

UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO A1
EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CON CLAVE DE INCORPORACION 8852-25

“ESTUDIO DOCUMENTAL SOBRE LA ANOREXIA Y BULIMIA EN
MEXICO”

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
JESUS ENRIQUE FLORES MUNGUIA

DIRIGIDA POR:
JOSE RAMÓN COMAS VIÑAS



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.

**Esta Tesina la dedico especialmente
A MIS PADRES Y HERMANOS**

A MI MADRE

Por toda tu entrega hacia conmigo, por la confianza que me has depositado en creer que seria capaz de terminar una tesina en medio de un postgrado, pero sobre todo, por estar siempre conmigo. Tu amor siempre me acompaña y te bendigo cada segundo de mi vida. A tu lado, el cielo brilla de alegría y mis noches se encienden de optimismo, gracias madre, mi bueni preciosa.

A MI PADRE

Te dedico esta tesis como símbolo de agradecimiento por todo el apoyo emocional y económico que me has brindado, y también por tener un padre incomparable, te amo y te aprecio en todos los rincones de mi corazón.

A MI HERMANO

Por tu apoyo, por tu confianza, y sobre todo, por las grandes dosis de fortaleza que me has proporcionado en momentos difíciles. Mi amor hacia ti trasciende cualquier cosa, anteponiendo mi propia felicidad y mi vida por la tuya. Eres inmensamente increíble y especial en mi corazón, te amo.

A MARTHA

Te dedico esta tesina y me siento orgulloso de tenerte como cuñada, te aprecio mucho y créeme que admiro tu profunda tranquilidad que te caracteriza. No sabes cuanto los amo, a ti, al gordis y a tu esposo. Aprovecho esta oportunidad para

apoyarte terapéuticamente en caso de que percibas a Enrique con ciertos rasgos de carácter afeminado.

A JESUS RODOLFO FLORES OLEA

Mi corazón se ilumina cuando me regalas una sonrisa, tu alegría humedece mis ojos por la inmensa belleza interna que irradias. La vida no pudo hacerte tan perfecto, y sabes, mi amor hacía ti siempre te acompañara, sin importar el sitio en donde estés. Te amo bebe.

A MI GABY

Cada día de mi vida mi corazón festeja la bendición de haberte conocido y de haber encontrado un nuevo destino a tu lado. Me siento dichoso de crecer junto a ti, te amo mucho. A tu lado, el resplandor de las estrellas ilumina cada noche. Mi amor por ti trasciende con mucho lo que mis palabras podrán nunca llegar a transmitir. Te amo. También dedico esta tesina a Chiquis y a mi tilica. Posdata: la tesina es para leerla y no para comerla.

A ARNOLD

Todo mi amor y mi recuerdo, para un ser tan especial como tu, te quiero y te amo muchísimo, a pesar de que ya no estés con nosotros.

A VICKI

Dedico por igual esta tesis a una persona costeñita que ha estado al pendiente de nosotros en momentos difíciles, gracias china.

A TETE

Mi gran abuelita, te quiero muchísimo, alegras mi casa, mi corazón, simplemente, eres un gran amor. Te quiero tete.

RODOLFO TERAN INFANTE “DRADRU”

Esta Tesina se la dedico a una persona especial, que posee todas las cualidades y requisitos para cultivar una amistad lo mas unida y estrecha posible. Tus cualidades superan a los de cualquier amigo, y por lo tanto, te dedico esta tesina. Arriba el litio y acuérdate que ya se viene otra quincena del X-Box.

LUIS ENRIQUE REYES

Eres sin lugar a dudas, el mejor amigo que he conocido. Tu actitud madura de ver la vida y tu gran capacidad introspectiva te convierten en una persona con una gran estatura intelectual. Te admiro profundamente, y créeme, que ya quiero verte sentado comiendo cacahuates y consumiendo litio a un lado de una japonesa o de una judía, nada más que cerciórate que no sea hombre, o de pérdida que sea Laura.

ALFREDO KURI

Este trabajo lo dedico con gran afecto y respeto al psicoterapeuta Alfredo Kuri. Gracias, por experimentar el psicoanálisis desde dentro, gracias por facilitar mi

auto conocimiento y por ayudarme a descubrir, que la psicoterapia individual constituye el aprendizaje mas importante. Gracias Doctor.

MI TIO RODOLFO

Este trabajo te lo dedico con mucho afecto por ser la persona que eres. Gracias tío, por bendecir a tu familia con amor, con prosperidad y sobre todo: con tu compañía. Tu presencia y tu cercanía a ellos demuestra una vez mas, que la compañía y el afecto de un padre constituye el alimento emocional mas importante, gracias tío, por ser tan buen padre para mis primos.

TIA NOEMI INFANTE

Esta tesina te la dedico por el gran afecto que te tengo y aprovecho este espacio para admirar tu gran su entereza, y por la gran fortaleza excepcional que te caracteriza.

ABUELITO

Este trabajo lo dedico a un tesoro que guarda una inmensa sabiduría en mi corazón. No olvido las hermosas tardes que compartí contigo abuelito. Quiero abrir mis sentimientos para confesarte que te amo mucho.

TIA NOEMI FLORES

También dedico este trabajo a un ser con un carácter inquebrantable y única, gracias por todo tía, te quiero muchísimo.

PRIMAS NOEMI Y ANAKALI (INCLUYENDO A LEONARDO)

Dedico esta tesina a mis queridísimas primas, las adoro bastante y con ustedes puedo derramar mis alegrías y mis pesares, tú todavía no Leonardo porque estas muy chiquito pero, que chulo estas, tenías que parecerte a tu tío kuki.

MI AMADA ABUELITA FELICITAS

Esta tesina la dedico a un ser que forma parte de mi para siempre. Su espíritu corre por mis venas y late mi corazón. He estado contemplando tu espíritu que surge de las nubes y de la luz para venir a mi encuentro. Tu alma alegrará mi corazón para la eternidad.

QUIERO AGRADECER PROFUNDAMENTE A

MARGARITA JUAREZ

Por el todo el apoyo y el sustento teórico que me proporcionaron para cristalizar mi proyecto de mi tesis, infinitamente, le doy todo mi agradecimiento.

PROFESORA JULIETA ALVAREZ

Por todo el apoyo proporcionado en todo un proceso de elaboración de una tesis, sinceramente, te aprecio muchísimo. No encuentro una manera de hacerte pagar por todo tu apoyo, tu tiempo, y tu gran disponibilidad, eres increíble.

PROFESOR JOSE RAMON COMAS

Le agradezco infinitamente por su gran apoyo durante el largo proceso de la tesina. Personalmente admiro su gran capacidad y su seguridad intelectual proyectada en cada instante, gracias profesor, por contagiarnos de su gran capacidad.

AGRADECIMIENTOS

DEDICATORIAS

INTRODUCCION

CAPITULO I. RESEÑA HISTORICA DE LOS TRANSTORNOS ALIMENTARIOS

- 1.1 Evaluación histórica y síntomas principales
- 1.2 La privación de alimento y ayuno como símbolo de espiritualidad
- 1.3 La privación de alimento y ayuno como símbolo de protesta
- 1.4 La privación de alimento y ayuno como espectáculo
- 1.5 Marco histórico de la anorexia en el panorama de la medicina
- 1.6 El significado simbólico que guarda el alimento desde el punto de vista social

CAPITULO II. DEFINICIONES Y CONCEPTOS DE LOS TRANSTORNOS ALIMENTARIOS

- 2.1 Definición de los trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa
 - 2.1.1 Criterios para establecer el Diagnostico de Anorexia
 - 2.1.2 Síntomas conductuales de anorexia nerviosa
 - 2.1.3 Consecuencias físicas de anorexia nerviosa. Síntomas de inanición
 - 2.1.4 Trastornos psicológicos y la anorexia nerviosa
 - 2.1.5 Estudios epidemiológicos y edad sobre el cuadro de anorexia
 - 2.1.6 Factores étnicos y socioeconómicos

- 2.2 Definición del trastorno de bulimia
 - 2.2.1 Hábitos normales de alimentación comparados con hábitos alterados de alimentación en la bulimia nerviosa
 - 2.2.2 Manifestaciones clínicas de los trastornos de bulimia
 - 2.2.3 Síntomas conductuales de la bulimia
 - 2.2.4 Síntomas físicos de la bulimia
 - 2.2.5 Trastornos psicológicos y bulimia
 - 2.2.6 Estudios epidemiológicos de bulimia
 - 2.2.7 Factores étnicos y socioeconómicos
 - 2.2.8 Diferencias entre anorexia y bulimia nerviosa**

CAPITULO III. ETIOLOGIA DE LOS TRANSTORNOS ALIMENTARIOS. FACTORES EN JUEGO

3.1 Factores que predisponen

3.1.1 Características individuales

3.1.2 Características familiares y genéticas

3.1.3 Factores biológicos

3.1.4 Factores socioculturales

3.2 Factores que precipitan

3.2.1 Presiones para alcanzar el éxito

3.2.2 Dificultades o conflictos en torno a la sexualidad

3.2.3 Separaciones, pérdidas o muertes

3.2.4 Cambios socioeconómicos

3.2.5 Explicaciones sobre la etiología de los trastornos alimentarios desde diferentes escuelas psicoterapéuticas

CONCLUSIONES

PROPUESTA

BIBLIOGRAFIA

Los desórdenes de la alimentación como la anorexia y la bulimia nerviosa constituyen enfermedades que han avanzado en porcentajes durante los últimos años en poblaciones que provienen de países desarrollados tanto como de países subdesarrollados. Sus causas suelen resultar de una compleja gama de interacción de factores tanto individual, familiar, genética y de factores socio culturales. Las investigaciones psicológicas y estudios médicos se han esforzado en la tarea de comprender las características de la fenomenología dentro de las dimensiones de su etiología y de sus formas de tratamiento. En la dimensión etiológica; por ejemplo, se ha detectado la presencia de trastornos psicopatológicos de ansiedad, trastornos depresivos, insomnio, rasgos de introversión, estructuras cognitivas distorsionadas como evaluaciones negativas hacia el cuerpo, y limitaciones en el sentido de aprecio, de estima. En los estudios sobre la crianza se han detectado sistemas familiares con predisposición a la sobreprotección, a la represión, a la rigidez, y presencia de antecedentes familiares de adicciones y obesidad. En sus formas de tratamiento, existe la exploración de criterios diagnósticos precisos que permitan su detección rápida en consultas de atención primaria, y el desarrollo de estrategias terapéuticas que permitan confrontar dichos desórdenes (como la Terapia Racional emotiva).

En relación con los factores socio culturales, se ha detectado que su incidencia se desencadena en ambientes culturales en donde se idealiza el sentido de delgadez, promoviendo sistemas de creencias que refieren que la fuente de estima y éxito se evalúa en la capacidad de estar delgada o esbelta.

Los datos epidemiológicos a nivel general y nacional resultan significativos. La literatura revela que la anorexia y la bulimia se han multiplicado durante los últimos 30 años en diversos países, tales como Estados Unidos, Japón, en países Europeos y en países de América Latina como Brasil y Argentina. Su incidencia es

mayoritaria en el sexo femenino, aunque se han detectado también un aumento entre los varones.

En Estados Unidos, de cada cien estudiantes universitarios, 20 resultan ser anoréxicas y 6 bulímicas. Anualmente se reportan la mortalidad de 150 mil mujeres por causa de anorexia nerviosa ocupando el tercer lugar de enfermedades crónicas con un porcentaje de entre 0.5% y un 3%.

En Europa, el 14.4% de adolescentes entre 14 y 16 años de edad muestran conductas bulímicas.

Los porcentajes que se señalan arrojan un promedio de 70 millones de personas víctimas de trastornos alimentarios en todo el mundo. En los países desarrollados se realizan programas de prevención así como centros hospitalarios con el propósito de atender la incidencia de dichos trastornos.***

Los soportes epidemiológicos en México constituyen un área de investigación con escasos progresos. Dentro de los pocos datos que se cuentan, el Instituto Nacional de Nutrición revela que el 81% de mexicanas desean bajar de peso (un dato alarmante si se considera que las dietas elevan entre un 18 y 20% veces el riesgo de anorexia), el 49.9% se somete a dietas con métodos restrictivos; es decir, reducen de manera considerable la ingesta de alimentos; el 27% consumen pastillas para disminuir de peso; un 7% recurren al vómito y el 12% se administran laxantes y antidiuréticos.

La Fundación Internacional Contra la Bulimia y Anorexia en México, revela que el índice de mortalidad entre quienes padecen de estas enfermedades constituye un 5 a 20%, lo que representa un problema de salud pública.

Farrés, Joan, **Televisión subliminal**, Ed. Paidós, Barcelona: 1999

De acuerdo con cifras publicadas en Investigación y Desarrollo, suplemento de la Jornada, en noviembre del 2000, las cifras señalan que a nivel nacional los trastornos se presentan entre mujeres cuyas edades oscilan entre los 11 y los 25 años de edad, afectando un 0.5% de la población. ** *

Por todo lo anterior mencionado, tomando en cuenta los datos arrojados por el Instituto Nacional de Nutrición y los datos arrojados por la Fundación Internacional Contra la Bulimia y Anorexia en México, se considera de suma importancia el que los jóvenes cuenten con una información intelectual en relación con su etiología, sus características sintomáticas, sus formas de detección, los tipos de personalidad en el que se instala el trastorno alimentario, y los tipos de crianza familiar donde aparece dicho trastorno. Sumado a eso, se considera de igual importancia el que los jóvenes trabajen de forma teórica y práctica en un Taller de Prevención, con la finalidad de proteger aquellos adolescentes que no padecen todavía el trastorno. Por esta razón se diseñó un programa de prevención primaria con el propósito de aplicarse en México. El programa está diseñado para trabajar en las áreas de autoestima, imagen corporal, autonomía y expresión de emociones (el programa se enfoca en dichas áreas puesto que resultan ser las más afectadas de acuerdo con la información documental). Y está orientado a trabajar con jóvenes con rangos de edad de entre 14 y 25 años de edad, de acuerdo con la edad promedio obtenida de la investigación documental.

Por tal motivo el objetivo general de la presente investigación es proporcionar una información intelectual sobre las características sintomáticas que definen a dichos trastornos. Explicar la etiología involucrada a nivel psicológico, familiar y cultural y por último, presentar un Taller de Prevención destinado a trabajar en los ámbitos de imagen corporal, autoestima y ejercicios encaminados a la expresión de sentimientos y emociones.

**González, Esther, Anorexia y Bulimia, los desordenes en el comer, Ed. Grupo Editorial Norma, México: 2000

Para finalizar, el siguiente trabajo se divide en cuatro capítulos. En el primero, se revisan antecedentes históricos de los trastornos de la alimentación a través de diferentes épocas y los cambios que ha sufrido en su psicopatología, en sus formas clínicas y en su incidencia. En el segundo capítulo, se describen los criterios diagnósticos que permiten realizar una detección sobre su sintomatología. En el capítulo tercero, se describen la amplia gama de factores individuales, familiares, culturales y genéticos involucrados que intervienen en su génesis. Y finalmente, en las conclusiones se expone la propuesta del taller preventivo primario

RESEÑA HISTORIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

1.1 EVALUACIÓN HISTÓRICA Y SINTOMAS PRINCIPALES

Para definir la característica esencial de la anorexia y bulimia nerviosa, es necesario recorrer un viaje histórico que nos ayude a encontrar, un punto de vista inicial que nos permita establecer comparaciones entre la amalgama de características que la definían antes y ahora, y de esta forma, entender los componentes individuales de estas enfermedades.

Como veremos a continuación, desde el siglo catorce hasta la actualidad, los trastornos alimentarios han cambiado en el curso de la historia. La anorexia y la bulimia nerviosa, han modificado en su psicopatología, sus formas clínicas y su grado de incidencia.

Antes de 1689, existían pocos informes de registros médicos sobre casos de inanición. Sin embargo, con el transcurso de los años, se han acumulado registros de actos de inanición que simbolizaban actos de sabiduría y trascendencia del cuerpo a través de algunas culturas. Estos significados de privación del hambre se han dado en contextos religiosos como caso del historiador eclesiástico Teodoreto de Ciro. Señalaba que “en el año 459 antes de Cristo, en regiones remotas de cristianos y paganos, se congregaban grupos de obispos, campesinos, artesanos, incluso emperadores romanos, para venerar y

rendir culto a un llamado pastor de nombre Simeón². Tal sujeto ofrecía oración, daba sermones diarios, y presentaba un ritual que consistía en asumir una posición de estar sentado, orar, y permanecer en penitencia durante varios días. El acto de permanecer en ayuno simbolizaba “una trascendencia de las necesidades corporales para llegar a una categoría de santo”³. Tales individuos servían de ejemplos religiosos para construir una vida sin apegos corporales. “Falleció a la edad de 69 años, producto de una debilidad causada por ayunos extremos⁴”. El ejemplo ilustra el significado religioso de someter al cuerpo de privación de alimento.

Se describen a continuación las creencias que han guardado diversas religiones acerca de la abstinencia y del ayuno constante como medio para obtener crecimiento espiritual.

1.2 Fines religiosos

En religiones antiguas, las cuales muchas de ellas han desaparecido, abundaban las creencias que afirmaban que el ayuno constituía un eje muy importante para la trascendencia y el poder. Por ejemplo, en Meso América, las costumbres y sus rituales estaban precedidos de ayunos constantes y de hacer ofrendas de frutos y de animales, incluyendo también ciertos actos de auto sacrificio.

Actualmente, existe un grupo religioso muy poderoso, el cual realiza abstinencias y estimula a sus seguidores a realizar ayunos: constituye la religión de oriente nacida siglos atrás, llamado hinduismo. Con su infinidad de sectas, “rige a más de 700 millones de personas en todo el mundo. Uno de los principales fines que persigue este grupo es el de: despojar el mundo de la ilusión”⁵, es decir, su

² Cava, Gloria, Anorexia nerviosa, Editorial Ariel Ciencias Médicas, Barcelona, 2003, pág. 8

³ González, Esther, Anorexia y Bulimia, los desordenes en el comer, Editorial Grupo Norma, México DF: Marzo del 2000, pp. 11

⁴ Ibidem

⁵ Ibidem, pp. 21

propósito consiste en: “renunciar a los placeres y necesidades corporales, como una forma de purificarse que permita alcanzar un estado de conciencia superior”⁶.

En numerosas fuentes sobre la biografía de las principales figuras de esta religión, se documentan ayunos y penitencias que regían a estos individuos. Por ejemplo, el filósofo y santo Shankara, menciona en un pasaje que: “un cuerpo hecho de alimento no corresponde a una persona que albergue iluminación y sabiduría.”⁷ Y también dijo: “una persona que alimente al cuerpo estará atrapado en un mundo de apariencias externas”⁸.

Otra figura religiosa inmersa en el hinduismo, es Sidharta Gautama, llamado comúnmente como Buda. Dicho personaje ha tenido miles de seguidores y se le conoce por haberse entregado a prácticas de suprimir alimento constantemente, manteniéndose recluido en un monasterio donde vivía alimentándose únicamente de hojas y raíces. En una etapa de su vida dijo: “Fui mas estricto que todos los demás, hasta quedárame los miembros como cañas secas”⁹.

Sin embargo, hizo un cuestionamiento posterior sobre “el valor de la privación como medio para alcanzar una virtud liberadora”¹⁰, abandonó tales prácticas y “se consagró por la disciplina y por la meditación para descubrir un equilibrio medio”¹¹.

Un caso parecido es el que corresponde a Mahoma nacido en el año 569. Fue el fundador del Islam, que ha sido practicada por millones y millones de personas. Una de sus creencias consistía en la importancia de mantener un ayuno, el cual corresponde al cuarto de los cinco pilares en las que se asientan en la actualidad las creencias musulmanas.

⁶ Ibidem

⁷ Bonsignore, Ana, Anorexia nerviosa, Editorial Atuel, Argentina, 1996, pág. 56

⁸ Ibidem

⁹ Ibidem, pp. 22

¹⁰ Ibidem

¹¹ Ibidem

Uno de los hábitos religiosos del Islam consiste en abstenerse de comer y de tener relaciones sexuales cuando se acerca un mes importante para ellos, el que denominan: El mes del Ramadán. En ese mes, si los adeptos se privan de comer y de satisfacer sus necesidades corporales, se les serán perdonados de todo pecado y, como sostienen muchos de sus seguidores: “El Islam es uno de los medios más seguros para alcanzar la felicidad después de la muerte”¹².

De esta manera, se observa la manera de asociar el alimento, las necesidades del cuerpo, con el pecado, según las creencias de dicha religión. Si embargo, había excepciones, se perdonaba y se justificaba el comer alimento en casos muy excepcionales: “salvo en ancianos, enfermos graves y mujeres con hemorragias o por parto, se perdonará el ayuno”¹³.

Para dejar por sentado la firme creencia de privar sistemáticamente el alimento, uno de los principales musulmanes de mayor influencia escribió: “Entre los creyentes está firmemente establecido que aquel que no guarde el Ramadán sin excusa válida comete peor delito que un adúltero, e incluso se dudará que sea musulmán y será considerado de hereje y disipado”¹⁴.

Pasando al tema del Judaísmo, sus orígenes se remontan hacia 1500 a.C. Se lleva a cabo la costumbre de tomar ayuno durante “una celebración que se realiza en un día denominado día del perdón”¹⁵. La cual, se exige una abstinencia absoluta de alimentos e incluso de agua durante varias horas.

Los millones de adeptos a esta religión practican incluso hoy en día diversos grados de ayunos, aunque si bien no con la rigidez con la que la practicaban otras religiones, manejan sin embargo la creencia de que alimento y pecado son

¹² Ibidem, pp. 23

¹³ **Anorexia nerviosa, dos enfermedades silenciosas**, Grupo Editorial Tomo, México, 2003, pág. 46

¹⁴ Ibidem

¹⁵ Ibidem, pp.47-48

sinónimos, y también manejan sutilmente un rechazo hacía el propio cuerpo, incluyendo sus necesidades humanas.

En una de las religiones mas importantes que existen en este planeta, o sea, el cristianismo, contiene una vasta historia donde abundan los ayunos practicados por santos y por no santos en todos los rincones del mundo, prestando fe en el ayuno como símbolo de cualidad divina y difundidos en pasajes a través del Antiguo Testamento y a través del Nuevo Testamento, ahí, “el ayuno aparece mencionado casi en cuarenta pasajes, a veces como expresión de reconocimiento de debilidad humana, y en ocasiones como medio para implorar protección divina como señal de luto “¹⁶.

Para finalizar con este recuento de las prácticas del ayuno adoptadas en las religiones, queda constatado que la privación de alimento ha tenido una preferencia importante en la historia de la religión, partiendo de la premisa básica de “percibir al ayuno como un método de superación espiritual “¹⁷. Es decir, trascender las necesidades biológicas de consumir alimento ha significado una manera de elevar la conciencia para liberar a la mente de necesidades ó deseos.

1.3 La privación de alimento y el ayuno como símbolo de protesta

La práctica del ayuno, además de haber simbolizado una forma de manifestar una protesta, también ha simbolizado un medio para lograr un cambio político o social. Un representante sobre este manejo del ayuno como forma de lograr un cambio social lo fue Mahatma Gandhi, quien en una etapa de su lucha social mencionó que: “La resistencia pasiva es la mayor fuerza al servicio de la humanidad. Es más

¹⁶ Ibidem, pp.24-25

¹⁷ Ibidem, pp.25

poderosa que la más poderosa de las armas destructivas creadas por el ingenio del hombre “¹⁸.

Cabe mencionar, que esta figura social no fue el primero en someterse al ayuno como un arma de protesta: en distintas partes del mundo había grupos de personas que se sometían a una privación de ingesta de alimento para defender ideologías, políticas, etc.

A continuación, se describen brevemente algunos ejemplos de algunos personajes que proyectaban sus protestas y demandas a través del voto al ayuno:

A principios del siglo XX, un grupo de mujeres inglesas se encargaron de resucitar el ayuno como vía de protesta al exigir un trato humano al ser privadas de su libertad incondicional en una cárcel.

En el año 2000, 500 inmigrantes de países Europeos que vivían en España, se declararon en huelga total como símbolo de protesta “contra la Ley de Extranjería promulgada por el gobierno español, el 23 de diciembre del año 2000 “¹⁹. Esta forma de protesta tiene una antigüedad sin precedentes. Incluso desde “las primeras épocas del cristianismo, muchas mujeres defendieron su virginidad mediante la negativa a comer, defendiendo así su identidad femenina “²⁰.

Se recogen varios ejemplos más sobre esta vía de ayunar para defender una identidad, una ideología, una política. Por ejemplo, “el historiador británico Rudolph M. Bell acuñó el término de santa anorexia“²¹, para señalar a algunos personajes que realizaban ayuno, tales como Santa Catalina de Siena, que evitó consumir alimento hasta quedar morir, al enterarse que un proyecto religioso que había creado, había fracasado.

¹⁸ Ibidem, pp. 25

¹⁹ Cava, Gloria, op. Cit. Pág. 32

²⁰ Ibidem, pp. 26-27

²¹ Ibidem, pp. 27

Un último ejemplo significativo sobre la privación radical de alimento como ataque ante injusticias sociales, lo constituye “en Latino América la figura de Santa Rosa de Lima, quien se inició en el ayuno a los 10 años”²². Dicha privación obedecía a una protesta por haber realizado un matrimonio no deseado. Falleció a los 24 años, producto de una salud física deplorable y por años crónicos de desnutrición.

Con esto, se resume brevemente una revisión a través de la historia en el contexto religioso, político, de algunos individuos que por razones de espiritualidad o por razones de lucha social, privaron a su cuerpo de alimentación.

1.4 Privación de ingesta como espectáculo

A principios del siglo XIX, durante la influencia del pensamiento enciclopedista, surgieron un grupo de artistas y de personas comunes, que practicaron una serie de ayunos recorriendo pueblos y presentándose en ciudades para exhibir una privación de alimento como un medio de espectáculo. Se les conocía como: “ayunadores profesionales, porque expresaban su capacidad de someter al cuerpo de cualquier tentación sobre ingerir alimento, como una manera de obtener reconocimiento, dinero y fama²³. Incluso, existen casos documentados de ayunos que duraban de veinte a cincuenta días.

La moda por presenciar realizar y presenciar milagros estaba muy marcado en ese momento histórico, incluso Franz Kafka escribió un cuento: “El ayunador profesional, en el que un hombre, al quedar despojado de todo interés por la fama o fortuna, se entregó al ayuno por el ayuno mismo.”²⁴.

²² Ibidem, pp. 28

²³ Cava, Gloria, op. Cit. Pág. 28

²⁴ ibidem, pp. 30

Esta y otras historias más, revelan de qué manera el hambre representaba una forma de dar espectáculo a principios de ese siglo.

En conclusión, podemos decir que al realizar una revisión histórica sobre el significado que encierra al privar al cuerpo de alimento en diferentes épocas y lugares, el ayuno y la inanición han tenido una preferencia histórica y una herencia cultural, tal como se ha expuesto anteriormente.

En el pasado, el ayuno representaba una forma antigua de protesta. Incluso en la actualidad, se utiliza como arma pasiva para luchar por razones políticas, religiosas y sociales.

Habrían de pasar muchos años, para que el descontrol de la ingesta fuera considerado como una enfermedad, o como un trastorno. En épocas pasadas la privación de alimento simbolizaba una manera de hacer espectáculo, pero hoy en la actualidad, sabemos que los síntomas de abstinencia representan la característica esencial de un trastorno alimentario.

1.5 Marco histórico de Anorexia Nerviosa y Bulimia en el panorama de la medicina.

Las primeras referencias escritas en términos clínicos corresponden al siglo XVI, en esa época, comenzaban a aparecer datos sobre personas que presentaban una importante inanición y conductas restrictivas. Médicos de la antigüedad relataban casos de mujeres que dejaban de comer sin ninguna justificación religiosa o política. La etiología se desconocía y muchos de ellos interpretaban la inanición como problemas de índole orgánica, mientras que otros, vinculaban esos extraños síntomas con una causa psicológica.

Un ejemplo lo proporciona claramente el médico y filósofo árabe Avicena (980-1037 a.c), quien hace un recuento de un extraño estado de melancolía y de falta de apetito que padeció un príncipe de nombre Hamadham. Sin embargo, a pesar de que médicos dejaban por escrito sus observaciones de casos de individuos que fallecían a causa de inanición, no fue sino hasta 1689 en que “Thomas Morton describió los síntomas de la anorexia como una enfermedad.

En su libro *Phthisiologia, or a Treatise of Consumptions*, detalló dos casos de dos sujetos que sufrieron una carencia de apetito, la cual Thomas Morton denominó a ese problema como consunción de origen nervioso”²⁵, para diferenciarlo de los síntomas de la tuberculosis y de distintos tipos de cáncer.

Su primer caso se refería a una mujer joven que, falleció al suprimir su alimentación en forma extrema, y al resistirse a las indicaciones médicas.

El segundo caso se refiere a un joven de 18 años, que, de acuerdo con los informes médicos de Morton, dicho sujeto se recuperó por completo.

A estos recuentos siguieron muchas descripciones de síntomas que pudieron corresponder a lo que comúnmente se conoce hoy como anorexia. Sin embargo, existieron también informes de personas con problemas en el comer pero con descripciones muy vagas, las cuales se confundían con otras enfermedades, lo que dificultaba establecer a la anorexia como una enfermedad diferenciada y con características específicas.

A pesar de tropezar los médicos de aquel tiempo con dificultades para darle a la anorexia una identidad como una enfermedad como tal, hubo un grupo de médicos que detectaron en algunas personas unos síntomas que eran lo contrario a la pérdida de apetito, es decir, “encontraron individuos que se caracterizaban

²⁵ Duker, Marilyn, , **Anorexia nerviosa y bulimia**, Editorial Paidós, Buenos Aires, 2000, pág. 23

por tener un apetito voraz, la cual denominaron sus descubridores a esa característica como fames canina ²⁶ Dicho término apunta a lo que hoy se conoce como bulimia.

Para dar una explicación a esos fenómenos que ocurrían durante esa época, “un precursor en materia psicológica de nombre Giorgio Bagglivi, descartó que muchas enfermedades tuvieran una causa orgánica. Propuso que las pasiones de la mente”²⁷, podían ser responsables de numerosas dolencias. Postuló que los excesos de algunas personas por “comer y la carencia de apetito estaban presentes en niveles aristocráticos, sobre todo en mujeres, de aquellas que eran víctimas de un amor no correspondido ²⁸”.

Otro personaje que se adhirió a ese pensamiento fue el británico Benjamín Rush al mencionar que los males no eran exclusivos de los sectores mas elevados de la gente, sino también de los sectores menos favorecidos.

Mientras que los médicos de aquel tiempo se debatían sobre el porque unas personas suprimían el alimento mientras que otras comían de forma desmedida, habría de transcurrir más de un siglo para que se estudiara y se estableciera a la anorexia como una enfermedad diferenciada y con el nombre con el que actualmente se le conoce.

En 1874, fue el médico inglés William Gull quien atribuyó el mérito de haber establecido un “término para diferenciar a esa carencia de hambre de otras enfermedades, acuñando el término de aepsia histérica”²⁹, para referirse a la dolencia de esas personas. William Gull descubrió que el síntoma de no comer no solamente se presentaba en mujeres, sino también en los hombres. De ahí que Gull hizo un cambio en su terminología y sustituyó: “el término aepsia histérica

²⁶ ibidem, pp. 40

²⁷ Ibidem, pp. 41

²⁸ Ibidem

²⁹ Ibidem, pp. 42

por el de anorexia nerviosa (del griego *an*, que significa “carencia “, y *orexis*, que significa “apetito”)³⁰. Sin embargo, su observación de que la supresión de alimento no era algo exclusivo de las mujeres no fue tomada en cuenta, sino hasta mucho tiempo después.

Entre sus casos que estudió, describió el de una joven de 14 años, que era consumida por el hábito de hacer largas caminatas y por un estado físico deplorable, su cuerpo la describía como: “estar enflaquecida, motivo por la cual atraía la mirada de los que transitaban por ahí”³¹.

Las observaciones que pudo extraer tras estudiar casos de personas con características semejantes, eran que había una presencia de: “rechazo a la comida, una interrupción de los ciclos menstruales, un estreñimiento, una respiración lenta, una temperatura más baja de lo normal y una actividad constante”³².

Al describir esas características que afectaban a distintas personas, estudió además las relaciones que había entre el enfermo y la familia, y dedujo que a menudo los familiares entorpecían el mejoramiento del paciente.

Casi de manera simultánea, el médico francés Ernest Charles Lasègue se dio a la tarea de estudiar a esos pacientes, y en un “estudio que realizó en 8 casos de mujeres con edades de entre 18 y 32 años, descubrió que había un vínculo muy importante entre la enfermedad y el entorno familiar. Propuso que el origen de la enfermedad radicaba en traumas emocionales que los pacientes no se atrevían a reconocer”³³.

³⁰ Ibidem

³¹ **Anorexia y bulimia, dos enfermedades silenciosas**, Grupo Editorial Tomo, 2003, pág. 78

³² ibidem, pp. 42

³³ ibidem, pp. 43

Tras continuar de manera sistemática los estudios sobre pacientes que eran presas de esa enfermedad, la medicina pudo distinguir la anorexia de otras enfermedades. Con las aportaciones de Gull y de Lasegue se inició el estudio de lo que ahora se conoce como Anorexia Nerviosa. Sin embargo, existían discrepancias en cuanto a definir cual era la causa más importante que originaba el trastorno. Unos médicos explicaban el problema originado por el seno familiar, mientras que otros, apuntaban a estudiar a la anorexia desde una perspectiva orgánica.

Es necesario mencionar las aportaciones significativas de Jean Martín Charcot. Apoyó las aportaciones de Gull y de Lasegue para subrayar la importancia de la familia como factores importantes. Charcot estudió pacientes con señales de anorexia y apoyó categóricamente la influencia de la familia sobre la personalidad de la paciente.

Sigmund Freud trabajó con algunos pacientes con problemas de descontrol alimentario, el caso mas famoso fue el de de Ana O. Dicha paciente “se caracterizaba por ser inteligente, sensible, y caritativa”³⁴. Padecía debilidad física, alteraciones en el sueño, y lo más significativo: una profunda aversión por la comida.

Las fuentes documentales detallan que esa paciente “mantenía una dieta a base de consumir escasas frutas, sufriendo de ataques recurrentes de náusea”³⁵. Sin embargo, la paciente Anna tuvo una recuperación gradual al haber encontrado la fuente que le producía la angustia. Sin embargo, hay investigadores que afirman que su paciente continuó estando enferma por el resto de su vida.

Emma Von N, fue otra paciente de Freud. La paciente tenía 40 años y, tras la pérdida repentina de su esposo, empezó a desarrollar “una pérdida gradual de

³⁴ ibidem, pp. 46-47

³⁵ Ibidem

alimento y la aparición de intensos dolores estomacales”³⁶. Freud la sorprendía en ocasiones arrojando el postre hacia el jardín.

A través de sesiones de hipnosis, Freud descubrió que el rechazo consciente por el alimento se relacionaba con recuerdos de experiencias realmente traumáticas referentes a las horas de la comida. Freud extrajo en sus conclusiones que la “aversión a comer por parte de la paciente se debía a que la madre la obligaba a consumir el alimento frío y grasoso”³⁷. Los rituales a la hora de la comida se acompañaban de eventos que le producían asco a la paciente, entre ellas, el tener que comer con un familiar con síntomas de tuberculosis. La paciente se veía condenada a consumir con repugnancia el alimento que le servían.

Después de reunir pruebas sobre las condiciones a las cuales era sometida la paciente a comer en sus años de infancia, la paciente “se vio obligada a confrontar y a expresar sus temores, en donde, una vez superados, logró disfrutar la comida con el consecuente aumento de peso”³⁸.

Este caso dejó constatado que la calidad de las relaciones emocionales vividas durante la infancia constituía un factor significativo en la génesis y desarrollo de ciertos trastornos de ingesta durante la vida adulta. Freud llegó a mencionar, en el caso de Emma, que el síntoma de la inanición encubría una relación con la sexualidad.

Por otra parte, Pierre Janet, afirmó que “la anorexia nerviosa tenía tres fases: en la primera: la paciente aceptaba el problema y se sometía al tratamiento”³⁹, mostrándose dispuesta a comer los alimentos con tal de liberarse del sufrimiento que le causaba el decremento de peso. En la segunda etapa, “existía un retroceso en la mejoría de la paciente, al darse cuenta que cuando la familia intercedía,

³⁶ Ibidem

³⁷ Cava, Gloria, op. Cit. Pág. 39

³⁸ Ibidem, pp. 48

³⁹ Ibidem

hostigaba a la enferma, optando por provocarse vómito y por mostrarse hiperactiva⁴⁰. En la tercera etapa la inanición. Una etapa en donde el “paciente padece de piel reseca, estreñimiento, aliento fétido, orina escasa y pulso acelerado⁴¹”.

En la segunda etapa Janet, se percató que al salir a flote “signos de hostilidad o de ira por parte de un miembro de la familia hacia la paciente, ésta sufría algún tipo de colapso⁴²”. La hiperactividad que desplegaban sus pacientes con “síntomas de anorexia era interpretadas por Janet como una forma de suprimir la sensación de fatiga⁴³”.

Con este panorama con respecto a la esencia de la anorexia nerviosa, quedaba establecido a principios del siglo XX, que: “la etiología, desde sus aspectos psicológicos, se ampliaba hasta abarcar experiencias traumáticas, factores sexuales y también el papel de la familia⁴⁴”. “Los síntomas de abstenerse de alimento se empezaron a percibir como condiciones neuróticas y psicóticas⁴⁵”.

Para diferenciar la anorexia de otras enfermedades, “se propuso que el rechazo a comer se presentaba en desórdenes orgánicos⁴⁶”. El médico Arthur Crisp diferenció la anorexia de otros trastornos al plantear que: “la anorexia primaria se refiere específicamente a una fobia a aumentar de peso, la cual se presenta durante la adolescencia⁴⁷”.

Con esto, la anorexia se empezó a establecer como un trastorno diferenciado y con características específicas. Por otra parte, Gerald Russell descubrió que la anorexia tenía también causas sociales. Propuso una nueva variante que aparecía

⁴⁰ Ibidem

⁴¹ Ibidem

⁴² Bonsignore, Ana, op. Cit. Pág. 67

⁴³ Ibidem, pp. 50

⁴⁴ Ibidem, pp. 50

⁴⁵ Ibidem

⁴⁶ Ibidem, pp. 51

⁴⁷ Ibidem

dentro de la anorexia, a esa variante Russell “la denominó en 1979 como bulimia nerviosa, la cual se caracteriza por comer en cantidad abundante durante un periodo breve, (es decir, un atracón), y caracterizado por provocar una purga, un vómito, o de consumir un laxante o un diurético”⁴⁸. La palabra bulimia “deriva del griego *boulimos* (*boús* que significa “buey” y *limós* que significa hambre)”⁴⁹.

Por otra parte, en el siglo pasado, la medicina que se practicaba en Francia empleaba el término llamado *boulimie* para referirse a extrañas pautas de comer en exceso y de realizar purgas. En Inglaterra la definían en el diccionario como: “preocupación por la comida, ingesta voraces y periodos de ayuno”⁵⁰.

A partir de las aportaciones de Russell, se descubrió que “en el cuadro de anorexia ocurrían periodos de comer en exceso, recibiendo el nombre de síndrome de atracón y purga”⁵¹. Los médicos iniciaron sus esfuerzos por diferenciar esa manifestación de bulimia de otros trastornos.

1.6 El significado simbólico que guarda el alimento desde el punto de vista social

Al emprender un recorrido histórico sobre los diversos significados que ha guardado la alimentación a través de distintos contextos históricos y culturales, podemos encontrar que, el acto de comer guarda un significado muy complejo. Podemos encontrar que el desarrollo de la cultura esta vinculado a la alimentación. Desde el punto de vista social, por ejemplo, la recolección y la caza, así como el acto de alimentarse, siempre se ha practicado de forma grupal. El alimento permite la cohesión grupal, de hecho en la actualidad, el comer sigue siendo un acto eminentemente social, el comer en grupo proviene de una manifestación cultural. La comida simboliza el momento del encuentro entre los

⁴⁸ Sherman, Roberta, **Bulimia, una Guía para familiares y amigos**, editorial Trillas, México DF: febrero de 1999, pp. 13

⁴⁹ González, Esther, op. Cit. pp. 52

⁵⁰ Ibidem, pp. 52

⁵¹ Ibidem

individuos para compartir conocimientos y experiencias. El acto de comer es un fenómeno de interacción y comunicación social. En los momentos de comer se proyecta la fiesta, la alegría, la tristeza, la conquista, la seducción, la amistad, la reconciliación, etc. El alimento, además de satisfacer el hambre y nutrir al cuerpo, se utiliza para iniciar y mantener relaciones personales y sociales. El alimento es motivo y excusa para realizar actividades comunes, y sirve para manifestar afecto, individualidad y rango.

Por otro lado, los hábitos alimentarios sirven para diferenciar los grupos sociales sobre otros. El poder, el prestigio y el status social de una persona se reflejan culturalmente a través de la comida. Y también, esta vinculada a muchos ritos religiosos: al nacimiento, nupcias, muerte, etc. Los alimentos simbolizan, por lo tanto, experiencias emocionales, y a través de ellas, el reflejo de enfermedades físicas y psíquicas.

Para finalizar, podemos concluir que, los trastornos alimentarios datan desde el siglo XIV, reconociendo una existencia de alteraciones de la ingesta asociadas a una extrema delgadez, a una preocupación anormal por el tamaño y forma del cuerpo, y por presencia de amenorrea. Las observaciones clínicas realizadas por médicos de épocas anteriores ayudaron a forjar un concepto clínico claro sobre dichos trastornos. Por ejemplo, se señaló que la esencia del síndrome de la anorexia nerviosa estaba contenida en las descripciones originales de William Gull y de Charles Lasegue. Ambos emplearon un enfoque médico-clínico para definir la enfermedad en relación con sus manifestaciones clínicas. De hecho, algunas de estas características se utilizan en la actualidad para establecer la categoría de los criterios de diagnóstico.

La anorexia nerviosa ha modificado su psicopatología, sus formas clínicas y su incidencia con el transcurso de los años. Como ejemplo, su fenomenología ha sufrido modificaciones entre 1870 y los años sesenta del siglo XX. Incluso alrededor de 1940, no se observaba que los pacientes anoréxicos se sintieran

preocupados por el exceso de peso, y fue alrededor de los años cincuenta cuando la aspiración a tener un cuerpo delgado llegó a ser ostensible en nuestra sociedad.

Por lo tanto, se conoce que los trastornos alimenticios no constituyen enfermedades recientes, y que su incidencia ha aumentado durante los últimos treinta años, considerando como importante factor etiológico el culto a la delgadez, factor que se ha extendido en las sociedades modernas occidentales e industriales.

DEFINICIONES DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION: ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

2.1 Definición de anorexia nerviosa

Antes de establecer una definición concreta sobre anorexia nerviosa, es importante definir qué es lo que se entiende por trastorno alimentario. Dicho término se refiere básicamente a un trastorno psicológico en el que existe una anomalía en el comportamiento de la ingesta. Los más conocidos son la anorexia y bulimia nerviosa.

Como consecuencia, la anorexia nerviosa se define como: “una enfermedad que se caracteriza por una pérdida significativa de peso como consecuencia de una restricción alimenticia”⁵².

Para definir con más precisión el concepto, consiste en: “rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla”⁵³. Además, implica un miedo intenso a engordar en la que existe una alteración significativa en la manera de percibir la silueta o el peso.

⁵² Bonsignore, Ana Maria, Anorexia, Bulimia, Practicas Interdisciplinarias, segunda edición, editorial Atuel, Argentina: 1996, pp. 65

⁵³ Ibidem, pp. 66

2.1.1 Criterios para establecer el diagnóstico de anorexia.

Los síntomas o manifestaciones clínicas que lo caracterizan han sido clasificados y estandarizados para contar con una guía internacional que ayude a establecer un diagnóstico preciso. Sin embargo, pueden existir ciertas variaciones o diferencias clínicas en la manera de presentarse en algunas personas.

Tomando en cuenta esta consideración, se presentan a continuación los criterios internacionales que propone el *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR)* para identificar el trastorno de anorexia:

Criterios para el diagnóstico

- A. “Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla “(por ejemplo, pérdida de peso que dé lugar a un peso inferior a 85 por ciento del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, lo que da como resultado un peso corporal inferior a 85 por ciento del peso esperable).
- B. Miedo intenso a subir de peso o a convertirse en obeso, aun cuando se esté por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la auto evaluación, o negación del peligro que implica 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, es decir, con la administración de estrógenos)”⁵⁴

El DSM IV-TR establece que para diagnosticar a una persona de un trastorno anoréxico, es necesario que se cumplan con todos los criterios. En el primero, se refiere a que el peso sufre una pérdida muy significativa. Los signos evidentes de esta “pérdida se reflejan en las prominencias óseas, es decir, en las costillas y en vértebras visibles”⁵⁵.

En el segundo y tercer criterio, contienen síntomas de naturaleza psicológica que son indispensables para hablar de presencia de anorexia nerviosa: Es decir: “se refiere al miedo (o fobia) a engordar, y la alteración en la forma de percibir la silueta y el peso”⁵⁶. El primer criterio indica un temor que impulsa a bajar de peso a toda costa, y esa actitud está relacionada con una percepción alterada (el tercer criterio). El individuo, a pesar de contar con una pérdida considerable de peso y de mostrar un cuerpo prominentemente delgado, todavía sigue percibiendo su cuerpo como obeso o quizás algunas partes de él.

Por último, en el criterio de una presencia de amenorrea, se refiere a la presencia de una irregularidad en el ciclo menstrual de la mujer, es decir, ausencia de: “menstruación como mínimo de tres veces consecutivas”⁵⁷.

Subtipos de anorexia nerviosa.

Se describen a continuación algunas variaciones que sufre el trastorno ubicándolas en dos tipos: restrictivo y compulsivo / Purgativo.

⁵⁴ **Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales** (DSM IV-TR), editorial Masson, Barcelona: 2002, pp.659-660

⁵⁵ González, Esther, op. Cit. pp. 61

⁵⁶ Ibidem

⁵⁷ Ibidem, pp. 63

En el primero se refiere cuando la pérdida de peso del individuo se origina “haciendo una dieta, haciendo ejercicio o haciendo ayuno”⁵⁸. En ese periodo las personas no se purgan ni recurren a atracones (comer en grandes cantidades en un periodo breve de tiempo). En el segundo tipo, se refiere cuando el sujeto recurre a tener atracones, purgas o a ambos. Por ejemplo, el provocarse vómitos o utilizan laxantes o diuréticos.

2.1.2 Síntomas conductuales de anorexia nerviosa

Al especificar las variaciones que suele encerrar los episodios anoréxicos, se describen a continuación las señales de comportamiento que lo caracterizan:

- La persona se somete a una restricción severa de comida.
- Se somete a ayunos.
- Existen hábitos frecuentes de contar la comida, cortarla en pedazos muy pequeños, hábitos de jugar con la comida en el plato, ó preparar alimentos a los demás y rehusarse a comer lo que preparó.
- Existe el hábito de preparar la comida muy asada o muy quemada.
- Realizar ejercicio excesivo para disminuir de peso.
- Manifestar un miedo exagerado a subir de peso.
- Vestir con ropa muy floja.
- Usar diuréticos y laxantes para eliminar el alimento.
- Muestra una obsesión por la comida, por contabilizar las calorías, la grasa, etc.
- Existen pretextos para no comer, o comer en una variedad muy limitada.
- Sentir náuseas cuando la persona come en cantidades moderadas.
- Negar tener hambre.
- Finalmente, pesarse constantemente.

De manera general, estas personas proyectan un miedo intenso por subir de peso. Manifiestan una aversión considerable por los alimentos y sus esfuerzos a nivel

⁵⁸ Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR), op. Cit. pp. 654-665

emocional y de conducta se encauzan en reducir su peso; a comer en cantidades muy pobres con la finalidad de estar delgadas. El perder peso se convierte en el centro de vida de estos pacientes y todo gira en torno al alimento y en la manera de evitarlo.

Rechazan los alimentos de forma categórica sobre todo lo que contienen un mayor nivel calórico como si estuviesen contaminados. Pueden: “recurrir estas personas a tácticas tales como de preparar los alimentos para los demás, a veces en un contexto de caridad, en la cual se limitan a probar el alimento que preparan. Su control riguroso de las grasas es extenuante y suelen realizar actos rituales en la hora de la comida con la finalidad de evitar su ingesta”⁵⁹

Se manifiesta una conducta que se denomina retraimiento; es decir, en el ámbito familiar y social, estas personas se aíslan y declinan invitaciones en actividades en cuales tenga que ver el alimento. Su cuerpo es percibido con rechazo y desagrado, y lo ocultan mediante la ropa larga y holgada. La vida sin el espejo es imprescindible para ellas, con la finalidad de examinarse en ella de forma constante. Proyectan una obsesión tan desmedida del peso, que la báscula representa un objeto indispensable.

La actividad física adquiere un incremento considerable. Suelen someter al cuerpo a grandes exigencias emprendiendo actividades tales como salir a correr durante horas y el emprender ejercicio. Como consecuencia de ello suelen ocurrir una serie de alteraciones físicas por la combinación del ejercicio extenuante y la dieta excesiva. Los actos compulsivos de emprender actividad desmedida junto con la dieta provocan los efectos físicos que se describen a continuación.

⁵⁹ González, Esther, op. Cit. pp. 62

2.1.3 Consecuencias físicas de anorexia nerviosa

Los síntomas de inanición comprenden:

--*resequedad de la piel*: Se debe al proceso de deshidratación.

--*hipotermia*: Es una temperatura más baja de lo normal, menor de 36 y medio grados o 36.

--*sensibilidad al frío*: La persona muestra una respuesta exagerada cuando desciende la temperatura.

--*vello lanugo*: Es una aparición de un vello fino en partes donde no había, como en manos y espalda. Es un intento del organismo por conservar el calor.

--*pérdida y debilidad en el cabello*: Por la presencia de anemia.

--*palidez*: Un síntoma debido a la desviación de la sangre hacia el cerebro.

--*un ritmo cardiaco más lento de lo normal*, menor de 60 latidos por minuto, conocido como bradicardia.

--*hipotensión*: Una presión arterial la cual es baja.

--*anemia*: Es una disminución del número de los glóbulos rojos.

--*estreñimiento*: Se debe a que el organismo usa el agua de los alimentos para la correcta digestión, y ante la escasez del líquido y de alimento se presenta una evacuación escasa y excesivamente seca.

--*debilidad*: Es provocado por la disminución de ingesta, el ejercicio desmedido, y por el insomnio.

--*vértigos*: Se produce por la descompensación hormonal la cual es causa de mareos y desmayos.

--*manifestaciones conductuales de ansiedad*.

--*hiperactividad*: Se define como un aumento en la actividad física

--*disminución en la respuesta sexual*: Se origina ésta por el desequilibrio hormonal.

--*deshidratación*: Se define como la pérdida de los niveles de líquidos en el organismo”⁶⁰

⁶⁰ Ibidem. Pag.65-67

Cuando ya existe un despojo de nutrientes en el cuerpo a consecuencia de una dieta rígida y de un ejercicio extenuante, aparece un esfuerzo del organismo por compensar esa deficiencia de nutrientes haciendo uso de sus reservas, motivo por el cual aparecen los síntomas que se describieron atrás.

Si las reservas se acaban y no ayuda al organismo, los sistemas del cuerpo fallan hasta provocar una muerte, que “constituye de hecho la consecuencia final de la inanición. Y la muerte puede deberse a un paro cardíaco, a descompensaciones graves en los electrolitos o por un suicidio”⁶¹

En los hallazgos de la exploración física, se encuentran síntomas descritos en el apartado anterior. Dentro de las enfermedades orgánicas se encuentran alteraciones en las funciones renales anemia y problemas cardiovasculares.

⁶¹ Ibidem. Pag.68-69

2.1.4 Trastornos psicológicos y anorexia nerviosa

Las alteraciones de la ingesta se acompañan de trastornos de personalidad de acuerdo con la clasificación que establece el DSM IV-TR. Dichos individuos presentan trastornos en el estado de ánimo como síntomas de depresión. Pierden interés por sumergirse en actividades, sufren de retraimiento social, presentan pérdida significativa en el apetito sexual. El objetivo preponderante en estas adolescentes consiste en disminuir su peso que se acompañan de miedos intensos a engordar o de subir de peso. Suelen presentarse alteraciones para conciliar el sueño, es decir, presentando cuadros de insomnio, además.

Un trastorno que se presenta con frecuencia son los rasgos obsesivos y compulsivos. De hecho, toda la conducta que caracteriza al trastorno de anorexia esta regida por pensamientos obsesivos y de actos compulsivos en las cuales el sujeto no puede controlar: pensamientos obsesivos de subir de peso, pensamientos por someter al cuerpo a dieta, actos compulsivos de exceder al organismo de ejercicio, actos obsesivos por controlar el peso y pesarse, y actos compulsivos de provocar atracones, o provocarse vómitos. Es decir, problemas en el control de impulsos.

Manifiestan además síntomas de ansiedad, como consecuencia del miedo irracional a subir de peso o por no conseguir la silueta esperada. Los síntomas de depresión, el insomnio, los problemas en el apetito sexual, y los síntomas de ansiedad, pertenecen al grupo de trastornos clínicos.

Dentro de los trastornos de personalidad que presentan dichos sujetos, predomina el trastorno de la personalidad por dependencia (cuando el sujeto rebasa la etapa de adolescencia) En dicho trastorno, los individuos suelen presentar una dependencia emocional hacia otras personas para evaluar su autoestima y su valor como personas, dependen en demasía de la aprobación exterior y suelen mostrarse muy sensibles cuando reciben un rechazo hacia una

parte de su cuerpo o hacia su carácter. El sentido de autoestima está influenciada por modelos culturales de delgadez. No pueden ser autónomos: es decir, manifiestan dificultades para tomar sus propias decisiones. Es necesario agregar que poseen rasgos perfeccionistas y que son en ocasiones competitivas. El trastorno fronterizo o limítrofe también se acompaña dentro del trastorno anoréxico y el trastorno narcicista. Dichos trastornos se detallan mas adelante en el capitulo tercero.

Alteraciones que se presentan a nivel cognitivo

Existe una serie de pensamientos inadecuados, irracionales, y persistentes las cuales dominan la conducta de la persona que la padece. La persona anoréxica presenta distorsiones cognitivas relacionadas con la comida, con el peso y con la imagen corporal.

En cuanto a las distorsiones en relación a la comida, las más comunes son:

- Tener un pensamiento dicotómico*: Todas las carnes las evito porque engordan.
- Hipergeneralización*: Todas las comidas suben de peso, por eso las evito.

En cuanto al aspecto corporal las más comunes son:

- Pensamiento dicotómico*: Soy atractiva o soy fea.
- La lupa*: Observar solamente las partes más negativas de la propia apariencia.
- La desgracia reveladora*: Nunca me querrán a causa de mi apariencia.
- El sentirse fea*.
- El ideal irreal*: El uso del ideal social como un Standard de apariencia aceptable.
- La comparación injusta*.

En cuanto al peso, las distorsiones cognitivas más frecuentes son:

- Una mente que lee mal*: No puedo lograr mis propósitos como tener pareja porque estoy gorda.
- Seguir bajando de peso a pesar de estar delgada*.

2.1.5 Estudios epidemiológicos y edad sobre el cuadro anoréxico

Datos internacionales

De acuerdo a los informes que proporciona el manual DSM IV-TR, se indica que la prevalencia de anorexia en chicas adolescentes y jóvenes adultas comprende un porcentaje de 0,5%. Y corresponde al cuadro clínico que cumpla con todos los criterios para diagnosticar un trastorno de anorexia.

Los datos que aporta la Asociación Americana de Anorexia y Bulimia en Estados Unidos, informan que en dicho país, “de cada cien estudiantes universitarias veinte llegan a desarrollar síntomas clínicos de anorexia mientras que seis mujeres llegan a presentar cuadros de bulimia. La Asociación Americana señala que mueren cada año alrededor de ciento cincuenta mil mujeres por causas de anorexia”⁶².

La Asociación americana informa que: “a pesar de que exista un 50% y un 60% de personas enfermas que logran recuperarse de dichos trastornos, exista sin embargo una proporción de entre un 40 y un 50% de casos de personas que no logran tener una recuperación de trastornos alimenticios. Por otra parte, se calcula que “la mortalidad afecta en una proporción de entre un 3 y un 10 por cien de los casos, como consecuencia de la desnutrición o del suicidio. Tales datos constituyen señales de alarma entre los informes epidemiológicos que se publican anualmente en Estados Unidos”⁶³

Por otra parte, en el Reino Unido los trastornos de anorexia y bulimia “afectan a un 33% de la población, en el que 95% son mujeres. En España se informan datos de entre 15 y 30 mil mujeres que son tratadas cada año por causa de dichos

⁶² Ferrès, Joan, op. Cit, pp. 149-150

⁶³ Ibidem

trastornos. De acuerdo a estudios realizados en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, en España, se presentan 40 casos anuales de anorexia nerviosa por cada 100 mil chicas de entre 15 y 25 años de edad⁶⁴. De acuerdo con los estudios de prevalencia hechos por Gray (1987), se revela que los años intermedios de la adolescencia constituye el periodo con mayor riesgo para contraer un cuadro de anorexia nerviosa, y que los últimos años de la adolescencia constituyen un factor de riesgo para la bulimia nerviosa, según las investigaciones hechas por Gray. Además, menciona que los individuos de raza blanca presentan un mayor riesgo, y que los individuos con orientaciones heterosexuales están más inclinados a padecer de dicho trastorno. Por último, afirma que los adolescentes de la clase social más alta desean tener pesos mas bajos, se someten a dietas de adelgazamiento y presenta cuadros mas graves de atracones.

Datos nacionales

En México, los estudios en población general sobre porcentajes epidemiológicos sobre el trastorno son escasos. Sin embargo, se cuentan con cifras importantes: El Instituto Nacional de la Nutrición: “realizó un estudio sistemático en 1999 la cual reveló que el 81 % de las mexicanas tiene el deseo o el propósito de bajar de peso. Es un dato alarmante si se considera que informes de varios países coinciden en que las dietas elevan entre el 18 y 20% de probabilidad de contraer anorexia. El 40.9% de esa población a dieta emplea algún método restrictivo, es decir, reduce de manera considerable la ingestión de alimento. El 27% consume pastillas para disminuir el peso. El 7% recurren al vómito y el 12% se administra laxantes y diuréticos”.⁶⁵

⁶⁴ Ibidem

⁶⁵ González, Esther, op. Cit. pp. 3

La Fundación Internacional Contra la Bulimia y Anorexia en México, revela que: “el índice de mortalidad entre quienes padecen de estas enfermedades constituye un 5 a 20%, lo que representa un problema de salud pública”⁶⁶.

Los estudios referentes a la edad de inicio que se presenta en México, la anorexia y la bulimia se presentan: “en mujeres cuyas edades oscilan entre los 11 y los 25 años y se estima que afecta a el 0.5% de esa población”⁶⁷.

2.1.6 Factores étnicos y socioeconómicos

Desde años anteriores hasta nuestros días se ha mantenido el estereotipo de que el trastorno alimenticio de anorexia ha sido exclusivo de sectores alto y medio de la población. Sin embargo, se señala que la prevalencia incurre: “en países industrializados como Estados Unidos, Canadá, Japón”⁶⁸ y otros países de desarrollo; como consecuencia de exaltar el cuerpo esbelto como símbolos de belleza y éxito.

A pesar de eso, se han realizado estudios en Estados Unidos los cuales muestran que, si bien la incidencia de la anorexia es considerablemente mayor en zonas urbanas, “tanto los sectores privilegiados como los desfavorecidos estén en igualdad de contraer riesgos de padecer anorexia nerviosa”⁶⁹.

De acuerdo con dicho estudio, se señala que la balanza a contraer trastornos alimenticios se inclinan por las clases desfavorecidas, “ya que las enfermedades en general, cobran más víctimas por falta de un diagnóstico oportuno y por una atención adecuada”⁷⁰.

⁶⁶ Ibidem

⁶⁷ González, Esther, op. Cit. pp. 3

⁶⁸ **Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales** (DSM IV-TR), op. Cit, pp. 656-657

⁶⁹ González, Esther, op. Cit. pp. 8

⁷⁰ Ibidem

En un estudio comparativo étnico que se realizó en dicho país para analizar si la minoría también podría estar exenta de contraer casos de anorexia, se realizaron comparaciones entre diferentes poblaciones y se comprobó que: “no existen diferencias significativas en las minorías como la afroamericana y la iberoamericana para registrar trastornos de anorexia. Por otro lado, estudios realizados por Kendler, (1991), mencionan que no existen evidencias fuertes de relación entre los trastornos de anorexia con clases sociales”⁷¹.

Finalmente, en 1995, en un estudio intercultural realizado sobre el comportamiento alimentario en adolescentes sudafricanas, se señaló que: “en la comunidad de raza negra podía ser elevado el número de mujeres con trastornos alimenticios”⁷²

2.2 Definición de bulimia nerviosa.

En el apartado anterior se describió la anorexia caracterizado por síntomas de rechazo a mantener el peso normal, miedo a ganar de peso y por otros síntomas. Sin embargo, existe un trastorno alimenticio el cual puede presentarse dentro de la enfermedad de la anorexia como una variante o presentarse como una enfermedad independiente. A dicho trastorno se le conoce como bulimia.

La bulimia, o más técnicamente bulimia nerviosa, es un trastorno alimentario en el cual existen por periodos una ingesta de comida excesiva en un breve espacio de tiempo, los cuales se acompañan de conductas de provocarse vómitos ó purgarse, presentar un abuso de laxantes, diuréticos, ayuno o realizar ejercicio en exceso.

La enfermedad se rige por episodios de comer grandes cantidades de alimentos, en las que con frecuencia suelen ser alimentos altos en calorías. Por lo general,

⁷¹ Ibidem

⁷² www.psiquiatria.com/articulos/tralimentación/general/17737/

dichos alimentos se ingieren en secreto y puede ocurrir durante años sin que los demás se den cuenta de lo que esté sucediendo.

2.2.1 Hábitos normales de alimentación comparada con los hábitos alterados de alimentación en la bulimia nerviosa.

Antes de abordar con los criterios que establece el DSM IV-TR para detectar a una persona con síntomas de bulimia, es necesario señalar primero cuales son los parámetros que se consideran que son normales dentro de los hábitos de ingesta, en comparación con los hábitos alterados de ingesta que se presenta en la enfermedad de bulimia, puesto que en ésta, lo que caracteriza al trastorno es precisamente un patrón alterado en la cantidad y en el consumo de alimento, acompañado obviamente de otros síntomas.

Una diferencia que existe entre las personas que comen bajo parámetros de normalidad con respecto a las personas con bulimia, radica en: “la intensidad de las respuestas emocionales”⁷³. Es decir, las personas que comen con normalidad “no sienten exceso de ansiedad, temor, culpabilidad o falta de control con respecto a la comida”⁷⁴ Sin embargo, las personas con bulimia manifiestan tales síntomas. Otra diferencia que existe, es que la mayor parte de las personas que comen en forma normal por lo general “no comen en exceso periódicamente ni ingieren grandes cantidades de alimentos, que con frecuencia, son los rasgos que caracterizan a las personas con trastornos de bulimia”⁷⁵ Por último, la mayoría de las personas con hábitos normales “no se purgan con la regularidad con que se aprecian en las personas con bulimia”⁷⁶. Las personas con hábitos normales no recurren a vómitos frecuentes ni realizan ejercicio excesivo que alteren significativamente su vida profesional, emocional o social. En suma, la mayoría de

⁷³Sherman, Roberta, op. Cit. pp. 15

⁷⁴ Ibidem

⁷⁵ Ibidem

⁷⁶ Ibidem

las personas con una ingesta normal: “son capaces de vivir con errores de alimentación sin sentirse obligadas a corregirlos”⁷⁷.

En dicho trastorno, los síntomas consisten en que el sujeto se someta a un atracón, que recurra a “métodos compensatorios inapropiados para ganar de peso”, y que su sentido de autovaloración “este influida por la silueta y el peso corporal”⁷⁸.

2.2.2 Manifestaciones clínicas del trastorno de bulimia

Los criterios para realizar el diagnóstico según el DSM IV-TR son:

A. “La presencia de atracones frecuentes. Un atracón se define por:

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

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

A. 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.

⁷⁷ Ibidem

⁷⁸ Ibidem

- B. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.
- C. La auto evaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporal” ⁷⁹

El manual DSM IV-TR establece que en el primer criterio el sujeto debe de recurrir a un atracón; es decir: “a consumir durante un corto periodo de tiempo, una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían”⁸⁰ El corto espacio de tiempo para los atracones comprende en promedio de dos horas. Los atracones no sólo se pueden dar en un solo lugar específico, sino que puede originarse en un lugar y acabar en otro.

Se especifica, por otra parte, que el atracón no significa que la persona juegue con la comida, sino que se entregue a consumir una cantidad exagerada. El tipo de alimento a ingerir puede variar pero con frecuencia, se ha encontrado un consumo desmedido por dulces y alimentos de alto contenido calórico. El sujeto realiza los atracones a escondidas y de una manera planeada. Y en relación con la pérdida de control sobre la ingesta, el atracón adquiere: “un estado de excitación”⁸¹ con la que el sujeto no interrumpiría el atracón si se presentara un evento en ese momento.

En cuanto a los actos compensatorios, se menciona que el vómito es una forma de purgarse por las personas bulímicas. Es muy frecuente y lo emplean: “el 80 y 90% de las personas que son internadas en los centros clínicos. Pueden emplear para provocar el vómito los dedos u emplear otros instrumentos. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos”⁸²

⁷⁹ **Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales** (DSM IV-TR)

⁸⁰ Sherman, Roberta, op. Cit. pp. 18-19

⁸¹ Ibidem

⁸² Sherman, Roberta op. Cit. pp. 17

Subtipos de bulimia nerviosa

Existen dos tipos purgativo y no purgativo. En el primero, se refiere cuando la persona se provoca una serie de vómitos y emplean de manera inadecuada el uso de laxantes, “diuréticos y enemas durante el episodio”⁸³. El tipo no purgativo se refiere cuando el sujeto emplea técnicas como el de ayunar o de practicar ejercicio intenso para contrarrestar las consecuencias de haber tenido atracones, pero sin recurrir al vómito ni de hacer mal uso de laxantes, diuréticos o enemas.

2.2.4 Síntomas conductuales de la bulimia nerviosa.

Los comportamientos a nivel conductual comprenden: atracones de excesos de comida, purgas, vómitos, abusos de laxantes, abuso de diuréticos, abuso de píldoras dietéticas, ejercicio exhaustivo y ayuno.

El comportamiento se caracteriza por entregarse a comer de manera desmedida todo lo que se pueda, y dentro de un lapso de tiempo reducido. Los casos documentales informan que en ocasiones, algunas de estas personas han llegado a consumir “hasta 40,000 o 50, 000 calorías, esas cantidades son equivalentes como el consumir 8 o 10 kilos de chocolate sólido. Es decir, la persona con bulimia incrementa 20 o mas veces los requisitos diarios en un breve espacio de tiempo y en episodios que se repiten por lo general, en dos o mas ocasiones a la semana”⁸⁴. Existen individuos que eligen consumir alimentos fáciles de vomitar y otras se guían por sus gustos, la cuales varias personas se inclinan por consumir elevados índices de calorías, tales como postres y golosinas.

⁸³ Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, op. Cit. pp. 662-663

⁸⁴ González, Esther, op. Cit. pp. 72

Los episodios de atracones se planean cuidadosamente por dichas personas: desde el momento y el menú, hasta el lugar para llevar a cabo sus episodios de atracón. Y en su intento por controlar los efectos de la ingesta excesiva, la persona realiza una conducta compensatoria; es decir, se induce un vómito como purga para “corregir la ingesta excesiva que haya tenido durante la comida”⁸⁵. Se realiza con la finalidad de liberar todo lo que ingirió. También se recurren a laxantes para adelgazar.

En otras palabras, la purga: “es una forma de intentar corregir los hábitos alimentarios”⁸⁶. A consecuencia de no querer aumentar de peso por los excesos de comida, la persona con bulimia trata de eliminar la ganancia de potencial de peso induciéndose vómito, tal como ya se describió anteriormente.

Las conductas de hacer ejercicio se realizan con la finalidad de eliminar los efectos del atracón. Cuando la persona no se purga, puede recurrir a la actividad física para sustituir al vómito y al consumo de sustancias. “la persona dedica más de una hora en hacer ejercicio con el único propósito de perder los kilos ganados durante el atracón”⁸⁷

Para la persona con dicho trastorno, la báscula representa un objeto central en su vida, al punto de comparar sus resultados y de pesarse. Muestran una conducta aislante hacia los demás: evitan la socialización. Suelen buscar refugios como los baños y vomitar ahí los alimentos.

⁸⁵ Ibidem

⁸⁶ Sherman, Roberta, op. Cit. pp. 90

⁸⁷ González, Esther, op. Cit. pp. 73

2.2.5 Síntomas físicos de la bulimia nerviosa

Las complicaciones físicas que resultan de este trastorno son:

--*Ciclo menstrual irregular*: La pérdida del ciclo menstrual se presentan en personas bulímicas, además de las anoréxicas.

--*Problemas estomacales e intestinales*: Un dolor se produce causado por el trauma físico del vómito, por los espasmos por el abuso de laxantes. El estreñimiento y la diarrea son también problemas frecuentes.

--*Cutis seco*: Dicha condición resulta de la deshidratación o pérdida de agua en el cuerpo debido al vómito y por el abuso de laxantes y diuréticos.

--*Enfermedades dentales y de las encías*. Esa condición es producida por el ácido gástrico en la boca durante el vómito auto inducido.

--*Desequilibrio de los electrolitos*: Las purgas provocan una reducción de potasio, cloruro y sodio en los electrolitos, los cuales son necesarios para el adecuado funcionamiento de los sistemas del organismo. Cuando se presenta un desequilibrio electrolítico, se presentan irregularidades cardíacas e incluso la muerte.

--*Inflamación*: También se le conoce como edema. La causa lo origina la deshidratación producida por las purgas.

--*Molestias en la garganta y esófago*: Esos problemas son ocasionados por el trauma físico del vómito auto inducido.

--*Inflamación de la glándula parótida (debajo de la mandíbula)*: El vómito provoca dicha inflamación".⁸⁸

⁸⁸ Sherman, Roberta, op. Cit., Pag. 22

Estos síntomas abarcan de manera general, los hallazgos que se detectan en las exploraciones físicas.

2.2.6 Trastornos psicológicos y bulimia nerviosa

Los trastornos de bulimia se acompañan de trastornos emocionales importantes. Los comportamientos de ingesta encierran conflictos relacionados con depresión, ansiedad y temor. Algunos estudios afirman que la presencia de estos rasgos constituyen las causas que determinan los trastornos de ingesta. Sin embargo, otros estudios afirman lo contrario: que los trastornos alimenticios son los responsables de los trastornos emocionales. Tales afirmaciones se describen en el capítulo tercero sobre factores individuales.

En la parte de los sentimientos, las personas bulímicas manifiestan una serie de temores, ansiedades e inseguridades que guardan relación con su identidad. Las personas bulímicas se caracterizan por una necesidad alcanzar y sentir aceptación y aprobación afectiva por el mundo exterior.

Por lo tanto proyectan rasgos de inseguridad y carencia de estima manifestada en un ámbito conductual y emocional. Por ejemplo, las bulímicas pueden llegar a creer en el ámbito de la autoestima, que si una persona ajena tuviera la oportunidad de conocerlas a un nivel profundo, dicha persona tendría una imagen terrible, débil y poco interesante sobre ellas. Eso refleja que los sentimientos de autoestima y aprecio permanecen ausentes.

Acompañado con esa carencia de aprecio o de estima, se manifiestan los intentos de la persona bulímica por realizar actividades productivas para sentirse valiosa, con la finalidad de evitar un temor a un rechazo, a un abandono, incluso al miedo a estar solas. Por lo tanto: “el hacer se convierte en ellas un medio para obtener una sensación de estima”⁸⁹. También se aprecia la capacidad de no expresar sus

⁸⁹ Ibidem, pp. 58

sentimientos, y esto se explica por el miedo a provocar sentimientos de desagrado ante una determinada persona. Cuando atraviesan episodios de depresión, reflejan una reducción general en sus actividades, excepto en el hábito de comer y dormir.

Cuando se viven los episodios de atracones, dichas personas se vuelcan en sentimientos de vergüenza, de culpa, de enojo, de irritabilidad y de ambivalencia después de que ocurren los atracones. Son personas que se desagradan así mismos y se sienten carentes de valor la mayor parte del tiempo.

Los trastornos de ansiedad que se encuentran presentes manifiestan un temor a la convivencia social. Por otra parte, su vida sexual puede presentar un patrón alterado, el cual puede abarcar desde acciones de abstinencia hasta llegar a actos de promiscuidad.

Algunas personas con este problema presentan problemas de dependencia de drogas y alcohol. Esto se debe porque la misma dificultad que presentan para controlar el impulso a comer en exceso, también se presenta para controlar el consumo de ciertas sustancias tales como drogas y alcohol.

Dichos trastornos alimenticios se acompañan de trastornos distímicos, trastornos de depresión mayor, trastornos con estructura borderline, narcicista, y rasgos obsesivos-compulsivos. Las conductas de atracones se asocian con frecuencia como: “medios afectivos para afrontar ansiedad”.⁹⁰

Por otro lado, de acuerdo con un estudio realizado en Florida por Thomas Joiner (2004) con pacientes mujeres con síntomas de bulimia, se descubrió que: “la distimia durante la adolescencia puede ser un posible factor de riesgo para el desarrollo de bulimia”⁹¹

⁹⁰ www.psiquiatria.com/articulos/tralimentación/bulimia/16777/

⁹¹ www.psiquiatria.com/noticias/tralimentación/bulimia/18198/

Componente cognitivo de la bulimia nerviosa

En este ámbito, el pensamiento de la persona bulímica desempeña un papel muy importante en el origen y en el mantenimiento de la enfermedad. Los pensamientos que se tienen acerca de la comida, el peso, y la figura corporal se encuentran alterados o distorsionados. Su pensamiento no se realiza desde una forma lógica o racional para juzgar su cuerpo, su peso, incluyendo su valor personal o su auto estima. El tipo de pensamiento se caracteriza por presentar inexactitudes en su juicio, las cuales no están basados en una realidad.

Algunos ejemplos de estos pensamientos irracionales son:

-- *“Un pensamiento del todo o nada:* En ella, la persona se juzga en términos de blanco o negro, lo cual no existen matices en su manera de percibirse. Por ejemplo, es usual las frases: “O soy gorda, o soy delgada”. Por lo tanto, si no tiene una flexibilidad en su manera de verse, se considera entonces como una persona fracasada.

--*Generalización excesiva:* La persona maneja pensamientos muy generales acerca de la comida, por ejemplo: “Todas las comidas engordan”.

--*Desacreditación de lo positivo:* En este caso la persona” rechaza las experiencias positivas o las cosas que ha hecho”. Es decir, para la persona bulímica sus logros que realiza no tienen ningún valor. El pensamiento distorsionado solo se enfoca en ver la parte negativa sin ver la parte positiva. Sus pensamientos acerca de su cuerpo contienen juicios negativos por lo general, subestimando las partes positivas.

--*Conclusiones precipitadas:* Esto ocurre cuando se interpreta con precipitación y de manera negativa; una experiencia. Incluso cuando no existen hechos para apoyar esa valoración o suposición; por ejemplo, una persona bulímica puede

decidir no asistir a una fiesta por el miedo a excederse en la comida. La persona asume una suposición rígida al pensar que las fiestas incitan a exceder en la comida.

--*Magnificación y minimización*: Esto implica exagerar los errores propios (con la comida por ejemplo), mientras se minimizan los errores y fallas de otros. En este sentido, la persona bulímica minimizará el hecho de percibir a una persona que sea obesa, sin embargo, asume una actitud catastrófica en el momento de juzgar su cuerpo y su peso⁹².

Además, dichas personas albergan el pensamiento de que, si empiezan a consumir un alimento no serán capaces de detenerse. Una persona normal que no padece de ninguna distorsión cognitiva, asume con normalidad de que hay un control absoluto sobre la cantidad y el tipo de alimento a consumir.

Otra distorsión se presenta en cuanto a la comida: asumen que el alimento consumido en el cuerpo es motivo para generar grasa. La distorsión se halla en la creencia de que “no se puede comer sin engordar⁹³. Por lo tanto, no asumen el pensamiento racional que dice: “no todos los alimentos conllevan a un aumento de peso⁹⁴.

Existe la distorsión cognitiva de afirmar que al tener un cuerpo gordo, por consecuencia, serán personas feas y repugnantes. Al tener dicha creencia irracional, la persona bulímica asume automáticamente que no es digna de ser querida.

⁹² Ibidem, pp. 99-100

⁹³ Ibidem. Pag. 102

⁹⁴ Ibidem

Existen una serie de creencias que sostienen la mayoría de dichos sujetos, alrededor de su valor personal e individual vinculada con la alimentación:

--*Primera*: La persona bulímica maneja la creencia de que debe de recibir la aprobación y aceptación de todo mundo por todo lo que haga. Esto se relaciona con el perfeccionismo y con la necesidad de agradar, en donde la autoestima esta relacionada con la forma en que los demás responden.

--*Segunda*: Sostienen que deben de asumir un control y de ser personas competentes: La persona bulímica tiene el pensamiento distorsionado y obsesivo de controlar su alimento. Se castiga con restringir su alimento lo que ocasiona que recurra a los excesos y a la purga para experimentar alivio y liberación.

---*Tercera*: La tendencia a pensar que las personas tendrán una opinión negativa sobre ellos(a), si las conocen a un nivel profundo.

--*Cuarta*: La persona bulímica alberga dentro de sus distorsiones cognitivas, el pensamiento irracional de dedicar su tiempo única y exclusivamente en realizar actividades productivas.

2.2.8 Estudios epidemiológicos y edad sobre el trastorno de bulimia

Los datos que arroja el DSM IV-TR señalan que la bulimia ocurre “en un 1% a 3% entre mujeres y en hombres en una décima parte de lo que en las mujeres”⁹⁵. Dicho trastorno generalmente se desencadena durante la adolescencia tardía o adultez joven. El curso de esta enfermedad “se inicia al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta”⁹⁶. Además, se destaca que los atracones “suelen empezar después o durante un período de régimen dietético”⁹⁷. Dichas

⁹⁵ Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, op. Cit. pp. 663-664

⁹⁶ Ibidem

⁹⁷ Ibidem

alteraciones alimenticias pueden persistir “al menos durante varios años” en la que, se pueden manifestar de una manera crónica o de una manera intermitente, con “periodos de remisión que se alternan con atracones”⁹⁸. En España, de acuerdo con un estudio realizado por el Instituto de Epidemiología de Trastornos alimenticios en Madrid (2004), reveló que: “la magnitud de trastornos alimenticios es similar a la observada en otros países de nuestro entorno socioeconómico”⁹⁹.

Datos nacionales

En México: hombres y mujeres de: “15 a 35 años integran un segmento de 1.5 a 2.5% de personas que padecen bulimia, las cuales, entre el 50 y 70% resultan ser obesas”¹⁰⁰.

2.2.7 Factores étnicos y socioeconómicos.

El manual DSM IV-TR establece que el trastorno prevalece: “en países industrializados como Canadá, Estados Unidos, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica”¹⁰¹. Además, señala que en Estados Unidos las personas con este tipo de trastorno en su mayoría han sido de raza blanca, aunque, como señala más adelante: “el trastorno también puede afectar a otros grupos étnicos”¹⁰². Por último, un 90% de sujetos con este trastorno corresponden a mujeres, según los datos del manual DSM IV-TR.

⁹⁸ Ibidem

⁹⁹ www.psiquiatria.com/articulos/tralimentación/14985/

¹⁰⁰ González, Esther, op. Cit. pp. 3

¹⁰¹ **Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales**, op. Cit. pp. 663

¹⁰² Ibidem

2.2.8 Diferencias y similitudes que existen entre anorexia y bulimia nerviosa.

La primera similitud entre anorexia y bulimia nerviosa, estriba en que: “ambas incluyen una preocupación por las dietas, una preocupación por los alimentos, por el peso, y por la talla corporal”¹⁰³.

También existe en su personalidad: “una búsqueda de aprobación y una presencia de incomodidad cuando existe la posibilidad de comer delante de otras personas”¹⁰⁴.

En cuanto a diferencias, en la persona anoréxica existe una negación del problema, niega que haya un comportamiento de alimentación anormal, mientras que en la persona bulímica “rechaza la existencia de un problema ante los demás, pero reconoce claramente que sus hábitos alimentarios son anormales”¹⁰⁵. Otra diferencia que existe es que: “la persona con anorexia siempre está falta de peso, por lo menos 15% por abajo del peso normal, mientras que el peso de la persona con bulimia puede ser bajo, normal o tener sobre peso”¹⁰⁶. Y otra diferencia la constituye en relación “con la distorsión en la imagen corporal”¹⁰⁷. Es decir, en la persona anoréxica se percibe la figura erróneamente como: “un cuerpo muy grande y con mucho peso, o sea, la alteración en la manera de ver el cuerpo es mas seria en la persona con anorexia”¹⁰⁸. El objetivo de ella se centra en perder peso, mientras que en la chica bulímica: “el objetivo se centra en obtener un peso o una figura ideal, la cual dicha expectativa suele ser poca realista”¹⁰⁹.

¹⁰³ Sherman, Roberta, op. Cit. pp. 14

¹⁰⁴ Ibidem, pp. 14-15

¹⁰⁵ Ibidem

¹⁰⁶ Ibidem, pp.14-15

¹⁰⁷ Ibidem

¹⁰⁸ Ibidem

¹⁰⁹ Ibidem

Con esto, se finaliza a grandes rasgos la descripción clínica que caracterizan a los trastornos de bulimia. Las diferencias sintomáticas que existen con respecto a la anorexia nerviosa, los trastornos emocionales que se involucran y los componentes cognitivos.

ETIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

3.1 Factores que predisponen

Los trastornos de la alimentación como la anorexia y la bulimia nerviosa, constituyen enfermedades las cuales derivan de una naturaleza multifactorial en la que se incluyen factores de tipo familiar, biológico, social y cultural. La repetición de determinados factores como los que se describen a continuación, aumenta la probabilidad de desencadenar trastornos alimenticios.

Factores predisponentes: Se refieren a los elementos que contribuyen o que anticipan la aparición de una enfermedad. En el caso particular de anorexia y bulimia nerviosa, los factores que contribuyen al origen de esa enfermedad son:

Factores individuales

Factores familiares

Factores socio culturales.

3.1.1 Características individuales

Los factores individuales se refieren básicamente a las características de personalidad que presenta una persona con trastornos alimentarios. Constituyen los rasgos de carácter que incluyen: la existencia de trastornos emocionales, trastornos de personalidad, y finalmente, la predisposición genética que posea la persona para la aparición de determinados trastornos.

En el caso de anorexia y bulimia, existe un patrón de rasgos de personalidad que se repiten frecuentemente:

1.- Baja autoestima

La baja auto estima constituye un rasgo preponderante dentro de la personalidad de dichas personas. De acuerdo con Gloria Cava en el libro *Anorexia nerviosa*, sostienen que los niños que manifiestan baja estima tienen un alto riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio durante la adolescencia. La baja autoestima se manifiesta en la evaluación negativa que albergan con respecto a su cuerpo y tienden a juzgarse con calificativos de gordas, feas, tontas, despreciables y débiles. Al presentar una sensación escasa de aprecio, tienden a criticar sus acciones de manera negativa y asumir un sentido de culpabilidad si algo negativo les sucede en la vida. Se presentan altos niveles de timidez, soledad, y sentimientos de inferioridad que se presentan durante la etapa de adolescencia previa al desarrollo del trastorno. Las investigaciones llevadas a cabo por Troop en 2002 revelan que en los tipos de anorexia (purgativo y por atracón) se presentan altos grados de timidez, soledad y sentimientos de inferioridad durante la etapa adolescente previa al desarrollo del trastorno.

También se presentan episodios depresivos. La psicóloga norteamericana Roberta Sherman, comenta que: “Si bien son muy dañinos los síntomas psicológicos de la anorexia y bulimia, puede decirse que el efecto mas perjudicial es el que tiene que ver con la autoestima”¹¹⁰.

¹¹⁰ Sherman, Roberta, op. Cit. pp. 60

2.- Necesidad de aprobación/ dependencia

Los individuos dependen de la aprobación y del afecto ajeno para reafirmar su sentido de identidad, de estima y de seguridad. Son personas que se sienten a salvo y seguras si logran captar la aprobación de determinadas personas. Por lo tanto, no toman decisiones en base a las leyes de su propio carácter: tienen que evitar un rechazo a costa de todo. Poseen un profundo temor a la desaprobación, a la crítica, y por lo tanto, se caracterizan por ser individuos hipersensibles. Tratan de ser complacientes, de brindar cuidados y de dar gusto a las personas que giren a su alrededor. Reprimen además sus deseos o sus gustos personales, tienen miedo de ser diferentes a los demás en cuanto a ideas y creencias, la cual las orilla a presentar una personalidad sumisa, pasiva, carente de confianza, con ausencia de individualidad. Al hacerse persistente y repetitivo el impulso de relegar o de suprimir sus propias necesidades e intereses, tales patrones “conducen a formar en la personalidad anoréxica y bulímica, sentimientos de frustración y de depresión”¹¹¹.

3.- Dificultad para tomar decisiones

Otro rasgo es el deseo de llevar a cabo decisiones personales en base a lo que digan, piensen o hagan las personas a su alrededor. Este punto está directamente relacionado con la necesidad de aprobación. Es decir, toman sus determinaciones en base a lo que cree que quieren los demás, pero rara vez saben lo que realmente quieren hacer: “tienen el miedo de desagradar a alguien y de tomar una decisión equivocada”¹¹². La psicóloga Roberta Sherman menciona al respecto: “La persona compulsiva se adapta a todo y es tan complaciente que llega al grado de estar dispuesta a negarse lo que necesita y de lo que quiere. De hecho, le puede resultar difícil pensar si quiera en lo que quiere. Es una persona

¹¹¹ Ibidem, pp.61

¹¹² Dyer, Wayne, La felicidad de nuestros hijos, 2 edición, editorial Grijalbo, Barcelona: 1986, pp. 36

cuyas decisiones y conductas no están guiadas por lo que quiere, sino por lo que debe querer o hacer ¹¹³. Los intentos de complacer a los demás se tornan en ansiedad y de sentimientos de frustración. Los sujetos con dichos rasgos pueden ser emocionalmente controlados por los demás, ser indecisos y ambivalentes para modificar sus gustos, sus deseos, sus intereses. Su estilo de vida es metódico, carente de sorpresa y de espontaneidad, y por lo mismo tienden a crear un comportamiento tendente a buscar la aprobación o una recompensa.

4.- Compulsión.

Los trastornos alimentarios se acompañan de un estilo de vida compulsivo caracterizado por un sentido de perfeccionismo en un afán de lograr éxito en ámbitos profesionales o escolares. Dichas personas suelen desplegar un alto rendimiento académico y proyectar cualidades tales como puntualidad y responsabilidad. En todos los aspectos de su vida, dichas personas poseen la característica de orientar cada decisión que tomen a base de reglas demasiado estrictas las cuales lo orillan en caer en un pensamiento rígido. Presentan una manera rígida e inflexible de vivir y tratan constantemente de: “poder lidiar con el temor y la ansiedad asociados con la desaprobación”¹¹⁴. Los pensamientos se encaminan en la búsqueda de reducir la ansiedad mediante acciones rígidas. Imponen reglas muy estrictas acerca de los horarios y de las cantidades de comida a ingerir. Pueden caer en la rigidez de dejar siempre una cantidad determinada de alimento en el plato, de no comer alimento después de las 8 de la noche, etc. Y si rompen o violan una regla en particular pueden experimentar restricciones más rígidas o experimentar culpabilidad, ansiedad por engordar y frustración. Estos pensamientos (que se acompañan a la vez de actos compulsivos), pueden desembocar con problemas de hiperactividad, con problemas de insomnio, con problemas de retraimiento social y con problemas de pérdida de apetito sexual. Si se presentan fases de bulimia, el pensamiento

¹¹³ Sherman, Roberta, op. Cit. pp. 67-68

¹¹⁴ Gray, John, Los niños vienen del cielo, editorial Plaza Janès, Barcelona: 1988, pp. 99-100

obsesivo es tan considerable que la persona no pueda asumir un control sobre la compulsión a comer de manera desmedida.

La psicóloga hace mención de este hecho en su libro: *Anorexia y Bulimia, los desórdenes en el comer*” al mencionar que: “la conducta obsesiva por bajar de peso son respuestas encaminadas a controlar el mundo externo ante la imposibilidad de enfrentarse y manejar el mundo interno”¹¹⁵ . Esto se abordará mas adelante.

Por otro lado, los estudios llevados a cabo por Lillenfelt y por Stein (2000), revelan que las familias con rasgos obsesivos-compulsivos representan un factor de riesgo importante. En dicho estudio, se demostró que los parientes de pacientes con problemas de anorexia arrojan tasas mas elevadas de trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo con niveles altos de perfeccionismo.

5.- Baja tolerancia a la ansiedad y la frustración

Este patrón de personalidad “se refiere a la frustración y dificultad que experimentan para esperar o para posponer algo. Es decir, les resulta difícil retrasar la gratificación”¹¹⁶, existe el deseo persistente por alcanzar una meta determinada en un momento preciso. Existe una impaciencia por esperar la llegada de una acción o de un objetivo, y cuando ese objetivo se refiere con el hecho de bajar de peso y no consiguen reducir su peso en la fecha establecida, suelen recurrir a medios desesperados y en ocasiones hasta peligrosos para intentar bajar de peso o para conseguir la silueta esperada.

La persona con problemas alimentario, en su impaciencia por reducir de peso se entrega en forma irracional en realizar ejercicio o suspender la alimentación como consecuencia de la ansiedad irracional que le genera el pensar que subirá de

¹¹⁵ González, Esther, op. Cit. pp. 120

¹¹⁶ Maslow, Abraham, El hombre autorrealizado, Décimo primera edición, editorial Kairòs, Barcelona: Febrero 1995, pp. 55

peso. Por ese motivo puede incurrir en una conducta purgativa. Así mismo, si dicha persona entra en una fase bulímica sometiendo al cuerpo a atracones en un tiempo corto, sentirá que tendrá demasiada comida dentro de su cuerpo, y su ansiedad le motivará a incurrir al abuso de laxantes o de diuréticos con la finalidad de librarse de alimento que haya ingerido. Tales personas tienen la ansiedad de esperar una semana, por ejemplo, para ver si el alimento que ingirió provocará o no un aumento de peso. Es por ello que dichas personas presentan síntomas o trastornos de ansiedad.

6.- Irresponsabilidad

Cuando la persona sufre los estragos psicológicos y conductuales de padecer anorexia o bulimia, se altera significativamente su vida profesional por el retraimiento social que se desarrolla de manera paulatina. La aparición de actos irresponsables pueden deberse además por una total falta de concentración. Una causa lo constituye la preocupación obsesiva que proyecte la persona respecto al alimento y al peso. En este aspecto, el psicólogo Ron Thompson menciona: “Muchas de esas pacientes señalan que pueden pasar hasta un 95% de un día pensando en la comida y temas relacionados con el peso. Las bulímicas y anoréxicas están deprimidas y la depresión casi siempre obstaculiza la concentración. Su falta de concentración puede deberse a los efectos fisiológicos de la carencia de ingesta y de frecuencia con que recurra a conductas purgativas”

117 .

Estos constituyen, de manera general, los aspectos descriptivos más significativos que caracterizan a sujetos con alteraciones alimentarias. Existen actualmente discusiones que radican en conocer si los trastornos de personalidad aparecen como consecuencia de los trastornos alimenticios, o si éstos desencadenan la presencia de los trastornos de ingesta. Los psiquiatras españoles Luís Rojo Moreno y Gloria Cava, en su libro *anorexia nerviosa*, establecen una descripción

¹¹⁷ Sherman, Roberta, op. Cit. pp. 65

de características de personalidad de pacientes antes de la aparición del trastorno, y una descripción clínica una vez que el trastorno ha aparecido. Señalan al respecto que antes y durante la fase activa del trastorno, las personas con anorexia y bulimia presentan un control excesivo sobre su vida, una restricción social significativa, rasgos de insatisfacción social, emociones negativas y críticas sobre su cuerpo, baja estima y un sentido de autovaloración supeditada a los logros y a las opiniones de los demás. En resumen, los rasgos de personalidad antes y después del tratamiento se mantienen.

Sobre la misma línea, dichos autores sostienen que, los rasgos de personalidad varían dependiendo del trastorno alimentario que se esté tratando. Por ejemplo, personas con anorexia de tipo restrictivo se definen como personas introvertidas, o con rasgos obsesivos y de inteligencia media. Poseen un sentido del autocontrol, presentan una inhibición de emociones y tienden a ser responsables por encima de personas de su misma edad. Además, una tendencia a la ansiedad, hostilidad, perfeccionismo, agresión, y altos niveles de alexitimia. Y por otra parte, personas con formas compulsivo-purgativas, presentan mayores rasgos de impulsividad, presentan pasividad y rasgos de extroversión. El diagnóstico de trastorno límite de la personalidad es más frecuente en este grupo de personas.

El manual DSM-IV-TR establece dentro de los trastornos alimenticios, la presencia de trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos en el sueño, problemas en el control de impulsos, trastornos relacionados con sustancias, y trastornos en la pérdida de apetito sexual. En la bulimia se han presentado trastornos de insomnio y trastornos en la pérdida de apetito sexual.

Cuando se presentan trastornos alimenticios en personas que superen la etapa de adolescencia, se presentan trastornos de personalidad obsesivo-compulsivo.

En individuos con cuadros de bulimia se han diagnosticado trastornos límite de personalidad, rasgos histriónicos de personalidad, o a más trastornos. Dentro de los trastornos narcicistas de personalidad, los principales síntomas clínicos que la caracterizan son: la grandiosidad, la creencia de que sus problemas son únicos, la falta de empatía y de interés por los demás, tendencia a tratar a los demás como instrumentos y aprovecharse de ellos para obtener admiración y reconocimiento.

La persona que sufre de trastornos narcicistas busca de manera compulsiva la perfección en todo lo que hace y esta preocupado por el éxito, el poder, la belleza y la búsqueda de admiración. Pero debajo de esa fachada de seguridad se esconde un estado emocional de vacío y de rabia en el que predomina una intensa envidia. Las fronteras que dividen las representaciones del Self y las representaciones objetales están totalmente desdibujadas. En los trastornos borderline, por el contrario, el individuo alberga una representación fragmentada y parcial sobre los demás y hacia si mismo, por lo que sus relaciones suelen ser caóticas, inestables, acompañado de un intenso miedo a ser devorado por los demás y de ser abandonado. La persona con este trastorno muestra una significativa alteración en su forma de percibirse, y su afectividad hacia los demás oscila entre un amor idealizado a un sentimiento de desprecio y odio considerable. El problema en este trastorno no radica tanto en la represión de algún impulso, emoción o deseo, sino que la estructura del Yo no ha emergido ni se ha estabilizado, y por consiguiente, sus fronteras emocionales son demasiados permeables y cambiantes (por eso dependen tanto de la aprobación de los demás y rigen su vida en base a lo que dictaminen otros).

3.1.2 Características familiares y genéticas

Este ámbito se refiere a la influencia que tiene la crianza en el desarrollo de trastornos alimentarios. Por crianza se refiere al tipo de relación que mantienen los padres con los hijos. La familia representa la unidad donde se configura la estructura psíquica del individuo: actitudes, valores y comportamientos; así como también el desarrollo de alteraciones emocionales.

La literatura clínica revela que las relaciones familiares mantienen un patrón común la cual hace pensar que existen factores familiares que pueden aumentar el riesgo de contraer problemas de trastornos alimentarios.

Dentro de esos patrones familiares, se encuentran la falta de comunicación, la sobreprotección, las adicciones, la perfección, pubertad y actitudes relacionadas con la dieta. Sin embargo, es necesario mencionar que al hablar de rasgos familiares como factores de riesgo, se tiene que tomar en cuenta el cuidado de no generalizar o la precaución de no caer en valores absolutos, la cual haga pensar que la mera presencia de un perfil de personalidad de un familiar, contribuya directamente a la aparición de un trastorno alimenticio. Por lo tanto, al tomar en cuenta que los trastornos de alimentación se producen como resultado de una compleja gama de factores tanto individual, social y de naturaleza genética, se describen a continuación algunas estas características familiares:

1.- Falta de comunicación. Un factor común que se encuentra en la mayoría de las familias con un miembro con problemas de alimentación, constituye la presencia de una comunicación deficiente o destructiva. Es decir, en dichas familias existe rara vez la capacidad de expresar sentimientos y emociones. Las necesidades o deseos de un miembro de la familia se manifiestan de una forma tan limitada, que origina una comunicación familiar muy represiva. Cuando sucede eso, los hijos crecen en un entorno en la cual existen pocas salidas para su expresión emocional. Cuando estos sentimientos y frustraciones se acumulan

gradualmente de manera crónica en el interior del individuo, la persona recurre a la privación de alimentos y a los momentos de atracones, como formas de enfrentarse a esos sentimientos displacenteros o reprimidos. Los patrones de manejar escasa comunicación se mantienen de una generación en otra. Las patologías familiares se repiten.

2.- Adicciones: Los antecedentes de alcoholismo representan problemas comunes en familias con problemas de anorexia y bulimia. Por ejemplo, los aportes de Szmukler apuntan: “una relación existente entre la dependencia del alcohol y los trastornos alimenticios”¹¹⁸. Es decir, que en familias de antecedentes adictivos existe mayor propensión a contraer problemas en la conducta alimentaría. Por ejemplo, si un miembro de una familia; el padre, padece de una dependencia hacia alguna sustancia, y el entorno familiar no permite que los hijos tengan una expresión emocional directa, dicha situación puede provocar que alguno de ellos busque una manera indirecta de expresar sus emociones o sus frustraciones, utilizando por ejemplo, la privación de alimento o una ingesta excesiva de comida, mientras que otro hijo pueda recurrir al consumo del alcohol.

De hecho, el uso o abuso de alcohol puede estar relacionado con problemas de depresión en aquel miembro que la padezca. Se menciona que el alcoholismo junto con la anorexia y bulimia, presentan la similitud de tener un conflicto en el control de impulsos.

Por otro lado, es importante mencionar los estudios de Root, Fallon y Friedrich, las cuales afirman que, además de existir problemas de alcoholismo en dichas familias, existe además: “una falta de estructura y de estabilidad en sus relaciones familiares”¹¹⁹. Es por eso que ellos denominan a ese tipo de relaciones como familias caóticas. Al hablar de familias caóticas, se hace alusión a la ausencia

¹¹⁸ González, José de Jesús, La imagen paterna en el mexicano, Universidad Autónoma de Guerrero, Acapulco: enero 1994, pp.48

¹¹⁹ Ibidem

importante de la figura paterna o materna hacia la compañía de los hijos. Con frecuencia dichos padres no se encuentran disponibles y provocan que los hijos se encuentren en ocasiones solos, y en muchas ocasiones, se crían solos.

Cuando existe o prevalece un abuso de alcohol o de otra sustancia, se acompañan en ocasiones de violencia física, verbal. Los sentimientos de hostilidad se expresan de manera descontrolada.

Cuando se desencadena una combinación de factores negativos como abuso de sustancias, una falta de cuidado sobre un hijo, abuso físico o verbal, pueden generarse sentimientos de inseguridad y de incertidumbre en un miembro de la familia, las cuales pueden contribuir a la formación de problemas de alimentación de diferentes maneras.

Un ejemplo: Si niña de 16 años, viviendo en un entorno familiar en donde la figura paterna se encuentra ausente, la madre sufre de alcoholismo, comete abuso verbal, y agregado a eso, la niña asume la responsabilidad en cuidar a sus hermanitos, crecerá con la ansiedad y con la incertidumbre de saber que es lo que sucederá cuando regrese de la escuela. En algunas ocasiones, tendrá la oportunidad de encontrar a su madre ebria, enojada, en otras la podría encontrar ausente de casa durante días, así que, en circunstancias conflictivas y negativas, la anorexia o la bulimia pueden surgir como medios de escape ante los sentimientos de enojo, de frustración; formas para escapar de sentimientos reprimidos de ira y de la conducta impredecible de las figuras parentales. Así mismo, la privación de alimento puede permitir escapar de la responsabilidad de cuidar a los hermanitos. La niña puede pensar que el exceso de comida le puede proporcionar estabilidad en su vida, puesto que la única experiencia que puede ser predecible en su vida, está relacionado con sus actos de comer. Al someterse a momentos de ingesta exagerada, puede saber que es lo que va suceder después: El vómito o la purga. Los momentos de provocarse un vómito o de purgarse pueden representar conductas que simbolizan sentimientos de seguridad y de

certidumbre ante la presencia de vivir en un entorno hostil, peligroso y amenazante. Los actos de comer desmedidamente y de vomitar son los hechos predecibles que puede encontrar la niña para que pueda sentir alivio y seguridad.

En un estudio realizado en Estados Unidos por Ruth Striegel (2002), se descubrió que en familias de pacientes con trastornos bulímicos: “los abusos, las intimidaciones y la discriminación étnica pueden ser factores de riesgo para desarrollar trastornos por sobre ingesta compulsivas”¹²⁰.

3.- La apariencia y la perfección

Se han detectado un porcentaje significativo de padres que aspiran a la perfección como modelo. En esos hogares, por ejemplo, no hay: “un lugar para el error, para el fracaso, para las fallas o para el desorden”¹²¹. Los padres de estas familias enseñan a los hijos que la apariencia y la reputación tienen una importancia primordial. Tienen la predisposición de mostrar ante la sociedad la imagen de una familia exitosa. En apariencia, pueden percibir a los hijos como: “niños buenos, responsables y exitosos”¹²² pero en el fondo, se muestran intolerables y alimentan sentimientos de fracaso y de rechazo si alguno de sus hijos no mantiene la imagen de hijo exitoso ante la sociedad. Se espera por ejemplo, que los hijos mantengan un aspecto de felicidad y que siempre tengan un aspecto alegre, al grado de evitar o de expresar cualquier sentimiento o situación problemática. Ante la presencia de una discordia, de una discusión, los padres tratan de evitar dichas confrontaciones que pudieran hacer evidente la fragilidad de los lazos afectivos, por la que “recurrirán a construir una fachada de falsa concordia”¹²³. Por eso, de un modo u otro, la presencia de una discusión que pudiera sanear una relación entre ellos, es sustituida en ocasiones por una cortesía encaminada a resguardar, como se ha venido repitiendo, las apariencias familiares. Es importante analizar

¹²⁰ www.psiquiatria.com/articulos/tralimentación/bulimia/14520/

¹²¹ Falicov, Celia, Transiciones en la familia, editorial Amorrortu editores, Buenos Aires: septiembre 1991, pp. 150

¹²² Lopez, Francisco, Anorexia nerviosa, entre la vida y la muerte, editorial Paraninfo, España. 2003, pp. 64

¹²³ González, Esther, op. Cit. pp. 126

que en dichas familias, lejos de dispersar los sentimientos de discordia, de hostilidad o de resentimientos, los intensifica. Este tipo de ocultamientos provocan que se maneje un lenguaje ambiguo en las pláticas familiares: los sentimientos no afloran, los problemas de fondo no se tocan, no se plantean y se mantienen detrás de una muralla impenetrable. Los sentimientos de agresión, por ejemplo, se manifiestan de una manera muy pasiva. Se acompañan además una serie de prohibiciones que tienen un carácter inflexible las cuales ejercen demasiada represión sobre los hijos.

En cuanto al rasgo de perfección, los núcleos de estas familias recriminan y mantienen una intolerancia ante los errores, fracasos o debilidades que cometan los hijos. Los hijos deben de lograr éxito permanentemente y de proyectar una imagen de éxito ante la familia, los amigos y ante el mundo en general. Es por ello que muchas de estas víctimas persiguen incansablemente el triunfo, el éxito, y el cuerpo ideal. En los tratamientos psicológicos que se llevan a cabo en personas con descontrol alimentario, los padres son descritos como personas perfeccionistas. Manifiestan un pensamiento obsesivo y una conducta compulsiva por lograr la perfección en relación con la belleza física y con la alimentación. De hecho, dicho rasgo esta presente antes de la aparición del trastorno, aumenta durante la enfermedad y se mantiene tras la recuperación, según los estudios revelados por Fairburn (2001).

Con esto se concluye que la dinámica de estas familias se caracteriza por convertir la apariencia y los logros como valores principales, a costa de esconder y rechazar los sentimientos y los defectos de los hijos. En relación con los rasgos de perfección, los hijos mantienen una exigencia por colmar con las expectativas irracionales de los padres por lograr perfección y éxito permanente en todos los ámbitos.

4.- La posesividad y la sobreprotección.

Las características básicas que definen esta dinámica son: una relación materna y paterna que tiende a controlar de forma obsesiva el ámbito de los hijos sin mantener el mínimo respeto de intimidad hacia ellos. Una insuficiencia de demostraciones físicas de ternura o de afecto con predominio de vigilancia y control excesivo. Los padres exageran los cuidados de los hijos y rigen por ellos sus pensamientos, sentimientos y acciones. Por ejemplo, durante el periodo de lactancia, los padres sobre protectores vigilan al bebe a cada instante para verificar constantemente si respira o no. En la alimentación, suelen tener un control sobre la ingesta de manera meticulosa acompañado de actos rituales de amamantamiento, y por ende, se les dificulta la capacidad de permanecer exentos de angustia o de preocupación por un momento. Durante la niñez, se observa una insensibilidad materna que se entromete constantemente: critica, sugiere, se apodera de las experiencias de la hija e impide que ésta tenga las suyas. La adolescente no puede experimentar el placer de comer o dormir, porque la madre se apodera de sus sensaciones. La adolescente no es la dueña de su cuerpo ni de su mente. No tiene una especialidad psíquica para sentir su cuerpo.

En el área de socialización los padres suelen evaluar constantemente a los amigos y difícilmente dan una aprobación sobre que tipos de amigos pueda relacionarse el adolescente. Los cambios psicológicos que demandan la adolescencia (como independencia y libertad) suelen afectar seriamente la estabilidad emocional de los padres. Dichos cambios suelen ser interpretados por los padres como deslealtad, rebeldía, y falta de cariño. La figura del padre aparece como distante y periférica.

Los adolescentes adoptan con este tipo de crianza, un estilo de vida de sumisión pasiva (hacer cosas para agrandar) que les da la sensación de ser distintas de las demás. Esta sobre estimulación de cuidados provoca en el adolescente un

sentimiento de ineptitud, una sensación paralizante de ineficacia, y una dependencia afectiva que se manifiesta en sus relaciones interpersonales. La imposibilidad de ser dueño de su vida emocional, de su cuerpo y de sus sensaciones provoca una fragilidad intrapsíquica significativa. Acompañado además de una incapacidad para expresar sus sentimientos, y manteniendo, por el contrario, una reserva absoluta de su acontecer psíquico.

5.- Aspectos genéticos

En cuanto al riesgo genético, la investigación en genética molecular revela, según los resultados obtenidos por Strober, Woodside, Holland, Klump, que los genes tienen una relevancia etiológica, pero tienen un papel limitado dentro de los modelos multidimensionales. Según dichos estudios, revelan que la carga genética no es ni necesaria ni suficiente para explicar el desarrollo de la anorexia nerviosa. Sin embargo, en la investigación genética llevada a cabo en gemelos, se ha encontrado una mayor tasa de anorexia nerviosa en aquellos gemelos monocigóticos que en los dicigóticos según los resultados obtenidos por Fairburn en 1999.

Por otra parte, Theander (1970) fue uno de los primeros en mencionar que la anorexia nerviosa tiene un componente genético al comprobar que existe una mayor incidencia de dicho trastorno entre las hermanas de pacientes anoréxicas. De acuerdo a la revisión bibliográfica sobre este tema, las investigaciones genéticas concuerdan que las familiares de pacientes con anorexia nerviosa tienen un riesgo mayor de desarrollar un trastorno de la alimentación. Los estudios realizados por Kaye, Grice, Lamí (2002) revelan que la existencia de la alteración del cromosoma 1 tiene correlación con la anorexia nerviosa de tipo restrictivo.

Por otra parte, dentro de los factores específicos de riesgo durante el desarrollo (etapa previa a la escolarización), los estudios realizados por Cnattingius y por

Hultman (1999), revelan que los niños que habían nacido de manera prematura presentaban un riesgo mayor de desarrollar anorexia nerviosa. Por otro lado, los estudios de Marchi y Cohen (19990) detectaron que los niños que habían sufrido (durante la infancia temprana) de problemas digestivos y que eran quejumbrosos a la hora de comer presentaban una mayor posibilidad de desarrollar un comportamiento anoréxico en el futuro. Marchi y Cohen señalan que las adolescentes con anorexia nerviosa habían sufrido de dolores estomacales y de problemas gastrointestinales graves durante la infancia.

6.- Costumbres y actitudes relacionados con la dieta y con el peso. Este punto se refiere básicamente a los hábitos alimenticios de una persona en relación con la cantidad, el horario y la forma de consumir un alimento. Dichos hábitos aprendidos guardan una importancia notable en la formación de un estilo de vida alimenticia sana o con alteraciones importantes. Por ejemplo, padres con sobrepeso u obesidad: “tienden a subestimar las porciones de alimento y de comer con mucha rapidez y a consumir antojos frecuentes entre las comidas”¹²⁴. En casos de trastornos de bulimia, existe una tendencia familiar a la obesidad. También, horarios y costumbres de alimentación demasiado severas y rígidas que pueden producir sentimientos de aversión en miembro. Los diálogos y la comunicación que se dé entre los horarios de comida también tienen un aspecto importante que considerar. Por ejemplo, existen reportes de pacientes anoréxicas las cuales narran que, durante las horas de comida, los padres mantenían conversaciones de temas grotescas las cuales con el tiempo, producían sentimientos de rechazo ante las horas de comida en dichas pacientes. En resumen, los hábitos alimentarios “durante la infancia y las actitudes parentales actúan como factores de riesgo”¹²⁵ en los trastornos de la alimentación. Los estudios de Marchi y Cohen señalan que las discusiones de la alimentación a la hora de la comida pueden predecir el desarrollo de conductas bulímicas. Concluyen que los problemas familiares que se

¹²⁴ González, Esther, op. Cit. pp. 127

¹²⁵ www.psiquiatria.com/articulos/tralimentación/15145/

producen por la alimentación y por experiencias desagradables asociadas a la comida (durante el primer año a los 11 años) constituyen factores de riesgo.

7.- Pubertad. Los trastornos alimenticios han prevalecido durante el desarrollo de la adolescencia por lo que se convierte en un factor de riesgo. De acuerdo con Luís Rojo Moreno y Gloria Cava en el libro *Anorexia nerviosa*, se menciona que la adolescencia implica una reorganización de la personalidad en las estructuras cognitivas, en las relaciones interpersonales y en los roles sociales. Es una etapa complicada porque el adolescente tiene que adquirir la capacidad de adaptarse a los nuevos roles sociales que le impone su contexto y también adquirir un modelo amplio de afrontamiento de stress. Si en esa reorganización psicológica predominan rasgos de perfeccionismo, baja estima y el hábito de someterse a dietas de forma repetitiva, entonces la vulnerabilidad psíquica a padecer un trastorno de la alimentación será más probable, puesto que apenas se está estructurando la identidad. La personalidad durante la adolescencia es más vulnerable a padecer el trastorno porque los comportamientos, las emociones, las cogniciones y las características de las relaciones sociales apenas se están estructurando, consolidando. El perfeccionismo, la baja estima y las dietas constituyen factores predisponentes. Los factores desencadenantes son los cambios en la relación con la familia o con los compañeros, las exigencias académicas y las expectativas respecto a los roles sociales que se deben de cumplir, y el reconocimiento del alto valor que la sociedad concede al atractivo físico para alcanzar el éxito. De hecho, durante el periodo de escolarización (primaria), los estudios de Hultman (1999) señalan que casi la mitad de las niñas en el nivel primaria desearían tener un cuerpo mas esbelto. Según Hultman, dichos datos son preocupantes porque esto denota una insatisfacción corporal a una edad muy temprana, lo cual aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio, aunque, como señala Hultman, afortunadamente no todas las niñas que muestran rechazo hacía su cuerpo presentan un trastorno alimenticio, al menos no en un sentido clínico, pero la posibilidad siempre esta latente.

Durante la adolescencia tardía, las predisposiciones a contraer un trastorno alimenticio son las mismas que en la adolescencia temprana, sin embargo, en este periodo las predisposiciones están más consolidadas: son importantes un historial más prolongado de comportamientos de restricción dietética, la asimilación de la delgadez y la atracción física como factores importantes para el éxito social, la baja autoestima, la conciencia de uno mismo, la ansiedad respecto a las relaciones sociales y la necesidad de obtener la aprobación social.

Los desencadenantes del trastorno en esta transición de la adolescencia a la edad adulta son, en ocasiones, el embarazo, la búsqueda de un trabajo, el matrimonio, el inicio de estudios superiores. Estos factores conllevan una reducción del apoyo social.

Sin embargo, es importante mencionar que la época de la adolescencia implica ciertos desordenes transitorios que se pueden reflejar en la realización de dietas, a veces de manera irracional, en asumir actitudes anoréxicas y caer en conductas bulímicas pasajeras, pero que se resuelven rápidamente con una adecuada orientación. Por lo tanto, hay que diferenciar entre desordenes de la alimentación como tal, y desordenes transitorios de la adolescencia. Al respecto, Liliana Saslavski en su libro "Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria", menciona que el factor de riesgo aumenta cuando hay perturbaciones de la personalidad que se reflejan en trastornos que aparecen como continuación de dificultades surgidas durante la niñez.

Por lo tanto, se pone de manifiesto que la combinación de diferentes predisponentes y de varios factores desencadenantes aumenta la probabilidad de desarrollar un trastorno de la alimentación.

3.1.3 Factores biológicos

En relación con los factores biológicos de los trastornos alimenticios, se encuentran:

--- Anormalidades bioquímicas, alteraciones hipotalámicas que se relacionan con el hambre. A este respecto, existen estudios que apuntan la posibilidad de que la carencia del aminoácido serotonina provoca comportamientos obsesivos que son propios de la anorexia. Aunado a eso, la deficiencia del aminoácido aspargina (Uno de los mas abundantes del cerebro) puede causar trastornos emocionales y de comportamiento, sobre todo pérdida de seguridad en uno mismo.

--- Desequilibrios de un neurotransmisor llamado histamina, que se encarga de los impulsos nerviosos. Actúa también como defensa del sistema inmunológico contra las alergias e infecciones. Los niveles de este neurotransmisor pueden afectar directamente la estabilidad mental. Hay personas que genéticamente, pueden producir grandes cantidades de histamina que físicamente se pueden traducir en: delgadez natural, poco vello, etc.

Por otra parte, a partir de estudios que se han realizado en gemelos en relación con dichos trastornos, se ha comprobado que los factores genéticos pueden estar involucrados. Se ha comprobado que los trastornos de este tipo suelen darse con más probabilidad en familias con tendencia al comportamiento obsesivo.

3.1.4 Factores socioculturales

Además de las influencias antes mencionadas, existe un complejo universo de influencias socio culturales que participan (de forma directa o indirecta) como factores causales en la formación de patologías alimentarias. No hay que subestimar que la sociedad juega un papel importante “en la transmisión de creencias, de valores, de ideas y significados a cerca de la belleza física y de la alimentación”¹²⁶. Los estudios realizados por Garner, Nagel y Meyers (1996) relacionan de forma directa los factores culturales con la sintomatología sintomática al explicar “que la incidencia de trastornos anoréxicos y bulímicos se desencadenan en sociedades en donde transmiten que el atractivo, el éxito y la felicidad dependen de la capacidad de estar delgada”¹²⁷.

El contexto cultural (a través de los medios de comunicación masiva) contribuye a generar una penetrante preocupación por la esbeltez. Los anuncios de productos adelgazantes, por ejemplo, enfatizan de manera directa o indirecta que el hecho de tener un cuerpo delgado e insinuante constituye el objetivo de toda mujer. El contenido de la televisión como anuncios, telenovelas y películas, exaltan y realzan un toque mágico al cuerpo esbelto. Culturalmente hablando, lo esbelto simboliza éxito, disciplina, belleza, poder, atracción. etc. Esta sobre estimación a lo delgado se pone de manifiesto en la gran cantidad de anuncios que promueven el ejercicio y las dietas en aras de alcanzar felicidad y éxito. De hecho, nadie pone en tela de juicio que la esbeltez constituye el aspecto más importante en el atractivo físico en las mujeres. Tal parece que la sociedad sobre estima la figura como principal fuente de autoestima, mientras que por el contrario, el subir de peso esta relacionado con atributos negativos: fealdad, pereza y descuido.

¹²⁶ Maslow, Abraham, **Motivación y personalidad**, 2 edición, editorial Diaz de santos, Madrid: 1991, pp. 198-199

¹²⁷ Key, Wilson, **La Era de la Manipulación**, editorial Diana, México: noviembre 1992, pp. 62

En México existen influencias socioculturales poderosas que favorecen el adelgazamiento. Se transmiten por televisión en horarios nocturnos y matutinos rutinas y ventas de aparatos para reducir peso. En las portadas y en los artículos de revistas de moda, tanto nacional como extranjera, se exhiben a modelos que muestran vestidos que puedan resaltar sus figuras atractivas, sonriendo y pareciendo felices y exitosas, por el simple hecho de ser delgadas. Es indudable suponer que los conceptos de belleza física son: “determinados en gran parte por las influencias culturales y que tales conceptos cambian a través de diferentes épocas y momentos”¹²⁸. Existe un creciente interés por bajar de peso, someter el cuerpo a dietas y consumir productos para adelgazar. Los estudios hechos por Garner y Meyers, señalan que la comunicación publicitaria de productos adelgazantes contiene una gama de ideas, conceptos, creencias, e ideologías que se transmiten (de forma directa o indirecta) para incitar al público a consumir de forma obsesiva dietas para bajar de peso.

Existen estudios (Garner y Nagel) que afirman que la publicidad actúa no solo como mantenedor de una patología alimentaria, sino también como factor causante. Sin embargo, no todas las chicas que sigan una dieta o que consuman revistas de moda desarrollan una patología alimentaria. El determinante para que se desarrolle algún tipo de trastorno está en función de que se establezca una conexión directa entre factores culturales con factores individuales y familiares. Sin embargo, es importante señalar que las dietas que tanto promueven los medios de comunicación masiva puedan provocar un efecto contrario: una ingesta excesiva de alimento. Es decir, si una persona suprime radicalmente su consumo de calorías o de alimento, “se pueden presentar impulsos psicológicos como fisiológicos de excederse en la comida”¹²⁹. Es por esta razón que si, una adolescente se afana en hacer dieta para alcanzar el estándar de un cuerpo esbelto pueda en ocasiones, perjudicar su cuerpo en su esfuerzo por perder mucho peso en un tiempo muy corto.

¹²⁸ Guinsberg, Enrique, **Publicidad: Manipulación para la reproducción**, editorial Plaza Janès, México: noviembre 1987, pp. 11

¹²⁹ Ibidem, pág. 15

Una interrogante que a menudo se plantea es: ¿En grado la persuasión de la publicidad (por bajar de peso) incide sobre la motivación del público? No es fácil proporcionar una respuesta satisfactoria ante tal interrogante, pero, indudablemente, dicha respuesta nos ayudaría lograr una aproximación importante, en relación a conocer el grado de incidencia que guarda la publicidad (que enfatiza lo esbelto, la dieta, el ejercicio) sobre la sintomatología alimentaria. Hasta ahora, se ha mencionado que la publicidad en México sobre dietas y ejercicios que imploran en nuestro contexto social ha sido significativo, sin embargo, para entender el éxito abundante de toda la publicidad (que promueve lo esbelto como símbolo de éxito) es importante ir más allá y analizar el significado simbólico que encierra lo esbelto, lo delgado, etc. Por lo tanto, es importante mencionar que dentro del adoctrinamiento cultural en el cual estamos inmersos, el tener un cuerpo esbelto no sólo responde a un canon de belleza sino también estar dentro de un mercado de consumo¹³⁰. Es decir, dentro de la cultura (y de la publicidad que es lo mismo) la mujer atractiva y delgada es vista como un objeto para obtener placer. Todos los anuncios publicitarios prometen una recompensa, un fin, y el medio para obtenerlo consiste en estar delgada.

Los técnicos de los medios de comunicación desarrollan “una serie de ilusiones y de profecías autorrealizables para prometer al consumidor, que tras adquirir un cuerpo delgado (a través del consumo de aparatos y dietas), obtendrán como consecuencia aceptación social, atracción social, estima, status¹³¹”. Pero para lograr dicho objetivo, los técnicos en la publicidad deben lograr que las celebridades, las modelos, o cualquier objeto comercial (que promuevan lo esbelto) se tornen atractivos, excitantes, deseables y vistosos para el público. Los anuncios publicitarios, funcionan a partir de suposiciones simplistas de causa y efecto. Es decir, si una persona compra pastillas para bajar de peso (el medio), las expectativas inconscientes para el consumidor podrán ser que el producto le

¹³⁰ Ferrés, Joan, op. Cit. pág. 34

¹³¹ Key, Bryan, **La explotación sexual de los medios de comunicación**, editorial Diana México, 1985, pág. 78

prometa subliminalmente mejorar su atractivo sexual (el fin, la recompensa). Los medios de comunicación explotan la autoestima y la imagen corporal del consumidor, persuadiéndolo para que baje de peso a través del consumo de aparatos, pastillas, dietas, comprando ropa, etc. Obviamente, para que esta persuasión consiga su fin, los técnicos de la comunicación deben explorar, cuales son las necesidades emocionales o carencias internas que tenga “el consumidor para poderlas explotar en aras del provecho y del poder¹³²”. En otras palabras, los productos y los modelos de los anuncios (para reducir peso) deben de simbolizar o de prometer algo. El simbolismo es considerado de hecho como una técnica de comunicación. Por lo tanto, “para que las frases de los anuncios puedan provocar ventas, deben de ser percibidos conscientemente como funcionales o lógicos, sino, la publicidad resultaría un fracaso”¹³³.

Siguiendo en esta línea, existen investigaciones no lucrativas en apoyo al consumidor, que afirman que los anuncios publicitarios cuentan con recursos técnicos que manipulan el comportamiento de compra. Los numerosos estudios sobre motivación humana realizados por Wilson Bryan Key, por ejemplo, indican que los publicistas incitan al consumidor de forma compulsiva a comprar productos, marcas y servicios. Al respecto, menciona que “la publicidad (entendiéndola como un conjunto de técnicas dirigidas a traer la atención del público hacia el consumo de bienes y servicios), funciona a partir de un motivo humano casi universal: vender, vender y vender¹³⁴”.

De hecho, no es el único que afirma que las industrias publicitarias constituyen mecanismos de creación de fantasías. Nagel y Meyers, por ejemplo, indican que los medios de comunicación sustituyen la realidad por fantasías y que los individuos jamás ponen en tela de juicio la sinceridad de la publicidad. Afirman que “el éxito de consumo de un producto depende de algo: de que el consumidor no deba observar de forma crítica y consciente el anuncio. Por lo tanto, debe de

¹³² Ferrés, Joan, op. Cit. Pág. 80

¹³³ Key, Bryan, op. Cit. Pág. 146

¹³⁴ Key, Bryan, La era de la manipulación editorial Diana, México, 1992, pág. 150

crearse un mecanismo de identificación que funcione de esta manera: que el consumidor se identifique con las descripciones, palabras o frases de un anuncio publicitario y otra, en la que el consumidor se identifique con el modelo del anuncio o con el producto”¹³⁵. De cualquier forma, los anuncios dicen poco de los productos o de las marcas. Nagel y Meyers señalan que la identificación consciente o inconsciente hacia un anuncio publicitario “desgasta la capacidad que tiene el consumidor de diferenciar la realidad de la fantasía”¹³⁶. Por otro lado, coinciden con Bryan Key al señalar también que la publicidad de los medios de comunicación merma, en cierta medida, el sentido de autoestima del individuo.

Ellos mencionan que el consumidor promedio, alberga un sentido de estima basado en percepciones de fuerza, debilidad, habilidad y estética. Dichos atributos se derivan de las personas con las que uno guarda una relación personal constante, y sobre todo, que dichos atributos varían a medida que el individuo se compara con su grupo de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc. Casi todas las personas creen, según Meyers y Nagel, que son un poco mejor que el promedio. Sin embargo, sucede algo: cuando la publicidad de los medios de comunicación entra en escena, la autoestima que provenía de las asociaciones con los compañeros de trabajo, familiares, amigos, etc, se deteriora rápidamente. “Los anuncios son diseñados para evocar un sentido de inferioridad de la audiencia por medio de las comparaciones”¹³⁷ con las personalidades de los medios de comunicación, es decir, con la gente bonita, esbelta, atlética. Los personajes esbeltos que aparecen en las telenovelas, en películas, en los anuncios para adelgazar, etc, parecen prometer al consumidor que al gozar de un cuerpo esbelto o atlético el consumidor estará rodeado de felicidad, status, satisfacción sensitiva, indulgencia, incluso la oportunidad de ingresar al círculo de personas bonitas, talentosas, ricas y poderosas. “Por lo tanto, estas vidas superiores se convierten, consciente o inconscientemente, en las metas

¹³⁵ Ibidem, pág. 162

¹³⁶ Ibidem

¹³⁷ Key, Bryan, , **La explotación sexual de los medios de comunicación**, editorial Diana, México, 1985, pág. 166

fantásticas del público¹³⁸”. En suma: los modelos esbeltos de los artistas del medio del espectáculo son constantemente estereotipados como individuos felices, satisfechos, exitosos, sexualmente deseables, independientes, emocionalmente seguros: una sustitución de la realidad por la fantasía.

A los 18 años de edad, el adolescente mexicano promedio ha visto alrededor de 18 mil horas de televisión. Y lo significativo de esto, es que la gran mayoría de estos jóvenes aceptan de manera pasiva e irreflexiva todas las percepciones prefabricadas de los medios de comunicación, sobre lo que es éxito, belleza y estima.

En otras palabras, a casi todos los adolescentes “se les educan para no participar en la conciencia cultural colectiva¹³⁹”. Por eso, es fácil suponer que las chicas con grandes carencias internas de aceptación o estima constituyan el mayor mercado de explotación para los anuncios publicitarios. La venta de ropa, aparatos para ejercicio y dietas, enfocan su campaña de publicidad “hacia aquellas adolescentes que no cumplan con las expectativas de belleza por parte del grupo familiar o del grupo social¹⁴⁰”. Las chicas que proyectan una imagen corporal devaluada quedan atrapadas en una búsqueda inconsciente por reemplazar la soledad y la insatisfacción corporal adquiriendo nuevas prendas, haciendo ejercicio compulsivamente, provocarse atracones, etc, sin embargo, la consecución de una imagen corporal satisfactoria no se materializa: solo encubre el problema. Las anomalías en el control de la ingesta presentan estas características: “una lesión significativa en las necesidades primordiales de autovaloración y carencia de una imagen corporal satisfactoria. De todo esto, se puede decir que el exceso de información sobre el deseo de tener un cuerpo delgado constituye una influencia importante en dichos trastornos¹⁴¹”. Es importante que la adolescente

¹³⁸ Ibidem, pág. 170

¹³⁹ Ferrés, Joan, op. Cit. Pág. 201

¹⁴⁰ Ibidem

¹⁴¹ Ibidem, pág. 198

renuncie a los patrones culturales: que acepte que la satisfacción personal también engloba la parte intelectual o emocional.

En otras palabras, quienes comprendan que la sobrevaloración cultural hacía el cuerpo como principal fuente de autoestima constituye una percepción prefabricada (proveniente de la cultura), será entonces, cuando los individuos acepten la responsabilidad de elaborar sus propias definiciones sobre lo que es bello, y además, asumir que la estima no solo se refiere a la sensación de un gusto corporal, sino también a la sensación de un gusto a nivel intelectual, emocional e incluso espiritual. Es importante pues, visto desde este punto de vista, que los jóvenes evadan o reduzcan la persuasión sociocultural para alcanzar una mayor autonomía como individuos.

3.2 Factores que precipitan

Se refieren a los eventos o acontecimientos significativos como para desencadenar la aparición de algún trastorno determinado. En el caso de la anorexia y bulimia, se han encontrado un patrón repetitivo de acontecimientos estresantes que pueden disparar la manifestación de dicho trastorno. Entre dichos eventos se encuentran las presiones para alcanzar un éxito, los conflictos en torno a la sexualidad, las separaciones, pérdidas o muertes, y los cambios socioeconómicos. Pero antes de empezar, es importante señalar, de acuerdo con los estudios realizados por Troop (1984), que los factores precipitantes (ambientales) han sido mas importantes para la bulimia nerviosa que para la anorexia nerviosa. Y que de éstos factores, los pacientes con anorexia nerviosa utilizan estrategias de evitación para confrontar dichos eventos, mientras que las personas bulímicas se obsesionan con dichos problemas, de acuerdo con las conclusiones hechas por Troop, y que se resumen brevemente en el libro de Luís Rojo Moreno, "Anorexia nerviosa".

3.2.1 Presiones para alcanzar el éxito

Este punto se refiere a las presiones y las exigencias que pueda tener una persona por alcanzar altos rendimientos en alguna disciplina y que tales obligaciones, puede conllevar a desarrollar una alteración en la conducta alimentaria. Por ejemplo, es evidente que: “en bailarinas, modelos y en algunos deportistas sean mas vulnerables a padecer de una alteración alimenticia por la obligación de alcanzar un éxito físico a base de rendimientos físicos sobrehumano”¹⁴². Los fenómenos obsesivos y compulsivos desempeñan “un papel altamente significativo, que se refleja en la actividad física excesiva”¹⁴³. Por ejemplo, los estudios realizados por Davis en Toronto (1994), se reveló que: “los pacientes anoréxicos eran físicamente más activos pretendiendo aumentar el gasto calórico y por consiguiente incrementar un adelgazamiento”¹⁴⁴. Las actividades deportivas tales como gimnasia femenina, danza, patinaje, carreras de fondo, etc., suponen: “un alto riesgo de trastornos de comportamiento alimenticio”¹⁴⁵. De hecho, toda actividad que implique un control de peso corre el riesgo de: “facilitar la práctica de dietas restrictivas”¹⁴⁶.

Para hacer referencia a ciertos deportes de alto riesgo, considerando el caso de las gimnastas, dichas deportistas además de “presentar elevadas tasas de anorexia nerviosa, en un 20-25% se convierten en bulímicas merced a sus intentos de evitar aumentar de peso”¹⁴⁷. En lo que concierne a las bailarinas, un estudio realizado con profesionales reveló que: “el 15% de las americanas y el 23% de las europeas reconocieron padecer o haber padecido anorexia nerviosa,

¹⁴² Shelle, Rosemary, Anorexia, Guía para pacientes, familiares y psicoterapeutas, Editorial Paidós, México DF: Abril de 2000, pp. 145

¹⁴³ Goldman, Bejla, Anorexia y Bulimia, Un nuevo padecer, Editorial Paidós, México DF: Enero de 1999, pp. 30

¹⁴⁴ Eidelberg, Alejandra, Anorexia y Bulimia, Síntomas actuales de lo femenino, Editorial Kairós, Argentina: Marzo de 2000, pp. 56

¹⁴⁵ Herscovici, Cecile, Anorexia nerviosa y bulimia, Editorial Paidós, México DF: Marzo de 1998, pp. 68

¹⁴⁶ Moreno, Cava, Anorexia nerviosa, Editorial Paidós, México DF: Junio de 2001, pp. 90

¹⁴⁷ Gafaro, Alejandra, Anorexia y Bulimia, Todo lo que necesitas saber sobre los trastornos, Editorial Grijalbo, Argentina Buenos Aires: Noviembre de 2000, pp. 30

el 19% de las americanas y el 23% de las europeas sufrían o habían sufrido de bulimia nerviosa¹⁴⁸”.

Cuando existe dicha presión por colmar con dichas expectativas que exige la sociedad, las presiones familiares o sociales suelen anteponer el éxito olvidando que el deporte constituye sólo un vehículo para el desarrollo físico, y cuando ocurre esto, se pone en riesgo la salud física de los individuos. Dichas presiones por alcanzar méritos y logros se pueden aplicar también en el ámbito educativo o intelectual.

3.2.2 Dificultades o conflictos en torno a la sexualidad

Durante las dos últimas décadas muchos investigadores y clínicos han centrado su atención en la relación existente entre las experiencias traumáticas (tales como abuso sexual, incesto, acoso sexual) con el desarrollo de trastornos de la alimentación. Por ejemplo, las investigaciones realizadas por la psicóloga norteamericana Catherine A. Lamí afirman que: “Las experiencias traumáticas tales como violaciones, relaciones incestuosas o acoso sexual, pueden ser detonadores importantes de trastornos alimenticios. El porcentaje de pacientes con desórdenes alimenticios que tienen antecedentes de abuso sexual es casi igual al porcentaje con depresión o ansiedad agudas con los mismos antecedentes. Las personas que han sufrido abusos sexuales tienen mayores riesgos de presentar enfermedades psiquiátricos diversas, aparte de los trastornos alimenticios”¹⁴⁹.

Por otra parte, en un estudio retrospectivo sobre muestras amplias de pacientes tanto clínicas y no clínicas en hospitales de Estados Unidos realizados por Oppenheimer, Howells, Palmer y Chaloner (1985), publicaron que: “a partir de una muestra de amplia de 78 mujeres que sufrían un trastorno alimenticio en

¹⁴⁸ Vandereycken, Walter, **Anorexia y Bulimia**, Editorial Paidós, Madrid: Enero de 1995, pp. 45

¹⁴⁹ Vandereycken, Walter, op. Cit. pp.146

tratamiento ambulatorio, en un 70% de los casos se detectaron abusos sexuales en la infancia¹⁵⁰”

Otros estudios realizados por Kearney-Cooke (1988), pusieron de manifiesto que: “el 58% de 75 pacientes bulímicas tenían un historial de trauma sexual¹⁵¹”. En otro estudio hecho por Root y Fallon (1988) se detectó que un grupo de 172 pacientes con trastornos de la alimentación, “el 65% de ellas habían sufrido maltrato físico, el 23% violación, el 28% abusos sexuales en la infancia y el 28% eran maltratadas en sus relaciones actuales¹⁵²”.

Bulik, Sullivan y Rorty (1989), por su parte, investigaron el abuso sexual infantil y los antecedentes familiares en 34% bulímicas y constataron que: “el 34% de ellas había sufrido de abusos sexuales¹⁵³”.

En 1990, Lacey realizó un estudio sistemático de una serie consecutiva de 112 mujeres bulímicas con peso normal. Encontró que sólo 8 de ellas (7%) mencionaron haber sufrido de abusos sexuales con contacto físico. Cuatro de estas pacientes (3,6%) declararon haber sido víctimas de incesto, pero sólo en dos de ellas ocurrió durante la infancia (1,8%). Lacey concluye que: “El incesto y el abuso sexual ocurren en los trastornos alimenticios pero principalmente en personas con trastornos de bulimia¹⁵⁴”.

Por otra parte, en un estudio realizado por Waller en 1993, sobre una muestra de 100 mujeres que sufrían trastornos de alimentación, “el 50% había sufrido abusos sexuales y la prevalencia de este abuso parece estar vinculada con características del diagnóstico: las mujeres con trastornos de tipo bulímico presentaban tasas

¹⁵⁰ Jones, Abraham, **Anorexia y Bulimia**, Editorial Paidós, Buenos Aires: Enero de 1995, pp. 56

¹⁵¹ Josep, Tomas, **Anorexia y otras alteraciones en la conducta en la infancia**, Editorial Grijalbo, Barcelona: Abril de 1985, pp. 50

¹⁵² Llewellyn, Jones, Anorexia y Bulimia, Desórdenes alimenticios, Editorial Paidós, Madrid: Junio de 2001, pp. 78

¹⁵³ Gómez, Paloma, **Anorexia nerviosa, Prevención en familia**, Editorial Paidós, México DF: Diciembre de 1988, pp. 60

¹⁵⁴ Raich, Rosa, Anorexia y Bulimia, Trastornos alimenticios, Editorial Grijalbo, Madrid: Enero de 2002, pp. 45

significativamente mas altas de expresiones sexuales no deseadas que las anoréxicas de tipo restrictivo¹⁵⁵”.

En otro estudio realizado por los norteamericanos por Grilo y Masheb (2002), analizaron el maltrato infantil y los trastornos de personalidad en pacientes adultos con trastornos de atracón, y encontraron que de 166 pacientes diagnosticados con trastornos de bulimia, “el 82% de los pacientes presentaron algún tipo de maltrato en la niñez y el 30% cumplían los criterios para por lo menos un trastorno de la personalidad¹⁵⁶”. Finalmente, las investigaciones realizadas por Fallon y por Wonderlich (1997) señalan que una gran parte de personas victimas de bulimia nerviosa habían sufrido de abusos sexuales combinados con graves maltratos físicos en una etapa anterior a ala aparición de dicho trastorno, y que el abuso sexual constituye un factor de riesgo más alto para contraer bulimia nerviosa que para contraer anorexia nerviosa de tipo restrictivo, según las conclusiones hechas por Fairburn y por Cooper (1999).

3.2.3 Separaciones, pérdidas o muertes

La psicóloga Esther González, en su libro *Anorexia y Bulimia, los desordenes en el comer*, revela que: “se ha encontrado que la desaparición de seres amados, ya sea por divorcio, muerte o incluso cierta lejanía, con frecuencia han provocado cuadros de anorexia y bulimia como: “respuesta íntima ante el dolor de la pérdida, tanto a nivel emocional como a nivel físico”¹⁵⁷. Estas personas muestran en ocasiones “un mayor desamparo en sus estrategias de afrontamiento¹⁵⁸”. Las personas que padecen anorexia nerviosa emplean “estrategias de evitación mientras que los bulímicos se obsesionan con sus problemas¹⁵⁹”. En resumen, la incapacidad de manejar situaciones de pérdida ó de stress puede tener un detonante para desencadenar desórdenes en la conducta alimenticia.

¹⁵⁵ Marilyn, Duker, *Anorexia nerviosa y Bulimia*, Editorial Paidós, Buenos Aires: Agosto de 2000, pp. 90

¹⁵⁶ www.psiquiatria.com/articulos/tralimentación/cormobilidad1/8916/

¹⁵⁷ González, Esther, op. Cit. pp. 148

¹⁵⁸ Lammoglia, Ernesto, *La agresión esta en casa*, Editorial Grijalbo, México DF: Octubre de 2000, pp. 30

¹⁵⁹ *Ibidem*, pp. 31-32

3.2.4 Cambios socioeconómicos

En este caso, las alteraciones profundas en el ritmo de vida tales como pérdidas económicas, cambios de trabajo, cambios de ascenso, etc., pueden ser experimentadas por la persona como una pérdida de control, en la cual dichas sensaciones se pueden: “agudizar si la persona presenta rasgos de ansiedad, rasgos de inseguridad o rasgos de depresión” ¹⁶⁰. Muchos jóvenes han desarrollado síntomas de anorexia y bulimia al ser enviados a estudiar al extranjero, en donde experimentan soledad y sentimientos de desprotección.

3.2.5 Explicaciones sobre la etiología de los trastornos alimentarios a partir de diferentes escuelas psicoterapéuticas

Antes de partir en la descripción de la psicopatología alimentaria, hay que recordar que toda alteración en la conducta de la ingesta descansa sobre una patología de carácter. La comprensión de los síntomas anoréxicos y bulímicos resultaría parcial e incompleta si se desconoce la dinámica de la personalidad. Hay que recordar que detrás de toda alteración de la ingesta existe un trastorno de carácter. La evidencia clínica y teórica señala al respecto, que existe una comorbilidad significativa entre los trastornos alimentarios con los trastornos borderline, desórdenes narcicistas; entre otros. Por lo tanto, es importante incluir una descripción teórica y psicodinámica detallada sobre dichos desórdenes (borderline y narcicista), que nos permitan comprender en su totalidad, la dimensión de los trastornos alimentarios.

Para fin didáctico, se describe a continuación la dinámica de la estructura borderline y narcicista a partir de una teoría evolutiva del desarrollo intrapsíquico, y posteriormente, la descripción psicodinámica de la conducta anoréxica y bulímica.

¹⁶⁰ González, Esther, op. Cit. pp.150

Hay que recordar que la comprensión de los rasgos psicopatológicos parte de algunas investigaciones realizadas por escuelas psicológicas que adoptan una perspectiva evolutiva como la escuela de relaciones objetales, la escuela psicoanalítica del ego y la escuela del self, las cuales se hallan especialmente interesadas en la psicopatología y en el tratamiento de los llamados trastornos narcicistas y borderline o fronterizos.

Las investigaciones realizadas por dichas escuelas han llegado a la conclusión de que el desarrollo de la estructura del Yo atraviesa por diferentes estadios o niveles, y que una lesión evolutiva en un determinado estadio del desarrollo tiende a provocar un determinado tipo de psicopatología. La identidad del ser humano se va formando a medida que el Yo asciende una serie de peldaños, estadios, o niveles. El primer nivel constituye “la emergencia de un Self físico (0 a 1 años), el segundo estadio la emergencia de un Self emocional (de 1 a 3 años) y el tercer estadio la emergencia de un Self mental (de 3 a 6 años)”¹⁶¹.

El primer nivel tiene lugar en los primeros días de la vida extrauterina, en la que el neonato se comporta como un organismo meramente biológico y sus reacciones obedecen a puros instintos de sobrevivencia. El bebe solamente es un organismo primitivo y puramente somático, y su función se limita solamente a recuperar su equilibrio homeostático. No tiene conciencia de si mismo, ni del entorno ni de su mundo exterior. No existe una discriminación entre exterior e interior. Durante el primer mes hasta los 5 meses, el bebe se comporta como si él y su madre fueran un mismo organismo, no hay una diferenciación entre su cuerpo con el entorno ni diferenciación entre su propio cuerpo con el cuerpo de su madre. Sin embargo, existe una subfase dentro de este estadio que se denomina según Margaret Mahler como “subfase de diferenciación (de 5 a 9 meses). Esta etapa es responsable directo (según la escuela de relaciones objetales) de los trastornos narcicistas de personalidad”¹⁶².

¹⁶¹ Wilber, Ken, **Psicología integral**, Editorial Kairós, Barcelona, 2004, pág. 45

¹⁶² Ibidem, pág. 47

Esta etapa de diferenciación se denomina también como “salida del cascarón, en donde el bebe se despierta de su unidad simbiótica con la madre y empieza a diferenciar su propio cuerpo del cuerpo de la madre y también a diferenciar su cuerpo del entorno físico “¹⁶³. El bebe empieza a darse cuenta que él posee un organismo y su madre otro, que son dos organismos y no uno. El bebe nace con un cuerpo físico y con el tiempo desarrolla un self físico separado de su entorno; es decir, adquiere una identidad sensorio físico, se empieza a separar corporalmente hablando. Sin embargo esto no ocurre en relación con la vida mental. El niño cree que su madre comparte con él las mismas imágenes, sentimientos, emociones y necesidades. No alcanza a diferenciar entre su vida mental con respecto a la vida mental de los demás, y por lo tanto, desconoce que sentimientos pertenecen a su madre y cuales no. En la mente del niño se encuentran fusionadas en una sola unidad y por lo tanto, no sabe a quien le pertenecen las emociones (o impulsos) que de repente se apoderan de su organismo para exigirle alimento o sueño, aún no desarrolla un self emocional. Toda esta transición que conduce desde el nacimiento del niño hasta la conformación de un self físico se acompaña de un narcisismo primario; es decir, para el bebe, su madre y el mundo forman parte de su organismo y son percibidos como instrumentos para gratificar sus necesidades. Cree que la madre y el mundo sienten lo mismo que siente él, por eso es narcicista. Y durante el noveno mes a los 15 meses, el niño atraviesa un periodo donde este narcisismo esta sumamente marcado y consolidado. Todo el mundo esta al servicio de él.

Una vez que el self físico esta desarrollado y consolidado el niño entra en una etapa en la que emerge un self emocional separado y distinto; es decir, nace un self que se empieza a diferenciar (emocionalmente hablando) del entorno que le rodea. El niño aprende a diferenciar su vida psicológica emocional de la de los demás. Sus emociones ya no se confunden con las emociones de los demás. Gradualmente observa que sus necesidades de alimento provienen de él y no del

¹⁶³ Ibidem

entorno, y esto orilla al niño a desarrollar un self emocional estable, firme e individual. Esta etapa es crucial para el desarrollo de la individualidad y responsable directo de muchos trastornos de la personalidad, en la que se incluyen los trastornos borderline. Aquí es cuando el niño desarrolla “la constancia objetal; es decir; el niño adquiere la capacidad de conservar una representación mental del objeto (de la madre) “¹⁶⁴. El niño internaliza una imagen positiva de su objeto (una madre que siempre está con el y lo procura con el alimento) y que ante la ausencia física de la madre (por espacio breve) el niño se puede sentir acompañado, mentalmente hablando, como para tomar la decisión de explorar y conocer su entorno que le rodea. Obviamente, ante una separación física y emocional prolongada el niño puede desarrollar una depresión de abandono y una angustia de separación. Por otra parte, el marcado narcisismo que lo caracterizaba días atrás disminuye considerablemente. A este proceso (en donde el niño se empieza a separar emocionalmente) se le conoce como “la subfase de reaproximación que comprende un periodo de 15 a 24 meses, según Mahler. Si el niño supera adecuadamente este estadio la estructura del self alcanzará una verdadera fortaleza e individualidad“¹⁶⁵, pero esto dependerá básicamente en la medida en que la madre logre que el niño explore, manipule y conozca su mundo exterior. Al permitir esto, la madre estará facilitando al niño para que éste explore su entorno y por ende aprenda a distinguirse de él. Su necesidad de separarse emocionalmente le obligará a explorar más su entorno. Esta iniciativa de caminar, de observar y de tocar los objetos que se encuentran a su alrededor serán reforzados cuando la madre introyecte confianza y seguridad. A mayor estímulo el niño se soltará más y más de su objeto. Por el contrario, si la madre reprime o castiga severamente esta curiosidad infantil el niño desarrollará una lesión evolutiva en este estadio del desarrollo. Resumiendo lo anterior descrito, la madre debe de permitir que el niño reconozca, observe y explore su entorno para poderse distinguir de él. Técnicamente, se puede decir entonces que en este estadio tiene lugar: 1) la diferenciación fundamental entre el self y sus representaciones objetales 2) la integración de las distintas imágenes parciales del

¹⁶⁴ Ibidem, pág. 50

¹⁶⁵ Ibidem

self en una representación global del self (que incluye tanto los aspectos buenos como los aspectos malos del self) y 3) la integración de las distintas imágenes parciales de los objetos en una representación global del sujeto (que incluye tanto los aspectos buenos como los aspectos malos de los objetos emocional-libidinales)¹⁶⁶. En otras palabras, en este estadio (que comprende de los 2 hasta los 3 años) el niño aprende a diferenciar su vida psicológica emocional de la de los demás. Aprende a fusionar todas aquellas imágenes negativas y positivas de su self en una sola unidad, por lo tanto, se desarrolla no un self bueno o malo, sino un self completo, integral o real. Y por último, acepta que sus figuras maternas y paternas intercambian aspectos tanto positivos como negativos. No se trata de contar con padres buenos o malos sino de contar con padres completos, integrales (buenos pero también malos). Este hecho permite que el niño acepte la ambivalencia de sentimientos opuestos: que puede odiar y amar al mismo tiempo a un padre o una tía. Por lo tanto, la presencia de sentimientos contradictorios no genera una perturbación significativa como sucede en el caso contrario de una persona con un trastorno borderline, que no logra integrar en una sola unidad los aspectos deseables e indeseables de un objeto, y como consecuencia, mantiene una representación fragmentada, dividida y parcial de sus objetos. Es por eso que sus relaciones interpersonales suelen ser inestables que oscilan entre el amor idealizado y el odio desmedido.

Para comprender la etiología de una patología concreta, hay que mencionar que la evolución del self atraviesa por diferentes procesos de identificación, separación e inclusión para poder avanzar de un estadio a otro, y un fracaso en cualquiera de estos procesos el self desarrolla un trastorno específico. Es decir, en cada uno de los estadios, el Self se identifica “con la correspondiente estructura básica de ese estadio, inicialmente se funde con él y de sus objetos fenoménicos, luego sigue un periodo de separación e individuación por medio del cual el sistema o estructura del self aprende a diferenciarse tanto de los objetos propios de ese nivel como del

¹⁶⁶ Kernberg, Otto, Agresividad, narcisismo y destrucción en la relación psicoterapéutica, México, Pág. 61

sujeto propio del nivel anterior¹⁶⁷, y finalmente, sigue un proceso en donde el self trasciende su identificación previa y exclusiva con la estructura básica anterior para incluirla dentro de la nueva identidad que emerge. En otras palabras, los procesos de permanencia, separación, fijación e inclusión de los estadios son cruciales para la integración psíquica. Lo que produce patología es cuando el self fracasa en no llevar a cabo estos procesos y quedarse fijado en una identidad (en ese estadio) y no avanzar, o de lo contrario, de avanzar demasiado rápido a otro estadio sin haber consolidado la identidad anterior. En otras palabras, la fijación o escisión de un estadio evolutivo conduce a un determinado tipo de psicopatología.

Psicopatología de los trastornos narcicistas y borderline

En el caso de los trastornos narcicistas, existe “una fijación o un estancamiento anterior al nivel evolutivo de la crisis de reaproximación, en donde la grandiosidad del ego (una etapa que abarca de los 9 a los 15 meses) no disminuye sino que se mantiene en su posición omnipotente y grandiosa¹⁶⁸. Es decir, el egocentrismo del niño disminuye conforme avanza a otros estadios, pero en el caso de la estructura narcicista esta grandiosidad se mantiene, no disminuye. Hay una fijación grandiosa en percibir a los demás como meras prolongaciones de su ser (hay que recordar que el desarrollo psicológico consiste en una disminución del egocentrismo).

El trastorno radica en que esta percepción egocéntrica se mantiene de forma persistente y no transitoria. Es como si la estructura del ego se resistiera a abandonar el paraíso. La estructura intrapsíquica provocada por esta grandiosidad infantil impide que el niño perciba a los demás como “individuos separados (o como objetos totales separados) con sus propios derechos y deseos, sino como

¹⁶⁷ Wilber, Ken, op. Cit. Pág. 63

¹⁶⁸ Wilber, Ken **La pasión del pensamiento** Ed. Kairós, Barcelona, 2001, pág. 34

meras extensiones o facetas del Self exhibicionista-grandioso que sirven únicamente para la gratificación de sus propias necesidades“¹⁶⁹.

Esto provoca que el niño piense que el mundo fue creado para reflejar o reafirmar la perfección de su propio Self. El niño tiene una representación mental de ser especial, único y perfecto, y por lo tanto, no habrá nada ni nadie que le pueda proporcionar lo que siempre anda buscando: “un espejo que le refleje su propia perfección grandiosa, y cuando el espejo no le devuelva esa perfección y belleza el narcicista reaccionará con rabia, humillación e indignación. Sus mecanismos de defensa son la devaluación, el rechazo, la negación, la evitación y la división“¹⁷⁰.

Todo esto se puede resumir diciendo que: el adolescente que padece de trastornos alimentarios con estructura narcicista, carece de una diferenciación entre las representaciones del self y las representaciones objetales. Solamente existe un Yo necesitado de reconocimiento pero el mundo no, solamente él. El mundo solamente fue creado para idealizar y alabar a su Self.

Pero a diferencia de lo que ocurre en la estructura narcicista, en el caso del trastorno borderline (con trastorno anoréxico o bulímico), si existe una diferenciación, una pseudodiferenciación apenas, entre las representaciones del self y las representaciones objetales. Si existe un individuo separado de los demás emocionalmente pero su estructura es tan frágil y tan débil, que constantemente tiene miedo a ser anegado o abandonado por los demás. La estructura intrapsíquica del borderline ha alcanzado un mayor grado de diferenciación. Pero esta diferenciación no está integrada y deja al borderline con una serie de estructuras o de unidades parciales fracturadas. Todos los pensamientos y emociones que están presente son muy conscientes pero no se sabe del todo a

¹⁶⁹ Wilber, Ken, **Diarario**, Ed. Kairós, Barcelona, 2000, pág. 55

¹⁷⁰ Kohut, H, **La restauración del si mismo**, Ed. Paidós, México, 2002, pág. 56

quien pertenecen, es decir, existe una fusión, una confusión, o una escisión entre la representación del Self y las representaciones objetales “¹⁷¹.

En otras palabras, la poca diferenciación entre las fronteras del Self con las del otro provoca que el borderline no sepa distinguir sus sentimientos de los demás y, por otra parte, la representación parcial de sus objetos provoca que sus relaciones oscilen típicamente entre “una sumisión casi total y camaleónica con los demás y un hosco y vengativo distanciamiento y aislamiento con los demás, a quienes experimenta como vengativos, airados y críticos“¹⁷². Según Kernberg, dichas personas utilizan a los demás para completar su etapa de separación e individuación.

Otra característica que implora en sujetos con trastornos alimentarios (con rasgos narcicistas y borderline) es la dificultad que presentan para reprimir emociones o recuerdos; sin embargo, el problema no radica tanto en que el Self reprima esos impulsos o deseos, sino que todavía carece “de un self individuado y separado. En cierto sentido, todavía no existe un inconsciente reprimido, no existe una barrera represiva. El self todavía no es lo suficientemente fuerte ni está lo suficientemente estructurado como para proscribir los contenidos al inconsciente y, en lugar de ello, se ocupa simplemente de reorganizar la superficie “¹⁷³.

Según los teóricos psicodinámicos, el sujeto con trastornos alimentarios utiliza dos mecanismos de defensas fundamentales: la identificación proyectiva (o fusión entre la representación del self y las representaciones objetales) y la división. En el primero, los pensamientos y sentimientos no están reprimidos sino que permanecen más o menos conscientes, lo único que ocurre es que simplemente tienden a fundirse y confundirse con los de otro. Esta incapacidad para “diferenciar

¹⁷¹ Wilber, Ken **Psicología integral** Ed. Kairós, Barcelona, 2001, pág. 58

¹⁷² Kernberg, Otto, op. Cit. pág. 68

¹⁷³ Wilber, Ken **Psicología integral** Ed. Kairós, Barcelona, 2000 pág. 79

aboca a dos desórdenes característicos: o bien el self engulle el mundo (trastornos narcicistas) o bien el mundo invade o amenaza con tragarse al self (trastorno borderline). En el caso de la división, los pensamientos y sentimientos se hallan escindidos en una forma muy primitiva. El self no posee la capacidad cognitiva necesaria para comprender que la buena imagen y la mala imagen no son más que dos aspectos de la misma persona¹⁷⁴. No puede integrar el objeto parcial totalmente bueno y el objeto parcial totalmente malo en una imagen global del objeto que es parcialmente buena y parcialmente mala. El adolescente “no puede comprender que la persona a quien odia es la misma persona a la que ama porque la rabia asesina que siente hacia aquella podría destruir a ésta. En tal caso, el niño sigue separado y dividiendo su mundo objetal en fragmentos totalmente buenos y fragmentos totalmente malos (y, por tanto, reacciona de manera exagerada a las situaciones como si se tratara de un asunto de vida o muerte, totalmente bueno o totalmente malo¹⁷⁵. En resumen, si el trastorno alimentario viene acompañado de una estructura narcicista, estaríamos diciendo que las fronteras entre el Self y el otro se hallan desdibujadas, pero si nos referimos a la estructura borderline, estaríamos diciendo que las fronteras entre el Self y el otro son muy débiles. Ahora, ¿Qué pasa con estos trastornos, como se forman?

En párrafos anteriores se mencionaba que una lesión que sufriera el Self durante su ascenso por diversos estadios desencadenaría una patología en específico. Para entender la presencia de psicopatología habría que remitirnos al vínculo parental, en la cual, si el ascenso del Yo a través de cada estadio se ve regulada por un vínculo parental con tendencia hacia la sobre estimulación de cuidados, desencadenaría una lesión evolutiva en el Self, al igual que la privación de cuidados o de afecto. “Las dos tendencias afectan los procesos de permanencia, identificación y separación de cada estadio¹⁷⁶. Por lo tanto, si el vínculo parental

¹⁷⁴ Wilber, Ken La conciencia sin fronteras Ed. Kairós, Barcelona, 2001, pág. 83

¹⁷⁵ Wilber, Ken Psicología integral Ed. Kairós, Barcelona, 2000, pág. 84

¹⁷⁶ Wilber, Ken Wilber, Ken Un camino hacia la liberación Ed. Kairós, Barcelona, 2004 pág. 50

regula de forma equilibrada los procesos de identificación del Yo en cada estadio, el resultado sería la obtención de un Self integral, individual y consolidado.

En los trastornos anoréxicos con estructura borderline, se repite con frecuencia un vínculo parental con tendencia al aglutinamiento; es decir, “una forma extrema de proximidad con características de sobre vinculación entre los miembros”¹⁷⁷, los cuales dificultan que el adolescente adquiera un Self emocional diferenciado y consolidado. La sobre estimulación provoca la incapacidad de no diferenciar los sentimientos propios con respecto a los sentimientos de los demás. Por ejemplo, durante la lactancia, si el bebe, aún indiferenciado de su madre, resulta invadido por afectos insoportables, en donde las preocupaciones y los deseos de ella se agregan a su sentir, ello provocará que el bebe capte los estadios afectivos ajenos como propios, los cuales, éstos pueden resultar irrumpientes produciendo como consecuencia una falla en la identificación primaria.¹⁷⁸ Al apoderarse la madre de los sentimientos y sensaciones corporales del infante, ello provocará que éste atribuya indiscriminadamente sus sentimientos y sus pensamientos a los demás, agrupando los buenos sentimientos sobre un determinado aspecto y los malos sentimientos sobre otro. “Carecerá de una estructura sólida y estable como para diferenciar las representaciones del Self y las representaciones objetales, y para integrar las imágenes parciales en una imagen global de sí mismo ni con respecto a los demás”¹⁷⁹. Esta separación provocará que el adolescente desarrolle una dependencia absoluta hacía los demás en busca de un Self emocional diferenciado.

Esto explica porque los adolescentes proyectan una dependencia excesiva hacia los demás para conducir su vida. El vínculo de ser una sobre la otra genera que el

¹⁷⁷ Bonsignore, Ana, **Anorexia y Bulimia** Ed. Atuel, Argentina, 1986, pág. 123

¹⁷⁸ Ibidem, pág. 124

¹⁷⁹ Wilber, Ken **La conciencia sin fronteras** Ed. Kairós, Barcelona, 2001, pág. 45

adolescente busque constantemente la aprobación y las opiniones de los demás al carecer de directrices internas que gobiernen su vida. En esta estructura, la búsqueda de estabilidad esta asociada a un profundo temor al abandono y una hipersensibilidad al rechazo afectivo. La compañía les permite sobrevivir a un esquema de pérdida y de abandono. Es por esta misma razón que el adolescente alberga un miedo profundo a ser tragado por el mundo. La falta de estructura de un Self separado y consolidado provoca una desorganización en el Yo para conservar ideas, gustos, valores, amistades, pasatiempos, intereses, ante la falta de una estructura; y por ende, la incapacidad de no reprimir.

En la estructura narcicista, por ejemplo, la alternancia de una hiper- estimulación y la carencia de cuidados puede ser significativa que, las fronteras del Self y la de los demás estén desdibujadas, por lo que, el adolescente intente comerse al mundo; es decir, que el adolescente crea que el mundo forma parte de su organismo, por lo que resultan ser altamente exigentes e intolerantes hacia los demás. La clave de este esquema es el egocentrismo. Las personas con trastornos alimentarios (con estructura narcicista) tienen poca tolerancia a la frustración: no pueden aceptar el hecho de que, no siempre se puede obtener lo que ellos esperan. La poca tolerancia a la frustración provoca que éstos no sean capaces de elaborar duelos, procesar pérdidas y aceptar, el hecho de que la vida no siempre gira alrededor de ellos.

En las relaciones sociales, presentan una incapacidad para decodificar lo que el otro piense o sienta, no lo comprenden o lo ignoran como si no existiera. Están tan ensimismados en su mundo afectivo, que no reconocen las motivaciones ajenas. No son capaces de decentrarse y colocarse en la experiencia subjetiva del otro. El narcicista necesita ser el centro y que las cosas sean como a él le gustaría que fuesen. No soportan la frustración, el fracaso o la desilusión.

Descripción psicodinamica de los síntomas anoréxicos y bulímicos

Los trastornos alimentarios ocupan “una posición de encrucijada entre la infancia y la edad adulta, entre lo psíquico y lo somático, entre lo individual y lo social.”¹⁸⁰. La negativa a comer o la compulsión bulímica se ofrecen como “escenas en las que se despliegan deseos inconscientes que están fuertemente ligados a las vicisitudes de la feminidad.”¹⁸¹. Cuando la sobreprotección parental se hace presente en la vida del adolescente, representa una invasión en el espacio emocional el cual origina, que exista una incapacidad de identificar los sentimientos como propios. El adolescente no puede expresar sus sentimientos y emociones porque ni siquiera sabe identificarlos como propios. Esta incapacidad de expresar sentimientos se convierte en un mecanismo para evitar o evadir los conflictos: a través de la no expresión de emociones. Es por esta razón que se observa en ellos una falla en la simbolización. El cuerpo, su esquema y sus funciones no son posibles de ser semantizadas y por lo tanto presentan una pobreza metafórica en su lenguaje para referirse a su propio cuerpo o a sus necesidades. Como la estimulación de la madre solo ha servido para reprimir cualquier iniciativa de la adolescente, es por esto que existe esta crisis de simbolización.

El adolescente mantiene una vivencia de extrañamiento e inautenticidad que no puede superar, por lo que, los comportamientos de observarse en el espejo, el hacer ejercicio y dietas, simboliza “una manera de transformar en algo activo el estado de sufrimiento que padece en su círculo familiar. Las formas que tiene el adolescente para reconocerse a sí mismo es a través de las experiencias musculares y visuales del propio cuerpo. La proyección de los conflictos personales hacía el ámbito sensorial o corporal constituye un recurso al que apela

¹⁸⁰ Bonsignore, Ana, op. Cit. pág. 124

¹⁸¹ Ibidem, pág. 144

el Yo para hacer conscientes sus procesos de pensamiento y de sentimiento¹⁸². El mirarse en el espejo y hacer ejercicio constituye un intento de recobrar su espacialidad psíquica, robada de la madre. Este juego proyectivo “constituye un intento fallido al no culminar en el logro de una identificación con un modelo ideal¹⁸³. La falla en la identificación indica que existe una perturbación psíquica al no encontrar la mirada de una madre que pudiera devolverle sus propios estados afectivos. Por lo tanto, cualquier cambio que experimente el adolescente, por ejemplo, los cambios físicos y mentales que implica la adolescencia, van a representar una pérdida para su propia identidad. La rápida transformación del cuerpo que se agranda y cambia de forma, así como la necesidad de apartar las figuras parentales y trabar nuevas relaciones interpersonales, serán eventos que lo expondrá a experiencias traumatizantes que no podrá tolerar. Los signos vitales de la adolescencia simbolizan una amenaza ante la falta de espacialidad psíquica (provocada por la poca diferenciación corporal y emocional con la madre) Esta cantidad de problemas “provocan en la frágil personalidad del adolescente un estado depresivo, que comienza a manifestarse en una actitud de rechazo frente a los alimentos¹⁸⁴.

El inicio del control de ingesta se instala en el momento que las vivencias “son significadas como desbordantes, por lo tanto, al no sentirse dueñas de su propio cuerpo, tratarán de revertir esta situación a través de un rígido control alimentario que pasa a constituirse de una manera impenetrable, desafiando las leyes biológicas. De esta forma, se reactiva así la sensación de impotencia oral¹⁸⁵, y el adolescente comienza a organizar el adelgazamiento como una imagen de independencia y autonomía. El trastorno de la ingesta simboliza, o pone al

¹⁸² Cava, Gloria **Anorexia y Bulimia** Ed. Ariel Ciencias Médicas, Barcelona, 2001, pág. 95

¹⁸³ Ibidem, pág. 99

¹⁸⁴ Bonsignore, Ana, op. Cit. , pág. 184

¹⁸⁵ Cava, Gloria op. Cit, pág. 100

descubierto, una fractura parental, un conflicto en el vínculo plagada de afectos hostiles permanentemente encubiertos. La negativa a comer tiene que ver indudablemente con el aspecto del control, con la diferenciación con la madre. En lo latente se encubre una gran conflictiva emocional que se debaten en el cuerpo. El rechazo a comer simboliza un conflicto ante la falta de diferenciación corporal y emocional que implora en el adolescente. El empobrecimiento representacional que mencionábamos hace rato, provoca que el cuerpo tome lugar de lo que no se puede metaforizar. La simbiosis patológica madre-hija se expresa en el cuerpo y representa un campo de batalla. Es decir, en el cuerpo de la adolescente se juega esa lucha, ese conflicto que existe con la madre. El rechazo a la comida “enmascara una carencia que se manifiesta a través de un accionar irreflexivo e indiscriminado”¹⁸⁶. La adolescente lucha contra sus necesidades orales y trata de apaciguar las sensaciones y placeres de organismo. Se niega a ser dependiente de las necesidades corporales y de sus apetitos. El ataque inconsciente hacia las partes de su cuerpo implica una lucha por evitar los impulsos de voracidad y los impulsos sexuales, lucha por hacer desaparecer su menstruación y por eso se vuelca hacia la intelectualización. El liquido y los alimentos que pasan por el tracto digestivo entran como alimento cargado y contaminado de afectos y emociones, los cuales representan una amenaza. El esquema corporal del adolescente se encuentra alterado porque “la elaboración imaginativa de las funciones corporales y su relación con el objeto no alcanzan a lograr una unidad entre psique – soma”¹⁸⁷. No se ha producido una integración entre ellos. No existe un Self físico consolidado ni siquiera un Self emocional. El descontrol alimentario simboliza una reacción ante la falta de cohesión del sí mismo, representa una falta de espacialidad psíquica, y por ende, la falta de integración entre mente y cuerpo.

En otras palabras, la restricción alimentaria representa un intento de diferenciarse corporalmente y emocionalmente como consecuencia del desbordamiento que

¹⁸⁶ Bonsignore, Ana, op. Cit. pág. 185

¹⁸⁷ Semari, Antonio, **Psicoterapia cognitiva del paciente grave** Ed. Desclée de Brouwer, Bilbao, 2002, pág. 32

ocasiona la invasión afectiva del vínculo parental. Por lo tanto, el aceptar la comida simbolizaría el aprobar el aglutinamiento y la falta de espacialidad psíquica que implora en el adolescente.

Hasta este momento, se ha intentado obtener un mapa, lograr una aproximación clínica y teórica que nos permita conocer, en que condiciones específicas una persona pudiera desarrollar un trastorno alimenticio. Sin embargo, a pesar de toda la investigación clínica detallada que existe en la actualidad, resulta difícil predecir quien, cuando y donde, aparecerá un cuadro de anorexia (o bulimia). El asunto primordial es comprender quien estará bajo el riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación. Para responder a esta pregunta compleja, es importante recurrir, como menciona Luís Rojo Moreno, a modelos multidimensionales.

1.- Ambos tipos de trastorno (anorexia y bulimia) pueden estar precedidos por las restricciones dietéticas. De hecho muchas adolescentes llevan a cabo dietas de adelgazamiento, lo cual constituye un comportamiento común entre los jóvenes, sin embargo, a pesar de ello, no todas las mujeres que se someten a dietas desarrollan trastornos alimenticios posteriores, pero, en estudios recientes se ha comprobado que las mujeres que se han sometido a dietas tienen una probabilidad mayor de desarrollar un cuadro anoréxico o bulímico. El hacer ejercicio es otro método que emplean las chicas para controlar el peso, pero es un método que alberga menos posibilidades de desarrollar el trastorno que la restricción alimenticia, aunque no en todos los casos.

2.- Otro factor de riesgo es la vulnerabilidad biológica; es decir, la genética, la susceptibilidad a la desregularización de los sistemas de transmisión que regulan el comportamiento alimentario.

3.- Otros factores, como los ya mencionados anteriormente, son: la presencia de conflictos familiares, conflictos intrapsíquicos (síndromes borderline, narcicistas, obsesivo-compulsivo). La estabilidad de la incidencia de la anorexia parece depender mas de los factores individuales que de los factores precipitantes o ambientales, aunque no en todos los casos. En el caso de la bulimia resulta el caso contrario, sin afirmarlo de manera absoluta.

Una vez más, se mencionan como prerequisites para los trastornos alimenticios el factor de riesgo de insatisfacción corporal, tener un alto peso corporal, albergar un sentido de estima mermado por burlas en la infancia (o en la adolescencia) a consecuencia del peso y tener padres que se sometan a dietas para adelgazar. El tener un sentimiento de rechazo respecto al cuerpo puede conducir a desarrollar un fuerte comportamiento de dieta. Es bien sabido que las mujeres que tienen una apreciación baja de sí mismas pueden percibir que la delgadez podría ser una solución ante las críticas de los padres y del entorno social en general. Y si a esto se le agregamos la manipulación subliminal sobre el deseo de tener un cuerpo esbelto, entonces, la probabilidad de contraer un trastorno aumenta considerablemente. La preocupación por la delgadez que promueve el entorno cultural es una realidad omnipotente que se puede detectar en periódicos, en revistas, radio, televisión, calles y carreteras, mirando las azoteas de los edificios y en sus paredes laterales, en los comercios, en las estaciones de los transportes, hasta en los mismos vehículos. Es prácticamente imposible escapar de dichas influencias. Sin embargo, a pesar de todo ello, no todas las chicas que contemplan pasivamente dichos anuncios contraen directamente algún trastorno, como tampoco las chicas que se someten a dietas contraen el trastorno, a menos que exista una susceptibilidad individual. En suma, Los trastornos de anorexia y bulimia surgen de una combinación de 3 factores de riesgo (factores individuales, ambientales y socioculturales).

Por otro lado, se revisó la importancia de los acontecimientos vitales (factores precipitantes) que aceleran el brote de alguna alteración en la ingesta. Los acontecimientos vitales como el stress preceden en repetidas ocasiones la anorexia y la bulimia nerviosa. Entre ellas se detectan los problemas interpersonales, las burlas de los compañeros, las presiones para alcanzar éxito, etc. Sin embargo, los acontecimientos vitales son en la mayoría de los casos experiencias comunes que no pueden explicar el desarrollo de un trastorno alimenticio. Por lo tanto, se sostiene que los efectos negativos, las repercusiones

psicológicas de un acontecimiento negativo varían de persona a persona, o sea, lo que produce patología no es tanto el acontecimiento amenazante como tal, sino el significado simbólico que encierra ese acontecimiento. Por ejemplo, las pérdidas se asocian con depresión, las amenazas, con ansiedad, y la obesidad con fealdad, etc.

En virtud de lo descrito anteriormente, podemos concluir que en los últimos años el número de consultas por trastornos de la conducta alimentaria en México ha aumentado en adolescentes. Las preocupaciones por el aspecto, tamaño y forma corporal se incrementan considerablemente. Estos antecedentes constituyen señales de advertencia para tomar en consideración: los adolescentes de hoy en día muestran un pensamiento obsesivo sobre su peso creando una susceptibilidad a someterse a alguna restricción alimentaria, demuestran una vulnerabilidad a los mensajes culturales (que equiparan delgadez con belleza física), y si a todo esto se agregan factores de riesgo como perturbaciones de personalidad y antecedentes familiares (alcoholismo, depresión y trastornos de la conducta alimentaria), entonces la probabilidad de desarrollar conductas anoréxicas y bulímicas aumenta considerablemente: motivo suficiente para que los adolescentes cuenten con información sintomática, etiológica, y que adquieran conocimiento sobre las actitudes y conductas familiares que pueden contribuir a perpetuar su sintomatología.

Por otra parte, con respecto a su etiología, las causas son resultado de una compleja combinación dinámica de factores que involucran la parte individual, familiar, y socio cultural. Todos los modelos etiológicos multidimensionales guardan fragmentos importantes de la verdad, y todas ellas deben de ser respetados y valorados. Por lo tanto, se concluye que todas las contribuciones que se realizan desde diferentes campos científicos (biología, psicología, psicopatología del desarrollo, sociología), son de gran relevancia a la hora de proporcionar explicaciones sobre la etiología de la anorexia y bulimia. Ninguna área del conocimiento científico puede vanagloriarse de tener una interpretación exclusiva de la verdad.

Por otra parte, en relación con sus formas de detección, es importante reconocer los signos y síntomas de la psicopatología alimentaria para poder establecer un diagnóstico diferencial. También, tomar en cuenta la asociación existente entre los trastornos alimenticios con los trastornos afectivos. Los trastornos alimentarios difícilmente emergen como única patología: lo más habitual es que lo hagan asociados a la obesidad, ansiedad, depresión, patología del control de impulsos, trastornos borderline, trastornos narcicistas y adicciones. Por tal motivo es importante analizar las experiencias básicas en las relaciones madre-hija durante los primeros años de vida, (la perspectiva triádica hija-madre-padre) y analizar los conflictos no resueltos en otras generaciones que pueden caer irremediablemente sobre el adolescente (la transmisión transgeneracional, hijos-padres-abuelos).

La relación madre-hija encierra todo un universo de conflictos, de amores, de secretos y emociones que marcan la vida de las adolescentes. Uno de los mecanismos más inconscientes que se juegan en este vínculo es si la hija podrá superar a la madre y si la madre tolerará ser superada por la hija. En los trastornos alimentarios se juega esa dialéctica donde existe una encubierta competencia entre madre-hija. La sobreprotección materna (que con tanta frecuencia se repite en la dinámica familiar de pacientes con trastornos alimentarios), representa una invasión en el espacio emocional del bebe, causando una dificultad para tramitar el desbordamiento. La atención de la madre queda condicionada por sus propias perentoriedades antes que por las del bebe. Esta intromisión y vigilancia desmedida representan huecos, carencias afectivas que deben llenar a través del cuerpo de la adolescente. Ella representa un salvavidas emocional para sobrevivir ante la soledad y la angustia. Por lo tanto, las necesidades de individualidad y de autonomía de la adolescente quedan relegadas en segundo plano. La madre piensa, siente y actúa por ella, desea inconscientemente volver a vivir su adolescencia a través de la hija. El adolescente no puede incorporar los aspectos protectores de la figura paterna al predominar esa identificación hostil con la figura materna. La madre siempre descalifica al padre. Por lo tanto, el estado de

inanición del adolescente refleja una lucha, un deseo de apropiarse de algo que les falta, un deseo de llenarse sin restricciones mediante la privación. Los padres deben saber diferenciar, pues, los vacíos y las necesidades de los hijos. Se concluye que el cuerpo representa la dialéctica de la saciedad o la privación, y la gratificación excesiva de cuidados, de protección y de atención (así como la privación) genera marcas, huellas, tatuajes o inscripciones sobre el cuerpo del bebe.

Por todo esto, es importante contar con fundamentos etiológicos psicodinámicos. La descripción psicodinámica sobre la estructura borderline y narcicista nos permite interpretar y comprender, la conducta anoréxica y bulímica. Sin embargo, es importante aclarar que estas explicaciones psicoanalíticas no encierran verdades absolutas, sino verdades parciales y que se deben de agregar los componentes sociales, individuales, biológicos y culturales. Es decir, explicar estos trastornos como una etiología integral.

Por otra parte, abordando sobre la imagen corporal, es importante hacer mención que una percepción satisfactoria de autoestima corporal nos hace inmunes a muchas enfermedades a nivel emocional, y en el caso de anorexia y bulimia, resulta crucial el que los jóvenes incorporen la necesidad de cultivar una imagen corporal positiva como prioridad psicológica: que descubran que dichas necesidades son iguales de importantes como las necesidades del organismo. Por ejemplo, así como necesitamos ingerir cierta cantidad de proteínas y de vitaminas para que nuestro organismo funcione adecuadamente, también necesitamos experimentar satisfacción acerca de nuestra imagen corporal para que nuestra personalidad tenga una estructura psicológica sólida y funcione adecuadamente.

De lo contrario, si el adolescente no ha logrado en años anteriores una confianza básica que le brinde su entorno familiar y social por medio del reconocimiento, si sus conflictos emocionales previos no se han resuelto, no ha fortalecido su voluntad de ser el mismo y de crear su propio concepto de belleza a través de la

imaginación y de su razonamiento, entonces surgirán sentimientos de inutilidad, de autocrítica corporal y de desconfianza hacia su entorno. Por lo tanto, es importante que durante todos los días los jóvenes trabajen en ejercicios de autovaloración: que cambien la imagen negativa que albergan sobre su cuerpo por otra más positiva y valiosa.

Por otro lado, es importante acentuar el gratificar las necesidades de autonomía y de contar con salidas para tener una expresión emocional en nuestro entorno. Son requisitos indispensables para cultivar un desarrollo emocional funcional en nuestra personalidad. Por eso, los programas de prevención deben de estar diseñados en esa dirección, en la tarea de fortalecer ese ámbito de los sentimientos u emociones.

En relación con los factores socioculturales, se concluye que la autoestima es estimulada y apremiada cuando los adolescentes se ajustan a los cánones de la belleza física, sobrestimando la figura esbelta como principal fuente de estima.

Por último, se concluye que en la medida en que se diseñen programas preventivos primarios se podrá combatir o confrontar la incidencia de dichos trastornos.

PROPUESTA

1.- Actualmente, existe un incremento epidemiológico sobre los trastornos alimenticios en México. Tal incremento lo registra el Instituto Nacional de Nutrición y la Fundación Internacional Contra la Bulimia y Anorexia en México. Y por otra parte, las cifras publicadas en Investigación y Desarrollo señalan cifras elevadas a nivel nacional. Por lo tanto, la obtención de información concerniente a la prevalencia nos permite dar elementos para elaborar un programa preventivo piloto. Por esta razón, de la presente investigación documental (estudio descriptivo) surge la propuesta de crear un taller preventivo.

El objetivo principal de dicho programa consiste en prevenir el desarrollo de anorexia y bulimia nerviosa dirigido en adolescentes y jóvenes entre un rango de 14 y 25 años de edad, de acuerdo con la edad promedio obtenida de la investigación documental.

El taller consiste en un programa piloto puesto que todavía no se ha comprobado su efectividad, por lo que se sugiere que en próximas generaciones se aplique para medir sus resultados.

Esta diseñado para trabajar en las áreas de autoestima, imagen corporal, autonomía y expresión de emociones. El programa debe de ser impartido por un Psicólogo o Psicóloga clínica en las que posea conocimientos vinculados al diagnóstico diferencial de las patologías corporales. Que cuente con conocimientos sobre fundamentos etiológicos psicodinàmicos sobre los conflictos subyacentes en los trastornos alimenticios, y que cuente con experiencia en el manejo de grupos.

Por otra parte, es necesario mencionar la importancia de que los jóvenes cuenten con información nutricional y que dentro de programas futuros, se integre el

trabajo de un psicólogo con el trabajo de un nutriólogo. Es de importancia recalcar que aunque el programa propuesto no contemple el trabajo de un especialista en nutrición, no queda cerrada la posibilidad de incluir una sesión o en varias sesiones, el tema de la nutrición en el futuro.

El programa propuesto fue elaborado en colaboración con la psicóloga Margarita Juárez, licenciada en Psicóloga clínica con especialidad en Trastornos Alimenticios, directora de la Clínica Disana. Los resultados del taller todavía están por conocerse en dicha Clínica.

2.- Por otra parte, se propone que en el área de salud, las autoridades tengan una vinculación mas activa para prevenir y controlar tales enfermedades. Es importante que los hospitales cuenten con mayor vigilancia epidemiológica. Cabe destacar que hasta el momento, de acuerdo con la información documental descrita, no se cuentan con datos reales que reflejen el grado de incidencia entre los jóvenes. Los estudios en población general son escasos. De ahí que deben de crearse operativos que estén encaminados a la capacitación del personal de salud y la disposición de crear servicios hospitalarios los cuales presten el servicio especializado para tratar trastornos alimenticios.

En el ámbito de la educación, es importante disponer de programas preventivos que ayuden a los jóvenes a adquirir una comprensión profunda sobre las características de estos problemas, y de establecer como objetivo importante trabajar en el terreno afectivo en donde los jóvenes interioricen habilidades que les permitan crecer en los ámbitos de aceptación, de autoestima y autonomía, con la finalidad de albergar un sentido de independencia interior sobre las premisas culturales que promueven sistemáticamente el cuerpo esbelto como principal fuente de autoestima.

Es por esa misma razón que se resalta la necesidad de diseñar programas destinados a estimular los ámbitos de imagen corporal, valoración positiva y la

comunicación en los jóvenes. Es importante que incorporen que dichos ámbitos son necesarios para gozar de una vida social y emocional satisfactoria. Y que por el contrario, la presencia de evaluaciones negativas en la imagen corporal puede desencadenar medidas restrictivas para bajar de peso bajo una base de auto rechazo.

Por tal motivo de la presente investigación surge la siguiente propuesta, que consiste propiamente en crear un taller de carácter preventivo primario, que a continuación de manera muy general se expone:

TALLER PREVENTIVO PRIMARIO

A8

Definiciones y características de los Talleres de Prevención

Antes de iniciar con la descripción del taller preventivo primario, se resumen a continuación algunos de sus conceptos básicos, los elementos que debe reunir y los niveles a los que se puede enfocar.

Los talleres educativos de prevención primaria establecen “programas que reduzcan la incidencia de una determinada patología”¹⁸⁸. La prevención como tal constituye un aspecto importante dentro de la salud mental y dentro de la psicología de la comunidad. Luís Moreno Rojo, en su libro “Anorexia Nerviosa”, resalta que la meta principal radica en reducir el número de casos de alteraciones mentales sobre una población. Los talleres prevención pueden ser de tipo secundario y la terciario. La prevención secundaria tiene el propósito de reducir el número y duración de casos donde: “ya se comenzó a presentarse una enfermedad mediante una intervención temprana durante las primeras fases de su

¹⁸⁸ Moreno Rojo, Luis, Anorexia nerviosa, editorial Ariel Ciencias Mèdicas, Barcelona: junio 2003, pp. 449

desarrollo”¹⁸⁹. La prevención terciaria se enfoca en reducir los efectos de la alteración de un problema; se trata de curar la enfermedad si es posible y de evitar recaídas sobre la enfermedad que se padezca.

Los talleres de prevención se destinan a distintos ámbitos. Por ejemplo, se pueden enfocar hacia la personalidad de un individuo; es decir, un taller que busque introducir o fortalecer actitudes en pro de la salud. Otros ámbitos se destinan en la parte ambiental, en donde se enfocan a eliminar estímulos del ambiente que provoquen una enfermedad. Ofrecen oportunidades para fomentar actitudes o comportamientos alternativos. Por otra parte, dichos talleres pueden ser dirigidas a poblaciones en general ó ser selectivas cuando lo son a grupos específicos.

Características de los talleres preventivos primarios. 1.- “Están enfocados a un grupo en particular. 2.- Están diseñados para alterar la vida de los miembros de ese grupo. Cuentan con 4 herramientas principales: La educación, la promoción de la competencia, la organización comunitaria y el dar cuidados”¹⁹⁰.

La educación constituye la herramienta más importante dentro de los talleres de prevención. La promoción de la competencia se refiere a los esfuerzos de un grupo por cultivar la cooperación y el sentido de comprensión entre los lazos del grupo. La organización comunitaria se refiere a los cambios administrativos o legales que produzca el programa, y la última herramienta se refiere a la esencia de cuidar de uno mismo y de cuidar a los demás.

Beneficios y obstáculos que presentan los talleres preventivos.- Una de las ventajas que ofrecen es que se dirigen a poblaciones en donde no están dañadas por una enfermedad en especial, logrando conseguir que la prevención sea mas redituable a largo plazo. Dentro de las desventajas que se encuentran es que no suelen recibir la prioridad que deben de dársele, que no reciben fondos necesarios

¹⁸⁹ Ibidem

¹⁹⁰ Ibidem

por un patrocinador, lo que limita que el taller preventivo avance con éxito en sus metas.

La prevención primaria en relación con los Trastornos alimenticios. Pros y Contras.

De acuerdo con Luís Moreno Rojo en su libro *Anorexia Nerviosa*, resalta la importancia de elaborar talleres preventivos contra los trastornos alimenticios. Menciona que existen obstáculos en el éxito de programas preventivos y que se refieren a la resistencia que presentan distintos medios de comunicación masiva, industrias de moda e industrias deportivas.

Introducción y especificaciones sobre el Taller Preventivo Primario

El taller que se propone está enfocado al comportamiento de adolescentes con el objetivo de promover un cambio en la percepción en áreas distintas de su personalidad. Propone: “modificar conocimientos, actitudes y conductas”¹⁹¹.

El taller propuesto cubre las siguientes características: 1). El proporcionar una información intelectual sobre las características sintomáticas que definen a dichos trastornos. Explicar la etiología involucrada a nivel psicológico, familiar y cultural y por último, realizar actividades relacionados con la imagen corporal, con la autoestima y elaborar ejercicios encaminados a la expresión de sentimientos y emociones.

2) se toman en cuenta las necesidades de los jóvenes. El programa es voluntario y que busca cubrir las expectativas que se plantean en la primera sesión 3) el taller tiene objetivos muy claros para cada sesión 4) los trastornos de la alimentación son prevenibles 5) El taller está adecuadamente planeado en la edad de los participantes; es decir, está planeado en la etapa psicológica en donde se manifiesta una preocupación por el cuerpo, una madurez suficiente para comenzar a reflexionar, pero lo más importante: que no hayan desarrollado algún trastorno alimentario como anorexia o bulimia. 6) promueve el sentimiento en los jóvenes en el que pueden superarse como personas y aprender a manejar las presiones sociales de estar delgadas 8) no hay mejor lugar para un taller de este tipo que una escuela y 9) se considera que las dinámicas son adecuadas para la edad de los jóvenes.

Especificaciones.- Cuando se imparte un taller preventivo, existen factores que pueden obstaculizar el desempeño en mayor o menor grado. Esas barreras pueden ser de todo tipo y varían de curso en curso e incluyen los estados afectivos y las actitudes del facilitador(a) y de los participantes. Así como también

¹⁹¹ www.psiquiatria.com/articulos/tralimentación/14987/

la falta de elementos como: un encuadre definido, material didáctico inapropiado, falta de un espacio adecuado, o falta de tiempo para cubrir ciertos temas; entre otros. Por eso es importante considerar dichos elementos y tomar medidas para evitar que se presenten dichos obstáculos.

Por lo tanto, para reducir obstáculos dentro de las metas del programa, se toman en consideración los siguientes requisitos o especificaciones:

Ser aplicado por un Psicólogo o Psicóloga clínica. Los requisitos son: Que posea conocimientos vinculados a los trastornos alimenticios. Experiencia en el manejo de grupos y la capacidad de poder detectar clínicamente la aparición de crisis en alguno de los participantes. Dirigido en adolescentes y jóvenes, mujeres u hombres, entre un rango de edad entre 14 a 25 años de edad. Tiene una duración de 24 horas y media divididas en 8 sesiones, la cual se distribuirán en 3 sesiones por semana: Lunes, Miércoles y Viernes, abarcando un periodo de 3 semanas con un horario matutino de 10:00 a.m a 2:00 a.m, con descansos de 30 minutos, teniendo en consideración que el tiempo además de ser variable, debe ser el tiempo suficiente para cubrir todos los temas y actividades adecuadamente.

El programa puede impartirse dentro de las instalaciones de una escuela privada ó pública contando con los permisos requeridos. En el caso de una escuela privada, el taller preventivo se vendería al colegio y sus costos cubrirían:

Taller al colegio

- A).-Tiempo del expositor (psicólogo(a) capacitado(a) para impartirlo).
- B).- Material: Fotocopias, rotafolios, plumones, hojas blancas.
- C).- Presupuesto: Se deberán considerar los costos de las visitas al colegio, llamadas telefónicas, transporte del equipo.

Si el taller preventivo se imparte en una escuela pública, el costo estaría en función del tiempo invertido en el proyecto, y los beneficios que se ofrece ante los

jóvenes. Responsabilidades tanto de las autoridades como del Psicólogo(a) sobre el lugar en específico donde se realizará el taller, procurando que esté cómodo y bien iluminado y todo lo referente al material didáctico y equipo requerido. La asistencia al programa es totalmente voluntaria.

La asistencia como la no asistencia al programa no debe tener repercusiones de tipo académico. El grupo de participantes, alumnos de la escuela en cuestión, debe abarcar entre 10 y de 15 personas como máximo para el adecuado manejo grupal.

Objetivos generales y específicos del Taller Preventivo Primario

Objetivo general

Prevenir el desarrollo de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en los participantes.

Objetivos Específicos

- 1.-Que el grupo sea capaz de identificar y distinguir sintomáticamente la anorexia y bulimia.
- 2.- Que los participantes comprendan las repercusiones físicas y emocionales de los trastornos.
- 3.- Dar a conocer al grupo los rasgos de carácter que distinguen a las personas con problemas alimenticios.
- 4.- Que los participantes conozcan la importancia de cultivar una imagen corporal satisfactoria en función de la aceptación de su cuerpo.
- 5.- Dar a conocer al grupo la importancia de cultivar autoestima en base a evaluaciones positivas sobre uno mismo, basada en características internas.
- 6.- Que los participantes sepan dar mensajes asertivos
- 7.- Que los miembros del grupo conozcan la importancia de cultivar autonomía y de expresar emociones.

Metodología del Taller Preventivo Primario

El programa está estructurado en ocho sesiones. Dentro de dichas sesiones se tocan los temas de anorexia, bulimia, imagen corporal, autoestima, asertividad y comunicación. Asimismo, se tiene planeado tener un amplio espacio al principio para que se familiaricen las participantes y la facilitador(a), hacer una introducción del curso y establecer las reglas de trabajo. También está programado hacer una evaluación y un cierre del grupo y del programa en la última sesión.

A lo largo del programa se utilizan una combinación de exposiciones teóricas por parte de la facilitador(a) en el que se realizan actividades individuales tales como hacer dibujos o contestar cuestionarios y dinámicas de grupo. Durante las actividades en grupo y las exposiciones teóricas existe un amplio espacio para que los participantes compartan sus dudas, reflexiones, opiniones y experiencias personales. Es importante mencionar que esta combinación de teoría y práctica es con el propósito de lograr que los adolescentes logren captar la información de una manera sencilla, profunda y duradera.

El psicólogo(a) dará el encuadre del curso la cual contará con los siguientes elementos:

- A) El horario y la frecuencia de las sesiones y de los tiempos de recesos.
- B) El espacio donde se desarrollará el programa.
- C) El resaltar que el programa comenzará a la hora estipulada.

Por otra parte, es importante mencionar que el programa propuesto es un taller inicial en la que se necesitará de investigaciones futuras para valorar su efectividad.

EL TALLER PREVENTIVO **PRIMARIO DESGLOSADO**

SESION NUMERO 1: PRESENTACION
DURACION: 4 HORAS
TEMA: PRESENTACION

ACTIVIDAD 1	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Conociéndose</p> <p>El facilitador presentará ante los participantes de una manera calida y personal.</p> <p>Cada uno de los jóvenes hará un dibujo de algo que les guste mucho y con lo que se identifiquen a la vez.</p> <p>Posteriormente compartirán su dibujo y dirán su nombre, su edad, y la razón por la que vinieron al curso.</p>	<p>Que el facilitador y los participantes se empiecen a conocer.</p> <p>Que los adolescentes expresen y compartan las expectativas del programa.</p>	<p>Ninguna</p>	<p>hojas de papel blanco Crayolas o lápices de colores.</p>	<p>30 minutos</p>

ACTIVIDAD 2	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
Conociendo las expectativas del grupo.	Que los adolescentes expresen y compartan las expectativas del programa.	Ninguna	Pizarrón y gis Hojas de papel Lápices o plumas	30 minutos

ACTIVIDAD 3	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
Presentación del programa. El psicólogo hará una presentación del programa mencionando los temas generales de las sesiones que se darán.	Que los adolescentes estén informados acerca de la naturaleza del programa. Dar a conocer el encuadre del programa.	Expositiva	Ninguna	15 minutos

ACTIVIDAD 4	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
El psicólogo pedirá a los jóvenes que den sus sugerencias sobre las reglas que debe de haber en el programa para que éste funcione	Establecer las reglas de trabajo. Sentar las bases para un clima de respeto y confianza en el grupo	Lluvia de ideas combinada con expositiva	Hojas de rota folios y plumones de colores	30 minutos

<p>adecuadamente.</p> <p>El psicólogo mencionará que en el programa podrá hablar y participar quien lo desee y no se obligará a nadie a participar en contra de su voluntad. Debe de implorar en el programa respeto y discreción ante lo que se comente dentro de su desarrollo.</p>	<p>indispensable para que sea efectivo el programa.</p>			
---	---	--	--	--

ACTIVIDAD 5	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Conociendo las dudas del grupo.</p> <p>Se les repartirán hojas blancas a los jóvenes y se les pedirá que escriban todas sus dudas sobre los temas que se abordarán a lo largo del curso de manera anónima.</p>	<p>Conocer las dudas de los jóvenes para ir las aclarando a lo largo del curso.</p>	<p>Encuesta del grupo</p>	<p>Hojas blancas Lápices o plumones</p>	<p>15 minutos</p>

ACTIVIDAD 6	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Registrando el programa.</p> <p>A cada uno de los participantes se les entregará un cuaderno para que al final de cada sesión escriban sus reflexiones, sus opiniones, sus dudas y sus sentimientos.</p>	<p>Que los jóvenes tengan un espacio adicional para meditar. Que lleven un control de todas las dudas para que éstas sean contestadas a lo largo del programa.</p>	<p>Registro escrito</p>	<p>Cuadernos y plumas</p>	<p>30 minutos</p>

ACTIVIDAD 7	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Evaluación final</p>	<p>Evaluar las actitudes del grupo en relación a los trastornos de la alimentación antes del programa.</p>	<p>Que los jóvenes contesten un cuestionario diagnóstico para trastornos de la alimentación.</p>	<p>Cuestionario Lápices o plumas</p>	<p>30 minutos</p>

ACTIVIDAD 8	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Cerrando la sesión.</p> <p>El psicólogo o el facilitador preguntarán si hubo alguna pregunta o duda.</p>	<p>Dar un cierre a la sesión.</p> <p>Aclarar las dudas del grupo.</p>	<p>Expositiva</p>	<p>Ninguno</p>	<p>30 minutos</p>

El psicólogo contestará las preguntas que haya realizado el grupo.				
--	--	--	--	--

SESION NUMERO 2: ANOREXIA Y BULIMIA
DURACION: 2 HORAS
TEMA: ANOREXIA Y BULIMIA

ACTIVIDAD 1	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Anorexia y bulimia en teoría. El psicólogo ofrecerá una explicación sobre la definición de anorexia y bulimia cubriendo los criterios diagnósticos que establece el manual diagnóstico DSM-IVTR</p> <p>El psicólogo explicará sobre la incidencia de dichos trastornos. Expondrá brevemente</p>	<p>Que los participantes adquieran conocimientos generales acerca de la anorexia y la bulimia. Que sean capaces de reconocer ambos trastornos y que estén conscientes de sus múltiples causas al igual que de sus repercusiones, tanto a nivel físico como a nivel emocional y familiar.</p>	<p>Expositiva</p>	<p>Proyector de acetatos Acetatos para el psicólogo.</p>	<p>1 hora</p>

sobre los factores biológicos, culturales y familiares que intervienen en su etiología, los rasgos de carácter que se acompañan de tales trastornos y sobre sus repercusiones en general.				
---	--	--	--	--

ACTIVIDAD 2	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Cerrando la sesión.</p> <p>El psicólogo preguntará si existe alguna duda y contestará cualquiera pregunta que haya quedado.</p>	Cerrar la sesión.	Expositiva basada en preguntas planteadas por el grupo.	Pizarrón y gis	1 hora

SESION NUMERO 3: CASO DE LA VIDA REAL
DURACION: 3 HORAS
TEMA: ANOREXIA EN LA VIDA REAL

ACTIVIDAD 1	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Abordando un caso real. En esta actividad se expondrá una película en la que se ilustra el caso real de una chica que padeció de trastorno de anorexia nerviosa. La película que se propone tiene por título: "Anorexia", en inglés "For the love of Nancy". La película esta basada en un caso real de una joven universitaria que presenta las manifestaciones clínicas sobre el cuadro anoréxico. En la película se muestra el proceso de deterioro físico, emocional y familiar, por lo que se considera que la película es una buena elección para esta actividad.</p> <p>Se discutirá la película haciendo comentarios diversos con los participantes del grupo.</p>	<p>Que los jóvenes puedan conocer con claridad y facilidad la teoría expuesta en la sesión anterior al ver un caso real.</p> <p>Que al ver un caso real de una joven con anorexia, comprendan que cualquier persona puede llegar a padecer de algún trastorno alimenticio.</p> <p>Que los jóvenes comiencen a reflexionar sobre la importancia de la crianza familiar, cultural y social que</p>	<p>Ver una película TV Realizar discusiones y comentarios</p>	<p>Videocasetera La película: "Anorexia"</p>	<p>2 horas y 30 minutos</p>

<p>El facilitador o el psicólogo complementará la discusión y tocará puntos importantes ante el grupo tales como ¿Qué rasgos de personalidad tenía Nancy antes y después de padecer el trastorno?, ¿Cuales fueron los factores predisponentes y precipitantes que desencadenaron el trastorno?, ¿Cómo se vio afectada la vida de Nancy en el ámbito familiar, profesional y social?</p>	<p>inciden en la aparición de dicho trastorno.</p>			
---	--	--	--	--

ACTIVIDAD 2	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Cerrando.</p> <p>El psicólogo preguntará a los integrantes del grupo si tienen dudas o comentarios que expresar.</p> <p>El psicólogo resolverá las</p>	<p>Cerrar la sesión</p> <p>Aclarar las dudas que hayan quedado.</p>	<p>Discusión en grupo.</p>	<p>Pizarrón y gis</p>	<p>30 minutos</p>

preguntas y agradecerá los comentarios.				
---	--	--	--	--

SESION NUMERO 4: DANDOLE EL LUGAR AL CUERPO
DURACION: 4 HORAS
TEMA: IMAGEN CORPORAL

ACTIVIDAD 1	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Definir el concepto de imagen corporal.</p> <p>Se dará una explicación sobre ello diciendo que imagen corporal se refiere en esencia a la representación mental que tienen las personas sobre su cuerpo, y que estas representaciones están íntimamente relacionadas con sus actitudes que guarden sobre si mismas. Y que dicha representación mental se compone de una serie de sensaciones, recuerdos, intenciones, inclinaciones e impulsos. El psicólogo expondrá que la imagen corporal se divide</p>	<p>Que los participantes tengan una idea clara sobre el concepto de imagen corporal.</p> <p>Que conozcan las dimensiones en las que se divide la imagen corporal y que tengan una comprensión de algunos factores que guardan una influencia sobre ella.</p>	<p>Expositiva</p> <p>Lluvia de ideas</p>	<p>Hojas de rota folios</p> <p>Plumones de colores</p>	<p>30 minutos</p>

<p>en dos dimensiones: 1.- La percepción del tamaño corporal y 2.- La satisfacción corporal. Se mencionará que nuestras emociones manejan nuestro cuerpo y que por lo tanto, nuestra imagen corporal puede variar según el estado de ánimo que tengamos. Se mencionará que finalmente que nuestra satisfacción que tengamos sobre nuestro cuerpo puede cambiar dependiendo de varios factores, como por ejemplo, del aumento ó pérdida de peso, de los periodos de menstruación en el caso de la mujer, de la opinión de la pareja que tenga a cerca del cuerpo del otro, y del humor en que la persona se encuentre. Todos esos factores resaltaré el psicólogo, diciendo que la satisfacción corporal es un fenómeno variable.</p>				
--	--	--	--	--

ACTIVIDAD 2	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>La importancia de la imagen corporal.</p> <p>El psicólogo expondrá que la imagen corporal es algo fundamental para tener conciencia de quien es uno. Se mencionará que nuestra experiencia de nuestro cuerpo es igual de importante al igual que nuestro pensamiento, nuestra imaginación y nuestras ideas. Se recalcará que cuando percibamos a nuestro cuerpo como “eso” en vez de un “yo”, es cuando nos hacemos menos de lo que somos. Explicará que los problemas en la imagen corporal comienzan cuando la persona rechaza alguna parte física y cuando se identifica con una imagen negativa de forma persistente y duradera. Por lo tanto, el psicólogo concluirá la</p>	<p>El psicólogo pedirá al grupo que expresen sus dudas y sus comentarios con respecto al tema expuesto.</p>	<p>Exposición por parte del psicólogo.</p>	<p>Hojas de rota folios Plumones de colores</p>	<p>30 minutos</p>

<p>importancia de albergar una imagen corporal positiva para el desarrollo y mantenimiento de nuestro funcionamiento psíquico.</p>				
--	--	--	--	--

ACTIVIDAD 3	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Los factores que afectan la imagen corporal.</p> <p>El psicólogo pedirá al grupo que haga una lluvia de ideas sobre los factores que afectan la imagen corporal.</p> <p>El instructor mencionará que la imagen corporal se va formando desde que uno nace, porque desde ese momento, la persona se empieza a relacionar con el mundo exterior a través del cuerpo. Explicará que durante la infancia las experiencias corporales influyen en todas</p>	<p>Que el grupo conozca los factores que afectan la imagen corporal.</p> <p>Que los integrantes del grupo expresen cualquier comentario o reflexiones hechas durante la exposición de estos temas.</p>	<p>Exposición</p> <p>Lluvia de ideas</p>	<p>Hojas de rota folios</p>	<p>30 minutos</p>

<p>las percepciones de la persona. Y que en esa etapa es cuando, en especial las niñas, aprenden a prestar atención a su apariencia física y a preocuparse por su cuerpo.</p> <p>Por otro lado, el psicólogo expondrá que las imágenes corporales negativas se inician en el hogar cuando los padres están excesivamente preocupados por el peso y por las dietas, las cuales pueden restringir al adolescente, o que manifiesten críticas severas cuando la niña esté en proceso de convertirse en adolescente. Se concluirá que la imagen corporal se puede ver afectada por varios motivos, y una de ellas es precisamente en relación con la percepción y la importancia que conciben los padres en relación con la comida y con la delgadez. Sin embargo, se tienen que tomar en cuenta otros factores tales</p>				
---	--	--	--	--

como problemas de adicciones y problemas emocionales y genéticos.				
---	--	--	--	--

ACTIVIDAD 4	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>El cuerpo contra la imagen corporal.</p> <p>El psicólogo, con la ayuda de los integrantes del grupo, cortará un pedazo de papel grande para cada uno de ellos adecuado para su tamaño.</p> <p>El psicólogo pedirá a los jóvenes que dibujen su silueta como ellos(a) la perciban en su mente usando un papel con crayola o con plumón de color fuerte. Después se les pedirá que se pongan en parejas.</p> <p>El psicólogo pedirá que un miembro de la pareja se recueste sobre el papel con su</p>	<p>Que los jóvenes tomen conciencia de la percepción realista ó distorsionada que tengan sobre su propia imagen corporal.</p>	<p>Dinámica de parejas y comentarios en grupo.</p>	<p>Un rollo de papel mural Plumones y tijeras</p>	<p>30 minutos</p>

<p>silueta para que la compañera(o) trace su cuerpo. Luego intercambiarán de papel las parejas.</p>				
---	--	--	--	--

ACTIVIDAD 5	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Conocer y explorar la imagen corporal.</p> <p>El psicólogo dirigirá un ejercicio de relajación ante el grupo.</p> <p>Se les pedirá que se coloquen en una posición de acostado boca arriba y que, una vez relajados(a), se les guiará lentamente para que se concentren en su cuerpo, que se vean desnudos y se pongan en contacto con todas las opiniones y comentarios que han escuchado sobre sus cuerpos. Se les pedirá que traten de hacer a un lado esas voces para que ellos vayan observando su cuerpo y vean</p>	<p>Que los jóvenes tomen conciencia de la percepción realista ó distorsionada que tengan sobre su propia imagen corporal.</p>	<p>Dinámica de parejas y comentarios en grupo.</p>	<p>Un rollo de papel mural Plumones y tijeras</p>	<p>30 minutos</p>

<p>las partes que les agraden de su cuerpo y comiencen a enfocarse en ellas y se queden con esa parte positiva.</p>				
---	--	--	--	--

ACTIVIDAD 6	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Curar la imagen corporal.</p> <p>El psicólogo pedirá a cada integrante que redacten una reflexión personal en la que escriban si hay disparidad entre su cuerpo real con respecto a su imagen ideal y que escriban (si es que hubo) qué serie de pasos podrían dar para cultivar una imagen mas real sobre su cuerpo.</p> <p>El psicólogo resaltará que lo importante reside en llegar a gustarse a si mismo. En aceptarnos como somos. Que nuestro peso puede variar de persona a persona conforme a su edad y a su metabolismo, y</p>	<p>Que los integrantes del grupo desarrollen una imagen mas sana relacionada con su aspecto fisico.</p>	<p>Discusión en grupo</p>	<p>Cuadernos plumas</p>	<p>30 minutos</p>

que la mejor manera de controlar nuestro peso reside en tener una buena alimentación.				
---	--	--	--	--

ACTIVIDAD 7	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>El psicólogo preguntará a los participantes si tuvieron dudas o comentar algo.</p> <p>El psicólogo(a) responderá a las preguntas que hayan quedado y agradecerá los comentarios.</p>	<p>Cerrar la sesión.</p> <p>Aclarar las dudas que hayan tenido los participantes.</p> <p>Promover un espacio de reflexión y crecimiento personal.</p>	<p>Discusión en grupo.</p>	<p>Ninguno</p>	<p>1 hora</p>

SESION NUMERO 5: ENFOCANDO Y MEJORANDO NUESTRA AUTOESTIMA
DURACION: 4 HORAS

ACTIVIDAD 1	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Definir el concepto de autoestima. El psicólogo preguntará porqué creen que sea importante la autoestima. A continuación se dará una explicación sobre la importancia de alimentar nuestro plano afectivo. Nuestro terreno afectivo se compone de sentimientos y de emociones, y por lo tanto, constituyen la parte más importante de nuestra vida. Y dentro de ese plano afectivo, se encuentra la sensación de estima: Es una necesidad interior que nos obliga a tener una imagen positiva, fuerte, y apreciada de nosotros mismos, independientemente de las circunstancias por las cuales estamos atravesando. El psicólogo resaltará la importancia de vivir cada día con dignidad, de cultivar habilidades psicológicas que consistan en tener confianza en nosotros mismos, de desarrollar un sentido</p>	<p>Que los jóvenes entiendan el concepto de autoestima.</p>	<p>Lluvia de ideas diapositivas</p>	<p>hojas de rota folios</p>	<p>30 minutos</p>

de amor propio, y que dichas habilidades constituyen requisitos absolutamente esenciales para una vida plena y realizada.				
---	--	--	--	--

ACTIVIDAD 3	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Retrato psicológico de una persona con sentimientos de estima.</p> <p>El psicólogo dará una descripción de manera muy general sobre las actitudes y comportamientos que despliega una persona al cultivar sensaciones de valía y de autoaprecio.</p> <p>El psicólogo preguntará ante el grupo si sus actitudes cambiarían de alguna manera, si tuvieran una imagen diferente de sí misma. Los jóvenes contestarán esa pregunta en sus cuadernos y las hablarán en público.</p>	<p>Que los adolescentes comprendan que el plano afectivo de la autoestima afecta directamente nuestra manera de comportarnos, en nuestras actitudes y en nuestras decisiones en la vida.</p>	<p>Lluvia de ideas con expositiva</p>	<p>Hojas de rota folios Plumones de colores</p>	<p>30 minutos</p>

ACTIVIDAD 4	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Cuestionario sobre el indicador del nivel de autoestima.</p> <p>El grupo contestará una serie de preguntas para pronosticar el tipo de imagen que tienen de si mismos. Las preguntas versarían sobre: ¿Se encuentran bien con el aspecto que tienen?, ¿Se perciben a si mismos como seres apreciables?, ¿Se sienten seres débiles, feos, incapaces?</p> <p>Después de contestar a dichas preguntas, cada uno de los jóvenes lo calificará. Se les dará un par de minutos para que reflexionen sobre sus respuestas.</p>	<p>Que los jóvenes reflexionen acerca de la imagen que alberguen de si mismos.</p>	<p>Aplicación de un cuestionario</p> <p>Comentarios en grupo</p>	<p>Cuestionario</p> <p>Plumas o lápices</p>	<p>30 minutos</p>

ACTIVIDAD 5	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Motivación por deficiencia y motivación por crecimiento. Se hablará brevemente sobre el concepto de motivación. Explicará que la motivación por crecimiento es muy constructivo porque consiste en realizar cualquier acción, por ejemplo, hacer ejercicio, pero haciéndolo bajo una base de aceptación, más no de auto-rechazo. Y la motivación por deficiencia, se refiere al impulso que obliga a la persona a hacer ejercicio bajo una base de auto-desprecio. Se explicará que las personas que padecen anorexia y bulimia albergan sentimientos de rechazo y que por consiguiente, hacen dietas y ejercicio bajo una motivación por deficiencia. Se concluirá que las personas con motivación por</p>	<p>Que los adolescentes reflexionen y escriban sus impresiones en sus cuadernos.</p> <p>Que expresen sus comentarios sobre el tema expuesto.</p>	<p>Exposición</p> <p>Comentarios en grupo</p>	<p>Cuadernos</p> <p>Rota folios</p> <p>Lápices y plumas</p>	<p>30 minutos</p>

<p>deficiencia realizan ejercicio para reparar defectos, y en la motivación por crecimiento realizan ejercicio sintiéndose ya completos, sin defectos, bajo una base de aprecio y aceptación.</p>				
---	--	--	--	--

ACTIVIDAD 6	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Sugerencias para mejorar la sensación de estima.</p> <p>El psicólogo pedirá a los participantes que compartan sus ideas con el grupo sobre que tipo de pasos se podrían dar para cambiar la imagen que tengan de si mismos por una mas positiva y valiosa. Habrá una lluvia de ideas diciendo que cuando una persona se acostumbra a quererse, a tener un elevado concepto de si mismo en su aspecto físico, entonces contará con habilidades que le darán una</p>	<p>Que los jóvenes reflexionen y hagan comentarios sobre el tema expuesto.</p>	<p>Exposición</p>	<p>Ninguno</p>	<p>30 minutos</p>

<p>sensación de independencia interior hacia aquellas influencias culturales que promueven que el tener una mente hueca y un cuerpo insinuante son sinónimos de éxito y felicidad.</p>				
--	--	--	--	--

ACTIVIDAD 7	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Aterrizar sobre la explicación teórica de la autoestima a la práctica. El psicólogo repartirá dos tarjetas rayadas a cada integrante del grupo. Se les pedirá que en cada una de las tarjetas apunten 10 cualidades que tengan en su personalidad ya sea física o intelectual. Se les pedirá que en otra tarjeta apunten aspectos que les desagraden de su persona, o que apunten que tipo de críticas han recibido hacia su</p>	<p>Que los jóvenes reflexionen y hagan comentarios sobre el tema expuesto.</p>	<p>Exposición</p>	<p>Ninguno</p>	<p>30 minutos</p>

<p>cuerpo. Se les dejará como tarea que revisen la primera de vez en cuando y que se concentren en reflexionar sobre sus cualidades, y que traten de no concentrarse con los defectos que hayan anotado, sugiriéndoles que vigilen sus actitudes para que poco a poco se vayan acostumbrando a identificarse con sus cualidades y no con sus defectos, las cuales boicotean su sensación de estima.</p>				
---	--	--	--	--

ACTIVIDAD 8	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>El psicólogo responderá las preguntas que hayan surgido y agradecerá los comentarios.</p>	<p>Promover un espacio de reflexión</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Ninguno</p>	<p>30 minutos</p>

SESION NUMERO 6
LA NECESIDAD PSICOLOGICA DE CULTIVAR
AUTONOMIA, INDEPENDENCIA Y
CAPACIDAD DE TOMAR DECISIONES
DURACION: 2 HORAS

ACTIVIDAD 1	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Exposición sobre esos componentes.</p> <p>El psicólogo hablará que existe una relación muy estrecha entre la necesidad de estima con las necesidades de alcanzar autonomía, independencia y de cultivar la capacidad de tomar decisiones. En este sentido, se expondrá que la autonomía y la independencia se refieren en aprender a hacernos cargo de lo que nosotros pensamos, de cómo reaccionamos ante las diferentes circunstancias y de hacernos cargo de cómo nos comportamos. El psicólogo dirá que ambos aspectos nos ayudan a cultivar una cabal</p>	<p>Que los chicos tengan una idea general sobre los 3 conceptos y que tengan una comprensión emocional sobre la importancia de cultivar tales rasgos en sus vidas emocionales.</p>	<p>Exposición</p> <p>Comentarios en grupo</p>	<p>Proyector de acetatos</p>	<p>30 minutos</p>

<p>responsabilidad por nuestro mundo interior de sentimientos y emociones y de los cuales, estamos en contacto con ese mundo interior la mayor parte de nuestra vida. Explicará la importancia de regirnos desde dentro, que confiemos en nuestras propias evaluaciones que hagamos para aprender a evitar la necesidad de depender de la aprobación de los demás, y buscar en el interior de cada uno una auto-aprobación que se base en un código ético.</p>				
--	--	--	--	--

ACTIVIDAD 2	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Evitar la necesidad de buscar aprobación de los demás. El psicólogo explicará que los jóvenes no necesitan la aprobación de todo el mundo para sentirse satisfechos consigo mismos. El psicólogo</p>	<p>Que los jóvenes comprendan el disparate de perseguir la aprobación de cuanto hagan por el mundo, y que por el contrario interioricen que la fuente principal de evaluación</p>	<p>Exposición por parte del psicólogo Comentarios del grupo</p>	<p>Proyector de acetatos</p>	<p>30 minutos</p>

<p>ampliará este concepto en el sentido de que, los jóvenes deben de ver que la desaprobación que reciban en su aspecto físico o intelectual suele llegar a ser un fenómeno muy normal, y que lo que verdaderamente importa es la imagen que se formen de si mismos porque habrán de vivir con dicha imagen para siempre, y que en cambio, lo que lleguen a pensar los demás sobre su físico es algo que siempre se va modificando. El psicólogo dejara que el grupo emita comentarios.</p>	<p>reside dentro de si mismos.</p> <p>Que los jóvenes reflexionen y emitan sus comentarios ante el grupo.</p>			
---	---	--	--	--

ACTIVIDAD 3	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>La necesidad de llevar a cabo nuestras propias decisiones.</p> <p>El psicólogo explicará que en la medida en que una persona se aprecie así misma y se</p>	<p>Que jóvenes se percaten de la importancia de cultivar la confianza de llevar a cabo nuestras acciones sin temor alguno a la desaprobación o al rechazo.</p>	<p>Comentarios en grupo</p> <p>Expositiva</p>	<p>Proyector de acetatos</p> <p>Acetatos</p>	<p>30 minutos</p>

<p>respete en todo momento, será alguien que disfrutará de ser libre, de tomar sus propias decisiones y de tomar con ligereza los errores que cometa porque al fin y al cabo, se tratarán de sus propios errores, que por lo tanto, disfrutará de regir su conducta bajo las leyes de su propio carácter, y no por las que dictaminen los demás. El psicólogo pedirá que se realice una dinámica sobre el tema expuesto para conocer las opiniones de los integrantes del grupo.</p>				
--	--	--	--	--

ACTIVIDAD 4	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Cerrando la sesión</p> <p>El psicólogo preguntará a los jóvenes si tienen alguna duda o comentarios.</p>	<p>Cerrar la sesión</p> <p>Aclarar las dudas</p> <p>Promover un</p>	<p>Discusión en grupo</p>	<p>Ninguno</p>	<p>30 minutos</p>

El psicólogo responderá las preguntas que haya y agradecerá los comentarios.	espacio de reflexión			
--	----------------------	--	--	--

**SESION NUMERO 7: EXPRESAR NUESTRAS NECESIDADES Y
MEJORAR NUESTRA COMUNICACIÓN
DURACION: 3 HORAS
TEMA: RECONOCER Y EXPRESAR MIS
NECESIDADES CULTIVANDO UNA
COMUNICACIÓN CLARA**

ACTIVIDAD 1	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>¿Cómo atender uno sus necesidades?</p> <p>El psicólogo explicará la importancia de valorar y expresar nuestros deseos mediante un diálogo directo y sincero pero cuidando el respeto hacia los demás. Se mencionará que la liberación de nuestras emociones constituyen una necesidad básica que por derecho humano todo individuo debe de cubrir. Y que en</p>	<p>Que los jóvenes se percaten de su manera habitual de expresar o esconder sus necesidades y emociones.</p>	<p>Comentarios en grupo</p>	<p>Proyector de acetatos</p>	<p>1 hora</p>

<p>muchas ocasiones el reprimir nuestras emociones pueden afectar de manera negativa a nuestro cuerpo y en nuestra personalidad. El psicólogo expondrá que las personas con trastornos alimentarios han manifestado las características de reprimir sus frustraciones o deseos, y que las dietas o el comer compulsivamente han simbolizado inconscientemente conflictos con las figuras maternas. El psicólogo pedirá que los participantes escriban una serie de deseos, necesidades, o de sentimientos las cuales les haya costado trabajo expresar con respecto a algo o hacia una persona determinada. El psicólogo pedirá que de manera voluntaria, cualquier participante exprese cuales han sido los sentimientos que han ocultado con ese alguien.</p>				
---	--	--	--	--

ACTIVIDAD 2	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
Los beneficios psicológicos de permitir salidas	Los jóvenes harán una lluvia	Lluvia de ideas	Pizarrón y gis	1 hora

<p>para expresar nuestras emociones.</p> <p>El psicólogo explicará brevemente los beneficios de liberar sentimientos los cuales nos proporcionan una limpieza afectiva de todas nuestras emociones acumuladas.</p>	<p>de ideas acerca de los beneficios que trae el descargar nuestras emociones positivas y negativas.</p>	<p>expositiva</p>		
--	--	-------------------	--	--

ACTIVIDAD 3	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>La comunicación y su importancia en relación con nosotros mismos y con los demás.</p> <p>El psicólogo pedirá al grupo que expongan sus propias ideas sobre el significado de la comunicación.</p> <p>Se explicará que dicha palabra constituye un proceso importante de dar y de recibir información.</p> <p>El psicólogo pedirá que los participantes</p>	<p>Que los jóvenes adquieran una idea sobre el concepto de comunicación a grandes rasgos.</p>	<p>Lluvia de ideas</p> <p>expositiva</p>	<p>rota folios</p>	<p>30 minutos</p>

<p>amplíen sobre los conceptos dados y que se planteen el porque de ofrecer una exposición sobre dicho tema.</p> <p>El psicólogo escuchará las opiniones que emitan los participantes.</p>				
--	--	--	--	--

ACTIVIDAD 4	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>La comunicación en relación con la autoestima, con la autonomía y con la capacidad de tomar decisiones.</p> <p>El psicólogo expondrá que la estima y la autonomía están estrechamente relacionadas con la capacidad de expresar ideas y sentimientos de manera sincera. Expondrá que las relaciones familiares, sociales y de pareja tienen un funcionamiento adecuado en la medida en que se exprese con</p>	<p>Los jóvenes harán una lluvia de ideas acerca de la relación entre estima y la autonomía.</p>	<p>Lluvia de ideas expositiva</p>	<p>Pizarrón y gis</p>	<p>1 hora</p>

<p>claridad nuestras necesidades y emociones.</p> <p>El facilitador(a) solicitará que los integrantes Amplíen con sus propias ideas los puntos señalados.</p> <p>El psicólogo solicitará que se abra una mesa de discusión para que los integrantes expresen sus comentarios y reflexiones sobre la relación que se encuentra implícita entre estima, autonomía y comunicación</p>				
--	--	--	--	--

ACTIVIDAD 5	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>La comunicación y los trastornos de la alimentación</p> <p>El psicólogo expondrá que las personas que padecen de anorexia y bulimia tienen problemas para expresar ideas y sentimientos, y también manifiestan dificultades para</p>	<p>Que los jóvenes sean capaces de relacionar la comunicación con la anorexia y la bulimia.</p>	<p>Exposición</p> <p>Dinámica grupal</p>	<p>Papeles pequeños, cada uno con el nombre de algunas de las barreras de la comunicación escrita.</p>	<p>30 minutos</p>

<p>cultivar relaciones interpersonales funcionales porque dichos sujetos, provienen de familias en donde los conflictos emocionales no se expresan abiertamente, o se encubren.</p> <p>El psicólogo expresará que detrás de una imagen corporal distorsionada, detrás de una pérdida de estima y de falta de autonomía, siempre se esconde una falta de comunicación afectiva.</p> <p>El psicólogo pedirá que los participantes expresen sus comentarios sobre el punto expuesto.</p>				
---	--	--	--	--

ACTIVIDAD 6	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>El psicólogo preguntará a los jóvenes si tienen alguna duda o comentario</p> <p>.El psicólogo responderá a las preguntas que</p>	<p>Cerrar la sesión</p> <p>Aclarar las dudas de los jóvenes</p> <p>Promover un espacio de</p>	<p>Discusión en grupo</p>	<p>ninguno</p>	<p>30 minutos</p>

hayan surgido y agradecerá los comentarios.	reflexión			
---	-----------	--	--	--

SESION NUMERO 8: CERRANDO EL TALLER PREVENTIVO
DURACION: 2 HORAS
TEMA: CIERRE Y DESPEDIDA

ACTIVIDAD 1	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Resolver dudas</p> <p>El psicólogo(a) pedirá a cada integrante del grupo que en una hoja de papel escriban todas las dudas que les hayan quedado de forma anónima.</p> <p>El psicólogo recogerá los papeles, leerá la primera pregunta en voz alta y responderá de manera sucesiva con todas las preguntas preservando el respeto hacia los demás. Se mencionará que la liberación de nuestras emociones constituyen una necesidad básica que por derecho</p>	<p>Conocer y compartir las reflexiones que hayan tenido los adolescentes como resultado de las sesiones anteriores.</p>	<p>Comentarios en grupo</p>	<p>ninguno</p>	<p>30 minutos</p>

<p>humano todo individuo debe de tener. Y que en muchas ocasiones el reprimir nuestras emociones puede afectar de manera negativa en nuestro cuerpo y en nuestra personalidad. El psicólogo expondrá que las personas con trastornos alimentarios han manifestado las características de reprimir sus frustraciones o sus deseos, y que las dietas o el comer compulsivamente han simbolizado inconscientemente conflictos con las figuras maternas.</p>				
--	--	--	--	--

ACTIVIDAD 2	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>La hora de la reflexión</p> <p>El psicólogo pedirá a los jóvenes que compartan sus reflexiones que hicieron a partir del programa de manera voluntaria y respetando a la persona que no prefiera hacerlo.</p>	<p>Conocer y compartir las reflexiones que hayan tenido los adolescentes como resultado de las sesiones anteriores.</p>	<p>Comentarios en grupo</p>	<p>ninguno</p>	<p>30 minutos</p>

ACTIVIDAD 3	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p>Evaluación final Solicitar que los integrantes expresen sus actitudes en relación a los trastornos de la alimentación. Conocer los rasgos de personalidad asociados a los trastornos alimentarios mediante el cuestionario que se aplicó en el grupo durante las sesiones pasadas y entregar resultados.</p>		<p>Cuestionario</p>	<p>Cuestionario diagnóstico para trastornos de la alimentación C:DTA-R</p>	<p>30 minutos</p>

ACTIVIDAD 4	OBJETIVO	TECNICA	RECURSOS	TIEMPO
<p data-bbox="284 499 425 533">Despedida</p> <p data-bbox="228 569 483 968">El psicólogo dará una retroalimentación muy breve al grupo con una serie de reflexiones sobre los temas expuestos y les agradecerá a los jóvenes por su participación en el programa.</p>	<p data-bbox="516 533 721 730">Hacer un cierre del programa finalizando con una serie de reflexiones ante el grupo.</p>	<p data-bbox="797 533 898 567">ninguna</p>	<p data-bbox="1024 533 1125 567">ninguna</p>	<p data-bbox="1230 533 1370 567">30 minutos</p>

BIBLIOGRAFIA

A9

- 1.- **Anorexia y Bulimia, Dos enfermedades silenciosas sin permitir la mínima defensa.** Col. Best Sellers Económicos, Grupo Editorial Tomo, S.A, Buenos Aires, Argentina, 2003
- 2.- Bonsignore, Ana, **Anorexia y Bulimia, practicas,** 2ª. Ed. Atuel, Argentina: 1996
- 3.- Bryan, Key, **La Era de la manipulación,** Ed. Diana, México: 1992
- 4.- Bryan, Key, **La explotación sexual de los medios de comunicación,** Ed. Diana, México: 1985
- 5.- Cava, Gloria, **Anorexia Nerviosa.** Ed. Ariel Ciencias Médicas, Barcelona: 2001
- 6.- Coderch, Joan, **La relación paciente- terapeuta.** 2ª. ed.,. Paidós, Barcelona: 2001
- 7.- Coderch, Joan, **La interpretación en psicoanálisis.** 3ª. Ed. Herder, Barcelona: 1995
- 8.- Campbell, Joseph, **Encuentro con la sombra.** 1ª. Ed. Kairós, Barcelona: 2000
- 9.- Duker, Marilyn, **Anorexia nerviosa y Bulimia.** Ed. Paidós, Buenos Aires: 2000

- 10.- Eidelberg, Alejandra, **Síntomas actuales de lo femenino.** Ed. Kairós, Argentina: 2000
- 11.- Ferres, Joan, **Televisión subliminal.** Ed. Paidós, Barcelona: 1996
- 12.-Falicov, Celia, **Transiciones de la familia, comunidad y cambio en el ciclo de vida.** Ed. Amorrortu editores, Buenos Aires: 1991
- 13.-Guinsberg, Enrique, **Publicidad: manipulación para la reproducción,** Ed. Plaza Janés, México: 1987
- 14.- Gray, John, **Los niños vienen del cielo,** Ed. Plaza Janès, Barcelona: 1998
- 15.- González, Esther, **Anorexia y Bulimia, los desordenes en el comer,** Ed. Grupo editorial Norma, México DF: 2000
- 16.- González, José de Jesús, **La imagen paterna y salud mental en el mexicano,** Universidad Autónoma de Guerrero, Acapulco: 1994
- 17.- Goldman, Bejla, **Anorexia y Bulimia, Un nuevo padecer.** 3ª d, Ed. Paidós, México: 1999
- 18.- Gafaro, Alejandra, **Anorexia y Bulimia nerviosa, Todo lo que necesitas saber sobre los trastornos.** 2ª d, Ed. Paidós, Buenos Aires: 2000
- 19.-Gomez, Paloma, **Anorexia nerviosa, La 5en familia.** 5ª d, Ed. Paidós, México: 1988
- 20.- Herscovici, Cecile, **Anorexia nerviosa y Bulimia.** Ed. Paidós, México: 1988

- 21.- Jones, Abraham, **Anorexia y Bulimia**. 2ª ed. Paidós, Buenos Aires: 1995
- 22.- Joseph, Thomas, **Anorexia y otras alteraciones en la conducta en la infancia**. 2ª ed, Ed. Grijalbo, Barcelona: 1985
- 23.-Kohut, H, **La restauración del si mismo**. 3ª ed, Ed. Paidós, México, Df: 2002
- 24.- Kerberg, Otto, **Agresividad, narcisismo y destrucción en la relación psicoterapéutica**. México, Ed. Manual Moderno
- 25.- Lammoglia, Ernesto, **La agresión esta en casa**. Ed. Grijalbo, México: 2002
- 26.- Llewellyn, Jones, **Anorexia y Bulimia, Desórdenes alimenticios**. Ed. Paidós, Madrid: 2001
- 27.- Moreno, Luiz, **Anorexia nerviosa**, Ed. Ariel ciencias Médicas, Barcelona: 2002
- 28.- Maslow, Abraham, **Motivación y personalidad**, 2ª. ed, Ed. Diaz de santos, Madrid: 1991
- 29.- Maslow, Abraham, **El hombre autorrealizado**, 10ª. ed, Ed. Kairòs, Barcelona: 1995
- 30.- **Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales** (DSM-IV-TR), Ed. Masson, Barcelona: 2002
- 31.- Raich Rosa, **Anorexia y Bulimia, Trastornos alimenticios**. Ed. Paidós, Madrid: 2002

32.- Sherman, Roberta, **Bulimia, una guía para familiares y amigos**, Ed. Trillas, México DF: 1999

33.- Shelley, Rosemary, **Anorexia, Guía para paciente, familiares y psicoterapeutas**. Ed. Paidós, México: 2000

34.- Semari, Antonio **Psicoterapia cognitiva del paciente grave**. Ed. Desclée de Brouwer, Bilbao: 2002

35.- Vandereycken, Walter, **Anorexia y Bulimia**. 3ª Ed. Paidós, Madrid: 1995

36.- Wayne, Dyer, **La felicidad de nuestros hijos**, 2ª ed, Ed. Grijalbo, Barcelona: 1986

37.- Wilber, Ken, **Boomeritis, un camino hacia la liberación**. 2ª ed, Ed. Kairós, Barcelona: 2004

38.- Wilber, Ken, **La pasión del pensamiento**. 1ª ed, Ed. Kairós, Barcelona: 2001

39.- Wilber, Ken, **La conciencia sin fronteras**. 10ª ed, Ed. Kairós, Barcelona: 2001

40.- Wilber, Ken, **Diario**. 2ª ed, Ed. Kairós, Barcelona: 2000

41.- Wilber, Ken, **Psicología integral**. 3ª ed, Ed. Kairós, Barcelona: 2004

REFERENCIAS EN INTERNET

www.psiquiatria.com/articulos/tralimentación/genera/17737/

www.psiquiatria.com/noticias/tralimentación/bulimia/18198/

www.psiquiatria.com/articulos/tralimentación/bulimia/14520/

www.psiquiatria.com/articulos/tralimentación/bulimia/16777/

www.psiquiatria.com/articulos/tralimentación/15145/

www.psiquiatria.com/articulos/tralimentación/14985/

www.psiquiatria.com/articulos/tralimentación/cormobilidad1/8916/

www.psiquiatria.com/articulos/tralimentación/14987/
