. ¿Cuáles son algunas de las consecuencias negativas que me ha traído esta situación?

4. ¿Cuál puede ser alguna recompensa que obtengo de esta situación?

5. El compadecerme a mi misma respecto de esta situación, ¿Me permite excusarme de hacer algo?

6. El enojarme conmigo o con los demás respecto de esta situación, ¿Me permite excusarme de algo?

7. ¿Cuáles son algunas de las consecuencias positivas que me ha traído esta situación?

8. ¿Cuál es la sabiduría que he adquirido al experimentar dolor o sufrimiento respecto de esta situación?

9. ¿Cuáles son los valores que quiero que me guíen para enfrentar de una manera positiva esta situación?

10. ¿Cómo puedo transformar el significado que le atribuyo a esta situación a fin de obtener el mayor bien para mi y para los que me rodean?
